



Názov:

**Balbuties, zajakavosť, narušenie plynulosti reči  
F 98.5 podľa MKCH 10**

Autori:

**PhDr. Ľubomíra Štenclová, PhD.**

Špecializačný odbor:

**Klinická logopédia**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

## Balbuties, zajakovosť, narušenie plynulosti reči F 98.5 podľa MKCH 10

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0222	30. november 2021	schválený	15. december 2021

## Autori štandardného postupu

### Autorský kolektív:

PhDr. Ľubomíra Štenclová, PhD.

### Členovia odbornej pracovnej skupiny:

PaedDr. Barbora Bunová, PhD., PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc., PaedDr. Mária Masárová, Mgr. Zuzana Moškurjaková, Mgr. Miroslava Petrik, PhDr. Anna Paluková, Mgr. Marianna Piovárová, PaedDr. Mária Šišková

### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** MUDr. Helena Glasová, PhD.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

### Recenzenti

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

### Technická a administratívna podpora

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; JUDr. Ing. Zsolt Mányi, PhD., MHA; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka

**Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** „Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe“ (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

incipientná balbuties, fixovaná balbuties, chronická balbuties, neurogénna balbuties, psychogénna balbuties, pravohemisférový systém, ľavohemisférový systém, dysfluencie, nadmerná námaha, intrapsychická tenzia, integratívny prístup

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

<b>ADHD</b>	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou
<b>CNS</b>	centrálne nervová sústava
<b>D</b>	dysfluencie
<b>EBT</b>	Evidence-Based Therapy - prax založená na dôkazoch
<b>FGR</b>	fonograforytmika
<b>MKCH</b>	Medzinárodná klasifikácia chorôb
<b>NKS</b>	narušená komunikačná schopnosť
<b>NVR</b>	narušený vývin reči
<b>ORL</b>	otorinolaryngológia

**Cieľová skupina:** Zahŕňa populáciu detí raného a predškolského veku a celú populáciu adolescentov a dospelých.

### Hodnotenie váhy dôkazov:

**Ia:** metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií.

**Ib:** aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia.

**IIa:** aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie.

**IIb:** aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvázi-experimentálna, bez randomizácie.

**III:** deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky.

**IV:** odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít.

## Kompetencie

Zdravotná starostlivosť o detských a dospelých pacientov s narušením plynulosti reči, pri ktorom je charakteristický výskyt nedobrovoľných páuz narušujúcich plynulosť procesu hovorenia, je dlhodobým diagnostickým a terapeutickým procesom a vyžaduje komplexný viacodborový prístup. Všeobecný lekár pre dospelých/deti a dorast odosiela do ambulancie klinickej logopédie dospelého/dieťa s podozrením v oblasti narušenia plynulosti reči (dysfluencie) alebo s prejavmi neplynulosti v reči (balbuties). Tento druh NKS zvyčajne vyžaduje spoluprácu s lekármi rôznych špecializácií a zefektívňuje klinicko-logopedickú starostlivosť. Lekár so špecializáciou detská neurológia a neurológia zabezpečuje neurologickú diagnostiku a terapiu základného ochorenia, ktorú spôsobuje narušenie plynulosti reči (dysfluencia) a ak je potrebné aj s následnou prípadnou farmakoterapiou. Lekár so špecializáciou ORL a foniatria poskytuje konziliárne vyšetrenie v prípade tohto druhu narušenia plynulosti reči (dysfluencie). Lekár so špecializáciou detská psychiatria a psychiatria zabezpečuje psychiatrickú diagnostiku a terapiu tohto druhu narušenia plynulosti reči. Klinický psychológ, neuropsychológ zabezpečí diagnostiku a terapiu pacienta s narušením plynulosti reči (balbuties) v súvislosti so stabilizáciou jeho psychického stavu. Klinický logopéd realizuje

klinicko-logopedickú prevenciu, diagnostiku a následnú terapiu balbuties, resp. prípadného koexistujúceho narušenia plynulosti reči (tumultus sermonis). Klinický logopéd poskytuje zároveň v tejto oblasti aj poradenstvo a edukáciu pre rodinných príslušníkov pacienta.

## Úvod

Zajakavosť je narušená komunikačná schopnosť, ktorej najcharakteristickejším príznakom je nedobrovoľné a nekontrolovateľné narušenie fluencie reči. Je pokladaná za syndróm komplexného narušenia orgánov participujúcich na hovorení, ktorý sa najnápadnejšie prejavuje nedobrovoľnými, špecifickými pauzami. Zvyčajne je sprevádzaná nadmernou námahou pri artikulovaní a intrapsychickou tenziou súvisiacou s komunikáciou (Lechta, 2002, 2004, 2016). Postihuje tak deti ako aj dospelých pacientov. Rizikovými skupinami u detí sú tie, kde sú prítomné problémy vo vývine reči, heredita, nedostatok sebadôvery u dieťaťa alebo naopak príliš vysoké aspirácie, orgánové odchýlky, nevhodný spôsob interakcie (Králiková, 2009). Rizikovými skupinami u dospelých pacientov môžu byť rôzne neurologické ochorenia, úrazy hlavy alebo pacienti s následkami po silnej psychickej traume (Hood, 2004).

**Vývinová zajakavosť** je porucha plynulosti reči, ktorá má začiatky v detstve. Bosshardt (2008) uvádza, že asi v 90 % prípadov vzniká zajakavosť ešte pred štvrtým rokom života. Veľké množstvo intaktných detí medzi 2. a 5. rokom vykazuje vývinové dysfluencie v období rapidného nárastu rečových a jazykových schopností (Eichorn, Fabus, 2012).

Kompletný klinický obraz zajakavosti môže vzniknúť postupne. V ranom veku ide o vývinové dysfluencie, ktoré spontánne nezaniknú, ale pridružia sa k nim rizikové faktory. Pri pretrvávajúcom pôsobení rizikových faktorov môže dieťa na dysfluencie reagovať nadmernou námahou a dochádza k transformácii vývinovej dysfluencie na incipientnú zajakavosť. Tu už ide o prechod do patológie, prienik dysfluencií a nadmernej námahy a zvyčajne sa toto obdobie viaže na predškolský vek. S postupným uvedomovaním si zajakávania v školskom veku dochádza ku fixovanej zajakavosti. Nárast intrapsychickej tenzie, fixácia symptomatiky a kompletný klinický obraz zvyčajne pozorujeme u balbutikov po 14. roku života a definujeme ho ako chronickú zajakavosť (Lechta, 2004).

**Získaná zajakavosť** je strešný pojem, ktorý označuje poruchy fluencie, ktoré vznikli prvýkrát v období dospievania alebo v dospelosti a nemajú vývinový pôvod. Na základe etiológie sa ďalej rozdeľuje na subtypy. Najčastejšie sa vyskytujúce subtypy sú neurogénna zajakavosť a psychogénna zajakavosť. **Neurogénna zajakavosť** je spôsobená alebo zhoršujúca sa neurologickým ochorením alebo poškodením CNS. **Psychogénna zajakavosť** vzniká v dôsledku psychickej traumy, ktorú môže sprevádzať vysoká úroveň stresu a/alebo anxiety (Ward, 2010).

Štandard sa zaoberá klinicko-logopedickou intervenciou pri zajakavosti u pacientov všetkých vekových kategórií. Poskytnutie kvalitnej klinicko-logopedickej intervencie pomáha eliminovať/odstrániť symptómy narušenia plynulosti reči (zajakavosti) u pacienta, čím napomáha predchádzať terciárnym následkom balbuties.

## Prevenca

Princípy primárnej logopedickej prevencie sú všeobecné, keďže pri zajakavosti ide o multifaktoriálny, dynamický a variabilný syndróm NKS. Mimoriadny význam má sekundárna logopedická prevencia, pretože najčastejšou bázou pre vznik zajakavosti je ako uvádza Lechta (2016) obdobie vývinových neplynulostí. Ak by sa podarilo predísť napr. pôsobeniu rizikových faktorov zo strany prostredia v tomto období, predišlo by sa v mnohých prípadoch ohrozeniu zajakavosťou (Lechta, 2016). Ako ďalej uvádza, pokiaľ ide o terciárnu prevenciu, jej pôsobenie pri incipientnej zajakavosti musí byť zacielené na eliminovanie sociálnych, komunikačných a kognitívnych stresorov, ktorých pôsobenie zvyčajne rezultuje fixovanú zajakavosť a postupný prechod do chronicity (Lechta, 2002, 2004, 2016). Prevencia získanej zajakavosti je závislá na prevencii základných ochorení, pri ktorých sa manifestuje táto narušená komunikačná schopnosť (poranenie, ochorenie CNS, psychická trauma).

## Epidemiológia

Odhaduje sa, že asi 5 % populácie prežila skúsenosť s príznakmi dysfluencií trvajúcich dlhšie ako 6 mesiacov (Hood, 2000; Mansson, 2000). Odhad výskytu prejavov dysfluencií u detí, u ktorých sa preukázateľne vyskytlo obdobie vývinových neplynulostí trvajúcich kratšie časové obdobie sa odhaduje na 15 %. Možno teda konštatovať, že incidencia je až okolo 5 % (Kell et al., 2009; Waelkens, 2018), pričom niektorí autori (napr. Reilly et al., 2013; Yairi, Ambrose, 2013) dospeli k záveru, že môže byť ešte vyššia. Vyššia incidencia bola zaznamenaná u detí do 3 rokov a to 8,5 % a u detí do 4 rokov až 11 % (Reilly et al., 2013).

Odhady prevalencie sa pohybujú do 5,6 % (Craig et al., 2002; McLeod, Harrison, 2009) v závislosti od veku výskumnej vzorky. Prevalencia je pritom podobná vo všetkých sociálnych vrstvách, vo všetkých rasách a vo všetkých kultúrach (Büchel, Sommer, 2004).

Najspoláhlivejší faktor, ktorý súvisí s vyliečením sa zo zajakavosti je pohlavie. U dievčat je oveľa pravdepodobnejšie, že dysfluencie ďalej neprejdú do incipientnej zajakavosti ako u chlapcov. Pomer chlapcov a dievčat je približne rovnaký pri vzniku zajakavosti a s pribúdajúcim vekom sa pomer zvyšuje (v detstve pomer chlapci a dievčatá 2:1, v dospelosti pomer muži a ženy približne 4:1) (Eichorn, Fabus, 2012; Yairi, Ambrose, 2013).

O incidencii a prevalencii neurogénnej zajakavosti je známe len málo. V prospektívnej štúdií Theys et al. (2011) uvádza, že incidencia neurogénnej zajakavosti je 5,3 % a prevalencia najmenej 2,5 %. Priemerný vek pacientov s neurogénnou zajakavosťou po mozgovej príhode bol 67 rokov (vekové rozpätie však kolísalo od 35 do 92 rokov). Výskyt neurogénnej zajakavosti po mozgovej príhode z hľadiska pohlavia je častejší u mužov. Pomery mužov a žien sú uvádzané rôzne od 2:1 (Theys, Van Wieringen, De Nil, 2008), 5:1 (Jokel, De Nil, Sharpe, 2007) do 10:1 (Mazzucchi et al., 1981 in Theys et al., 2011).

## Patofyziológia

Existuje mnoho teórií o pôvode zajakavosti, no príčina je stále nejasná a môže byť multifaktoriálna (Guitar, 2019). Medzi najčastejšie popísané faktory patria: genetický faktor, faktor abnormálneho fungovania a štruktúry mozgu, lingvistický faktor a psychický faktor,

ktoré sú v interakcii s celým radom environmentálnych faktorov (Bloodstein, Ratner, 2008; Didirkova, Štenclová, Hirsch, 2016; Guitar, 2019; Lechta, 2016; Rautakoski et al., 2010; Václavíková, Štenclová, Marková, 2014; Yairi, Ambrose, 2013). Pospíšilová (2018) uvádza, že patofyziologické základy sa začínajú objavovať v kritickom období, kedy deti prechádzajú intenzívnym vývinom reči a jazyka, kognície, motoriky a emócií.

Podľa novších autorov (Lechta, 2004) je zajakavosť spôsobená diskoordináciou dvoch centrálnych zložiek jazykovej produkcie: paralingvistického, pravohemisférového systému, zodpovedného za vokálne, tónové, prozodické funkcie a lingvistického, ľavohemisférového segmentálneho systému, zodpovedného za jazykový obsah, sémantiku, syntax a fonológiu.

Medzi možnými etiologickými faktormi ako ich uvádza Lechta (2004) sú:

- ľahká mozgová dysfunkcia, resp. ADHD (zajakavosť tu však nie je obligatónym, ale fakultatívnym symptómom),
- porucha neuromuskulárnej koordinácie dýchania, hlasu, hovorenia a okruhu rečovej regulácie (súvisí s desynchronizáciou „časových“ buniek v thalame),
- oneskorená sluchová spätná väzba,
- diskoordinácia mozgových hemisfér, zvýšená aktivácia pravej hemisféry počas verbálneho aktu,
- disharmónia medzi auditívnou a taktilne-kinestetickou spätnou väzbou (hypotéza Van Ripera).

### **Patofyziológia získanej zajakavosti**

Najčastejšou príčinou vzniku neurogénnej zajakavosti je náhla cievná mozgová príhoda (ischémia/hemorágia). Hypertenzia, fajčenie, hypercholesterolémia, diabetes mellitus a atriálna fibrilácia sú známe rizikové faktory vzniku mozgovej príhody. Ďalšie príčiny vzniku neurogénnej zajakavosti môžu byť: traumatické poškodenie mozgu, poranenie hlavy, záchvaty, mozgové tumory, demencia, neurodegeneratívne ochorenia CNS a iné (Burch, Kiernan, Demaerschalk, 2013; Duffy, 2005; Guitar, 2019; Penttilä, Korpijaakko-Huuhka, Kent, 2019). Z prehľadu štúdií o léziách vyplýva, že neurogénna zajakavosť nekoreluje s léziou v jednej oblasti nervového systému. Lézie spôsobujúce získanú zajakavosť boli lokalizované vo všetkých lalokoch oboch mozgových hemisfér, v mozočku, thalame, bazálnych gangliách a mozgovom kmeni a môžu byť výsledkom unilaterálneho alebo bilaterálneho poškodenia (Burch, Kiernan, Demaerschalk, 2013; Doi et al., 2003; Grant et al., 1999; Lundgren, Helm-Estabrooks, Klein, 2010; Van Borsel, Van Der Made, Santens, 2003; Ward, 2010).


Príčinou vzniku psychogénnej zajakavosti je psychická trauma, ktorá býva dôsledkom významne zaťažujúcej udalosti alebo skúsenosti (zdravotné problémy, smrť blízkeho človeka, rozchod). Konzistentným faktorom všetkých týchto udalostí je vysoká úroveň stresu a/alebo anxiety (Ward, 2010).

### **Klasifikácia**

Spomedzi mnohých rozličných klasifikácií navrhuje Lechta (2002, 2004, 2016) triedenie zajakavosti na *incipientnú* (začínajúcu), ktorá sa spravidla viaže na predškolský vek a obdobie prechodu do školy, *fixovanú* (zvyčajne pretrvávajúcu počas školskej dochádzky) a *chronickú*

(perzistujúcu do adolescencie a dospelosti). Klasifikácia získanej zajakavosti rozlišuje päť základných subtypov (Van Borsel, 2014).


**Tabuľka č. 1**

 <b>Klasifikácia zajakavosti (Lechta, 2004, 2016; Van Borsel, 2014)</b>	
<b>Zajakavosť</b>	
<b>Genéza vývinovej zajakavosti</b>	<b>Subtypy získanej zajakavosti</b>
Incipientná zajakavosť - zvyčajne medzi 5 - 7 rokom, - viaže sa na predškolský vek	Neurogénna zajakavosť - poruchy fluencie spojené so získaným poškodením mozgu u pacientov bez predchádzajúcej zajakavosti v anamnéze
Fixovaná zajakavosť - zvyčajne medzi 7 - 13 rokom, - viaže sa na školský vek	Psychogénna zajakavosť - poruchy fluencie spojené s psychickým problémom alebo emocionálnou traumou
Chronická zajakavosť - približne od 14. roku, - u adolescentov a v dospelosti	Zajakavosť vyvolaná medikamentami - poruchy fluencie ako vedľajší účinok užívania niektorých medikamentov
	Zajakavosť spojená so získanými neurologickými ochoreniami - u pacientov s už existujúcou chronickou zajakavosťou, u ktorých sa zajakavosť zhoršuje alebo sa vracia v prítomnosti neurologickej dysfunkcie
	Idiopatická zajakavosť - etiológia ostáva nejasná

## Klinický obraz

Hodnotenie symptómov narušenia plynulosti reči podľa klinického modelu zajakavosti (Lechta, 2004).

**Tabuľka č. 2**

 <b>Hodnotenie symptómov narušenia plynulosti reči</b>			
	<b>Dysfluencie</b>	<b>Nadmerná námaha</b>	<b>Intrapsychická tenzia</b>
<b>Vývinová neplynulosť</b>	opakovania časté opravy vsuvky celkovo zrýchlené tempo reči prerušenia v reči alebo pred prehovorom (väčšinou súvisia iba s hľadaním vhodného výrazu)		

<b>Incipientná zajakavosť</b>	repetície častí slov/slabík repetície celých slov repetície slovných zvrátov prolongácie interjekcie tichá nesprávne lokalizovaná pauza prerušované slovo nekompletný slovný zvrät oprava	blok narušené koverbálne správanie vegetatívne príznaky iregulárne zrýchlenie tempa pri D štartér	vyhýbavé správanie tiky absencia zrakového kontaktu manipulácia (s oblečením, s predmetmi) trasenie rúk logofóbia
<b>Fixovaná zajakavosť</b>	repetície častí slov/slabík repetícia celých slov repetícia slovných zvrátov prolongácie interjekcia tichá nesprávne lokalizovaná pauza prerušované slovo nekompletný slovný zvrät oprava	blok narušené koverbálne správanie vegetatívne príznaky iregulárne zrýchlenie tempa pri D štartér	vyhýbavé správanie (slová, situácia) tiky absencia zrakového kontaktu manipulácia (oblečenie, predmety) trasenie rúk logofóbia
<b>Chronická zajakavosť</b>	habituácia symptómov	predlžovanie blokov spolu s tremorom pier, mandibuly	logofóbia, únikové, vyhýbavé správanie Silné pocity frustrácie a obáv z komunikácie, zmeny v komplexnosti prehovoru

Logopéd odporúča logopedické vyšetrenie dieťaťa, ak má jeho rodič akékoľvek podozrenie, že s jeho rečou niečo nie je v poriadku, napr.:

- dieťa v 18 mesiacoch nehovorí v slovách,
- dieťa v 24 mesiacoch nepoužíva dvojslovné vety,
- reč je úplne nezrozumiteľná,
- dieťa rozprávalo a odrazu prestalo,
- má strach komunikovať v prítomnosti niektorých ľudí,
- v reči dieťaťa sa objavilo nápadné a časté opakovanie slov,
- v reči dieťaťa sa objavili nápadné a časté opakovanie časti slov, neprirodzene dlhé pauzy,
- dieťa si pomáha prekonávať ťažkosti v reči neprimeranou mimikou, gestikou, rôznymi nevhodnými pohybmi,
- dieťa si začína uvedomovať svoje ťažkosti v reči,
- dieťa má akékoľvek iné problémy s komunikáciou.

### **Klinický obraz získaných porúch plynulosti**

Neurogénna zajakavosť sa vyznačuje repetíciami na úrovni zvukov alebo slabík, prolongáciami a blokmi, ktoré prerušujú normálny rytmus a plynulý prúd reči (Duffy, 2005). Charakteristika jednotlivých symptómov v reči pri neurogénej zajakavosti je náročná. Symptómy, ktoré sa všeobecne chápu ako rozlíšenie akútneho nástupu neurogénej zajakavosti od chronickej



zajakavosti, sú nasledujúce (Ringo, Dietrich, 1995 in Tani, Sakai, 2011; Ludlow, Loucks, 2003):

1. Dysfluencie sa vyskytujú v podobnej miere pri plnovýznamových aj neplnovýznamových slovách.
2. Repetície, prolongácie a bloky sa vyskytujú vo všetkých pozíciách v slove.
3. Existuje konzistentnosť v zajakávaní pri hovorových úlohách.
4. Pacienta môže zajakavosť obťažovať, ale nie je prítomná úzkosť.
5. Zriedkavo sú pozorované sekundárne príznaky, ako sú grimasy, zaťaté päsťe a žmurkanie a nie sú spojené s momentom dysfluencie.
6. Adaptačný efekt nie je pozorovaný.

Tieto charakteristiky sa však vo všeobecnosti považujú skôr za usmernenia, nie za definitívne kritériá neurogénnej zajakavosti. Rovnaká situácia nastáva aj pri opise klinického obrazu psychogénnej zajakavosti. Deal (1982 in Burch, Kiernan, Demaerschalk, 2013) opísal osem znakov psychogénnej zajakavosti:

1. Náhly vznik zajakávania.
2. Začiatok zajakávania súvisí s významnou udalosťou.
3. Prevalencia repetícií začiatočných alebo prízvuchných slabík.
4. Nízky adaptačný efekt.
5. Nie sú prítomné žiadne zjavné vzorce plynulosti.
6. Nie sú prítomné sekundárne príznaky.
7. Nie sú prítomné obavy zo zajakávania.
8. V spontánnej reči a pri hlasnom čítaní sa vyskytujú podobné druhy dysfluencií.

Niektoré z týchto prejavov sa prekrývajú s charakteristikami neurogénnej zajakavosti. Baumgartner a Duffy (1997) popísali štyri znaky, ktoré odlišujú psychogénnu zajakavosť od neurogénnej:

1. Rýchla a pozitívna reakcia na jedno alebo dve sedenia behaviorálnej terapie.
2. Príznaky úzkosti.
3. Intermitentné alebo situačné epizódy zajakávania.
4. Prítomnosť nezvyčajných gramatických konštrukcií a bizarná reč, napríklad opakované repetície takmer všetkých foném so súčasným chvením hlavy, grimasami, a neprirodzenými pohybmi ramien podobnými tremoru.

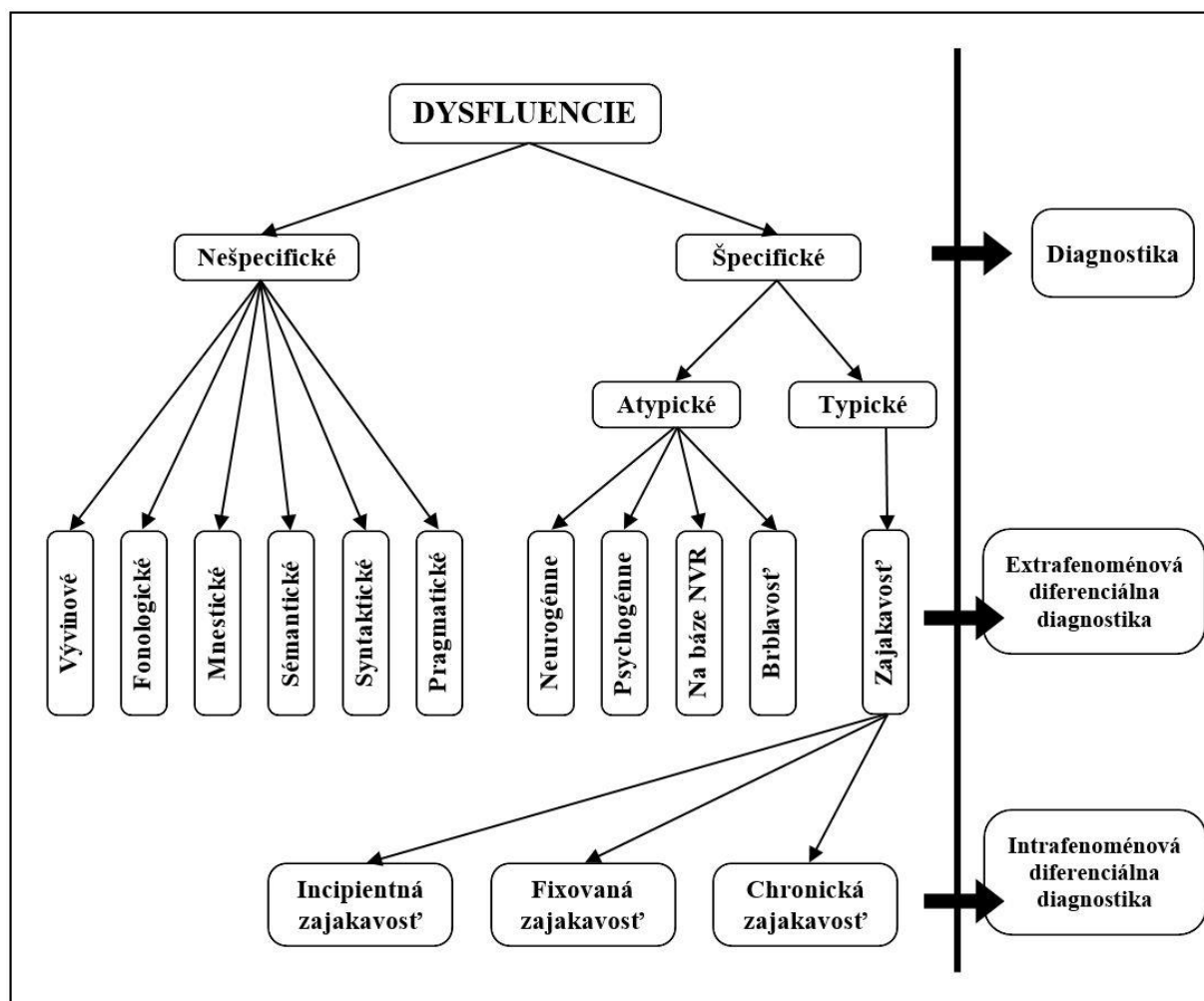
Práve rýchla reakcia na terapiu je diferenciálnym znakom, ktorý najčastejšie rozlišuje tieto získané poruchy plynulosti navzájom.

### **Diferenciálna diagnostika**

Lechta (2004, 2016) uvádza, že v rámci extrafenoménovej a intrafenoménovej diagnostiky je potrebné rozlíšiť jednotlivé druhy zajakavosti, resp. dysfluencií: pri intrafenoménovej okrem incipientnej, fixovanej a chronickej aj hraničnú a pri extrafenoménovej diferencovanie vývinových, neurogénnych, psychogénnych, dysfluencií na báze NVR a brblavosti.

Pri diferenciálnej diagnostike vychádzame z komplexného prístupu k zajakavosti podľa Lechtu (2004).

Obrázok č. 1 Komplexný prístup k zajakavosti podľa Lechtu (2004)



### Extrafenoménohá diferenciálna diagnostika

Medzi poruchy plynulosti reči zaraďujeme špecifické, nefyziologické dysfluencie, ktoré už v reči človeka nemôžeme považovať za akceptovateľné zaváhanie a pôsobia rušivo vzhľadom ku komunikačnému zámeru. Pauzy sa môžu odchyľovať od normy samotnou frekvenciou výskytu, kvalitatívnymi znakmi, lokalizáciou alebo trvaním (Lechta, 2013). Niektorí autori (Manning, DiLollo, 2018) ich ďalej rozdeľujú na typické poruchy fluencie (zajakavosť) a atypické poruchy fluencie (neurogéne, psychogénne dysfluencie, brblavosť a dysfluencie na báze NVR). Culatta a Goldberg (1995 in Lechta, 2010) rozlišujú dysfluencie nasledovne:

1. *normálne/fyziologické dysfluencie*

V detskej populácii ide o vývinové dysfluencie, ktoré sa vyskytujú medzi 3. až 5. rokom života (Lechta, 2010). Sú to najmä repetície prvých slov v prehovoroch, interjekcie a opravy ako sprievodný príznak vývinu reči, motoriky alebo iných vývinových a environmentálnych vplyvov, ktoré vo väčšine prípadov spontánne zaniknú, napr. pri aplikácii výchovných odporúčaní/opatrení pre rodičov detí s vývinovou neplynulosťou (Guitar, 2019). U dospelých osôb sa jedná o nešpecifické dysfluencie, ktoré sa vyskytujú v intaktnej populácii.

2. *zajakavosť* (balbuties s idiopatickou etiológiou)

Poruchy plynulosti reči (dysfluencie) sú pri rozvinutom klinickom obraze zajakavosti zvyčajne sprevádzané nadmernou námahou pri artikulácii a intrapsychickou tenziou súvisiacou s potrebou realizovať komunikačný zámer formou hovorenej reči.

3. *neurogénne dysfluencie*

Sú zvyčajne príznakom, ktorý sprevádza neurologickú léziu (poškodenie CNS). Nástup dysfluencií môže byť náhly (pri hemorágii) alebo pomalý (pri demencii), môžu byť prechodné alebo pretrvávajúce a vznikajú prevažne v dospelosti.

4. *psychogénne dysfluencie*

Sú prejavom psychických tráum a emocionálneho stresu. Vznik dysfluencií je zvyčajne náhly. Je tu veľká variabilita v symptomatike a atypické charakteristicky ako telegrafický štýl alebo nezvyčajné vzorce dysfluencií.

5. *dysfluencie na báze narušeného vývinu reči*

Niektoré deti s oneskorením sa vo vývine reči (susp. vývinová dysfázia diagnostikovaná psychológom, resp. neurológom; diskkrétne/kompenzované formy bázy narušeného vývinu reči) môžu mať problémy s plynulosťou reči. Najčastejšie sa jedná o repetície slabík alebo slov, pričom nie je prítomná logofóbia ani spazmy. Príčinou týchto neplynulostí môžu byť práve ťažkosti pri vyhľadávaní slov. S rozvíjaním rečových a jazykových schopností ustupujú aj dysfluencie.


6. *zmiešané poruchy fluencie*

Symptomatické poruchy fluencie ako fakultatívny symptóm iného/dominujúceho ochorenia (po detských mozgových obrnách, poruchy autistického spektra - pervazívne vývinové poruchy, pri niektorých formách mentálneho postihnutia, ako aj súčasť niektorých syndrémov napr. Tourettov syndróm). Napr. u osôb s poruchou autistického spektra je zaznamenaný výskyt dysfluencií typických pre zajakavosť, vysoký počet bežných neplynulostí a tiež atypické dysfluencie v reči (Scaler Scott, Tetnowski, Flaitz, Yaruss, 2014 in Scaler Scott, 2015).

V rámci diferenciálnej diagnostiky je nutné ďalej rozlišovať, či sú dysfluencie v skutočnosti symptómom a integrálnou súčasťou (epifenoménom) primárnej komunikačnej poruchy (afázie, dyzartrie, apraxie) alebo ide o koexistenciu zajakavosti a primárnej komunikačnej poruchy (dysfluencie ako sprievodný jav mozgového poškodenia, ktoré sú oddelené od primárnej komunikačnej poruchy). Jedná sa o dva nezávislé javy, ktoré treba rozlišovať. Dysfluencie ako symptóm afázie, dyzartrie alebo apraxie by sa nemali nazývať zajakavosť. Dysfluencie, ktoré sa vyskytujú súbežne, ale oddelene od afázie, dyzartrie a apraxie sú neurogénna zajakavosť (Jokel, De Nil, Sharpe, 2007; Van Borsel, 2014; Van Borsel, Taillieu, 2001; Theys et al., 2011). Podľa Baumgartnera a Duffyho (1997) 35 % prípadov neurogénej zajakavosti uvádzanej v literatúre sprevádzala afázia a dyzartria. König (2009 in Penttilä, Korpijaakko-Huuhka, 2015) zistila, že 75 % zo 60 pacientov s neurogénou zajakavosťou malo sprievodné poruchy reči.

Na záver uvádzame v tabuľke č. 3 porovnanie charakteristík vývinovej, neurogénej, psychogénnej zajakavosti a brblavosti podľa Guitara (2019).

Tabuľka č. 3


 <b>Porovnanie základných charakteristík jednotlivých porúch plynulosti u dospelých pacientov (Guitar, 2019)</b>				
	<b>Chronická zajakavosť</b>	<b>Neurogénna zajakavosť</b>	<b>Psychogénna zajakavosť</b>	<b>Brblavosť</b>
<b>Etiológia</b>	- multifaktoriálna, - pravdepodobne neurofyziologická	- cievna mozgová príhoda, - traumatické poškodenie mozgu, - poranenie hlavy, - záchvaty, - tumory, - demencia, - neurodegeneratívne ochorenia	- psychická trauma, - dlhotrvajúci stres	- pravdepodobne neurologická, - možnosť súvisu s dysfunkciou v oblasti bazálnych ganglií
<b>Vznik</b>	- v detstve, - zvyčajne medzi 2 - 5 rokom života	- v dospelosti sprevádzajúca neurologické ochorenie	- v dospelosti sprevádzajúca dlhodobý stres alebo psychickú traumu	- v predškolskom období - často diagnostikovaná až v školskom období
<b>Charakteristika symptómov</b>	- repetície slabík, častí slov, celých slov, - prolongácie, - interjekcie, - tiché pauzy, - prerušované slovo, - nekompletný slovný zvrst, - oprava, - nadmerná námaha, - vyhýbavé a únikové správanie	- dysfluencie rovnako na plnovýznamových aj neplnovýznamových slovách, - repetície vo všetkých pozíciách v slove, - absencia sekundárnych príznakov, - nízky adaptačný efekt	- náhly vznik zajakávania, - nízky adaptačný efekt, - prevaha repetícií začiatkových alebo prízvučných slabík, - nie sú prítomné sekundárne príznaky	- nízka zrozumiteľnosť reči, - fyziologické dysfluencie, - zmazaná artikulácia, - vynechanie slabík
<b>Stupeň obáv pacienta</b>	- frustrácia a znepokojenie pacienta, - strach z hovorenia	- pacienta môže zajakavosť obťažovať, ale nie je prítomná úzkosť	- variabilné	- pacienti si často neuvedomujú problém

### **Intrafenoména diferencálna diagnostika**

V rámci intrafenoménej diagnostiky je potrebné odlišiť incipientnú zajakavosť, fixovanú zajakavosť a chronickú zajakavosť. Guitar (2019) navyše odlišuje aj tzv. hraničnú zajakavosť, ktorá sa môže vyskytovať medzi vývinovou dysfluenciou a incipientnou zajakavosťou u detí vo veku od 2 do 3,5 roka a podobá sa vývinovým dysfluenciám, avšak s tým rozdielom, že tieto deti vykazujú vyššiu frekvenciu neplynulostí a zastúpenie určitých typov dysfluencií. Takéto obdobie môže pretrvávajúť niekoľko týždňov až mesiacov. Potom sa rozvinie zajakavosť alebo sa reč dieťaťa stane fluentnou.

Diferenciálna diagnostika vývinovej dysfluencie a incipientnej zajakavosti je u detí v období predškolského veku v klinicko-logopedickej praxi kľúčová pre stanovenie plánovania klinicko-logopedickej terapie. Prvý prieskum v tejto oblasti na Slovensku urobili Marková, Štenclová, Hošková, Koreňová (2011). Na vzorke 48 intaktných detí vo veku od 2,5 do 3,5 roka s rovnakým zastúpením chlapcov a dievčat sledovali výskyt jednotlivých druhov neplynulostí. Zo vzorky spontánneho rečového prejavu dieťaťa v prirodzenom prostredí zmapovali výskyt jednotlivých dysfluencií, tie rozdelili modifikovanou klasifikáciou neplynulostí nasledovne:


**Tabuľka č. 4**

 <b>Modifikovaná klasifikácia (Marková, Štenclová, Hošková, Koreňová, 2011)</b>	
<i>Dysfluencie ako pri zajakavosti</i>	<i>Normálne dysfluencie</i>
Repetície častí slov a slabík (R1)	<i>Repetícia viacslabičných slov (RSv)</i>
Repetície jednoslabičných slov (RSj)	<i>Repetície slovných zvrátov (RSZ)</i>
Prolongácie (P)	<i>Interjekcie (I)</i>
Tiché pauzy s <b>blokom</b> (TPA)	<i>Tiché pauzy (fyziologické) (TPA)</i>
Prerušované slová spojené s <b>blokom</b> (PRER)	<i>Prerušované slová (iné prerušenie- PRER)</i>
	<i>Nekompletné slovné zvraty (NEK)</i>
	<i>Opravy (OP)</i>

Prieskum priniesol nasledujúce výsledky:

- pri repetíciách častí slov a jednoslabičných slov (malé jednotky) je počet opakovaní danej jednotky v priemere 1 (0,94), ani po pripočítaní dvojnásobku štandardnej odchýlky neprekračuje hodnotu **2**,
- priemerný počet dysfluencií je **4,62** na 100 slov a 2,73 dysfluencií na 100 slabík,
- najčastejšie sa vyskytujúce dysfluencie typické pre zajakavosť sú repetície časti slova a repetície jednoslabičných slov, ďalej sa objavila dysrytmická fonácia,
- z normálnych dysfluencií sa objavujú najčastejšie: nekompletný slovný zvrät, nasleduje oprava, ďalej repetícia slovného zvratu, potom interjekcia a nakoniec repetícia viacslabičného slova,
- normálne dysfluencie tvoria väčšiu časť dysfluencií (71,44 %) ako dysfluencie typické pre zajakavosť (28,57 %),
- riziko pre zajakavosť je zastúpenie dysfluencií ako pri zajakavosti v množstve dve tretiny z celkového počtu neplynulostí,
- u detí je podstatné sledovať kvalitu dysfluencií, nie ich počet - u začínajúcej zajakavosti popri náznakoch nadmernej námahy, frustrácie či intrapsychoickej tenzie prevažujú dysfluencie typické pre zajakavosť, zatiaľ čo u intaktných, hoci vysoko neplynulých, detí prevládajú bežné dysfluencie.

**Tabuľka č. 5**

 <b>Diferenciálna diagnostika vývinovej dysfluencie a incipientnej zajakavosti (vo veku 2,5 až 3,5 roka)</b>		
<b>Dysfluencie</b>	Riziková hodnota (počet na 100 slov)	Riziková hodnota (počet na 100 slabík)
Repetície častí slov/slabiky	2	1
Repetície jednoslabičných slov	2	2
Prolongácie	1	1
Tiché pauzy	1	1

Pokiaľ sa u dieťaťa už vo veku 2,5 roka vyskytujú dysfluencie typické pre zajakavosť vo frekvencii vyššej ako je uvedené v tabuľke hore, je potrebné zahájiť klinicko-logopedickú terapiu prostredníctvom poradenstva rodiča (Marková, Štenclová, Hošková, Koreňová, 2011, váha dôkazov III).

### **Prediktory vzniku fixovanej zajakavosti**

Štenclová (2011) vo svojom výskume popísala, že dieťa, ktoré sa nachádza vo fáze incipientnej zajakavosti a vykazuje vo verbálnej produkcii vyššiu mieru dysfluencií, s vysokou pravdepodobnosťou prejde do fázy fixovanej zajakavosti. Ďalší významný prediktor v súvislosti s prechodom dieťaťa do fázy fixovanej zajakavosti je pociťovanie časového nátlaku vo verbálnej komunikácii. Výsledky naznačujú, že pri samotnej zajakavosti nie je významná iba miera dysfluencií, ale je to aj psychologický a sociálny problém, kedy jedinec vstupuje do interakcie so sociálnym prostredím a prežíva svoj problém s narušením plynulosti reči. Značná časť detí si teda už v predškolskom veku môže uvedomovať svoj rečový problém a pociťovať intrapsychickú tenziu.

### **Diagnostika / Postup určenia diagnózy**

#### *Klinická otázka č. 1:*

Ak by pacientom s balbuties bola poskytnutá diagnostika opierajúca sa o princípy integratívneho modelu, zefektívnil by sa diagnostický proces v porovnaní s pacientmi, u ktorých by sa realizovala iba diagnostika identifikácie dysfluencií? (Guitar, 2019, váha dôkazov IV; Lechta, 2013, váha dôkazov IV; Manning, DiLollo, 2018, váha dôkazov IV)


Klinicko-logopedická diagnostika zajakavosti sa opiera o princípy integratívnej diagnostiky zajakavosti, ktorá zdôrazňuje komplexný prístup k diagnostike zajakavosti a nie je možné sa uspokojiť len s identifikovaním dysfluencií, bez preskúmania ďalších symptómov zajakavosti (Lechta, 2013, váha dôkazov IV). Začína nadviazaním kontaktu s pacientom a odobratím základných a špecifických anamnestických údajov. Okrem bežných otázok sa v rámci špecifických anamnestických údajov zisťujú aj problémy v ďalších oblastiach (enuréza, poruchy spánku, oneskorený vývin fonologických schopností, fonologické deficity, maladaptívne správanie a pod.). Do diagnostiky by mali byť zapojení aj ľudia z najbližšieho

okolia balbutika (rodičia dieťaťa, pedagóg dieťaťa, partner/ka balbutika). V rámci diagnostiky sa realizuje simultánne aj model symetrického poradenstva pre rodičov aj dospelých kvôli efektívnejšej kooperácii pri terapii zajakavosti (Štenclová, 2011).

Samotné vyšetrenie pozostáva z hodnotenia stupňa narušenia dýchania, fonácie, artikulácie, prozódie a opisu klinického obrazu zajakavosti zamerané na:

1. Hodnotenie dysfluencií.
  - a. kvalitatívne hodnotenie - analýza dysfluencií,
  - b. kvantitatívne hodnotenie dysfluencií - frekvencia dysfluencií, percento dysfluencií, index zlepšenia/zhoršenia, index adaptácie a index konzistencie.
2. Hodnotenie prejavov nadmernej námahy (symptómy nadmernej námahy a stupeň prejavu symptómov).
3. Orientačné hodnotenie prejavov intrapsychickej tenzie (dotazníková forma).

**Tabuľka č. 6**

 <b>Algoritmus komplexnej diagnostiky balbuties (Lechta, 2004)</b>	
<b>Audio – záznam spontánnej rečovej produkcie</b>	Základné hodnotenie
<b>Audio – video záznam riadeného diagnostického rozhovoru</b> (téma: denný režim)	hodnotenie stupňa narušenia (dýchanie, fonácia, artikulácia, prozódia, nadmerná námaha prejavujúca sa počas rečovej produkcia, prejavy intrapsychickej tenzie počas komunikácie) transkripcia kvantifikácia
<b>Úlohy balbutiogramu</b> <b>šepot:</b> 10 slov viet <b>simultánna reč:</b> 10 viet s narastajúcou artikulačnou náročnosťou <b>spev</b> <b>automatizmy:</b> dni v týždni, mesiace v roku <b>opakovanie:</b> 10 viet s narastajúcou syntaktickou náročnosťou <b>čítanie:</b> štandardný 100-slovný príbeh v predškolskom veku opis obrázku <b>spontánna reč:</b> použije sa materiál (viď. bod 2) denný režim	index adaptácie index konzistencie
<b>Kontrolné vyšetrenie</b> Audio/video záznam opakovaného riadeného rozhovoru	index zlepšenia/zhoršenia stupeň

Prehľadným zhrnutím integratívnej klinicko-logopedickej diagnostiky zajakavosti je balbutiogram. Ide o komplexný záznamový hárok, ktorý zahŕňa kvalitatívne aj kvantitatívne prístupy a ponúka možnosť prehľadného grafického záznamu plynulosti reči - balbutiografu (Lechta a kol., 2005).

Pri pacientoch s incipientnou zajakavosťou by sme mali myslieť aj na možnú prítomnosť oslabených jazykových schopností a implementovať komplexnejšiu jazykovú terapiu do terapie tvarovania plynulosti zajakavosti (Václaviková, Štenclová, Marková, 2014).

V súčasnosti rastie potreba zamerania sa na identifikáciu faktorov, ako sú zmeny emocionálnych reakcií a kvalitu života v prípade rôznych porúch. Hoci neexistuje jednotne dohodnutá definícia kvality života, odborníci sa zhodujú, že kvalita života je viacrozmerná, subjektívna, dynamická a súvisí s očakávaniami jedinca (Bothe, 2004). Hodnotenie vplyvu zajakavosti na celkovú kvalitu života balbutika zahŕňa spokojnosť balbutika so svojou komunikačnou schopnosťou, vplyv zajakávania na jeho zdravie a schopnosť dosiahnutia životných cieľov (Yaruss, Quesal, 2006).

Na meranie kvality života asociovej so zdravím existujú všeobecné nástroje, napr. *Dotazník kvality života* (SF-36, Ware et al., 1993) alebo *Hodnotenie individuálnej kvality života SEIQoL* (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Browne et al., 1993).

Mapovanie kvality života balbutikov je obsiahnuté v *Dotazníku celkového hodnotenia skúsenosti hovoriaceho so zajakavosťou OASES* (Overall Assessment of the Speaker's Experience of stuttering, Yaruss, Quesal, 2006), ktorý sa skladá zo štyroch oblastí hodnotenia. Časť venovaná kvalite života obsahuje 25 otázok, ktoré sa hodnotia 5-bodovou Likertovou škálou. Vyhodnocuje sa parciálne skóre kvality života ako aj celkové skóre vypočítané zo všetkých oblastí hodnotenia dotazníka.

V rámci domácich nástrojov pre hodnotenie balbutikov zostavil Lechta a kol. (2005) *Dotazník situačnej psychickej tenzie pre deti so zajakavosťou a pre chronických balbutikov* a Majdanová (2012) *Dotazník situačnej psychickej tenzie pri chronickej zajakavosti*. Tieto dotazníky sú zamerané na orientačné hodnotenie psychickej tenzie, odzrkadľujú pocity balbutikov a ich hodnotenie náročnosti komunikačnej situácie vo vzťahu ku komunikačnému partnerovi. Predpoklady, ktoré viedli k zhotoveniu týchto nástrojov majú veľa spoločného s oblasťami hodnotenými pri zisťovaní kvality života.

Meranie kvality života môže pomôcť pri klinicko-logopedickom rozhodovaní, pri výbere vhodných klinicko-logopedických terapeutických techník, pri hodnotení efektivity terapie a meraní zmien v čase alebo pri rozhodovaní o pokračovaní, zmene alebo ukončení terapie.

## **Liečba**

Liečba zajakavosti zahŕňa všetky vekové kategórie pacientov s narušením plynulosti reči od detského veku po dospelosť. Rozhodnutie, ktorú terapeutickú metódu použijeme, je vhodné robiť na základe ich všeobecnej účinnosti. V nemeckej štúdií autori Nye et al. (2013 in Pospíšilová, 2018) mapovali účinnosť pomocou retrospektívneho hodnotenia samotnými klientmi (v čase terapie mali 2 až 18 rokov). Klinicko-logopedická terapia zajakavých je na základe tejto metaanalýzy účinná vtedy, keď sa použijú nasledujúce metódy:

1. terapia modifikácie zajakavosti,
2. terapia tvarovania plynulosti.

Klinicko-logopedická terapia môže prebiehať individuálne alebo skupinovo (Lechta, 2002, 2004, 2016; Neubauer, 2018). Vo výskume Nye et al. (2013 in Pospíšilová, 2018) sa taktiež ukázalo, že terapia modifikácie zajakavosti bola účinnejšia, keď bola intervalová a skupinová terapia sa ukázala ako účinnejšia v porovnaní s terapiou individuálnou.



Ak vychádzame z modelu patogenézy zajakavosti budeme plánovať terapeutický proces troch druhov zajakavosti:

- incipientnou,
- fixovanou,
- chronickou.

### **Vývinová neplynulosť**

Vývinová neplynulosť sa zvyčajne upraví zhruba do niekoľkých mesiacov. U detí vo veku okolo troch rokov, ktoré majú takéto prejavy normálnej vývinovej neplynulosti, ale súčasne majú napr. aj zajakavosť v rodine, prípadne vyrastajú v neurotizujúcom prostredí, majú isté orgánové odchýlky v centrálnej nervovej sústave, ich prostredie nereaguje správne na ich neplynulosť, hrozí, že vývinová neplynulosť sa rozvinie do incipientnej (začínajúcej) zajakavosti (Králiková, 2009).

Z preventívnych opatrení sa odporúča v rámci poradenstva úprava komunikačného prostredia v domácom prostredí dieťaťa, úprava nevhodných interakcií a nevhodného prostredia v MŠ, resp. v škole, vyhýbanie sa náhlym životným zmenám, úzkosti a aplikácia Irwinovej pravidiel predchádzania výskytu dysfluencií v reči dieťaťa (Lechta a kol., 2006; Králiková, 2009; Neubauer, 2018).

### **Incipientná zajakavosť**

Zajakavosť najčastejšie vzniká v detskom veku. Okrem príznakov v reči môžu byť prítomné aj príznaky v správaní. Vtedy je to ešte závažnejšie a hrozí zafixovanie zajakavosti (Lechta, Štenclová, 2009). Práve včasná identifikácia a následná klinicko-logopedická terapia môžu zabrániť prechodu symptómov do fixovanej, resp. chronickej zajakavosti - do vzniku dlhotrvajúcich problémov (Štenclová, 2011). Cieľom terapie pri incipientnej zajakavosti je eliminovať dysfluencie, potlačiť prvky nadmernej námahy a predísť vzniku intrapsychickej tenzie z verbálnej komunikácie (Lechta 2002, 2004, 2016). Tento cieľ možno dosiahnuť viacerými technikami: behaviorálnymi (uplatnením prvkov systematickej desenzitizácie), uplatnením prvkov detskej jogy, prostredníctvom pantomímy, aplikáciou preventívnej terapie podľa Irwinovej.

#### *Klinická otázka č. 2:*

Ak by pacientom s balbuties bol poskytnutý v rámci klinicko-logopedickej liečby integratívny model terapie zajakavosti, bola by efektívnosť klinicko-logopedickej liečby účinnejšia v porovnaní s pacientami, ktorým by sa táto terapia neposkytla? (Guitar, 2019, váha dôkazov IV; Lechta, 2004, váha dôkazov III; Štenclová, 2011, váha dôkazov III)

Na korigovanie dysfluencie u detí s incipientnou zajakavosťou vychádzame z modelu zajakavosti a aplikujeme metódu **integratívneho modelu terapie zajakavosti**. Tento prístup integruje prvky oboch hlavných prístupov terapie zajakavosti - prvky tvarovania plynulosti aj prvky modifikácie zajakavosti (Guitar, 2019). V klinicko-logopedickej terapii je takýto integratívny program terapie zajakavosti zostavený na základe **fonograforytmickej techniky**

(FGR) od Lechtu (2004). Pri aplikácii tejto metódy ide o simultánnu realizáciu viacerých aktov, súčasne facilitujúcich plynulosť prehovoru (Lechta a kol., 2006):

- synchronizáciu pravohemisférových („grafo-rytmika“: t. j. spojenie grafického prejavu a rytmického hovorenia) a ľavohemisférových procesov (fonologická analýza a syntéza, formulovanie výpovede),
- redukovanie neurofyziologických nárokov na monitorovanie rečovej motoriky a na jazykové koncipovanie prehovoru,
- elimináciu subjektívneho pocitu časového tlaku,
- opätovné získanie kontroly nad svojim verbálnym prehovorom.

Realizuje sa v siedmych etapách. Kritériom pre prechod do vyššej etapy je automatizácia osvojených zručností v práve prebiehajúcej etape a plynulá reč.

Etapy fonograforytmiky sú nasledovné (Lechta a kol., 2006):

1. **etapa: fonologická analýza slov na slabiky,**
2. **etapa: pričlenenie grafiky** - úroveň slabík,
3. **etapa: úroveň slov** - slová, vety, dialóg,
4. **etapa: pragmatizácia** - dialóg, konverzácia,
5. **etapa: imaginácia** - úroveň slov, viet, dialógov,
6. **etapa: fixácia** - v ambulancii, prítomných je viac účastníkov komunikácie,
7. **etapa: transfer** - prostredie mimo ambulancie, predtým sa komunikačné situácie natrénovali v rolových hrách.

Fonograforytmická technika bola aplikovaná v Centre pre dysfluencie pri Katedre logopédie PdF UK v Bratislave v období 2000 - 2002 u 22 dysfluentných klientov: u 77,3 % jednoznačne úspešne, u 18,2 % s čiastočným zlepšením fluencie a u 4,5 % neúspešne. Čiastočná úspešnosť a neúspešnosť terapie bola okrem iného determinovaná zanedbávaním zo strany rodičov alebo prerušením (neukončením) celého terapeutického programu (Lechta, 2004). Ďalší výskum realizovala Štenclová (2011, váha dôkazov III) u 42 detí s incipientnou zajakavosťou. Porovnávala výskyt jednotlivých symptómov dysfluencií pred a po klinicko-logopedickej terapii fonograforytmickou metódou. Výsledky ukázali, že aplikácia integratívneho modelu terapie u detí so zajakavosťou má v tomto období opodstatnenie, pretože dochádza k významnému zmierneniu jednotlivých symptómov.

*Klinická otázka č. 3:*

Ak by sa zahájila u pacienta s balbuties včasná klinicko-logopedická intervencia s cieľom naučiť rodičov ako majú viesť behaviorálnu terapiu v domácom prostredí, zlepšila by sa jeho komunikačná schopnosť v porovnaní s pacientami, u ktorých sa logopedická terapia nezahájila? (Harris et al., 2002, váha dôkazov Ib; Kingston et al., 2003, váha dôkazov IIa; Onslow et al., 2012 in Onslow, 2019, váha dôkazov Ia)

Ďalšou terapeutickou možnosťou je Lidcombe program, ktorý je navrhnutý pre deti vo veku 2 až 5 rokov (v našich podmienkach adaptovala Laciková, Lechta, 2002) a existuje aj variant pre deti staršie. Metodicky spočíva na troch základných princípoch:

1. aplikácia operačného podmieňovania,

2. pravidelné meranie fluencie v terapeutickom prostredí aj mimo neho,
3. systematické úsilie o udržanie získanej fluencie.

Táto rodičovská behaviorálna terapia je rozdelená do dvoch štádií a v priebehu terapie sa postupne využíva päť typov verbálnej spätnej väzby (Yairi, Ambrose, 2005, Bloodstein, Bernstein, 2008, Blomgren, 2013, Nye et al., 2011, 2013, Wallace et al., 2015, Baxter et al., 2015 in Lidcombe Program, 2017).

### **Fixovaná zajakavosť**

Z vekového aspektu sa fixovaná zajakavosť vzťahuje na balbutikov medzi 6. až 13. rokom života. V odbornej literatúre je uvedených množstvo terapeutických postupov a metódik v terapii fixovanej zajakavosti. Guitar (2019) uprednostňuje kombináciu terapeutických prístupov modifikácie zajakavosti a tvarovania plynulosti. Vo svojej terapii aplikuje priamu terapiu s nasledujúcimi komponentmi:

1. pochopenie zajakavosti,
2. osvojenie si správania zvyšujúceho plynulosť a modifikácia momentu zajakavosti,
3. redukcia negatívnych pocitov a postojov a eliminácia vyhýbania sa,
4. udržanie zlepšenia.

### **Chronická zajakavosť**

S postupujúcim prechodom do chronicity sa ťažisko symptomatiky u balbutikov stále viac presúva do oblasti intrapsychickej tenzie a symptomatika klinického obrazu dysfluencií sa u zajakavého pacienta významne zhoršuje (Štenclová, 2011). Pri chronickej zajakavosti je nevyhnutná spolupráca so psychológom (psychiatrom) - cieľom je najmä psychoterapeutické ovplyvnenie intrapsychickej tenzie a logofóbie. Čo sa týka nadmernej námahy, možný je priamy nácvik napr. adekvátnej mimiky a gestikulácie pri komunikácii ako aj úsilie redukovať niektoré vegetatívne príznaky námahy (autogénny tréning). Čo sa týka dysfluencie, pri chronickej zajakavosti možno aplikovať direktívne techniky - najmä priame techniky z terapie zameranej na tvarovanie plynulosti reči a z terapie zameranej na modifikovanie symptómov zajakavosti (Lechta, 2002, 2004, 2016).

Medzi najznámejšie z terapií modifikovania zajakavosti u adolescentov a dospelých balbutikov patrí terapeutický program MIDVAS (Motivácia, Identifikácia, Desenzitizácia, Variácia, Aproximácia, Stabilizácia), ktorého autorom je Charles Van Riper (u nás adaptovala Pálffyová, 2012). Tento program sa zaoberá aj redukciou negatívnych emócií súvisiacich s rozprávaním pri chronickej zajakavosti.

Manning (1999 in Lechta, 2004) pri terapii dospelých balbutikov uvádza, že terapeutický úspech nezávisí natoľko od celkovej terapeuticko-nej stratégie a s ňou asociovaných techník, ako od terapeutického vzťahu medzi terapeutom a balbutikom a od schopnosti klinického logopéda robiť správne a včasné rozhodnutia pri uľahčovaní žiaducich zmien.

### **Terapeutické možnosti pri získanej zajakavosti**

Ak neurogénna zajakavosť súvisí s mozgovou príhodou, zotavenie bude vo veľkej miere závisieť od miesta a rozsahu lézie a všeobecne od charakteru základného problému. Techniky,


ktoré sa používajú pri terapii chronickej zajakavosti sa aplikujú pri terapii neurogénnej zajakavosti (integratívny model, poradenstvo, techniky z terapie zameranej na tvarovanie plynulosti reči a z terapie zameranej na modifikovanie symptómov zajakavosti).

Terapia psychogénnej zajakavosti môže byť veľmi variabilná v závislosti od primárneho problému. V prípadoch, kedy existujú jasné príčiny, sa často fluencia vráti do normy po úspešnom vyriešení primárneho problému (kombinácia psychologického poradenstva a integratívneho prístupu, Ward, 2010). Duffy (2005) tvrdí, že ak má byť terapia u pacientov trpiacich psychogénnou zajakavosťou úspešná, výrazný pokrok sa zvyčajne pozoruje veľmi rýchlo (počas prvých niekoľkých sedení).

Pri všetkých druhoch zajakavosti je potrebné myslieť na potrebu poradenstva pre pacientov, rodinných príslušníkov a pedagógov. Poradenstvo by malo byť zacielené na oboznámenie sa s možnými príčinami vzniku zajakavosti, fixujúcimi faktormi a možnosťami klinicko-logopedickej terapie.

Na záver uvádzame tabuľku s prehľadom klinicko-logopedickej diagnostiky a terapie pri jednotlivých druhoch zajakavosti.

**Tabuľka č. 7**

 <b>Klinicko-logopedická diagnostika a terapia pri jednotlivých druhoch porúch fluencie</b>		
	Klinicko-logopedická diagnostika	Klinicko-logopedická terapia
Vývinové dysfluencie	Integratívna diagnostika zajakavosti - Balbutiogram pre predškolský vek (Lechta a kol., 2005)	Poradenstvo pre rodičov príp. pre pedagógov v MŠ
Incipientná zajakavosť	Integratívna diagnostika zajakavosti - Balbutiogram pre predškolský vek (Lechta a kol., 2005)	Integratívny model terapie incipientnej zajakavosti (Lechta a kol., 2006) Lidcombe program Poradenstvo pre rodičov príp. pre pedagógov v MŠ
Fixovaná zajakavosť	Integratívna diagnostika zajakavosti - Balbutiogram pre školský vek (osvojené čítanie) (Lechta a kol., 2005)	Integratívny model terapie fixovanej zajakavosti (Lechta a kol., 2006) Poradenstvo pre rodičov príp. pre pedagógov v ZŠ
Chronická zajakavosť	Integratívna diagnostika zajakavosti - Balbutiogram pre adolescentov a dospelých pacientov (Lechta a kol., 2005) Dotazník situačnej psychickej tenzie pri chronickej zajakavosti (Majdanová, 2012)	Integratívny model terapie chronickej zajakavosti (Lechta a kol., 2006) MIDVAS Poradenstvo
Získaná zajakavosť	Integratívna diagnostika zajakavosti - Balbutiogram pre dospelých pacientov (Lechta a kol., 2005)	Integratívny model terapie zajakavosti (Lechta a kol., 2006) Poradenstvo

## **Prognóza**

Prognóza zlepšenia plynulosti reči je priaznivá v prípade, že terapia zajakavosti je realizovaná v počiatočných štádiách prejavov dysfluencií v reči osôb s touto formou narušenej komunikačnej schopnosti. Pospíšilová (2018) uvádza, že u detí môže často dochádzať k spontánnej úprave, u mnohých sa zajakavosť zlepší, ale u nezanedbateľného percenta populácie pretrváva a znižuje kvalitu života. Podľa klinického obrazu ani podľa rizík sa nedá závažnosť stupňa a perzistencia s istotou predikovať alebo eliminovať.

## **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)**

Z posudkového hľadiska zajakavosť sama osebe nepodmieňuje invaliditu. Na účely invalidity podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, v znení neskorších predpisov, sa posudzujú tie ochorenia, v klinickom obraze ktorých je aj zajakavosť. Ide o mnohé neurologické ochorenia, traumatické poškodenia mozgu, nádory mozgu, ťažké psychotraumy. Percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť sa určí na základe závažnosti klinického obrazu základného ochorenia, ktorého súčasťou je zajakavosť.

## **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Pacient so zajakavosťou navštívi najskôr všeobecného lekára pre dospelých/pre deti a dorast. Nimi bude pacient následne odoslaný na vyšetrenie neurológom, ktorý odporučí klinicko-logopedickú intervenciu a liečbu. V prípade psychologickej nadstavby u pacienta so zajakavosťou môže byť odporúčaný na vyšetrenie klinickému psychológovi, ktorý zabezpečí psychologickú diagnostiku alebo intervenciu a následne môže pacienta odoslať ku klinickému logopédovi na liečbu zajakavosti. V prípade nutnosti alebo upresnenia psychologickej diagnostiky môže byť pacient odporúčaný klinickým psychológom ku pedopsychiatrovi, resp. psychiatrovi. Pre spresnenie diagnostiky zajakavosti alebo v prípade indikácie farmakoterapie (susp. pervazívna porucha autistického spektra u dieťaťa, podozrenie na depresívne príznaky a pod.) odporučí klinický logopéd pacienta so zajakavosťou na pedopsychiatrické, resp. psychiatrické vyšetrenie.

V prípade porúch hlasu alebo prefonačných spazmov u pacienta so zajakavosťou môže klinický logopéd odoslať pacienta na konziliárne vyšetrenie, resp. diagnostiku ku lekárovi so špecializáciou ORL alebo foniatra. Na základe svojich odborných vyšetrení títo špecialisti následne odporúčia klinickému logopédovi špeciálne postupy podľa zhodnotenia stavu reči pacienta.

## **Ďalšie odporúčania**

Po prípravných cvičeniach, ak motorika orofaciálneho komplexu je dostatočná, aplikujú sa nešpecifické rečové postupy, ktoré sú podložené dôkazmi (EBT). Pri hodnotení efektivity terapie zajakavosti navrhuje Bothe (2004) uvažovať kvalitatívne a uberať sa cestou porovnávania výsledkov jednotlivých prípadov prostredníctvom kazuistických štúdií pacientov.

Pri aplikácii terapeutických metódik odporúčame upraviť dobu terapie vo forme predĺženia vzhľadom na generalizáciu a transfer osvojených zručností plynulosti reči, aby bol terapeutický efekt dlhodobý.

## Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pacient (prípadne jeho zákonný zástupca) podpisuje v súlade so zákonom č. 576/ 2004 Z. z., § 6 informovaný súhlas.

## Alternatívne odporúčania

Pred etapou transferu novonadobudnutej plynulosti reči navrhujeme vhodne zakomponovať skupinovú terapiu zajakavosti na generalizáciu osvojených stratégií plynulosti reči ako medzistupeň k jej aplikácii do bežných každodenných komunikačných situácií.

## Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Odporúčame revíziu tohto štandardu po uplynutí jedného roku po nadobudnutí jeho účinnosti a následne každých 5 rokov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie MKCH.

## Literatúra

1. BAUMGARTNER, J., DUFFY, J. R. 1997. Psychogenic Stuttering in Adults With and Without Neurologic Disease. In *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, vol. 5, 1997. p. 75-95.
2. BLOODSTEIN, O., RATNER, N. B. 2008. *A Handbook on Stuttering*. New York : Thomson, Delmar Learning, 2008. 522 p. ISBN 9781418042035.
3. BOSSHARDT, H. G. 2008. *Stottern*. Göttingen : Hogrefe Verlag, 2008. 108 p. ISBN 9783801713539.
4. BOTHE, A. K. 2004. *Evidence-Based Treatment of Stuttering. Empirical Bases and Clinical Applications*. London : LEA, 2004. 304 p. ISBN 0-8058-4633-6.
5. BROWNE, J. et al. 1993. *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a Direct Weighting procedure for Quality of Life Domains (SEIQoL-DW). Administration Manual*. Dublin, 1993. 13 p.
6. BÜCHEL, CH., SOMMER, M. 2004. What Causes Stuttering? In *PLoS Biology*, vol. 2, 2004. p.159-163.
7. BURCH, J. M., KIERNAN, T. E. J., DEMAERSCHALK, B. M. 2013. Neurogenic stuttering with right hemisphere stroke: A case presentation. In *Journal of Neurolinguistics*, vol. 26, 2013. p. 207-213.
8. CRAIG, A. et al. 2002. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. In *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 45, 2002. p. 1097-1105.
9. DIDIRKOVA, I., ŠTENCLOVÁ, E., HIRSCH, F. 2016. De la perception des disfluences normales et sévères à leurs origines articulatoires. In *Neophilologica*, vol. 28, 2016. p. 47-59.
10. DOI, M. et al. 2003. Brainstem infarction presenting with neurogenic stuttering. In *Internal Medicine*, vol. 42, 2003. p. 884-887.
11. DUFFY, J. R. 2005. *Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management*. St. Louis : Elsevier, 2005. 578 p. ISBN 978-0-323-02452-5.
12. EICHORN, N., FABUS, R. 2012. Assessment of Stuttering in Children and Adult. In STEIN-RUBIN, C., FABUS, R. *Guide to Clinical Assessment and Professional Report Writing in Speech-Language Pathology*. New York : Cengage Learning, 2012. p. 347-398. ISBN 1-4354-8532-7.
13. GRANT, A. C. et al. 1999. Stroke-Associated Stuttering. In *Arch Neurol*, vol. 56, 1999. p. 624-627.
14. GUITAR, B. 2019. *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Fifth Edition. Philadelphia : Wolters Kluwer, 2019. 376 p. ISBN 978-1496346124.
15. HARRIS, V. et al. 2002. An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. In *Journal of Fluency Disorders*, vol. 27, 2002. p. 203-214.
16. HOOD, S. B. 2004. *Stuttering words. Glossary of the Meanings of Word and Terms Used or Associated with Stuttering and Speech-Language Pathology*. Fourth Edition. Memphis : The Stuttering Foundation, 2004. 159 p. ISBN 0-933388-35-7.
17. JOKEL, R., DE NIL, L. F., SHARPE, K. 2007. Speech dysfluencies in adults with neurogenic stuttering associated with stroke and traumatic brain injury. In *Journal of Medical Speech Language Pathology*, vol. 15, 2007. p. 243-261.
18. KELL, C. A. et al. 2009. How the brain repairs stuttering. In *Brain*, vol. 132, 2009. p. 2747-2760.
19. KINGSTON, M. et al. 2003. Predicting treatment time with the Lidcombe Program : replication and meta-analysis. In *International Journal of Language and Communication Disorders*, vol. 38, 2003. p. 165-177.
20. KRÁLIKOVÁ, B. 2009. *Dieta s vývinovou neplynulosťou medzi nami*. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita, 2009. ISBN 978-80-89352-26-5.
21. LACIKOVÁ, H., LECHTA, V. 2002. Terapia zajakavosti. In LECHTA, V. a kol. *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin : Osveta, 2002. s. 171-199. ISBN 80-8063-092-5.
22. LECHTA, V. 2016. Zajakavosť. In KERÉKRETIÓVÁ A. a kol. *Logopédia*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2016. s. 121-142. ISBN 978-80-223-4165-3.

23. LECHTA, V. 2004. *Koktavost. Komplexní přístup*. Praha : Portál, 2004. 232 s. ISBN 80-7178-867-8.
24. LECHTA, V. 2010. *Koktavost. Integrativní přístup*. Praha : Portál, 2010. 336 s. ISBN 978-80-7367-643-8.
25. LECHTA, V. 2013. Diagnostika poruch fluencie. In CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha : Portál, 2013. s. 23-55. ISBN 978-80-262-0364-3.
26. LECHTA, V. a kol. 2002. *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin : Osveta, 2002. 270 s. ISBN 80-8063-092-5.
27. LECHTA, V. a kol. 2005. *Zajakavosť – integratívny prístup. Diagnostika*. Bratislava: Liečreh Gúth, 2005. ISBN 80-88931-17-3.
28. LECHTA, V. a kol. 2006. *Zajakavosť – integratívny prístup. Terapia*. Bratislava : Liečreh Gúth, 2006. ISBN 80-88932-21-1.
29. LECHTA, V., ŠTENCLOVÁ, E. 2009. *Zajakavé dieťa doma a v škole*. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita, 2009. 39 s. ISBN 978-80-89352-26-5.
30. LIDCOMBE PROGRAM 2017. Dostupné online: <http://www.lidcombeprogram.org/>
31. LUDLOW, C. L., LOUCKS, T. 2003. Stuttering : A dynamic motor control disorder. In *Journal of Fluency Disorders*, vol. 28, 2003. p. 273-295.
32. LUNDGREN, K., HELM-ESTABROOKS, N., KLEIN, R. 2010. Stuttering following acquired brain damage : A review of the literature. In *Journal of Neurolinguistics*, vol. 23, 2010. p. 447-454.
33. MAJDANOVÁ, A. 2012. *Orientačná diagnostika situačnej psychickej tenzie pri chronickej zajakavosti*. Dizertačná práca. Bratislava : Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 2012. 96 s.
34. MANNING, H. W., DILOLLO, A. 2018. *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Fourth Edition. San Diego, CA : Plural Publishing, 2018. 634 s. ISBN 978-1-59756-997-2.
35. MANSSON, H. 2000. Childhood stuttering : Incidence and development. In *Journal of Fluency Disorders*, vol. 25, 2000. p. 47-57.
36. MARKOVÁ, J., ŠTENCLOVÁ, E., HOŠKOVÁ, K., KOREŇOVÁ, Z. 2011. Vývinové dysfluencie u intaktných slovensky hovoriacich detí vo veku od dva a pol do tri a pol roka. In *Aktuálne otázky logopedickej teórie a praxe* [elektronický zdroj]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2011. s. 100-113 [CD-ROM]. ISBN 978-80-223-3122-7.
37. MCLEOD, S., HARRISON, L. 2009. Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. In *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 52, 2009. p. 113-129.
38. NEUBAUER, K. a kol. 2018. *Kompendium klinické logopedie*. Praha : Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.
39. ONSLOW, M. 2019. *Stuttering and its Treatment : Eleven Lectures*. 304 p. ISBN 978-0-646-92717-6.
40. PÁLFOVÁ, E. 2012. *Chronická zajakavosť. Implementácia metódy MIDVAS v praxi*. Bratislava : Dialóg, 2012. 69 s. ISBN 978-80-968502-6-6.
41. PENTTILÄ, N., KORPIJAAKKO-HUUHKA, A. M. 2015. New guidelines for assessing neurogenic stuttering. In *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, vol. 193, 2015. p. 310-313.
42. PENTTILÄ, N., KORPIJAAKKO-HUUHKA, A. M., KENT, R. D. 2019. Disfluency clusters in speakers with and without neurogenic stuttering following traumatic brain injury. In *Journal of Fluency Disorders*, vol. 59, 2019. p. 33-51.
43. POSPÍŠILOVÁ, L. 2018. Poruchy plynulosti řeči. In NEUBAUER, K. a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Praha : Portál, 2018. s. 372-390. ISBN 978-80-262-1390-1.
44. RAUTAKOSKI, P. et al. 2010. Genetica and environmental effects on stuttering : A twin study from Finland. In *Journal of Fluency Disorders*, vol. 37, 2010. p. 202-210.
45. REILLY, S. et al. 2013. Natural history of stuttering to 4 years of age : A prospective community-based study. In *Pediatrics*, vol. 132, 2013. p. 460-467.
46. SCALER SCOTT, K. 2015. Dysfluency in Autism Spectrum Disorders. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, vol. 193, 2015. p. 239-245.
47. ŠTENCLOVÁ, E. 2011. *Zajakavosť u detí*. Dizertačná práca. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita, 2011.
48. TANI, T., SAKAI, Y. 2011. Analysis of five cases with neurogenic stuttering following brain injury in the basal ganglia. In *Journal of Fluency Disorders*, vol. 36, 2011. p.1-16.
49. THEYS, C. et al. 2011. A one year prospective study of neurogenic stuttering following stroke : Incidence and co-occurring disorders. In *Journal of Communication Disorders*, vol. 44, 2011. p.678-687.
50. THEYS, C., VAN WIERINGEN, A., DE NIL, L. F. 2008. A clinician survey of speech and non-speech characteristics of neurogenic stuttering. In *Journal of Fluency Disorders*, vol. 33, 2008. p. 1-23.
51. VÁCLAVÍKOVÁ, K., ŠTENCLOVÁ, E., MARKOVÁ, J. 2014. Jazykové schopnosti detí s incipientnou zajakavosťou. In *Logopaedica* 17. Bratislava : Mabag, 2014. s. 44-57. ISBN 978-80-971579-2-0.
52. VAN BORSEL, J. 2014. Acquired stuttering : A note on terminology. In *Journal of Neurolinguistics*, vol. 27, 2014. p. 41-49.
53. VAN BORSEL, J., TAILLIEU, C. 2001. Neurogenic stuttering versus developmental stuttering : an observer judgement study. In *Journal of Communication Disorders*, vol. 34, 2001. p. 1-11.
54. VAN BORSEL, J., VAN DER MADE, S., SANTENS, P. 2003. Thalamic stuttering : a distinct clinical entity? In *Brain and Language*, vol. 85, 2003. p. 185-189.
55. WAELKENS, V. 2018. *Mini-kids. Direct therapy for young children who stutter*. Veerle Waelkens, 2018. 363 p. ISBN 978-0-244-71471-0.
56. WARD, D. 2010. Sudden onset stuttering in an adult : Neurogenic and psychogenic perspectives. In *Journal of Neurolinguistics*, vol. 23, 2010. p. 511-517.
57. WARE, J. E. et al. 1993. *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston : The Health Institute, New England Medical Center, 1993. 312 p.
58. YAIRI, E., AMBROSE, N. 2013. Epidemiology of Stuttering : 21st Century Advances. In *Journal of Fluency Disorders*, vol. 38, 2013. p. 66-87.
59. YARUSS, J. S., QUESAL, R. W. 2006. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. In *Journal of Fluency Disorders*, vol. 31, 2006. p. 90-115.

**Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

**Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. decembra 2021.

**Vladimír Lengvarký**  
minister zdravotníctva