

Nevhodnost věkově ekvivalentních skóre při hodnocení vývojového opoždění dětí

Při posuzování vývoje řeči a jazyka u dětí se v některých zemích stále používá metoda založená na tzv. věkově ekvivalentních skórech (age-equivalent scores) a na výpočtu procenta vývojového opoždění. Přestože tato metoda působí na první pohled jednoduše a srozumitelně, odborné poznatky ukazují, že její používání může vést k nepřesnému hodnocení schopností dítěte a k chybným rozhodnutím o tom, zda dítě potřebuje odbornou podporu.

Mnoho logopedů se během studia učí, že věkově ekvivalentní skóry nejsou vhodným nástrojem pro klinické rozhodování. Po přechodu do praxe se však někteří setkávají s tím, že státní systémy tyto údaje stále vyžadují při rozhodování o nároku dítěte na služby rané intervence. V praxi se například vypočítává procentuální vývojové opoždění tak, že se věkový ekvivalent získaný z testu porovná se skutečným věkem dítěte. Tento výsledek má následně sloužit jako kritérium pro určení, zda dítě splňuje podmínky pro získání pomoci. Problémem ale je, že samotný význam tohoto výpočtu není z psychometrického hlediska jasně podložený a číslo může působit přesněji, než jaká je jeho skutečná vypovídací hodnota.

Výzkum vedený Gladfelterovou a jejím týmem ukázal, jak závažné mohou být důsledky používání této metody. Vědci analyzovali různé standardizované testy zaměřené na řeč a jazyk a pomocí počítačového programu porovnávali velké množství možných kombinací výsledků. Zkoumali, kolikrát by použití hranice pro procentuální vývojové opoždění vedlo k chybnému zařazení dítěte. Ukázalo se, že existují tisíce situací, kdy by dítě mohlo být nesprávně označeno jako opožděné, nebo naopak kdy by dítě se skutečnými obtížemi potřebnou podporu nezískalo.

Hlavním problémem věkově ekvivalentních skóre je skutečnost, že neporovnávají dítě skutečně s jeho vrstevníky. Výsledek pouze ukazuje věk, kterému odpovídá určitý výkon v testu, ale neříká, zda je tento výkon mimo běžné rozmezí pro děti stejného věku. Dítě může například získat věkový ekvivalent nižší, než je jeho skutečný věk, ale jeho schopnosti mohou stále spadat do normálního vývojového rozmezí. Tento způsob hodnocení proto může vyvolat mylný dojem, že dítě zaostává více, než tomu ve skutečnosti je.

Dalším problémem je nepřesnost těchto skóre. I malá změna v počtu správně splněných úkolů může vést k výrazné změně věkového ekvivalentu, což může zkreslit celkový obraz schopností dítěte. Věkové ekvivalenty mohou být také zavádějící při interpretaci výsledků. Pokud například dvouleté dítě získá skóre odpovídající osmi měsícům, neznamená to, že jeho celkové chování, porozumění nebo komunikace odpovídají úrovni osmiměsíčního dítěte. Výsledek se vztahuje pouze k určité části testu a nelze jej chápat jako celkové označení vývojové úrovně dítěte.

Používání věkově ekvivalentních skóre je problematické také proto, že jej nedoporučují ani samotní tvůrci mnoha standardizovaných testů. Manuály testů často upozorňují, že tato skóre nejsou určena k rozhodování o tom, zda dítě získá odborné služby. Pro klinické rozhodování jsou vhodnější tzv. standardní skóry, které ukazují, jak se výkon dítěte liší od výkonu běžné populace stejně starých dětí.

Nesprávné určení toho, zda dítě potřebuje podporu, může mít významné důsledky pro dítě i jeho rodinu. Pokud je dítě, které pomoc potřebuje, přehlédnuto, může přijít o důležité intervence v období, kdy jsou pro jeho vývoj nejpřínosnější. Naopak pokud je dítě nesprávně označeno jako opožděné, může to rodině způsobit zbytečný stres, nejistotu a finanční či časovou zátěž. Výzkumy navíc upozorňují, že tento systém může nepříznivě ovlivňovat zejména děti z kulturně a jazykově rozmanitého prostředí, u kterých může být obtížnější odlišit skutečnou vývojovou poruchu od přirozených rozdílů ve vývoji jazyka.

Pro logopedy a další odborníky z toho vyplývá potřeba využívat při hodnocení dítěte více zdrojů informací. I pokud jsou nuceni uvádět věkově ekvivalentní skóre kvůli požadavkům systému, měli by vždy pracovat také se standardními skóry a vysvětlovat případné rozdíly mezi jednotlivými výsledky. Důležitou součástí hodnocení by mělo být také pozorování dítěte, analýza spontánního jazykového projevu, dynamické hodnocení a odborný klinický úsudek.

Přestože jsou věkově ekvivalentní skóre stále součástí některých administrativních systémů, současné poznatky ukazují, že nejsou dostatečně přesným ani vědecky podloženým nástrojem pro rozhodování o potřebě služeb. Budoucí praxe by proto měla směřovat k metodám, které lépe zachycují skutečné schopnosti dítěte a umožňují spravedlivější rozhodování o tom, kdo potřebuje podporu. Správné hodnocení totiž není důležité pouze kvůli přesnosti výsledků, ale především proto, aby se pomoc dostala dětem, které ji skutečně potřebují.

[Gladfelter, A., Thomas, S., Nguyen, C., & O'Connor, S. \(2026\). Assessing misidentification potential when using percent developmental delay as an early intervention eligibility criterion. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. \[http://doi.org/10.1044/2025_lshss-25-00091\]\(http://doi.org/10.1044/2025_lshss-25-00091\) \[available to ASHA members\]](https://doi.org/10.1044/2025_lshss-25-00091)

Nový pohled na opakující se chování a intenzivní zájmy u autismu: jejich význam není v odstranění, ale v pochopení

Jedním z hlavních znaků autismu podle diagnostických kritérií DSM-5-TR jsou omezené a opakující se vzorce chování, zájmů nebo aktivit. Patří sem například opakované pohyby těla (tzv. stimování), potřeba přesného plánování a předvídatelnosti, výrazné zaujetí určitými tématy nebo specifické smyslové potřeby. Tyto projevy jsou u autistických lidí velmi rozmanité – mohou se projevovat například opakovanými pohyby rukou, potřebou znát přesný průběh událostí dopředu nebo hlubokým a dlouhodobým zájmem o určitou oblast, například dopravu, zvířata, geografii, hudbu nebo konkrétní předměty.

V minulosti se na tato chování často nahlíželo jako na nežádoucí projevy, které je potřeba odstranit nebo omezit, a to i v případech, kdy samotnému člověku nijak neškodila. Moderní přístupy založené na respektu k neurodiverzitě však přinášejí odlišný pohled. Ukazuje se, že opakující se chování a intenzivní zájmy nejsou pouze projevy autismu, které by měly být potlačovány, ale často mají důležitou funkci v regulaci emocí, zvládnutí stresu a udržování psychické pohody.

Výzkumy zaměřené na zkušenosti samotných autistických lidí ukazují, že tato chování často fungují jako regulační strategie. Pomáhají například odvést pozornost od nepříjemných myšlenek, snížit napětí, zvládnout stresující situace nebo regulovat množství smyslových podnětů. Některým lidem mohou pomáhat uklidnit se, soustředit se nebo lépe zvládat každodenní nároky. Opakující se pohyby nebo určité rituály tak nemusí být známkou problému, ale mohou představovat účinný způsob, jak se člověk vyrovnává s prostředím, které může být pro něj zahlcující.

Specifické a intenzivní zájmy mají rovněž významnou pozitivní roli. Mohou být zdrojem radosti, kreativity a sebevyjádření. Zároveň mohou pomáhat vytvářet sociální kontakty, protože společné zájmy mohou být cestou k navazování vztahů s dalšími lidmi. To, co bylo dříve vnímáno jako izolující nebo neobvyklé, může být ve skutečnosti důležitým prostředkem komunikace a začlenění.

Opakující se chování může také sloužit jako forma neverbální komunikace. Může okolí ukazovat, že člověk zažívá stres, nejistotu nebo se snaží zvládnout náročnou situaci. Například dítě, které začne chodit sem a tam po určité době strávené na hřišti, nemusí být neposlušné, ale může tím signalizovat, že už je unavené, přetížené nebo potřebuje změnu prostředí. Pokud okolí pochopí význam takového chování, může lépe reagovat na potřeby dítěte.

Zásadním problémem je, že okolí často vnímá tato chování jinak než samotní autističtí lidé. Zatímco autistický člověk je může vnímat jako užitečný způsob zvládání stresu, rodina nebo odborníci je mohou považovat za rušivé, nevhodné nebo překážející. Tento rozdíl v pohledu může vést k tlaku na potlačování přirozených projevů a k tzv. maskování, kdy se autističtí lidé snaží své projevy skrývat, aby lépe odpovídali očekáváním okolí. Dlouhodobé maskování však může být vyčerpávající a negativně ovlivňovat psychickou pohodu.

Při práci s autistickými dětmi a dospělými je proto důležité nejprve pochopit, jakou funkci určité chování plní. Místo otázky „Jak toto chování odstraníme?“ by měla být položena otázka „Co nám toto chování říká a jakou potřebu naplňuje?“. Odborníci by měli sledovat, v jakých situacích se určité projevy objevují, co jim předchází a zda existují okolnosti, které člověku způsobují stres. Může jít například o hlučné prostředí, nečekané změny, složité úkoly nebo nedostatek informací o tom, co bude následovat.

Důležitou součástí podpory je také přímá komunikace s člověkem samotným. Pokud má dítě nebo dospělý obtíže s mluvenou komunikací, je potřeba hledat jiné způsoby porozumění, například prostřednictvím alternativní komunikace, gest, výrazů těla nebo pozorování chování v různých situacích. Odborníci by měli praktikovat tzv. etické naslouchání, tedy snažit se nejprve porozumět významu chování a nedělat rychlé závěry pouze na základě toho, že je určité jednání neobvyklé.

Podpora by měla směřovat také k tomu, aby člověk získal potřebné dovednosti a zároveň měl k dispozici vhodné podmínky. Pokud například dítě obtížně zvládá nejistotu, může mu pomoci vizuální plán, předchozí vysvětlení průběhu událostí nebo společné hledání řešení možných problémů. Taková opatření nesměřují k odstranění jeho regulačních strategií, ale ke snížení stresu, který je může vyvolávat.

Velký význam mají také specifické zájmy, které mohou být podporovány jako prostředek sociálního propojení. Pokud dítě sdílí určitý zájem s ostatními lidmi v bezpečném prostředí, může mu to pomoci navazovat přátelství a získávat pocit přijetí. Úkolem odborníků není zájmy omezovat, ale pomoci dítěti využít jejich pozitivní potenciál.

Důležitou rolí odborníků je také vysvětlovat význam těchto projevů rodinám a dalším lidem v okolí dítěte. Pokud okolí pochopí, že například pohyb rukama pomáhá dítěti zvládat silné emoce nebo že opakované třídění oblíbených předmětů představuje způsob odpočinku po náročné situaci, je méně pravděpodobné, že bude takové chování považovat za něco, co je nutné odstranit.

Současný neurodiverzní přístup tedy mění pohled na autistické projevy. Opakující se chování, intenzivní zájmy a smyslové potřeby nejsou pouze překážkami, které je třeba napravovat, ale často představují důležité nástroje, které lidem s autismem pomáhají zvládat svět kolem nich. Cílem podpory by proto nemělo být přizpůsobení člověka za každou cenu běžným normám, ale vytvoření prostředí, ve kterém může bezpečně fungovat, komunikovat své potřeby a využívat své vlastní strategie zvládání.

[Aidonopoulou-Read, T. \(2025\). Empowering non-speaking autistic participants and neurotypical researchers in qualitative research through ethical listening: A framework. *Neurodiversity*. https://doi.org/10.1177/27546330251336290](https://doi.org/10.1177/27546330251336290) [open access]

[Lung, S. L. M., Picard, È., Soulières, I., & Bertone, A. \(2024\). Identifying the functions of restricted and repetitive behaviours and interests in Autism: A scoping review. *Research in Autism Spectrum Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102458](https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102458) [open access]

[Meilleur, A., Cusson, N., Vallerand, R. J., Couture, M., Gilbert, E., Soulières, I., & Bussièrès, E. \(2024\). Association between passion and optimal functioning in Autistic individuals: The dualistic model of passion. *Autism in Adulthood*. https://doi.org/10.1089/aut.2024.0166](https://doi.org/10.1089/aut.2024.0166)

Pozdní nástup řeči u dětí jako významný rizikový faktor: proč nestačí jen čekat, až se dítě „rozmluví“

Mezi rodiči malých dětí se často objevují zkušenosti a komentáře typu: „Moje neteř nemluvila až do čtyř let a dnes ji nejde zastavit,“ nebo „On si jen dává na čas.“ Mnoho rodičů si proto klade otázku, zda je pozdní nástup řeči pouze individuálním tempem vývoje, nebo zda může signalizovat budoucí obtíže. Pro odborníky, kteří pracují s dětmi v raném věku, není odpověď vždy jednoduchá, protože dosavadní výzkumy o tzv. pozdních mluvčích přinášely nejednoznačné výsledky.

Obtíž při interpretaci předchozích výzkumů spočívala především v tom, že jednotlivé studie používaly rozdílné definice pozdního nástupu řeči, různé hranice pro označení dítěte jako pozdního mluvčího a odlišné metody hodnocení pozdějších výsledků. Některé výzkumy naznačovaly, že mnoho dětí své opoždění postupně překoná a jejich jazykový vývoj se vyrovná vrstevníkům. Jiné studie však upozorňovaly na zvýšené riziko dlouhodobějších jazykových obtíží. Kvůli těmto rozdílům nebylo snadné vytvořit jasný obraz toho, co pozdní začátek mluvení skutečně znamená pro budoucí vývoj dítěte.

Nová studie autorů Mettlera a kolegů přináší přesnější údaje, které mohou změnit způsob, jakým odborníci a rodiče na pozdní nástup řeči nahlíží. Výzkumníci sledovali skupinu 40 dětí, které byly v raném věku označeny jako pozdní mluvčí, a následně u nich v předškolním a školním věku hodnotili jazykové schopnosti a dovednosti spojené se čtením a psaním. Hlavním zjištěním bylo, že více než polovina těchto dětí později vykazovala poruchu jazyka nebo obtíže v oblasti gramotnosti. Tento výsledek je výrazně vyšší než údaje z mnoha předchozích studií, které většinou uváděly podíl kolem 25 % nebo méně.

Výsledky tedy ukazují, že pozdní nástup řeči nemusí být vždy pouze dočasným zpožděním, které dítě bez následků dožene. U části dětí může být prvním signálem hlubších jazykových obtíží, které se projeví až později, například při nástupu do školy, kdy se zvyšují nároky na porozumění jazyku, vyjadřování, čtení a psaní.

Rozdíl mezi novou studií a některými staršími výzkumy může být způsoben několika faktory. Jedním z nich byla přísnější kritéria pro určení, kdo je pozdní mluvčí. Děti zařazené do původního výzkumu měly ve věku batolete slovní zásobu pod 10. percentilem, tedy výrazně nižší než většina stejně starých dětí. Některé starší studie používaly mírnější hranice a zahrnovaly i děti s menším opožděním. Přísnější výběr pravděpodobně zachytil děti s vyšším rizikem přetrvávajících problémů.

Dalším významným rozdílem bylo použití kvalitnějších diagnostických metod. Výzkumníci nehodnotili pouze počet slov, která dítě zná, ale využili standardizované testy určené k odhalení skutečných poruch jazyka a gramotnosti. Hodnocení zahrnovalo jak mluvený jazyk, tak písemné jazykové schopnosti. Díky tomu bylo možné zachytit i obtíže, které se nemusí projevit v běžné komunikaci, ale objeví se při náročnějších jazykových úkolech.

Výzkumníci rozdělili sledované děti do dvou skupin. První skupinu tvořily děti, které byly v minulosti pozdními mluvčími a později u nich byla diagnostikována porucha jazyka nebo gramotnosti. Druhá skupina zahrnovala děti, které byly rovněž pozdními mluvčími, ale jejichž vývoj se postupně vyrovnal a žádná dlouhodobá porucha u nich nebyla zjištěna. Toto rozdělení umožnilo lépe pochopit, v čem se liší děti s přetrvávajícími obtížemi od těch, které svůj opožděný začátek překonaly.

Ukázalo se, že rozdíly mezi těmito skupinami nebyly vždy patrné v běžné slovní zásobě. Obě skupiny mohly mít počet známých slov v normálním rozmezí. Děti s přetrvávajícími obtížemi však měly problémy se složitějšími jazykovými úkoly, například s pochopením významových vztahů mezi slovy. To znamená, že

samotný počet slov, která dítě používá, nemusí vždy ukazovat skutečnou úroveň jeho jazykových schopností.

Výrazné rozdíly se objevily také v oblasti fonologie, tedy ve schopnosti rozlišovat a zpracovávat zvuky řeči. Děti, u kterých přetrvávaly jazykové obtíže, měly výraznější problémy s touto oblastí. Výzkumníci upozorňují, že právě fonologické obtíže mohou být jedním z hlavních znaků, které u některých pozdních mluvčích přetrvávají i do pozdějšího dětství.

Další významný rozdíl se projevil ve čtení s porozuměním. Děti s dlouhodobými jazykovými obtížemi měly větší problémy při práci s psaným jazykem než děti, jejichž vývoj se postupně vyrovnal. Vyšší bylo také riziko dyslexie. Ve skupině dětí s přetrvávajícími obtížemi vykazovalo riziko dyslexie přibližně 44 % dětí, zatímco ve skupině, která své obtíže překonala, to bylo pouze kolem 11 %.

Zároveň se nepotvrdilo, že by pozdní nástup řeči souvisel s nižšími celkovými rozumovými schopnostmi. Obě skupiny dětí dosahovaly průměrných výsledků v oblasti neverbální inteligence. Obtíže se tedy týkaly především jazykového vývoje a dovedností souvisejících se školním učením, nikoli celkových schopností dítěte.

Výsledky studie mají důležité důsledky pro rodiče, pedagogy i logopedy. Ukazují, že pozdní nástup řeči bychom neměli automaticky zlehčovat jako pouhé pomalejší tempo vývoje. Dítě, které začne mluvit později, nemusí mít nutně trvalé obtíže, ale tato skutečnost představuje významný rizikový faktor, který by měl být sledován. Zvláštní pozornost by měla být věnována dětem, které byly v minulosti pozdními mluvčími, i pokud se jejich řeč později výrazně zlepší.

Důležité je také nepoužívat tvrzení, že dítě je již „úplně dohnalo“. I když dítě začne mluvit plynuleji a jeho každodenní komunikace působí bez problémů, mohou se obtíže projevit později, když se zvýší požadavky na jazykové schopnosti. Typickým příkladem je nástup do školy, kdy dítě musí porozumět složitějším instrukcím, pracovat s textem a rozvíjet čtenářské a písemné dovednosti.

Současně však studie neznámá, že každé dítě s pozdním nástupem řeči bude mít poruchu jazyka nebo že včasná logopedická péče všechny budoucí problémy odstraní. Všechny děti zapojené do výzkumu absolvovaly alespoň určitou formu logopedické podpory, přesto část z nich později vykazovala přetrvávající obtíže. Raná intervence je proto velmi důležitá, ale není jediným faktorem určujícím budoucí vývoj.

Při posuzování rizika je nutné sledovat také další rané jazykové ukazatele, například schopnost používat slovesa, tvořit první věty nebo spojovat slova do smysluplných výpovědí. Tyto dovednosti mohou odborníkům pomoci lépe odhadnout, které děti mohou potřebovat dlouhodobější podporu.

Pozdní nástup řeči tedy nelze chápat ani jako automatický důkaz poruchy, ani jako něco, co lze bez dalšího přehlížet. Některé děti se skutečně rozvinou bez dlouhodobých následků, jiné však mohou později čelit jazykovým a čtenářským obtížím. Nejvhodnějším přístupem proto není pouze čekat, zda dítě „dohoní vrstevníky“, ale dítě průběžně sledovat, včas rozpoznat případná rizika a zajistit mu podporu odpovídající jeho individuálním potřebám.

[Mettler, H. M., Figueroa, C. R., Leon, K., & Alt, M. \(2026\). Beyond toddlerhood: Rates of impairment, strengths, and challenges in the communication outcomes of former late talkers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. \[https://doi.org/10.1044/2025_JSLHR-25-00117\]\(https://doi.org/10.1044/2025_JSLHR-25-00117\) \[available to ASHA members\]](https://doi.org/10.1044/2025_JSLHR-25-00117)

INSTRUCT: nástroj, který usnadňuje školení komunikačních partnerů uživatelů AAK

Efektivní využívání alternativní a augmentativní komunikace (AAK, anglicky AAC) u dětí a dospělých, kteří nemohou plně využívat mluvenou řeč, závisí pouze na samotném komunikačním zařízení nebo aplikaci. Skutečný pokrok nastává tehdy, když lidé v okolí uživatele AAK – například učitelé, asistenti, terapeuti,

rodiče nebo spolužáci – vědí, jak s člověkem komunikovat, jak zařízení používat a jak podporovat jeho samostatné vyjadřování během celého dne.

Právě zde však vzniká velká výzva. Školní logopedi často pracují pod velkým časovým tlakem – musí připravovat individuální vzdělávací plány, provádět hodnocení, psát zprávy, komunikovat s rodiči a zároveň zajistit podporu dětem používajícím AAK. Přestože odborníci vědí, že kvalitní podpora uživatele AAK nevznikne během jedné krátké terapie týdně, bývá velmi obtížné zajistit pravidelné proškolení všech lidí, kteří s dítětem během dne přicházejí do kontaktu.

Úspěšné používání AAK totiž vyžaduje celý tým komunikačních partnerů, kteří rozumí potřebám konkrétního člověka a dokážou mu vytvářet příležitosti ke komunikaci v různých situacích. To znamená nejen počáteční školení, ale také opakované připomínání, přizpůsobování podpory a vzdělávání nových pracovníků. Právě nedostatek času, střídání zaměstnanců a velké množství lidí, kteří potřebují základní informace, patří mezi největší překážky kvalitní implementace AAK.

Novým řešením této situace je aplikace INSTRUCT, kterou vytvořilo výzkumné centrum Rehabilitation Engineering Research Center on Augmentative and Alternative Communication (RERC on AAC) při Penn State. Jedná se o bezplatný webový nástroj, který umožňuje vytvářet krátká, individuálně zaměřená a snadno dostupná školení pro lidi podporující uživatele AAK.

Cílem aplikace není nahradit odbornou práci logopedů, ale usnadnit jim předávání znalostí ostatním členům týmu. Umožňuje vytvořit školení přesně podle potřeb konkrétního dítěte, jeho komunikačního systému a situací, ve kterých se pohybuje. Výsledné školení může být dostupné na telefonu nebo tabletu a každý účastník si ho může projít vlastním tempem.

Princip aplikace spočívá v jednoduché a opakovatelné struktuře. Nejprve odborník vysvětlí konkrétní strategii a důvod, proč je důležitá. Například může vytvořit krátké školení pro asistenta, který zastupuje běžného pracovníka ve třídě a potřebuje rychle pochopit, jak s dítětem používajícím AAK komunikovat. I několikaminutové vysvětlení může pomoci tomu, aby dítě během dne dostalo více příležitostí ke komunikaci.

Další částí školení je postupný návod jednotlivých kroků doplněný názorným videem. Odborník může jednotlivé činnosti rozdělit na tolik kroků, kolik je potřeba, a ke každému přidat stručný popis nebo video ukázkou. Například může ukázat, jak správně modelovat používání komunikačního zařízení, jak čekat na odpověď dítěte nebo jak podporovat jeho samostatnou volbu.

Na závěr školení obsahuje krátké shrnutí hlavních myšlenek a připomenutí, jak danou strategii využít i v jiných prostředích. Důležité je, že obsah vytváří samotný odborník, takže může být velmi konkrétní pro jedno dítě nebo naopak obecnější pro širší skupinu pracovníků.

Výhodou tohoto přístupu je, že školení nemusí být dlouhá a organizačně náročná. Krátké, cílené moduly mohou pomoci překonat problémy spojené s nedostatkem času, změnami personálu a velkým počtem lidí, kteří potřebují základní informace o podpoře konkrétního uživatele AAK.

Účinnost aplikace INSTRUCT byla ověřena také ve výzkumu autorů Sowers a kolegů. Studie sledovala pracovníky ve školách s různými zkušenostmi s AAK – od lidí, kteří s touto oblastí pracovali méně než rok, až po pracovníky s více než desetiletou zkušeností. Účastníci podporovali děti, které jako hlavní způsob komunikace používaly například systémy ovládané pohledem.

Výsledky ukázaly, že i velmi krátké, přibližně desetiminutové školení prostřednictvím aplikace dokázalo výrazně změnit chování pracovníků při komunikaci s dětmi používajícími AAK. Účastníci, kteří školení absolvovali, během další interakce správně využili v průměru více než čtyři z pěti doporučených kroků. Lidé, kteří školení neviděli, použili v průměru méně než jeden správný krok.

Výzkum ukazuje, že krátké a dobře strukturované vzdělávání může mít významný dopad na kvalitu podpory, kterou uživatelé AAK dostávají. Přesto aplikace neznamená okamžité odstranění všech problémů. Vytvoření kvalitního školicího modulu stále vyžaduje čas a odborné znalosti. Na začátku proto může být příprava školení další povinností v už tak nabitém pracovním programu logopeda.

Dlouhodobě však může INSTRUCT výrazně usnadnit práci tím, že jednou vytvořené materiály lze ukládat, upravovat, znovu používat a sdílet s dalšími lidmi. Postupně tak může vzniknout vlastní knihovna školení, která umožní rychleji zapojit nové asistenty, učitele nebo rodinné příslušníky do podpory konkrétního dítěte.

Aplikace zároveň ukazuje širší změnu v přístupu k AAK. Úspěch uživatele nezávisí pouze na tom, zda má správně nastavené zařízení, ale především na tom, zda má kolem sebe lidi, kteří mu umožní skutečně komunikovat. Dobře vyškolení komunikační partneři pomáhají vytvářet prostředí, kde dítě není pouze příjemcem podpory, ale aktivním účastníkem komunikace.

INSTRUCT tak představuje praktický nástroj, který může pomoci překlenout rozdíl mezi tím, co odborníci vědí o efektivní podpoře AAK, a tím, co se skutečně daří zavést do každodenního života dětí. Krátká, dostupná a cílená školení mohou být jedním z kroků k tomu, aby více lidí kolem uživatelů AAK dokázalo podporovat jejich hlas a komunikační samostatnost.

[Sowers, D. J., Light, J., Jakobs, E., Olkin, J., Exton, K., Panfil, H., Conway, J., & Lamb, M. \(2026\). Short mobile training is effective and efficient in preparing educational personnel to interact with students with cerebral palsy who utilize augmentative and alternative communication with eye tracking. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. \[https://doi.org/10.1044/2025_LSHSS-25-00069\]\(https://doi.org/10.1044/2025_LSHSS-25-00069\) \[available to ASHA members\]](https://doi.org/10.1044/2025_LSHSS-25-00069)

Biofeedback jako účinná podpora při přetrvávajících poruchách výslovnosti hlásky /r/

Některé děti s poruchou výslovnosti postupně během logopedické terapie dělají velké pokroky, ale v určité fázi se jejich zlepšení zastaví. Tento jev se často objevuje u tzv. reziduální poruchy výslovnosti (residual speech sound disorder), kdy dítě i po osmém roce věku stále nesprávně vyslovuje některé hlásky, nejčastěji /r/ nebo /s/. Děti se mohou dlouhodobě snažit o správnou výslovnost, ale přesto se jim nedaří dosáhnout stabilního a automatizovaného používání hlásky v běžné řeči.

Právě u těchto dětí může být užitečnou možností terapie využívající biofeedback, tedy zpětnou vazbu, která dítěti umožňuje vidět nebo jinak vnímat, co se při tvorbě hlásky děje. Nový výzkum ukazuje, že tato metoda může pomoci dětem, které již vyzkoušely tradiční logopedické postupy, ale jejich pokrok se zpomalil nebo zastavil.

Studie autorů Prestonových a kolegů se zaměřila na 108 dětí ve věku 9 až 15 let, které měly přetrvávající obtíže s výslovností hlásky /r/. Děti byly náhodně rozděleny do tří skupin. Jedna skupina absolvovala klasickou motoricky zaměřenou terapii, druhá terapii s využitím ultrazvukové zpětné vazby a třetí terapii pomocí vizuálně-akustického biofeedbacku. Po dvaceti terapeutických sezeních vědci porovnávali, jak dobře děti dokázaly správnou výslovnost hlásky /r/ přenést i do slov, která během terapie necvičily.

Tradiční motoricky zaměřená terapie představuje běžný způsob práce s poruchami výslovnosti. Terapeut při ní dítěti poskytuje slovní instrukce týkající se postavení mluvidel, vysvětluje, kam umístit jazyk, jaký vytvořit pohyb nebo jak upravit proud vzduchu. Součástí mohou být také vizuální pomůcky, například obrázky znázorňující polohu jazyka nebo počítačové animace. Důležitou částí terapie je opakované procvičování hlásky a okamžitá zpětná vazba od logopeda.

U hlásky /r/ existuje mnoho různých způsobů, jak dítěti popsat správné postavení mluvidel. Některým dětem pomáhají tradiční slovní pokyny, jiné však potřebují přesnější informace o tom, co se v jejich ústech

skutečně odehrává. Právě zde může být přínosný biofeedback, protože poskytuje dítěti další typ zpětné vazby, kterou běžné vysvětlování často nedokáže nabídnout.

Vizuálně-akustický biofeedback převádí zvuk řeči dítěte do vizuální podoby. Dítě tak může v reálném čase vidět zobrazení svého vlastního hlasového projevu a porovnávat ho se správnou produkcí hlásky. Terapie kombinuje běžné logopedické postupy s vizuálním znázorněním zvuku. Dítě se učí rozpoznat, jak vypadá správně vytvořené /r/, zkouší různé pohyby jazyka a hledá takovou polohu mluvidel, která vede k přesnější výslovnosti.

Součástí této metody je také experimentování. Dítě není pouze pasivně opravováno terapeutem, ale aktivně zkouší různé způsoby tvorby hlásky a sleduje, jak se změny v jeho artikulaci projeví na vizuálním zobrazení. Tento proces mu pomáhá lépe pochopit vztah mezi pohybem mluvidel a výsledným zvukem.

Další možností je ultrazvuková biofeedback terapie. Ta využívá ultrazvukové zobrazení pohybu jazyka během řeči. Běžně není možné vidět, jak přesně se jazyk uvnitř úst pohybuje, ale ultrazvuk umožňuje dítěti i terapeutovi sledovat jeho tvar a polohu v reálném čase.

Při této terapii se dítě nejprve učí rozpoznávat, jak vypadá správný pohyb jazyka na obrazovce. Následně pomocí vedení terapeuta upravuje své pohyby tak, aby dosáhlo správné výslovnosti /r/. Stejně jako u jiných metod je důležitou součástí opakované procvičování a upevňování správného pohybového vzorce.

Výsledky studie ukázaly, že děti, které absolvovaly terapii s biofeedbackem, dokázaly výrazně lépe přenášet správnou výslovnost /r/ do slov, která nebyla během terapie přímo procvičována. Jinými slovy, jejich zlepšení se lépe zobecnilo do běžné řeči než u dětí, které absolvovaly pouze tradiční terapii.

Největší zlepšení zaznamenaly děti využívající ultrazvukovou biofeedback terapii. Výzkumníci však zatím přesně nevědí, proč byla tato metoda nejúčinnější. Jedním z možných vysvětlení je, že ultrazvuk poskytuje konkrétnější a snadněji upravitelný obraz pohybu jazyka než pouze vizuální zobrazení zvuku. Další možností je, že logopedi mohou díky ultrazvuku lépe poskytovat přesné instrukce k úpravě artikulace.

Děti v tradiční terapii se však také výrazně zlepšily. Výsledky tedy neznamenaají, že běžná logopedická práce nefunguje. Tradiční postupy jsou účinné, ale některé děti potřebují další podporu, která jim pomůže překonat poslední překážky a dosáhnout stabilní výslovnosti.

Pro klinickou praxi znamenají tyto výsledky důležitou možnost rozšíření terapeutických postupů. Biofeedback může být vhodnou volbou především u starších dětí s přetrvávajícími obtížemi, které již vyzkoušely různé způsoby vedení, ale stále nedokážou správnou výslovnost automatizovat.

Velkou výhodou biofeedbacku je, že dítě dostává konkrétnější informaci o tom, co má změnit. U některých dětí nestačí pouze slyšet instrukci typu „dej jazyk jinak“ nebo „zkus to znovu“. Potřebují vidět, co přesně jejich jazyk nebo zvuk dělá, aby dokázaly pohyb upravit.

Při výběru konkrétní metody je však důležité zohlednit také praktickou dostupnost. Ultrazvuková terapie sice vykazuje velmi dobré výsledky, ale vyžaduje drahé vybavení a speciální školení terapeuta, což nemusí být dostupné v každém prostředí. Vizuálně-akustický biofeedback je proto významnou alternativou, protože je dostupnější a lze jej využívat pomocí běžnějších techniky a volně dostupných nebo levnějších programů.

Pro děti, které dlouhodobě bojují s výslovností hlásky /r/ a nereagují dostatečně na běžné logopedické postupy, může biofeedback představovat další krok k úspěchu. Pomáhá jim lépe pochopit vlastní řečový pohyb, získat kontrolu nad tvorbou hlásky a především přenést správnou výslovnost z terapeutické místnosti do každodenní komunikace.

Preston, J. L., Hitchcock, E. R., Leece, M. C., Benway, N. R., Hill, J., & McAllister, T. (2026). Rhotic generalization is more rapid in biofeedback than motor-based treatment for residual speech sound disorder: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. <https://doi.org/10.1044/2025.jslhr-25-00700> [available to ASHA members]

Skupinové vyprávění příběhů jako cesta ke zlepšení komunikace a sebejistoty u lidí s afázií

Pro lidi s afázií, tedy s poruchou jazyka a porozumění často vznikající například po cévní mozkové příhodě, není obtížná pouze samotná schopnost najít správná slova. Mnoho lidí s afázií se potýká také se ztrátou jistoty při komunikaci, obavami ze zapojení do rozhovorů a pocitem, že už nedokážou vyjádřit své myšlenky tak jako dříve. Podpora komunikační sebejistoty a schopnosti vyprávět příběhy proto představuje důležitou součást terapie. Jednou z možných cest, jak tyto schopnosti rozvíjet, může být skupinová intervence založená na společném vytváření příběhů.

Výzkumníci Mohan a Mohapatra upravili metodu TimeSlips™, původně vytvořenou pro práci s lidmi s demencí, a využili ji u osob s afázií. Výsledky ukázaly, že společné kreativní vyprávění může podporovat nejen jazykové schopnosti, ale také sebevědomí, sociální zapojení a pozitivní prožívání vlastní komunikace.

Metoda TimeSlips™ je založena na jednoduchém principu: účastníci společně vytvářejí příběh na základě obrázků, které jim terapeut předloží. Nejde však o klasické vyprávění, kde existuje správná nebo špatná odpověď. Úkolem není popsat obrázek přesně, ale využít představivost a společně vytvořit smysluplný příběh.

Terapeut představí skupině obrázek a pokládá otevřené otázky, například „Co myslíte, že se tady děje?“ nebo „Co se stane dál?“. Účastníci přidávají své nápady podle svých možností – mohou používat slova, gesta, alternativní komunikaci nebo jiné způsoby vyjádření. Druhá osoba zapisuje vznikající příběh v reálném čase a pravidelně ho skupině čte. Účastníci pak mohou příběh upravovat, doplňovat nebo schválit jeho další směřování.

Základní myšlenkou této metody je, že komunikace nevzniká pouze prostřednictvím správné gramatiky nebo přesného pojmenování věcí, ale také prostřednictvím sdílení nápadů, spolupráce a společného vytváření významu. Neexistují zde „špatné“ odpovědi – důležitá je možnost být slyšen, zapojit se a ovlivnit společný výsledek.

Při použití u lidí s afázií byla metoda mírně upravena. Původní princip TimeSlips™ spočívá v tom, že všechny odpovědi účastníků zůstávají zachovány přesně tak, jak byly řečeny. Protože však lidé s afázií mohou mít obtíže s gramatikou a strukturováním vět, terapeut při opakování jejich příspěvků skupině upravil pouze gramatickou stránku vyjádření. Význam a obsah sdělení zůstaly vždy zachovány, a to i v případě rozporů, neobvyklých slov nebo zcela vymyšlených nápadů. Díky tomu zůstal zachován respekt k myšlenkám účastníků a zároveň byl příběh pro celou skupinu srozumitelný.

Ve studii se této intervence účastnilo šest lidí s mírnou až středně těžkou afázií. Setkávali se prostřednictvím videohovorů po dobu sedmi týdnů, dvakrát týdně na jednu hodinu. Logoped vedl skupinu, podporoval střídání v komunikaci a pokládal otevřené otázky, ale do samotného obsahu příběhů nezasahoval. Účastníci společně vytvářeli dva příběhy během každého setkání.

Výsledky ukázaly, že skupinové vyprávění mělo pozitivní vliv na způsob, jakým účastníci komunikovali. Během 28 vytvořených příběhů výzkumníci sledovali změny v konverzačním chování a zjistili, že lidé s afázií se postupně stávali aktivnějšími a sebejistějšími komunikátory.

Na začátku často pouze reagovali na otázky terapeuta, ale postupně začali sami přicházet s nápady, spontánně rozvíjet příběhy a více se zapojovat do společné konverzace. Zlepšila se také jejich schopnost spolupracovat s ostatními členy skupiny – například navazovali na nápady druhých lidí, rozšiřovali jejich příspěvky a vytvářeli společný příběh.

Pozitivní změny se objevily také v oblasti osobního vyprávění. Před začátkem a po skončení intervence účastníci vyprávěli vlastní příběhy a výzkumníci sledovali jejich kvalitu. Po terapii dokázali poskytovat smysluplnější obsah a vyjadřovali více podstatných informací, přestože k tomu někdy používali méně slov. To naznačuje, že se zlepšila nejen délka jejich projevu, ale především jeho účelnost a význam.

Přínosy této metody nebyly omezeny pouze na jazykovou oblast. V předchozí části výzkumu stejného týmu se ukázalo, že účastníci zaznamenali zlepšení v oblasti kvality života spojené s komunikací, větší důvěru ve vlastní komunikační schopnosti a také pozitivnější prožívání emocí a naděje do budoucna.

Právě posílení naděje představuje jeden z nejvýznamnějších výsledků této intervence. Účastníci uváděli, že jim skupinové vyprávění pomohlo lépe využívat vlastní jazykové schopnosti a že věřili, že podobný program by mohl pomoci i dalším lidem s afázií. Důležitou roli hrála také samotná skupina – setkávání s lidmi, kteří prožívali podobné obtíže, přinášelo pocit pochopení, podpory a sounáležitosti.

Zlepšení se objevila také v dalších oblastech hodnocení fungování s afázií. Všichni účastníci zaznamenali pokrok alespoň v jedné oblasti podle rámce Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement (A-FROM), který hodnotí dopad afázie na každodenní život. U čtyř ze šesti účastníků došlo také ke snížení závažnosti jazykového postižení podle standardizovaného testu. Někteří lidé se zlepšili i v praktické komunikaci v běžném životě, což hodnotili jejich blízcí.

Přestože šlo o malý počet účastníků, výsledky naznačují, že kreativní skupinové vyprávění může být cenným doplňkem terapie afázie. Metoda se nezaměřuje pouze na opravu jazykových chyb, ale podporuje člověka jako aktivního komunikátora, který má možnost sdílet své myšlenky, tvořit a být součástí rozhovoru.

Výhodou TimeSlips™ je také její flexibilita. Po proškolení ji mohou logopedi využívat jak u lidí s afázií, tak u lidí s demencí, a lze ji realizovat osobně i prostřednictvím online terapie. Nabízí tak možnost zapojit více lidí i v situacích, kdy není snadné zajistit pravidelná osobní setkávání.

Skupinové vyprávění příběhů ukazuje, že komunikace není pouze schopnost správně vyslovit slova nebo vytvořit gramaticky dokonalou větu. Je to také možnost sdílet nápady, navazovat vztahy, vyjádřit svou osobnost a mít pocit, že člověk stále aktivně ovlivňuje svět kolem sebe. Pro lidi s afázií může být právě tato zkušenost významným krokem k obnovení komunikační jistoty a lepší kvalitě života.

[Mohan, R., & Mohapatra, B. \(2025\). A remotely delivered collaborative storytelling program facilitates conversational and narrative discourse in persons with aphasia. *Speech, Language and Hearing*. <https://doi.org/10.1080/2050571x.2025.2517939>](https://doi.org/10.1080/2050571x.2025.2517939)

Specifika diagnostiky autismu u neslyšících dětí používajících znakový jazyk

Diagnostické znaky autismu jsou dnes poměrně dobře známe, ale u některých skupin dětí mohou mít odlišný význam a vyžadovat pečlivější interpretaci. Jednou z takových skupin jsou neslyšící děti s autismem, které používají znakový jazyk. Novější výzkum se zaměřil na to, zda se u těchto dětí projevují typické charakteristiky autismu stejně jako u slyšící populace a jak může jejich odlišný způsob komunikace ovlivnit hodnocení jejich schopností.

Studie autorů Shieldových a kolegů sledovala sedm neslyšících dětí s autismem, které měly minimální schopnosti vyjadřovat se pomocí znakového jazyka. Všechny děti však byly od narození vystaveny americkému znakovému jazyku (American Sign Language, ASL), protože jejich neslyšící rodiče s nimi tento jazyk používali. To je důležitý faktor, protože jejich omezené vyjadřovací schopnosti nelze vysvětlit nedostatkem jazykového prostředí nebo nedostatečným přístupem k jazyku.

Přestože se jedná o velmi malou skupinu dětí, výsledky přinášejí důležité poznatky pro odborníky, kteří s podobnými dětmi pracují. Ukazují totiž, že projevy autismu mohou být u neslyšících dětí propojeny nejen se sociálními a behaviorálními oblastmi, ale také přímo s jejich vizuálně založeným jazykovým systémem.

Výzkum ukázal, že neslyšící děti s autismem vykazují některé charakteristiky, které jsou běžně popisovány i u slyšících dětí s autismem. Patří mezi ně například obtíže ve společné pozornosti, omezenější schopnost symbolické hry a menší využívání gest. Tyto projevy však mohou mít u dětí používajících znakový jazyk ještě výraznější dopad, protože v tomto komunikačním systému mají pohled, mimika, gesta a pohyby těla nejen doprovodnou, ale přímo jazykovou funkci.

V mluveném jazyce mohou být například pohled nebo gesto pouze doplňkem komunikace, zatímco ve znakovém jazyce nesou důležité gramatické a pragmatické informace. Směr pohledu, výraz obličeje nebo ukazování mohou měnit význam sdělení a pomáhat vytvářet strukturu věty. Pokud má dítě obtíže s propojením pohledu, gest a dalších vizuálních signálů, může to proto výrazně ovlivnit jeho schopnost plynule komunikovat.

To znamená, že chování, které by u slyšícího dítěte mohlo být považováno pouze za sociální obtíž, může mít u neslyšícího dítěte mnohem větší dopad na samotný jazyk. Obtíže například v navazování očního kontaktu nebo koordinaci pohledu a rukou mohou zasahovat přímo do schopnosti používat znakový jazyk.

Další oblastí, které je potřeba věnovat pozornost, jsou stereotypní a opakující se pohyby neboli stimování. Některé děti s autismem používají tyto pohyby jako způsob regulace emocí, stresu nebo smyslového přetížení. U neslyšících dětí používajících znakový jazyk však mohou některé stimulační pohyby zasahovat přímo do komunikačního systému.

Například mávání rukama nebo opakované pohyby těla mohou být obtížně odlišitelné od pohybů potřebných pro znakování. Pokud dítě často používá ruce k opakovaným pohybům, může to ovlivnit jeho schopnost vyjadřovat se znaky nebo může být obtížnější rozpoznat, kdy se skutečně snaží komunikovat a kdy pouze reguluje své vnitřní prožívání.

Významnou otázkou je také diagnostické hodnocení autismu u neslyšících dětí. Nástroje jako Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition (ADOS-2) nebo Social Communication Questionnaire (SCQ) mohou být použitelné i u této populace, ale vyžadují velmi opatrnou administraci a interpretaci.

Tyto diagnostické metody byly původně vytvořeny především pro děti komunikující mluveným jazykem. Některé jejich položky proto nemusí plně zachytit specifika vizuální komunikace. Chování, které je v testu hodnoceno jako problémové, může mít u dítěte používajícího znakový jazyk jiný význam než u slyšícího dítěte.

Odborníci proto musí při hodnocení zohlednit nejen samotné projevy dítěte, ale také jeho jazykové prostředí, způsob komunikace a kulturní kontext neslyšící komunity. Nestačí pouze převzít diagnostická kritéria vytvořená pro slyšící děti – je nutné chápat, jak se jednotlivé projevy autismu mohou promítat do vizuálního jazyka a každodenní komunikace.

Výzkum této oblasti je zatím stále v počáteční fázi a vzhledem k malému počtu dostupných dat nelze dělat široké závěry pro všechny neslyšící děti s autismem. Přesto přináší důležité upozornění: při práci s touto skupinou dětí je nutné kombinovat znalosti o autismu se znalostí znakového jazyka a specifík neslyšící kultury.

Správné porozumění těmto dětem může pomoci nejen přesnější diagnostice, ale také vhodnější podpoře jejich komunikace. Cílem není hodnotit dítě pouze podle toho, jak odpovídá normám vytvořeným pro slyšící populaci, ale pochopit, jakým způsobem dítě komunikuje, jak využívá svůj jazyk a jak mu lze vytvořit prostředí, ve kterém může své schopnosti co nejlépe rozvíjet.

Velikost skupiny při konverzační terapii afázie ovlivňuje typ dosaženého zlepšení

Konverzační skupinová terapie patří mezi často využívané přístupy pro podporu komunikace a sociálního zapojení lidí s afázií. Umožňuje lidem s poruchou jazyka procvičovat komunikaci v přirozenějších situacích než při klasických individuálních cvičeních a zároveň nabízí možnost setkávat se s dalšími lidmi, kteří prožívají podobné obtíže. Nový výzkum však ukazuje, že nezáleží pouze na tom, zda skupinová terapie probíhá, ale také na tom, jak velká skupina je. Jiný typ přínosů totiž může přinášet práce ve dvojici a jiný práce ve větší skupině.

Studie autorů Hooverových a kolegů se zaměřila na 104 lidí s různými typy afázie, což představuje velmi významný počet účastníků vzhledem k tomu, že výzkumy v této oblasti často pracují s menšími skupinami. Účastníci byli náhodně rozděleni do tří skupin: první absolvovala terapii ve dvojici (terapeut a dva klienti), druhá pracovala ve větších skupinách o šesti až osmi lidech a třetí skupina žádnou terapii v rámci výzkumu nedostávala.

Konverzační terapie probíhala po dobu deseti týdnů, dvakrát týdně po dobu jedné hodiny. Terapeut na začátku představil určité téma a následně nechával rozhovor co nejvíce přirozeně plynout mezi členy skupiny. Cílem nebylo pouze procvičovat jednotlivá slova nebo gramatické struktury, ale podporovat skutečnou komunikaci, sdílení zkušeností a schopnost zapojit se do rozhovoru.

Terapeuti během setkání aktivně podporovali různé způsoby komunikace. Ukazovali například využívání psaní, gest, opakování nebo dalších komunikačních strategií, aby bylo běžné a přijatelné používat více způsobů vyjádření než pouze mluvenou řeč. Každému účastníkovi také poskytovali individuální podporu, například pomocí obrázkových materiálů, abecedních tabulek nebo nápověd. Pomáhali při hledání slov, přeformulovali nesprávně vytvořená slova a vytvářeli příležitosti k procvičování podle osobních cílů jednotlivých lidí.

Důležitou součástí terapie bylo také zajištění rovnoměrného zapojení všech účastníků. Terapeuti podporovali méně aktivní členy skupiny, aby se dostali ke slovu, a pomáhali usměrňovat situace, kdy se někdo opakovaně vracel ke stejnému tématu.

Témata rozhovorů vycházela z běžného života účastníků. Skupiny diskutovaly například o osobní historii, tedy o prodělané cévní mozkové příhodě, dětství, vzdělání, práci, zájmech nebo koníčcích. Další témata se týkala jídla a stolování, vaření, restaurací nebo svátečních pokrmů. Účastníci také mluvili o cestování, dopravě, místních i zahraničních výletech, aktuálním dění, sportu, umění, knihách, filmech, hudbě a dalších oblastech, které podporují přirozenou konverzaci.

Výsledky ukázaly, že velikost skupiny skutečně ovlivňuje, jaký typ zlepšení lidé s afázií získají. Obě terapeutické skupiny se zlepšily ve schopnosti pojmenovávat slova, ale rozdíl se objevil v dlouhodobém udržení tohoto zlepšení. Lidé z větších skupin si zlepšení v pojmenovávání udrželi i šest týdnů po skončení terapie, zatímco u dvojic tento efekt nebyl stejně výrazný.

Větší skupiny přinesly také zlepšení v oblasti subjektivně vnímané komunikační účinnosti. Účastníci sami uváděli, že se cítí při komunikaci schopnější a úspěšnější. Zlepšení se objevilo také v některých aspektech vyprávění a diskurzu, tedy ve schopnosti vytvářet delší a smysluplnější sdělení.

Terapie ve dvojicích však měla své vlastní výhody. Účastníci pracující v menších skupinách dosahovali výraznějšího zlepšení v opakování slov a vět a ve schopnosti pojmenovávat slovesa. Pravděpodobným důvodem je, že ve dvojici má každý člověk více prostoru pro vlastní řečové pokusy, více času na procvičování a více příležitostí získat okamžitou zpětnou vazbu.

Skupina bez terapie žádné podobné zlepšení nevykázala, což podporuje závěr, že samotné pravidelné zapojení do konverzační terapie přináší skutečné výhody a že změny nejsou pouze výsledkem přirozeného zotavování nebo běžných každodenních aktivit.

Překvapivým zjištěním bylo, že studie nepotvrdila očekávané zlepšení v oblasti psychosociálních výsledků. Přestože se u skupinové terapie často předpokládá, že pomáhá snižovat sociální izolaci, zvyšovat pocit pohody a zlepšovat kvalitu života, v tomto výzkumu se tyto změny významně neprokázaly.

Autoři nabízejí několik možných vysvětlení. Mnoho účastníků už mělo zkušenost s předchozí skupinovou terapií, takže největší sociální přínosy mohly nastat už při jejich prvních zkušenostech se skupinovým prostředím. Další možností je, že celková délka terapie – 20 hodin – nebyla dostatečná k tomu, aby se výraznější změny v kvalitě života projevyly.

Výsledky studie ukazují, že při plánování konverzační terapie pro lidi s afázií je vhodné přemýšlet nejen nad obsahem terapie, ale také nad velikostí skupiny. Větší skupiny mohou lépe využívat sílu skupinové dynamiky – lidé se učí pozorováním ostatních, vidí různé komunikační strategie v praxi a získávají podporu od vrstevníků. To může vést k lepší funkční komunikaci v každodenním životě.

Menší skupiny nebo práce ve dvojici zase poskytují více prostoru pro individuální procvičování a mohou být vhodnější pro cílené jazykové dovednosti, například pojmenování nebo opakování.

Výsledky mají význam také pro organizaci zdravotní péče. Skupinová terapie umožňuje logopedům pracovat s více lidmi během stejného času a současně snížit náklady na jednoho klienta. To může být důležité zejména proto, že mnoho lidí s afázií v současnosti nedostává takovou intenzitu terapie, jaká by byla podle doporučení ideální. Dostupnější a efektivnější formy terapie by proto mohly pomoci více lidem získat potřebnou podporu.

Konverzační skupiny tak nepředstavují pouze levnější alternativu individuální terapie, ale samostatný terapeutický nástroj, jehož účinnost závisí i na tom, jak jsou skupiny sestaveny. Správně zvolená velikost skupiny může ovlivnit, zda bude hlavním výsledkem lepší jazyková přesnost, větší komunikační sebejistota nebo schopnost účastnit se přirozených rozhovorů v běžném životě.

[Hoover, E., Szabo, G., Kohen, F., Vitale, S., McCloskey, N., Maas, E., Kulkarni, V., & DeDe, G. \(2025\). The benefits of conversation group treatment for individuals with chronic aphasia: Updated evidence from a multisite randomized controlled trial on measures of language and communication. *American Journal of Speech-Language Pathology*. \[https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00279\]\(https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00279\) \[open access\]](https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00279)

Diagnóza dětské apraxie řeči (CAS) nemusí vždy čekat do tří let věku

Dětská apraxie řeči (Childhood Apraxia of Speech, CAS) je porucha motorického plánování řeči, při které má dítě obtíže správně naplánovat a koordinovat pohyby potřebné k tvorbě hlásek, slabik a slov. Jednou z dlouhodobých otázek v oblasti diagnostiky CAS je, jak brzy lze tuto poruchu spolehlivě rozpoznat. Zatímco současná doporučení Americké asociace pro řeč, jazyk a sluch (ASHA) uvádějí, že diagnóza před třetím rokem věku by měla být spíše označována jako předběžná, novější poznatky naznačují, že u některých dětí může být možné stanovit přesnější diagnózu i dříve.

Výzkumníci Valentine a kolegové upozorňují, že představa, že dítě musí dosáhnout tří let, aby bylo možné diagnostikovat CAS, je mylná. Podle jejich názoru by rozhodujícím faktorem neměl být věk dítěte, ale

především charakteristiky jeho řeči. Pokud dítě vykazuje dostatek typických znaků CAS a odborník má dostatek zkušeností i informací, není nutné automaticky čekat až do třetích narozenin.

Tato otázka však mezi logopedy stále vyvolává nejistotu. Ukázal to také průzkum Valentineových a kolegů, kterého se zúčastnilo téměř 300 logopedů pracujících v oblasti rané intervence. Účastníci měli různou délku praxe a pracovali v různých typech služeb zaměřených na malé děti. Výsledky ukázaly, že mnoho odborníků nemá v této oblasti jednotný názor.

Přibližně 40 % logopedů uvedlo, že nevěří, že by bylo možné diagnostikovat CAS před třetím rokem věku. Nejistota se objevila i mezi těmi odborníky, kteří u dítěte mladšího tří let na CAS pomýšleli. Více než polovina z nich uvedla, že by své podezření rodičům dítěte nesdělila. To ukazuje, že mezi odborníky existuje rozdílný přístup k tomu, kdy je vhodné o možné diagnóze s rodinou mluvit.

Je však důležité zdůraznit, že možnost časnější diagnózy neznamená, že každé malé dítě s obtížemi v řeči může být okamžitě jednoznačně označeno jako dítě s CAS. U některých dětí je skutečně vhodnější použít předběžnou diagnózu, protože jejich řečový projev ještě není dostatečně rozvinutý nebo neposkytuje dostatek informací pro jistý závěr.

Například velmi malé děti, které téměř nemluví nebo mají jen omezený počet slov, mohou vykazovat určité varovné signály, ale nemusí být možné přesně odlišit CAS od jiných příčin opožděného vývoje řeči. V takových případech může být vhodné dítě sledovat, pravidelně hodnotit jeho vývoj a diagnózu postupně upřesňovat.

Na druhou stranu, pokud dítě vykazuje dostatečné množství typických znaků CAS a odborník má potřebné znalosti, není důvod automaticky čekat na dosažení věku tří let. Odkládání diagnózy může znamenat zpoždění v získání cílené podpory, která může dítěti i rodině výrazně pomoci.

Včasně rozpoznání CAS má několik významných přínosů. Rodinám umožňuje lépe pochopit, proč má jejich dítě potíže s řečí, nastavit realistická očekávání a hledat vhodné strategie podpory. Pro odborníky pak přesnější diagnóza znamená možnost přizpůsobit terapii konkrétním potřebám dítěte. CAS totiž vyžaduje jiné terapeutické přístupy než běžné obtíže s výslovností nebo opožděný vývoj řeči.

Současné ale neexistuje jeden univerzální postup, který by fungoval pro všechny děti. Některé děti mohou být diagnostikovány velmi brzy, u jiných bude potřeba delší sledování a opakované hodnocení. Klíčové je rozhodovat se na základě konkrétních řečových projevů dítěte, nikoli pouze podle jeho věku.

Důležitou součástí péče je také schopnost rozpoznat vlastní limity a v případě potřeby doporučit dítě ke specialistovi na CAS. Správná diagnóza v co nejvhodnější době může rodině pomoci získat jasnější představu o obtížích dítěte a umožnit zahájit terapii, která bude skutečně odpovídat jeho potřebám.

Nejde tedy o otázku, zda lze CAS diagnostikovat před třetím rokem vždy, ale zda je u konkrétního dítěte dostatek důkazů pro takový závěr. Věk by neměl být jedinou překážkou – rozhodující by mělo být pečlivé posouzení řečových schopností, zkušenost odborníka a snaha zajistit dítěti podporu co nejdříve, když ji skutečně potřebuje.

Spolupráce klinických logopedů s rodinami: cesta od odborného vedení k opravdovému partnerství

Jednou z nejcennějších zkušeností začínajícího klinického logopeda může být možnost pozorovat práci zkušenějšího kolegy přímo v terapii. Taková zkušenost umožňuje vidět, jak logopedická péče skutečně funguje v běžném životě – ne pouze podle odborných postupů a teorie, ale v prostředí plném emocí, nečekaných situací a individuálních potřeb každého dítěte a rodiny. Přestože zkušenosti s praxí postupně přibývají, mnoho logopedů i později přemýšlí nad tím, jak podobné situace řeší jejich kolegové a jak nejlépe podporovat děti i jejich rodiny. Právě proto je důležité zabývat se tím, jak vypadá skutečně efektivní spolupráce mezi odborníkem a rodinou.

Výzkum zaměřený na zkušenosti klinických logopedů v Austrálii ukázal, jak odborníci v různých oblastech své práce chápou a využívají spolupracující přístupy s rodinami. Do výzkumu se zapojili logopedi pracující v široké škále prostředí – od škol a zdravotnických zařízení přes soukromé ambulance až po ranou péči a telepraxi. Většina z nich měla dlouholetou praxi a všichni považovali spolupráci s dětmi a jejich rodinami za velmi důležitou součást své práce. Zároveň uváděli, že principy spolupráce aktivně začleňují do své každodenní praxe.

Skutečná spolupráce však neznamena pouze předávání informací rodičům nebo zadávání domácích úkolů. Jde o přístup, ve kterém jsou rodiny vnímány jako rovnocenní partneři. Logoped přináší odborné znalosti, ale rodiče přinášejí hlubokou znalost svého dítěte, jeho potřeb, silných stránek i každodenního fungování. Nejlepších výsledků lze dosáhnout tehdy, když se tyto dvě oblasti propojí.

Základem spolupracujícího přístupu je především budování kvalitního vztahu mezi logopedem a rodinou. Důvěra nevzniká pouze během samotné terapie, ale také prostřednictvím běžných rozhovorů, zájmu o život rodiny a snahy poznat dítě jako celou osobnost, nikoli pouze jako soubor obtíží. Někdy může být významné i několik minut věnovaných rozhovoru o tom, co rodina právě prožívá, jaké má radosti nebo s čím se potýká. Takový přístup pomáhá vytvořit prostředí, ve kterém se rodiče cítí respektováni a bezpečněji sdílejí své obavy i potřeby.

Důležitou součástí spolupráce je také vyvážený vztah mezi odborníkem a rodinou. Logoped by neměl být jediným člověkem, který rozhoduje o cílech a způsobu terapie. Rodina i dítě by měli mít možnost ovlivňovat směr péče a jejich zkušenosti by měly být brány vážně. Partnerský přístup znamená uznat, že odborné znalosti logopeda a každodenní zkušenosti rodiny mají stejnou hodnotu a společně pomáhají vytvářet nejlepší podporu pro dítě.

Dalším významným principem je komunikace založená na respektu, otevřenosti a absenci hodnocení. Každá rodina má jiné možnosti, zkušenosti, hodnoty i očekávání. Úkolem logopeda není hodnotit, zda rodina něco dělá „správně“, ale snažit se pochopit její situaci a hledat řešení společně. To vyžaduje skutečné naslouchání a ochotu upravit vlastní plán podle toho, co rodina sdílí. Někdy může být potřeba opustit původně zamýšlený postup a zvolit jinou cestu, která bude pro dítě a jeho blízké smysluplnější.

Velkou roli hraje také sdílení znalostí. Rodiny často potřebují pochopit, proč logoped určité aktivity používá a jaký mají význam. Pokud rodiče vědí, že hra, která může na první pohled působit jako běžná zábava, ve skutečnosti podporuje například společnou pozornost, střídání rolí, vyjadřování přání nebo rozvoj komunikace, lépe chápou smysl terapie a mohou dítě podporovat i mimo samotná setkání. Zároveň ale platí, že logoped se učí od rodiny – rodiče často nejlépe znají, co jejich dítě motivuje, co mu pomáhá a v jakých situacích má největší obtíže.

Spolupracující přístup není pouze soubor konkrétních technik, ale také způsob myšlení. Logoped, který tento přístup skutečně přijme, chápe vztah s rodinou jako jednu z hlavních podmínek úspěšné terapie. Je ochoten hledat řešení i tehdy, když to znamená větší časovou nebo organizační náročnost. Pokud například rodina potřebuje jiný způsob komunikace, než jaký odborník běžně používá, cílem není trvat na vlastním

systému, ale najít cestu, která bude pro rodinu dostupná. Stejně tak je důležité vytvořit prostor pro otázky a obavy rodičů, i když to někdy znamená delší setkání nebo složitější organizaci práce.

Jedním z užitečných způsobů, jak spolupráci posilovat, je využívání principů péče zaměřené na trauma. Tento přístup spočívá ve vytváření bezpečného prostředí, podpoře pocitu kontroly a respektování emocí dítěte i rodiny. Mnoho rodin prochází náročným obdobím spojeným s obavami o vývoj dítěte, vyšetřeními nebo hledáním vhodné podpory. Logopedická péče by proto měla být nejen odborně kvalitní, ale také citlivá k tomu, co rodina prožívá.

Další důležitou oblastí je přemýšlení nad tím, kde a jak terapie probíhá. Ne každé dítě a každá rodina potřebují stejný způsob poskytování služeb. U malých dětí může být účinnější pracovat v přirozeném prostředí, například doma, ve školce, na hřišti nebo při běžných rodinných aktivitách, protože právě tam dítě své komunikační schopnosti skutečně používá. U starších dětí může být důležité hledat způsoby, jak podporovat komunikaci ve škole i doma a jak zapojit další členy rodiny.

Velmi podstatné je také přizpůsobit komunikaci možnostem a potřebám konkrétní rodiny. Některým rodičům vyhovují pravidelné schůzky, jiným krátké zprávy, e-maily nebo digitální aplikace. Pokud logoped využije způsob komunikace, který rodina už zná a používá, usnadní tím spolupráci a sníží další organizační zátěž.

Rodina a dítě by měli být aktivně zapojeni také do plánování terapie a stanovování cílů. Cíle by neměly vycházet pouze z toho, co odborník považuje za důležité, ale také z toho, co má význam pro samotné dítě a jeho každodenní život. Schopnost komunikovat konkrétní potřebu, zapojit se do oblíbené aktivity nebo být samostatnější v běžných situacích může být pro rodinu často důležitější než samotné dosažení určitého odborného milníku.

Poslední důležitou oblastí je schopnost logopeda pracovat s vlastními postoji a předsudky. Každý odborník má určité představy o tom, jak by měla terapie vypadat, jak by měla rodina fungovat nebo jaké chování je žádoucí. Tyto představy mohou někdy nechtěně ovlivnit způsob práce s rodinou. Proto je důležitá pravidelná sebereflexe, ochota učit se a přistupovat ke každé rodině s pokorou a otevřeností.

Skutečné partnerství mezi logopedem a rodinou nevzniká pouze díky jednotlivým metodám nebo doporučením. Je založeno především na vztahu, důvěře, respektu a společném rozhodování. Když se podaří vytvořit prostředí, ve kterém jsou odborník, dítě i rodina skutečnými spolupracovníky, terapie získává větší smysl a může lépe odpovídat tomu, co dítě skutečně potřebuje pro svůj rozvoj a každodenní život.

[Hassett, J., Spencer, L., Hewat, S., & Webb, G. \(2025\). "All the magic happens in between therapy sessions": Speech-language pathologists' experiences of collaborative approaches with families. *International Journal of Speech-Language Pathology*. <https://doi.org/10.1080/17549507.2025.2579055>](https://doi.org/10.1080/17549507.2025.2579055)

Jak už v předškolním věku ovlivňují poruchy výslovnosti vztahy mezi dětmi

Děti si mohou začít všimnout odlišností v řeči svých vrstevníků mnohem dříve, než se dříve předpokládalo. Nový výzkum ukazuje, že už předškolní děti dokážou rozpoznat rozdíly ve výslovnosti a podle nich si vytvářejí určité sociální postoje vůči ostatním dětem. To upozorňuje na důležitost včasného zachycení poruch zvuku řeči (speech sound disorder, SSD) nejen kvůli samotné srozumitelnosti řeči, ale také kvůli jejich možnému dopadu na vztahy, začlenění do kolektivu a emoční pohodu dítěte.

Při hodnocení poruch výslovnosti nestačí sledovat pouze to, zda dítě správně vyslovuje jednotlivé hlásky nebo jak dobře mu ostatní rozumějí. Důležitou součástí komplexního vyšetření je také zjištění, jak porucha ovlivňuje každodenní život dítěte – například jeho účast na aktivitách, komunikaci s vrstevníky nebo sebevědomí. Ve školním prostředí je navíc významným faktorem také to, zda porucha řeči ovlivňuje dítě při vzdělávání a jeho fungování ve třídě.

Studie Henryové a Bentové se zaměřila na to, jak malé děti vnímají vrstevníky s odlišnou řečí. Výzkumu se účastnily děti ve věku čtyř až šesti let s typickým vývojem řeči. Badatelé použili dvě úlohy, které měly zjistit, zda děti rozdíl v řeči vnímají a zda ovlivňují jejich hodnocení ostatních.

V první úloze zaměřené na volbu kamaráda děti poslouchaly dva mluvčí – jednoho s typickým vývojem řeči a druhého s poruchou zvuku řeči. Každému hlasu byl přiřazen obrázek dítěte a účastníci měli rozhodnout, s kým by se chtěli kamarádit. Výsledky ukázaly, že děti výrazně častěji volily jako kamaráda dítě s běžnou výslovností. Čím výraznější byly řečové obtíže druhého mluvčího, tím menší byla pravděpodobnost, že si ho děti vyberou jako kamaráda.

Druhá úloha zkoumala, jak děti hodnotí samotný hlas bez vizuální informace. Děti poslouchaly nahrávky řeči a hodnotily mluvčí podle několika vlastností, například zda jim připadají chytří, přátelští, hodní, sympatičtí nebo podobní jim samotným. I zde se ukázalo, že děti s poruchou výslovnosti byly hodnoceny méně pozitivně než děti s typickou řečí. Starší předškoláci navíc vykazovali silnější preference pro děti s běžnou výslovností než mladší účastníci.

Výsledky naznačují, že sociální důsledky poruch řeči mohou začínat už v raném dětství. Dítě s obtížemi ve výslovnosti nemusí čelit pouze problémům s komunikací, ale také riziku horšího přijímání vrstevníky. To může ovlivnit jeho ochotu zapojovat se do společných aktivit, navazovat přátelství nebo otevřeně komunikovat.

Z klinického hlediska výzkum zdůrazňuje několik důležitých bodů. Prvním je význam včasné intervence. Pokud dítě čeká se zahájením logopedické péče až do nástupu do školy, mohou se mezitím objevit sociální obtíže spojené s reakcemi vrstevníků. Druhým bodem je potřeba hodnotit nejen samotnou řečovou chybu, ale také její dopad na dítě jako celek. Sociální zapojení, vztahy s ostatními dětmi a emoční pohoda by měly být součástí rozhodování o potřebě podpory.

Důležitou roli mají také rodiče a pedagogové. Je potřeba s dětmi otevřeně mluvit o rozdílech mezi lidmi, podporovat respekt k různým způsobům komunikace a ukazovat, že odlišná výslovnost neříká nic o schopnostech nebo hodnotě člověka. Učitelé a rodiče jsou zároveň v nejlepší pozici sledovat, zda dítě kvůli své řeči nezačíná být vyčleňováno nebo zda se u něj neobjevují známky nejistoty či úzkosti v sociálních situacích.

Je však třeba brát výsledky studie s určitou opatrností. Výzkum probíhal v laboratorních podmínkách, kde děti pouze poslouchaly nahrávky nebo vybíraly mezi předloženými možnostmi. Skutečné navazování přátelství mezi předškolními dětmi je mnohem složitější a ovlivňuje ho mnoho dalších faktorů, například společné zájmy, osobnost nebo prostředí. Přesto studie přináší důležité upozornění, že poruchy výslovnosti nemusí být pouze otázkou správné produkce hlásek, ale mohou mít širší dopad na sociální zkušenosti dítěte.

Proto je při péči o děti s poruchou zvuku řeči důležité sledovat nejen to, jak dítě mluví, ale také jak se kvůli své řeči cítí, jak se zapojuje mezi ostatní a zda má možnost vytvářet bezpečné a podporující vztahy. Včasná podpora a citlivý přístup okolí mohou pomoci zabránit tomu, aby se řečová obtíž proměnila v překážku sociálního rozvoje.

Henry, M., & Bent, T. (2026). Let's be friends: Peer perceptions of disordered speech in preschool and early school-aged children. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-25-00093 [available to ASHA members]

Inkluzní myozitida a poruchy polykání: významná role logopeda v diagnostice i podpoře pacientů

Inkluzní myozitida (Inclusion Body Myositis, IBM) je vzácné zánětlivé a degenerativní onemocnění svalů, které postupně vede k jejich oslabení a zhoršení funkce. Příčinou jsou abnormální bílkovinné usazeniny, takzvaná inkluzní tělíčka, která se hromadí ve svalových buňkách a narušují jejich schopnost správně pracovat. Onemocnění se nejčastěji objevuje po padesátém roce života a častěji postihuje muže než ženy.

První projevy IBM se obvykle týkají svalové slabosti končetin, problémů s uchopováním předmětů nebo zvýšeného rizika pádů. U části pacientů však mohou být mezi prvními příznaky obtíže v oblasti hlavy a krku, například potíže se zvednutím hlavy nebo problémy s polykáním. Právě porucha polykání představuje u tohoto onemocnění jeden z nejzávažnějších problémů, protože může výrazně ovlivnit zdraví i délku života pacienta.

Přestože samotná inkluzní myozitida není obvykle označována jako přímo život ohrožující nemoc, její postupný vliv na důležité svalové skupiny může mít vážné následky. Přibližně polovina pacientů s IBM během průběhu onemocnění rozvine dysfagii, tedy poruchu polykání. Tito lidé mají také několikanásobně vyšší riziko vzniku aspirační pneumonie, což je zápal plic způsobený vniknutím potravy, tekutin nebo slin do dýchacích cest. Ve srovnání s pacienty s jinými svalovými onemocněními mají lidé s IBM vyšší pravděpodobnost, že budou potřebovat zavedení výživové sondy PEG. Porucha polykání spojená s IBM patří mezi hlavní faktory, které přispívají ke zhoršení zdravotního stavu a předčasné úmrtnosti.

Proto je velmi důležité porozumět tomu, jak přesně se dysfagie u těchto pacientů projevuje a jak může být vhodně podporována. Novější výzkum se zaměřil na detailnější popis změn v polykacím procesu u lidí s IBM a snažil se určit oblasti, na které by se měli odborníci, zejména logopedi, při terapii zaměřit.

Studie porovnávala skupinu pacientů s dysfagií způsobenou inkluzní myozitidou se zdravými jedinci pomocí podrobného vyšetření polykání. Výzkumníci využili metody umožňující sledovat nejen samotný průchod potravy, ale také přesné pohyby jednotlivých struktur zapojených do polykání. Výsledky ukázaly, že obtíže u IBM nevznikají pouze kvůli jednomu narušenému mechanismu, ale jsou důsledkem celkové svalové slabosti a snížené účinnosti pohybů potřebných k bezpečnému transportu potravy.

Jedním z výrazných znaků byla oslabená funkce jazyka během první fáze polykání. Pacienti měli obtíže s pohybem jazyka a s efektivním posouváním sousta v ústech. Právě problémy s jazykovou motorikou mohou být důležitým vodítkem při rozpoznávání onemocnění, protože se u IBM objevují poměrně typicky. Dalším častým problémem bylo zadržování potravy v oblasti hltanu po polknutí, což ukazuje na nedostatečné vyčištění polykacích cest. U pacientů byla také zaznamenána delší doba potřebná k uzavření vstupu do hrtanu, což může zvyšovat riziko aspirace.

Další obtíže souvisely s celkovou neefektivitou polykání. Pacienti často potřebovali více polknutí k odstranění sousta, zejména u hustších konzistencí potravy. Zhoršená byla také činnost měkkého patra, svalů hltanu, oblasti mezi hltanem a jícnem i samotný průchod potravy jícnem. Tyto změny ukazují, že problémem není pouze slabost jednotlivých svalů, ale také neschopnost celého systému efektivně spolupracovat při bezpečném přesunu potravy.

Současná medicína zatím nemá léčbu, která by dokázala inkluzní myozitidu vyléčit nebo výrazně zastavit její průběh. Hlavní možností podpory zůstává udržování svalových funkcí prostřednictvím vhodně nastaveného pohybu a terapie. V oblasti polykání se proto zaměřuje pozornost především na zachování co nejlepší možné funkce, prevenci komplikací a hledání strategií, které pacientům umožní bezpečně přijímat potravu co nejdéle.

Jednou z možných oblastí terapie může být cílená práce s pohyby jazyka, protože právě oslabení jazykové motoriky se ukazuje jako významný problém u pacientů s IBM. Některé případy naznačují, že vhodně zaměřené cvičení může pomoci udržet funkci polykání. Kromě aktivního tréninku mohou být velmi důležité

také kompenzační postupy, které pomáhají pacientům zvládat každodenní stravování bezpečněji. Patří mezi ně například opakované polknutí po jednom soustu, střídání soust a doušků tekutin, používání tekutin k odstranění zbytků potravy z úst nebo postupy podporující odstranění zbytků z hltanu a jícnu. Tyto strategie je však nutné vždy individuálně ověřit a přizpůsobit konkrétním potřebám pacienta.

Významnou roli v péči o pacienty s IBM má mezioborová spolupráce. Logoped může být někdy prvním odborníkem, který při vyšetření polykání zachytí známky neobvyklého svalového oslabení. Pokud se například u pacienta s nejasnou diagnózou objeví výrazně oslabený pohyb jazyka společně s celkově neefektivním polykáním, může to být důležitý signál k doporučení dalšího neurologického vyšetření.

Úkolem logopeda u pacientů s inkluzní myozitidou není pouze řešení aktuálních obtíží s polykáním, ale také dlouhodobé sledování vývoje onemocnění, pravidelné hodnocení změn, edukace pacienta i jeho rodiny a hledání nových strategií podle toho, jak se stav postupně mění. Správně vedená logopedická péče může pomoci snížit riziko závažných komplikací, zachovat co největší míru samostatnosti a zlepšit kvalitu života člověka s tímto postupujícím onemocněním.

Inkluzní myozitida tak ukazuje, že poruchy polykání nejsou pouze doprovodným problémem svalových onemocnění, ale mohou zásadně ovlivnit celkovou prognózu pacienta. Včasné rozpoznání obtíží, přesná diagnostika a cílená podpora ze strany logopedů i dalších odborníků jsou proto klíčové pro bezpečnější a kvalitnější život lidí s IBM.

[Ambrocio, K. R., Aggarwal, R., Coyle, J. L., Miles, A., Sayce, L., Lacomis, D., Zhang, X., & \(Focht\) Garand, K. L. \(2026\). Kinematic features of dysphagia in inclusion body myositis. *Neuromuscular Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2026.106365>](https://doi.org/10.1016/j.nmd.2026.106365)