

VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE – DIAGNOSTICKÁ VÝCHODISKA Z PRAXE KLINICKÉHO LOGOPEDA A PSYCHOLOGA

DEVELOPMENTAL DYSPHASIA – DIAGNOSTIC POSSIBILITIES FROM PRACTICE OF CLINICAL SPEECH THERAPIST AND PSYCHOLOGIST

PhDr. Mgr. Lenka Vacková

Ambulance klinické logopedie. Psychologické poradenství a diagnostika. Wellnerova 3c, 779 00 Olomouc

logo-psycho.ol@seznam.cz

Abstrakt

Daný článek se snaží o krátký vhled do problematiky vývojové dysfázie. Téma je velmi rozsáhlé a není možné jej v rámci daného sdělení plně obsáhnout. Cílem je však ukázat na možnosti logopedické diagnostiky a diferenciální diagnostiky, využívání některých vývojových škál a testů vhodných pro práci klinického logopeda. Právě užívání škál a testových baterií umožňuje lépe sledovat vývoj postižení v čase a umožňovat tak přesnější zacílení terapie. V neposlední řadě také pomáhá získávat cenné informace pro výzkumnou oblast.

Abstract

The article tries to bring a brief insight developmental dysphasia. Issue is very extensive and it is not possible to comprehend its width fully in this article. The main aim is to show the possibilities of diagnosis and differential diagnoses, the use of some developmental scales and tests applicable to clinical speech therapist. It is especially the use of scales and tests battery which enables us to follow better development of disorders in time and helps us to aim the therapy more precisely. Very importantly it facilitates to gain valuable information for research.

Klíčová slova

vývojová dysfázie, diagnostika, diferenciální diagnostika, MKN-10, DSM-V, škály, testové baterie

Keywords

developmental dysphasia, diagnosis, differential diagnoses, MKN-10, DSM-V, scales, tests battery

Vývojová dysfázie. MKN-10, DSM-V

V logopedické terminologii se nejčastěji setkáváme s označením vývojová dysfázie. Tento název podporuje i řada foniatrů a neurologů. Již ze samotného názvu tak vyplývá, že se jedná o poruchu řeči (dys-), u dítěte (vývojová) a dá se zařadit do kategorie dalších dysfunkcí nebo ztráty funkcí v rámci lékařské/zdravotnické terminologie (Dlouhá et al., 2017).

Při diagnostice vývojové dysfázie postupujeme dle MKN-10, která užívá označení expresivní a receptivní porucha řeči a řadí je mezi poruchy psychického vývoje. V této souvislosti je nutné, aby daná porucha vznikla již v raném dětství, zahrnovala postižení ve vývoji funkcí, které mají vztah k biologickému zrání CNS a mají stálý průběh bez remisí a relapsů. Časté je postižení prostorové orientace a motorické koordinace. Dané postižení se mnohokrát s přibývajícím věkem zmírňuje. Drobnější obtíže však obvykle přetrvávají i do dospělého věku. U expresivní poruchy řeči je schopnost užívat mluvenou řeč pod úrovní mentálního věku dítěte a schopnost chápání je normální. Poruchy artikulace nemusí být vždy přítomné. Při receptivní poruše řeči je chápání řeči pod úrovní mentálního věku dítěte a téměř vždy je významně porušena expresivní řeč (pozn. tuto problematiku detailně rozvádí Pospíšilová v nově vydané publikaci Kompendium klinické logopedie [Neubauer et al., 2018], kde upozorňuje již na chybný překlad dané poruchy a současně porovnává uchopení diagnózy jednotlivými klasifikačními systémy s ohledem na aktuální neurofyziologické poznatky).

Ve své praxi se často setkáváme se smíšenými formami vývojové dysfázie, kdy je



PhDr. Mgr. Lenka Vacková,
klinický logoped, psycholog

receptivní složka řeči porušena v pásmu mírném až těžkém. A právě mírné narušení receptivní složky řeči může unikat větší pozornosti, ať už samotným rodičům, či jiným dospělým, se kterými dítě přichází do kontaktu.

Expresivní a receptivní poruchy řeči se mohou vyskytovat v komorbiditě s jinou diagnózou, pak hovoříme o kombinované narušené komunikační schopnosti, kdy je nutné uvést obě diagnózy, přičemž jako první se uvádí ta, která má výraznější klinický obraz (Richterová, 2018).

Dle MKN-10 je možná kombinace vývojové dysfázie a poruchy plynulosti řeči, dysartrie, dyspraxie, elektivního mutismu a ADHD aj. Užívání tohoto diagnostického manuálu však vylučuje kombinaci této diagnózy s prostým opožděným vývojem, mentálním postižením a poruchami autistického spektra (PAS). V rámci diferenciální diagnostiky je pak důležité odlišení od získané afázie s epilepsií (Landauův-Kleffnerův syndrom) a jazykového opoždění způsobeného ztrátou sluchu. Je tedy nutné, aby byly tyto děti současně odborně vyšetřeny specialistou v oboru neurologie a foniatrie. V rámci diferenciální diagnostiky je však vhodné brát v úvahu i skutečnost, že u dětí s vývojovou dysfázií může docházet k nízkým výkonům v inteligenčních testech, sekundárně daných

podstatou poruchy. Z našeho pohledu je pak významná funkční využitelnost intelektu. I přes dobrou úroveň intelektu v názorových subtestech může být u dítěte s těžkou formou vývojové dysfázie (s převahou obtíží v receptivní složce) míra pomoci srovnatelná jako u jedinců s mentálním postižením.

V klinické praxi narážíme na to, že současný diagnostický manuál (který je pro zdravotníky závazný) je již zastaralý a nereflextuje aktuální vědecké poznatky. Ocitáme se tak pro nás v „nekomfortním“ meziobdobí, kdy manuál MKN-10 již zcela neplatí a MKN-11 ještě neplatí. Tento problém výrazně vystupuje v rámci diferenciálního odlišení autismu a dysfázie. Podle DSM-V (Raboch et. al., 2018) je možná komorbidita autismu a vývojové dysfázie a z naší zkušenosti tak i někteří pedopsychiatri v rámci své praxe postupují. Jiní odborníci však komorbiditu vylučují a hovoří o pervazivní vývojové poruše (Dlouhá et al., 2017). Například Krejčířová (in Dlouhá et al., 2017) zdůrazňuje, že závažná porucha řeči je jedním ze tří hlavních diagnostických kritérií autismu a je jedním ze symptomů bazálního sociálního deficitu. V praxi pak bývá diagnóza vývojové dysfázie stanovena nejčastěji foniatrem a autismus pedopsychiatrem, což z našeho pohledu může rovněž způsobovat rozdíly

v samotné diagnóze. Tato diagnostická nejednotnost však často způsobuje v „terénu“ určitý diskomfort a rozladění na straně samotné rodiny dítěte s dysfázií. Pokud je u dítěte diagnostikována vývojová dysfázie, spadá pod SPC logopedické, v případě, že je u dítěte autismus, je přiřazeno do SPC pro děti s PAS. Stává se, že dítě tak putuje z jednoho školského zařízení do druhého a zpět na základě „měnící se“ diagnózy podle toho, kterého odborníka navštíví. Je otázkou, zda by současné přiznání komorbidit dysfázie a autismu v připravované MKN-11 „neusnadnilo“ následnou péči o tyto děti.

Pospíšilová (2018) zdůrazňuje přesné definování pragmatické komunikační poruchy a vývojové dysfázie, které by mohlo napomoci k diferenciálnímu odlišení od PAS. Jako možnou cestu vidí Test pragmatického jazyka (Test of Pragmatic Language, TOPL-2), kterou ověřuje na české populaci v rámci vlastní praxe.

Pro lepší názornost v rozdílech mezi vývojovou dysfázií a PAS uvádíme tabulku 1, ve které jsme se pokusili definovat základní pozorovatelná kritéria rozdílů těchto dvou diagnóz s využitím Posuzovací škály dětského autismu – CARS2 (Schopler et al., 2018).

	Vývojová dysfázie	PAS
Vztah k lidem	Uvědomování si přítomnosti druhých, možné obtíže v kvalitě a reciprocitě sociální interakce dané primárně narušenou komunikací. Případná sociální izolace až sekundárně (často u těžkých receptivních forem). K vzájemným výměnám dochází nekonzistentně, nepřiměřeně dané situaci (primárně obtíže v řeči).	Různý stupeň obtíží v navazování vztahů s druhými od interakce, která slouží pouze pro uspokojení běžných potřeb, a potřeb v oblasti svých specifických zájmů, až po minimální reakce na pobídky od druhých. K vzájemným výměnám dochází nekonzistentně, nepřiměřeně dané situaci (primárně sociální deficit).
Schopnost napodobovat zvuky, slova, pohyby a aktivity	Obtíže s nápodobou zvuků a slov dané primárně obtížemi ve sluchovém zpracování, sekundárně může docházet k vyhybavému chování danému opakovaným vystavováním dítěte neúspěchu, nadměrnému tlaku pro danou aktivitu. U některých dětí s vývojovou dysfázií obtíže s plánem pohybu.	Různé kvalitativní obtíže s verbální, motorickou a sociální nápodobou. Chybí smysl pro vzájemnost, sdílení v odlišné míře. Pokud je imitace přítomná, je však v kvalitě a frekvenci nápadná.

Emoce	Obtíže s regulací emocí jako důsledek deficitů v řeči (neschopnost se vyjádřit, obtíže s chápáním řeči). Širší paleta emočních projevů. Schopnost regulovat své chování na základě rozpoznání výrazů emocí u druhých. Schopnost přebírat perspektivu druhých. Určitá sociální neobratnost je až sekundárním důsledkem poruchy.	Extrémní emoční reakce až po oploštělou emotivitu. Neverbální doprovod emocí nemusí vždy souhlasit s obsahem slovního sdělení. Různý stupeň obtíží s popisem vlastních emocí, jejich porozumění. Obtíže s regulací emocí na základě porozumění jemnějším výrazům tváře u druhých. Místy nerozumí jemnějším výrazům typu ironie, ambivalence apod. Různý stupeň obtíží s přebíráním perspektivy od druhých.
Motorika	Časté obtíže v jemné a hrubé motorice, v koordinaci pohybů ale bez motorických stereotypů.	Obtíže v jemné a hrubé motorice, motorická neobratnost, mohou být přítomny i motorické stereotypy, autoagresivní chování, kývání se, točení se, chůze po špičkách.
Hra	Může být nižší zájem o knížky, čtení z knížek, ale bez atypické herní aktivity. Hra může být na nižší úrovni díky deficitům v porozumění a řeči (mohou být upřednostňovány hry konstrukční povahy).	Různý stupeň zájmu o herní aktivity od atypického používání (pozornost zaměřená na nepodstatnou část hračky, fascinace odleskem, pohybem) po nepřiměřený zájem (např. fascinace technickými přístroji).
Adaptabilita	Se vzrůstající mírou deficitů v řeči dochází u dítěte k frustraci, neurotickým projevům, v krajním případě i depresím.	Různý stupeň zvládání změn a přizpůsobení se jim. Silná potřeba dokončovat dané aktivity. Významný vliv deficitů v sociálním porozumění.
Zrakové reakce	Oční kontakt nebývá narušen. V případě komorbidit s ADHD nemusí být oční kontakt dostatečně modulovaný s řečí.	Časté obtíže v navázání nebo udržení očního kontaktu. Mohou být přítomny fascinace zrcadly, světly, dívání se do prázdna, z různých úhlů či přidržování si předmětů blízko očí.
Sluchové reakce	Zvláštnosti v reakci na sluchové podněty ve smyslu hyper- či hyposenzitivní reakce, které jsou pak součástí poruchy senzoryckého zpracování.	Časté fluktuující reakce na sluchové podněty určité kvality od přecitlivělé reakce až po ignoraci, někdy i zakrývání si uší rukama.
Smysly	Zvláštnosti v reakci na smyslové podněty nejsou součástí diagnostiky pro dysfázii, v komorbiditě se mohou projevovat jako součásti poruchy senzoryckého zpracování.	Časté zvláštnosti týkající se abnormní reakce na čichové, chuťové a hmatové podněty. Může se objevovat zaujetí očíháváním, ochutnáváním, olizováním předmětů nebo lidí. Různé zvláštnosti ve vnímání bolesti (od ignorace až po extrémně silnou reakci na bolest). V rámci DSM-V pak součást diagnostického kritéria pro autismus.
Strach. Nervozita	Není diagnostickým kritériem pro danou poruchu. Sekundárně se může objevovat strach nebo nervozita v souvislosti s frustrací z řeči.	Časté strachy nebo nervozita, která je neúměrná situaci a věku. Mohou se objevovat i obtíže s vnímáním reálného nebezpečí, riskantní chování.
Verbální komunikace	Různý stupeň řečových obtíží od lehkých dysgramatismů až po těžké obtíže ve verbální produkci, ale bez bizarnosti.	Obtíže v řeči různého stupně. Pokud je většina verbálního projevu srozumitelná, může se objevovat vyšší frekvence echolálií. U těžších obtíží častý žargon, echolálie, záměny zájmen, nadměrné kladení otázek nebo preference určitých témat. U těžkých forem časté bizarní užívání určitých slov či zvuků.

Neverbální komunikace	Většinou živá gestikulace, snaha nahrazovat deficity ve verbální produkci znaky a mimikou. Nebývají obtíže v porozumění neverbální komunikaci druhých lidí.	Různý stupeň narušení neverbální komunikace. Časté obtíže s ukazováním, schopností své potřeby a přání neverbálně vyjádřit. Mohou se objevovat bizarní, zvláštní nesmyslná gesta, deficity v chápání gest a obličejové exprese u druhých.
Aktivita	Mohou se objevovat poruchy aktivity jako součást syndromu ADHD.	Časté zvláštnosti v aktivitě ve smyslu hypo- nebo hyperaktivity. Mohou se objevovat i obtíže se spánkem.
Kognitivní profil schopností	Často nerovnoměrně rozložený, s převahou názorové složky. Primárně však nejde o mentální postižení.	Nerovnoměrné rozložení schopností, které se pohybují v pásmu deficitu i normy. Celkový intelekt od pásma nadprůměru po těžké mentální postižení. Funkční využití intelektu bývá často nižší.

Tabulka 1: Diferenciální diagnostika vývojové dysfázie/ PAS

Testy a škály

Obecně platí, že pro co nejpříznivější prognózu dané poruchy je zásadní včasné zachycení dětí s rizikem, ale i bez něj. Z tohoto důvodu je nutné, aby byli kliničtí logopedové připraveni přijímat děti již od nejtěššího věku a pracovat s nimi.

Diagnostiku vývojové dysfázie dále stěžuje poměrně variabilní klinický obraz, daná porucha řeči bývá často spojena s dalšími kognitivními deficity, které nemusejí být přítomny u všech dětí. Jak uvádí Krejčířová (in Dlouhá et al., 2017), v některých případech může být porucha řeči přímým důsledkem základní neuropsychologické dysfunkce, jako je tomu např. u poruchy sluchové percepce nebo poruchy verbální paměti. V jiných případech jde o deficity, které jsou funkčně relativně nezávislé, avšak vyžadují cílenou terapii (např. vizuoprostorové poruchy). U dětí s vývojovou dysfázií se tak setkáváme s poruchami percepce (zejména verbální sluchovou agnózií, fonologickými poruchami, s deficity ve vnímání sekvencí, zpomaleným tempem zpracování verbálních podnětů, obtížemi s diskriminací apod.), s poruchami pozornosti, paměti (zejména krátkodobé verbální paměti, pracovní paměti, tzv. artikulační smyčka), s deficity exekutivních funkcí a integračních dovedností, motorickou neobratností a vizuoprostorovými obtížemi.

Pro samotnou logopedickou diagnostiku vývojové dysfázie je stěžejní právě vyšetření řeči u dítěte, a to jak exprese, tak porozumění ve vztahu k jeho adaptivnímu fungování. Informace od rodičů mohou být v této souvislosti velmi zkreslené a je na nás, abychom byli schopni zjistit vývojový stupeň řeči (velmi často se stává, že dítě rozumí danému slovu / slovní

instrukci jen v určitém kontextu, a rodič tak nemusí deficity v porozumění u dítěte rozpoznat).

V klinické logopedii není standardizovaný test řeči, který by bezpečně určil danou diagnózu – jen pro srovnání, pro diagnostiku PAS jsou k dispozici dva standardizované testy CARS2 (Schopler et al., 2018) a ADOS-2 (Lord et al., 2014). Jak uvádí Pospíšilová (Neubauer et al., 2018), v současné době probíhá standardizace testu receptivní slovní zásoby Peabody Picture Vocabulary Test. Jeho využívání v klinické praxi nám dle našeho pohledu může významně usnadnit stanovení dané diagnózy.

Jako výhodné se jeví používání vývojových škál. I klinický logoped může po zaškolení využívat **Bayleyové škály** (2006) určené pro děti do tří let věku (pozn. její třetí verze však ještě nemá na rozdíl od svého druhého zpracování české normy). Administrací mentální, motorické škály a škály chování tak získá cenné informace o aktuálním vývoji dítěte a míře poruchy. Současně tak může lépe plánovat terapeutické postupy a intervence směřované k rodině dítěte. Určitou nevýhodou dané škály je však menší počet položek ke zjištění úrovně řeči.

V naší praxi se nám osvědčilo (i pro děti s vývojovou dysfázií) používání **Edukačního hodnotícího profilu dítěte s poruchou autistického spektra pro děti 0–7 roků** (Čadilová, Žampachová et al., 2012), jež je schopen poměrně snadno zmapovat jednotlivé složky osobnosti dítěte (zejména sociální a emoční vývoj, receptivní a expresivní řeč, hru, jemnou a hrubou motoriku, imitační chování, sebeobsluhu) a pomoci tak nastavit efektivní terapeutický plán. Nevýhodou této metody

je pak možný významný rozptyl v rámci jednotlivých položek (tj. hodnocení, když dítě plní dané položky konstantně a mezi vývojovým potencionálem). Současně máme zkušenost s mírným nadhodnocováním výsledků zejména v oblasti receptivní řeči.

Token test (Bolcekova et al., 2015), který obsahuje zvlášť verzi pro děti a dospělé, je považovaný za jednoduchou, krátkou a psychometricky nenáročnou metodu. Tento test se dočkal již standardizace pro českou populaci a primárně umožňuje hodnocení porozumění mluvené řeči. Jeho administrace nám poskytuje také informace o kvalitě pozornosti, soustředění se na verbální informaci a kapacitě pracovní verbální paměti.

Ke zjištění perцепčně motorických schopností je pak vhodné využívat některé kresebné techniky, které poměrně snadno umožní zjistit potřebné informace. Mezi nejpoužívanější patří **Test obkreslování** (Matějček, Vágnerová, 1992) a **Kresba postavy** (Šturma, Vágnerová, 2010). U dětí s vývojovou dysfázií tak nacházíme typické znaky, které nám pomáhají ke stanovení diagnózy a následně pak ke sledování průběhu vývoje poruchy (např. grafomotorika je na nižší vývojové úrovni než odpovídá chronologickému věku dítěte, významná disproportionálnost v provedení, obtíže s umístěním na ploše papíru, s napojováním jednotlivých částí, přetažené a nedotažené linie, zdvojování čar, třes). Obecně platí, že kresba bývá u „zdravých“ dětí oblíbená a žádaná aktivita, což se často netýká dětí s vývojovou dysfázií, u nichž jsou v rámci vyšetření patrné projevy strachu z neúspěchu až po úplné odmítání kresby (pozn. u dětí s PAS pak mnohdy nacházíme lepší výsledky v testech na obkreslování

než při samotné kresbě lidské postavy, kterou častokrát negují).

V této souvislosti je vhodné taktéž vyšetření citlivosti v oblasti rukou, vyloučení přítomnosti některých primárních reflexů (např. palmární reflex, asymetrický-tonický šíjový reflex, rooting reflex, tonický-labyrintový reflex), které mohou ovlivňovat kvalitu grafomotoriky (Blythe, 2012, Volemanová, 2013).

Ke zjištění zrakové percepce pak můžeme použít např. **Vývojový test zrakového vnímání** od Frostigové, který je určený dětem od čtyř do osmi roků (Krejčířová, Říčan, 2016), **Reverzní test** (Edfeldt, 1992) či *Test zrakového vnímání a soubor pracovních listů pro rozvoj zrakového vnímání* (Felcmanová, 2017), (pozn: test je možné využívat po absolvování školícího kurzu).

V našich podmínkách je hojně využíváný **Test laterality** (Žlab, Matějček, 2000),

kteří zjišťuje laterální preferenci a dominanci ruky a oka, a doplňkové úkoly na zjištění laterality nohy a ucha. Jako přínosnější se však jeví využívání testů na nedostatky „midline crossing“ – např. **Test QHP** (quantification of hand preference), který lépe ukazuje na nevyzrálou či dominanci CNS (Dlouhá, 2017).

V logopedické praxi běžně užívané **testy Ozereckého – Vyšetření jemné motoriky dle Ozereckého a Kwinta – Test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta** (Škodová, Jedlička et al., 2003) nám dle našich zkušeností neumožňují získat plnohodnotné informace o stavu motoriky a je nutné je při jejich užívání doplnit o detailnější informace z jiných testovacích nástrojů (např. **MABC-2 Test motoriky pro děti** (Henderson, 2014), **Test 3F** (Roubíčková, Hedánek, 2011) aj.). Ke zjištění případných senzorních obtíží pak můžeme využít např. **Dotazník funkčního**

poslechu – Listening Skills Inventory (Wallace, 2008) či **Short Sensory Profile** (Dunn, 1999).

Standardizovaný test **Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí** (Škodová, Jedlička et al., 2003) umožňuje zhodnotit zralost sluchového vnímání v čase a díky své snadné administraci je hojně využíván v praxi klinických logopedů.

U školních dětí pak hodnotíme čtení a psaní a sledujeme tak případné specifické vývojové poruchy učení typu dyslexie, dysgrafie a dysortografie. Pro děti od pěti roků je možné použít test **Deficity dílčích funkcí** (Sindelárová, 2003), který detailně postihuje úroveň percepčních a kognitivních funkcí a kromě diagnostiky umožňuje nastavení nápravného a tréninkového programu.

Edukačně – hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)
Bayleyové škály
Deficity dílčích funkcí
Dotazník funkčního poslechu
Dysartrický profil. Test 3F
Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí
Kresba postavy
Posuzovací škála dětského autismu CARS2
MABC-2 – Test motoriky pro děti
Reverzní test
Short Sensory Profile
Test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta
Test laterality
Test obkreslování
Test QHP
Test zrakového vnímání a soubor pracovních listů pro rozvoj zrakového vnímání
Token test
Vyšetření jemné motoriky dle Ozereckého
Vývojový test zrakového vnímání

Tabulka 2: Testy a dotazníky vhodné i pro klinické logopedy

Máme-li i psychologické vzdělání, můžeme po zaškolení využívat standardizovaný **Standfordský Binetův inteligenční test – IV. Revize** (Thorndike, 1996) vhodný pro děti od tří roků. Jeho nevýhodou je menší atraktivnost testovacího materiálu pro děti oproti jeho starší verzi S-B testu. Pro děti s komunikačními obtížemi je pak doporučováno testování pomocí **SON-R 2 ½–7** (Tellegen et al., 2008), jehož přínosem je zejména skutečnost, že patří mezi

neverbální inteligenční testy použitelné již pro děti od 2,5 roku. Jeho snad jedinou nevýhodou je pak poměrně vysoká pořizovací cena.

Cenné informace získáme z poměrně nového psychologického testu **IDS** (Grob et al. 2014), který je vhodný pro děti od pěti do jedenácti roků. Předností tohoto testovacího souboru je mimo jiné zjištění úrovně neverbálního pojmového myšlení, fonologického sluchu (fonologická

smyčka) a sluchové paměti v rámci vyšetření kognitivního vývoje. Mimo motorické zkoušky pak obsahuje subtesty ke zjištění informací o expresivní, receptivní řeči a socioemočních kompetencích, které mohou poskytnout důležité informace v rámci diferenciální diagnostiky vývojové dysfázie od PAS.

Pro šestileté děti je pak doporučováno administrovat standardizovaný psychologický test **WISC-III.** (Wechsler, 2002),

který umožňuje poměrně dobře zmapovat verbální a názorovou oblast, jež bývá u dětí s vývojovou dysfázií nerovnoměrně rozložena.

Shrnutí a závěr

Aktuální diagnostika vývojové dysfázie vychází z manuálu MKN-10, který již není schopen dostatečně reflektovat současné

neurovývojové poznatky. Má-li se klinický logoped stát rovnocenným členem v mezioborovém týmu odborníků zabývajícím se vývojovou dysfázií, je nutné, aby využíval mimo pozorování a rozhovor také diagnostické škály a testy, nejlépe standardizované, které umožňují vnímat klinický obraz vývojové dysfázie v čase. V současné době však není v klinické logopedii

k dispozici standardizovaný test k určení vývojové dysfázie. Právě vytváření standardizovaných testů a jejich výhradní užívání klinickými logopedy by tak mohlo napomoci k jasnějšímu rozlišení práce „klinika“ od tzv. „školního“ logopeda a tím čitelnějšímu vymezení oboru klinická logopedie pro laickou i odbornou veřejnost.

Literatura

BAYLEY, N., 2006. Bayley Scales of Infant and Toddler Development – 3rd Edition (Bayley III). San Antonio, TX: Harcourt Assessment. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

BLYTHE, S. G., 2012. *Dítě v rovnováze. Pohyb a učení v raném dětství*. 2 vyd. Praha: Institut psychoterapie a socioterapie. ISBN 978-80-9710-330-9.

BOLCEKOVÁ, E., M. PREISS, L. KREJČOVÁ, 2015. *Token test*. Otrokovice: Propsyco.

ČADILOVÁ, V., Z. ŽAMPACHOVÁ a kol., 2012. *Edukačně – hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)*. Praha: Pasparta.

DLOUHÁ, O. et al., 2017. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-314-2.

DUNN, W., 1999. *Short Sensory Profile*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

EDFELDT, A.W., 1992. *Reverzní test*. Brno: Psychodiagnostika.

FELCMANOVÁ, L., 2013. *Test zrakového vnímání a soubor pracovních listů pro rozvoj zrakového vnímání*. Praha: Dyscentrum.

GROB, A., Ch. S. MEYER a P.HAGMANN – von ARX, 2013. IDS. *Intelligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5–10 let*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

HENDERSON, S. E., SUGDEN, D. A., BARNETT, A. L., 2014. *MABC-2 - Test motoriky pro děti*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

KREJČÍŘOVÁ, D., P. ŘÍČAN, 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4 vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

LORD, C., K.GOTHAM, M. RUTTER, P. C. DILAVORE, S. RISI, S. L. BISHOP, R. J. LUYSTER, W. GUTHRIE, 2014. *ADOS-2 – Diagnostika a hodnocení poruchy autistického spektra*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

MATĚJČEK, Z., M. VÁGNEROVÁ, 1992. *Test obkreslování*. Bratislava: Psychodiagnostika, spoločnosť s r. o.

MATĚJČEK, Z., Z. ŽLAB, 2000. *Test laterality*. Brno: Psychodiagnostika.

MKN-10 [online], [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

NEUBAUER, K. et al., 2018. *Kompéndium klinické logopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.

POSPÍŠILOVÁ, L. (2018), Vývojové poruchy řeči/ jazyka/ komunikace v současném konceptu neurovývojových poruch. *Listy klinické logopedie*, e- časopis, č. 1/2018, s. 39 – 44, Dostupné z: http://casopis.aklcr.cz/subdom/casopis/wp-content/uploads/2019/01/18_0161_Listy_klinicke_logopedie_1_2018.pdf

RABOCH, J., M.HRDLIČKA, P. MOHR, P. PAVLOVSKÝ, R. PTÁČEK, 2015. *DSM-5 - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Testcentrum – Hogrefe. ISBN 978-80-86471-52-5.

RICHTROVÁ, B., 2018. Diagnostická rozvaha nad specifickými vývojovými poruchami řeči a jazyka. *Listy klinické logopedie*, e- časopis, č. 1/2018, s. 12 – 16, Dostupné z: http://casopis.aklcr.cz/subdom/casopis/wp-content/uploads/2019/01/18_0161_Listy_klinicke_logopedie_1_2018.pdf

ROUBÍČKOVÁ, J., J. HEDÁNEK, 2011. *Dysartrický profil*. Test 3F. 3 vyd. Praha: Galén.

SCHOPLER, E., M. E. VAN BOURGONDIEN, G. J. WELLMANN, S. R. LOVE, 2015. *Posuzovací škála dětského autismu CARS2*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

SINDELÁROVÁ, B., 2007. *Deficity dílčích funkcí*. Brno: Psychodiagnostika.

ŠKODOVÁ, E., I. Jedlička a kol., 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, E., F. MICHEK, M. MORAVCOVÁ, 1995. *Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí*. Praha: Realia a.s.

ŠTURMA, J., M. VÁGNEROVÁ, 2010. *Kresba postavy*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.

TELLEGEN, P. J., J. A. LAROS, D. HEIDER, 2008. *SON-R 2 ½ - 7. Neverbální inteligenční test*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

- THORNDIKE, R. L., E. P. HAGEN, J. M. SATTLER, 1996. *Standfordský Binetův inteligenční test – IV. Revize*. Brno: Psychodiagnostika.
- VOLEMANOVÁ, M., 2013. *Přetrvávající primární reflexy, opomíjený faktor problémů učení a chování*. Praha: Volemanová Marja Annemiek – Red tulip.
- WALLACE, K., 2008. *Listening Skills Inventor. Vital Links and Sensory History Questionnaire by Kerry Wallace*.
- WECHSLER, D., 2002. WISC-III. *Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Praha: Testcentrum – Hogrefe. ISBN 80-86471-29-5.
-