

Raná péče a hračky

Studie Williams et al. (2025) ukázala, že i když terapeuti sdílí cíl být orientovaní na rodinu, jejich závěry o používání hraček se liší.

- Rodinně orientovaný přístup: Bagless terapeuti tvrdí, že používání domácích materiálů zvyšuje zapojení rodiny a zajišťuje kulturní vhodnost. Terapeuti s taškou argumentují, že rodiny často očekávají, že přinesou hračky, a považují je za užitečné.
- Podpora cílového chování: Terapeuti bez tašky říkají, že domácí předměty lépe podporují generalizaci dovedností. Ti s taškou tvrdí, že nové a kvalitní hračky podporují zájem dítěte a pomáhají rodinám s omezenými zdroji.
- Profesionální zodpovědnost: Bagless přístup podporuje flexibilitu a kreativitu, zatímco přístup s taškou umožňuje plánování předem a využití specifických materiálů.
- Doporučený přístup: Neexistuje jeden správný model – důležité je přizpůsobení konkrétní rodině, bez předsudků či záchranářského komplexu. Rozhodování by mělo vycházet z otevřeného dialogu s rodinou a jejích potřeb.
- Další doporučení: Pomáhá využívat rutinní rozhovory, nastavovat cíle v kontextu běžných aktivit rodiny a budovat partnerský vztah. Bagless přístup nemusí být „vše nebo nic“ – lze začít s kompromisy, jako je menší množství hraček nebo mít záložní bublifuk.

Bagless terapie je doporučený přístup, ale úspěšná intervence vyžaduje především respekt k rodinným preferencím, aktivní spolupráci a přizpůsobení se realitám konkrétního prostředí.

Williams, C. S., Fisher, K., & Stelter, C. (2025). Providers' perspectives about selecting materials for early intervention sessions: Five tensions that influence material use. *Journal of Early Intervention*. <https://doi.org/10.1177/10538151241312662>

Episodic Care

Model *episodic care* představuje cílenou, časově ohraničenou terapii, zaměřenou na konkrétní cíle, na rozdíl od neomezené, kontinuální péče bez jasného konce. Původně vznikl ve zdravotnictví kvůli efektivnějšímu sledování nákladů a výsledků péče, dnes je populární zejména v systémech se sociálním zdravotnictvím.

Výhody:

- Efektivita a úspora nákladů: Pomáhá lépe kontrolovat omezené zdroje a vyhnout se zbytečně dlouhým terapiím bez jasného účinku.
- Zvýšená zodpovědnost a cílenost: Vede ke stanovení měřitelných cílů a lepší komunikaci s klienty.
- Přestávky v terapii: Umožňuje rodinám a dětem oddech od terapie, což může zvýšit kvalitu života.
- Střídání odborníků: Umožňuje rotaci mezi různými typy terapií (logo, fyzio, ergo) místo jejich současného přetížení.

Nevýhody:

- Riziko šablonovitosti: Příliš rigidní přístup (např. „6 sezení pro každého“) ignoruje individuální potřeby klientů.
- Nedostatek přímých důkazů: Srovnávací výzkum mezi epizodickou a dlouhodobou péčí chybí.
- Obavy rodin: Mohou mít pocit, že dítě "přichází o terapii" mezi bloky.

Etická otázka:

Péče by měla být nejen efektivní, ale také skutečně přínosná pro život klienta. Je třeba se ptát: Kolik času a zdrojů má smysl věnovat konkrétním cílům? A co klienti obětují, aby terapii absolvovali?

Implementace:

Při zavádění epizodické péče je důležité zvážit:

- Kterým klientům bude vyhovovat.
- Jak nastavíte cíle, měření výsledků a komunikaci.
- Jaké budou délky bloků a přestávek.
- Jak vše sladíte s financováním a systémovými požadavky.

Episodic care přináší příležitost k promyšlenější, cílenější a etičtější péči. Není ideální pro každého, ale při správném nastavení může zvýšit kvalitu služeb i spokojenost klientů.

Angeli, J. M., Harpster, K. L., Hanson, E., Sheehan, A., & Schwab, S. M. (2019). Patient- and caregiver-identified preferences: Dimensions of change in developmental therapy treatment goals. *Developmental Neurorehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/17518423.2018.1425754>

Beckers, L. W. M. E., Smeets, R. J. E. M., & Van Der Burg, J. J. W. (2021). Therapy-related stress in parents of children with a physical disability: A specific concept within the construct of parental stress. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1646815> [open access]

Bowen, C., & Cupples, L. (2006). PACT: Parents and children together in phonological therapy. *Advances in Speech Language Pathology*. <https://doi.org/10.1080/14417040600826980>

Eagar, K. (1997). Defining an episode of care: A study of five case types. *Australian Health Review*. <https://doi.org/10.1071/AH970105>

Fujiki, R. B., & Thibeault, S. L. (2022). Pediatric voice therapy: How many sessions to discharge? *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-22-00111 [available to ASHA members]

Grimmer, K., & Bowman, P. (1999). Cost drivers of ambulatory physiotherapy episodes of care provided in acute public hospital settings. *Australian Journal of Physiotherapy*. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60337-8](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60337-8) [open access]

Hersch, D. (Ed) (2010). Scientific forum: Ending therapy across the spectrum of SLP intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology*. <https://www.tandfonline.com/toc/iasl20/12/4>

Law, J., & Conti-Ramsden, G. (2000). Treating children with speech and language impairments. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7266.908>

Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2004). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004/069\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/069)) [available to ASHA members]

McArthur, C., Hirdes, J., Chaurasia, A., Berg, K., & Giangregorio, L. (2018). Quality changes after implementation of an episode of care model with strict criteria for physical therapy in Ontario's long-term care homes. *Health Services Research*. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13020>

Rosen, A. K., & Mayer-Oakes, A. (1999). Episodes of care: Theoretical frameworks versus current operational realities. *Journal on Quality Improvement*. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(16\)30431-X](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(16)30431-X) [open access]

Roulstone, S., & Enderby, P. (2010). The end of an affair: Discharging clients from speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*. <https://doi.org/10.3109/17549501003770277>

Smart, E., Nalder, E., Trentham, B., & King, G. (2023). Negotiating expectations for therapy between mothers and service providers: A narrative analysis. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2117861>

Ukrainetz, T. A., Ross, C. L., & Harm, H. M. (2009). An investigation of treatment scheduling for phonemic awareness with kindergartners who are at risk for reading difficulties. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2008/07-0077\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2008/07-0077)) [available to ASHA members]

Komplexní přístup v terapii poruch výslovnosti: Co to je a proč to zkusit

Cílem tohoto přístupu je urychlit celkový pokrok dítěte tím, že se zaměříme na obtížnější (komplexnější) hlásky jako první – místo toho, abychom začínali od těch nejjednodušších.

Když se v terapii zaměříte na těžší hlásky (např. shluky souhlásek nebo později osvojované hlásky), často u dítěte dojde k zlepšení i u těch jednodušších hlásek, které se v terapii vůbec

necvičily. Jde o princip „jednou ranou dvě mouchy“ – nácvik složitějších struktur může vést ke změnám v celém zvukovém systému dítěte.

Pro koho je komplexní přístup vhodný

- Děti ve věku 3–6 let s fonologickými poruchami (ne čistě artikulačními).
- Děti, které zvládnou náročnější výzvy a nejsou frustrované neúspěchem hned na začátku.
- Pokud je cílem globální změna ve výslovnosti, pak je komplexní přístup velmi efektivní.

Jak vybírat cílové hlásky

Komplexní přístup využívá tzv. implicationální zákony – tedy vzory ve vývoji řeči, které říkají, že pokud dítě umí náročnější zvuky, umí i ty jednodušší.

Například:

- Pokud dítě umí afrikáty (např. „č“), určitě bude umět i frikativy (např. „š“).
- Pokud umí tříčlenný shluk souhlásek (např. „str“), bude umět i dvoučlenné shluky a jednotlivé hlásky.

Dvoučlenné souhláskové shluky a princip sonority

Ne všechny shluky jsou si rovny – efektivita cíle závisí i na tzv. sonoritním rozdílu (rozdíl rezonance mezi souhláskami).

- Nejefektivnější jsou shluky s malým rozdílem sonority (např. „bl“, „dr“).
- Shluky jako „sp“, „st“, „sk“ (tzv. adjunktní shluky) nemají velký generalizační efekt.

Co je třeba zvážit při výběru cíle: znalost zvuku

Neúčinnější je vybrat hlásku, kterou dítě:

- neumí vyslovit,
- není stimulovatelné (tj. nevyvoláte správnou výslovnost ani při modelaci),
- a která je složitá z hlediska vývoje.

Výzkumy ukazují, že právě tyto „nejméně známé“ hlásky spouštějí největší generalizaci – zlepšení i u jiných hlásek.

Jak vypadá samotná terapie?

Komplexní přístup se týká jen výběru cílových hlásek. Samotný průběh terapie (strategie, aktivity, materiály) zůstává na vás a vašich osvědčených metodách. Můžete použít přístupy jako minimal pairs, cycles, stimulace apod.

A co říká výzkum?

- Gierut et al. (1996): Děti, které se učily později se osvojující hlásky, se zlepšily nejen v nich, ale i v jednodušších, které se vůbec netrénovaly.
- Rvachew & Nowak (2001): Děti, které pracovaly s „lehčími“ hláskami, měly rychlejší postup, ale nedošlo ke generalizaci.

Z toho vyplývá:

- Chcete rychlé zlepšení konkrétní hlásky? → začněte jednodušší hláskou.
- Chcete změnit celý fonologický systém? → zvolte složitější hlásku, kterou dítě zatím nezvládá.

Baker, E., & McLeod, S. (2011). Evidence-based practice for children with speech sound disorders: Part 1 narrative review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2010/09-0075\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2010/09-0075)) [available to ASHA members]

Brumbaugh, K. M., & Smit, A. B. (2013). Treating children ages 3-6 who have speech sound disorder: A survey. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2013/12-0029\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2013/12-0029)) [available to ASHA members]

Gierut, J. A. (1999). Syllable onsets: Clusters and adjuncts in acquisition. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4203.708> [available to ASHA members]

Gierut, J. A. (2001). Complexity in phonological treatment: Clinical factors. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2001/021\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2001/021)) [available to ASHA members]

Gierut, J. A. (2007). Phonological complexity and language learnability. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007/003\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007/003)) [available to ASHA members]

Gierut, J. A., Elbert, M., & Dinnsen, D. A. (1987). A functional analysis of phonological knowledge and generalization learning in misarticulating children. *Journal of Speech and Hearing Research*. <https://doi.org/10.1044/jshr.3004.432> [available to ASHA members]

Gierut, J. A., Morrisette, M. L., Hughes, M. T., & Rowland, S. (1996). Phonological treatment efficacy and developmental norms. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2703.215> [available to ASHA members]

Kiran, S. (2007). Complexity in the treatment of naming deficits. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007/004\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007/004)) [available to ASHA members]

Potapova, I., John, A., Pruitt-Lord, S., Barlow, J. (2024). Extending complexity to word-final position via telepractice: Intervention effects for English-speaking children with speech sound disorder. *Language, Speech, & Hearing Services in Schools*. https://doi.org/10.1044/2024_LSHSS-24-00020 [Free to ASHA members]

Powell, T. W., Elbert, M., & Dinnsen, D. A. (1991). Stimulability as a factor in the phonological generalization of misarticulating preschool children. *Journal of Speech and Hearing Research*. <https://doi.org/10.1044/jshr.3406.1318> [available to ASHA members]

Rvachew, S., & Nowak, M. (2001). The effect of target-selection strategy on phonological learning. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2001/050\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2001/050)) [available to ASHA members]

Storkel, H. L. (2018). The Complexity Approach to Phonological Treatment: How to Select Treatment Targets. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. http://doi.org/10.1044/2017_Lshss-17-0082 [open access]

Thompson, C. K. (2007). Complexity in language learning and treatment. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007/002\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007/002)) [available to ASHA members]

Thompson, C. K., & Shapiro, L. P. (2007). Complexity in treatment of syntactic deficits. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007/005\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007/005)) [available to ASHA members]

NMES

NMES využívá povrchové elektrody, které stimulují periferní nervy svalů souvisejících s polykáním.

- Smyslová (senzorická) stimulace: nízká intenzita, bez kontrakce svalů – cílem je zvýšit vnímání a podpořit neuroplasticitu.
- Motorická stimulace: vyšší intenzita, vyvolává kontrakci svalů – cílem je posílit svaly a zlepšit mechaniku polykání.

Pacienti během stimulace provádějí specifická cvičení nebo polykají potravu/tekutiny.

Co říká aktuální výzkum?

Post-CMP dysfagie:

- Wang et al. (meta-analýza 9 RCT): kombinace NMES + tradiční terapie (např. McNeill, termální stimulace) → lepší výsledky v PAS i kvalitě života (SWAL-QoL) než samotná tradiční terapie.
- Banda et al.: NMES + tradiční terapie → zlepšení času faryngeálního přenosu; samotné NMES tak efektivní nebylo.

Geriatrickí pacienti:

- Rugaitienė et al.: NMES + klasická cvičení (Shaker, Mendelsohn, pitch glide...) → zlepšení PAS skóre, diety, snížení závažnosti dysfagie. 2 pacienti přešli z enterální výživy na perorální příjem.

Senzorická vs. motorická stimulace – co je lepší?

- Howard et al.: Senzorická NMES + klasická cvičení → lepší zlepšení v DOSS (hodnoceno pomocí videofluoroskopie) než motorická stimulace.
- Ale: žádný rozdíl v PAS skóre mezi skupinami.
- Závěr: Proč je senzorická stimulace účinnější, zatím není jasné.

Problémy a nedostatky v důkazech

1. Kam umístit elektrody?
2. Jaké nastavení zvolit? (intenzita, frekvence, trvání)
3. Motorická nebo senzorická stimulace – pro koho co?
4. Chybí jednotné protokoly.
5. Mnoho studií kombinuje NMES s jinými metodami, takže těžko určit, co přesně funguje.
6. Náklady – přístroje stojí \$2000–5000, plus náklady na elektrody.
7. Vedlejší účinky – občas podráždění kůže, zarudnutí.

Co si z toho odnést?

- NMES může být užitečný doplněk, zejména u pacientů po CMP.
- Kombinace NMES + tradiční terapie se zatím jeví jako účinnější než každá metoda zvlášť.
- Chybí standardizované protokoly, a tak je použití NMES zatím spíše „umění“ než exaktní věda.
- U jiných diagnóz než CMP (např. onkologická dysfagie) jsou výsledky zatím nekonzistentní.

Závěrem: Stojí NMES za to?

Možná. Ale jen:

- Pokud máte jasné indikace (např. post-CMP dysfagie),
- jste připraveni NMES kombinovat s klasickou terapií, a
- berete v úvahu finanční náklady a nedostatky v důkazech.

Banda, K. J., Wu, K.-C., Jen, H.-J., Chu, H., Pien, L.-C., Chen, R., Lee, T.-Y., Lin, S.-K., Hung, S.-H., & Chou, K.-R. (2023). Comparative effectiveness of combined and single neurostimulation and traditional dysphagia therapies for post-stroke dysphagia: A network meta-analysis. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. <https://doi.org/10.1177/15459683231166940> [open access]

Ebdah, S., & Searl, J. (2024). Neuromuscular electrical stimulation for dysphagia treatment: Adoption, perceived barriers, and clinical practices. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2024_ajslp-24-00175 [available to ASHA members]

Howard, M. M., Block, E. S., Mishreki, D., Kim, T., & Rosario, E. R. (2022). The effect of sensory level versus motor level electrical stimulation of pharyngeal muscles in acute stroke patients with dysphagia: A randomized trial. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10520-7>

Langmore, S. E., McCulloch, T. M., Krisciunas, G. P., Lazarus, C. L., Van Daele, D. J., Pauloski, B. R., Rybin, D., & Doros, G. (2015). Efficacy of electrical stimulation and exercise for dysphagia in patients with head and neck cancer: A randomized clinical trial. *Head & Neck*. <https://doi.org/10.1002/hed.24197> [open access]

Rugaitienė, M., Lesauskaitė, V., Ulozienė, I., Kalinauskaitė, G., Juška, M., & Damulevičienė, G. (2024). Impact of modified diet, swallowing exercises, and neuromuscular electrostimulation on severity of oropharyngeal dysphagia of geriatric Patients. *Medicina*. <https://doi.org/10.3390/medicina60121927> [open access]

Speyer, R., Sutt, A.-L., Bergström, L., Hamdy, S., Heijnen, B. J., Remijn, L., Wilkes-Gillan, S., & Cordier, R. (2022). Neurostimulation in people with oropharyngeal dysphagia: A systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials—Part I: pharyngeal and neuromuscular electrical stimulation. *Journal of Clinical Medicine*. <https://doi.org/10.3390/jcm11030776> [open access]

Wang, Y., Xu, L., Wang, L., Jiang, M., & Zhao, L. (2023). Effects of transcutaneous neuromuscular electrical stimulation on post-stroke dysphagia: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1163045> [open access]

Wang, Z., Xiao, Z., Shen, Q., Zhao, N., & Zhang, W. (2023). Neuromuscular electrical stimulation for post-stroke dysphagia treatment: A systemic evaluation and meta-analysis of randomized controlled trials. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-023-10626-6>

Parkinsonova nemoc

Základní fakta:

- Parkinsonova nemoc je druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění.
- Postihuje přibližně 6 milionů lidí po celém světě.
- 80–90 % pacientů trpí dysfagií (poruchou polykání).
- Aspirační pneumonie je hlavní příčinou úmrtí u PD.

Symptomy a průběh:

- Motorické příznaky: bradykineze, rigidita, třes, dysartrie, dysfagie.
- Nemotorické příznaky: deprese, zácpa, poruchy spánku, únava, demence.
- Symptomy se liší dle podtypu PD (např. tremor-dominantní vs. akinetická forma).
- Průměrný věk diagnózy: 60–65 let; muži jsou postiženi častěji a vážněji.

Polykání a ochrana dýchacích cest:

- Vysoký výskyt dysfagie (80–90 %).
- Časté obtíže: opožděné polykání, zbytky v hltanu, slabá hyolaryngeální elevace.
- Snížená citlivost vede k tiché aspiraci (bez kašle).
- Poruchy kašle: slabý, neefektivní kvůli oslabené laryngeální a respirační funkci.
- Doporučení: instrumentální vyšetření, kašlový trénink (např. smTAP, EMST).

Řeč:

- Typická je hypokinetická dysartrie: slabý hlas, monotónnost, zrychlená řeč.
- Terapie: LSVT LOUD (zaměřená na hlasitost) a SPEAK OUT! (zaměřená na záměr).
- U těžších forem PD nebo kognitivního postižení lze zvažovat pomůcky jako SpeechVive nebo hlasové zesilovače.

Kognitivní a sociální komunikace:

- PD ovlivňuje plánování, paměť a společenskou komunikaci (např. sarkasmus, výrazy).
- Terapeutická intervence by měla být funkčně zaměřená a participativní.
- Doporučeno: časný zapojení rodiny, práce s cíli pacienta, kreativní terapie (hudba, umění).

Parkinsonova nemoc má komplexní průběh s různými symptomy v motorické i nemotorické oblasti. Efektivní péče vyžaduje multidisciplinární přístup, informovanost terapeuta a aktivní zapojení pacienta i jeho rodiny.

Borders, J. C., Hegland, K. W., Vanegas-Arroyave, N., & Troche, M. S. (2023). Motor performance during sensorimotor training for airway protection in Parkinson's disease. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-23-00055 [available to ASHA members]

Countouris, S. P., Terrett, G., Laakso, L., Schweitzer, D., Kneebone, A., Rendell, P. G., & Henry, J. D. (2020). A meta-analytic review of prospective deficits in Parkinson's disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.10.016>

Hegland, K. W., Troche, M. S., Brandimore, A. E., Davenport, P. W., & Okun, M. S. (2014). Comparison of voluntary and reflex cough effectiveness in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.09.010>

Ma, A., Lau, K. K., & Thyagarajan, D. (2020). Voice changes in Parkinson's disease: What are they telling us? *Journal of Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2019.12.029>

Rudisch, D. M., Krasko, M. N., Burdick, R., Broadfoot, C. K., Rogus-Pulia, N., & Ciucci, M. R. (2023). Dysphagia in Parkinson's disease: part I – pathophysiology and diagnostic practices. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*. <https://doi.org/10.1007/s40141-023-00392-9>

Rangwala, R., Saadi, R., Lee, J. J., Reedy, E. L., Kantarcigil, C., Roberts, M., & Martin-Harris, B. (2023). Respiratory-swallow coordination in individuals with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Parkinson's Disease*. <https://doi.org/10.3233/jpd-230057> [open access]

Saleem, S., Miles, A., & Allen, J. (2023). A systematic review of behavioral therapies for improving swallow and cough function in Parkinson's disease. *International Journal of Speech-Language Pathology*. <https://doi.org/10.1080/17549507.2023.2215488> [open access]

Sharma, S., Fleck, K., Winslow, S., & Rothermich, K. (2023). The impact of Parkinson's disease on social communication: an exploratory questionnaire study. *Seminars in Speech and Language*. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1773804>

CAPE-V a GRBAS

CAPE-V a GRBAS – hlasové hodnocení s "cut-off" hodnotami

- CAPE-V a GRBAS hodnotí poruchy hlasu, ale škálují jinak:
 - GRBAS: škála 0–3 (normální → těžké).
 - CAPE-V: vizuální analogová škála 0–100 mm.

Nové cut-off hodnoty (Walden, 2025):

- Vymezení hranic mezi normální, mírnou, střední a těžkou odchylkou zajišťuje větší konzistenci hodnocení.
- Např. pro „celkovou závažnost“ (Overall Severity):
 - 0–15 mm = normální
 - 16–39 mm = mírné
 - 40–69 mm = střední
 - 70–100 mm = těžké
- Pro „strain“ bylo spolehlivě určeno pouze pásmo normálu; doména „asthenia“ byla vyloučena.

Walden, P. R. (2025). Severity cut-off ranges for auditory-perceptual evaluation using visual analog scales. *The Voice Foundation by Elsevier Inc*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2025.01.018>

Výběr AAK slovní zásoby

Výběr slovní zásoby pro malé děti používající AAC (augmentativní a alternativní komunikaci) není jednoduchý úkol. Je třeba zajistit, aby děti měly přístup k slovům, která jsou pro ně okamžitě užitečná, relevantní pro jejich každodenní život, umožňují jim vyjadřovat své potřeby a zároveň podporují jejich budoucí jazykový rozvoj.

Studie Fricka Semmlera a kolegů (2025) ukázala, že ani rodiče, učitelé ani logopedi nedokázali správně předpovědět více než třetinu slov, která děti skutečně používaly během různých aktivit (matematika, řečová terapie, večeře). Nejhorší byla předpověď slov pro konverzaci u večeře, kde témata byla nejméně předvídatelná.

Zajímavé je, že nejlepší předpovědi vycházely z kombinace slovníků všech tří skupin – tedy rodičů, učitelů a logopedů, což zdůrazňuje význam týmové spolupráce. Rodiče přinášeli nejvíce osobně relevantní slovní zásobu, kterou by měli logopedi vždy zohlednit.

Studie také upozorňuje na běžnou praxi tzv. „maskování“ slovní zásoby v AAC, kdy je dítě nejprve zpřístupněna omezená slovní zásoba, aby nebylo zahlceno. To ale může omezovat přístup ke slovům, která by dítě chtělo v reálných situacích použít.

Jako řešení se nabízí tzv. „just-in-time“ programování, kdy jsou slova relevantní v daném okamžiku a konverzaci přidávána přímo během komunikace. To je sice náročnější na komunikátory, ale je to efektivní a vedené dítětem.

Hlavní poselství je: v otázce výběru slov je potřeba spolupracovat v týmu – rodiče, učitelé, logopedi – a společně podporovat děti v rozvoji jejich schopnosti komunikovat v reálných situacích.

Frick Semmler, B. J., Kitsmiller, H., & Bean, A. (2025). Seeing into the future: Adults' accuracy predicting the vocabulary of early symbolic communicators who use augmentative and alternative communication. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-24-00152 [available to ASHA members]

Recipe 4 Success

Recipe 4 Success (R4S) je nová intervence zaměřená na podporu rané intervence (EI) během domácích návštěv, která využívá společné přípravy svačin v kuchyni jako prostředek k posílení interakce mezi rodiči a dětmi. Přestože byla původně vytvořena pro programy Early Head Start, je snadno použitelná i pro logopedy a další odborníky.

Co obsahují lekce R4S?

- Kontrola, jak rodiče použili strategii z minulého týdne
- Krátká diskuze o sebe-regulaci u batolat (struktura, pozitivní zpětná vazba)
- Pohybová aktivita před přesunem do kuchyně
- Mytí rukou a příprava jednoduchých svačin (např. mravenci na klacku, zelenina s dipem, banánové sushi)
- Průběžné rodičovské koučování
- Společné jídlo a úklid
- Plánování další lekce a diskuse o přenášení naučeného do každodenního života

Výsledky a přínosy R4S:

- Lepší vztahy mezi rodiči a odborníky díky jasnému pochopení cílů terapie
- Zvýšená schopnost facilitátorů efektivněji koučovat rodiče (méně stresu s přípravou aktivit, více času na rodičovské vedení)
- Vyšší zapojení rodičů do intervence
- Zlepšení sebe-regulace batolat (lépe odolávají pokušení, spolupracují, lépe se soustředí)
- U rodičů větší ochota zavádět nové potraviny a více rozmanitosti v dětské stravě, což vedlo k většímu zájmu dětí zkoušet nové chutě

Když už jsou všechny běžné aktivity (stavění kostek, zvířátka, čtení) ohraným scénářem, R4S nabízí jednoduchý, praktický a efektivní způsob, jak doma podpořit rozvoj dětí i zapojení rodičů – a to přímo v kuchyni. Jen nezapomeňte mít po ruce recept.

Braaten, S. M., Nix, R. L., Gill, S., Hostetler, M. M., McNeil, C. B., Francis, L. A., Feinberg, M. E., & Stifter, C. A. (2025). What makes home visits effective? An examination of therapeutic mechanisms in the Recipe 4 Success preventive intervention. *Early Childhood Research Quarterly*. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2025.02.012>

CARE model v terapii koktavosti

Od 70. let se terapie koktavosti zaměřovala hlavně na snižování koktání jako cestu ke zlepšení kvality života. Ale u mnoha lidí to vede spíše k úzkosti, vyhýbání se mluvení a přemýšlení o „správném“ projevu než ke skutečnému zlepšení.

CARE = Communication, Advocacy, Resiliency, Education

1. Communication (Komunikační kompetence)
 - Nejde jen o plynulost řeči, ale o celkový soubor schopností (řeč těla, oční kontakt, hlasitost, rychlost řeči, gesta).
 - Můžeme měřit úspěch i jinak než jen počtem dysfluentních slabik.
 - Například: vytvořit škálu, jak dobře klient používá tyto „sekundární“ komunikační dovednosti během nácviku.

2. Advocacy (Advokacie, sebeobhajoba)
 - Učit klienty sdílet informace o koktavosti věcně a bez omluv.
 - Připravit děti na otázky jako „Proč tak mluvíš?“ a naučit je, jak reagovat sebevědomě.
 - Terapeuti a okolí by měli také aktivně podporovat destigmatizaci koktavosti.
3. Resiliency (Odolnost)
 - Pomáhat klientům vybudovat schopnost vyrovnat se s negativními reakcemi okolí a vlastními obavami.
 - Podpora sebelásky a soucitu vůči sobě samému je klíčová.
4. Education (Vzdělávání)
 - Osvěta o koktavosti: fakta, mýty, typy koktání, jak to konkrétně klient vnímá a prožívá.
 - Terapie zahrnuje pojmenování věcí normálním a neutrálním způsobem, bez stigma.

Výhody CARE modelu podle výzkumů:

- Zlepšení komunikační efektivity bez nutnosti snižování koktání
- Posun v myšlení posluchačů, kteří přestávají klást důraz jen na plynulost
- Lepší sociální vztahy u dětí a dospělých
- Žádné negativní vedlejší účinky

Jak CARE model zařadit do praxe?

- CARE není něco, co přidáte k tradiční terapii – jsou to dva odlišné přístupy, které by se neměly míchat.
- Klient by měl mít možnost vybrat si, co chce (pracovat na plynulosti nebo na komunikaci a sebepřijetí).
- Terapie zaměřená na plynulost může být pro některé klienty stále vhodná – ale měla by být prováděna s upřímností o její omezeních.
- Terapeut by měl vždy používat věcné a empatické vyjadřování o koktání a úspěchu klienta.

Byrd, C. T., Coalson, G. A., & Conture, E. G. (2024). CARE model of treatment for stuttering: Theory, assumptions, and preliminary findings. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1488328> [open access]

Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press: Chicago.

Respirační podpora u kojenců – typy a význam pro orální krmení

- Invazivní ventilace: vzduch se dodává přímo do dolních cest dýchacích (intubační trubice, tracheostomie).
- Neinvazivní ventilace (respirační podpora): dodává se do horních cest dýchacích přes nosní masku nebo kanylu (např. CPAP, HFNC).

Typy neinvazivní podpory:

1. Low Flow Nasal Cannula (LFNC)
 - Nízký průtok kyslíku (do 2L/min), bez ohřevu či zvlhčení.
 - Používá se u dětí s nízkou saturací kyslíku nebo zvýšenou námahou dýchání.
 - Orální krmení je obecně bezpečné, pokud je dítě stabilní a připravené na krmení.
2. High Flow Nasal Cannula (HFNC)
 - Vysoký průtok ohřátého a zvlhčeného vzduchu (>2L/min), s/nebo bez kyslíku.
 - Pomáhá s odstraněním CO₂ a snižuje námahu dýchání.

- Používá se u předčasně narozených >28 týdnů, při onemocnění dýchacích cest, při odvykání od CPAP.
 - Krmení na HFNC může být možné při přísném protokolu a multidisciplinárním dohledu, ale bezpečnost je stále nejistá.
3. Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)
- Nepřetržitý pozitivní tlak zabraňuje kolapsu alveolů, udržuje dýchací cesty otevřené.
 - Používá se u předčasně narozených i novorozenců s dechovými potížemi.
 - Orální krmení na CPAP není doporučeno kvůli bezpečnostním obavám a nedostatku výzkumu.

Co říká výzkum o orálním krmení při respirační podpoře?

- LFNC: Orální krmení je většinou bezpečné, pokud je dítě stabilní.
- HFNC: Nejasnosti ohledně bezpečnosti a účinku na polykání; potřeba multidisciplinární posouzení.
- CPAP: V současnosti se nedoporučuje orální krmení kvůli rizikům a nedostatku dat.

Doporučení pro terapeuty:

- Pracovat úzce s multidisciplinárním týmem na posouzení připravenosti ke krmení.
- Zlepšit dokumentaci (používat validované nástroje jako Pedi-EAT-10).
- Vyjasnit si podrobnosti o použité respirační podpoře u dítěte.
- Podporovat děti v krmení co nejvíce, protože rodiče často pocítují velký stres a děti mohou mít dlouhodobé potíže.

Orální krmení je u dětí s nízkoprůtokovou kyslíkovou podporou (LFNC) zpravidla bezpečné. U HFNC může být možné, ale je potřeba opatrnost a protokol. U CPAP orální krmení zatím nedoporučujeme. Terapeuti by měli spolupracovat a pečlivě monitorovat stav dětí.

Barnes, C. K., Simpson, K. N., Wilmskoetter, J., Dooley, M., & Bonilha, H. S. (2025). Feeding infants on noninvasive respiratory support: Practice at one academic medical center. *American Journal of Speech-Language Pathology*, https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-24-00302 [available to ASHA members]

Barnes, C., Simpson, K. N., Wilmskoetter, J., McGhee, H., Nichols, K., & Bonilha, H. S. (2025). Qualitative analysis of therapist documentation of assessments of orally feeding infants who require noninvasive respiratory support. *American Journal of Speech-Language Pathology*, https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-24-00294 [available to ASHA members]

Canning, A., Fairhurst, R., Chauhan, M., & Weir, K. A. (2020). Oral feeding for infants and children receiving nasal continuous positive airway pressure and high-flow nasal cannula respiratory supports: A survey of practice. *Dysphagia*, <https://doi.org/10.1007/s00455-019-10047-4>

Chan, K., Chawla, J., Clarke, S., Schilling, S., & Marshall, J. (2024). Caregiver experiences of oral feeding in infants on long-term high flow nasal cannula support. *International Journal of Speech-Language Pathology*, <https://doi.org/10.1080/17549507.2024.2412614> [open access]

Ferrara, L., Bidiwala, A., Sher, I., Pirzada, M., Barlev, D., Islam, S., Rosenfeld, W., Crowley, C. C., & Hanna, N. (2017). Effect of nasal continuous positive airway pressure on the pharyngeal swallow in neonates. *Journal of Perinatology*, <https://doi.org/10.1038/jp.2016.229>

Hirst, K., Dodrill, P., & Gosa, M. (2017). Noninvasive respiratory support and feeding in the neonate. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, <https://doi.org/doi:10.1044/persp2.SIG13.82> [available to ASHA SIG members]

Co je EILO?

Dočasné a reverzibilní zúžení hrtanu během cvičení, což způsobuje dýchací obtíže.

Dva hlavní behaviorální přístupy k léčbě EILO:

1. "Breathing f-out" přístup (Karlsen a kolegové)

- Terapie trvá 5 týdnů, 5 hodinových sezení.

- Kombinace hlasových, laryngeálních a dýchacích cvičení.
- Hlavní techniky zahrnují:
 - Vysvětlování anatomie hrtanu a patofyziologie EILO.
 - Diaphragmatické dýchání.
 - Semi-uzavřený hlasový trakt (semi-occluded vocal tract) – vytváření dlouhého /f/ výdechu.
 - Inspirace s různými manévry (např. „yawn in“, „sniff in“, speciální Karlsenův manévr).
- Pozdější sezení trénují pacienty v rozeznání a zastavení EILO během cvičení.
- Studie ukazuje, že 86 % pacientů (většinou mladých žen) mělo subjektivní zlepšení a snížení obstrukce během cvičení měřené laryngoskopií.

2. "Ratio breathing" přístup (Vos a Milstein)

- Terapie v průměru 3 sezení u převážně sportujících dospívajících.
- Zaměření na:
 - Brániční dýchání.
 - Motorickou kontrolu dýchacích svalů pomocí poměru nádechu a výdechu (např. 3 krátký nádech, pauza, 3 krátký výdech, postupně až 6/6).
 - Začlenění poměrného dýchání v různých polohách a pohybech (chůze, jogging).
 - Naučení záchranných dýchacích technik (např. zívání a čichání).
 - Přizpůsobení cvičení různým sportům.
- Terapie ukazuje dlouhodobou účinnost, i roky po léčbě.

Shrnutí:

- Oba přístupy jsou nadějně a pomáhají pacientům zvládat EILO.
- Karlsenův protokol je detailní, otevřeně přístupný a obsahuje video návody, což usnadňuje implementaci.
- Výzkum stále pokračuje, ale už teď lze tyto techniky začít používat v praxi.

Karlsen, T., Vreim, K., Røksund, O. D., Vollsæter, M., Muralitharan, P., Ellingsen, T. A., Heimdal, J.-H., Halvorsen, T., & Clemm, H. (2024). A speech therapy treatment protocol for exercise induced laryngeal obstruction. *Frontiers in Pediatrics*. <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2024.1356476> [open access]

Vos, D. J., & Milstein C. F. (2024). Long-term outcomes of respiratory retraining therapy for exercise-induced laryngeal obstruction. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2024.06.005>

Vreim, K., Karlsen, T., Carlsen, P. H., Nistad, V. H., Røksund, O. D., Halvorsen, T., Vollsæter, M., Heimdal, J.-H., Clemm, H., & Engan, M. (2025). Speech therapy for exercise-induced laryngeal obstruction. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. <https://doi.org/10.1007/s00405-024-09190-y> [open access]

- Lidé s ABI často zažívají sociální izolaci a zúžení sociálních sítí kvůli kognitivním, jazykovým, fyzickým nebo sociálním obtížím.
- Přestože moderní technologie nabízí možnosti snadného spojení (Facebook, skupiny, sdílení příběhů), lidé s ABI mají často problém tyto nástroje bezpečně a efektivně používat.

Doporučené bezplatné online tréninky pro klienty s ABI (získané poškození mozku)

1. Social-ABI-lity

- Délka: 2–3 hodiny, samostudium.
- Učí, jak si vybrat sociální platformu, jak se spojit s ostatními a základní bezpečnostní pravidla.

- Pilotní Facebook skupina s peer moderátory podpořila komunitu, sebevědomí a pocit identity u účastníků.
 - Skvělý nástroj pro znovu-nastartování používání sociálních sítí.
2. CyberAbility
- Trénink zaměřený na prevenci internetových podvodů a scamů.
 - Pomáhá rozpoznat varovné signály, zpracovat negativní emoce z podvodu a vytvořit plán, jak se vyhnout scamům v budoucnu.
 - Vytvořen s přispěním lidí s ABI, velmi uživatelsky přívětivý.

Využití v terapii:

- Tréninky nejsou přímo terapeutické, ale jejich obsah lze využít v terapii na procvičování paměťových strategií, porozumění a sebepoznání.
- CyberAbility nabízí i přehledný materiál, který pomůže klientům lépe se zapojit a vytvořit vlastní bezpečnostní plán.

Doporučuje se podpořit klienty, aby tyto tréninky vyzkoušeli a tím zlepšili svou schopnost bezpečně a sebevědomě používat sociální média a internet.

Brunner, M., Rietdijk, R., Southwell, K., Baker, J., Cooper, S., Avramovic, P., Brassel, S., Power, E., Rushworth, N., & Togher, L. (2025). The peer effect is "utterly profound": A Social-ABI-lity pilot study of a multicomponent, peer-moderated social media skills intervention for people with acquired brain injury. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2024_ajslp-24-00114 [open access]

Chew, K. A., Ponsford, J. L., & Gould, K. R. (2025). "This is a lifesaver": Co-designing a novel cyberscam psychosocial recovery intervention framework for people with acquired brain injury. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2457511> [open access]

Delirium: Časté, vážné a často poddiagnostikované zejména u starších a lidí s demencí.

1. Rozšíření detekce delirium mimo specialisty

- Delirium Observation Screening Scale (DOSS) – 13bodový dotazník, který snadno vyplní i personál bez specializovaného výcviku (např. sestry). Sleduje chování jako ospalost, emoce, nedokončené myšlenky, trvá méně než 5 minut.
- Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM) – nástroj pro rodinné pečovatele k identifikaci delirium, využívá jejich znalost pacienta a základního chování. Užitečné hlavně v akutních či podpersonálních prostředích.

Logopedi mohou pomoci s integrací těchto nástrojů do praxe, podporovat personál nebo vzdělávat, protože často včas zaznamenají změny v komunikaci a chování.

2. Nefarmakologická léčba delirium: Attention and Awareness Through Movement (AATM/MTC)

- Krátká, strukturovaná intervence zaměřená na zvýšení pozornosti a aktivaci pacientů, zejména u hypoaktivního delirium.
- Zahrnuje teplé doteky, jemné pasivní pohyby, cílený taktilní stimul a klidné prostředí s jedním průvodním hlasem.
- Pacienti se často více zapojili, začali komunikovat a projevovat iniciativu.
- Intervence je nízkoriziková a může ji provádět i sesterský personál; SLP mohou spolupracovat s ostatními therapy na jejím zavedení.

3. Delirium překrývající se s demencí (DSD) – komplexní výzva

- Přehled ukázal, že většina intervencí není specificky cílená na DSD, ale lze využít existující postupy:

- Organizace péče s využitím informací od rodin (např. „About Me“ karty)
- Vzdělávání rodin a personálu o deliriu a demenci
- Podpora dobrovolníků jako doplňková opora, pokud rodina není přítomna
- Přímé zapojení rodiny pomocí nahrávek či životních příběhů pro orientaci pacienta

Tyto přístupy zlepšují komunikaci, jistotu rodin a informovanost personálu, i když výsledky na délku hospitalizace či závažnost delirium jsou smíšené.

4. Závěry a doporučení

- Detekce deliria může a má být rozšířena na širší tým včetně rodiny a ošetřujícího personálu pomocí jednoduchých, snadno použitelných nástrojů.
- Nefarmakologické intervence jako AATM/MTC ukazují slibný přístup k aktivaci pacientů s delirium.
- Zapojení rodin je klíčové, zejména u pacientů s delirium a demencí, a lze využít existujících postupů k podpoře person-centered care.
- Interdisciplinární týmy včetně SLP by měly prosazovat tyto nástroje, podporovat spolupráci s rodinami a přispívat k lepší péči o pacienty s delirium.

Ashton-Gough, C., Lynch, J., & Goodman, C. (2025). Supportive interventions involving family carers of patients with delirium superimposed on dementia in hospital: A scoping review. *International Journal of Older People Nursing*. <https://doi.org/10.1111/opn.70016> [open access]

Bisson, D. E., Clancy Burgess, S. C., Gamache, M. E., Dunn, M. P., Valeras, A. B., & Lindpaintner, L. S. (2024). Innovation in delirium care: A standardized intervention to reverse inattention using touch and movement. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.19254> [open access]

Sabbe, K., van der Mast, R., Dilles, T., & Van Rompaey, B. (2024). Validation of the Delirium Observation Screening Scale in long-term care facilities in Flanders. *Geriatrics & Gerontology International*. <https://doi.org/10.1111/ggi.14878>

Zhou, C., Wang, H., Wang, L., Zhou, Y., & Wu, Q. (2024). Diagnostic accuracy of the Family Confusion Assessment Method for delirium detection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.18692>

Jaký je současný pohled na intervenci sociálních dovedností u autistických klientů?

Tradiční cíle jako udržování tématu, střídání se v konverzaci nebo oční kontakt často směřovaly k tomu, aby se autisté přizpůsobili „normálnímu“ (neurotypickému) způsobu komunikace, což vede k tzv. maskování – skrývání vlastní identity, které má velmi negativní dopady na duševní zdraví.

Neurodivergentní přístup říká, že autistické způsoby komunikace nejsou špatné nebo porouchané, jsou prostě jiné.

Na co bychom se měli zaměřit místo toho?

Místo izolovaných sociálních dovedností se zaměřit na strukturální stránku sociální sítě – tedy jaké vztahy má klient, jak silné jsou a jaké jsou jeho skutečné sociální potřeby.

Pomoci autistovi pochopit a posílit existující vztahy nebo vytvořit nové, které jsou pro něj smysluplné, ne podle toho, co vyžaduje „neurotypická norma“.

Co říká výzkum?

Autistické děti mají často méně přátel a jejich vrstevníci je méně často považují za kamarády, i když dospělí mohou mít pocit, že vše vypadá v pořádku.

Trénink sociálních dovedností většinou nezvyšuje počet přátel.

Lepší výsledky přinášejí intervence s vrstevníky, kdy děti pomáhají navazovat kontakty mezi sebou, oproti zásahům vedeným dospělými nebo jen inkluzivnímu prostředí.

Některé sociální návyky, jako ukázání zájmu (kladení otázek, přikyvování), mohou pomoci navázat vztah – ale nejsou to pravidla, spíše nástroje.

Opakované pohyby (stimming) nebo přerušování konverzace obecně nevypadají jako něco, co by zhoršovalo komunikaci a není nutné je „odstraňovat“.

Často je lepší najít lidi, kteří vás mají rádi takové, jací jste – často jiní autisté.

Jak tedy přistupovat k intervencím zaměřeným na vztahy?

Ve škole lze použít Friendship Survey (dotazník o přátelství), který pomáhá zjistit, jak autisté sami i jejich spolužáci vnímají sociální vztahy.

Pro teenagery a dospělé lze využít sociální mapování, například nástroj SNaPPS, k pochopení, kdo je v jejich sociální síti důležitý a jaké mají potřeby.

Spolupracovat s klientem na:

Jaké sociální vazby má a jak jsou silné.

Jaké má sociální potřeby a cíle.

Jak chce své sociální vztahy zlepšit nebo rozšířit – podle sebe.

Zaměřit se na konkrétní sociální dovednosti jen tehdy, pokud pomohou dosáhnout smysluplných cílů.

Pomoci klientovi rozvíjet flexibilitu a schopnost řešit problémy ve využívání své sociální sítě.

Intervence sociálních dovedností nemá nutit autisty, aby se maskovali nebo přizpůsobovali neurotypickým normám.

Měla by podporovat budování vztahů a kontaktů, které jsou pro klienta opravdu důležité.

Rodina často poskytuje nejlepší sociální podporu, takže je dobré zapojit i rodinný přístup.

Goodwin-Hinkle, M., Lerman, D. C., Lastrapes, R. E., Hunt, J., Del Bello, A., Fletcher, V., Hinkle, K., & Richmond, A. (2024). Further analysis of a methodology for establishing the social validity of targeted conversation skills. *Behavior Analysis: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/bar0000297>

Lei, J., Qian, X., & Kim, K. M. (2025). Social network structure in autistic individuals: A systematic review. *Autism in Adulthood*. <https://doi.org/10.1089/aut.2024.0029>

ADHD a DLD

ADHD a DLD (vývojová porucha jazyka) – souběžné poruchy

- ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou) je velmi častá, asi u 10 % dětí.
- DLD je méně známá, ale také běžná – postihuje přibližně 1 z 10 dětí.
- Někdy se ADHD a DLD vyskytují současně – odhadovaná četnost se velmi liší, od 3 % až po více než 50 % dětí s DLD.

Jak vypadá souběh ADHD a DLD?

- Děti s ADHD+DLD mají podobné symptomy jazyka jako děti s DLD samotným, a symptomy ADHD jako děti s ADHD samotným.
- Kombinace těchto poruch však zvyšuje riziko školních potíží a chování jako je agresivita nebo vyhýbání se povinností.
- ADHD samo o sobě nemusí přímo způsobovat problémy s učením (např. dyslexii), ale může s nimi geneticky souviset.
- Jazykové schopnosti (DLD) mají větší vliv na čtenářské dovednosti než symptomy ADHD.

Sociální a kognitivní dopady

- Děti s ADHD a DLD mají zhoršené sociální kompetence, ale mít obě poruchy nezhoršuje sociální obtíže víc než samotné ADHD.
- Jazykové schopnosti a sociální fungování spolu úzce souvisí, ale příčinná vazba není jasná.
- Deficity v pozornosti a jazyce ovlivňují chování, které je společensky často negativně hodnocené (např. nepozornost, odbočování od tématu).

Neurodiverzita a přístup k podpoře

- Doporučuje se neurodiverzita-pozitivní přístup, který se nezaměřuje na „odstraňování deficitů“, ale na podporu silných stránek a přizpůsobení prostředí.
- ADHD i DLD je možné vnímat jako odlišné neurologické stavy, ne jako poruchy.
- Výzvou je především společenské a školní prostředí, které často není přizpůsobené potřebám těchto dětí.
- Důležité je vzdělávání odborníků i spolužáků, podpora sebeadvokacie, regulace stresu a vytváření inkluzivních podmínek.
- Sociální cíle by měly vycházet z přání a potřeb samotných dětí, ne jen z toho, jak je chtějí vidět neurotypické normy.

Hancock, N., Redmond, S. M., Fox, A. B., Ash, A. C., & Hogan, T. P. (2025). Word reading and attention-deficit/hyperactivity disorder in children with developmental language disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00052

Hannig Russell, K. M., & Redmond, S. M. (2025). The impacts of co-occurring developmental language disorder on the academic, interpersonal, and behavioral profiles of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. https://doi.org/10.1044/2024_persp-24-00035 [open access]

Redmond, S. M., Ash, A. C., Li, H., & Zhang, Y. (2024). Links among attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and psycholinguistic abilities are different for children with and without developmental language disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2024_ajslp-23-00388 [available to ASHA members]

Timler, G. R., Zane, E., Decker, A. L., Ritter, R., & Stewart, A. (2025). Best practices for supporting social-emotional development in children with developmental language disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. https://doi.org/10.1044/2024_persp-24-00088 [available to ASHA SIG members]

van Bergen, E., de Zeeuw, E. L., Hart, S. A., Boomsma, D. I., de Geus, E. J. C., & Kan, K.-J. (2025). Co-occurrence and causality among ADHD, dyslexia, and dyscalculia. *Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/09567976241293999>

Wieczorek, K., DeGroot, M., Ganshorn, H., & Graham, S. A. (2025). Connecting language abilities and social competence in children: A meta-analytic review. *Child Development*. <https://doi.org/10.1111/cdev.14218> [open access]

Story Champs AAC – narativní intervence pro uživatele AAC

- Story Champs AAC je upravená verze programu Story Champs, určená pro uživatele alternativní a augmentativní komunikace (AAC).
- Příběhy jsou méně jazykově náročné a slovní zásoba odpovídá populárním AAC systémům (LAMP, Touch Chat, TD Snap).
- Na rozdíl od původního programu, který se často používá ve skupinách, byla v této studii intervence vedena individuálně.

Jak Story Champs AAC funguje:

1. Čtení celého příběhu s ilustracemi a používání ikon pro klíčové prvky příběhu (postava, problém, pocit, akce, závěr).
2. Ukazování a pojmenování těchto prvků a jejich umístění na AAC zařízení dítěte.
3. Čtení zjednodušené verze příběhu s modelováním pomocí AAC.
4. Podpora dítěte při překládání příběhu přes AAC s pomocí ilustrací.
5. Podpora co nejvíce samostatného vyprávění dítěte.

- Používá se postup nejmenšího až největšího navádění, ale fyzické navádění je doporučeno vynechat, protože u autistických dospělých bývá často neakceptovatelné.

Výsledky studie (Almubark et al., 2025):

- Výrazné zlepšení ve schopnosti vyprávění příběhů u tří autistických dětí s minimální schopností mluvit, které používají AAC.
- Zvýšilo se používání různých symbolů na AAC zařízeních během terapie i doma (dle zpráv rodičů).
- Zlepšení přesahovala jen cílené dovednosti, rozšířilo se i kombinování symbolů a mluvená komunikace.

Význam:

- Studie přináší důležitá a prakticky použitelná data k narativním intervencím u uživatelů AAC, kde je výzkum zatím omezený.
- Program je vhodný pro děti s různými úrovněmi schopností v používání AAC, což z něj dělá flexibilní nástroj.

Almubark, N. M., Spencer, T. D., & Foster, M. E. (2025). AAC narrative intervention for children with autism. *Augmentative and Alternative Communication*. <https://doi.org/10.1080/07434618.2024.2433959> [open access]

Potíže s fonologickým uvědoměním

Roepke a kolegové zjistili, že děti, které produkují atypické fonologické chyby, mají ve srovnání s dětmi s typickými fonologickými chybami větší potíže s fonologickým uvědoměním, čtením a psaním, exekutivními funkcemi a mají vyšší pravděpodobnost, že chyby přetrvají. Atypické fonologické chyby jsou neobvyklé vzory, jako je „backing“ (vyslovování hlásek dále vzadu v ústech), znělost konečných souhlásek nebo nahrazování explozivních hlásek frikativy. Děti s těmito chybami by měly být prioritně zařazeny k 1) okamžité terapii (přístup „počkat a uvidět“ pravděpodobně nefunguje) a 2) hodnocení a/nebo intervenci zaměřené na fonologické uvědomění.

https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2024_AJSLP-24-00179

Rané motorické dovednosti

Víme, že rané motorické dovednosti někdy mohou předpovídat jazykové výsledky. Frewin a kolegové zjistili, že porozumění slovesům u kojenců je více spojeno s jejich motorickými schopnostmi než porozumění podstatným jménům. Navrhují, že když kojenci provádějí více pohybů, jejich pečovatelé mají více příležitostí předvádět různá slovesa. Získání větších zkušeností s pohybem by také mohlo kojencům pomoci lépe chápat význam slov označujících akce. Tyto poznatky ale neříkají, že zlepšení motoriky dítěte automaticky povede ke zlepšení porozumění, nicméně sladit výuku sloves s novými pohybovými dovednostmi dítěte rozhodně neuškodí.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/infa.12638>