proLékaře.cz | 19.11.2026

doi: 10.48095/cccsnn2022515

Doporučení pro vývojovou dysfázii – verze 2022

Guidelines for developmental dysphasia – version 2022

Souhrn

Vývojová dysfázie je charakterizována narušením vývoje jazyka. Systémově je zařazena mezi novou kategorii jedenácté revize Mezinárodní klasifikace nemocí s názvem Neurovývojové poruchy. Jejich koncept vznikl na podkladě poznání obdobné etiopatogeneze: silné genetické pozadí vede ke strukturálním změnám mozku. Mezi další společné znaky patří komorbidní charakter se vzájemným překrýváním, tendence přetrvávat a důsledky v sociální, emocionální a akademické oblasti. Poruchy mají významně odlišné publikační indexy, přičemž vývojová dysfázie, přestože patří k poruchám s nejvyšší prevalencí, je stále méně známá. Navíc po dlouhá léta nebyla sjednocená její terminologie a symptomatologie. V letech 2016 a 2017 došlo ke konsenzu anglofonních zemí v terminologii a identifikaci poruchy, upřesňuje se diagnostika, nejméně studií s prokázanými výsledky pochází ze samotné léčby. V ČR dosud neexistovalo standardní opatření pro stanovení diagnózy a navržení intervence. Z toho důvodu předkládáme doporučení, které vychází jednak ze současných zahraničních poznatků a jednak ze současného stavu českého diagnostického materiálu i českých studií a obecně českého prostředí, neboť diagnostika poruchy je vázána na jazykové a kulturní prostředí. Hlavním oborem v procesu diagnostiky a léčby vývojové dysfázie je klinická logopedie. Nezbytným oborem je rovněž dětská neurologie. Příspěvek seznamuje s postupem diagnostiky, diferenciální diagnostiky, doplňujících vyšetření pro suspekce komorbidních chorob, specifikuje víceoborový tým a doporučuje průběh terapie.

Abstract

Developmental dysphasia is characterized by a disruption in language development. It is systematically classified as a new category of the 11th revision of the International Classification of Diseases called Neurodevelopmental Disorders. Their concept was developed on the basis of the recognition of a similar etiopathogenesis: a strong genetic background leads to structural changes in the brain. Other common features include a comorbid nature with mutual overlap, a tendency to persist and consequences in the social, emotional and academic domains. The disorders have significantly different publication indices, and developmental dysphasia, although one of the disorders with the highest prevalence, is still less well known. Moreover, for many years, its terminology and symptomatology have not been unified. In 2016 and 2017, there has been a consensus among English-speaking countries in terminology and identification of the disorder, the diagnosis is being refined, and the fewest studies with proven results come from the treatment itself. In the Czech Republic, there has not yet been a standard measure for making a diagnosis and proposing an intervention. For this reason, we present recommendations that are based both on current international knowledge and on the current state of Czech diagnostic material and Czech studies and the Czech environment in general, as the diagnosis of the disorder is linked to the linguistic and cultural environment. The main field in the process of diagnosis and treatment of developmental dysphasia is clinical speech therapy. Pediatric neurology is also an indispensable field. This manuscript introduces the process of diagnosis, differential diagnosis, and additional examinations for suspected comorbid conditions, specifies the multidisciplinary team and recommends a course of therapy.

Standard oponovali Mgr. Zuzana Lebedová, šéfredaktorka časopisu Listy klinické logopedie, a prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc., přednosta Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK, Praha, a byl schválen odbornou společností – Asociací klinických logopedů ČR (potvrzení předsedkyně Mgr. et Mgr. Barbory Richtrové).

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.
The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.

L. Pospíšilová

Oddělení klinické logopedie, Demosthenes – dětské centrum komplexní péče, Ústí nad Labem

✉ PaedDr. Lenka Pospíšilová, Ph.D.
Oddělení klinické logopedie
Demosthenes – dětské centrum komplexní péče
Mírová 2820
400 11 Ústí nad Labem
e-mail:
lenka.pospisilova@demosthenes.cz

Přijato k publikaci: 17. 11. 2022

Klíčová slova

vývojová dysfázie – vývojová porucha jazyka – neurovývojové poruchy – porucha artikulace – porucha pozornosti s hyperaktivitou – porucha autistického spektra – klinická logopedie

Key words

developmental dysphasia – developmental language disorder – neurodevelopmental disorders – speech sound disorder – attention deficit/hyperactivity disorder – autism spectrum disorder – speech-language pathology

proLékaře.cz | 19.11.2026

Definice onemocnění

Terminologie byla nejednotná až do roku 2016, kdy se odborníci v anglicky mluvících zemích dohodli na jednotném termínu vývojová porucha jazyka (developmental language disorder; DLD) [1]. Za standardní termín v řadě neanglicky mluvících zemí je považována vývojová dysfázie (VD) (developmental dysphasia; DD).

Vývojová dysfázie je neurovývojová porucha (NVP) charakterizovaná narušením osvojování jazyka od časných vývojových stadií. Narušení nelze přičítat jinému onemocnění či faktorům sociálního prostředí.

Patofyziologie

Podobně jako ostatní NVP také VD vzniká ze složité interakce genetických, environmentálních a neuronálních faktorů. Genetický podíl je velmi silný, což potvrzují rozsáhlé studie dvojčat. Molekulární studie identifikovaly kandidátní geny a poskytly důkazy o existenci více vzácných variant (odchylek od referenční sekvence lidského genomu) u jedinců s VD než u běžné populace. I přes prokázanou vysokou dědivost onemocnění se nedaří pomocí celogenomových studií nalézat varianty, které ho způsobují. Jedná se o tzv. chybějící heritabilitu. Neurozobrazovací metody, zejména MR, přinášejí důkazy o odchylkách kortikálních a subkortikálních oblastí v obou hemisférách, avšak poznatky nejsou konzistentní [2].

Klasifikace

Podle stávající klasifikace [3] patří VD do Poruch psychického vývoje – V. kapitoly, kde je součástí skupiny s názvem Specifické poruchy řeči a jazyka. Dělí se na dva typy, v souladu s originálem [4] na expresivní poruchu jazyka a receptivní poruchu jazyka, avšak vzhledem k chybnému českému překladu užíváme v ČR expresivní poruchu řeči a receptivní poruchu řeči. Nové vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (International Classification of Diseases; ICD-11) [5] zahrnuje VD do nově pojmenovaného oddílu Neurovývojové poruchy, kde tvoří součást skupiny Vývojové poruchy řeči nebo jazyka a přichází se třemi subtypy VD: vývojová porucha jazyka s narušením receptivního a expresivního jazyka, vývojová porucha jazyka s narušením převážně expresivního jazyka a vývojová porucha jazyka s narušením převážně pragmatického jazyka. Tímto pojetím se ICD-11 odlišuje od amerického Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5) [6,7], ve kterém sociální (pragmatická) komunikační porucha (SPKP) tvoří samostatnou nozologickou kategorii.

Epidemiologické charakteristiky

Vývojová dysfázie je jedním z nejčastějších vývojových problémů u dětí, přičemž míra prevalence se liší podle věku a definice. Dosud nejvíce citovanou epidemiologickou studií je americká studie pocházející z konce minulého století [8], která prevalenci VD u 5letých dětí uvádí ve výši 7,4 % (dívky 6 % a chlapci 8 %). Studie zkoumala tři jazykové domény receptivního a expresivního jazyka, které byly složeny z pěti skórovaných složek. Byla získána výkonová skóre a VD zvažována u těch dětí, které skórovaly u dvou a více složek pod 10. percentilem, přičemž další vývoj VD potvrdil. K podobnému výsledku (7,58 %) došla epidemiologická studie z roku 2016 pod vedením Norbury [9], která v anglickém Surrey vyšetřila počtem a věkem téměř shodný vzorek, i když zpřísnila mezní skóre pro jazyk a zvětšila rozsah neverbálního intelektu (americké studie se zúčastnily děti s IQ > 87 a britské děti s IQ > 70).

Podobně jako ostatní NVP má tendence přetrvávat do adolescence a dospělosti. Dospělí s anamnézou VD mohou mít značné potíže s gramotností a pragmatikou.

Prognóza

Děti ve věku 2 let, které nesplňují jazykové milníky podle věkové normy, jsou vystaveny riziku VD [10]. Pokud v tomto věku produkují méně než 50 slov a slova nespojí, lze toto zpoždění považovat za určitý prediktor, oproti dětem 15měsíčním, které ještě žádná slova nevytvářejí. Významnými prediktory perzistentního charakteru poruchy ve věku 4–5 let je narušení většího počtu jazykových domén, výskyt doprovodných poruch a současně pozitivní rodinná anamnéza. Dobrá je prognóza pro děti předškolního věku, jejichž problémy jsou omezeny na expresivní fonologii.

Klinický obraz, symptomy

Jedná se o heterogenní poruchu s narušenou celkovou synchronizací vývoje, s různou mírou opoždění ve všech oblastech jazyka. Zahrnuje narušení syntaxe a morfologie, fonologie, výbavnosti pojmů, lexikonu a sémantiky, pragmatiky, diskurzu a verbální paměti. Podmínkou není rané zpoždění jazyka (opožděný vývoj řeči). Ve školním věku se vedle narušení orální modality projeví také narušení modality psané/tištěné, což vyplývá z pochopení jazykového konektomu. Tento stav predikuje školní úspěch, na který mají vedle intelektu vliv narativní diskurz a čtení s porozuměním.

Koncept NVP zdůrazňuje komorbidní charakter se vzájemným překrýváním NVP [11]. Z toho důvodu je klinický obraz každého pacienta s VD významně ovlivněn také druhem, typem a stupněm jiných poruch. VD se často vyskytuje společně s ADHD, dyspraxií, poruchou učení, sociální poruchou nebo problémy s chováním. Mezi typickou komorbidní poruchu patří porucha řečového zvuku – porucha artikulace (speech sound disorder). Mohou se také překrývat problémy řeči, jazyka a komunikace nebo jen jazyka a komunikace. V tomto případě je třeba rozlišit tři možnosti příčin komunikačních obtíží:

- Zda jsou odvislé od stavu receptivního a expresivního jazyka (např. když pacient nerozumí, echolalicky opakuje za účelem projevit se nějakou formou verbálně, nebo z nedostatečné komunikace s okolím trpí sociální úzkostí a projevuje se komunikačními deficity i v neverbální oblasti).
- Zda jsou součástí poruchy autistického spektra (PAS) – vyskytující se buď s komorbidní poruchou jazyka, nebo bez ní, vedle další symptomatiky PAS v podobě omezených, opakujících se vzorců chování, zájmů a činností.
- Zda se jedná o symptomatiku vývojové poruchy jazyka s postižením převážně pragmatického jazyka podle návrhu ICD-11 [5], SPKP podle DSM-5 [6,7], tzn. komunikační poruchy bez dalších symptomů PAS.

Koexistujícími poruchami VD, u kterých může být báze VD rizikovým etiologickým činitelem, jsou vývojová koktavost a elektivní mutismus. Tam, kde má dítě poruchu jazyka nevysvětlitelnou nedostatečným neverbálním fungováním a omezeným adaptivním chováním, je primární diagnózou mentální postižení a sekundární VD.

Diagnostika

Diagnostika klinického logopeda (KL) představuje odebírání anamnézy, minimální povinná vyšetření, diferenciální diagnostiku, doporučená doplňující vyšetření a dále vyšetření jinými specialisty podle potřeby.

Anamnéza pacienta

Diagnostický proces je podmínkou následné zacílené péče. Nezbytný je strukturovaný rozhovor s rodiči: anamnestický, diagnostický a explorativní (se zaměřením na

proLékaře.cz | 19.11.2026

konkrétní oblasti vývoje a stavu). Součástí je odebírání rodinné anamnézy se zaměřením na výskyt NVP, osobní anamnézy z období prenatálního, perinatálního a postnatálního a detailní popis psychomotorického vývoje, vč. vývoje sociálního a emočního. Již při objednávání k prvnímu kontaktu je vhodné rodiče požádat o dosavadní nálezy zdravotníků, zápisky o podrobném vývoji dítěte, případně o dodání posouzení školské instituce (pedagoga, školské poradny). Citlivě se ptáme na sociální anamnézu, zjišťujeme případný bilingvismus (nebo multilingvismus) či delší pobyt dítěte v zahraničí. To vše s vědomím, že vícejazyčná výchova k jazykovým obtížím nevede, proto nízké skóre v jazykových testech bilingvních zdravých dětí neznačí poruchu. Z toho důvodu je nezbytné posoudit stav vývoje všech jazyků, kterým je jedinec vystaven [12], a co nejpodrobněji analyzovat anamnézu s cílem zachytit či vyloučit pozitivitu v rodině. Pokud se VD potvrdí, je přítomna v každém jazyce. Pacienti z přenosu mezi jazyky sice neprofitují jako jejich intaktní vrstevníci [12], zároveň však neexistují důkazy o škodlivosti této expozice. Naopak je dokladováno, že skóre lepšího jazyka u bilingvních dětí s VD se podobá skóre jazyka monolingvních dětí s VD. Z toho důvodu nyní převládá názor ponechávat bilingvní děti s VD expozici rodnému jazyku rodičů (rodiče), a podporovat tak kulturní kontext rodiny [13].

Minimální povinná vyšetření

Lze vycházet pouze z hodnocení klinického obrazu, které sestává z výsledků testů, zkoušek a vývojových škál zachycujících jednotlivé oblasti jazyka. Ucelená baterie pro diagnostiku VD neexistuje ani ve světovém anglickém jazyce, natož v českém. Návod a některé materiály poskytuje základní, volitelný kurz ve specializační přípravě Klinicko-logopedická diagnostika u dětí. Jako indikace ke klinicko-logopedickému vyšetření slouží aspekty abnormálního vývoje v dané věkové kategorii, přičemž postačí vždy jeden v dané věkové kategorii (zpracováno podle konsorcia anglofonních zemí [14]):

- **1.–2. rok:**
  a) nežvatlá;
  b) nereaguje na řeč a/nebo zvuky;
  c) minimální nebo žádné pokusy o komunikaci.

- **2.–3. rok:**
  a) minimální interakce;
  b) bez záměru komunikovat;
  c) beze slov;
  d) minimální reakce na mluvený jazyk;
  e) regrese nebo zastavení vývoje jazyka.

- **3.–4. rok:**
  a) délka výpovědi (promluvy) je nejvýše dvouslovná,
  b) dítě nerozumí jednoduchým příkazům;
  c) blízcí příbuzní nemohou pochopit většinu toho, co dítě říká.

- **4.–5. rok:**
  a) nekonzistentní nebo abnormální interakce;
  b) délka výpovědi (promluvy) čítá nejvýš tři slova;
  c) špatné porozumění mluvenému jazyku;
  d) osoba, která dítě nezná, nedokáže pochopit většinu toho, co dítě říká;
  e) blízcí příbuzní nemohou pochopit více než polovinu z toho, co dítě říká.

- **od 5. roku výš:**
  a) obtíže s vyprávěním, převyprávěním, tvorbou souvislého příběhu;
  b) obtíže v porozumění čteného a/nebo slyšeného;
  c) potíže v následování nebo zapamatování si mluvených instrukcí;
  d) logorea a nedostatečné zapojení do reciproční konverzace;
  e) mnoho situací, kdy dítě doslovně interpretuje sdělení namísto pochopení jeho podstaty.

Cílem vyšetření je posouzení co možná nejvíce oblastí klinického obrazu pojmenovaných konsorciem (viz Klinický obraz, symptomy).

U raného věku použijeme buď vývojovou škálu z kurzu Klinicko-logopedická diagnostika u dětí, nebo alespoň standardizovaný rodičovský dotazník Dovyko II (Dotazník vývoje komunikace pro děti od 16 do 30 měsíců) [15], případně jejich propojení.

U předškolního a školního věku je nezbytné užít několik samostatných testů, subtestů a zkoušek s ohledem na věk pacienta, a to nejméně tří z následujících:

1. Normované věkem (příp. délkou zaškolení), výsledky převáděné na steny a percentily:
   - Diagnostika jazykového vývoje [16];
   - Test porozumění větám (TEPO) [17];
   - Test produkce (TEPRO) [18];
   - Token test [19];
   - Zkouška jazykového citu [20], normovaná délkou zaškolení;
   - Baterie testů fonologických schopností pro děti předškolního a raného školního věku (BTFS) [21];
   - Baterie diagnostických testů gramotnostních dovedností pro žáky 2.–5. ročníků ZŠ (BDTG1) [22];
   - Baterie diagnostických testů gramotnostních dovedností pro žáky 6.–9. ročníků základních škol (ZŠ) (BDTG2) [23];
   - Diagnostika specifických poruch učení, T-239 [24], subtesty lexie a ortografie (čtení a diktát);
   - Test verbální fluence [25].

2. Normované věkem, nestandardizované:
   - Zkouška kapacity verbální pracovní paměti (tzv. fonologické smyčky, viz kurz Klinicko-logopedická diagnostika u dětí).

3. Interpretující kvalitativní aspekty zahrnující cut-off skóre pro patologii:
   - Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí [26];
   - Diagnostika specifických poruch učení, T-239 [24], subtesty fonologie (sluchové diferenciace, analýzy a syntézy).

4. Interpretující kvalitativní aspekty bez cut-off skóre pro patologii:
   - Multilingual Assessment Instrument for Narratives (MAIN), Multijazykový test pro hodnocení narativních schopností [27,28].

Příklady skladby diagnostického materiálu:

Předškolní věk:
- Diagnostika jazykového vývoje (stačí i některé subtesty), Token test, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti, MAIN;
- TEPO, TEPRO, BTFS;
- Zkouška jazykového citu, subtesty z Diagnostiky jazykového vývoje, BTFS, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti.

Mladší školní věk:
- Token test, Zkouška jazykového citu, TEPRO;
- TEPO, BTFS, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti, MAIN, Diagnostika specifických poruch učení (uvedené subtesty).

Starší školní věk:
- Token test, BDTG2, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti;
- Token test, Zkouška kapacity verbální pracovní paměti, Diagnostika specifických poruch učení (uvedené subtesty).

proLékaře.cz | 19.11.2026

Pacienty v **adolescentním věk**u lze vyšetřit Token testem (verzí pro dospělé) nebo subtesty fonologie, lexie a ortografie z Diagnostiky specifických poruch učení u adolescentů a dospělých osob [29], přičemž ideální je použít oba diagnostické materiály.

Výsledná skóre jazykových testů a zkoušek jsou vždy interpretována ve vztahu k dalším testům a informacím z pozorování, rozhovorů o dosavadním osvojování jazyka a dalších odborných závěrů. Spolu s výkony v testech je třeba brát v úvahu funkční dopad jazykového narušení.

Diferenciální diagnostika

Plně v kompetenci KL je od VD odlišit poruchu zvuku řeči, která se projevuje jako porucha artikulace hlásek a slovních projevů zahrnující fonetické a fonologické obtíže bez obtíží v ostatních doménách jazyka. Je třeba také rozlišit prolongace u vývojové poruchy plynulosti řeči (koktavosti) od symptomu dysnomie u VD.

Deficity ve strukturálním jazyce způsobují zpoždění pragmatiky, mentalizace a komunikace obecně, z toho důvodu mohou děti s VD v kombinaci s ADHD připomínat děti s PAS a obráceně [12]. Diagnózy ADHD a PAS jsou proto součástí diferenciální diagnostiky VD, se kterou KL může pomoci.

S přispěním KL lze také zachytit symptomatiku vzácných syndromů, jejichž součástí jsou obtíže v jazyce a řeči, a zároveň je díky jejich specifikům odlišit od VD. Z chromozomálních aberací se jedná o Klinefelterův syndrom, Syndrom delece 22q11.2, Angelmanův syndrom aj. Mezi monogenně dědičná onemocnění s nápadnostmi v jazyce a řeči patří Syndrom fragilního X chromozomu.

Doporučená doplňující vyšetření

Komorbidní charakter a překrývání NVP vede k suspekci a jejich predikci, z nichž v plné diagnostické kompetenci KL je častá porucha motorické koordinace v oblasti mluvidel (orální dyspraxie) způsobující fonetické obtíže v rámci poruchy artikulace.

Posuzovací škála ADHD IV [30] jako screening ADHD a podrobně popsané symptomy a diagnostická kritéria ADHD v Kompendiu klinické logopedie (kapitola Neurovývojové poruchy) umožňují vyjádřit suspekci na ADHD.

Užití některého ze screeningových materiálů PAS, jako jsou např. Childhood Autism Spectrum Test (CAST) [31] a Childhood Autism Rating Scale (CARS-2) v české verzi Krejčířové [32], poslouží k případné suspekci na PAS. K podobnému účelu také slouží část kurzu Klinicko-logopedická diagnostika u dětí, ve které je vysvětlen způsob měření komunikačních dovedností pomocí škály a porovnání rozdílu vývojové úrovně sociální komunikace a receptivního jazyka, zejména morfosyntaxu, tj. gramatiky: zjišťování, zdali dítě komunikuje nad/pod úroveň rozumění orálnímu jazyku. Je možné se také seznámit s dizertační prací, která jako první studie v ČR vytvořila dysfatický a autistický profil a vzájemně je porovnala [12].

Častou dyspraxii zachytíme např. českou verzí testu Movement Assessment Battery for Children-2 (MABC-2) [33].

K záchytu narušení psané/tištěné modality jazyka slouží subtesty z již zmíněné Diagnostiky specifických poruch učení, na základě kterých lze stanovit další komorbidní poruchu.

V případě pochybností je vhodné dítě poslat ke konziliárnímu vyšetření na specializované klinicko-logopedické pracoviště.

Vyšetření jinými specialisty

Multidisciplinární přístup je v současném pojetí NVP považován za nejefektivnější – jak v diagnostice, tak v intervenci. Hlavním oborem pro diagnostiku VD je klinická logopedie. Doporučení dalších vyšetření nejčastěji indikuje pediatr, kterému KL zasílá zprávu, v níž odůvodňuje suspekce na další doprovodná onemocnění a diferenciální diagnostiku.

Dětský neurolog je nezbytný pro záchyt abnormalit na EEG, neboť cca třetina dětí s VD vykazuje epileptiformní výboje po probuzení [34], a podílí se na diferenciální diagnostice VD, kam patří poranění mozku, získaná epileptická afázie v dětství (Landau-Kleffnerův syndrom), neurodegenerativní stavy a již zmíněné vzácné syndromy, kde postupuje ve spolupráci s genetikou.

Dětský klinický psycholog je nezbytný v případě pochybnosti o stavu rozumových schopností dítěte.

Pedopsychiatr, příp. dětský klinický psycholog stanovuje diagnózu PAS, naopak KL by měl v případě suspekce na PAS stanovit stav jazyka (zda je pacient bez poruchy, nebo s poruchou jazyka) a nejlépe i vývojovou úroveň jednotlivých jazykových oblastí. Pedopsychiatr nebo klinický psycholog stanovují diagnózu ADHD, proto by k nim měl být pacient s VD odeslán – ke zvážení medikace především u závažnějších projevů a k behaviorálnímu zácviku rodičů u dětí s mírnějšími projevy. Pedopsychiatr je také zapotřebí při výskytu dalších doprovodných poruch či symptomů: sociálních úzkostí, tikové poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, depresivních stavů aj.

Foniatr, lékař ORL je zapotřebí tehdy, pokud má KL po standardní orientační zkoušce sluchu podezření na sluchovou vadu, a to s vědomím, že všechny děti procházejí dvěma screeningy sluchu – novorozeneckým (otoakustické emise) a pětiletým (tónová prahová audiometrie) a také že podezření na sluchovou vadu bývá „červenou vlajkou" VD a PAS.

Fyzioterapeut a ergoterapeut jsou potřeba v péči o děti s častou komorbidní poruchou VD – dyspraxií. KL ji při vyšetření dobře zachycuje zejména v jemné motorice, proto je schopen doporučit ergoterapeuta. Při suspekci na poruchu motorické koordinace v hrubé motorice lze zvážit rehabilitačního lékaře, který po vyšetření odesílá pacienta k fyzioterapeutovi.

Oční lékař, příp. specialista na centrální postižení zraku (cortical visual impairment; CVI) je zapotřebí při podezření na vadu zraku – s vědomím, že nekorigovaná vada zraku či CVI ovlivňují terapeutickou snahu, při které se dítě s VD opírá o názornost.

Doporučený průběh terapie

Z důkladné diagnostiky VD – typu, stupně a identifikace všech komorbidních NVP (typů, stupňů) a dalších obtíží vyplynou doporučení terapeutických, kompenzačních a režimových opatření. Z toho důvodu nemůže existovat přesný univerzální postup. Přesto by měla platit následující pravidla:

a) Zapojení rodičů

- Rodičům stručně a srozumitelně vysvětlit podstatu diagnostického závěru, obeznámit je s problematikou NVP obecně (kapitola Neurovývojové poruchy v Kompendiu klinické logopedie [35]) a detailněji s podstatou i prognózou VD [2,12]. Seznámit je s plánem terapeutické péče a odůvodněním nezbytnosti jejich zapojení. Následně jim poskytovat průběžné poradenství, reagovat na aktuální změny, čímž se KL podílí na snižování sekundárních obtíží (v emoční, sociální a akademické oblasti).

b) Vytvoření prostředí koordinovaného působení na komorbidní poruchy

- Rozhodnutí KL o adekvátnosti započetí terapeutického působení na jím zjištěné doprovodné poruchy, které jsou v jeho kompetenci (elektivní mutismus, koktavost, porucha řečového zvuku).

proLékaře.cz | 19.11.2026

- Spolupráce s ostatními specialisty v případě jejich péče: s dětským neurologem (v případě komorbidní epilepsie), pedopsychiatrem (pokud dítě podstupuje medikamentózní léčbu, je třeba se vzájemně informovat o jejím průběhu – o změnách chování, spolupráci apod.), s psychoterapeutem (při sociální úzkosti, agresivitě apod., informovat ho o sníženém porozumění slyšeného sdělení), s ergoterapeutem, příp. fyzioterapeutem.
- Spolupráce s rezortem školství podle potřeby (se speciálními pedagogy, speciálně pedagogickým centrem, učiteli).

c) Vývojový přístup a neuropsychologické principy

- Recentní metaanalýza [36] udává nekonzistentní výsledky účinnosti terapie u jednotlivých symptomů VD:
  - pozitivní vliv léčby nejvíc zaznamenán u včasné (3–4letí) intenzivní stimulace receptivní a expresivní fonologie, méně u expresivní morfologicko-syntaktické roviny jazyka a ojediněle u narativního diskurzu;
  - žádný vliv nebyl doložen u receptivní morfologicko-syntaktické roviny;
  - méně důkazů je o efektivitě terapie expresivního lexikonu, žádný důkaz o receptivním lexikonu.
- Za dosud jediný slibný intervenční přístup je považován ten, který kopíruje osvojování jazyka bez ohledu na kalendářní věk, přičemž metody mohou být různé. Jedná se o systematické stimulace jazykových a s nimi souvisejících vývojových oblastí podle aktuálně zjištěného stavu (např. pokud naměříme receptivní morfologii a syntax u 5letého dítěte na 3 letech, budeme stimulovat porozumění jazyku od této úrovně). Součástí vývojového přístupu u dětí raného či předškolního věku s VD závažného stupně je edukace rodičů v adekvátních komunikačních strategiích (jakým způsobem s dítětem komunikovat). Existují důkazy o efektivitě stimulací i u starších dětí a adolescentů. Příkladem je terapie výbavnosti pojmů pomocí metody stimulace sémantiky podle struktury Ebbels [37].
- Využívat silných stránek psychomotorického vývoje – především vizuální percepce a vizuální paměti, a intervence proto opírat o názornost.
- Neopomenout stimulace pragmatiky jazyka, pokud je třeba. V opačném případě využívat k porozumění kontext situace.
- Vést terapii s ohledem na současné poznatky vědy o perzistenci poruchy a obecně doprovodných psychických obtížích na celkový psychický stav pacienta a na jeho sociální prostředí (rodinu a školu). Pacienta nepřetěžovat.

d) Četnost

- Systematický přehled [38] došel k závěru, že není ještě možno dát doporučení týkající se intenzity léčby. Vysokofrekvenční léčba je zřejmě výhodná pouze tehdy, pokud je dávka nízká.
- Četnost terapie závisí na více okolnostech: na typu a stupni VD a komorbidních NVP, na věku, osobnostním profilu pacienta, na schopnosti spolupráce rodiny a kapacitě KL. Pokud je rodič dostatečně edukován v konkrétních postupech, je možné vývoj spíš sledovat a erudovaně ho podle výsledků vstupní a kontrolní diagnostiky stimulovat. Geneticky narušený kognitivní mechanizmus, za který je v současné době jazykový konektom považován, nelze výrazně posunout za krátký čas. Naopak nepřiměřená terapeutická zátěž (zejména nekoordinovaná) může být příčinou sekundárních psychických obtíží.

Četnost a druh doporučených kontrolních vyšetření

Průběžné psychometrické sledování a zhodnocování vývoje je nutné, neboť kontroluje správnost diagnostiky, efektivitu terapie a upřesňuje aktuální stav pacienta. Jednou za půl roku až za jeden rok, nejméně však dvakrát v předškolním věku je třeba provést kontrolní vyšetření. Vhodné je zejména před nástupem do školy a nejpozději do 2 let od zahájení školní docházky. Také v průběhu staršího školního a adolescentního věku by mělo být provedeno alespoň jedno přešetření v obou obdobích. Ideálně termínované tak, aby zprávy z vyšetření KL mohly být podkladem pro vytváření podpůrných opatření školských poraden (jejichž platnost je v závislosti na školské legislativě omezená, a poradny proto po jejím uplynutí vyžadují zprávy nové).

Závěr

Indikací k vyšetření KL a ke koordinované péči dalších specialistů jsou přesně definované aspekty abnormálního vývoje v jednotlivých věkových kategoriích. V kompetenci vyšetření KL je posouzení oblastí klinického obrazu pojmenovaných konsorciem anglofonních zemí. U raného věku použijeme buď vývojovou škálu, nebo standardizovaný rodičovský dotazník. U předškolního a školního věku je nezbytné užití nejméně tří samostatných testů, subtestů a zkoušek. Pacienty v adolescentním věku vyšetřujeme nejméně jedním testem. Zároveň je třeba odlišit častou poruchu artikulace, plynulosti řeči (koktavost) a elektivní mutismus. Deficity ve strukturálním jazyce způsobují zpoždění komunikace, proto mohou děti s VD v kombinaci s ADHD připomínat děti s PAS a ADHD a obráceně. PAS je z toho důvodu součástí diferenciální diagnostiky VD, současně lze u PAS zachytit častou komorbidní poruchu jazyka. S přispěním KL lze také identifikovat symptomatiku vzácných syndromů, jejichž součástí jsou obtíže v jazyce a řeči, a zároveň je díky jejich specifikům odlišit od VD. Kromě diferenciální diagnostiky a léčebné terapie doprovodných poruch, které jsou v kompetenci KL, je nezbytná diferenciální diagnostika a identifikace a léčba dalších komorbidních poruch dětským neurologem a podle potřeby dalšími specialisty.

Cílem je vytvoření koordinované diagnosticko-terapeutické péče se vzájemnou komunikací mezi specialisty, opřené o psychometricky doložitelnou a ve zdravotnické dokumentaci zaznamenanou diagnostiku s průběžným kontrolním sledováním.

Konflikt zájmů

Autorka deklaruje, že v souvislosti s předmětem práce nemá žádný konflikt zájmů.

Literatura

1. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA et al. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. J Child Psychol Psychiatry 2017; 58(10): 1068–1080. doi: 10.1111/jcpp.12721.

2. Pospíšilová L, Hrdlička M, Komárek V. Vývojová dysfázie – funkční a strukturální korelace. Cesk Slov Neurol N 2021; 84/117(3): 237–244. doi: 10.48095/cccsnn2021237.

3. Mezinárodní klasifikace nemocí. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. 10 revize. Praha: Psychiatrické centrum 1996: 179.

4. World Health Organization. The International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO 2010.

5. World Health Organization. The International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11). Geneva: WHO 2018.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing 2013.

7. Raboch J, Hrdlička, M, Mohr P et al. (eds.) DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe-Testcentrum 2015.

8. Tomblin, JB, Records NL, Buckwalter P et al. The prevalence of specific language impairment in kindergarten children. J Speech Lang Hear Res 1997; 40(6): 1245–1260. doi: 10.1044/jslhr.4006.1245.