

Aktivity pro terapii s malými dětmi

Jedním z největších a nejvytrvalejších úkolů, které nás v prostředí rané péče čekají, je vymýšlení aktivit pro nekonečné množství jazykových terapií s malými dětmi. Ti nejmenší mají totiž velmi rozdílné jazykové potřeby a schopnosti, rychle se začínou nudit, vyžadují neustálé novinky a jejich schopnost soustředění se často rovná pozornosti octomilky. Jakmile se jim aktivita nelíbí, bez okolků to dají najevo: „*To je nuda. To už jsme dělali. Já si chci hrát!*“

Logopedi přitom vedle terapie zvládají ještě desítky dalších povinností, a není tedy divu, že nezbývá čas na složité přípravy nebo výrobu materiálů. Právě proto vznikla iniciativa TISLP, která přináší tipy a zdroje pro rychlé a efektivní jazykové aktivity s dětmi v předškolním a raně školním věku. Ať už zoufale hledáte nápad na poslední chvíli, nebo si chcete do budoucna ušetřit čas díky hotovým plánům a materiálům, vždy je z čeho čerpat.

Pokud je třeba začít okamžitě, skvěle poslouží obyčejná knížka – obrázkové příběhy se dají využít k rozvoji slovní zásoby, emocí či porozumění textu, přičemž stačí i jednoduché ukazování a komentování. Ještě účinnější může být dramatické čtení s předváděním děje. Stejně tak lze využít krátká videa (např. z NASA, National Geographic nebo PBS), která dětem nabídnou atraktivní podnět a poslouží k procvičování vyvozování závěrů či k vyprávění. Vhodné jsou i jednoduché hry – buď ty s krátkými koly pro intenzivní trénink, nebo hry, které lze snadno přizpůsobit konkrétním cílům terapie, jako například *Headbanz* pro otázky či *Guess Who* pro popisování.

Pokud nejsou k dispozici vůbec žádné materiály, lze využít prostředí kolem sebe a zapojit smysly dítěte – co vidí, slyší, cítí nebo může napodobit. Skvělou pomůckou je také práce s vzpomínkami, pohyb, gesta, zpěv nebo zvukomalba. Logoped vlastně nepotřebuje nic víc než vlastní tělo a tvořivost.

Pro ty, kdo chtějí pracovat systematictěji a dopředu, existují i ucelené programy. K bezplatným materiálům patří například Oral Narrative Intervention Programme nebo dramatické aktivity spojené s vyprávěním příběhů. Z placených programů stojí za zmínku *Story Friends* (výuka slovní zásoby), *Story Champs* (narativní intervence v angličtině i bilingvní verzi) a *SKILL*, který je také založený na vyprávění a jehož principy lze využít i při vlastní tvorbě aktivit.

Celkově tedy platí, že kvalitní jazyková terapie nemusí být složitá ani časově náročná – ať už s knihou, videem, jednoduchou hrou, nebo jen s fantazií a vlastním hlasem.

Zapojení rodičů do terapie výslovnosti: Co rozhoduje o úspěchu domácí intervence

Je dobře známo, že zapojení rodičů do terapie poruch výslovnosti (SSDs) je klíčové, ale v praxi to bývá složité. I když logoped rodiče opakovaně povzbuzuje a zdůrazňuje význam domácího procvičování, mnohé rodiny mají potíže se k němu pravidelně dostat – a není divu, protože výchova dětí je vyčerpávající.

Novější výzkumy ukazují, které faktory rozhodují o úspěchu domácí intervence, jak ovlivňují pokroky dítěte a jak mohou rodiče terapii zvládnout. Leafe a kol. identifikovali tři nezbytné složky: **přípravenost k zapojení, podporovanou realizaci a udržení motivace.**

Přípravenost k zapojení znamená, že se na začátku terapie věnuje čas očekáváním a možnostem rodiny. Je důležité zjistit, zda mají rodiče čas, dovednosti a prostředky (například přístup k digitálním technologiím) a ocenit jejich odbornost – znají přece své dítě nejlépe. Současně je třeba uznat, že některé rodiny nemohou zvládat intenzivní domácí program.

Podporovaná realizace spočívá v tom, že logoped rodičům pomáhá začlenit cvičení do denní rutiny, společně hledá vhodný čas a způsob a poskytuje průběžné koučování i zpětnou vazbu. Rodiče tak vědí, proč byly vybrány konkrétní cíle a jak je procvičovat. Zároveň je nutné vnímat, že rodič má dvojí roli – je pečovatelem i „terapeutem“ – a pomoci mu najít rovnováhu.

Udržení motivace zahrnuje odměňování dítěte (sociální i jiné posílení), využití digitálních nástrojů k zatraktivnění cvičení a přizpůsobení formy komunikace potřebám rodiče – například prostřednictvím videí, obrázků či krátkých návodů.

I když se to může zdát náročné, výzkum ukazuje, že dodatečné domácí procvičování urychluje pokroky díky vyšší intenzitě tréninku a může snížit nutnost častých osobních setkání s logopedem. V soukromé praxi lze tyto postupy zavádět snadněji, ale i školní logopedové, kteří mají s rodiči méně kontaktu, mohou využít alespoň jednu strategii z každé z uvedených složek. Pomoci může například plánovací formulář, který rodiče vyplní.

Další studie (Raaz a kol., 2025) potvrdila, že hybridní model – tedy kombinace teleterapie a domácí intervence vedené rodiči – je stejně účinný jako samotná terapie logopedem. Rodiče v tomto případě absolvovali krátké online moduly s ukázkami technik, cvičili s dítětem třikrát týdně po 10 minutách a dosahovali srovnatelných výsledků.

Jako doplňkovou, minimálně náročnou strategii lze doporučit i využívání chytrých reproduktorů. Děti, které zadávaly zařízení příkazy několikrát denně, měly podle výzkumu (Makin a kol.) znatelně lepší srozumitelnost řeči.

Ať už jde o doplňkové domácí procvičování, hybridní model, nebo podporu rodin žijících ve vzdálených oblastech, tyto postupy ukazují, že zapojení rodičů může výrazně zvýšit účinnost logopedické intervence – pokud je dobře nastavené a dlouhodobě udržitelné.

Leafe, N., Pagnamenta, E., Donnelly, M., Taggart, L., & Titterton, J. (2025). 'To know that you are a link in the chain': A realist evaluation to explore how digital, intensive, parent-implemented interventions work for children with speech sound disorder, why, and for whom. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70049> [open access]

Makin, L., Smith, E., Hedge, C., Sumner, P., & Powell, G. (2025). Smart speakers are an acceptable and feasible speech practice tool for children with speech difficulties. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. <https://doi.org/10.1080/17483107.2025.2491636> [open access]

Raaz, C. V., Cox, D. G., Farrell, T. L., & Reisfeld, N. D. (2025). Evaluation of online parent training and structured home practice for children with speech sound disorder. *Communication Disorders Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/15257401251337740>

Laryngektomie: výzvy a role logopeda v péči o hlas, polykání a psychickou podporu

Chirurgický zákrok laryngektomie, tedy odstranění hrtanu, se provádí již více než 150 let. Přesto i v dnešní době pacienti čelí stejnému jádru problému: ztrátě hlasu a nutnosti naučit se novým způsobům komunikace a polykání. Pro logopedy to znamená zásadní úkol – stát po boku pacientů na jejich cestě od operace přes rehabilitaci až po dlouhodobou adaptaci.

Laryngektomie se nejčastěji provádí z onkologických důvodů, ale také u pacientů s ALS či po těžkých traumatech. Může být částečná, kdy chirurg odstraňuje jen část hrtanu a snaží se zachovat přirozené dýchání a hlas, nebo totální, při níž se oddělí dýchací a trávicí cesty a pacient dostane trvalou tracheostomii. Totální laryngektomie může být primární (první volba) nebo záchranná (po neúspěšné radioterapii/chemoterapii). Záchranné zákroky jsou složitější kvůli změnám v ozářených tkáních a nesou vyšší riziko komplikací.

Po odstranění hlasivek je třeba vytvořit nový zdroj vibrací pro řeč. Existují tři hlavní možnosti:

- **Elektrolarynx** – vibrační zařízení přiložené na krk nebo do úst, které vytváří zvuk, jež artikulace tvaruje do řeči.
- **Ezofageální řeč** – pacient se učí nasávat vzduch do jícnu a uvolňovat jej přes faryngo-ezofageální segment, kde vznikají vibrace.
- **Tracheoezofageální píštěl (TEP) s hlasovou protézou** – silikonový jednosměrný ventil mezi průdušnicí a jícnem. Při zakrytí stomie proudí vzduch do jícnu a vytváří zvuk.

V západních zemích je nejčastější metodou TEP, protože nabízí nejlepší akustické parametry a srozumitelnost. Ezofageální řeč se však nadále využívá, zejména tam, kde není TEP snadno dostupný, a nové poznatky ukazují, že při správném zvládnutí může být dobrou alternativou.

Mnoho pacientů kombinuje více způsobů – TEP jako hlavní hlas, elektrolarynx jako zálohu a ezofageální řeč pro jednoduché fráze.

Výzkumy ukazují, že nejdůležitější není volba konkrétní metody, ale to, aby měl pacient možnost nějaký hlas znovu získat. Dokonce i zaměstnavatelé či kolegové vnímají různé metody rozdílně – muži jsou vnímáni pozitivněji s TEP hlasem, u žen je naopak častěji preferována ezofageální řeč.

Hodnocení a sledování hlasu

Pro hodnocení kvality hlasu lze využít objektivní metody (např. CPPS) i subjektivní dotazníky, jako je **Voice Handicap Index-10**, **Voice-Related Quality of Life** nebo **SECEL**. Logoped by měl sledovat nejen samotný hlas, ale i jeho vliv na kvalitu života a sociální zapojení.

Polykání po laryngektomii

Ačkoliv po totální laryngektomii nehrozí aspirace, dysfagie je častá (35–89 % pacientů). Projevuje se obtížemi s polykáním tuhých potravin, dlouhým jídlem, pocitem uvíznutí sousta, regurgitací či stresem spojeným s jídlem. Příčinou jsou chirurgické změny faryngu, odstranění hyolaryngeálního komplexu, použití laloků při rekonstrukci, postradiační změny či poruchy motility jícnu.

Logoped hodnotí polykání klinicky i pomocí přístrojových vyšetření (VFSS, FEES) a využívá speciální dotazníky pro tuto populaci, např. **SOAL** nebo **LDCI**. Terapie zahrnuje kompenzační strategie (menší sousta, změna konzistence, zapíjení), dilatace při strikturách a také nové rehabilitační metody, např. trénink se zařízením SEA 2.0, které umožňuje cílené posilování svalů podílejících se na polykání.

Komplikace hlasových protéz

Protézy se mohou uvolnit nebo vypadnout, což někdy vede i k aspiraci. Logoped často první rozpozná problém, ale manipulace s protézou je delegovaný výkon – logoped zde zastává roli konzultanta, který pomáhá týmu určit postup.

Poradenství a dlouhodobá podpora

Výzkumy ukazují, že mnoho pacientů není před operací dostatečně připraveno – dokonce až pětina netušila, že zákrok znamená ztrátu hlasu. Logoped by měl být aktivně zapojen již před operací: vysvětlit změny, ukázat komunikační možnosti, připravit pacienta psychicky a propojit jej s podpůrnými skupinami. Dlouhodobá péče logopeda zahrnuje sledování hlasu, polykání i psychické pohody, podporu návratu do práce a do sociálních rolí a včasné upozornění na možné komplikace či recidivu.

Hlavní klinické závěry pro logopedy:

- Logoped je často největším odborníkem na laryngektomii v týmu a jeho úloha zahrnuje i vzdělávání a advokacii.
- Každý způsob alaryngeálního hlasu je lepší než žádný.
- Terapie má být založená na principech motorického učení a neuroplasticity.
- Dysfagie je častá a logoped má zásadní roli v její diagnostice a kompenzaci.
- Problémy s TEP (únik tekutin, pneumonie) vyžadují rychlé rozpoznání a spolupráci s lékaři.
- Edukace, counseling a dlouhodobé sledování jsou nezbytné nejen pro funkční zotavení, ale i pro psychickou a sociální adaptaci pacienta.

Laryngektomie je komplexní zákrok, který zásadně mění život pacienta. Díky odbornosti logopeda může však pacient znovu najít svůj hlas – ať už doslova prostřednictvím alternativních způsobů řeči, nebo obrazně při návratu do běžného života.

Doyle, P. C., Baker, A. M. H., & Evitts, P. M. (2022). Communication competence and disability secondary to laryngectomy and tracheoesophageal puncture voice restoration. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12802>

Gölaç, H., Aydınli, F. E., Dumbak, A. B., İncebay, Ö., Enver, N., Yapar, D., Düzlü, M., Bulut, E. G., Süslü, N. S., & Yılmaz, M. (2024). Swallowing kinematics in male patients with total laryngectomy. *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.31825> [open access]

Halagur, A., Sheth, A., Wu, S., Belsky, M., & Damrose, E. J. (2025). Pharyngeal stenosis and swallowing dysfunction following laryngectomy: A scoping review. *Surgeries*. <https://doi.org/10.3390/surgeries6020041> [open access]

linuma, R., Okuda, H., Akita, S., Matsubara, M., Yamada, T., Kato, R., Kuroki, M., Kawaura, R., Shibata, H., Kunieda, C., & Ogawa, T. (2025). Qualitative voice analysis in patients with head and neck cancer using the Provox voice prosthesis. *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.32313> [open access]

Kaye, R., Tang, C. G., & Sinclair, C. F. (2017). The electrolarynx: Voice restoration after total laryngectomy. *Medical Devices: Evidence and Research*. <https://doi.org/10.2147/Imder.s133225> [open access]

Longobardi, Y., D'Alatri, L., Brandi, V. F., Mari, G., Marenda, M. E., Marchese, M. R., Galli, J., & Parrilla, C. (2024). Automatic speaking valve in tracheo-esophageal speech: Treatment proposal for a widespread usage. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. <https://doi.org/10.1007/s00405-024-08605-0>

Neijman, M., Hilgers, F. J. M., van den Brekel, M. W. M., van Son, R. J. J. H., Stuiver, M. M., & van der Molen, L. (2024). Long-term outcomes of dysphagia rehabilitation with an adjustable resistance training device in laryngectomized individuals. *Head & Neck*. <https://doi.org/10.1002/hed.27972> [open access]

Neijman, M., Hilgers, F., van den Brekel, M., van Son, R., Stuiver, M., & van der Molen, L. (2024). Dysphagia after total laryngectomy: An exploratory study and clinical phase II rehabilitation trial with the novel swallowing exercise aid (SEA 2.0). *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-024-10673-7> [open access]

O'Connor, L. M., & Maclean, J. C. F. (2024). Swallowing after total laryngectomy surgery: Where are we after 150 years? *Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1097/moo.0000000000000965>

Ottenstein, L. R., Shipp, C., Patel, M., El-Deiry, M., & Sebelik, M. (2024). TEP in the ER: After hours tracheoesophageal prosthesis management for the otolaryngologist. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. <https://doi.org/10.1177/00034894241295467>

Perryman, M., & Kraft, S. (2024). Patient perspectives in postlaryngectomy communication rehabilitation and outcomes. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1002/ohn.1062>

Pourliaka, T., Panagopoulou, E., & Siafaka, V. (2025). Voice-related quality of life after total laryngectomy: A scoping review of recent evidence. *Health and Quality of Life Outcomes*. <https://doi.org/10.1186/s12955-025-02334-6> [open access]

van Sluis, K. E., van der Molen, L., van Son, R. J. J. H., Hilgers, F. J. M., Bhairosing, P. A., & van den Brekel, M. W. M. (2017). Objective and subjective voice outcomes after total laryngectomy: A systematic review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. <https://doi.org/10.1007/s00405-017-4790-6> [open access]

Wilson, S. E., Brown, B., & Burns, C. L. (2025). Clinical swallow examination following laryngectomy: An international e-Delphi consensus process. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-024-10785-0> [open access]

Wu, M. P., Sullivan, C., & Deschler, D. G. (2024). Modified technique for retrograde placement of the tracheoesophageal voice prosthesis in the office. *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.31659> [open access]

Koučink AAC v praxi: jak málo stačí k velkým změnám

Všichni víme, že skutečný pokrok v alternativní a augmentativní komunikaci (AAC) nastává tehdy, když se logopedi, rodiny a učitelé spojí a společně začlení modelování s pomůckou do každodenního života. Problémem však často bývá najít takový servisní model, který má skutečný dopad, ale zároveň nezatíží náš už tak plný rozvrh. Dobrá zpráva přichází z Nového Zélandu – nová studie nabízí praktický a časově úsporný plán koučinku AAC, který může být inspirací i pro logopedy s vysokým počtem klientů.

Výzkumníci zapojili šest předškolních dětí s komplexními komunikačními potřebami a jejich rodiče bez předchozí zkušenosti s AAC. Během roku rodiny pracovaly s tabulkou se 77 základními symboly a prošly koučinkovým programem EP-AAC. Ten kombinoval skupinové workshopy se čtyřmi individuálními návštěvami doma a pravidelnými „dolaďovacími“ setkáními jednou za dva měsíce. Celkový časový rozsah činil zhruba 19 hodin ročně – tedy asi 95 minut měsíčně.

Unikátní byla struktura koučinku: každá návštěva zahrnovala pětikrokový cyklus – kontrolu plánu, krátké video ze skutečné situace, společnou analýzu záznamu, reflexi s hledáním řešení a stanovení nového, realistického cíle. Tímto způsobem se strategie okamžitě přenášely do reálného života. Rodiče si osvojili dovednosti, rostla jejich sebedůvěra a děti začaly výrazně lépe komunikovat – některé dokonce začaly používat i mluvená slova.

Hlavní zjištění? Krátký, cílený koučink dokáže nastartovat významné komunikační pokroky. Klíčem je personalizace, práce v přirozeném prostředí a aktivní zapojení rodičů. Když se kontakt s rodinou obnovil po určitém útlumu, dovednosti se rychle vrátily na původní úroveň, což ukazuje důležitost pravidelných „oživovacích“ setkání.

Studie je sice ideálně nastavená pro ranou péči, ale principy lze snadno přenést i do školního prostředí nebo soukromé praxe. Školní logoped může část individuálních minut věnovat krátkým „coach-in“ setkáním přímo ve třídě, společně s učiteli analyzovat krátká videa z výuky a postupovat podle rychlého koučinkového cyklu. V soukromé praxi lze využít hybridní model – rodiče natočí krátké video doma a společně s logopedem ho rozeberou online či při osobní návštěvě.

Závěr je jasný: koučink, který je přizpůsobený rodině, vychází z každodenních rutin a nechává rodiče v roli hlavních hybatelů, se dá realizovat prakticky kdekoliv – doma, ve škole i online. Stačí začít v malém, využít reálné situace a udržovat těsnou zpětnou vazbu. Výsledkem je vyšší efektivita, spokojenější rodiny a zároveň větší prostor v kalendáři logopeda.

Brydon, S., Clendon, S., Doell, E., & McLaughlin, T. (2025). Empowering parents for AAC: A training and coaching intervention to support parents to implement a core board with fringe vocabulary with their children in New Zealand. *Augmentative and Alternative Communication*. <https://doi.org/10.1080/07434618.2025.2458856>

Vizuální test VATA-Dysphagia: nový nástroj pro hodnocení vnímání dysfagie

Pokud pracujete jako logoped s pacienty s dysfagií, pravděpodobně jste už narazili na nesoulad mezi výsledky klinických či instrumentálních vyšetření a tím, jak pacient sám vnímá své polykací obtíže. Existují dotazníky, které nám pomáhají nahlédnout do pacientova pohledu (např. SDQ nebo EAT-10), ty však bývají problematické u lidí s poruchami porozumění.

Právě tuto mezeru vyplňuje nový nástroj **Visual Analogue Test for Anosognosia for Dysphagia (VATA-Dysphagia)**, který je zdarma dostupný v angličtině i italštině. Reverberi a kol. jej vyvinuli s cílem usnadnit a zrychlit zjištění pacientova povědomí o vlastních obtížích, a to s co nejmenšími nároky na verbální komunikaci.

Test obsahuje **15 otázek**, vždy ve formátu: „Máte problém sníst ____?“ Pacient odpovídá na škále 0–3 (0 = smajlík, žádný problém; 3 = smutný obličej, velký problém). Používají se obrázky různých potravin (např. steak, pizza, krémová polévka, sklenice vody), což usnadňuje identifikaci nesouladů mezi tím, co pozoruje logoped, a tím, jak pacient či pečovatel situaci hodnotí.

Součástí testu je i **kontrolní otázka** („Máte problém sníst tenisový míček?“), která slouží k ověření spolehlivosti odpovědí. Pokud pacient nereaguje správně (tj. označí problém stupněm 3), výsledek je považován za nevalidní.

Použití je jednoduché: logoped otázku nahlas přečte a ukáže obrázek, pacient odpoví slovně nebo ukáže na odpovídající symbol.

Jak interpretovat výsledky?

Logoped sám ohodnotí pacientovu dysfagii (na základě klinického i instrumentálního vyšetření) a porovná svůj výsledek s pacientovým skóre:

- rozdíl ± 12 = mírný nesoulad,
- rozdíl ± 16 = výrazný nesoulad.

Například pokud logoped ohodnotí dysfagii na 40 bodů a pacient na 6 bodů, rozdíl činí 34, což signalizuje zásadní podhodnocení obtíží ze strany pacienta.

Co ukázal výzkum?

Nástroj byl ověřen na 70 pacientech (většinou po CMP nebo TBI) se středně těžkou až těžkou dysfagií a jejich pečovateli. Asi polovina pacientů vykazovala mírný až těžký nesoulad ve vnímání, přičemž 42 % si obtíže vůbec neuvědomovalo. Zajímavé je, že jen jediný pacient závažnost naopak nadhodnotil. Nesoulad přitom nekoreloval s funkčním stupněm příjmu potravy (FOIS).

Deset účastníků bylo vyřazeno kvůli nesprávným odpovědím v kontrolních otázkách, ale žádný z nich netrpěl afázií – obrázková podoba tedy může být užitečná právě u lidí s jazykovými obtížemi.

Shrnutí:

VATA-Dysphagia představuje bezplatný a dostupný nástroj, který dokáže zpřístupnit hodnocení pacientova pohledu i osobám s poruchami porozumění. Slouží jako doplněk k běžným klinickým metodám, nikoli jako jejich náhrada, a umožňuje logopedům odhalit rozdíly

mezi objektivním stavem a pacientovým či pečovatelským vnímáním. Tyto informace pak mohou být základem pro cílenou edukaci a podporu.

Reverberi, C., Beschin, N., Barbieri, M., & Cocchini, G. (2025). The Visual Analogue Test for Anosognosia for Dysphagia: VATA-Dysphagia. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70057>

BEST: jazyková intervence s velkým dopadem

Předškolní roky jsou klíčové pro rozvoj jazyka – a právě v tomto období můžeme položit pevné základy pro další vzdělávací i sociální růst. Proto nás vždy zaujme intervence, která dokáže přinést prokazatelné výsledky při nízké časové náročnosti.

BEST (Building Early Sentences Therapy) je strukturovaný jazykový program, který probíhá v malých skupinách (3–6 dětí), **dvakrát týdně po 15 minutách, celkem 8 týdnů**. Zaměřuje se na produkci a porozumění větám se 2–4 větnými členy (podměty, přísudky, objekty).

Pro koho je BEST určen?

- děti od 3 do 6 let, s typickým sluchovým vnímáním,
- s dostatečnými dovednostmi v oblasti pozornosti a hry (společná pozornost, symbolická hra, imitace),
- které mají potíže s vytvářením vět obsahujících více větných členů (od mírných opoždění až po jazykové poruchy).

Součástí programu je vstupní vyšetření (screening sluchu, krátké hravé hodnocení a expresivní úkol).

Jak BEST probíhá?

1. **Nácvik podstatných jmen** – děti pojmenovávají „agentní“ hračky (panenky, figurky).
2. **Fáze vstupu** – terapeut manipuluje s hračkou a modeluje větu, např. „Chlapec skáče,“ přičemž větu opakuje a doprovází znaky (PGSS nebo Makaton).
3. **Fáze výstupu** – dítě s hračkou provede akci a jiný účastník má za úkol větu produkovat. Odpovědi se neposilují ani nehodnotí, cílem je podpořit hlubší jazykové reprezentace, nikoli nácvik hotových frází.
4. **Závěr + domácí úkol** – krátké volné hraní, případně odměna, a odeslání pracovního listu pro domácí procvičování.

Na začátku se pracuje s jednoduchými větami („Chlapec skáče.“), postupně se zvyšuje složitost („Miminko lije džus do boty.“).

Kdo program vede?

Hodnocení a určování vhodnosti provádí **vyškolený logoped**, ale samotnou intervenci mohou pod jeho dohledem vést i asistenti, učitelé nebo TAs. Ideální je dvoučlenný tým dospělých (jeden manipuluje s hračkami a mluví, druhý podepírá vizuálně a zapisuje odpovědi).

Co ukázal výzkum?

- V RCT studii (McKean et al., 2025) se BEST srovnával s upravenou verzí **Derbyshire Language Scheme (A-DLS)**.
- Oba programy vedly k významným zlepšením v porozumění i produkci vět.
- **BEST měl navíc větší efekt na produkci vět** a děti vykazovaly zrychlený pokrok i po skončení programu.
- Přestože studie měla omezení (menší vzorek, žádná BAU kontrola kvůli COVIDu), výsledky jsou povzbudivé.

Chci začít – co potřebuji?

- Materiály (manuály, formuláře, videa) jsou volně dostupné na webu BEST.
- Pro vedení terapie je doporučeno projít školením (dostupné online, za poplatek, i pro skupiny škol/center).
- Program je dostupný nejen v angličtině, ale i v dalších jazycích (např. polština, punjabi, bengla).

McKean, C., Jack, C., Pert, S., Letts, C., Stringer, H., Masidlover, M., Trebacz, A., Rush, R., Armstrong, E., Conn, K., Sandham, J., Ashton, E. & Rose, N. (2025). A cluster randomized controlled trial comparing the efficacy of pre-school language interventions—Building Early Sentences Therapy and an adapted Derbyshire Language Scheme. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70036> [open access]

Funkční cíle u dětí s vývojovou jazykovou poruchou: kam směřovat naši terapii

Práce s dětmi s vývojovou jazykovou poruchou (DLD) je náročná – pokroky bývají pomalejší, jazyk je složitý a proměnlivý a my nikdy nemůžeme obsáhnout všechny oblasti, které dítěti dělají potíže. Přesto víme, že podpora je nutná: děti s DLD čelí vyššímu riziku školního selhávání, problémů v sociálně-emoční oblasti i zhoršené kvality života. Proto je zásadní promyslet, jaké **funkční cíle** má mít naše intervence a jak je naplňovat.

Od jazykových struktur k funkční komunikaci

Nedávná nizozemská studie (Duinmeijer et al., 2025) ukázala, že souvislost mezi jazykovými deficity, sociálně-emočním fungováním a kvalitou života zprostředkovává **komunikační participace** – schopnost samostatně komunikovat, socializovat se a navazovat vztahy. Jinými slovy: obtíže u dětí s DLD nejsou způsobeny jen gramatikou a slovní zásobou, ale tím, že jazykové limity ztěžují každodenní interakce.

Pokud tedy chceme skutečně pomoci, musíme sledovat cíl: **umožnit dětem zvládnout školní požadavky, fungovat v sociálních vztazích a mít lepší kvalitu života.**

Malá studie z Flander (Van Poucke et al.) přináší hlasy dětí s DLD:

- **Pozitiva:** děti terapii vnímaly jako užitečnou a bavilo je učit se něco, co je pro ně náročné.
- **Negativa:** vadilo jim, že na logopedii chodí „mimo ostatní“, že přicházejí o hodiny nebo zábavné aktivity, a někteří se cítili trapně, když o terapii věděli spolužáci.

To je pro nás důležité varování: pokud je cílem terapie podpora začlenění, ale přitom dítě vyčleňujeme a stigmatizujeme, nemusí tradiční model individuálních vytahovacích hodin (pull-out) být vždy nejvhodnější.

Meta-analýza (Tarvainen et al.) ukazuje, že efektivitu určuje spíše **obsah a přístup** než počet hodin.

- U **mladších dětí (2–7 let)** se osvědčují hravé, implicitní postupy a začlenění do denních činností.
- U **starších dětí a adolescentů (8–13 let)** funguje spíše explicitní, dospělým řízená výuka – přímá instruktáž gramatiky či trénink kompenzačních strategií.
- Intervence zaměřené čistě na „jazykové zpracování“ se jako klinicky účinné neprokázaly.

Co z toho plyne pro praxi?

- **Kombinace přímé terapie a podpůrných strategií:** můžeme cíleně trénovat vybrané jazykové dovednosti, ale zároveň zajistit úpravy a kompenzace (vizuální pomůcky, podpůrné technologie, spolupráce s učiteli).
- **Flexibilní modely poskytování služeb:** někdy je individuální terapie nepostradatelná, jindy je vhodnější podpora přímo ve třídě nebo spolupráce se školním týmem.
- **Důraz na participaci:** naší metou není jen „správná věta“, ale dítě, které se domluví s kamarády, rozumí učivu a cítí se začleněné.

Duinmeijer, I., Peet, S., Janssen, L., Scheper, A., Zwitterlood-Nijenhuis, M., Blikendaal, W., Zoons, M., & Hakvoort, B. (2025). Language, communicative participation, and well-being in young children with (presumed) developmental language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70013> [open access]

Tarvainen, S., Frizelle, P., Granroth-Wilding, H., Stolt, S., & Launonen, K. (2025). Intervention factors associated with efficacy when targeting oral language comprehension of children with or at risk for (developmental) language disorder: A meta-analysis. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70013> [open access]

Van Poucke, Y., Van Lierde, K., & Alighieri, C. (2025). "It's not that bad but it's not so fun either"- A qualitative study on school-aged children's perceptions of speech and language therapy for developmental language disorders. *Journal of Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2025.106512>

Genetické diagnózy u dětí v péči logopeda

Pokud jste logoped na sociálních sítích, možná jste si všimli, že v posledních letech přibývá dotazů typu: „*Má někdo zkušenost s dítětem se syndromem XY?*“ Není to náhoda – počet genetických diagnóz výrazně stoupá. Důvodem je rozvoj genetického testování, které odhaluje stále více konkrétních stavů. Děti, které by dříve nesly obecné označení jako „globální vývojové opoždění“ nebo „dětská mozková obrna“, dnes často dostávají přesnější diagnózu. Díky pokrokům v medicíně navíc přežívají i děti s komplikovanými syndromy, které by dříve nepřežily kojenecký věk. Aktuálně známe kolem 7 000 vzácných onemocnění a jejich počet neustále roste – není tedy divu, že v databázích nenajdete všechny.

V archivech TISLP se přesto dají najít informace o častějších syndromech, například Downův, Rettův, Fragile X, Angelmanův nebo Williamsův syndrom. Tyto stavy jsou více prozkoumané, protože se vyskytují častěji a delší dobu je známe. Pokud diagnóza vašeho klienta v databázi není, doporučuje se: vyhledat odbornou literaturu, využít databáze vzácných nemocí (např. UNIQUE, ORPHANET nebo NORD) a číst i širší spektrum výzkumů, protože terapie často přenášejí účinnost mezi různými diagnózami.

Zaměřte se na charakteristiky, které se mohou objevovat napříč syndromy – například rozštěp patra, epileptické záchvaty, opoždění řeči, poruchy krmení nebo motorické řečové poruchy. Mnohé děti se syndromy navíc sdílejí rysy s autismem nebo mentálním postižením. Z hlediska intervence může být užitečné vědět, že tyto děti častěji potřebují rané jazykové intervence, mají celoživotní obtíže v oblasti jazyka a gramotnosti a často profitují z využití alternativní a augmentativní komunikace (AAC).

A co genetické testování? Výslednost bývá poměrně nízká – diagnózu získá přibližně třetina dětí s neurovývojovými potížemi, u autismu je to ještě méně. Proto není rutinní testování vhodné pro všechny. Pro logopedy je však užitečné orientovat se v genetických zprávách a vědět, kdy může být další testování doporučeno.

Trauma u autistických osob: rizika, souvislosti a role logopedů

Výzkum ukazuje, že autistické děti zažívají traumata častěji než jejich neurotypičtí vrstevníci – a to včetně šikany, zneužívání, zanedbávání nebo systémové diskriminace. Studie Di Marco et al. upozorňují, že kromě vyšší expozice traumatu mohou autistické děti projevovat složitější následky, jako jsou sociální úzkost, stažení se, deprese, symptomy PTSD, vtíravé myšlenky či neurologické změny. Podobně Quinton et al. zjistili, že i vysoké autistické rysy bez formální diagnózy zvyšují riziko traumatu a omezený přístup ke vzdělávání a zaměstnání.

Trauma není způsobeno jen izolovanými událostmi; vzdělávací systémy mohou traumata umocňovat. Autistické a neurodivergentní děti čelí vylučující disciplinární praxi, včetně vyloučení ze školy, což traumatizuje nejen děti, ale i jejich rodiny. Nedorozumění učitelů, kteří interpretují trauma jako záměrné chování, dále zhoršuje důvěru ve školní systém. Stres a obtíže se školní docházkou jsou často způsobeny prostředím – smyslovými rozdíly, nejistotou ve škole a nedostatkem porozumění neurodiverzity. Důsledky zahrnují úzkost, panické ataky, sebepoškozování, vyhoření a myšlenky na sebevraždu.

Rasa a pohlaví výrazně ovlivňují riziko. Černošské autistické děti čelí systémovým bariérám, opožděné nebo nesprávné diagnostice a nesprávné interpretaci chování. Genderově diverzní a cis-feminní autistické osoby zažívají vyšší míru fyzického, sexuálního a psychologického násilí než cis-muži, přičemž mnohé čelí poly-viktimizaci – tedy opakovanému násilí v různých formách. Faktory jako stigma, maskování, opožděná diagnostika a sociální izolace zvyšují zranitelnost, přičemž současné služby často nedokážou pokrýt jejich komplexní potřeby.

Pro logopedy mají tyto skutečnosti zásadní dopad. Chování klientů nebo jejich „uzavírání se“ může pramenit z neadresovaného traumatu. Ignorování těchto faktorů rizikuje další marginalizaci klientů.

Co tedy mohou logopedi udělat? Doporučené kroky zahrnují:

- Praktikovat péči informovanou traumatem – přistupovat s bezpečím, konzistencí a spoluprací.
- Rozpoznat a adresovat genderově podmíněná rizika, podporovat genderově diverzní klienty.
- Přijmout intersekcionalitu a kulturní pokoru – naslouchat autistickým hlasům a přizpůsobit strategie kulturním kontextům.
- Prosazovat spravedlnost v systémech – upozorňovat na bias a nerovnosti ve školách, diagnostice či přístupu k službám.
- Spolupracovat s odborníky na duševní zdraví – logoped nemusí léčit PTSD, ale může být spojencem a zprostředkovatelem potřebné péče.

Role logopeda tak přesahuje samotnou terapii: zahrnuje podporu a poradenství, zohlednění traumatu, identity a kultury klienta a adaptaci péče tak, aby byla nejen dobře míněná, ale skutečně prospěšná.