

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Emočně-sociální a behaviorální obtíže u dětí s vývojovou poruchou jazyka
Emotional-social and behavioral difficulties in children with developmental
language disorder

Bc. Rebeka Slanařová

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Korandová

Studijní program: Logopedie

Studijní obor: Logopedie

Odevzdáním této diplomové práce na téma Emočně-sociální a behaviorální obtíže u dětí s vývojovou poruchou jazyka potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Prohlašuji, že jsem při její tvorbě nepoužila nástrojů umělé inteligence jiným způsobem, než je uvedeno ve vyjádření, které je součástí textu práce. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 10. 4. 2025

Ráda bych zde poděkovala za odborné vedení a cenné rady vedoucí práce Mgr. Zuzaně Korandové. Dále bych chtěla poděkovat klinické logopedce Mgr. Barboře Richtrové, která mi umožnila uskutečnit výzkumného šetření v její logopedické ambulanci a poskytla mi odborné vedení. Děkuji také všem zúčastněným probandům a jejich rodinám za účast ve výzkumném šetření. Velké díky patří také mé rodině a příteli, kteří mě celou dobu studia podporovali.

ABSTRAKT

Téma diplomové práce se zaměřuje na emočně-sociální a behaviorální obtíže u dětí s vývojovou poruchou jazyka. Cílem diplomové práce je analýza nejčastějších projevů úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka a jejich vliv na průběh logopedické intervence. Teoretická část podrobně analyzuje vývojovou poruchu jazyka, od obecné terminologie, diagnostiky až po možnosti logopedické terapie. Dále uvádí typické a vědou doložené emočně-sociální a behaviorální obtíže dětí s vývojovou poruchou jazyka, které velmi často zesílí až do komorbidního psychiatrického onemocnění, zejména úzkostné poruchy a depresivní poruchy. Závěr teoretické části práce uvádí vědou podložené terapeutické metody nebo techniky, které jsou efektivní pro zmírnění úzkostného prožívání a psychosomatické symptomatologie. Empirická část prezentuje kvalitativní případové studie využívající analýzu dokumentů, pozorování logopedické intervence doplněné o diagnostické dotazníky pro děti a jejich rodiče. Výsledky ukazují, jaké jsou nejčastější projevy úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka a s potvrzeným úzkostným prožíváním během logopedické intervence. Jedná se především o projevy, které lze shrnout jako psychomotorický neklid, stimming a v některých případech až stažení se z kontaktu/zamrznutí. Popsané metody použité v rámci výzkumného šetření mohou sloužit i dalším odborníkům při intervencích. Terapeutické zohlednění kombinace vývojové poruchy jazyka a úzkostného prožívání přispívá k celkovému zlepšení spolupráce s dětmi, a tím pádem ke zvýšení efektivity terapie. Výsledky mohou přispět k lepšímu porozumění problematiky jak pro rodiče, tak pro ostatní odborníky zabývající se tímto tématem.

KLÍČOVÁ SLOVA

vývojová porucha jazyka, komorbidita, úzkostné prožívání, logopedická intervence, alternativní metody

ABSTRACT

The thesis topic focuses on emotional-social and behavioural difficulties in children with developmental language disorder. The aim of the thesis is to analyze the most common manifestations of anxiety experiences in children with developmental language disorder and their influence on the course of speech therapy intervention. The theoretical part analyses in detail the developmental language disorder, from general terminology, diagnosis to the possibilities of speech therapy. It also outlines the typical and scientifically documented emotional-social and behavioral difficulties of children with developmental language disorder, which very often intensify into comorbid psychiatric illness, especially anxiety disorders and depressive disorders. The conclusion of the theoretical part of the thesis presents science-based therapeutic methods or techniques that are effective in alleviating anxiety experiences and psychosomatic symptomatology. The empirical part presents qualitative case studies using document analysis, observation of speech therapy intervention supplemented by diagnostic questionnaires for children and their parents. The results show the most common manifestations of anxious experiencing, in children with developmental language disorder and confirmed anxious experiencing, during speech therapy intervention. These are mainly manifestations that can be summarized as psychomotor restlessness, stimming, and withdrawal from contact/escape mechanism, in some cases even withdrawal from contact/freezing. The methods described here, used in the research investigation, may also serve other professionals in their interventions. Therapeutic consideration of the combination of developmental language impairment and anxiety experiencing contributes to the overall improvement of collaboration with children and therefore to the effectiveness of therapy. The results may contribute to a better understanding of the issue for both parents and other professionals involved in the field.

KEYWORDS

developmental language disorder, comorbidities, anxiety experiences, speech therapy intervention, alternative methods

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 7 |
| 1 Vývojová porucha jazyka | 9 |
| 1.1 Terminologie | 9 |
| 1.2 Vývojová porucha jazyka a koncept neurovývojových poruch..... | 11 |
| 1.3 Etiologie vývojové poruchy jazyka | 13 |
| 1.4 Symptomatologie vývojové poruchy jazyka | 15 |
| 2 Diagnostika a terapie vývojové poruchy jazyka..... | 20 |
| 2.1 Diagnostika vývojové poruchy jazyka | 20 |
| 2.2 Terapie vývojové poruchy jazyka..... | 23 |
| 3 Vývojová porucha jazyka a emočně-sociální a behaviorální obtíže..... | 26 |
| 3.1 Emočně-sociální a behaviorální obtíže u vývojové poruchy jazyka | 26 |
| 3.2 Vývojová porucha jazyka a komorbidní psychiatrická onemocnění..... | 27 |
| 3.3 Stresová zátěž a úzkostné prožívání u vývojové poruchy jazyka..... | 29 |
| 3.4 Metody a techniky – pro zmírnění úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka..... | 32 |
| 4 Empirická část | 36 |
| 4.1 Cíl výzkumného šetření | 36 |
| 4.2 Metodika výzkumného šetření | 37 |
| 4.3 Design kvalitativního výzkumného šetření a metody sběru dat | 38 |
| 4.4 Časový harmonogram..... | 41 |
| 4.5 Charakteristika výzkumného vzorku | 42 |
| 4.6 Charakteristika místa výzkumného šetření | 42 |
| 4.7 Vlastní výzkumné šetření | 43 |
| 4.8 Závěry výzkumného šetření..... | 64 |

| | | |
|------|--|----|
| 4.9 | Doporučení pro logopedickou praxi | 68 |
| 4.10 | Limity výzkumného šetření | 69 |
| 4.11 | Diskuze | 70 |
| | Závěr | 72 |
| | Seznam použitých informačních zdrojů | 74 |
| | Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence | 82 |
| | Seznam příloh | 83 |

Úvod

Vývojová porucha jazyka se řadí mezi neurovývojové poruchy, u kterých je typickým znakem komorbidní charakter a heterogenita, tendence přetrvávat do dospělosti a významné ovlivnění emočního a sociálního vývoje. Vývojová porucha jazyka do jisté míry vždy zasáhne do osobního a sociálního růstu, ovlivní školské dovednosti i výběr povolání. Může tedy významně ovlivnit kvalitu života jedince s vývojovou poruchou jazyka. Tato porucha představuje v různé míře deficity v oblasti exprese nebo percepce jazyka, ale také celou řadu souvisejících emočně-sociálních a behaviorálních obtíží. Vývojová porucha jazyka představuje jednu z nejčastějších diagnóz, se kterými se odborníci v oboru logopedie setkávají a z neurovývojových poruch je populačně nejčastější. V posledních letech i v souvislosti s pandemií se v odborné veřejnosti stále více diskutuje nárůst úzkostného prožívání, které se zvýšeně vyskytuje napříč dětskou populací.

Teoretické část práce je členěna na tři na sebe navazující kapitoly. První kapitola v teoretické části práce nejprve vymezuje vývojovou poruchu jazyka z hlediska terminologie, dále se zabývá vývojovou poruchou jazyka v kontextu neurovývojových poruch a pokračuje popisem etiologie a symptomatologie. Druhá teoretická kapitola je věnována diagnostice a terapii vývojové poruchy jazyka. Následně se třetí teoretická kapitola zaměřuje na vývojovou poruchu jazyka a související emočně – sociální a behaviorální obtíže. Uvádí komorbidní psychiatrická onemocnění u vývojové poruchy jazyka, dále zde akcentuje stresovou zátěž a úzkostné prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka a v neposlední řadě popisuje metody a techniky, díky kterým lze projevy úzkostného prožívání zmírnit a lze je využít během logopedické intervence.

Empirická část práce má kvalitativní charakter a využívá metody pozorování, analýzy dokumentů a dotazování. Cílem diplomové práce je analýza nejčastějších projevů úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka během logopedické intervence. Výzkumný vzorek tvoří pět probandů, kteří mají diagnostikovanou vývojovou poruchu jazyka a je u nich klinicky pozorováno úzkostné prožívání. Sběr dat je zajištěn prostřednictvím záznamů z pozorování úzkostných projevů u vybraných probandů během logopedické intervence, dále prostřednictvím analýzy anamnestických dokumentů a zpráv z logopedických vyšetření a analýzou diagnostických dotazníků pro děti a rodiče.

Tato diplomová práce přispívá k porozumění souvislostí mezi úzkostným prožíváním a vývojovou poruchou jazyka především ve vztahu k úspěšné a kvalitní logopedické intervenci. Výsledky mohou modifikovat terapeutický přístup zainteresovaných oborů, který by měl zohlednit nejen symptomy, ale i prožívání dítěte s vývojovou poruchou jazyka. Tyto výsledky mohou pomoci při návrhu efektivnějších terapeutických přístupů a intervencí pro děti s vývojovou poruchou jazyka v rámci oboru logopedie.

1 Vývojová porucha jazyka

1.1 Terminologie

Jedná se o vrozenou, komplexní poruchu osvojení jazykových a komunikačních dovedností. Tuto poruchu nelze vysvětlit celkovým opožděním vývoje, abnormalitami struktur podílejících se na realizaci řeči, poruchou autistického spektra, získaným poškozením mozku, pohybovým postižením, sluchovým postižením ani vlivem deprivace nebo jiných faktorů z okolí (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Vývojová porucha jazyka je charakterizována jako porucha, která vznikla již v raném dětství. Zahrnuje postižení ve vývoji funkcí, které mají vztah k biologickému zrání centrální nervové soustavy (CNS) a mají stálý průběh bez remisí a relapsů (Vacková, 2019). Vývojová porucha jazyka má silný dopad na kvalitu života. Jedná se o deficity v komunikaci, které narušují sociální, emocionální a vzdělávací vývoj. Tyto okolnosti zvyšují riziko poruch chování, které může vyústit v problémy s nezaměstnaností a s duševním zdravím, které trvají po celý život (Mountford a kol., 2022).

Názvosloví pro vývojovou poruchu jazyka prošlo v čase různými proměnami. Jedním z názvů bylo označení specific language impairment (SLI), v českém překladu specifická jazyková porucha, což je z hlediska terminologie nepřesné. Historicky byl tento termín používán k popisu deficitů jazykových schopností ve vztahu k neverbální inteligenci u dětí s idiopatickou poruchou jazyka. Nikdy nepanoval formalizovaný mezinárodní konsenzus ohledně specifických kritérií jazykového deficitu nebo neverbální inteligence požadovaných pro diagnózu specific language impairment (Mountford a kol., 2022). Ve starších publikacích se vykytuje termín vývojová dysfázie. Do roku 2016 byla terminologie nejednotná, dokud nezasáhli odborníci z anglofonních zemí a nedohodli se na jednotném termínu vývojová porucha jazyka (developmental language disorder). V jiných zemích stále přetrvává termín vývojová dysfázie (developmental dysphasia) (Pospíšilová, 2022). Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 v jejím českém překladu uvádí vývojovou poruchu jazyka v oddílu: Poruchy duševní a poruchy chování, dále v oddílu: Poruchy psychického vývoje, konkrétně pod pojmy Expresivní porucha řeči (F80.1) a Receptivní porucha řeči (F80.2) (ÚZIS, 2011). Což je z hlediska terminologie zavádějící,

neboť se nejedná o poruchu řeči, ale především o poruchu jazyka a komunikace (Pospíšilová, 2023).

Kvůli lepší orientaci mezi pojmy řeč a jazyk je důležité pojem jazyk alespoň stručně vymezit. Jazyk je popsán jako biologicky determinovaný autonomní kognitivní mechanismus, který má daná pravidla a mechanismy užívání (Friederici a kol., 2017). Jazyk má několik modalit. Jednou z mluvených modalit je i řeč, dále pak modalita psaná – písmo a modalita znaková – znaky (Pospíšilová, 2023).

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a v jejím českém překladu je vývojová porucha jazyka vymezena v oddílu: Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy, dále v oddílu neurovývojové poruchy v kapitole: Vývojové poruchy řeči nebo jazyka. Podkapitola Vývojová porucha jazyka (6A01.2) je dále dělena na Vývojovou poruchu jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka (6A01.20); Vývojovou poruchu jazyka s narušením převážně expresivního jazyka (6A01.21) a na Vývojovou poruchu jazyka s narušením převážně pragmatického jazyka (6A01.22). Novější revize MKN-11 akcentuje pojem jazyk/jazyková, což je z hlediska terminologie přesnější (ÚZIS, 2025).

Stále však v českém prostředí přetrvává rozdělení na vývojovou poruchu jazyka receptivní, expresivní a smíšenou, přičemž je kladen důraz na přítomnost kombinace obou typů s rozdílem v převaze deficitů (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Receptivní neboli percepční typ je charakterizován dominancí poruchy ve sluchovém vnímání a sluchové paměti, z čehož vyplývá porucha rozumění. Děti s touto poruchou mají deficity ve sluchovém vnímání a rozlišování zvuků, typická je porucha fonematického sluchu, což je schopnost rozlišovat slabiky nebo slova, která znějí podobně. Dále se tento typ vývojové poruchy jazyka vyznačuje poruchou rozumění, což znamená, že dítě nerozumí významu slov, vět a násobným instrukcím (Doležalová, Chotěborová, 2021). Pro expresivní typ vývojové poruchy jazyka jsou charakteristické deficitní produktivní schopnosti (Smolík, Seidlová Málková, 2014). Dítě, u kterého převládá expresivní typ vývojové poruchy jazyka, má problémy s řečovou expresí neboli ve vyjadřovacích schopnostech, může mít velmi nízkou úroveň slovní zásoby, pomalu se učí nové pojmy, má vlastní slovník a může vytvářet neologismy. Vyjadřování může probíhat jednoslovně, v jednoduchých větách, nápadné jsou

také dysgramatismy a poruchy skloňování. Dítě komunikuje komplexně, tedy může si dopomáhat posunky, gesty nebo znaky. Promluva často bývá nesrozumitelná (Doležalová, Chotěborová, 2021).

Tato klasifikace se stále uvádí, ale mezi odbornou veřejností je známo, že se terminologie posunula a nyní se uvádí tři subtypy vývojové poruchy jazyka. První subtyp zahrnuje vývojovou poruchu jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka, kdy přetrvávají obtíže s osvojováním jazyka, porozuměním, produkcí a používáním mluvené a znakové modalit jazyka. Druhý subtyp je charakterizován jako vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka, kdy přetrvávají deficity během osvojování jazyka, při produkci a při používání mluvené a znakové modalit jazyka. A třetím subtypem je vývojová porucha jazyka s narušením převážně pragmatického jazyka, kdy přetrvávají obtíže s porozuměním a používáním jazyka během sociální interakce (Pospíšilová, 2023).

1.2 Vývojová porucha jazyka a koncept neurovývojových poruch

Vysoká heterogenita neurovývojových poruch (NP) je významně ovlivněna různorodostí funkčních a strukturálních deficitů neurálního systému. Významnou roli mají genetické faktory. Jde o polygenní poruchy, kdy heritabilita je nesmírně vysoká. Pohled na genetickou determinaci se u neurovývojových poruch během několika desítek let měnil. Nyní se odborná veřejnost přiklání ke kombinovanému modelu, kdy se na rozvoji neurovývojových poruch podílí jak genetické vzácné varianty se silným účinkem, tak genetické běžné varianty se slabým účinkem. Neurovývojové poruchy mohou být podmíněny vnějšími vlivy jako je užívání škodlivých chemických látek během těhotenství, perinatální poškození, úrazy, nádory a stresová zátěž. To se ale týká jen zlomku případů neurovývojových poruch. Obecně platí, že se na vzniku podílejí hlavně komponenty genetické. Kombinace vnějších a epigenetických faktorů udává výsledný fenotyp každého jedince (Sedláček, 2021). Neurovývojové poruchy mají sedm základních společných znaků. Jedná se o obdobnou etiopatogenezi, kdy tyto poruchy vznikají na základě výrazného genetického podílu a projevují se strukturálními funkčními abnormalitami mozku a mají tendenci přetrvávat až do dospělosti. Dalším společným znakem je překrývání, komorbidní charakter a heterogenita. Dále se u neurovývojových poruch uvádí častější výskyt

u mužského pohlaví. Ovlivňují emoce, sociální vývoj a snižují kvalitu života (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

Dříve se dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize uváděla klasifikace neurovývojových poruch následovně: 1) mentální retardace; 2) poruchy psychického vývoje; 3) poruchy chování a emocí (Ošlejšková, 2010). Nyní se v Mezinárodní klasifikaci nemocí 11. revize koncepce neurovývojových poruch značně změnila. Revize vedla k několika důležitým změnám pokud jde o klasifikaci a chápání vývojové poruchy jazyka. Se zavedením termínu "neurovývojové poruchy" v klasifikacích jako je DSM-5 a MKN-11 je vývojová porucha jazyka uznávána jako součást této skupiny. Pro vývojové poruchy jazyka může být přínosné, že MKN-11 obsahuje komplexní tabulky ukazatelů chování pro posouzení závažnosti. Dále uznává značnou komorbiditu poruch, např. že poruchy autistického spektra (PAS) a poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) mohou existovat současně s jinými neurovývojovými poruchami, což se týká i vývojové poruchy jazyka (ÚZIS, 2025). Tyto tabulky ukazatelů chování pro posouzení závažnosti mohou odborníkům pomoci určit úroveň podpory, kterou děti s vývojovou poruchou jazyka potřebují a usnadnit tak na míru šité intervence, které mohou zlepšit výsledky. Rostoucí porozumění složitosti jazykových poruch může vést k holističtějším léčebným přístupům, které zohledňují vzájemné působení jazykových obtíží a dalších vývojových oblastí (Žigić a kol., 2023).

Pospíšilová, Hrdlička a Komárek (2021) poukazují, jak moc je ovlivněn klinický obraz vývojové poruchy jazyka díky komorbidnímu charakteru neurovývojových poruch. Není neobvyklé, že se navzájem překrývají poruchy jako: porucha pozornosti s hyperaktivitou, dyspraxie, dyslexie, sociálně-úzkostná porucha nebo problémy s chováním. Zdůrazňují také nevyjasněnost mezi diferenciální diagnostikou poruch autistického spektra a vývojové poruchy jazyka.

Diplomová práce respektuje nyní již platnou jedenáctou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a používá světově uznaný termín *vývojová porucha jazyka*, která patří do skupiny nazvané Vývojové poruchy řeči nebo jazyka. Skupina se dále dělí na: Vývojovou poruchu zvukové podoby řeči, Vývojovou poruchu plynulosti řeči, Vývojovou poruchu jazyka, Vývojové poruchy řeči nebo jazyka jinak určené a na Vývojové poruchy řeči nebo jazyka neurčené (Pospíšilová in Neubauer, 2018; ÚZIS, 2025).

Dále Mezinárodní klasifikace nemocí jedenácté revize vymezuje nový oddíl s názvem Sekundární psychické nebo behaviorální syndromy spojené s poruchami nebo onemocněními zařazenými jinde a zahrnuje pododdíly s názvy Sekundární řečový nebo jazykový syndrom (6E60.0); Sekundární neurovývojový syndrom, jiný než určený (6E60.Y) a Sekundární neurovývojový syndrom, neurčený (6E60.Z) (ÚZIS, 2025). Například Sedláček (2021, s. 83) uvádí: „*Pokrok v identifikaci kauzálních genů umožňuje definovat na základě genetiky nové syndromy zahrnující neurovývojové poruchy. Dnes se to však daří pouze u vysoce penetrantních mutací v genech podmiňujících častější, těžší a fenotypově méně variabilní monogenní syndromy, a proto zůstává mnoho zúčastněných genů a na ně vázaných klinických jednotek stále neodhaleno.*“

Každé dítě s neurovývojovou poruchou či neurovývojovými poruchami je jedinečné, proto existuje nepřeberné množství kombinací a překrývání jednotlivých neurovývojových poruch mezi sebou. Může se jednat například o komorbiditu vývojové poruchy jazyka s vývojovou poruchou plynulosti, s vývojovou poruchou motorické koordinace, s poruchou intelektu, s poruchou zvukových prvků řeči, s pragmatickou komunikační poruchou, s poruchou autistického spektra, s poruchou pozornosti, se specifickými poruchami učení, s dyspraxií a stereotypními pohyby a tiky (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Dále také například děti se syndromovým onemocněním, rozštěpy nebo sluchovou poruchou mohou mít také komorbiditu s neurovývojovou poruchou, což je definováno výše zmíněným Sekundárním řečovým nebo jazykovým syndromem (ÚZIS, 2025).

1.3 Etiologie vývojové poruchy jazyka

Vývojové poruchy jazyka přináší enormně vysokou sociální a ekonomickou zátěž, přestože se porozumění neurobiologii, která je jejich základem, stále zlepšuje. Bylo identifikováno více než třicet genů, které hrají roli v kontextu vývojových poruch jazyka, přesto se stále jedná jen o základní genetickou příčinu zlomku případů. Na vývoji jazykových schopností dítěte se podílí jak genetické, tak environmentální faktory, proto je definována jako multifaktoriální (komplexní) porucha. Jedním z příkladů environmentálních faktorů je vzdělání rodičů a jejich socioekonomický status, ale i duševní a fyzické zdraví matky nebo riziková novorozenci, což jsou některé faktory z prostředí,

kteří mají na jazykový vývoj vliv. Tato interakce mezi genetikou a prostředím proto vede k vysokému stupni heterogenity mezi populacemi s vývojovou poruchou jazyka (Mountford a kol., 2022).

Konsensem CATALIZE (2017) byl zaveden termín *developmental language disorder* (DLD), česky *vývojová porucha jazyka* (VPJ), s cílem odkazovat na děti, které mají poruchu jazyka, která se objeví během vývoje a která není získána nebo spojena se známými biomedicínskými stavy (např. poraněním mozku, neurodegenerativním onemocněním, dětskou mozkovou obrnou nebo jinými obtížemi). Dále se Konsenzus CATALIZE (2017) shodl na tom, že diagnóza vývojová porucha jazyka není vyloučena přítomností neurobiologických nebo environmentálních rizikových faktorů nebo společným výskytem s jinými neurovývojovými poruchami a nevyžaduje nesoulad mezi verbálními a neverbálními schopnostmi. Zásadní je, že je nyní obecně přijímáno, že se tyto lingvistické potíže mohou vyskytovat společně s řadou dalších kognitivních nedostatků, jako jsou nedostatky v: procedurální paměti, motorické kontrole, fonologické pracovní paměti a exekutivních funkcích (Sansavini a kol., 2021).

Etiologie vývojové poruchy jazyka je stále jednou z oblastí, která je nejvíce diskutována. Bishop (2006) uvádí, jak se názory na etiologii vývojové poruchy jazyka proměňovaly v průběhu let. Dříve se kladl důraz na faktory jako jsou neadekvátní výchova, jemné poškození mozku získané během porodu nebo chronické záněty středouší. Tento trend postupně přešel díky řadě studií a vědeckých metaanalýz k nové teorii, která se zakládá na vlivu genetiky. Tuto teorii potvrzují ve své studii Pospíšilová, Hrdlička a Komárek (2021), kteří popisují molekulární studie, které identifikují kandidátní geny. Nejpodstatnějšími jsou FOXP2 a CNTNAP2. Přičemž gen FOXP2 ovlivňuje produkci řeči a jazyka, především řečové motorické funkce. Gen CNTNAP2 aktivuje jazykové oblasti lobus frontalis a lobus temporalis, které se zapojují při zpracování zvuků řeči. Dále popisují alkohol a valproát jako silné etiologické činitele pro vznik vývojové poruchy jazyka a nezanedbatelným faktorem je také nezralost novorozenců (Pospíšilová, Hrdlička & Komárek, 2021).

Genetické studie jsou mimo jiné také důležitým ukazatelem, že narušení sluchové percepce není kauzálním faktorem při vzniku vývojové poruchy jazyka. Ze studií vyplývá,

že je toto tvrzení mylné. Například z některých výzkumů dvojčat je zřejmé, že neexistuje žádný dědičný vliv na výkon ve sluchově-percepční úloze opakování (Smolík, Seidlová Málková, 2014). Jinak je tomu u úlohy opakování pseudoslov, která je genetickými faktory ovlivněna. Ze studií proto dále vyplývá, že opakování pseudoslov není důsledkem narušeného sluchového vnímání, což je v rozporu s teorií narušeného zpracování sluchového signálu (Bishop, North, Donlan, 1996). Vývojová porucha jazyka je dědičná. K jejímu vzniku je zapotřebí celá řada genetických faktorů. Tyto faktory neovlivňují sluchovou percepci, ale korelují s fonologickou pamětí (Smolík, Seidlová-Málková, 2014). Dle modelu Newbury, Bishop a Monaco (2005) se na vzniku vývojové poruchy jazyka podílí tři hlavní faktory: dva genetické a jeden faktor z prostředí. Dědičné faktory ovlivňují fonologickou krátkodobou paměť, morfologii slovesného času a vliv prostředí na sluchové diskriminační schopnosti.

Jazykový konektom, který jako první v českém prostředí popsali Pospíšilová, Hrdlička a Komárek (2021), úzce souvisí s etiologií vývojové poruchy jazyka. Zahrnuje čtyři dráhy, dvě dorzální a dvě ventrální. Dráhy dorzální vedou z temporálního laloku, konkrétně z jeho horní části, a vedou před fasciis arcuatus až do motorické arei frontálního laloku. Úlohou dráhy, která končí v premotorické korové oblasti, je mapování fonologie (zvuk řeči). Další dráha, která vede přes dolní parietální lalok až k Brodmannově arei, zastává podpůrnou funkci syntaktických procesů (gramatika, stavba řeči) a podporuje i verbální pracovní paměť. Dráhy ventrální propojují temporální lalok a prefrontální kůru. Tyto dráhy jsou stále předmětem zkoumání, ale jednou z teorií je, že se jedna z nich zapojuje do sémantických procesů. Druhá dráha, která vede z temporálního laloku před fasciculus uncinatus až k operculum frontale, umožňuje kombinační procesy, které jsou důležité pro morfologii jazyka.

1.4 Symptomatologie vývojové poruchy jazyka

Klinický obraz vývojové poruchy jazyka je velmi rozmanitý, jelikož na něj působí celá řada proměnných. Jednou z nich je druh a stupeň poruch. Jestli se jedná dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí o typ receptivní, expresivní nebo velmi často smíšený. Dalšími proměnnými jsou stupeň komorbidních poruch a rozsah jejich překrývání. Klinický

obraz se s věkem sice mění, a díky vhodně nastavené terapii i zlepšuje, ale jedná se stále o poruchu, která přetrvává od narození až do dospělosti. Důležitým faktorem je také vliv inteligence jedince (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

Smolík a Seidlová Málková (2014) zdůrazňují, že se jedná o postižení všech oblastí jazyka. Rozhodující je, které oblasti jsou zasaženy více a které méně. Toto tvrzení potvrzují i další autoři, kteří uvádí, že symptomatologie vývojové poruchy jazyka se dá rozdělit podle jednotlivých oblastí, které jsou zasaženy a také podle věku jedince, jelikož se během vývoje objevují různé jazykové obtíže (Ekaterina, Vissers, 2019). Jedním ze symptomů podle novějších studií je auditory processing disorder. Česky se jedná o *poruchu sluchového zpracování*. Dříve byla tato porucha brána jako samostatná klinická jednotka. Dnes je však známo, že se jedná o jeden ze symptomů, který je společný právě pro vývojovou poruchu jazyka, dále pro vývojové poruchy učení a poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Jedná se o formu centrální poruchy rozumění. Nejčastějšími deficity jsou: deficit v dekódování zvuků řeči, integrační deficit pro náročnost časového sledu podnětů a porucha krátkodobé (pracovní) paměti. Tyto deficity vedou k celkové redukci vnímaného sdělení a k asociačním problémům (Dlouhá, 2019). Dále se mohou projevit deficity v motorické koordinaci a senzomotorice, což potvrzuje Richtrová (2021), která dále zmiňuje důležité faktory, jež se promítají do celostního pojetí. Jedná se o snížené schopnosti v užívání jazyka a porozumění mu v sociálních situacích, což je z hlediska prosociálního fungování zásadní.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí jedenácté revize, která uvádí vývojovou poruchu jazyka 6A01.2, jsou její subtypy vymezeny následovně: *Vývojová porucha jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka 6A01.20*, tento subtyp zahrnuje deficity ve vnímání a porozumění jazyku, čímž jsou dány i deficity v jazykové produkci. Jazykové deficity se manifestují především v receptivní a expresivní fonologii, sémantice, lexikonu, morfologii a syntaxi, což vede k problémům při porozumění záměru komunikačního partnera a k obtížím ve správném použití jazyka v sociálním kontextu. *Vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka 6A01.21*, pro tento subtyp jsou charakteristické deficity v oblasti exprese. Receptivní oblast je téměř neporušená nebo se objevují mírné deficity. Dále tento subtyp často zakrývá drobné problémy s porozuměním díky přesné interpretaci situačního kontextu. V důsledku toho rodiče a okolí

vnímají, že tyto děti rozumí, nicméně díky přesnému stanovení diagnózy jsou často pozorovány problémy v porozumění abstraktním pojmům a složitým větným instrukcím. V klinickém obraze jsou obvykle pozorovány nedostatky v gramatice, verbální paměti, výbavnosti slov a narativních schopnostech. *Vývojová porucha jazyka s narušením převážně pragmatického jazyka 6A01.22* je charakterizována převážně deficitem v oblasti pragmatiky. Tento podtyp je pravděpodobně nejkomplicovanější, protože může být náročné odlišit tyto děti od dětí s poruchou autistického spektra. Základním znakem je deficit ve schopnosti užívat jazyk a úspěšně komunikovat v sociálním kontextu. Na rozdíl od poruch autistického spektra zůstává sociální inteligence nedotčena. Posledním subtypem je *Vývojová porucha jazyka s jiným určeným narušením jazyka 6A01.23*, klinický obraz u tohoto subtypu neodpovídá výše uvedeným subtypům (ÚZIS, 2025).

Odborníci se nyní zaměřují na identifikaci časných prediktorů vývojové poruchy jazyka, jako je omezená aktivní slovní zásoba, absence slovních spojení, zhoršené porozumění a absence gest mezi druhým a třetím rokem života (Sansavini a kol., 2021). Pro mnoho dětí s vývojovou poruchou jazyka je charakteristické opoždění v časných komunikačních milnících, jako je období prvních slov, tvorba dvouslovných spojení a generování vět. Jakmile tyto děti dosáhnou věku, kdy nastupují do základní školy, nadále pokračují symptomy vývojové poruchy jazyka. Ve většině případů dosahují žáci s těmito symptomy nadále nižšího skóre v jazykových a komunikačních oblastech než jejich intaktní vrstevníci (Mountford a kol., 2022).

Vývojová porucha jazyka ovlivňuje produkci a/nebo porozumění jazyka s různou mírou závažnosti v různých aspektech jazykového zpracování napříč všemi jazykovými rovinami (foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, pragmatická) (Sansavini a kol., 2021). To potvrzuje i Pospíšilová (2022, s. 516) a popisuje symptomatologii vývojové poruchy jazyka následovně: „zahrnuje narušení syntaxe a morfologie, fonologie, výbavnosti pojmů, lexikonu a sémantiky, pragmatiky, diskurzu a verbální paměti.“

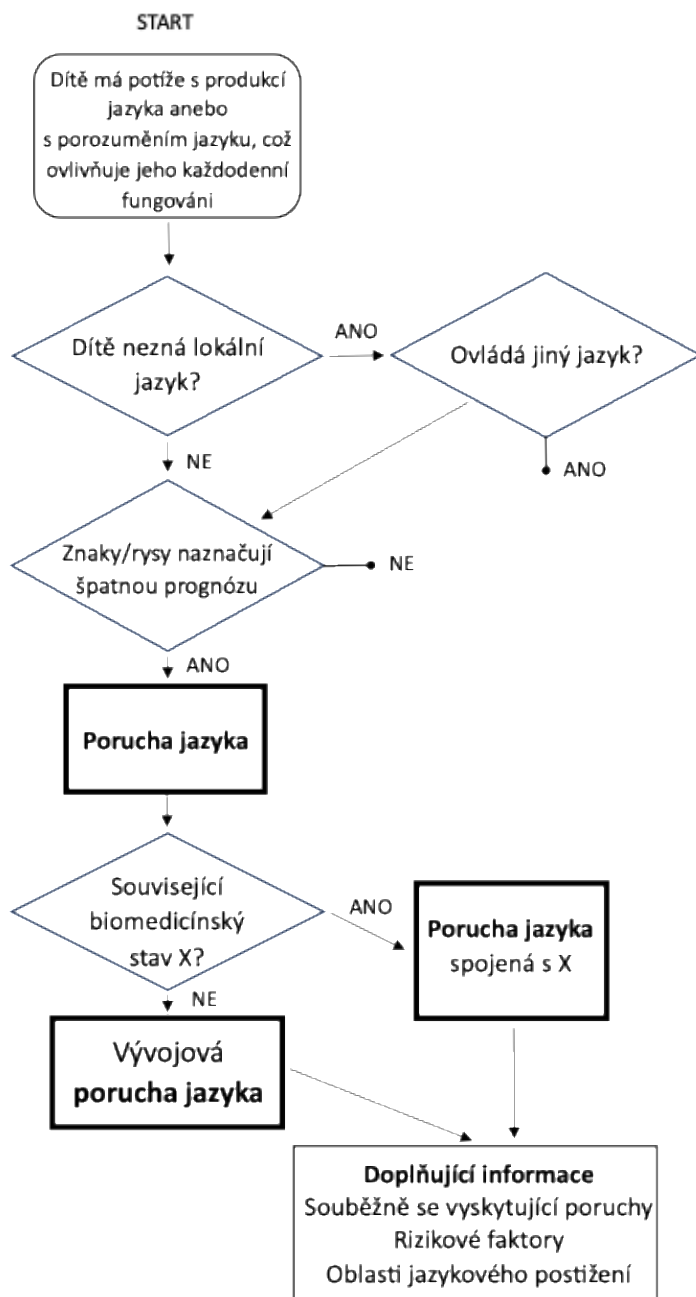
Vývojová porucha jazyka patří mezi nejčastější vývojové poruchy s neuropsychologickými následky zhruba ve 40–50 % případů. Takové následky mohou být zvláště patrné při přechodu z mluveného do psaného projevu. Děti s touto poruchou mohou

vykazovat dlouhotrvající problémy s učením, které jsou odhadem pětkrát vyšší u dětí s vývojovou poruchou jazyka než u dětí s intaktním vývojem. Mimo jiné mohou vykazovat behaviorální, psychiatrické, emocionální a sociální problémy s adaptací, které mohou nakonec ovlivnit jejich pracovní a vztahové dovednosti v dospělosti (Sansavini a kol., 2021).

Děti s vývojovou poruchou jazyka mají potíže v oblastech souvisejících se strukturou jazyka, jako je fonologie, morfologie, syntax a sémantika. Oproti tomu odborníci zabývající se poruchami autistického spektra tvrdí, že děti s touto diagnózou mají potíže v jiné kategorii jazyka, konkrétně v pragmaticce. Aktuální výzkumy pracují s důkazy, které přinesly zajímavá zjištění poukazující na společné rysy v jazykové oblasti u vývojové poruchy jazyka a u poruch autistického spektra. Údaje z používání jazykových úloh spolu s údaji z kognitivního neurozobrazení a genetiky u dětí s poruchou autistického spektra poskytují důkazy o existenci podskupiny *porucha autistického spektra a jazykové oslabení* (PAS-JO). Tato porucha v rámci skupiny poruch autistického spektra představuje „podskupinu“ PAS – JO, která akcentuje přítomnost symptomů vývojové poruchy jazyka i poruchy autistického spektra (Georgiou, Spanoudis, 2021).

Symptomatologie, která je nejaktuálnější, vychází z modelového návrhu mezinárodního konsorcia. Proto se aktuálně deklaruje sedm základních symptomů vývojové poruchy jazyka. Jedná se o obtíže v těchto oblastech: krátkodobá verbální paměť, pragmatika (správné použití komunikace v sociální situaci), dysnomie (vybavení si slova, které je známé, se nedaří), fonologie (vnímání řeči), diskurz (vyprávění, pointa příběhu, argumenty), sémantika (rozumění, význam slov, abstraktní pojmy), morfosyntax (tvorba vět, gramatika) (Bishop, Snowling et al., 2017).

Doležalová a Chotěborová (2021) uvádí další oblasti, které mohou být deficitní u jedinců s vývojovou poruchou jazyka. Jedná se o oblasti zrakového vnímání, sluchového vnímání, grafomotoriky, paměti, orientaci v čase a v prostoru, oromotoriky, jemné a hrubé motoriky, koordinace oko-ruka a schopnosti koncentrace. Richtrová (2021) také uvádí deficity v oblasti koncentrace pozornosti, které často souvisí s poruchou rozumění řeči.



Obr. 1: Diagram znázorňující cesty k diagnóze poruchy jazyka (zpracováno dle Thompson, 2017)

2 Diagnostika a terapie vývojové poruchy jazyka

2.1 Diagnostika vývojové poruchy jazyka

Diagnostický proces u vývojové poruchy jazyka je velmi rozsáhlý co se týče množství odborníků, ale i množství diagnostických materiálů. Odborníci, kteří jsou zahrnuti do multioborové spolupráce během diagnostického procesu, jsou klinický logoped, dětský neurolog, dětský klinický psycholog, foniatr a v případě podezření, že by se mohlo jednat o poruchu autistického spektra, je důležitý i pedopsychiatr (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

Diagnostika v klinické logopedii si klade za cíl zaznamenat celkový stav, kognitivní funkce a přítomné poruchy řeči, jazyka a komunikace (Neubauer in Neubauer, 2018). Důležité je podrobné snímání rodinné anamnézy, která může být signifikantní z hlediska odhalení dědičnosti (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Dále se jedná o diagnostiku mluvené podoby jazyka, ale i psané podoby a s nimi spojenými deficity. Zaznamenává se i fungování systémů, které souvisí s touto problematikou. Jedná se o oblasti motoriky, koordinace orofaciální oblasti a proces polykání (Neubauer in Neubauer, 2018).

Základními cíli diagnostiky jsou: zjištění patologií v řečovém projevu, jejich tíže a závažnost; diferenciální diagnostika a nastavení následné logopedické intervence. V logopedické praxi se kombinují různé druhy vyšetření. Jedná se o vstupní vyšetření, které potvrzuje či vyvrací přítomnost poruchy komunikace. Je to první kontakt s pacientem a má charakter screeningu. Dále se uvádí komplexní vyšetření, které na základě diferenciální diagnostiky stanoví diagnózu poruchy řeči, jazyka a/nebo komunikace. Současně se během tohoto vyšetření stanoví i následný plán logopedické intervence. Dalším vyšetřením je vyšetření výstupní, které obsahuje zhodnocení průběhu logopedické intervence a následná doporučení pro další odbornou péči. Návaznou logopedickou péčí lze doporučit i v místě bydliště. Kontrolní vyšetření je určené pro kontrolu stálosti dosažených výsledků v předem stanoveném a vhodném intervalu. Dále se kontrolní vyšetření uplatňuje, jestliže se vyskytnou u pacienta nějaké zdravotní nebo jiné komplikace a nemůže se na terapii v určitém časovém období dostavit (Neubauer in Neubauer, 2018).

Neexistuje žádný biologický test pro stanovení diagnózy – *vývojová porucha jazyka*. Vycházet se musí pouze z klinického obrazu a diagnostických nástrojů, a proto se během klinického vyšetření vychází z: pozorování dítěte a interakce mezi dítětem a vyšetřujícím nebo mezi dítětem a rodičem; rozhovoru s rodiči, nejlépe s otcem i matkou (hlavními ukazateli jsou anamnestické údaje rodiny s detailním popisem psychomotorického vývoje); ze samotného vyšetření pomocí porovnatelných zkoušek, testových baterií a psychometrických testů. V klinické praxi se nevyskytuje žádná jednotná ucelená testovací baterie, jelikož je velice obtížné dosáhnout standardizace jazykových testů pro různé kultury a jazyky. Z důvodu nízkého počtu výzkumů jsou také nadále nevyřešena diagnostická kritéria. Mezi odborníky se však diskutuje o třech kritériích. Jedním z nich jsou jazykové obtíže u dítěte, které narušují jeho každodenní činnosti nebo pokrok v učení. Dalším kritériem je, že jsou vyloučeny jiné příčiny, jinými slovy tyto obtíže nejsou vysvětlitelné žádnými jinými příčinami. A třetím kritériem je výkon ve standardizovaných jazykových testech, který je nižší, než je věková úroveň dítěte (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Pro diagnostikování vývojové poruchy jazyka není vyžadován rozdíl mezi verbálním a neverbálním kognitivním vývojem (Pospíšilová, Hrdlička & Komárek, 2021).

Klinický logoped by měl být schopný posoudit během diagnostického procesu díky porovnání s vývojovými škálami neverbální kognitivní výkon, hrubou motoriku, pozornost a sociální chování. Tyto oblasti zvládne změřit například díky subtestu NEPSY a dalším škálám, aniž by zasahoval do kompetencí klinických psychologů. Klinický logoped se dále zaměřuje, s maximálním důrazem na přesnost, na diagnostiku všech jazykových rovin s využitím různých diagnostických materiálů. Důležitá je také diagnostika verbální paměti, orální praxe a grafického záznamu. Analýza celého psychomotorického vývoje je jednou z nejdůležitějších oblastí diagnostiky, jelikož umožní srovnání jednotlivých oblastí a pomůže odhalit možné diskrepance mezi neverbální a verbální oblastí (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

Fonologické poruchy je možné diagnostikovat už mezi třetím a čtvrtým rokem věku dítěte, a proto je vhodné zahájit intervenci co nejdříve. Umožňuje to zabránit prohlubování deficitů, které se v oblasti fonologie vyskytují a včas předejít výskytu specifických poruch učení nebo alespoň zmírnit jejich stupeň. Rychlým testem, který posuzuje přiměřenost

vývoje fonologie, je test pro hodnocení srozumitelnosti řeči. Srozumitelnost řeči vyjadřuje míru, kdy komunikační partner rozumí projevu dítěte. Na hodnocení srozumitelnosti řeči se doporučují tři možné metody. Jedná se o subjektivní a objektivní měření. Dvě z nich jsou subjektivní – hodnocení srozumitelnosti řeči dítěte matkou a hodnocení srozumitelnosti řeči cizím komunikačním partnerem. Během objektivní diagnostiky srozumitelnosti řeči se využívá Škála hodnotící srozumitelnost řeči v kontextu. Pokud má v testu srozumitelnosti řeči dítě pozitivní výsledky nebo má odborník podezření na narušení fonologického vývoje, je zapotřebí provést fonologickou diagnostiku. Cílem fonologické diagnostiky je: identifikovat jaké fonologické procesy se vyskytují v řeči dítěte, zjistit v jakém procentuálním zastoupení se jednotlivé fonologické procesy vyskytují, rozřadit fonologické procesy v klinickém obrazu dítěte na vývojové a patologické, zjistit procento variabilní produkce dítěte, stanovit diagnózu na základě fonologického profilu a vytvořit individuální terapeutický plán, který bude adekvátní vůči diagnóze i vůči vědeckým důkazům (Buntová, Moscári, 2019).

Klinický logoped může pomocí přístroje Pilot test vyloučit přítomnost závažné sluchové vady. Dále může pomoci foniatrovi se zjištěním, jak vyšetřované dítě zvládá spolupracovat, a může tak foniatrovi doporučit vyšetřovací metodu, u které je buď vyžadována spolupráce vyšetřovaného (např. tónová audiometrie) nebo není vyžadována spolupráce vyšetřovaného během vyšetření (vyšetření otoakustických emisí – OAE) (Pospíšilová in Neubauer, 2018; Kruntorád, 2021).

Autoři německé studie Neumann, Kauschke, Fox-Boyer, Luke, Sallat a Kiese-Himmel (2024) zmiňují rodičovský dotazník, který je určen pro děti ve věku mezi druhým a třetím rokem života. Pokud je během standardního dětského screeningu v Německu zjištěno opoždění jazykového vývoje, doporučí se další sledování a nejpozději ve věku tří let by měla být zahájena logopedická intervence.

Diferenciální diagnostika je nedílnou součástí v diagnostice vývojové poruchy jazyka, jelikož se řadí mezi neurovývojové poruchy, u kterých je patrný komorbidní charakter. Díky diferenciální diagnostice lze přesněji nastavit následnou logopedickou intervenci. Během diagnostického procesu dochází k diferenciaci např. mezi vývojovou poruchou jazyka a: artikulační poruchou, sluchovou vadou, mentálním postižením, poruchou

autistického spektra, genetickými onemocněními, syndromovými vadami a podnětovými či emočními deprivacemi (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

Pospíšilová (2022) ve standardu vývojové poruchy jazyka uvádí minimální povinná vyšetření, která mohou posloužit jako indikátor pro objednání ke klinickému logopedovi a která jsou zpracována dle konsorcia anglofonních zemí. Vyšetření je rozděleno podle věku dítěte a uvádí jednotlivé ukazatele pro abnormální jazykový vývoj. V každé kategorii stačí pouze jeden ukazatel. Mezi prvním a druhým rokem života dítěte se akcentují ukazatelé, kdy dítě nežvatlá; nereaguje na řeč a/nebo zvuky; minimálně nebo vůbec se nepokouší o komunikaci. Ve druhém až třetím roce dítěte jsou uvedeny ukazatelé, kdy dítě minimálně interaguje; nemá záměr komunikovat; nepoužívá slova; minimálně reaguje na mluvený jazyk anebo se vyskytuje regrese nebo úplné zastavení v jazykovém vývoji. Mezi třetím a čtvrtým rokem věku dítěte se jedná o ukazatele, kdy délka výpovědi dítěte nebo jeho promluvy je maximálně dvouslovná; dítě nerozumí jednoduchým pokynům; blízcí příbuzní nedokážou porozumět většině promluv dítěte. Ve čtvrtém až pátém roce dítěte jsou hlavními ukazateli nekonzistentní nebo nepřiměřená interakce; délka výpovědi nebo promluvy je nejvýše tří slovná; dítě neadekvátně rozumí mluvenému jazyku; osoba, která dítě nezná mu nedokáže porozumět; blízcí příbuzní nerozumí nadpoloviční většině toho, co dítě říká. Od pátého roku věku a dále se jedná o ukazatele, kdy dítě má problémy s narativními schopnostmi (vyprávění nebo převyprávění příběhu a tvorba souvislého příběhu); problémy s porozuměním čteného a/nebo slyšeného; deficity v následování nebo zapamatování si mluvených pokynů; ve výpovědi dítěte se vyskytuje logorea a nedokáže se zapojit do reciproční konverzace; dítě doslovně převypráví sdělení, ale nedokáže pochopit jeho podstatu (Pospíšilová, 2022).

2.2 Terapie vývojové poruchy jazyka

Terapie vychází z podrobné diagnostiky vývojové poruchy jazyka, kdy se určí stupeň narušení, jeho typ a identifikují se všechny komorbidní neurovývojové poruchy a různé další deficitní oblasti z celkového klinického obrazu. Proto neexistuje jednotný a univerzální postup, který se během terapie uplatňuje. Vše je velice individuální, ale přesto platí určitá pravidla. Do terapeutického procesu by se měli zapojit i rodiče. Rodičům by se měla stručně

a srozumitelně vysvětlit podstatu zjištěné diagnózy, měli by být seznámeni s problematikou neurovývojových poruch obecně a detailněji s vývojovou poruchou jazyka, co tato porucha obnáší a jakou má prognózu. Dále by měli být rodiče seznámeni s terapeutickým plánem a s odůvodněním důležitosti vzájemné spolupráce logoped-rodič-dítě. Rodičům by se mělo poskytovat průběžné poradenství a měl by se upravovat terapeutický plán na základě aktuálních změn a potřeb dítěte. Logoped se tak podílí na eliminaci sekundárních obtíží v emoční, sociální, behaviorální a akademické oblasti (Pospíšilová, 2022).

Nelze vybrat jeden jediný správný terapeutický směr během logopedické intervence vývojové poruchy jazyka. Je zapotřebí jednotlivé terapeutické metody kombinovat, nevyužívat pouze jednu metodu nebo jeden terapeutický směr. Každé dítě, které potřebuje logopedickou intervenci je jedinečné, a proto je důležité vytvořit terapeutický plán na míru podle jednotlivých ukazatelů. Podstatné je vycházet z měřitelné a přesné diagnostiky, která je validní a reliabilní. Během terapeutického procesu se klinický obraz jedince může měnit, proto je důležité retestování. Důležitá je také mezioborová spolupráce, kdy lze do terapeutického procesu zahrnout např. fyzioterapeuty, ergoterapeuty a další odborníky. Neméně významná je spolupráce s rodiči. V zájmu dítěte nebo žáka je ideální spolupráce, která je komplexní, koordinovaná a oboustranná (logoped-další odborníci – dítě – rodina-škola) (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

Během terapeutického procesu by se měl uplatňovat vývojový přístup a neuropsychologické principy. Jedním ze slibných intervenčních postupů je přístup, který imituje osvojování jazyka bez ohledu na kalendářní věk jedince. Systematicky se stimulují jazykové a vývojové oblasti podle aktuálně zjištěného stavu. Jestliže se naměří receptivní morfologie a syntax u pětiletého dítěte, které odpovídají vývojově dítěti ve třech letech, je nutné stimulovat porozumění jazyku od tří let. Součástí vývojového přístupu u dětí raného či předškolního věku je edukace rodičů, jak by měli s dítětem komunikovat. Jedná se o tzv. adekvátní komunikační strategie. Využívat by se měli i silné stránky psychomotorického vývoje, což může být například zraková percepce, zraková paměť a intervenci nejlépe zakládat na vizualizaci a názornosti (Pospíšilová, 2022).

V německy mluvících zemích Neumann, Kauschke, Fox-Boyer, Luke, Sallat a Kiese – Himmel (2024) uvádí postup logopedické intervence, která v případě výrazného

opožďení jazykového vývoje u dítěte s expresivní formou vývojové poruchy jazyka, nejprve cílí na rodiče, kteří jsou instruováni podle metodiky „Heidelberg Parent-Based Language Intervention“. Využití této metodiky potvrzuje i další studie, kterou vedli Buschmann, Joos, Rupp, Feldhusen, Pietz a Philippi (2009), autoři uvádí významné snížení míry projevů jazykového postižení u dětí s expresivní formou vývojové poruchy jazyka ve věku tří let. Z rozsáhlé studie, která zkoumá účinky jazykových intervencí realizovaných rodiči na lingvistické výsledky dětí, jasně vyplývá, že intervence realizované rodiči jsou více účinné pro děti s expresivním typem vývojové poruchy jazyka. U receptivního typu vývojové poruchy jazyka nedošlo k významným pokrokům, jednalo se převážně o intervence, které zahrnovaly čtení knih, hru nebo rutiny (Heidlage a kol., 2020).

Studie, která se zaměřuje na metodu efektivní intervence pro děti s morfoloickými deficity u dětí v předškolním věku s vývojovou poruchou jazyka, poukazuje na dobu trvání jednotlivých intervencí. Neboť výsledkem studie je, že za kratší časovou dotaci, lze dosáhnout terapeuticky stejných výsledků jako u dvakrát delší intervence. Jedná se o důležitý výsledek, jelikož se odborníci mohou soustředit během intervence i na další aspekty a budou dosahovat v této oblasti obdobných výsledků (Plante a kol., 2019). Systematická analýza účinnosti intervencí u dětí s vývojovou poruchou jazyka v předškolním věku poukazuje na důležitost časného zahájení intenzivní intervence u dětí mezi třetím až čtvrtým rokem věku, což má pozitivní vliv na vývoj jazyka. Dále akcentuje deficitní množství popsaných terapeutických možností u expresivního typu vývojové poruchy jazyka, a ještě dalekosáhlejší deficit u receptivního typu vývojové poruchy jazyka. Intervence, která se zaměřuje na morfoloické a syntaktické dovednosti, má účinné výsledky u expresivního typu vývojové poruchy jazyka, ale u receptivního typu stejných výsledků nedosahuje. Nejméně uváděné jsou studie, které se zaměřují na intervenci ve vztahu k narativním schopnostem u dětí s vývojovou poruchou jazyka (Rinaldi, a kol., 2021).

3 Vývojová porucha jazyka a emočně-sociální a behaviorální obtíže

3.1 Emočně-sociální a behaviorální obtíže u vývojové poruchy jazyka

Děti s vývojovou poruchou jazyka mají obecně problém s emoční adaptací a celkově ve vztazích se svými vrstevníky. Trajektorie emočního vývoje a tvorby vrstevnických vztahů probíhá paralelně. Důležité jsou v tomto vztahu proměnné jako jsou pragmatické jazykové schopnosti, prosociálnost a duševní zdraví rodičů (Conti-Ramsden, Mok & Durkin et al., 2019). Nemalý počet dětí s vývojovou poruchou jazyka v předškolním věku má klinicky závažné problémy s duševním zdravím, včetně sociálně-emočních problémů a problémů s chováním. Ve srovnání s dětmi s typickým vývojem mají děti s vývojovou poruchou jazyka vyšší výskyt problémů s chováním (Bahadur a kol., 2024). To potvrzuje i další studie (2019), která uvádí, že děti s vývojovou poruchou jazyka ve srovnání s dětmi s typickým vývojem mají vyšší míru emočních problémů a zvýšené psychosociální rizikové faktory. Dále je u dětí s touto poruchou zaznamenána nižší úroveň emoční seberegulace a mají zvýšené problémy ve vztazích s vrstevníky. Kvůli raným jazykovým obtížím dochází u dětí s vývojovou poruchou jazyka k ovlivnění různých vývojových oblastí. Tyto obtíže mají také vliv na jejich sociální interakci, obzvláště ve vztazích s rodiči a vrstevníky (St Claire a kol., 2019).

Děti s neurovývojovými poruchami jsou zranitelnější v emočně-sociální oblasti a existuje u nich také zvýšené riziko horších výsledků v akademickém prostředí a v emocionálním a sociálním vývoji (Richtrová, 2021). Další studie popisuje, že u dětí s vývojovou poruchou jazyka jsou mimo jiné dominantní obtíže v navazování mezivrstevnických vztahů a v poruchách koncentrace pozornosti (Redmond, Ash, 2014). Kvalita mezilidských vztahů se odráží na emocionálně-sociální pohodě, proto je budování těchto vztahů tak důležité. Když dítě nemá potřebné jazykové kompetence, může docházet k emoční dysregulaci (Cole, Armstrong & Pemberton, 2010). Kvůli deficitům v oblasti jazykového vývoje může docházet k narušení vývoje autonomie v dětském věku, dále tyto deficity ovlivňují studové nastavení a sebeepochybnost, což ovlivňuje vývoj identity (Richtrová, 2021). Ze studie z roku 2004 vyplývá, že díky sníženým jazykovým kompetencím u jedinců s vývojovou poruchou jazyka dochází k nárůstu emočně-sociálních a behaviorálních obtíží. Dále se uvádí souvislost mezi sociálními kompetencemi

a pragmatickou oblastí jazyka a expresivní jazykové deficity s viktimizací (Conti-Ramsden, Botting, 2004).

Studie z roku 2015 popisuje vnímání emocí u dětí s vývojovou poruchou jazyka a u dětí intaktních ve věku od čtyř do šesti let. Děti v této studii měly rozpoznat emoce na základě vizuálních podnětů (obrázek tváře) a na základě audio nahrávky podle melodie hlasu (prozodické faktory) a dále měly určit o jakou emoci se jedná. Ze studie vyplývá, že děti s vývojovou poruchou jazyka se orientovaly lépe v části, kdy emoci určovaly dle prozodických faktorů. Oproti tomu děti intaktní se nechaly ovlivnit významem sdělení například v části, kdy děti slyšely větu: „*Dnes je můj nejšťastnější den*“ (věta byla přednesena smutně). V části určování emocí na základě vizuálních podnětů dosahovaly obě skupiny stejných výsledků. Z této studie proto vyplývá, že děti s vývojovou poruchou jazyka potřebují ke komplexnímu vnímání komunikační situace více podnětů (neverbální projevy – gesta, haptika, proxemika, intonace atd.), aby mohly adekvátně reagovat (Czaplewska, Sterczyński, 2015).

Jedna část emočně-sociálních a behaviorálních obtíží se může vyvíjet nezávisle na neurovývojových poruchách. Prediktorem jejich vzniku může být genetická predispozice a enviromentální faktory, které na jedince působí. Druhá část emočně-sociálních a behaviorálních obtíží může vzniknout díky neurovývojovým poruchám jazyka. Jelikož jazykové deficity, které dítě s vývojovou poruchou jazyka prožívá souvisí se silným emočním prožíváním, dochází tím pádem ke zvýšení stresu. Obě části jsou také umocněny nerovnoměrným neurobiologickým zráním jedinců s vývojovou poruchou jazyka (Richtrová, 2021).

3.2 Vývojová porucha jazyka a komorbidní psychiatrická onemocnění

V oblasti neurovývojových poruch je termín „komorbidita“ zaveden poměrně nově. Tento termín se začal objevovat zhruba v osmdesátých letech minulého století. Toto označení začalo být užívanější s nárůstem poznání, že se zřídka kdy vyskytují neurovývojové poruchy samostatně. Komorbidita zjednodušeně řečeno znamená, že se jedná o výskyt alespoň dvou nebo více poruch či onemocnění zároveň (Dewey, 2018).

V medicínském prostředí Feinstein (1970, s. 456) uvádí, že se jedná o: „*jakoukoliv odlišnou další klinickou entitu, která koexistovala nebo která se může vyskytnout během klinického průběhu pacienta, který má studované indexové onemocnění.*“ V oblasti neurovývojových poruch se však akcentuje termín porucha nikoli nemoc, proto je nutné zdůraznit, že poruchy jsou neurovývojové/neuropsychologické stavy, během kterých je výkon u dětí měřen v kognitivních, motorických a/nebo v behaviorálních funkcích. Z toho důvodu je nutné odlišit, že se u neurovývojových poruch pracuje s termínem porucha nebo poruchy a komorbidita se proto popisuje jako společný výskyt dvou nebo více různých poruch, které jsou určovány díky charakteristickým kognitivním, motorickým a behaviorálním deficitům (Dewey, 2018).

Vývojová porucha jazyka trvale ovlivňuje kvalitu života u jedinců s touto poruchou. Dále s vývojovou poruchou jazyka souvisí vysoká prevalence typických psychiatrických onemocnění i sociální patologie. Důležitý je fakt, že breptavost, koktavost, selektivní mutismus, porucha artikulace řeči a porucha jazyka patří k psychiatrickým onemocněním (Pospíšilová, 2023). Pokud se bude vývojová porucha jazyka považovat za komplexní neuropsychologický syndrom, jehož úspěšná léčba závisí na holistickém přístupu k diagnostice a intervenci, může se výrazně zvýšit účinnost logopedické terapie. Také se může zlepšit porozumění flexibilitě vyvíjejícího se mozku, jeho kompenzačním mechanismům, a tedy i komorbiditě vývojové poruchy jazyka s psychiatrickými symptomy (Tomas, Vissers, 2019).

Jednou z nejčastějších psychiatrických komorbidních onemocnění je porucha pozornosti s hyperaktivitou, symptomatické projevy této poruchy se mohou projevovat při zvýšené zátěži fatických funkcí např. psychomotorickým neklidem, latencemi, zrychleným nástupem únavy. Tyto projevy nemusí být zaznamenatelné při neverbálních aktivitách. Jednou z dalších častých komorbidních poruch je vývojová porucha motorické koordinace, dále se může také vyskytovat vývojová porucha učení a porucha intelektu (Pospíšilová, 2023). Emočně-sociální a behaviorální obtíže u jedinců s vývojovou poruchou jazyka korelují s vysokou prevalencí komorbidních psychiatrických onemocnění. Vyskytuje se velmi závažný vztah mezi vývojovou poruchou jazyka a deficitem v kognitivních procesech, které jsou stěžejní pro osvojování jazyka. Jestliže se vyskytuje narušení mezi exekutivními funkcemi, jazykem, percepcí a pozorností, dochází

k emočně – sociálním obtížím a k problémům v sociální komunikaci (Tomas, Vissers, 2019). Rané jazykové obtíže jsou prediktorem emočně – sociálních problémů v dalších obdobích života jedinců s vývojovou poruchou jazyka, jelikož se symptomatologické projevy psychiatrických onemocnění s přibývajícím věkem nezlepšují, např. emočně – sociální obtíže u dětí ve věku čtyř let predikují nižší kvalitu života v devíti letech (Eadie a kol., 2018).

Selektivní mutismus s obtížemi v expresi jazyka je spojený s úzkostným prožíváním ve vztahu k jazykovým a řečovým obtížím. Během vývoje selektivního mutismu může být dítě ovlivněno neurovývojovými poruchami (Viana, Beidel & Rabian, 2009). Propojenost mezi selektivním mutismem a vývojovými poruchami jazyka je zcela zřejmá, jelikož se udává až osmdesát jedna procent jazykového deficitu při selektivním mutismu a čtyřicet dva procent souběžně s vývojovou poruchou jazyka (Klein a kol., 2017). Další studie z roku 2013 potvrzuje obtíže především v narativních schopnostech neboli během užívání expresivního jazyka, a to až u čtyřiceti dvou procent dětí ze třiceti tří respondentů se selektivním mutismem. Dále studie uvádí obtíže v rozlišování zvuků, ve fonologickém povědomí, v gramatice a v porozumění u vybraných respondentů (Klein, Armstrong & Shipon-Blum, 2013). Rozsáhlá, heterogenní a komplexní povaha selektivního mutismu napovídá, že by mohla být tato porucha reklasifikována jako neurovývojová porucha. Jedním z důvodů je také evidence abnormalit ve vývoji centrální nervové soustavy u této poruchy (Henkin, Bar-Haim, 2015).

3.3 Stresová zátěž a úzkostné prožívání u vývojové poruchy jazyka

Stres je významným faktorem, který se podílí na vzniku psychických poruch. Nyní je každodenní součástí života v různé míře téměř každého dítěte, adolescenta či dospělého. Termín stres znamená zjednodušeně řečeno zátěž. Tento pojem se váže jak k situaci, během které ke stresu dochází, tak i k reakci, která je zátěží vyvolána. Pod pojmem stres jsou vymezeny další často užívané termíny jako jsou frustrace a konflikt. Jedná se o podmnožiny stresu. Během zátěže vždy dochází k frustraci neboli k neuspokojení. Při stresu nezřídka kdy dochází ke konfliktu, alespoň k intrapsychickému konfliktu (motivační, kognitivní a emoční) nebo i k interpersonálnímu, ten je jedním z nejintenzivnějších stresorů (Nývtová,

2010). Stresové faktory jsou nedílnou součástí každého života, neboť v mírných dávkách stimulují a v ohrožujících situacích zachraňují (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008).

Obvykle se stres spojuje se situacemi, které jsou obtížné, ohrožující, významně narušující rovnováhu organismu a vyvolávající závažné změny v hormonálním, oběhovém a imunitním systému. Jde totiž o stav, ve kterém míra dané zátěže překračuje snesitelnou hranici z hlediska adaptačního množství zátěže organismu za daných podmínek. Tato míra je dána podílem expozičních a dispozičních faktorů. Expozicí jsou všechny požadavky, kterým je subjekt vystaven a které by měl dle předpokladů zvládnout, oproti tomu dispozicí jsou osobnostní předpoklady, které jsou určeny pro absolvování kladených nároků (Paulík, 2017).

Dalším důležitým termínem jsou stresory. Jedná se o spouštěče stresu (Večeřová – Procházková, Honzák, 2008). Během stresové situace je dítě vystaveno vnějším a vnitřním stresorům, což jsou například jemné podněty, komplexní situace, negativní myšlenky a představy. Stresory narušují běžný stav tělesné a psychické rovnováhy (Nývtová, 2010). Stres může nastat díky několika možnostem. Jednou z nich jsou extrémně silné podněty, se kterými jsou spojené i nároky, které vyžadují pro optimální reakci velmi vyčerpávající úsilí. Podněty mohou být i obtěžující. Ty jsou výsledkem nakumulovaných různých nepříjemností nebo i délkou trvání těchto nepříjemností. Tyto podněty mohou působit v reálném čase, kdy si je dítě uvědomuje nebo může být dítě v ohrožení i bez vlastního uvědomění. Další možností jsou nároky dlouhodobě minimální, které jsou buď reálné nebo domnělé a způsobují u jedince stavy nudy, monotonie či přesycení (Paulík, 2017).

Stres nelze v určité míře považovat pouze jako negativní složku, jelikož optimální hladina stresu působí jako tvůrčí síla a motivace, které jedince dokážou nasměrovat k dosažení cílů a k abnormálním výkonům. V této míře, kdy stres může sloužit jako prostředek k naplňování potřeb a cílů se označuje jako eustres. Oproti tomu existuje i pojem distres, který označuje chronický, traumatický stres, jenž může destruktivně postihnout psychické i fyzické zdraví a vést až k ohrožení života (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008). Rozdíl mezi strachem a úzkostí je značný, přesto jsou díky svým projevům často zaměňovány. Strach je určitý typ odpovědi na známou, reálnou, vnější a konkrétní hrozbu.

Oproti tomu úzkost je odpověď na neznámé, vnitřní a neurčité ohrožení. Úzkost na rozdíl od strachu směřuje především do budoucnosti. Strach je okamžitý, náhlý a trvá jen po dobu přítomnosti ohrožení (Hosák a kol., 2015)

Děti s vývojovou poruchou jazyka mají přirozeně potřebu interagovat s okolím a navazovat mezilidské vztahy, jenže deficity v jazykových kompetencích jim to leckdy kvalitně neumožňují. Proto u nich narůstá míra sociálního stresu více než u intaktní populace (Richtrová, 2021).

Úzkost (anxieta) je běžná emoce, kterou zažívá většina lidí velmi frekventovaně. Za normálních okolností slouží úzkost jako obranný mechanismus, který připravuje tělo na útok nebo útěk. V celém mechanismu existuje důležitá složka, která vyhodnotí, jestli je situace, která vyvolala úzkost neškodná, ohrožující nebo nekontrolovatelná. Po vyhodnocení, že je situace neškodná se proces úzkosti zastaví. Situace ohrožující vede k aktivní reakci, což znamená boj. Situace nekontrolovatelná vede k únikové reakci, což znamená útěk. Důležitým faktorem je, že během vývoje modifikuje osobnostní rysy dítěte. Anxieta je komplexní prožitek s psychickými, tělesnými, kognitivními a behaviorálními projevy. Projevy jsou velice individuální a mohou se mezi sebou překrývat. Jedná se o somatické projevy – vegetativní hyperaktivita (zrudnutí/zblednutí, tachykardie, palpitace, pocení, časté močení), napětí ve svalech (třes, cukání, chvění, svalová slabost, bolesti zad nebo hlavy), hyperventilace, bolesti a svírání na hrudi, obtížné dýchání, nauzea a návaly horka nebo chladu. Dále se uvádí projevy v chování – neklid nebo znehybnění, napjatý výraz v obličeji, napjatý hlas, smích nebo pláč, lekavost, únava, závislost na druhých, okusování nehtů, škrábání se, vyhledávání rozptylujících aktivit a vyžadování ujištění a názoru od druhých. Dalšími uváděnými projevy jsou projevy kognitivní – zvýšené nabuzení (arousal), obtíže s koncentrací, nadměrná bdělost, insomnie, ostražitost, zvýšená mentální aktivita, nadměrné obavy a starosti, očekávání a předtuchy neštěstí, obava ze ztrapnění se na veřejnosti. Mezi psychické projevy patří – pocit (ohrožení nebo strachu, závratě, mdloby, depersonalizace, podráždění, nesnesitelné napětí), strach (ze ztráty kontroly, ze ztráty vědomí, ze smrti), neschopnost uvolnit se a bezradnost (Hosák a kol., 2015).

V nové revizi Mezinárodní klasifikace nemocí se v oddílu Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy objevuje pododdíl Úzkostné poruchy nebo poruchy související se strachem. Tento oddíl zahrnuje Generalizovanou úzkostnou poruchu (6B00), Panickou poruchu (6B01), Agorafobii (6B02), Specifickou fobii (6B03), Sociální úzkostnou poruchu (6B04), Separační úzkostnou poruchu (6B05) a Selektivní mutismus (6B06) (ÚZIS, 2025). Úzkostné poruchy jsou jednou z velmi často se vyskytujících skupin psychických poruch. Úzkost je přirozená emocionální a somatická reakce, kterou zná téměř každý. Patologickou se stává, jestliže doba jejího trvání přesáhne určitou mez, pokud se vyskytuje velmi často nebo její intenzita a výskyt nejsou adekvátní vůči situaci, která je vyvolala (Tašková, 2022). Vysoké procento dětí s narušeným vývojem jazyka má přidružené úzkostné prožívání (Richtrová, 2023).

Vývojová porucha jazyka ovlivňuje celostní vývoj jedince. Důležitý je fakt, že se u této poruchy primárně nevyskytuje snížený intelekt. Děti s touto poruchou si své obtíže uvědomují a snaží se s nimi nějakým způsobem vypořádat. Vývojová porucha jazyka má sekundární vliv na vývoj sebeobrazu. Ovlivňuje nejen intrapersonální úroveň, ale i interpersonální úroveň, kdy je dítě vystaveno reakcím z okolí, od rodičů, z širší rodiny, od vrstevníků, kamarádů, spolužáků, učitelů a odborníků. Dítě s vývojovou poruchou jazyka je nuceno se každý den snažit vypořádat s těmito nepříjemnostmi, plynoucími z reakcí svého okolí na jeho jazykové obtíže (Richtrová, 2019).

Při anxiózních projevech hrají důležitou roli amygdala, hipokampus, jiná aktivita gyru fusiformis a orbitofrontálního kortexu. Aktivuje se behaviorální inhibiční systém, což způsobuje narušení rozeznávání emočních výrazů v obličeji a správného čtení sociální situace (Malá, 2011).

3.4 Metody a techniky – pro zmírnění úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka

Existují různé metody a techniky, které se dají využít během logopedické intervence. Cílem této podkapitoly je uvést některé z nich pro inspiraci odborníků, kteří pracují s dětmi s vývojovou poruchou jazyka a s úzkostným prožíváním.

Sandplay Therapy (v českém překladu terapie hrou v písku), další název je také Sandtray je psychoterapeutická metoda, která je využívána po celém světě. Tato forma terapie je využitelná napříč generacemi od malých dětí až po dospělé jedince. Je vhodná pro jedince s traumaty, distresem, s postižením a s jazykovými poruchami. Na začátku terapie se pro klienta připraví táb s pískem a nabídne se mu celá plejáda hracích figurek a postaviček. Klient získá díky tábu a figurkám příležitost pro vyjádření vlastního vnitřního světa. Díky této technice může klient vyjádřit emocionální obsah (vědomý i nevědomý) a přetvořit ho do viditelné a přístupné modality, která je posléze vhodná pro reflexi (Roesler, 2019). Efektivitu této terapie dokládá i další studie z roku 2019, která zjišťovala, jak je terapie Sandplay efektivní u dětí s poruchami chování, s emočními problémy a s deficitem v komunikačních schopnostech. Výsledkem je zlepšení ve všech testovaných oblastech u všech vybraných probandů, kteří si touto terapií prošli (Yaghoobian, Emadian, 2019). Tato metoda se stala v posledních letech hojně využívanou i u odborníků pracujících s narušenou komunikační schopností. Jedná se například o jedince, kteří mají narušenou expresi a dále o děti s mentálním postižením a s poruchami autistického spektra (Mironová-Tabachová, Kytarová & Vitásková, 2018).

Jednou z dalších ověřených metod, které přispívají ke zmírnění úzkostného prožívání je Práce v hliněném poli®. Autorem této metody je německý profesor Heinz Deuser. Hliněné pole je definováno jako plochá bedýnka, která je naplněna až po okraj hladkou keramickou hlínou. Vedle pole by se měla nacházet miska s vlažnou vodou a houbičkou. Cílem této metody je podpora a dosycení potřeb člověka z hlediska zdravého vývoje. K dosycení vývojových potřeb dochází skrze pohybové impulzy jedince. Dítě díky haptickému konání podporuje stabilizaci tělesné organizace přes stimulování taktilního cití, vestibulárního systému a propriocepce (polohocitu). Voda slouží k podpoře pocitu bezpečí, jelikož se jedná o prazákladní substanci, která souvisí s prenatálními potřebami. Bedýnka znázorňuje substanci hranic, orientace a stálosti. Prožívaná úzkost nebo prožívaný strach mohou vést k potlačení kontaktu se svým já, se svým tělem a potřebami. Díky dotekovým materiálům během terapie lze umožnit bezpečný kontakt se sebou i nepřímo s okolním světem. Hlína představuje významnou kvalitu pevnosti, stálosti a odporu, čímž dítě intenzivněji prožívá sebe sama a umožňuje mu zanechat viditelný a stálý otisk ve světě. Během celé terapie se terapeut (průvodce) snaží podpořit jedince ve vypořádání se se sebou

samým i se světem. Terapeut by měl určit adekvátní vzdálenost mezi ním a klientem, aby byl jejich společný vztah bezpečný, neohrožující a postupně se mohl prohlubovat. Terapeut jako průvodce verbálně či neverbálně vede klienta během jeho konání. Cílem terapie je tělesné, emocionální a mentální oslovení člověka (Richtrová, 2023).

Další vybranou metodou je nedirektivní terapie hrou. Hra je u dětí nejpřirozenější cestou pro sebevyjádření. Psychoterapie proto využívá tuto metodu jako jedinečný prostředek pro konfrontaci s dítětem. Nedirektivní terapie hrou je dynamický proces, který probíhá mezi dítětem a herním terapeutem. Dítě má možnost svým vlastním tempem a přístupem během herního procesu prozkoumat minulé i současné události, které buď vědomě nebo nevědomě ovlivňují jeho současnost. Herní terapeut prostřednictvím vztahu s dítětem může aktivovat jeho vnitřní zdroje, které mohou přinést důležité změny a možný osobnostní růst. Centrem v terapii hrou je dítě samotné nikoliv hra, jelikož hra je primárním zprostředkovatelem a sekundárním zprostředkovatelem je řeč (Kokešová, Kleinová, 2018). V nedirektivní terapii hrou existuje osm základních principů, které vymezují vztah mezi terapeutem a dítětem. První princip popisuje, jak by měl terapeut zaujímat k dítěti přátelský a vřelý vztah, který může pomoci co nejdříve vytvořit dobrý kontakt. Druhý princip zdůrazňuje, že by měl terapeut přijímat dítě takové, jaké je. Neměl by mít žádná očekávání ani nároky a měl by chování dítěte přijmout takové jaké je, např. když je dítě úzkostné a nechce odejít do ambulance bez rodičů, terapeut se pokouší navázat kontakt již v čekárně nebo pozve dítě i s rodiči do ambulance. Třetí princip popisuje, jak by měl terapeut vytvořit přijímající a bezpečnou atmosféru, díky které dítě může svobodně vyjádřit všechny své pocity. Čtvrtý princip klade důraz na terapeutovu schopnost rozpoznání pocitů dítěte a snahu je reflektovat tak, aby se v nich dítě mohlo lépe zorientovat a aby mohlo dojít k porozumění mezi dítětem a jeho chováním. Pátý princip hovoří o samostatnosti dítěte, kdy terapeut věří, že je dítě schopné vyrovnat se se svými problémy, jestliže mu je poskytnuta příležitost. Dále zdůrazňuje, že zodpovědnost za volbu určitého chování nese pouze dítě. Šestý princip uvádí, že by terapeut v žádném případě neměl ovlivňovat jednání ani mluvu dítěte. Cílem terapeuta je následovat cestu dítěte. Sedmý princip zdůrazňuje individuální průběh terapie, kterou by terapeut neměl v žádném případě urychlovat, protože celý proces má svou posloupnost. Osmý závěrečný princip klade důraz na spoluodpovědnost dítěte ve vztahu s terapeutem, protože terapeut určuje pouze takové hranice, které jsou nezbytně nutné k ukotvení terapie

v reálném světě. Dítě by mělo rozumět vymezeným hranicím, které by v rámci terapie nemělo porušovat. Může se např. jednat o hranice, které jsou důležité kvůli bezpečnosti dítěte nebo terapeuta (Axline, 2011).

4 Empirická část

Diplomová práce se zabývá emočně-sociálními a behaviorálními obtížemi u dětí s vývojovou poruchou jazyka, které ovlivňují logopedickou intervenci. Empirická část práce výzkumně navazuje na teoretickou část práce. Dále tato část práce obsahuje vlastní výzkumné šetření, které je zaměřeno na jednotlivé projevy a oblasti, které emočně-sociální a behaviorální obtíže u dětí s vývojovou poruchou jazyka ovlivňují, zejména úzkostné prožívání.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem diplomové práce je analýza nejčastějších projevů úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka a jejich vliv na průběh logopedické intervence. Hlavní výzkumný problém je vymezen jako upřesnění nebo zacílení výzkumného šetření, dále také navazuje na výzkumný cíl (Švaříček in Švaříček, Šed'ová, 2010). Konkrétně v této diplomové práci je výzkumný problém zaměřen na analýzu nejčastějších projevů úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka, což znamená, že budou zkoumány jednotlivé projevy úzkostného prožívání, které v různé míře a podobě ovlivňují logopedickou intervenci. Dále bude zkoumáno, jestli si projevy úzkostného prožívání uvědomují vybraní probandi. Pro dosažení cíle výzkumného šetření budou stanoveny dílčí cíle a následně vytvořeny výzkumné otázky. Výzkumné otázky tvoří jádro výzkumného projektu a plní dvě základní funkce. První funkcí je pomoc se zaostřením výzkumného šetření tak, aby poskytlo výsledky v souladu se stanoveným cílem. Druhou funkcí je ukázání cesty nebo směru výzkumného šetření. Výzkumné otázky by měly být především v souladu se stanovenými cíli i s výzkumným problémem a také mají funkci selekce a konkretizování výzkumného problému (Šed'ová in Švaříček, Šed'ová, 2010).

Dílčí cíle:

DC1: Analýza projevů úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka z pozorování během logopedické intervence.

DC2: Analýza výsledků z diagnostického dotazníku pro rodiče dětí s vývojovou poruchou jazyka zaměřených na intenzitu prožívané úzkosti.

DC3: Analýza výsledků z diagnostického dotazníku pro děti s vývojovou poruchou jazyka zaměřených na projevy úzkostného prožívání v konkrétních situacích.

DC4: Analýza metod a postupů, které mohou zmírnit úzkostné prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka během logopedické intervence.

Výzkumné otázky:

VO1: Jaké jsou nejčastější projevy úzkostného prožívání u sledovaných dětí s vývojovou poruchou jazyka během logopedické intervence?

VO2: Jak spolu korelují výsledky z diagnostických dotazníků pro sledované děti s vývojovou poruchou jazyka s výsledky z diagnostických dotazníků pro jejich rodiče?

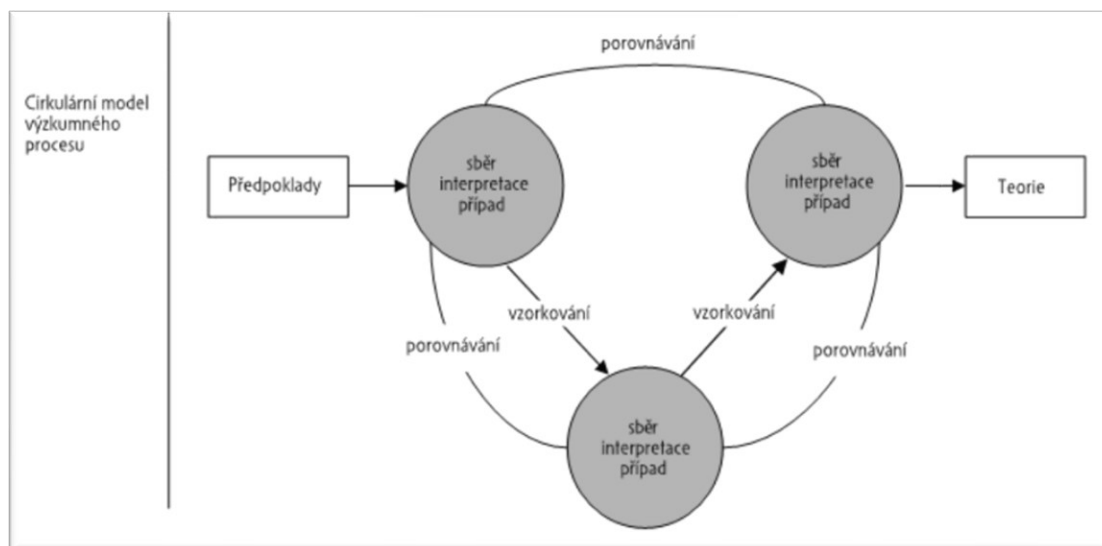
VO3: Jakými postupy lze projevy úzkostného prožívání u sledovaných dětí s vývojovou poruchou jazyka během logopedické intervence zmírnit?

VO4: Jaké situace, v dotazníku pro sledované děti s vývojovou poruchou jazyka, byly jmenovány nejčastěji?

4.2 Metodika výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup, protože je pro výzkumné šetření zásadní získávání podrobného popisu a vhledu při zkoumání vybraných jedinců. Dále byl tento přístup zvolen, protože umožňuje výzkumníkovi studovat procesy, umožňuje navrhnout teorie a dobře reaguje na místní situace a podmínky (Hendl, 2023). Kvalitativní výzkumné šetření je definováno jako označení pro různé přístupy, což mohou

být metody nebo techniky, které slouží pro podrobnou analýzu zkoumaných jevů. Mezi základní charakteristiky kvalitativního výzkumného šetření patří realizace výzkumného šetření za pomoci delšího a intenzivnějšího kontaktu s terénem nebo situací u vybraných jedinců. Dále se kvalitativní výzkumné šetření snaží získat jednotný pohled na předmět studie a využívá nižšího počtu standardizovaných metod. Všechna data se analyzují postupně od jednotlivého k obecnému a dále se interpretují. Postupně se během sběru dat a jejich vyhodnocování vytváří obraz, kdy výzkumník podrobně popisuje to, co pozoroval a zaznamenal (Skutil, 2011). Šeďová (2014) zdůrazňuje, že kvalitativní výzkumné šetření nemá charakter lineární, ale cirkulární, což znamená, že jednotlivé fáze se překrývají, jsou realizovány paralelně a výzkumník se neustále vrací k předcházejícím krokům a modifikuje je.



Obr. 2: Flickův model kvalitativního výzkumného šetření (Švaříček, Šeďová, 2014)

4.3 Design kvalitativního výzkumného šetření a metody sběru dat

Designem kvalitativního výzkumného šetření byly zvoleny případové studie. Případové studie jsou považovány za jeden ze základních a nejrozšířenějších designů kvalitativního výzkumného šetření. Jednotkou případové studie je případ, což je široké a zastřešující označení pro předmět zkoumání. Většinou se jedná o konkrétní osobu, organizaci či komunitu. V pedagogicko – psychologickém kontextu se obvykle jedná o dítě, žáka nebo jejich skupinu. Pojem případová studie (angl. case study) není jednoduché

definovat, jelikož se jedná o zastřešující pojem pro mnoho různých konceptů, studií a aspektů, které se v rámci řešení konkrétního případu sledují. Definice případové studie jako výzkumného designu má své opodstatnění, protože se může provádět pomocí různých výzkumných metod. Jednotlivými metodami mohou být pozorování, analýza anamnestických dokumentů a dotazníkové šetření (Mareš, 2015). Tyto vybrané metody budou použity i v tomto výzkumném šetření. Obdobné vymezení případové studie potvrzuje i Sedláček (2014), který uvádí, že jednou z výhod designu případové studie je hlubší porozumění vybranému objektu nebo aspektu v jeho přirozeném kontextu. Dále tento design umožňuje sledování mechanismů, které vybraný případ ovlivňují. Všechny proměnné, které případ ovlivňují, můžeme díky tomuto designu porovnávat, hledat pravidelnost a odlišnosti a vybírat další techniky pro podrobnou analýzu (Sedláček in Švaříček, Šed'ová, 2014).

Výběr metod sběru dat se v procesu kvalitativního výzkumného šetření uskutečňuje teprve když se stanoví hlavní cíl výzkumného šetření, dílčí cíle, výzkumné otázky, výběr designu a až po zvážení a kontrole kvality zkoumání. Metody sběru dat jsou definovány jako postupy poznávání vybraných jevů, které výzkumník bude využívat k rozkrytí a reprezentaci problematických oblastí (Švaříček in Švaříček, Šed'ová, 2014).

Jednou z metod sběru dat v tomto výzkumném šetření je pozorování. Jedná se o jednu z nejtypičtějších metod kvalitativního výzkumného šetření, kdy se výzkumník díky této metodě snaží poznat, popsat a porozumět výzkumným subjektům a prostředí, ve kterém se vyskytují (Gavora, 2010). Dále lze pozorování klasifikovat jako skryté/otevřené, participantní/neparticipantní, přímé/nepřímé, strukturované/nestrukturované a pozorování v uměle vytvořené situaci nebo v přirozené situaci (Hendl, 2023; Švaříček, 2014). Mezi hlavní vlastnosti pozorování dle Gavory (2010) patří deskriptivnost, holističnost, induktivnost a nepředpojatost. Pozorování má také jednotlivé etapy. První etapou je stanovení co, proč a jak budeme pozorovat. Aby byla metoda validní, je nutné přesně vymezit cíl, objekt a metody pozorování. Další etapou je popis a registrace pozorovaných jevů, což lze zaznamenat prostřednictvím pozorovacích archů, pozorovacím deníkem či různými protokoly. Etapa, která navazuje na předchozí, je analýza a zpracování získaných dat, kdy výzkumník provádí podrobný rozbor pozorovaných jevů. Poslední etapou je interpretace pozorovaných jevů (Křováčková, 2011).

Pozorování v tomto výzkumném šetření je charakterizováno jako otevřené, neparticipantní, přímé, strukturované a v přirozené situaci, kdy pozorování probíhalo u vybraných probandů během logopedické intervence. Dle jednotlivých etap jsou nejprve vymezeny oblasti, které se budou sledovat. Jsou to jednotlivé symptomy úzkostného prožívání. Jedná se o vkládání prstů do úst, hru s oblečením/tkaničkami, napětí v čelisti, pohyb nohou, škrábání nebo tření kůže, tichá promluva, různé pohyby na židli, třes těla, úniky z pohledu do očí, stažení se z kontaktu/zamrznutí, změna činnosti, změna tématu, zívání, zrychlené/silné mrkání. Tyto jednotlivé oblasti budou sledovány v průběhu logopedické intervence a zaznamenávány do předem vytvořeného pozorovacího archu. Jednotlivým probandům byla přidělena značka, která se během pozorování zaznamenávala u jednotlivých symptomů úzkostného prožívání.

Další metodou sběru dat v tomto výzkumném šetření je analýza anamnestických dokumentů. Jedná se o výzkumnou techniku, která popisuje realitu. Tato metoda otevírá přístup k informacím, které by jinak nešly získat, dále informace nejsou ovlivněny subjektivitou výzkumníka a také tato metoda sběru dat napomáhá identifikovat časově vzdálené události (Křováčková, Skutil, 2011). Ve vlastním výzkumném šetření je využita analýza rodinné, osobní a logopedické anamnézy.

Poslední metodou sběru dat v této diplomové práci jsou diagnostické dotazníky. Dotazník lze vymezit jako způsob kladení otázek a záznam odpovědí v písemném projevu. Samotný dotazník je soustava předem připravených a důkladně formulovaných otázek. Kladené otázky se mohou vztahovat buď k vnějším nebo vnitřním jevům (Chráska, 2016).

Pro výzkumné šetření je využit upravený diagnostický dotazník, který se zaměřuje na vnitřní jevy a je určen pro dítě a diagnostický dotazník, který se také zaměřuje na vnitřní jevy a je určen pro rodiče. Dotazník pro rodiče je Beckův inventář úzkosti, což je široce využívaný sebesposuzovací nástroj pro hodnocení závažnosti úzkosti. Hraníční skóre v posuzování závažnosti úzkosti je sedmáct bodů. Méně než dvacet jedna bodů – mírné projevy úzkosti, dvacet dva až třicet pět bodů – střední závažnost potíží a třicet šest a více bodů – vysoká závažnost obtíží. Diagnostický dotazník pro dítě vychází také z Beckova inventáře úzkosti, ale byl modifikován tak, aby byl k jednotlivým projevům úzkosti přiložen obrázek. Dítě odpovídá pouze ANOXNE. Na předchozí odpověď ANO navazuje doplňující

otázka: V jaké situaci. Vybraní probandi ve výzkumném šetření jsou ve věku, kdy nemají osvojené čtení, proto byl dotazník pro děti předčítán výzkumníkem.

4.4 Časový harmonogram

| | Srpen 2024 | Září 2024 | Říjen 2024 | Listopad 2024 | Prosinec 2024 | Leden 2025 | Únor 2025 | Březen 2025 |
|--------------------------------|---------------|--------------|---------------|------------------|------------------|---------------|--------------|----------------|
| Rešerše literatury | • | • | • | | | | | |
| Tvorba příloh | | • | • | | | | | |
| Sepsání teoretické části práce | | • | • | • | | | | |
| Předvýzkum | | • | • | • | | | | |
| Tvorba empirické části práce | | | • | • | • | • | | |
| Analýza dat | | | | | | • | • | |
| Závěrečné úpravy | | | | | | | | • |

Tabulka 1: Časový harmonogram

Rešerše odborné literatury probíhala od srpna do října (2024), dále v tomto období proběhla účast na odborné konferenci s tematikou neurovývojových poruch. Od září do října (2024) byly vytvářeny přílohy k diplomové práci – diagnostické dotazníky, informovaný souhlas a záznamový arch pro pozorování logopedické intervence. Od září do listopadu (2024) byla zpracována teoretická část diplomové práce na základě odborné literatury. Od září do listopadu (2024) byli také osloveni probandi pro výzkumné šetření diplomové práce. Jednotliví probandi jsou pacienti klinické logopedky. Na základě doporučení a odborné konzultace s klinickou logopedkou byli probandi vybráni a byli osloveni jejich rodiče. Informovaný souhlas byl podepsán s rodiči probandů, protože se jedná o nezletilé pacienty. Od října (2024) do ledna (2025) byla realizována pozorování logopedické intervence, vyplňování diagnostických dotazníků a sběr a analýza anamnestických údajů

u jednotlivých probandů. Od ledna do února (2025) byla všechna získaná data analyzována a na jejich základě byly vyvozeny závěry výzkumného šetření. V březnu 2025 proběhly pouze závěrečné úpravy diplomové práce.

4.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří pět dětí, u kterých byla diagnostikována klinickou logopedkou vývojová porucha jazyka. Díky odbornému doporučení klinické logopedky byly tyto děti vybrány i z důvodu zvýšeného úzkostného prožívání. Z důvodu ochrany osobních údajů jsou v jednotlivých případových studiích odebrána jména dětí a jejich rodičů. Tyto informace budou nahrazeny pouze číslem pro jednotlivé případové studie.

4.6 Charakteristika místa výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v nestátním zdravotnickém zařízení pod vedením klinické logopedky. Místnost, kde probíhá logopedická intervence, obsahuje několik skříní s pomůckami a hrami, které lze během intervence využít. Dále se v místnosti nachází stůl se dvěma židlemi naproti sobě. V místnosti je také stůl s počítačem a židlí, který je určen především pro administraci. Vedle dveří se nachází lavice určená pro doprovod (rodiče, prarodiče atd.). Dále je v místnosti hygienické vybavení (umyvadlo s pultem). V místnosti se také nachází suchý bazén s míčky, malá bedna s pískem (určená pro herní terapii Sandtray) a různé plastové krabice s pomůckami na podporu sensorické integrace (kinetický písek, hydrogelové kuličky, modelíny, provazy, plastové figurky). Ve vedlejší místnosti se nachází stůl určený na metodu práce v hliněném poli®.

4.7 Vlastní výzkumné šetření

Případová studie č. 1

Chlapec 1 (5 let 8 měsíců), diagnostikováno dle MKN-10 F80.1 (Expresivní porucha řeči), dle MKN-11 6A01.21 (Vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka).

Rodinná anamnéza:

V rodině výskyt jakéhokoliv typu narušené komunikační schopnosti matka neguje. Chlapec má mladšího bratra, který se vyvíjí intaktně. Matka narozena 1985, má vysokoškolské vzdělání. Otec narozen 1977, pracuje v oblasti médií. Ani u jednoho z rodičů nebyla diagnostikována žádná narušená komunikační schopnost. Rodina je úplná. V rodině se nevyskytuje žádné narušení v psychosociálním vývoji.

Osobní anamnéza:

Těhotenství proběhlo v normě, porod protrahovaný – zhruba dvacet tři hodin (omotaná pupeční šňůra okolo krku), nakonec porod proběhl spontánně. Apgar skóre: 10-10-10. Kojení se dařilo do dvanácti měsíců. Dále vývoj fyziologický, vše v normě. První slova se objevila okolo prvního roku života. Vývoj motoriky intaktní. První věty se objevily až ve třech a půl letech. V péči jiných odborníků není. V logopedické péči od roku 2022. Nástup do mateřské školy byl ovlivněn prodělaným traumatem, proto byla docházka do mateřské školy přerušena. Nyní do mateřské školy dochází spolu s bratrem. Dle zprávy od klinické psycholožky je chlapec zvýšeně senzorycky přetížitelný, jeho intelektové schopnosti jsou v pásmu nadprůměru a na jeho výkon má také vliv zvýšená unavitelnost centrální nervové soustavy s poruchou pozornosti.

Logopedická anamnéza:

Nyní výkon v jazykových oblastech stále o rok opožděn. Test fonologické smyčky odpovídá na čtyři roky, zvládne zopakovat tři až čtyři slova a větu o čtyřech slovech. V testu – sluchové rozlišování (Wepman-Matějček) dosahuje výsledků 72 %, kdy je nevíce oslabena oblast sluchové diferenciacce měkčení. Vyšetření fonematického sluchu dle Škodové odpovídá lehkému podprůměru, kdy je nejvíce oslabena složka znělost-neznělost. Dle výsledků z testu TEPO (test porozumění větám) chlapec dosahuje 41 bodů ze 60

převážně s gramatickými chybami. Nyní je logopedická intervence zaměřena na všechny deficitní jazykové oblasti. V oblasti sluchové percepce je zaměřena převážně na diferenciaci sykavek, diferenciaci pseudoslov, diferenciaci měkčení a analýza první hlásky, dále zacíleno na rozvoj sluchové paměti. Probíhá automatizace hlásky R a C a podpora senzorycké integrace.

Výsledky pozorování (symptomy úzkostného prožívání):

| | |
|----------------------------------|--|
| Vkládání prstů do úst | Cucání a kousání prstů během aktivit zaměřených na vyprávění |
| Hraní si s oblečením/tkaničkami | Během aktivit zaměřených na rozvoj sluchové diferenciaci |
| Pohyb nohou | Po celou dobu logopedické intervence |
| Škrábání nebo tření kůže | Během aktivit zaměřených na automatizaci hlásky R |
| Různé pohyby na židli | Po celou dobu logopedické intervence |
| Úniky z pohledu do očí | Během aktivit zaměřených na udržení dějové linie při vyprávění |
| Stažení se z kontaktu/ Zamrznutí | Při nezdaru |
| Změna činnosti | Při vyhodnocení náročné aktivity |
| Změna tématu | Při vyhodnocení náročné aktivity |

Tabulka 2: Symptomy úzkostného prožívání (chlapec 1)

Během zúčastněného pozorování při logopedické intervenci s klinickou logopedkou byly zřejmé tyto symptomy úzkostného prožívání: vkládání prstů do úst, hraní si s oblečením/tkaničkami, pohyb nohou, škrábání nebo tření kůže, různé pohyby na židli, úniky z pohledu do očí, stažení se z kontaktu/zamrznutí, změna činnosti a změna tématu. Klinická logopedka umí vyhodnotit jednotlivé symptomy a dokáže během jednotlivých aktivit zařadit metody, které pomáhají jednotlivé symptomy úzkostného prožívání překonat

nebo zmírnit. Mezi metody, které klinická logopedka využívá, patří například podpora sensorické integrace, kdy během projevu úzkostného prožívání lze zařadit aktivity zaměřené na podporu vestibulárního, proprioceptivního a taktilního systému. Tyto vybrané aktivity pomáhají dítěti lépe integrovat přicházející smyslové vstupy. V tomto případě především projevy úzkostného prožívání a pomáhají mu formulovat adaptivní reakce. Lze využít například aktivity zaměřené na tah a tlak. Výbornou pomůckou je modelína, kinetický písek nebo vodní perly (hydrogelové kuličky). Lze zařadit i aktivity jako je přetahování se o provaz, lano nebo látku. Další metodou je využití prvků z herní terapie. Neopomenutelný faktor, který přispívá ke zmírnění projevů úzkostného prožívání je navození přátelské a podpůrné atmosféry během logopedické intervence. Z pozorování logopedické intervence lze také vypíchnout terapeutický přístup, který klinická logopedka využívá. Jedná se o přístup, který využívá „modelaci chyb“, což znamená, že chybu neokomentuje slovy: „*to je špatně*“, ale sama řekne odpověď správně např. tvar slova dle gramatické normy.

Konkrétní příklad z pozorování během logopedické intervence: chlapec při aktivitě zaměřené na vyprávění a udržení dějové linie řekl – „*Holka hrála s panenkou*“ (klinická logopedka zopakovala: „*Holka si hrála s panenkou*“). Chlapec při dalším popisu děje použil zájmeno si „správně“ – „*Babička si vzala brýle*“. Během logopedické intervence klinická logopedka zařadila aktivitu zacílenou na skloňování a užití správného tvaru dvě/dva, která byla podpořena prvky ze sensorické integrace (využití kinetického písku). Chlapec hledal v písku druhou stejnou plastovou figurku (ze souboru – zvíře a dopravní prostředky). Když našel stejnou figurku, pojmenoval ji a měl za úkol použít správný tvar číslovky dvě/dva. Aktivita byla sice zaměřená na skloňování a použití správného tvaru dvě/dva, ale chlapec díky kinetickému písku musel překonat odpor a zapojit taktilní cití.

Výsledky z diagnostických dotazníků pro dítě a pro rodiče:

| | Odpověď ANOxNE + v jakých situacích |
|----------------------|---|
| Nervozita | ANO – když mi něco nejde |
| Bušení srdce | ANO – když mám strach |
| Strach | ANO – z výšek, když jsem sám mezi cizími lidmi |
| Panika/neklid | ANO – když jsem nedokázal vyjádřit, co chci říct |
| Zarudnutí v obličeji | NE |
| Pláč | ANO – když jsem smutný nebo když mám radost (zvýšené prožívání emocí) |

Tabulka 3: Diagnostický dotazník pro dítě (chlapec 1)

Tabulka 3 uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro dítě. Z tabulky 3 vyplývá, že chlapec 1 odpověděl ANO na pět uvedených projevů ze šesti a dokázal uvést během kterých situací uvedené projevy pociťuje. Z výsledků z diagnostického dotazníku vyplývá, že chlapec 1 pociťuje nervozitu zejména v situacích, kdy se mu něco nedaří, což může naznačovat, že je zvýšeně citlivý na vlastní výkon a případné neúspěchy. Dále chlapec 1 uvedl, že pociťuje bušení srdce zejména když má strach, což je přirozená reakce na stresové nebo obávané situace, ale pokud se vyskytuje abnormálně často může značit zvýšené úzkostné prožívání. Chlapec 1 také uvedl, že pociťuje strach zejména, když je vystaven výškám nebo se nachází mezi cizími lidmi. Dále chlapec 1 uvedl, že zažívá paniku nebo neklid, když nedokáže vyjádřit, co chce říct. Zarudnutí v obličeji chlapec 1 nepociťuje. Dále také uvedl, že pláče během situací, kdy je smutný nebo když je velmi šťastný, což značí zvýšené prožívání emocí.

| | Vůbec 0 b. | Mírně 1 b. (moc mě to nerušilo) | Středně 2 b. (bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet) | Vážně 3 b. (stěžím jsem to vydržel/a) |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------------------|---|---|
| Mrtvění nebo mravenčení | | • | | |
| Pocit horka | | | • | |
| Vratkost nohou | | | • | |
| Neschopnost odpočinku | | • | | |
| Strach z nejhroší události | | | • | |
| Závrať nebo pocit na omdlení | | • | | |
| Bušení srdce, zrychlený tep | | | • | |
| Neklid | | • | | |
| Zděšení | | | • | |
| Nervozita | | | • | |
| Pocit dušnosti | • | | | |
| Chvění rukou | | | | • |
| Třes | | | | • |
| Strach ze ztráty kontroly | • | | | |
| Namáhavé dýchání | | • | | |
| Strach ze smrti | • | | | |
| Panika | | | • | |
| Trávicí potíže nebo bolesti břicha | | • | | |
| Pocit na omdlení | | • | | |
| Zarudnutí v obličeji | | | | • |
| Pocení | | • | | |

Tabulka 4: Diagnostický dotazník pro rodiče (chlapec 1)

Z tabulky 4, která uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro rodiče vyplývá, že celkový součet je 31 b., což odpovídá střední závažnosti obtíží. Diagnostický dotazník vyplnila matka chlapce 1 a z výsledků vyplývá, že se u ní projevuje zvýšená úzkost.

Případová studie č. 2

Chlapec 2 (5 let 7 měsíců) diagnostikováno dle MKN-10 F80.1 (Expresivní porucha řeči), dle MKN-11 6A01.21 (Vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka) a F82 (specifická vývojová porucha motorických funkcí) dle MKN-11 6A01.0 (Vývojová porucha zvukové podoby řeči).

Rodinná anamnéza:

V rodině výskyt narušené komunikační schopnosti u starší sestry (artikulační porucha – nerealizuje hlásky L, R, Ř), otec nebyl nikdy diagnostikován, ale popisuje projevy, které odpovídají specifickým poruchám učení (dyslexie, dysortografie). Matka narozena 1990, má vysokoškolské vzdělání. Otec narozen 1987, pracuje v umělecko-řemeslné oblasti. Rodina je úplná. V rodině se nevyskytuje žádné narušení v psychosociálním vývoji.

Osobní anamnéza:

Těhotenství proběhlo v normě. Porod vyvolávaný v domluveném termínu, porod proběhl spontánně. Apgar skóre: 10-9-10. Kojení se dařilo do dvou let. Dále vývoj fyziologický, vše v normě, ale od šesti měsíců zvýšená nemocnost, chlapec si vybudoval silnou citovou vazbu k matce. První slova se objevila okolo prvního roku života. Vývoj motoriky ovlivněn dyspraxií. První věty se objevily ve třech letech (žargon). V péči jiných odborníků není. V logopedické péči od roku 2022. Chlapec dochází do lesní mateřské školy. Dle zprávy z klinicko-psychologického vyšetření je chlapcův aktuální výkon v inteligenční škále pro předškolní děti v pásmu dobrého průměru. Dle zprávy z foniatrického vyšetření se u chlapce potvrdila vývojová porucha jazyka expresivního typu lehkého stupně, kdy je nejvíce oslabena foneticko-fonologická rovina a kresba, dále dyspraxie mluvidel. Sluch je fyziologický.

Logopedická anamnéza:

Nyní výkon v jazykových oblastech stále mírně deficitní. Test fonologické smyčky odpovídá na pět let, zvládne zopakovat čtyři slova a větu o pěti až šesti slovech. V testu – sluchové rozlišování (Wepman-Matějček) dosahuje výsledků 60 %, kdy je oslabena oblast sluchové diferenciacce ve všech oblastech. Vyšetření fonemického sluchu dle Škodové odpovídá normě. Dle výsledků z testu TEPO (test porozumění větám) chlapec dosahuje 43 bodů ze 60

převážně s gramatickými chybami. Nyní je logopedická intervence zaměřena na všechny deficitní jazykové oblasti. Dále klinická logopedka vede intervenci dle metodiky pro dyspraxii, probíhá automatizace hlásky L a příprava na hlásku R. Logopedická intervence je podpořena i aktivitami zaměřenými na podporu senzorycké integrace.

Výsledky pozorování (symptomy úzkostného prožívání):

| | |
|---------------------------------|--|
| Napětí v čelisti | Během aktivit vedených dle metodiky dyspraxie |
| Hraní si s oblečením/tkaničkami | Během celé logopedické intervence |
| Pohyb nohou | Po celou dobu logopedické intervence |
| Různé pohyby na židli | Po celou dobu logopedické intervence |
| Úniky z pohledu do očí | Při nezdaru |
| Stažení se z kontaktu/Zamrznutí | Při nezdaru |
| Změna činnosti | Při vyhodnocení náročné aktivity |
| Zívání | Během jednotlivých aktivit u dyspraktické metodiky |

Tabulka 5: Symptomy úzkostného prožívání (chlapec 2)

Během zúčastněného pozorování při logopedické intervenci s klinickou logopedkou byly zřejmé tyto symptomy úzkostného prožívání: napětí v čelisti, hraní si s oblečením/tkaničkami, pohyb nohou, různé pohyby na židli, úniky z pohledu do očí, stažení se z kontaktu/zamrznutí, změna činnosti a zívání. Klinická logopedka vyhodnotila jednotlivé symptomy a během logopedické intervence zařadila tyto metody: aktivity zaměřené na tlak – modelína, kdy chlapec mezi aktivitami zaměřenými na rozvoj jazykových schopností dostal rozbalené modelíny a dle obrázkových instrukcí modeloval placku, kouli, hada atd. – na to navazovala aktivita zaměřená na popis jednotlivých tvarů a toho, jak tvary dokázal vymodelovat. Propojení aktivit zaměřených na podporu senzorycké integrace v kombinaci s jazykovým rozvojem je velmi dobrým nástrojem pro překonání úzkostného prožívání během logopedické intervence. Dále klinická logopedka využila prvky z metodiky

dyspraxie, kdy jednotlivá slova nejprve říkala ona sama a dále využívala pomůcku (plastová velryba, která mluví „velrybí řečí“) a následně vyzvala chlapce, aby se k nim připojil. Chlapec se bez váhání přidal. Prvky z herní terapie za využití různých pomůcek jsou také velmi dobrou metodou, která dokáže překonat projevy úzkostného prožívání a pomocí hry „motivuje“ dítě k jednotlivým aktivitám.

Výsledky z diagnostických dotazníků pro dítě a pro rodiče:

| | Odpověď ANOxNE + v jakých situacích |
|----------------------|---|
| Nervozita | ANO – když dělám něco, co mi nejde |
| Bušení srdce | NE |
| Strach | ANO – když jsem sám, tam kde to neznám |
| Panika/neklid | ANO – když mi někdo nerozumí |
| Zarudnutí v obličeji | NE |
| Pláč | ANO – když mi něco nejde, když se bojím |

Tabulka 6: Diagnostický dotazník pro dítě (chlapec 2)

Tabulka 6 uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro dítě. Z tabulky 6 vyplývá, že chlapec 2 odpověděl ANO na čtyři uvedené projevy ze šesti, dokázal uvést během kterých situací uvedené projevy pociťuje. Z výsledků z diagnostického dotazníku vyplývá, že chlapec 2 pociťuje nervozitu zejména v situacích, kdy se mu něco nedaří, což může naznačovat, že je zvýšeně citlivý na vlastní výkon a případné neúspěchy. Dále chlapec 2 uvedl, že nepociťuje bušení srdce ani zarudnutí v obličeji. Chlapec 2 také uvedl, že pociťuje strach, zejména, když je sám nebo v prostředí, kde to nezná, což může souviset s potřebou jistoty a bezpečí. Dále chlapec 2 uvedl, že zažívá paniku nebo neklid, když mu někdo nerozumí. Chlapec 2 také uvedl, že pláče, když mu něco nejde nebo když se bojí.

| | Vůbec 0 b. | Mírně 1 b. (moc mě to nerušilo) | Středně 2 b. (bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet) | Vážně 3 b. (stěžím jsem to vydržel/a) |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------------------|---|---|
| Mrtvění nebo mravenčení | • | | | |
| Pocit horka | • | | | |
| Vratkost nohou | • | | | |
| Neschopnost odpočinku | | | • | |
| Strach z nejhorsí události | | | • | |
| Závrať nebo pocit na omdlení | • | | | |
| Bušení srdce, zrychlený tep | • | | | |
| Neklid | | | • | |
| Zděšení | • | | | |
| Nervozita | | • | | |
| Pocit dušnosti | • | | | |
| Chvění rukou | • | | | |
| Třes | • | | | |
| Strach ze ztráty kontroly | | • | | |
| Namáhavé dýchání | • | | | |
| Strach ze smrti | • | | | |
| Panika | • | | | |
| Trávicí potíže nebo bolesti břicha | | • | | |
| Pocit na omdlení | • | | | |
| Zarudnutí v obličeji | | • | | |
| Pocení | • | | | |

Tabulka 7: Diagnostický dotazník pro rodiče (chlapec 2)

Z tabulky 7, která uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro rodiče vyplývá, že celkový součet je 10 b., což odpovídá nepřítomnosti úzkosti. Diagnostický dotazník vyplnila matka chlapce 2 a z výsledků vyplývá, že se u ní neprojevuje úzkost.

Případová studie č. 3

Chlapec 3 (6 let), diagnostikováno dle MKN-10 F80.1 (Expresivní porucha řeči), dle MKN-11 6A01.21 (Vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka).

Rodinná anamnéza:

V rodině výskyt jakéhokoliv typu narušené komunikační schopnosti matka neguje, ale otec má diagnostikovanou dysgrafii a dyslexii. Chlapec má sestru, která se vyvíjí v normě. Matka narozena 1982, pracuje jako manažerka. Otec narozen 1980, žíví se jako podnikatel. Rodina je úplná. V rodině se nevyskytuje žádné narušení v psychosociálním vývoji.

Osobní anamnéza:

Těhotenství proběhlo v normě, porod proběhl spontánně. Apgar skóre: 10-9-10. Kojení se dařilo do čtyř měsíců. Dále vývoj fyziologický, vše v normě. První slova se objevila okolo prvního roku života. Vývoj motoriky intaktní. První věty se objevily ve třech letech. V péči jiných odborníků není. V logopedické péči od roku 2023. Chlapec dochází do mateřské školy, kde je spokojen.

Logopedická anamnéza:

Nyní výkon v jazykových oblastech o půl roku opožděn. Test fonologické smyčky odpovídá na 5 až 6 let, zvládne zopakovat čtyři slova a větu o šesti až sedmi slovech. V testu – sluchové rozlišování (Wepman-Matějček) dosahuje výsledků 56 %, kdy je sluchová diferenciacce oslabena ve všech oblastech. Vyšetření fonematického sluchu dle Škodové odpovídá lehkému podprůměru, kdy je nejvíce oslabena složka kontinuálnost-nekontinuálnost. Dle výsledků z testu TEPO (test porozumění větám) chlapec dosahuje 48 bodů ze 60 převážně s gramatickými chybami. Nyní je logopedická intervence zaměřena na všechny deficitní jazykové oblasti, dále na automatizaci hlásky Ř a podporu senzorické integrace.

Výsledky pozorování (symptomy úzkostného prožívání):

| | |
|---------------------------------|---|
| Hraní si s oblečením/tkaničkami | Během aktivit zaměřených na rozvoj sluchové diferenciacie |
| Pohyb nohou | Při aktivitách zaměřených na oromotoriku |
| Napětí v čelisti | Po celou dobu logopedické intervence |
| Různé pohyby na židli | Po celou dobu logopedické intervence |
| Stažení se z kontaktu/Zamrznutí | Při nezdaru během automatizace hlásky Ř |
| Změna tématu | Při vyprávění |

Tabulka 8: Symptomy úzkostného prožívání (chlapec 3)

Během zúčastněného pozorování při logopedické intervenci s klinickou logopedkou byly zřejmé tyto symptomy úzkostného prožívání: hraní si s oblečením/tkaničkami, pohyb nohou, napětí v čelisti, různé pohyby na židli, stažení se z kontaktu/zamrznutí a změna tématu. Klinická logopedka vyhodnotila jednotlivé symptomy a zařadila během terapie tyto metody: kinetický písek, prvky z herní terapie a „modelaci chyby“. Kinetický písek využila u aktivit zaměřených na skloňování dvě/dva a na nadřazené pojmy podstatných jmen. Do plastové krabice s kinetickým pískem schovala vždy jednu z dvojice plastových figurek (zvířata, dopravní prostředky a jídlo). Jednotlivé figurky byly skryté pod kinetickým pískem a chlapec v písku hledal druhou figurku z dvojice. Během hledání zapojil taktilní cití a jemnou motoriku. Kinetický písek sloužil jako odporový prvek. Aktivity zaměřené na automatizaci hlásky Ř byly podpořeny pohybem vpřed (házení a cvrnkání), který slouží jako podpora rychlosti. Díky využití házení a cvrnkání se chlapec více uvolnil a získal potřebnou rychlost a jemnost pohybu i během realizace hlásky Ř.

Výsledky z diagnostických dotazníků pro dítě a pro rodiče:

| | Odpověď ANOxNE + v jakých situacích |
|----------------------|---|
| Nervozita | ANO – když jdu někam, kde to neznám |
| Bušení srdce | ANO – když mám strach |
| Strach | ANO – když jsem sám v neznámém prostředí |
| Panika/neklid | NE |
| Zarudnutí v obličeji | NE |
| Pláč | ANO – strach z nadpřirozených bytostí, když mám strach, radost, vztek (zvýšené prožívání emocí) |

Tabulka 9: Diagnostický dotazník pro dítě (chlapec 3)

Tabulka 9 uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro dítě. Z tabulky 9 vyplývá, že chlapec 3 odpověděl ANO na čtyři uvedené projevy ze šesti a dokázal uvést během kterých situací uvedené projevy pociťuje. Z výsledků z diagnostického dotazníku vyplývá, že chlapec 3 pociťuje nervozitu zejména v situacích, když jde někam, kde to nezná, což naznačuje, že nové situace v něm mohou vyvolávat nejistotu nebo obavy z neznámého. Dále chlapec 3 uvedl, že pociťuje bušení srdce zejména když má strach, což je přirozená reakce na stresové nebo obávané situace, ale pokud se vyskytuje abnormálně často může značit zvýšené úzkostné prožívání. Chlapec 3 také uvedl, že pociťuje strach zejména když je v neznámém prostředí, což souvisí i se situací, kdy pociťuje nervozitu. Dále chlapec 3 uvedl, že nezažívá paniku nebo neklid, ani nepociťuje zarudnutí v obličeji. Dále také uvedl, že pláče během situací, kdy má strach, je smutný nebo když má radost, což značí zvýšené prožívání emocí.

| | Vůbec 0 b. | Mírně 1 b. (moc mě to nerušilo) | Středně 2 b. (bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet) | Vážně 3 b. (stěžím jsem to vydržel/a) |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------------------|---|---|
| Mrtvení nebo mravenčení | • | | | |
| Pocit horka | • | | | |
| Vratkost nohou | • | | | |
| Neschopnost odpočinku | | | • | |
| Strach z nejhorší události | | • | | |
| Závrať nebo pocit na omdlení | • | | | |
| Bušení srdce, zrychlený tep | | | • | |
| Neklid | | | | • |
| Zděšení | • | | | |
| Nervozita | | | | • |
| Pocit dušnosti | • | | | |
| Chvění rukou | • | | | |
| Třes | • | | | |
| Strach ze ztráty kontroly | | | | • |
| Namáhavé dýchání | • | | | |
| Strach ze smrti | • | | | |
| Panika | • | | | |
| Trávící potíže nebo bolesti břicha | | • | | |
| Pocit na omdlení | | | • | |
| Zarudnutí v obličeji | | • | | |
| Pocení | | | • | |

Tabulka 10: Diagnostický dotazník pro rodiče (chlapec 3)

Z tabulky 10, která uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro rodiče vyplývá, že celkový součet je 20 b., což odpovídá mírným projevům úzkosti. Diagnostický dotazník vyplnila matka chlapce 3 a z výsledků vyplývá, že se u ní úzkost projevuje mírně.

Případová studie č. 4

Chlapec 4 (6 let 1 měsíc), diagnostikováno dle MKN-10 F80.1 (Expresivní porucha řeči) a F80.2 (Receptivní porucha řeči), dle MKN-11 6A01.20 (Vývojová porucha jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka) a F82 (specifická vývojová porucha motorických funkcí) dle MKN-11 6A01.0 (Vývojová porucha zvukové podoby řeči).

Rodinná anamnéza:

V rodině výskyt jakéhokoliv typu narušené komunikační schopnosti matka neguje. Chlapec má dvě sestry, první je starší a druhá mladší, obě se vyvíjejí v normě. Matka narozena 1981, má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako grafička. Otec narozen 1985, má vysokoškolské vzdělání pracuje jako stavař. Ani u jednoho z rodičů nebyla diagnostikována žádná narušená komunikační schopnost. Rodina je úplná. V rodině se nevyskytuje žádné narušení v psychosociálním vývoji.

Osobní anamnéza:

Těhotenství proběhlo v normě, porod proběhl spontánně. Apgar skóre: 10-10-10. Kojení se dařilo do osmnácti měsíců. Dále vývoj fyziologický, vše v normě. První slova se objevila okolo prvního roku života. Vývoj motoriky ovlivněn dyspraxií. První věty se objevily až po třech a půl letech. V péči jiných odborníků není. V logopedické péči od roku 2022. Dochází do mateřské školy logopedické. Chlapec je hypersenzitivní a lpí na řazení věcí, jistotě a kontrole.

Logopedická anamnéza:

Nyní výkon v jazykových oblastech stále výrazně opožděn. Test fonologické smyčky odpovídá na čtyři roky, zvládne zopakovat tři až čtyři slova a větu o čtyřech slovech. V testu – sluchové rozlišování (Wepman-Matějček) dosahuje výsledků 44 %, kdy jsou všechny oblasti sluchové diferenciací velmi nezralé. Vyšetření fonematického sluchu dle Škodové odpovídá lehkému podprůměru, kdy je nejvíce oslabena složka kompaktnost-difúznost. Dle výsledků z testu TEPO (test porozumění větám) chlapec dosahuje 28 bodů ze 60 s dvaceti čtyřmi gramatickými chybami a osmi sémantickými chybami, je přítomna porucha porozumění. Nyní je logopedická intervence zaměřena na všechny deficitní jazykové oblasti,

dále klinická logopedka pracuje dle metodiky dyspraxie a zaměřuje se i na podporu senzorycké integrace.

Výsledky pozorování (symptomy úzkostného prožívání):

| | |
|---------------------------------|--|
| Hraní si s oblečením/tkaničkami | Po celou dobu logopedické intervence |
| Škrábání nebo tření kůže | Během aktivit dle metodiky dyspraxie |
| Různé pohyby na židli | Po celou dobu logopedické intervence |
| Úniky z pohledu do očí | Během aktivit zaměřených na porozumění |
| Stažení se z kontaktu/Zamrznutí | Při nezdaru během produkce |

Tabulka 11: Symptomy úzkostného prožívání (chlapec 4)

Během zúčastněného pozorování při logopedické intervenci s klinickou logopedkou byly zřejmé tyto symptomy úzkostného prožívání: hraní si s oblečením/tkaničkami, škrábání nebo tření kůže, různé pohyby na židli, úniky z pohledu do očí a stažení se z kontaktu/zamrznutí. Klinická logopedka vyhodnotila jednotlivé symptomy a během logopedické intervence zařadila tyto aktivity: „modelace chyby“, hledání plastových figurek (zvířata) v plastové krabici s hydrogelovými kuličkami – aktivita zaměřená na porozumění a sluchovou paměť (chlapec hledal zvířata podle instrukcí). Dále se během logopedické intervence klinická logopedka zaměřila na aktivity s využitím prvků z metodiky dyspraxie. Poslední aktivitou, během které klinická logopedka využila metodu na zmírnění projevu úzkostného prožívání, byla aktivita zaměřená na jazykový rozvoj s využitím plastových figurek (auta) a několika krabic. Během této aktivity si chlapec vybral několik aut a dle instrukcí klinické logopedky zaměřených na porozumění předložkových vazeb auta rozmístil okolo krabic. Dále chlapce vyzvala, aby popsal rozmístění jednotlivých aut a společně vytvořili na plastové desce s cestami herní plán, kam auta patří. Při této aktivitě byly využity prvky z herní terapie a „modelace chyby“.

Výsledky z diagnostických dotazníků pro dítě a pro rodiče:

| | Odpověď ANOxNE + v jakých situacích |
|----------------------|---|
| Nervozita | NE |
| Bušení srdce | NE |
| Strach | ANO – když jsem v cizím prostředí |
| Panika/neklid | ANO – když jsem mezi cizími lidmi |
| Zarudnutí v obličeji | NE |
| Pláč | ANO – strach, vztek, smutek (zvýšené prožívání emocí) |

Tabulka 12: Diagnostický dotazník pro dítě (chlapec 4)

Tabulka 12 uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro dítě. Z tabulky 12 vyplývá, že chlapec 4 odpověděl ANO na tři uvedené projevy ze šesti a dokázal uvést během kterých situací uvedené projevy pociťuje. Z výsledků z diagnostického dotazníku vyplývá, že chlapec 4 nepociťuje nervozitu, ani bušení srdce a také nepociťuje zarudnutí v obličeji. Dále chlapec 4 uvedl, že pociťuje strach, zejména, když je v cizím prostředí, což může souviset s potřebou pocitu bezpečí a jistoty. Dále chlapec 4 uvedl, že zažívá paniku nebo neklid, když je mezi cizími lidmi. Chlapec 4 také uvedl, že pláče během situací, kdy má strach, vztek nebo je smutný, což značí zvýšené prožívání emocí.

| | Vůbec 0 b. | Mírně 1 b. (moc mě to nerušilo) | Středně 2 b. (bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet) | Vážně 3 b. (stěžím jsem to vydržel/a) |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------------------|---|---|
| Mrtvení nebo mravenčení | • | | | |
| Pocit horka | • | | | |
| Vratkost nohou | • | | | |
| Neschopnost odpočinku | | • | | |
| Strach z nejhorší události | • | | | |
| Závrat' nebo pocit na omdlení | • | | | |
| Bušení srdce, zrychlený tep | • | | | |
| Neklid | | • | | |
| Zděšení | • | | | |
| Nervozita | | • | | |
| Pocit dušnosti | • | | | |
| Chvění rukou | • | | | |
| Třes | • | | | |
| Strach ze ztráty kontroly | | • | | |
| Namáhavé dýchání | • | | | |
| Strach ze smrti | • | | | |
| Panika | • | | | |
| Trávicí potíže nebo bolesti břicha | • | | | |
| Pocit na omdlení | • | | | |
| Zarudnutí v obličeji | • | | | |
| Pocení | • | | | |

Tabulka 13: Diagnostický dotazník pro rodiče (chlapec 4)

Z tabulky 13, která uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro rodiče vyplývá, že celkový součet jsou 4 b., což odpovídá nepřítomnosti úzkosti. Diagnostický dotazník vyplnila matka chlapce 4 a z výsledků vyplývá, že se u ní úzkost neprojevuje.

Případová studie č. 5

Dívka 1 (4 roky a 5 měsíců), diagnostikováno dle MKN-10 F80.1 (Expresivní porucha řeči) a F80.2 (Receptivní porucha řeči), dle MKN-11 6A01.20 (Vývojová porucha jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka).

Rodinná anamnéza:

Matka uvedla, že její otec vyvozuje hlásku R velárně. Dívka má mladšího bratra, který se vyvíjí v normě. Matka narozena 1991, má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako referentka. Otec narozen 1984, pracuje jako stavbyvedoucí. Ani u jednoho z rodičů nebyla diagnostikována žádná narušená komunikační schopnost. Rodina je úplná. V rodině se nevyskytuje žádné narušení v psychosociálním vývoji.

Osobní anamnéza:

Těhotenství proběhlo v normě, porod proběhl spontánně. Apgar skóre: 10-9-10. Kojení se dařilo půl roku. Dále vývoj fyziologický, vše v normě. První slova se objevila okolo prvního roku života. Vývoj motoriky intaktní. První věty se objevily až ve třech letech a dvou měsících. V péči jiných odborníků není. V logopedické péči od roku 2023. Dívka dochází do mateřské školy.

Logopedická anamnéza:

Nyní výkon v jazykových oblastech stále deficitní. Vyšetření fonemického sluchu dle Škodové splňuje hranici normy pro čtyři roky, mírně oslabena složka znělost-neznělost. Dle výsledků z testu TEPO (test porozumění větám) dívka dosahuje 31 bodů ze 48 převážně s gramatickými chybami, přítomna porucha porozumění. Nyní je logopedická intervence zaměřena na všechny deficitní jazykové oblasti, příprava na hlásku L a na podporu sensorické integrace.

Výsledky pozorování (symptomy úzkostného prožívání):

| | |
|---------------------------------|---|
| Hraní si s oblečením/tkaničkami | Po dobu celé logopedické intervence |
| Pohyb nohou | Během aktivit u stolu |
| Různé pohyby na židli | Během aktivit u stolu |
| Stažení se z kontaktu/Zamrznutí | Při nezdaru |
| Změna činnosti | Při aktivitách zaměřených na porozumění |
| Změna tématu | Při aktivitách zaměřených na porozumění |

Tabulka 14: Symptomy úzkostného prožívání (dívka 1)

Během zúčastněného pozorování při logopedické intervenci s klinickou logopedkou byly zřejmé tyto symptomy úzkostného prožívání: hraní si s oblečením/tkaničkami, pohyb nohou, různé pohyby na židli, stažení se z kontaktu/zamrznutí, změna činnosti a změna tématu. Klinická logopedka vyhodnotila jednotlivé symptomy a zařadila během terapie tyto metody: bedýnka s pískem (Sandtray), prvky z herní terapie a „modelace chyby“. Bedýnka s pískem a plastovými figurkami byla využita hned na počátku logopedické intervence, jelikož dívka přišla s matkou v objetí a nechtěla od matky odejít. Dívka se po chvíli odhodlala a ke klinické logopedce se přidala. Aktivita, kterou klinická logopedka vybrala, se zaměřila především na porozumění barvám a podporu sensorické integrace. Dívka do barevných nádob dle instrukcí přesypávala písek a také jednotlivé barvy pojmenovávala. Po chvíli se společně přesunuly ke stolu, kde pokračovaly s aktivitami zaměřenými na jazykový rozvoj. Klinická logopedka zařadila mezi jednotlivé aktivity modelaci s modelínou, při které se zaměřila na porozumění a násobné instrukce. Na závěr logopedické intervence se přesunuly k plastovým boxům, kde si dívka přála vyndat (zvířata) plastové figurky a klinická logopedka jí podala různě velké a barevné krabičky, které postavily na sebe a dle pokynů (porozumění předložkovým vazbám a porozumění barvám) dívka zvířata rozmístila do krabiček. Na závěr se klinická logopedka zaměřila na aktivity s cílem přípravy hlásky L.

Výsledky z diagnostických dotazníků pro dítě a pro rodiče:

| | Odpověď ANOxNE + v jakých situacích |
|----------------------|---|
| Nervozita | ANO – když mi něco nejde |
| Bušení srdce | ANO – když mám strach |
| Strach | ANO – z výšek, když jsem sama mezi cizími lidmi |
| Panika/neklid | ANO – když jsem nedokázala vyjádřit, co chci říct |
| Zarudnutí v obličeji | NE |
| Pláč | ANO – když jsem smutná nebo když mám radost (zvýšené prožívání emocí) |

Tabulka 15: Diagnostický dotazník pro dítě (dívka 1)

Tabulka 15 uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro dítě. Z tabulky 15 vyplývá, že dívka 1 odpověděla ANO na pět uvedených projevů ze šesti a dokázala uvést během kterých situací uvedené projevy pociťuje. Z výsledků z diagnostického dotazníku vyplývá, že dívka 1 pociťuje nervozitu zejména v situacích, kdy se jí něco nedaří, což může naznačovat, že je zvýšeně citlivá na vlastní výkon a případné neúspěchy. Dále dívka 1 uvedla, že pociťuje bušení srdce zejména když má strach, což je přirozená reakce na stresové nebo obávané situace, ale pokud se vyskytuje abnormálně často může značit zvýšené úzkostné prožívání. Dívka 1 také uvedla, že pociťuje strach zejména když je vystavena výškám nebo se nachází mezi cizími lidmi. Dále dívka 1 uvedla, že zažívá paniku nebo neklid, když nedokáže vyjádřit, co chce říct. Zarudnutí v obličeji dívka 1 nepociťuje. Dále také uvedla, že pláče během situací, kdy je smutná nebo když má radost, což značí zvýšené prožívání emocí.

| | Vůbec 0 b. | Mírně 1 b. (moc mě to nerušilo) | Středně 2 b. (bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet) | Vážně 3 b. (stěží jsem to vydržel/a) |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------------------|---|--|
| Mrtvení nebo mravenčení | • | | | |
| Pocit horka | • | | | |
| Vratkost nohou | • | | | |
| Neschopnost odpočinku | | • | | |
| Strach z nejhroší události | • | | | |
| Závrať nebo pocit na omdlení | • | | | |
| Bušení srdce, zrychlený tep | • | | | |
| Neklid | | • | | |
| Zděšení | • | | | |
| Nervozita | | | • | |
| Pocit dušnosti | • | | | |
| Chvění rukou | • | | | |
| Třes | • | | | |
| Strach ze ztráty kontroly | | • | | |
| Namáhavé dýchání | • | | | |
| Strach ze smrti | | • | | |
| Panika | • | | | |
| Trávicí potíže nebo bolesti břicha | | • | | |
| Pocit na omdlení | • | | | |
| Zarudnutí v obličeji | | • | | |
| Pocení | • | | | |

Tabulka 16: Diagnostický dotazník pro rodiče (dívka 1)

Z tabulky 16, která uvádí výsledky z diagnostického dotazníku pro rodiče vyplývá, že celkový součet je 8 b., což odpovídá nepřítomnosti úzkosti. Diagnostický dotazník vyplnila matka dívky 1 a z výsledků vyplývá, že se u ní úzkost neprojevuje.

4.8 Závěry výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření v této diplomové práci byl zvolen kvalitativní design. Samotné výzkumné šetření proběhlo v období od září 2024 do března 2025. V tomto období byl vyhledán diagnostický dotazník úzkosti, který byl upraven pro děti. Diagnostický dotazník byl doplněn o obrázky a o doplňující otázky. Dále byly vytvořeny a zpracovány informované souhlasy a záznamové archy pro strukturované pozorování během logopedické intervence. Ve spolupráci s klinickou logopedkou probíhal od září do listopadu 2024 výběr probandů a oslovení jejich rodičů. Sběr dat probíhal od října 2024 do ledna 2025 a zahrnoval několik výzkumných metod a technik pro sběr dat. Klíčová část tvořila přímé strukturované pozorování dětí během logopedické intervence, doplněná o analýzu anamnestických dokumentů a dotazování díky diagnostickým dotazníkům pro děti a pro rodiče. Od ledna do února 2025 byla získaná data analyzována a interpretována s cílem odpovědět na výzkumné otázky. Závěrečné úpravy diplomové práce proběhly v březnu 2025.

Výzkumný vzorek tvořilo pět dětí s vývojovou poruchou jazyka, u kterých se vyskytují projevy úzkostného prožívání, ve věku od čtyř do šesti let. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že během logopedické intervence se u vybraných probandů často objevovala nervozita, pohyb nohou, hraní si s oblečením, vyhýbání se očnímu kontaktu nebo stažení se z kontaktu/zamrznutí. Důležitou částí výzkumného šetření byla analýza metod, které byly pozorovány během přímého strukturovaného pozorování. Mezi pozorované metody, které klinická logopedka využila patří: podpora sensorické integrace (např. kinetický písek, hydrogelové kuličky nebo modelína), herní terapie a „modelace chyby“. V neposlední řadě je důležité zmínit navození přátelské a podpůrné atmosféry během logopedické intervence. Z výsledků z výzkumného šetření vyplývá, že vybraní probandi vykazovali projevy úzkostného prožívání, což značně ovlivnilo průběh logopedické intervence, ale díky vhodně zvoleným podpůrným metodám se klinické logopedce podařilo zachovat efektivitu logopedické intervence.

Hlavním cílem práce byla analýza nejčastějších projevů úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka a jejich vliv na průběh logopedické intervence. V návaznosti na stanovení hlavního cíle byly vymezeny čtyři dílčí cíle. Na základě provedeného výzkumného šetření lze konstatovat, že všechny stanovené dílčí cíle byly naplněny.

První dílčí cíl zaměřený na analýzu projevů úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka z pozorování během logopedické intervence byl splněn prostřednictvím přímého strukturovaného pozorování jednotlivých probandů. Výsledky z pozorování ukázaly, že se u sledovaných dětí s vývojovou poruchou jazyka objevují různé projevy úzkostného prožívání. Mezi nejčastější projevy patří například nervozita, pohyb nohou, hra s oblečením, vyhýbání se očnímu kontaktu nebo stažení se z kontaktu/zamrznutí. **Druhý dílčí cíl** se soustředil na analýzu výsledků z diagnostického dotazníků pro rodiče dětí s vývojovou poruchou jazyka zaměřených na intenzitu prožívané úzkosti. Získaná data ukázala, že ne vždy existuje shoda mezi tím, zda dítě má projevy úzkostného prožívání a jeho rodič vykazuje přítomnost úzkosti. Výsledky ukázaly, že pouze dvě matky z pěti dotázaných vykazují přítomnost úzkosti. **Třetí dílčí cíl** spočíval v analýze výsledků z diagnostických dotazníků pro děti s vývojovou poruchou jazyka zaměřených na projevy úzkostného prožívání v konkrétních situacích. Výsledky z diagnostických dotazníků dokládají, že si děti své projevy úzkostného prožívání uvědomují a zvládají určit, během kterých situací je pocitují. Nejčastěji se probandi s projevy úzkostného prožívání setkávají v novém prostředí, při neúspěchu nebo v momentech, kdy nedokážou vyjádřit to, co chtějí sdělit svému komunikačnímu partnerovi. **Čtvrtý dílčí cíl** se zaměřoval na analýzu metod a postupů, které mohou zmírnit úzkostné prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka během logopedické intervence. Výzkumné šetření prokázalo, že mezi efektivní přístupy pro snížení projevů úzkostného prožívání patří: podpora sensorické integrace, herní terapie a „modelace chyby“. Tyto všechny přístupy je vhodné doplnit přátelskou a podpůrnou atmosférou během logopedické intervence. Výsledky z výzkumného šetření potvrzují, že stanovené dílčí cíle byly splněny a získaná data přispívají k hlubšímu porozumění úzkostnému prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka. Výzkumné šetření poskytlo nejen vhled do této problematiky, ale nabídlo také praktické strategie a metody, které mohou pomoci tyto projevy zvládat v rámci logopedické intervence.

Na základě provedeného výzkumného šetření, dosažení všech uvedených dílčích cílů a analýzy dat mohou být zhodnoceny položené výzkumné otázky.

VO1: Jaké jsou nejčastější projevy úzkostného prožívání u sledovaných dětí s vývojovou poruchou jazyka během logopedické intervence?

Nejčastější symptomy úzkostného prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka během logopedické intervence v tomto výzkumném šetření jsou: hra s oblečením/tkaničkami, různé pohyby na židli a stažení se z kontaktu/zamrznutí. Tyto projevy úzkostného prožívání se objevily u všech vybraných probandů. Hra s oblečením/tkaničkami a různé pohyby na židli jsou projevy, které lze označit jako psychomotorický neklid. Tyto projevy mohou být často zaměňovány s psychomotorickým neklidem u dětí s poruchou pozornosti s hyperaktivitou. Proto je důležitá mezioborová spolupráce. Díky zprávě z vyšetření od pedopsychiatra nebo klinického psychologa lze vyloučit, zdali se jedná o poruchu pozornosti s hyperaktivitou nebo zdali se jedná právě o dítě s úzkostným prožíváním. Diferenciální diagnostika je klíčová, jelikož terapeutický přístup u výše zmíněných diagnóz se liší.

VO2: Jak spolu korelují výsledky z dotazníků pro sledované děti s vývojovou poruchou jazyka s výsledky z dotazníků pro jejich rodiče?

Chlapec 1 sám uvedl, že projevy úzkosti pociťuje a dokázal uvést během jakých situací tyto projevy nastanou. Jeho matka dosáhla 31 b. v Beckově inventáři úzkostí, což odpovídá střední závažnosti potíží. Tento vztah mezi úzkostným prožíváním chlapce 1 a úzkostí, kterou prožívá jeho matka, odpovídá teoretickým předpokladům, že je úzkostné prožívání u dětí také podmíněno geneticky nebo je často evidováno v rodinné anamnéze. Dále tento vztah mezi úzkostným prožíváním dítěte a rodiče odpovídá i tvrzení, že rodič s úzkostným prožíváním, ač nevědomě, přenáší aspekt úzkosti do výchovy dítěte. To může ovlivnit vztah rodič-dítě, kdy je dítě přehnaně kontrolováno a opečováváno. Dítě má menší šance rozvíjet své kompetence v sociálních situacích. Chlapec 2 uvedl, že projevy úzkosti pociťuje a dokázal říct, během jakých situací tyto projevy nastávají. Jeho matka dosáhla 10 b. v Beckově inventáři úzkostí, což neprokazuje přítomnost úzkosti. Chlapec 3 také uvedl, že projevy úzkosti pociťuje a dokázal říct, během jakých situací tyto projevy nastávají. Jeho matka dosáhla v dotazníku 20 b., což odpovídá mírným projevům úzkosti. Chlapec 4

a dívka 1 také dokázali říct, že projevy úzkosti pociťují a během jakých situací tyto projevy nastávají. Matka chlapce 4 a matka dívky 1 v dotazníku nedosáhly nad 17 b., což znamená, že se u nich úzkost neprojevuje.

Beckův inventář úzkostí vyšel pozitivně u dvou matek z pěti. U těchto dvou matek může být ovlivněn vzájemný vztah mezi matkou a dítětem, jedná se o tzv. projekci, kdy matka díky svému emočnímu prožívání a vztahování se k dítěti nevědomky dítě více chrání, nepouští ho do nepředvídatelných situací a nedává mu prostor, aby ve společnosti cizích lidí v neznámém prostředí získalo potřebné sebevědomí. Výsledky z dotazníků mohou být zkreslené co se týče přítomnosti úzkosti právě nyní, neboť dospělý jedinec dokáže se svou úzkostí lépe pracovat a určité aspekty už může mít vnitřně zvládnuté. Jak vyplývá z teoretických předpokladů, přítomnost úzkosti je vysoce podmíněna genetickou predispozicí. Genetická predispozice nemusí být pouze od matky, ale také od otce nebo prarodičů.

VO3: Jakými postupy lze projevy úzkostného prožívání u sledovaných dětí s vývojovou poruchou jazyka během logopedické intervence zmírnit?

Mezi postupy, které mají pozitivní vliv na zmírnění projevů úzkostného prožívání, lze zařadit pozitivní terapeutický přístup a podpurné prostředí, které dítěti dodává potřebné sebevědomí. Dítě se dostává do situací, které pro něj nejsou tolik komfortní, ale díky podpoře ze strany odborníka dítě postupně zjišťuje, že situace zvládne a získává tak více a více sebevědomí do dalších sociálních situací. Důležitá je podpora sensorické integrace. Jako vysoce efektivní se jeví aktivity zaměřené na tlak a odpor. Během těchto aktivit lze využít např. modelínu, kinetický písek, hydrogelové kuličky nebo kus látky. Dále logopedi mohou využívat prvky z herní terapie, ať už z herní terapie v pískovišti (Sandtray) nebo z terapie hrou za využití hraček a různých pomůcek během logopedické intervence. Neopomenutelnou součástí je také práce s chybou tzv. “modelace chyby”, kdy se chyba explicitně nepojmenuje, nepoužije se fráze: „to je špatně“, ale využije se modelace, kdy správnou odpověď řekne logoped. Dítě si je vědomé své nesprávné odpovědi, ale díky

tomuto přístupu, kdy se explicitně nevyjádří, že to řeklo/udělalo špatně, nezíská pocit selhání.

VO4: Jaké situace, v dotazníku pro sledované děti s vývojovou poruchou jazyka, byly jmenovány nejčastěji?

Z dotazníku pro děti vyplývá, že na otázku, zda se cítil/a někdy nervózní odpověděli čtyři z pěti probandů ANO a jejich nejčastější odpověď na to, v jaké situaci se tak cítil/a byla: *když mi něco nejde*. Na otázku, zda někdy cítil/a jak mu/ji buší srdce odpověděli tři z pěti probandů ANO a jejich nejčastější odpověď na to, v jaké situaci to bylo: *když mám strach*. Další otázkou je, jestli někdy cítil/a, že má strach. Na tuto otázku odpověděli všichni probandi ANO a jejich nejčastější odpověď na to, v jaké situaci se tak cítil/a bylo: *když jsem sám v neznámém prostředí*. Paniku/neklid někdy pocítili čtyři z pěti probandů a na otázku během jaké situace to bylo, nejčastěji odpověděli: *když jsem nedokázal vyjádřit, co chci říct*. Na otázku, zda někdy cítil/a zarudnutí v obličeji odpověděli všichni probandi NE. Každý z vybraných probandů odpověděl, že někdy plakal/plakala a nejčastěji v situacích, kde se více projevuje zvýšené prožívání emocí (strach, vztek, smutek, radost). Z výsledků z dotazníků pro děti vyplývá, že všichni vybraní probandi mají zvýšené prožívání emocí, strach z neznámého, ať už prostředí nebo lidí a také se u nich promítá zvýšený neklid nebo panika během situací, kdy se jim nedaří verbálně vyjádřit to, co chtějí.

4.9 Doporučení pro logopedickou praxi

Odborníci, kteří se zapojují do terapeutického procesu u dětí s úzkostným prožíváním, by měli mít ucelený přehled v této problematice. Jednou z oblastí, které by bylo vhodné podpořit, je navození vztahu mezi odborníkem (logopedem) a dítětem. Podpůrný a přátelský vztah má v terapii velký význam. Dítě je motivované dělat vybrané aktivity a dovolí si chybovat. Důležité je také volit aktivity, které dítěti dodají sebevědomí a prokládat je naopak aktivitami, které jsou pro dítě nekomfortní. Překonáváním nekomfortních aktivit dítě získává důležité sebevědomí, upevňuje si pocit zdatu a postupně dokáže zvládat náročnější a náročnější aktivity. Dále by si každý odborník měl uvědomit, že hra je důležitou součástí terapeutického procesu. Díky hře lze během logopedické intervence překonat

projevy úzkostného prožívání, přenést pozornost na jiný objekt, a i tak dosáhnout kvalitních výsledků. Když přijde dítě s úzkostným prožíváním k odborníkovi, mělo by mít dostatek času a prostoru pro zmapování místnosti. Během logopedické intervence mohou nastat okamžiky, kdy se dítě stáhne z kontaktu a nedokáže se dále plnohodnotně zapojit do aktivit. Během takových situací je velmi účinné zařazení aktivit zaměřených na podporu senzoričné integrace. Logoped může dále rozvíjet konkrétní oblasti, které jsou deficitní, ale podpoří při těchto aktivitách i propriocepci, tlak a odpor, což přesměruje pozornost dítěte na vnímání vlastních smyslů. Zacílení na vlastní smyslové prožívání umožní dítěti více vnímat samo sebe, přehodnotit situaci ve které se nachází a systém, který vyhodnocuje bezprostřední ohrožení, umožní obnovení ostatních funkcí, které byli díky aktivaci tohoto systému potlačeny. Bylo by vhodné, aby se odborníci napříč resorty, kteří se podílejí na výchově a podpoře vývoje dítěte, zaměřili na zvýšení socio-emoční inteligence u dětí. Dále by bylo vhodné edukovat děti o možnosti využití relaxačních technik a ve zvědomování si prožívaných emocí a pocitů, díky čemuž lze např. s úzkostnými projevy lépe terapeuticky pracovat.

4.10 Limity výzkumného šetření

Výzkumné šetření má několik limitů. Jedním z nich je malý počet probandů, proto nelze výsledky z výzkumného šetření prohlásit za obecně platné. Dalším limitem je nemožnost přesné komparace s jinými odbornými zdroji, jelikož se touto problematikou velké množství autorů nezabývá. Metoda, která byla využita pro sběr dat je omezující. Pro budoucí výzkumné šetření by bylo vhodné vybrat jiný druh výzkumných metod, aby se daná problematika mohla více objektivizovat. Jedním z limitů výzkumného šetření je také výběr probandů, jelikož do výzkumného šetření byli zařazeni čtyři chlapci a pouze jedna dívka. Dále je výzkumné šetření ovlivněno „výběrovým zkreslením“, kdy výsledky nemohou být generalizované pro celou populaci. Bylo by vhodné pro budoucí výzkumné šetření zavést podrobnější rozhovory i s rodiči vybraných dětí a vytvořit pro ně materiál, který by jim mohl pomoci s pochopením dané problematiky (úzkostné prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka).

4.11 Diskuze

Úzkostnému prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka se v českém prostředí nevěnuje mnoho autorů. Jiná situace se odehrává v zahraničí, kde se této problematice odborníci věnují podstatně více. V roce 2023 byla publikována studie s názvem *Understanding the prevalence and manifestation of anxiety and other socio-emotional and behavioural difficulties in children with developmental language disorder*. Z výsledků studie vyplývají obdobné závěry jako z výzkumného šetření v této diplomové práci. Za jeden z nejčastějších projevů úzkostného prožívání lze na základě výsledků studie označit pocit nejistoty. Dále studie uvádí, že vybrané děti mají tendenci mít věci pod kontrolou a nerady podstupují náhlé změny. Což vyplývá i z výsledků dotazníků pro děti z výzkumného šetření v této diplomové práci. Všichni probandi odpověděli ANO na otázku, zda někdy měli strach nebo cítili paniku/neklid. Odpověď ANO doplnili informací, během jaké situace strach nebo paniku/neklid prožívají. Všichni probandi jako odpověď uvedli: když se nachází v neznámém prostředí nebo jsou mezi cizími lidmi. Tyto odpovědi korespondují s pocitem nejistoty a s tendencí mít věci pod kontrolou. Další oblastí, která se shoduje s výsledky z výzkumného šetření v této diplomové práci, je zvýšená potřeba sensorické stimulace. Jedná se o metodu, kterou mohou odborníci jako např. logopedi využívat i během logopedické intervence (Burnley a kol., 2023).

Jednou z problematických oblastí u dětí s vývojovou poruchou jazyka jsou projevy úzkostného prožívání, jelikož mohou být zaměňovány za projevy poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Důvodem, proč může dojít k záměně je psychomotorický neklid, což je symptom, který se vyskytuje u poruchy pozornosti s hyperaktivitou, ale také u úzkostného prožívání a úzkostných poruch. Výsledky z výzkumného šetření v této diplomové práci potvrzují výskyt psychomotorického neklidu u dětí s vývojovou poruchou jazyka a s úzkostným prožíváním, což potvrzuje studie, která se zabývá měřením psychomotorického neklidu u úzkostných poruch. Děti s úzkostným prožíváním vykazují větší kortikospinální motorické reakce během období obav, což spouští motorickou aktivaci, připravenost a očekávání nějaké formy ohrožení (Franklin a kol., 2021).

Odborníci poukazují na zvýšený tlak na výkon ve společnosti, který se propisuje do výchovných vzorců. Dalo by se také uvažovat o tom, že rodiče jsou pod zvýšeným tlakem

neustále, ať už v pracovním prostředí, mezi jinými rodiči nebo nyní v oblasti technologií a sociálních sítí. Tlak na výkon je všeprostupující a zachování nadhledu, osobní integrity a zvládnání stresových faktorů je velmi obtížné. Dalším neopomenutelným faktorem, který zasáhl do života každého jedince je pandemie COVID-19. Z různých studií, zabývajících se nárůstem deprese, úzkosti a úzkostného prožívání, vyplývá jako jeden z hlavních problémů právě prožití pandemie, která způsobila nárůst nejistoty, dezinformací, sociální distance a celkově nárůst obav o budoucnost (Madigan, et. al., 2023). Nyní se obavy o budoucí život upevňují i nárůstem válečných konfliktů ve světě. Všechny tyto faktory, které každá osoba může vnímat prostřednictvím médií, všeobecným povědomím společnosti nebo skrze vlastní zkušenost, způsobují změny ve výchově, emoční stabilitě a v nastavení životních priorit. Příмым následkem je umocnění již geneticky podmíněných úzkostných poruch nebo zvýšeného úzkostného prožívání.

Ruffle (2020) ve své diplomové práci, která se zabývá vlivem dětského temperamentu a rodičovského chování na rozvoj dětské úzkosti, poukazuje na důležitý faktor ve výchově dítěte s úzkostným prožíváním, což je dle výsledků výzkumného šetření výchovný přístup matky k dítěti. Jestliže se matka v sociálních situacích sama distancuje a vykazuje ve svém chování přítomnost úzkosti, předává tyto vzorce svému dítěti. Oproti tomu matka, která své dítě v sociální interakci povzbuzuje a sama mu ukazuje, že s cizími lidmi komunikuje, předává dítěti úplně jiný vzorec chování, který úzkostné prožívání neumocňuje.

Závěr

Diplomová práce je zpracována na téma Emočně-sociální a behaviorální obtíže u dětí s vývojovou poruchou jazyka. K volbě tématu práce autorku přivedla vlastní zkušenost při praxi, kdy zaznamenala nárůst dětí s vývojovou poruchou jazyka, u kterých se vyskytuje i úzkostné prožívání.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na tři na sebe navazující hlavní kapitoly. První kapitola se zabývá vývojovou poruchou jazyka z hlediska terminologie, vymezuje vývojovou poruchu jazyka v konceptu neurovývojových poruch, dále uvádí etiologii a symptomatologii. Druhá kapitola se zabývá vývojovou poruchou jazyka z hlediska diagnostiky a terapie. Třetí kapitola se zaměřuje na vývojovou poruchu jazyka a emočně-sociální a behaviorální obtíže. Popisuje vývojovou poruchu jazyka ve vztahu ke komorbidním psychiatrickým onemocněním, dále se zabývá stresovou zátěží a úzkostným prožíváním u vývojové poruchy jazyka. Na závěr popisuje metody a techniky, které mohou zmírnit úzkostné prožívání u dětí s vývojovou poruchou jazyka.

Empirická část práce má kvalitativní charakter. V rámci této kapitoly byl stanoven výzkumný problém, byly vymezeny hlavní cíl a dílčí cíle výzkumného šetření. Dále byly popsány výzkumné metody a techniky sběru dat. Hlavním cílem práce byla analýza nejčastějších projevů úzkostného prožívání a jak tyto projevy ovlivňují průběh logopedické intervence. V návaznosti na stanovení hlavního cíle práce byli stanoveny také dílčí cíle. První dílčí cíl se zaměřuje na analýzu projevů úzkostného prožívání z pozorování během logopedické intervence. Druhý dílčí cíl se zabývá analýzou výsledků z dotazníků pro rodiče zaměřených na intenzitu prožívané úzkosti. Třetí dílčí cíl se zaměřuje na analýzu výsledků z dotazníků pro děti zaměřených na projevy úzkostného prožívání v konkrétních situacích. Poslední čtvrtý dílčí cíl se zabývá analýzou metod a postupů, které mohou zmírnit úzkostné prožívání během logopedické intervence. Všechny stanovené cíle byly naplněny.

Z výsledků vyplývá, že všichni probandi s vývojovou poruchou jazyka a s úzkostným prožíváním tento stav projevovali dominantně manipulací s oblečením/tkaničkami, neklidem na židli, ale také stažením se z kontaktu/zamrznutím. Zajímavým zjištěním bylo, že matky probandů v Beckově inventáři nedosahovaly škály stanovující úzkostné prožívání.

Tedy matka úzkostně prožívajícího dítěte s vývojovou poruchou jazyka vždy nemusí být sama úzkostná. Nabízí se hned několik hypotéz, které by zasloužily výzkumné sledování. Jednak úzkostné prožívání může být v rodině projeveno u někoho jiného, genetická zátěž nemusí být přímo od matky. Také je otázkou, do jaké míry jsou odpovědi validní, jelikož Beckův inventář nebyl korelován s jiným dotazníkem/testem na úzkosti a je možné, že matky mají dobře vyvinuté obranné mechanismy a modifikace kontaktu, z čehož vyplývá, že případné symptomy spojené s úzkostí jsou dobře zkompenzované, nebo i popřené. Dále z výzkumného šetření vyplývá, že vcelku významný vliv na zmírnění projevů úzkostného prožívání má adekvátně nastavený terapeutický vztah, kdy základní premisou je bezpečný vztah a kontakt terapeut-dítě, ale také terapeut-rodíč. Bezpečné terapeutické prostředí a možnost zvýšení efektu klinicko-logopedické terapie se velmi pravděpodobně umocní, pokud při intervenci bude využita terapie hrou či jiné na tělo zaměřené terapie, jako je Sandtray, Práce v hliněném poli nebo sensorická integrace.

Za vcelku zásadní zjištění lze považovat, že díky výsledkům z výzkumného šetření, lze tvrdit, že děti, ačkoliv mají vývojovou poruchu jazyka s úzkostným prožíváním, jsou schopny vcelku dobře vydefinovat jaké situace zvyšují emoční či tělesný prožitek a jakým způsobem tuto situaci prožívají na tělesné a emoční úrovni. Z toho vyplývá, že děti si jsou vědomy svého prožívání více, než se může zdát a toto zjištění může podporovat tezi, že děti jsou kompetentní nahlížet své bytí z tělesného, emočního i mentálního hlediska. Dále by toto zjištění mohlo vést ke změně náhledu na děti, jelikož jsou schopné určitého vhledu, a proto lze tyto situace v terapii oslovit a pracovat s nimi. Je zřejmé, že výzkumný vzorek je natolik slabý, že pro tvrzení dílčích závěrů by bylo nutné dalšího cíleného zkoumání jednotlivých zjištění.

Seznam použitých informačních zdrojů

AXLINE, V. M. Play therapy: the inner dynamics of childhood. United States: *Hesperides Press*. 2011. s. 400. ISBN: 9781447425984.

BAHADUR, I., YILMAZ, E., ÖZDEMİR, M., AYÇA, A. Behavior Problems in Preschoolers with Developmental Language Disorder. *Journal of Pediatric Disease*. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2024. 18 (1), s. 21. ISSN: 1307-4490

BISHOP, D. V. M. What Causes Specific Language Impairment in Children? *Current directions in psychological science*. 2006. 15, (5), s. 217-221. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582396/>.

BISHOP, D. V. M., SNOWLING, M. J., THOMPSON, P. A., GREENHALGH, T., & and the CATALISE-2 consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2017. 58. 10. s.1068–1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>

BISHOP, D. V., NORTH, T., DONLAN, C. Nonword repetition as a behavioural marker for inherited language impairment: Evidence from a twin study. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 1996. 37 (4), s. 391–403. ISSN: 1475-3588.

BUNTOVÁ, D., MOCSÁRI, K. 2019. FONOLOGICKÉ PORUCHY A ICH DIAGNOSTIKA V SLOVENSKÝCH PODMIENKACH. *Listy klinické logopedie*. 2019. 3 (1), s. 3-7. ISSN: 2570-6179

BURNLEY, A., ST CLAIR, M., BEDFORD, R., WREN, Y., & DACK, C. Understanding the prevalence and manifestation of anxiety and other socio-emotional and behavioural difficulties in children with Developmental Language Disorder. *Journal of neurodevelopmental disorder*. 2023. 15 (1), 17. ISSN: 1866-1955.

BUSCHMANN, A., JOOSS, B., RUPP, A., FELDHUSEN, F., PIETZ, J., & PHILIPPI, H. Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Archives of disease in childhood*. 2009. 94(2), s. 110– 116. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.141572>

COLE, P., M., ARMSTRONG, L., M., PEMBERTON, C., K. The role of language in the development of emotion regulation. *Child development at the intersection of emotion and cognition*. 2010. American Psychological Association. s. 59- 77. <https://doi.org/10.1037/12059-004>

CONTI-RAMSDEN, G., BOTTING, N. Social difficulties and victimization in children with SLI at 11 years of age. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*. 2004. 47 (1), s. 145–161. ISSN: 1558-9102.

CONTI-RAMSDEN, G., MOK, P., DURKIN, K. *et al.* Do emotional difficulties and peer problems occur together from childhood to adolescence? The case of children with a history of developmental language disorder (DLD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019. 28, s. 993– 1004. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1261-6>

CZAPLEWSKA, E., STERCZYŃSKI, R. The recognition of non-verbal messages expressing emotion by children with SLI aged 4 to 7. *Acta Neuropsychologica*. 2015. 13 (1), s. 1-10. DOI:10.5604/17307503.1148328

DEWEY, D. What Is Comorbidity and Why Does It Matter in Neurodevelopmental Disorders?. *Current Developmental Disorders Reports*. 2018. 5, s. 235–242. <https://doi.org/10.1007/s40474-018-0152-3>

DLOUHÁ, O. PORUCHY SLUCHOVÉHO VNÍMÁNÍ U DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ VE ŠKOLNÍM VĚKU. *Listy klinické logopedie*. 2019. 3(1), s. 45-47. ISSN: 2570-6179.

DOLEŽALOVÁ, M., CHOTĚBOROVÁ, M. *Vývojová dysfázie: průvodce pro rodiče a další zájemce o tuto problematiku*. 2021. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88429-11-1.

EADIE, P., CONWAY, L., HALLENSTEIN, B., MENSAH, F., MCKEAN, C., REILLY, S. Quality of life in children with developmental language disorder. *International journal of language & communication disorders*. 2018. 53(4), s. 799–810. ISSN: 1460-6984.

FEINSTEIN, A., R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic diseases. *Journal of chronic diseases*. 1970. 23 (7), s. 455-68. ISSN: 0021-9681.

FRANKLIN, A., R., MATHERSUL, D., C., RAINE, A., RUSCIO, A., M. Generalized Anxiety Disorder: Using Actigraphy to Measure Physiological Reactions to Threat. *Behavior Therapy*, 52 (3), 2021, s. 734-744, ISSN: 0005-7894.

FRIEDERICI, A. D., CHOMSKY, N., BERWICK, R. C., MORO, A., BOLHUIS, J. J. Language, mind and brain. *Nature Human Behaviour*. 2017. 1 (10), s. 713-722. ISSN: 2397-3374.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

GEORGIU, N., SPANOUDIS, G. Developmental Language Disorder and Autism: Commonalities and Differences on Language. *Brain Sciences*. 2021. 11(5). s. 589. <https://doi.org/10.3390/brainsci11050589>

HEIDLAGE, J., K., CUNNINGHAM, J., E., KAISER, A., P., TRIVETTE, C., M., BARTON, E., E., FREY, J., R., ROBERTS, M., Y. The effects of parent-implemented language interventions on child linguistic outcomes: A meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly*. 2020. 50. s. 6-23. doi: 10.1016/J.ECRESQ.2018.12.006

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

HENKIN, Y., BAR-HAIM, Y. An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism. *Developmental cognitive neuroscience*. 2015. 12, s. 86-93. ISSN: 1878- 9293.

HOSÁK, L. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague, Karolinum Press, 2015. ISBN: 978-80-2462-998-8.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

KLEIN, E. R., ARMSTRONG, S. L., SKIRA, K., GORDON, J. Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2017. 22 (1), s. 90–108. ISSN: 13591045.

KLEIN, E., R., ARMSTRONG, S., L., SHIPON-BLUM, E. Assessing spoken language competence in children with selective mutism: Using parents as test presenters. *Communication Disorders Quarterly*. 2013. 34 (3), s. 184-195. ISSN: 1538-4837.

KOKEŠOVÁ-KLEINOVÁ, G. Klíčovou dírkou do pracovní herní terapeutky. *Psychoterapie: praxe-inspirace-konfrontace*. 2018. 12 (1), s. 72-85. ISSN: 2095-0200.

KRUNTORÁD, V. Příčiny, diagnostika, léčba a kompenzace poruch sluchu v dospělosti. *Medicina Pro Praxi*. 2021. 18 (3). ISSN: 1803-5310.

KŘOVÁČKOVÁ, B. Pozorování. 2011. s. 101-104. In: SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

KŘOVÁČKOVÁ, B., SKUTIL, M. Obsahová analýza/analýza dokumentů. 2011. s. 95-100. In: SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

MADIGAN, S., et al. Changes in depression and anxiety among children and adolescents from before to during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2023. 177 (6). s. 567-581. ISSN: 2168-6211.

MALÁ, E. Úzkostné poruchy v dětství a adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2011. 107 (2), s. 99–105. ISSN 1212-0383.

MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 2015. 65 (2), 113-142. ISSN: 2336-2189.

MIRONOVÁ-TABACHOVÁ, J., KYTNAROVÁ, L., VITÁSKOVÁ, K. Terapeutický přínos hry s písmem a práce se symboly u klientů s narušenou komunikační schopností. *Journal of Exceptional People*. 2018. 2 (13), s. 71. ISSN: 1805-4986.

MOUNTFORD, H. S., BRADEN, R., NEWBURY, D., F., MORGAN, A., T. The Genetic and Molecular Basis of Developmental Language Disorder: A Review. *Children*. 2022, 9, (5), s. 586. <https://doi.org/10.3390/children9050586>

NEUBAUER, K. Logopedická diagnostika v klinické praxi. 2018. s. 70-72. In: NEUBAUER, K. A kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUMANN, K., KAUSCHKE, CH., FOX-BOYER, A., LÜKE, C., SALLAT, S., KIESEHIMMEL, CH. Clinical Practice Guideline: Interventions for Developmental Language Delay and Disorders. *Deutsches Arzteblatt International*. 2024. Forthcoming doi: 10.3238/arztebl.m2024.0004

NEWBURY, D. F., BISHOP, D. V., MONACO, A. P. Genetic influences on language impairment and phonological short-term memory. *Trends in cognitive sciences*. 2005. 9, (11), s. 528–534. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.09.002>

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN: 978-80-86723-85-3.

OŠLEJŠKOVÁ, H. Neurovývojové poruchy a jejich důsledky v dospělém věku. *Neurologie pro praxi*. 2010, 11, 6. s. 368. ISSN 1803-5280.

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9577-0.

PLANTE, E., METTLER, H., M., TUCCI, A., VANCE, R. Maximizing Treatment Efficiency in Developmental Language Disorder: Positive Effects in Half the Time. *American Journal of Speech-language Pathology*. 2019. 28(3). s. 1233-1247. doi: 10.1044/2019_AJSLP-18-0285

POSPÍŠILOVÁ, L. Doporučení pro vývojovou dysfázii – verze 2022. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Online. Praha, 2022, roč. 85/118, č. 6, s. 515-519. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/cccsnn2022515>.

POSPÍŠILOVÁ, L. KOMORBIDNÍ PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ U VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE (VÝVOJOVÉ PORUCHY JAZYKA). *Listy klinické logopedie*. 2023. 7 (2), s. 4-12. ISSN: 2570-6179.

- POSPÍŠILOVÁ, L. Neurovývojové poruchy a klinická logopedie. 2018. s. 183-222. In: NEUBAUER, K. a kol., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- POSPÍŠILOVÁ, L. Vývojová dysfázie. 2018. s. 283-314. In: NEUBAUER, K. a kol., *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- POSPÍŠILOVÁ, L., HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. Vývojová dysfázie-funkční a strukturální korelace. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Online. Praha, 2021, roč. 84 č. 3, s. 237-244. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/cccsnn2021237>
- REDMOND, S. M., ASH, A. C. A cross-etiology comparison of the socio-emotional behavioral profiles associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and specific language impairment. *Clinical linguistics & phonetics*. 2014. 28 (5), s. 346-365. <https://doi.org/10.3109/02699206.2013.868518>
- RICHTROVÁ, B. Emočně-sociální obtíže u dětí s vývojovou dysfázií. *Listy klinické logopedie*. 2021. 5 (2), s. 37-43. ISSN: 2570-6179.
- RICHTROVÁ, B. Selektivní mutismus - kazuistiky: multimodální terapeutický přístup doplněn o Práce v hliněném poli®. *Listy klinické logopedie*. 2023. 7 (2), s. 13-18. ISSN: 2570-6179.
- RICHTROVÁ, B. SELEKTIVNÍ MUTISMUS–OPTIKOU SOUČASNOSTI. *Listy klinické logopedie*. 2023. 7 (2), s. 27-33. ISSN: 2570-6179.
- RICHTROVÁ, B. VÝVOJ SEBEOBRAZU U DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ. *Listy klinické logopedie*. 2019. 3 (1), 29-35. ISSN: 2570-6179
- RINALDI, S., CASELLI, M., C., COFELICE, V., D'AMICO, S., DE CAGNO, A., G., CORTE, G., D., DI MARTINO, M., V., DI COSTANZO, B., LEVORATO, M., Ch., PENGE, R., ROSSETTO, T., SANSAVINI, A., VECCHI, S., ZOCCOLOTTI, P. Efficacy of the Treatment of Developmental Language Disorder: A Systematic Review. *Brain Sciences*. 2021. 11(3). s. 407-. doi: 10.3390/BRAINSCI11030407

ROESLER, C. Sandplay therapy: An overview of theory, applications and evidence base. *The arts in Psychotherapy*. 2019. 64, s. 84-94. ISSN: 0197-4556.

Ruffle, L. *The Influence of child temperament and parenting behaviours on the development of childhood anxiety* (Doctoral dissertation, University of Southampton). 2020. Dostupné z: <https://eprints.soton.ac.uk/446924/>

SANSAVINI, A., FAVILLA, M., E., GUASTI, M., T., MARINI, A., MILLEPIEDI, S., DI MARTINO, M., V., VECCHI, S., BATTAIÓN, N., BERTOLO, L., CAPIRCI, O., et al. Developmental Language Disorder: Early Predictors, Age for the Diagnosis, and Diagnostic Tools. *Brain Sciences*. 2021; 11(5), s. 654. <https://doi.org/10.3390/brainsci11050654>

SEDLÁČEK, M. Případová studie. 2014. s. 96-112. In: ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

SEDLÁČEK, Z. GENETIKA NEUROVÝVOJOVÝCH PORUCH. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2021. 117 (2), s. 83-90. ISSN: 1212-0383.

SMOLÍK, F., SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G. *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4240-3.

ST. CLAIR, M. C., FORREST, C. L., YEW, S. G. K., & GIBSON, J. L. Early risk factors and emotional difficulties in children at risk of developmental language disorder: A population cohort study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. (2019). 62 (8), s. 2750-2771. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-18-0061

ŠEĐOVÁ, K. Výzkumné otázky. 2014. s. 51-83. In: ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

ŠVAŘÍČEK, R. Výzkumný cíl. 2014. s. 12-28. In: ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TÁŠKOVÁ, I. Úzkostné poruchy a jejich léčba. *Psychiatrie Pro Praxi*. 2022. 23(1), s. 17- 27. ISSN: 1803-5272.

TOMAS, E., VISSERS, C. Behind the Scenes of Developmental Language Disorder: Time to Call Neuropsychology Back on Stage. *Front Hum Neurosci*. 2019. 12. s. 517. doi:10.3389/fnhum.2018.00517

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2011). 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2025). 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/cs#33269655>

VACKOVÁ, L. VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE - DIAGNOSTICKÁ VÝCHODISKA Z PRAXE KLINICKÉHO LOGOPEDA A PSYCHOLOGA. *Listy klinické logopedie*. 2019. 3 (1), s. 36-42. ISSN: 2570-6179.

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., HONZÁK, R. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*. 2008. 10 (4), s. 188-192. ISSN 1803-5256

VIANA, A. G., BEIDEL, D. C., RABIAN, B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical psychology review*. 2009. 29 (1), s. 57–67. ISSN: 0272-7358.

YAGHOUBIAN, P., EMADIAN, S., O. The effectiveness of art therapy with sand play method on behavioral disorders, emotional problems, and communication skills of children. *Bali Medical Journal*. 2019. 8 (1), s. 153-159. ISSN: 2302-2914.

ŽIGIĆ, N., PAJEVIĆ, I., HASANOVIĆ, M., AVDIBEGOVIC, E., ALJUKIĆ, N., HODZIC, V. Neurodevelopmental disorders in ICD-11 classification. *European Psychiatry*. 2023, 66, s. 737. ISSN: 1778-3585.

Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence

Prohlašuji, že při tvorbě diplomové práce na téma Emočně-sociální a behaviorální obtíže u dětí s vývojovou poruchou jazyka byly využity následující nástroje umělé inteligence:

1. **SCISPACE** – Tento nástroj byl využíván v období během srpna a září 2024 pro vyhledávání a rešerši vědeckých prací a akademických textů podle tématu, klíčových slov nebo dotazu. Nástroj dále zobrazuje související výzkum a možnosti citací. Využití nástroje umožnilo autorce snadnější práci s vědeckými studiemi a lepší orientaci ve vyhledávání relevantních zdrojů.
2. **DeepL** – Tento nástroj byl využíván v období od srpna do listopadu 2024 pro překlad cizojazyčných odborných textů a vědeckých studií do češtiny. Nástroj byl využit z důvodu nedostatečných jazykových kompetencí autorky práce. Nástroj autorce diplomové práce pomohl k přesnějšímu překladu. Všechny překlady odborných studií a vědeckých článků byly využity pro získání informací pro tvorbu teoretické části práce.

Všechny informace, které autorka práce získala prostřednictvím výše zmíněných nástrojů umělé inteligence, byly dále ověřeny a zpracovány dle pokynů pro zpracování diplomové práce. Diplomová práce, včetně jejího obsahu a závěrů, byla vypracována na základě samostatné činnosti autorky práce.

V Praze dne 10. 4. 2025

Seznam příloh

Informovaný souhlas

Diagnostický dotazník pro rodiče

Diagnostický dotazník pro dítě

Seznam obrázků

THOMPSON, P., A. CATALISE-2 consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. (2017). 58. 10. s.1068–1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Flickův model kvalitativního výzkumu in: Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

Seznam zkratk

| | |
|--------|--|
| VPJ | Vývojová porucha jazyka |
| NP | Neurovývojová porucha |
| CNS | Centrální nervová sousta |
| SLI | Specific language impairment |
| PAS | Porucha autistického spektra |
| ADHD | Porucha pozornosti s hyperaktivitou |
| PAS-JO | Porucha autistického spektra a jazykové oslabení |
| OAE | Otoakustické emise |

Seznam tabulek

- Tabulka 1 – časový harmonogram
- Tabulka 2 – symptomy úzkostného prožívání (chlapec 1)
- Tabulka 3 – diagnostický dotazník pro dítě (chlapec 1)
- Tabulka 4 – diagnostický dotazník pro rodiče (chlapec 1)
- Tabulka 5 – symptomy úzkostného prožívání (chlapec 2)
- Tabulka 6 – diagnostický dotazník pro dítě (chlapec 2)
- Tabulka 7 – diagnostický dotazník pro rodiče (chlapec 2)
- Tabulka 8 – symptomy úzkostného prožívání (chlapec 3)
- Tabulka 9 – diagnostický dotazník pro dítě (chlapec 3)
- Tabulka 10 – diagnostický dotazník pro rodiče (chlapec 3)
- Tabulka 11 - symptomy úzkostného prožívání (chlapec 4)
- Tabulka 12 – diagnostický dotazník pro dítě (chlapec 4)
- Tabulka 13– diagnostický dotazník pro rodiče (chlapec 4)
- Tabulka 14 – symptomy úzkostného prožívání (dívka 1)
- Tabulka 15 – diagnostický dotazník pro dítě (dívka 1)
- Tabulka 16 – diagnostický dotazník pro rodiče (dívka 1)

Přílohy

Informovaný souhlas



PEDAGOGICKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

Informovaný souhlas s poskytnutím informací do dotazníku a účasti výzkumníka (pozorování) během logopedické intervence a jeho následným vyžitím pro účely diplomové práce

*Název diplomové práce: Vliv úzkostného prožívání na terapeutický proces u dětí a žáků
s vývojovou poruchou jazyka*

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu dotazníků a zúčastněného pozorování. Dotazníky a pozorování budou důležitým zdrojem dat pro potřeby výzkumu diplomové práce.
- Bylo mi sděleno, co budou dotazníky obsahovat, jak bude zúčastněné pozorování dlouhé a jaký bude mít průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku.
- Souhlasím se záznamem ze zúčastněného pozorování a jeho následným zpracováním. Dále souhlasím se zpracováním informací získaných z dotazníků. Psaný záznam z pozorování nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby diplomové práce, jinak nikomu až na anonymní části citované v textu práce, která bude volně dostupná online.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s informacemi nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení pozorování, která znemožní identifikaci mé osoby a mého dítěte. Nikde nebude uvedeno mé jméno/jméno dítěte či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/ a/o být identifikován/a/o.
- Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila informace ze zúčastněného pozorování pro potřeby své diplomové práce a některé části v ní může citovat, psaný záznam a jeho transkripce však bude po ukončení výzkumu smazána.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

Dotazník pro rodiče

Dotazník pro rodiče

Beckův inventář úzkosti

Jméno:

Datum:

Předkládáme Vám seznam běžných symptomů úzkosti. Přečtěte si pozorně každou položku seznamu. Označte, do jaké míry Vás jednotlivé symptomy obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška umístěním křížku na odpovídající místo v kolonce vedle každého symptomu.

| | vůbec | mírně moc mě to nerušilo | středně bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet | vážně stěžl jsem to vydržel(a) |
|--|--------------|---------------------------------------|--|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Mrtvení nebo mravenčení | | | | |
| 2. Pocit horka | | | | |
| 3. Vratkost nohou | | | | |
| 4. Neschopnost odpočinku | | | | |
| 5. Strach z nejhorší události | | | | |
| 6. Závrať nebo pocit na omdlení | | | | |
| 7. Bušení srdce, zrychlený tep | | | | |
| 8. Neklid | | | | |
| 9. Zděšení | | | | |
| 10. Nervozita | | | | |
| 11. Pocit dušnosti | | | | |
| 12. Chvění rukou | | | | |
| 13. Třes | | | | |
| 14. Strach ze ztráty kontroly | | | | |
| 15. Namáhavé dýchání | | | | |
| 16. Strach ze smrti | | | | |
| 17. Panika | | | | |
| 18. Trávící potíže nebo bolesti břicha | | | | |
| 19. Pocit na omdlení | | | | |
| 20. Zarudnutí v obličeji | | | | |
| 21. Pocení | | | | |

Dotazník pro dítě

Dotazník pro dítě (vychází z Beckova inventáře úzkosti)

Jméno:

Datum:

Nervozita



(internetový zdroj: https://st5.depositphotos.com/1001911/62675/v/950/depositphotos_626754678-stock-illustration-emoji-emoticon-looking-aside-biting.jpg)

ANO x NE

V jaké situaci:

Bušení srdce

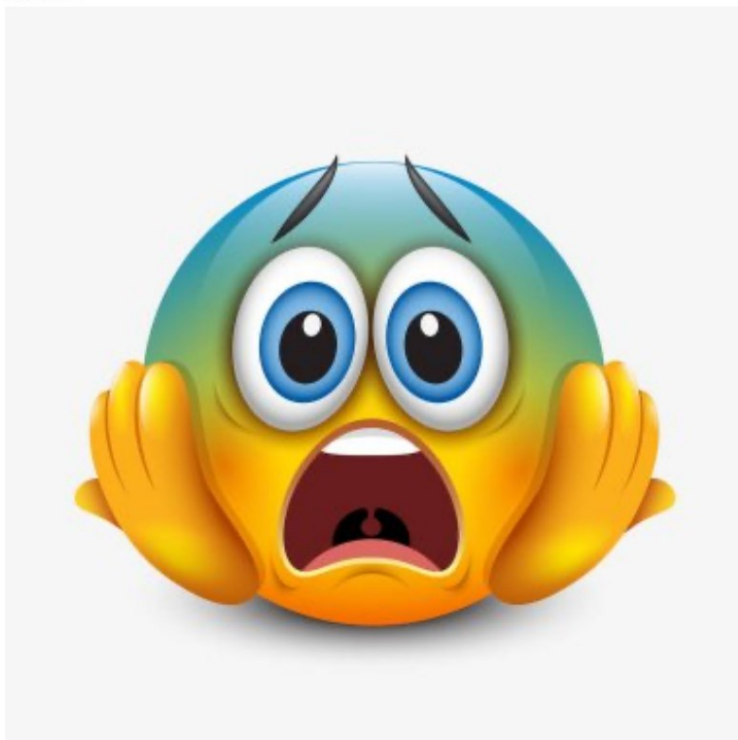


(internetový zdroj: <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT4KoLqvjVH1xYmhJR8e8IMIGPpMEhduS0zYA&s>)

ANO x NE

V jaké situaci:

Strach



(internetový zdroj: https://st3.depositphotos.com/3356953/13454/v/380/depositphotos_134549670-stock-illustration-scared-emoticon-holding-head.jpg)

ANO x NE

V jaké situaci:

Panika/neklid



(internetový zdroj: https://static5.depositphotos.com/1001911/501/v/950/depositphotos_5013668-stock-illustration-panic-emoji.png)

ANO x NE

V jaké situaci:

Zarudnutí v obličejí/pocit horka



(internetový zdroj: <https://img2.freepng.ru/20180601/bic/avo1xttd.webp>;
https://st2.depositphotos.com/3356953/48985/v/1600/depositphotos_489851828-stock-illustration-hot-emoji-sweating-vector-design.jpg)

ANO x NE

V jaké situaci:

Pláč



(internetový zdroj: https://media.istockphoto.com/id/488362210/vector/cartoon-emoji-crying.jpg?s=612x612&w=0&k=20&c=ySuz_bHBkg9OQT7wb-6iGLYngB1VbkhMhpkK0AFVs1A=)

ANO x NE

V jaké situaci: