

# NÁVRH MINIMÁLNYCH DIAGNOSTICKÝCH ŠTANDARDOV PRE ŠPECIFICKÉ PORUCHY UČENIA, PORUCHU AKTIVITY A POZORNOSTI A NARUŠENÚ KOMUNIKAČNÚ SCHOPNOSŤ

Kolektív autorov



Rozmnožovanie a šírenie tohto diela alebo jeho časti akýmkoľvek spôsobom bez výslovného písomného súhlasu vydavateľa je porušením autorského zákona.

## **NÁVRH MINIMÁLNYCH DIAGNOSTICKÝCH ŠTANDARDOV PRE ŠPECIFICKÉ PORUCHY UČENIA, PORUCHU AKTIVITY A POZORNOSTI A NARUŠENÚ KOMUNIKAČNÚ SCHOPNOSŤ**

### **Editori:**

PaedDr. Katarína Vladová, Ph.D.

PaedDr. Ľuboslava Porubovičová, PhD.

### **Kolektív autorov:**

PhDr. Dana Buntová, PhD.

Mgr. Michal Gabarík

doc. Svetlana Kapalková, PhD.

Mgr. Marianna Kollárová

Mgr. Zuzana Kuncová

Mgr. Hana Laciková, PhD.

PhDr. Jana Olíková

PaedDr. Ľuboslava Porubovičová, PhD.

Mgr. Slávka Púčaliková

Mgr. Katarína Somorová

PaedDr. Zuzana Staňová

doc. PaedDr. Erik Žovinec, PhD.

### **Recenzenti:**

Dr. h. c. prof. PhDr. Viktor Lechta, CSc.

prof. PhDr. Marína Mikulajová, CSc.

**Jazyková korektúra:**

Mgr. Pavol Kelecsényi

Prvé vydanie, 2019

Počet strán: 92

Vydal © Štátny pedagogický ústav Bratislava, 2019

**ISBN 978-80-8118-235-8**

**EAN 9788081182358**

## Obsah

Úvod .....	7
<b>1 Kompetencie odborných zamestnancov zariadení výchovného poradenstva a prevencie v procese diagnostiky špecifických porúch učenia, porúch aktivity a pozornosti a narušenej komunikačnej schopnosti .....</b>	<b>9</b>
<i>Luboslava Porubovičová</i>	
<b>2 Všeobecné princípy diagnostického postupu .....</b>	<b>11</b>
<i>Luboslava Porubovičová, Zuzana Staňová</i>	
Literatúra .....	13
<b>3 Zdroje diagnostických informácií .....</b>	<b>15</b>
<i>Zuzana Staňová, Marianna Kollárová, Zuzana Kuncová, Jana Olíková</i>	
Literatúra .....	18
<b>4 Návrh minimálnych diagnostických štandardov pri špecifickej poruche učenia .....</b>	<b>20</b>
<i>Michal Gabarík, Marianna Kollárová, Zuzana Kuncová, Luboslava Porubovičová, Erik Žovinec</i>	
4.1 Diagnostické postupy a nástroje psychológa pri diagnostike špecifických porúch učenia .....	22
<i>Marianna Kollárová, Zuzana Kuncová</i>	
4.2 Odchýlky vo výsledkoch typické pre diagnózu špecifická porucha učenia z pohľadu psychológa .....	24
<i>Marianna Kollárová, Zuzana Kuncová</i>	
4.3 Diagnostické postupy a nástroje špeciálneho pedagóga a logopéda pri diagnostike špecifickej poruchy učenia .....	28
<i>Michal Gabarík, Luboslava Porubovičová, Erik Žovinec</i>	
4.4 Odchýlky vo výsledkoch typické pre diagnózu špecifická porucha učenia z pohľadu špeciálneho pedagóga/logopéda .....	32
<i>Michal Gabarík, Erik Žovinec</i>	
4.5 Minimálne diagnostické kritériá pre diagnózu špecifická porucha učenia .....	34
<i>Michal Gabarík, Luboslava Porubovičová, Erik Žovinec</i>	
4.6 Diagnostické postupy a nástroje používané pri depistáži detí s rizikovým vývinom v oblasti špecifických porúch učenia .....	39
<i>Michal Gabarík, Luboslava Porubovičová, Erik Žovinec</i>	
Literatúra .....	40
<b>5 Návrh minimálnych štandardov pri poruche aktivity a pozornosti .....</b>	<b>44</b>
<i>Jana Olíková, Michal Gabarík</i>	

5.1 Diagnostické postupy a nástroje psychológa pri diagnostike poruchy aktivity a pozornosti .....	45
<i>Jana Olíková</i>	
5.2 Odchýlky vo výsledkoch typické pre diagnózu poruchy aktivity a pozornosti z pohľadu psychológa .....	49
<i>Jana Olíková</i>	
5.3 Diagnostické postupy a nástroje špeciálneho pedagóga pri diagnostike poruchy aktivity a pozornosti .....	52
<i>Michal Gabarík</i>	
5.4 Odchýlky vo výsledkoch typické pre diagnózu poruchy aktivity a pozornosti z pohľadu špeciálneho pedagóga .....	55
<i>Michal Gabarík, Ľuboslava Porubovičová</i>	
5.5 Minimálne diagnostické kritéria pre diagnózu porucha aktivity a pozornosti .....	56
<i>Michal Gabarík, Ľuboslava Porubovičová</i>	
5.5.1 Skupina hyperkinetických porúch podľa klasifikačného systému MKCH-10-2016 .....	56
5.5.2 Kritéria pre diagnostiku ADHD podľa DSM-5 .....	57
Literatúra .....	58
<b>6 Návrh minimálnych diagnostických štandardov pri niektorých druhoch narušenej komunikačnej schopnosti .....</b>	<b>60</b>
<i>Slávka Pučalíková, Katarína Somorová, Svetlana Kapalková, Dana Buntová, Hana Laciková</i>	
6.1 Diagnostické postupy a nástroje psychológa pri diagnostike narušenej komunikačnej schopnosti .....	61
<i>Slávka Pučalíková</i>	
6.2 Odchýlky vo výsledkoch typické pre niektoré druhy narušenej komunikačnej schopnosti z pohľadu psychológa .....	63
<i>Slávka Pučalíková, Svetlana Kapalková, Dana Buntová</i>	
6.3 Diagnostické postupy a nástroje logopéda pri diagnostike narušenej komunikačnej schopnosti .....	69
<i>Svetlana Kapalková, Dana Buntová, Hana Laciková</i>	
6.4 Profily pri vybratých typoch narušenej komunikačnej schopnosti z pohľadu logopéda .....	73
<i>Svetlana Kapalková, Dana Buntová, Hana Laciková</i>	

6.4.1	Narušenie zvukovej roviny reči – Artikulačná porucha; Fonologická porucha..	74
	<i>Dana Buntová</i>	
6.4.2	Oneskorený vývin reči .....	80
	<i>Svetlana Kapalková</i>	
6.4.3	Poruchy plynulosti reči – zajakavosť, brblavosť .....	82
	<i>Hana Laciková</i>	
6.5	Minimálne diagnostické kritériá pre niektoré druhy narušenej komunikačnej schopnosti z pohľadu logopéda .....	87
	<i>Svetlana Kapalková, Dana Buntová</i>	
6.6	Diagnostické postupy a nástroje používané pri depistáži/skríningu detí s narušenou komunikačnou schopnosťou .....	89
	<i>Svetlana Kapalková, Dana Buntová</i>	
	Literatúra .....	89

## Úvod

Návrh minimálnych diagnostických štandardov pri diagnostike špecifických porúch učenia (ďalej aj „ŠPU“)<sup>1</sup>, poruchy aktivity a pozornosti (ďalej aj „PAP“) a narušenej komunikačnej schopnosti (ďalej aj „NKS“) je určený odborným zamestnancom školských zariadení výchovného poradenstva a prevencie. Odborným zamestnancom poskytuje prehľad a odporúčania k aktuálne používaným diagnostickým postupom a nástrojom pri najčastejšie sa vyskytujúcich zdravotných znevýhodneniach. Predložený materiál zároveň odporúča diagnostické postupy a nástroje pre deti s rizikovým vývinom.

Cieľom interného materiálu je zjednotiť postupy odborných zamestnancov (psychológa, špeciálneho pedagóga a logopéda) pri diagnostike a dosiahnuť vyššiu kvalitu výsledkov odbornej činnosti pre deti a žiakov.

Filozofiou predloženého materiálu je zabezpečiť, aby sa v školských zariadeniach výchovného poradenstva a prevencie poskytovala len taká diagnostická odborná činnosť, ktorá je založená na aktuálnych vedeckých dôkazoch („evidence based“ prístup). Tým sa docieli zvýšenie kvality odbornej činnosti a optimálny efekt jej výsledkov v prospech detí, žiakov a osôb, ktoré ju potrebujú ako službu neoddeliteľne spojenú s výchovou a vzdelávaním, rešpektujúci ich špeciálne edukačné potreby, s ich integráciou/inklúziou.<sup>2</sup>

Jednotlivé kapitoly sú rozdelené podľa zdravotných znevýhodnení. Autori pri návrhoch diagnostických postupov brali do úvahy, že sa dané zdravotné znevýhodnenia často vyskytujú aj v komorbidite. V podkapitolách sú prezentované diagnostické postupy a nástroje psychológa, špeciálneho pedagóga a logopéda.

V závere jednotlivých kapitol je venovaná pozornosť aj depistáži. Včasná diagnostika je v súčasnej dobe veľmi diskutovaná, najmä vo vzťahu k prevencii a ranej intervencii. Je nevyhnutné zaviesť do praxe všetkých školských zariadení výchovného poradenstva a prevencie najmä aktuálne slovenské nástroje s normami a ostatné platné diagnostické nástroje a metódy na zachytenie nerovnomerného vývinu, jazykových a ďalších schopností detí už od raného veku. Dôležité sú aj vývinové medzníky, ako koniec predškolského obdobia

---

<sup>1</sup> Podľa DSM-5 (2015) sa doteraz používaný pojem „vývinové poruchy učenia“ označuje novším diagnostickým vymedzením ako **špecifická porucha učenia** (ŠPU), ktorý používame aj v tejto publikácii (pozn. Ľ. Porubovičová).

<sup>2</sup> Vzhľadom na súčasnú terminologickú nejednotnosť Lechta (2016) definuje inkluzívnu pedagogiku ako odbor pedagogiky, ktorého predmetom je skúmanie a objasňovanie edukačných procesov orientovaných na deti/žiakov s postihnutím, narušením a ohrozením v edukačných podmienkach bežných škôl a v mimoškolskom prostredí. Tieto podmienky sa však utvárajú iba ťažko a preto autor upozorňuje, že súčasnú situáciu u nás lepšie vystihuje morfológický dvojtvar „inklúzia/integrácia“ (Lechta, 2012, 2016).

a obdobie začatia povinnej školskej dochádzky. Pre deti tohto veku sú vytvárané diagnostické nástroje na vyhľadávanie vývinových deficitov za účelom prevencie a včasnej intervencie.

Cieľom diagnostiky nie je len stanovenie diagnózy, ale predovšetkým opísanie silných a slabých stránok dieťaťa, stanovenie rizika, prognózy ďalšieho vývinu a podporných opatrení. Subjektmi odbornej činnosti sú deti, žiaci a klienti vo veku od narodenia do ukončenia prípravy na povolanie. U časti klientov zariadení výchovného poradenstva a prevencie sa ťažkosti môžu prejaviť až v adolescencii, a to v miere, ktorá sa stáva prekážkou v ich denných aktivitách a/alebo vo vzdelávaní.

V súčasnosti odborní zamestnanci zariadení výchovného poradenstva a prevencie pri formulovaní diagnóz a záverov vychádzajú z Diagnostického a štatistického manuálu pre duševné (psychické) poruchy (DSM-5) a tiež z ešte stále platnej Medzinárodnej klasifikácie chorôb používanej v Európe aj na Slovensku (MKCH-10-SK-2016).

V internom materiáli boli preto brané do úvahy jednak doterajšie tradičné poznatky o diagnostike, tak aj nové okolnosti, vyplývajúce najmä z terminológie v revízii DSM-5, ktoré predstavujú súčasný najvyšší štandard v odbornom chápaní jednotlivých porúch psychického vývinu. Treba mať na zreteli, že DSM-5 nie je len diagnostický manuál, ale aj vysoko aktuálny zdroj informácií a referenčný zdroj pre vedecký výskum. Prvýkrát vyšiel preklad DSM-5 v plnej verzii (Hogrefe – Testcentrum, 2015). Kompletná verzia sprostredkuje nielen diagnostické kritériá, ale aj cenné informácie o ďalších diagnostických znakoch, diferenciálnej diagnostike, epidemiológii, priebehu aj prognóze hlavne pre psychiatrov v praxi. Dáva možnosť osvojiť si nový koncept, ktorý zrejme výrazne ovplyvní aj MKCH-11 (Korcsog, 2016).

V Bratislave 25. novembra 2019

editori



# **1 Kompetencie odborných zamestnancov zariadení výchovného poradenstva a prevencie v procese diagnostiky špecifických porúch učenia, porúch aktivity a pozornosti a narušenej komunikačnej schopnosti**

*Luboslava Porubovičová*

V súlade s platnou legislatívou, najmä s vyhláškou MŠ SR č. 437/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú kvalifikačné predpoklady a osobitné kvalifikačné požiadavky pre jednotlivé kategórie pedagogických zamestnancov a odborných zamestnancov v znení neskorších predpisov, v kontexte s aktuálnymi odbornými poznatkami, prezentovanými v odbornej literatúre (najmä: Kerekrétiová a kol., 2016, a ďalší), sú kompetencie odborných zamestnancov školských zariadení výchovného poradenstva a prevencie nasledovné:

- Pre diagnostiku psychického vývinu, vrátane psychického vývinu detí so zdravotným znevýhodnením (podľa § 2 písm. k) zákona č. 245/2008 Z. z. v platnom znení), sú kompetentní psychológovia, spĺňajúci kvalifikačné predpoklady podľa vyhlášky MŠ SR č. 437/2009 Z. z., druhý diel, časť I. v platnom znení.
- Pre diagnostiku detí, žiakov a osôb so zdravotným znevýhodnením (podľa § 2 písm. k) zákona č. 245/2008 Z. z. v platnom znení) alebo detí s rizikovým vývinom z hľadiska špeciálnej pedagogiky sú kompetentní špeciálni pedagógovia, spĺňajúci kvalifikačné predpoklady podľa vyhlášky MŠ SR č. 437/2009 Z. z., druhý diel, časť II. v platnom znení.

Predmetom špeciálnopedagogickej diagnostiky podľa Vančovej (2005, s. 76, podľa: Kastelová – Németh, 2013) je „poznávanie podstaty interakcií medzi špeciálnopedagogickým pôsobením a konkrétnym jednotlivcom so špeciálnymi edukačnými potrebami. Ide o proces identifikácie, skúmania, deskripcie, kauzálnej a vzťahovej analýzy, syntézy, komparácie, abstrahovania a generalizácie javov a procesov rámcovaných konkrétnym jednotlivcom so špeciálnymi edukačnými potrebami a jeho špeciálnopedagogickým ovplyvňovaním.“

Diagnostika v špeciálnej pedagogike je poznávacím procesom, ktorého cieľom je získať čo najkomplexnejšie poznatky o jednotlivcovi so špeciálnymi edukačnými potrebami. Výsledkom diagnostiky je formulovaný záver – odborná diagnóza jednotlivca so špeciálnymi edukačnými potrebami. Cieľom špeciálnopedagogickej diagnostiky je

na základe určenej diagnózy určiť optimálny, individuálne aplikovaný didaktický výchovný model pre jednotlivca so špeciálnymi edukačnými potrebami, čo najobjektívnejšie odhalenie jeho potencionálnych možností a určenie optimálnych edukačných metód na ich dosiahnutie (Bajo – Vašek, 1994, podľa: Kastelová – Németh, 2013).

- Pre diagnostiku detí, žiakov a osôb s narušenou komunikačnou schopnosťou (podľa § 2 písm. k) zákona č. 245/2008 Z. z. v platnom znení), vrátane prediktorov osvojovania si čítania, písania a pravopisu, ako aj samotného čítania, písania a pravopisu v kontexte rečového vývinu (narušenia grafickej formy reči), sú kompetentní školskí logopédi, spĺňajúci kvalifikačné predpoklady podľa vyhlášky MŠ SR č. 437/2009 Z. z., druhý diel, časť III. v platnom znení.

Logopedická diagnostika sa orientuje na človeka s narušenou komunikačnou schopnosťou v najširšom zmysle slova. Jej výsledkom sú komplexné poznatky a relevantné informácie, potrebné najmä na následnú realizáciu logopedickej terapie alebo logopedickej prevencie. Môže sa realizovať na troch úrovniach: orientačné vyšetrenie, základné vyšetrenie, špeciálne vyšetrenie (Lechta, 2016).

## 2 Všeobecné princípy diagnostického postupu

*Luboslava Porubovičová, Zuzana Staňová*

Psychologické, špeciálnopedagogické a logopedické vyšetrenie nie je len aplikáciou diagnostických metód a nástrojov. V úvode vyšetrenia musí byť stanovený cieľ – dôvod vyšetrenia, na čo má vyšetrenie slúžiť, na ktoré oblasti sa zamerať. Dôležitá je analýza informácií z nepriamych diagnostických zdrojov (pozri kapitola 3).

Odborný zamestnanec (psychológ, špeciálny pedagóg, logopéd) zariadenia výchovného poradenstva a prevencie vychádza zo žiadosti, ktorú zvyčajne podáva zákonný zástupca dieťaťa/žiaka alebo škola. Inými žiadateľmi môžu byť napr. klinický logopéd, detský lekár, odborný lekár – neurológ, pedopsychiater atď. Odborní zamestnanci sa snažia na základe žiadosti analyzovať dôvody vyšetrenia, vytvoria priestor na varianty riešenia a použitie diagnostických metód a nástrojov.

Vlastné vyšetrenie sa vykonáva obvykle v troch fázach:

- **Prípravná fáza** – analýza žiadosti o vyšetrenie, konzultácia so žiadateľom, cieľ vyšetrenia, forma výstupu, ktorou je spravidla správa z odborného vyšetrenia.

Z hľadiska organizačného:

- zvážiť, či pôjde o skupinové vyšetrenie alebo vyšetrenie jednotlivca,
- príprava potrebných testových a iných materiálov,
- príprava členov tímu, ktorí sa budú na vyšetrení podieľať.

Z hľadiska odborného:

- štúdium dostupných podkladov a dokumentov k vyšetreniu,
- získanie správ z predošlých odborných vyšetrení (dodržanie časového odstupu pri rediagnostike, nezisťovať to, čo už je potvrdené a pod.),
- stanovenie hypotézy a postupu vyšetrenia, ktorý zahŕňa voľbu metód, postupov (napr. postupnosť ich predkladania klientovi) a časový harmonogram.

Zvolená stratégia by vždy mala zohľadňovať charakter problémov, vek klienta, prostredie, z ktorého klient pochádza a ďalšie okolnosti, ktoré môžu mať vplyv na priebeh vyšetrenia.

- **Začatie vyšetrenia** – oboznámenie klienta (plnoletého alebo jeho zákonného zástupcu/rodičov) s účelom vyšetrenia, jeho priebehom a spôsobmi použitia získaných

údajov. V tejto fáze je veľmi dôležité nadviazanie kontaktu s klientom a vytvorenie bezpečnej pracovnej atmosféry.

- **Priebeh vyšetrenia** – je ovplyvnený cieľom vyšetrenia. Vzhľadom na to, že zvyčajne nie je vhodné členiť vyšetrenie na niekoľko samostatných etáp, ktoré by boli realizované v rôzne dni, záleží na administrátorovi, ako pripraví celé vyšetrenie. Ako užitočné sa ukazuje vyšetrenie s prestávkami (do 5 minút), ktoré nepresiahne 120 minút (Zapletalová, 2006). Trvanie však závisí od veku vyšetrovanej osoby a špecifik jej znevýhodnenia.

Výkonové testy a skúšky by mali byť zaradené v prvej fáze vyšetrenia. V ďalšej etape vyšetrenia je vhodné voliť také metódy, ktoré nie sú náročné na rýchlosť či koncentráciu pozornosti (rozhovor, dotazník).

Snažíme sa starostlivo zvažovať, ktoré diagnostické nástroje a postupy zvolíme, aby sme sa vyvarovali duplicit a aby sme dodržali štandardné postupy, získali validné výsledky. Každé vyšetrenie je špecifické.

Vyšetrenie je **ukončené krátkym rozhovorom**, v ktorom kladne ohodnotíme ochotu spolupracovať, vyzdvihneme pozitívne momenty práce s klientom.

V priebehu vyšetrenia si zaznamenávame okrem sledovaných javov aj všetky okolnosti, ktoré môžu byť dôležité v súvislosti s interpretáciou výsledkov. Zaznamenávame napr. ochotu spolupracovať, pracovné tempo a výdrž, pozornosť, jej odkloniteľnosť, vyjadrovacie schopnosti, motorický nepokoj, nutnosť klienta motivovať, emočné prejavy a ďalšie špecifiká v závislosti od konkrétneho postihnutia, narušenia či ohrozenia klienta.

Neoddeliteľnou súčasťou diagnostického procesu je tímová spolupráca a komunikácia všetkých zúčastnených odborných zamestnancov, t. j. psychológa, špeciálneho pedagóga, logopéda, prípadne sociálneho pedagóga, liečebného pedagóga, so zapojením rodičov dieťaťa alebo plnoletého klienta.

Zámerom psychologického, špeciálnopedagogického a logopedického vyšetrenia nie je používať čo najviac testov a techník. Vždy musíme zvažovať, či nám daná metóda môže spresniť pohľad na problém klienta. Princíp časovo-ekonomickej diagnostiky obsahuje požiadavku určiť čo najpresnejšiu diagnózu za optimálny čas.

## **Minimálna štruktúra komplexného vyšetrenia:**

### **1. Analýza nepriamych zdrojov diagnostických informácií.**

### **2. Anamnéza:**

- *osobná* – somatické a psychologické nálezy, spravidla z prinesenej zdravotnej dokumentácie, obsahujúce údaje súvisiace s prípadnými genetickými faktormi, údaje o gravidite, pôrode, prijímaní potravy, telesnom a psychomotorickom vývine, zraku, sluchu, artikulácii a reči atď.,
- *rodinná* – vrátane socio-kultúrnych aspektov výchovy,
- *školská* – profesijná, vrátane správ/posudkov z inštitúcií, ktoré dieťa navštevuje – detské jasle, materská škola, príp. zariadenie náhradnej starostlivosti a pod.,
- *anamnéza momentálnych/aktuálnych prejavov vyšetrovaného* (Böhme, 1978; Feketeová a kol., 1990, podľa: Lechta a kol., 1995).

### **3. Psychologické vyšetrenie.**

### **4. Špeciálnopedagogické vyšetrenie.**

**5. Logopedické vyšetrenie** – posúdenie potreby vykonania psychologického vyšetrenia ako súčasť primárneho logopedického vyšetrenia je v kompetencii logopéda. Treba tiež zväziť prípadnú potrebu lekárskeho vyšetrenia.

### **6. Konziliárne zhodnotenie výsledkov a formulovanie záveru, resp. diagnózy.**

**7. Stanovenie opatrení** – finálna etapa, stanovená diagnóza je doplnená údajmi o potencionálnych možnostiach jednotlivca so špeciálnymi edukačnými potrebami (predpoklady ďalšieho vývinu, možnosti edukácie, pracovného uplatnenia, rozsahu reedukačno-terapeutických, resp. logopedických intervencií, podporných opatrení, pomôcok v edukačnom procese) – jeho prognóza (Tichá, 2008, s. 15, podľa: Kastelová – Németh, 2013).

Pri formulácii záveru a podporných opatrení je potrebné rešpektovať platnú legislatívu.

## **Literatúra**

DSM-5. 2015. Diagnostický a statistický manuál duševných poruch. 1. české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015.

KASTELOVÁ, A. – NÉMETH, O. 2013. Základy špeciálnopedagogickej diagnostiky a základy špeciálnopedagogického poradenstva. 1. vydanie. Bratislava: Iris, 2013. 181 s. ISBN 978-80-89238-86-6.

KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. 2016. Logopédia. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2016, 339 s. ISBN 978-80-223-4165-3

KORCSOG, P. 2016. Nové klasifikácie DSM-5 a MKCH-11: pre a proti. Dostupné na internete:

<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2-2016/ppp1-2-2016-cla1.pdf>

LECHTA, V. a kol. 1995. Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. 1. vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 263 s. ISBN 80-88824-18-4.

LECHTA, V. 2012. Inkluzívna edukácia včera, dnes a zajtra (?) In: Michalík, J. et al.: Pohledy na inkluzivní vzdělávání zdravotně postižených. 1. vydanie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 106 s. ISBN 978-80-244-3372-1. s. 15 – 23.

LECHTA, V. 2016. Logopedická intervencia. In: Kerekrétiová, A. a kol. Logopedická propedeutika. Bratislava: UK. ISBN: 978-80-223-4164-6, s. 20 – 25.

LECHTA, V. 2016. Inkluzivní pedagogika, 1. vydanie. Praha: Portál, 2016. 463 s. ISBN 978-80-262-1123-5.

Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH. 2018. Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx>

Vyhláška č. 437/2009 Z. z. Ministerstva školstva Slovenskej republiky z 20. októbra 2009, ktorou sa ustanovujú kvalifikačné predpoklady a osobitné kvalifikačné požiadavky pre jednotlivé kategórie pedagogických zamestnancov a odborných zamestnancov.

Zákon č. 245/2008 Z. z. z 22. mája 2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZAPLETALOVÁ, J. 2006. Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostiky v pedagogicko-psychologických poradnách. IPPP ČR, 2006.

### 3 Zdroje diagnostických informácií

*Zuzana Staňová, Marianna Kollárová, Zuzana Kuncová, Jana Olíková*

Neoddeliteľnou súčasťou diagnostického procesu sú zdroje diagnostických informácií. Medzi **nepriame zdroje** patrí rozhovor s rodičmi, pedagógmi, lekármi, štúdium zdravotnej a školskej dokumentácie a iných výsledkov činnosti dieťaťa. **Priame zdroje** diagnostických informácií tvorí anamnéza, pozorovanie, rozhovor s klientom, údaje z psychodiagnostických testov.

**Rozhovor s rodičmi** ako nepriamy diagnostický zdroj sa týka aktuálnych ťažkostí, ktoré sú dôvodom návštevy poradenského zariadenia. Pri rozhovore s rodičmi je dôležité nedať sa ovplyvniť ich vnímaním situácie, vyvarovať sa príliš rýchlych hypotéz a záverov, čo môže negatívne ovplyvniť samotný diagnostický proces v zmysle potvrdenia predčasných hypotéz. Zároveň môže brániť diagnostikovi vidieť aj iné dôležité súvislosti. Počas rozhovoru s rodičmi odporúčame údaje si zaznamenávať.

**Informácie od pedagóga** (učiteľa, vychovávateľa) môžeme získať prostredníctvom osobného alebo telefonického rozhovoru (možnosť klásť otázky, odborný zamestnanec má možnosť spoznať osobnosť pedagóga) alebo v písomnej forme (pedagogická diagnostika, forma dotazníka – pedagóg má možnosť dôkladnejšie sa zamyslieť nad žiakom a precíznejšie formulovať výsledky pozorovania). Informácie od pedagógov nám sprostredkujú pohľad na dieťa, jeho situáciu a ťažkosti. V praxi sa osvedčila kombinácia písomného hodnotenia žiaka a rozhovoru s pedagógom (s vyučujúcimi). Potrebné je dôsledne odlišiť informácie od hodnotenia dieťaťa. Opäť dávať pozor na „prednastavenie“, ktoré môže vzniknúť na strane psychológa/špeciálneho pedagóga/logopéda vplyvom hodnotenia pedagóga. Pýtame sa na opis problému, ťažkostí, históriu problému, aké opatrenia boli realizované, s akým výsledkom atď. Pri diagnostike špecifickej poruchy učenia sa medzi diagnostické kritériá zaraďuje trvanie ťažkostí viac ako šesť mesiacov a nízka odozva na ponúknutú intervenciu na strane klienta (DSM-5, 2015). Vychádza sa z konceptu *Response to intervention* (Kucharská, 2009; Krejčová, 2019).

**Zdravotnú dokumentáciu** (lekárske správy, výpis zo zdravotnej dokumentácie, správa z hospitalizácie atď.) získava poradenský pracovník zvyčajne od rodičov dieťaťa/klienta. Pre získanie komplexného pohľadu na dieťa je dôležité oboznámiť sa so závermi odborných lekárov a prípadnou medikáciou dieťaťa. Podľa A. Kucharskej (2007) je nevyhnutné poznať

aktuálny zdravotný stav, riziko komorbidity s inými problémami vo vývine a prognózu vývinu poruchy. Je potrebné zdôrazniť, že diagnózy ADHD a porucha autistického spektra stanovuje odborný lekár – detský psychiater (DSM-5, 2015).

**Školská dokumentácia dieťaťa** (zošity, previerky, písomné práce, žiacka knižka, výtvarné prejavy – výkresy). Je veľmi dôležité, aby odborný zamestnanec mal informácie o školských výkonoch dieťaťa. Prax ukazuje, že predloženie týchto dokumentov sa podceňuje. Školské práce dieťaťa poskytujú informácie o tom, ako dieťa pracuje doma, v škole, o nárokoch pedagógov, spôsobe hodnotenia, spôsobe vyučovania, preverovania vedomostí. Umožňujú rozbor chýb.

**Anamnéza** (zdravotná, rodinná, osobná, školská) patrí medzi priame zdroje diagnostických informácií, je súčasťou odborného vyšetrenia. Môže mať podobu riadeného rozhovoru alebo dotazníka. Cieľom anamnézy je získať čo najviac informácií o klientovi.

- **V zdravotnej anamnéze** je potrebné zistiť údaje o možných identifikovaných rizikách v prenatálnom období, počas pôrodu a v ranom vývine do troch rokov. Celkovo sa zaznamenáva dispenzarizácia dieťaťa v odborných ambulanciách, režim dňa a spánok (kvalita, ťažkosti) atď.
- **V rodinnej anamnéze** je potrebné overiť výskyt ADHD (genetika má vplyv najmä na zmeny prenosu dopamínu a noradrenalínu (Novotný – André, 2012), narušenej komunikačnej schopnosti, psychických porúch, vývinových porúch učenia atď. Pýtať sa na najvyššie dosiahnuté vzdelanie a školskú históriu rodičov a súrodencov, zvláštnosti/osobitosti ich správania, ale aj výchovné postoje, spôsoby, komunikáciu v rodine a v širšej rodine, vrátane výskytu bilingvizmu, funkčnosť, riešenie konfliktov, výchovné nezhody a celkový výchovný súlad, sociálnoekonomické pomery, trávenie voľného času (nedostatok športovej aktivity, nadmerné používanie TV, PC), stravovacie návyky atď.
- **V osobnej anamnéze** sa treba zamerať na vývin dieťaťa, nerovnomernosti v oblasti hrubej a jemnej motoriky, grafomotoriky, vývin reči (jednotlivé jazykové roviny), sociálne správanie, kontakty, riešenie konfliktov, citové väzby, povahu, silné stránky a záujmy, záľuby, typy hier atď.

V osobnej anamnéze sa ďalej zisťuje adaptácia na jasle, materskú školu (zapájanie do hier, edukačných aktivít, vrstovnicke vzťahy, hra, absolvovanie predškolskej prípravy), nástup na povinnú školskú dochádzku (odklad povinnej školskej dochádzky, návšteva prípravného alebo nultého ročníka), adaptácia dieťaťa na školské povinnosti, školský poriadok, osvojovanie vedomostí a školských zručností (čítanie, písanie,



matematické operácie, prírodné a humanitné vedy), domáca príprava (spôsob, participácia rodiča), spôsob spolupráce a kontaktu rodiny a školy, pravidelnosť dochádzky do školy a pod.

**Pozorovanie klienta** patrí k ďalším zdrojom informácií – či už v jeho prirodzenom prostredí doma, v škole alebo v poradenskom zariadení. Nevyhnutnou súčasťou pozorovania je mať na zreteli jeho *cieľ*, zaznamenávať a analyzovať dáta, hľadať súvislosti medzi nimi a viesť z pozorovania dôsledné záznamy. Rizikom pozorovania je jeho hodnotiaci aspekt, subjektivita a závislosť na pozorovateľovi. *Priame pozorovanie* sa deje počas celého vyšetrenia. Je potrebné všímať si spoluprácu dieťaťa, spôsob nadviazovania kontaktu, jeho spontánnosť, rezervovanosť či naopak dezinhibíciu v kontakte s dospelým, výdrž pri úlohách, kolísanie výkonnosti, sústredenia, odolnosť voči rušivým podnetom z okolia (zaoberanie sa vybavením miestnosti, okolitými zvukmi, ich vplyv na kvalitu výkonu), pamätanie si inštrukcií, slovné komentáre, ktoré nie sú určené examinátorovi, ale pomáhajú mu s jeho vlastnou činnosťou, riešením, ako rieši zvýšené nároky (ľahko sa vzdáva alebo dlhodobo zotráva pri úlohe aj napriek zjavnej bezradnosti) atď. V niektorých prípadoch je vhodné priame pozorovanie dieťaťa počas vyučovania, voľnočasových aktivít (cenné údaje môžu byť získané aj počas čakania dieťaťa v čakárni).

**Rozhovor s klientom** patrí k základným diagnostickým postupom. Vedenie rozhovoru s klientom vyžaduje dôslednú prípravu a erudovanosť examinátora. Rozlišujeme **neriadený rozhovor a riadený rozhovor**, ktorý je ovplyvnený cieľom a je štruktúrovaný. Rozhovor v úvode vyšetrenia by nemal presiahnuť 15 minút. Ak ide o diagnostické interview, jeho dĺžka by mala byť maximálne 45 minút.

**Testovanie** tvorí základ psychologického, špeciálnopedagogického a logopedického vyšetrenia. Pri používaní psychodiagnostických testov je potrebné splňať profesijné kritérium – ktorý odborný zamestnanec môže s daným testom pracovať, či je potrebný výcvik pre daný test, čo býva pri jednotlivých diagnostických testoch explicitne uvedené. (Např. špeciálny pedagóg nemôže vo svojej poradenskej praxi pracovať s intelligenčnými výkonovými testami). Začínajúci odborní zamestnanci by mali počas procesu adaptačného vzdelávania pracovať pod supervíziou.

Vyvarovať sa mechanického vyhodnocovania a vysvetľovania testov. Dôležité je porovnávať získané výsledky testov s výsledkami iných techník či metód, porovnávať výkony klienta s výkonmi intaktných jednotlivcov. Dôležité je uvedomiť si etické aspekty diagnostiky.

**Najväčšie riziko súčasnej poradenskej diagnostiky predstavuje nedostatok štandardizovaných diagnostických nástrojov a/alebo populačné normy pri používaných diagnostických nástrojoch.**

Je potrebné preferovať štandardizované testy s vývinovými normami, zvážiť alebo vylúčiť metódy diagnostiky, ktoré nie sú založené na dôkazoch (Cígler – Mařková, 2013).

Vo verzii diagnostického minima k MKCH-10-SK-2016 vypracovanej VÚDPaP pre potreby poradenskej praxe zariadení v rezorte školstva je odporúčané pri psychologickej diagnostike vývinovej jazykovej poruchy, špecifických vývinových porúch školských zručností a porúch aktivity a pozornosti použiť:

- minimálne jednu štandardizovanú metodiku pre **posúdenie úrovne kognitívnych schopností a intelektu**,
- štandardizovanú objektívnu a projektívnu metodiku pre diagnostiku osobnosti,
- doplnkové testy pre rodičov či aspekty rodinného prostredia/štýlu výchovy,
- pri ŠPU a NKS je odporúčané použiť aj diferenciálno-diagnostické metodiky.

Podľa V. Dočkala (2014): „Stanovenie inteligenčnej úrovne možno v psychologickej poradenskej praxi pokladať za kľúčovú súčasť diagnostickej fázy poradenského procesu“, a to ako pri identifikácii detí s intelektovým nadaním, tak aj pri riešení vzdelávacích problémov, diagnostike porúch učenia, správania, narušenom osobnostnom vývine, v kariérnom poradenstve, či pri stanovení mentálnej retardácie.

„Pri diagnostike špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb je porovnanie s normálnou populáciou danej kultúry zväčša nevyhnutné. Ako podklad pre diagnostiku teda môžeme použiť iba testy, ktoré majú aktuálnu štandardizáciu s platnými slovenskými normami“ (Dočkal, 2014). Ako ďalej V. Dočkal (2014) uvádza, pri interpretácii treba vychádzať nielen z „nameraného čísla“, ale aj zo znalosti toho, čo vlastne daný test meria (pozri príručky k jednotlivým testom). Takisto je potrebné si uvedomiť, že ide o aktuálny výkon dieťaťa, z ktorého máme interpretovať výkonnosť a až z toho „relatívne stálu vlastnosť osobnosti“ – inteligenciu „prejavujúcu sa v dlhodobějších výkonoch, teda vo výkonnosti, úspešnosti človeka“.

## **Literatúra**

CÍGLER, H. – MAŘKOVÁ, J. 2013. Metoda barvovĕ-slovních asociací (takzvané Barvy života) není diagnostickým nástrojem. TESTFÓRUM, 2013, č. 2, s. 15 – 27. Dostupné na: [www.testforum.cz](http://www.testforum.cz).

DOČKAL, V. 2014. Meranie inteligencie. In: Príloha časopisu Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Bratislava: VÚDPaP, 2014. ISBN 978-80-970733-7-4.

- DSM-5. 2015. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. 1. české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015.
- EYSENCK, H. J. – EYSENCK, S. B. G. 1994. B-JEPI. Osobnostný dotazník pre deti (T-21). Bratislava: Psychodiagnostika spol. s r. o., 1994.
- FABER, J. – TYL, J. 2003. EEG Biofeedback. Inštitút pre EEG BF terapiu, Praha, 2003. Prednáška.
- KREJČOVÁ, L. 2019. Dyslexie. Psychologické souvislosti. Praha: GRADA, 2019. 248 s. ISBN 9788024739502.
- KUCHARSKÁ, A. a kol. 2007. Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech. Praha: IPPP ČR, 2007. ISBN 978-80-86856-42-1.
- NOVOTNÝ, V. – ANDRÉ, I. 2012. ADHD/Hyperkinetická porucha v dospelosti. In: NOVOTNÝ, V. – HERETIK, A. a kol. 2012. Kapitoly z psychopatológie 4. Nové Zámky: Psychoprof spol. s r. o., 2012. s. 33 – 47. ISBN 978-80-89322-10-7.
- ZAPLETALOVÁ, J. 2006. Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostiky v pedagogicko-psychologických poradnách. ČR: IPPP, 2006.

## **4 Návrh minimálnych diagnostických štandardov pri špecifickej poruche učenia**

*Michal Gabarík, Marianna Kollárová, Zuzana Kuncová, Luboslava Porubovičová,  
Erik Žovinec*

V odbornej literatúre nachádzame množstvo diagnostických kritérií na stanovenie vývinových porúch učenia, ktoré súvisia s vývojom názorov na podstatu vývinových porúch učenia. Vývinové poruchy učenia, najčastejšie reprezentované vývinovou poruchou čítania (dyslexia) a pravopisu (dysortografia), sú v našich podmienkach spravidla identifikované až po vyhrotení a prehĺbení existujúcich problémov, a to na prelome prvého a druhého stupňa základnej školy, kedy dieťa začína zlyhávať v predmetoch vyžadujúcich porozumenie čítanému textu (Zubáková Peregrinová, 2014).

Novšie poznatky v oblasti diagnostiky porúch učenia však umožňujú včasné zachytenie detí s rizikom rozvoja porúch učenia, a to už na konci predškolského obdobia, a dávajú možnosť pomerne dobre ich identifikovať v priebehu 1. ročníka ZŠ. Ukazuje sa, že stupeň rozvinutia schopností vo fonologickom uvedomovaní, čítaní a písaní v 1. ročníku ZŠ je stavebným základom pre úspešné budovanie gramotnostných schopností v ďalšom vzdelávacom procese. Preto by deťom so slabými výkonmi v spomínaných schopnostiach mal byť včas poskytnutý cielený tréning na stimuláciu slabo rozvinutých schopností (Zubáková Peregrinová, 2014). Tieto trendy sa už objavujú aj v oblasti ťažkostí s chápaním významu čísel a matematických pojmov (dyskalkúlia) (napr. Balážová Antalíková, 2014; Traspe – Skalková, 2013, 2018) a musia byť súčasťou odbornej preventívnej diagnostickej praxe.

Na Slovensku (ako aj v zahraničí) sa už dlhší čas akcentuje jazykový prístup k problematike dyslexie (Váryová – Mikulajová, 2002; Mikulajová a kol., 2012; Žovinec, 2014).

S ohľadom na aktuálnu úroveň poznania majú byť v diagnostike preferované súčasné poznatky pred zastaranými. V súčasnej dobe sa preto ustupuje od diagnostických kritérií vymedzených MKCH-10-SK-2016 a diagnostika špecifickej poruchy učenia (ďalej „ŠPU“) sa opiera o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Podľa M. Mikulajovej (podľa: Kerekrétiová a kol., 2016) sa prikláňame k názoru, že intelekt v medziach populačnej normy a diskrepancia medzi IQ a výkonmi v čítaní/písaní by nemali byť hlavným kritériom na stanovenie diagnózy vývinovej poruchy učenia.

Znevýhodňujeme tým mnohých žiakov s IQ v rozmedzí 70 až 85, ktorí nemajú vývinovú poruchu intelektu a slabé výkony v testoch rozumových schopností dosahujú z dôvodu deficitov v jazykových schopnostiach, pamäti a pozornosti. Intelektové schopnosti u jednotlivých detí môžu pôsobiť ako rizikový, alebo naopak, ako ochranný faktor, a preto je z diagnostického hľadiska dôležité ich odborne posúdiť.

### **Posudzovanie poruchy učenia ako špecifickej poruchy učenia s prejavmi v jednej alebo vo viacerých oblastiach podľa kritérií v DSM-5**

**Špecifická porucha učenia** (ŠPU) je „neurovývinová porucha biologického pôvodu, ktorá je na kognitívnej úrovni podkladom abnormalít spojených s behaviorálnymi prejavmi poruchy. Biologický pôvod zahŕňa interakciu genetických a epigenetických faktorov a vplyvov prostredia, ktoré narúšajú schopnosť mozgu správne prijímať a spracúvať verbálne a neverbálne informácie“ (DSM-5, 2015, s. 71).

Jedným zo základných znakov špecifickej poruchy učenia je pretrvávajúca porucha základných školských schopností, so začiatkom v priebehu školskej dochádzky (t. j. v období vývinu).

Prevalencia ŠPU sa naprieč jednotlivými školskými schopnosťami (čítanie, písanie, počítanie) vyskytuje u žiakov v rôznych jazykoch a kultúrach v rozmedzí 5 % – 15 %. U dospelých nie je prevalencia známa, ale javí sa, že by mohla byť okolo 4 %.

ŠPU sa vyskytuje častejšie u mužov než u žien, v pomere 2 : 1 až 3 : 1, a nedá sa prisudzovať faktorom, ako sú variabilita diagnostikovania alebo merania, reč, rasa alebo socioekonomický status (DSM-5, 2015).

Uvedené posudzovanie ŠPU umožňuje ranú identifikáciu detí ohrozených poruchami učenia, najmä poruchou čítania a písania, na základe prediktorov ťažkostí v čítaní a tiež akceptuje vývinovosť poruchy učenia, premietajúcu sa v rôznych obdobiach do jednej alebo viacerých oblastí (jazykový vývin, čítanie, písanie a pravopis, matematika a pod.).

Nemusí sa „čakať“, kým sa porucha prejaví v procese vzdelávania, pristupuje sa priamo k intervencii a terapii. Viacerými výskumami bolo preukázané, že u slovenských detí s dyslexiou sú ťažkosti častejšie a nápadnejšie predovšetkým v písaní. V čítaní môžu byť ich deficity menej očividné, alebo vďaka pomerne jednoduchému čítaniu v transparentnej slovenčine<sup>3</sup> aj kompenzované (Mikulajová, 2012).

---

<sup>3</sup> Slovenčina patrí, na rozdiel napr. od angličtiny, francúzštiny, medzi tzv. transparentné jazyky, s malým rozdielom medzi písanou a čítanou podobou, s dominujúcim fonematickým pravopisným princípom (vo vysokej miere platí: „píš ako počuješ, čítaj, ako je napísané“). Pozn. Porubovičová, 2019

#### 4.1 Diagnostické postupy a nástroje psychológa pri diagnostike špecifických porúch učenia

*Marianna Kollárová, Zuzana Kuncová*

Na komplexné zisťovanie úrovne intelektových schopností odporúčame používať najaktuálnejší test kognitívnych schopností so slovenskými normami WJ IE (Woodcock-Johnson International Edition II, Ruef a kol., 2003). Používanie tohto testu je viazané na výcvik, test používa psychológ po vyškolení. Zo širokých kognitívnych schopností sa zameriava na verbálne uvažovanie, vizuálne myslenie, kvantitatívne uvažovanie, meria fluidnú inteligenciu, pracovnú aj dlhodobú pamäť, auditívne spracovanie (sluchové rozlišovanie) a kognitívnu efektívnosť testovanej osoby. Je možné ho využívať na testovanie osôb vo veku 5 – 90 rokov.

Ďalším z odporúčaných testov na meranie intelektových schopností je WISC-III<sup>SK</sup> (Wechsler, 2006), využitelný vo veku 6 – 17 rokov. Slovenská verzia obsahuje upravené položky a národné normy vytvorené úpravou českých noriem na základe výsledkov porovnávacieho štandardizačného výskumu. Diagnostikuje sa pomocou verbálnej škály (subtesty: vedomosti, podobnosti, aritmetika, slovník, porozumenie, opakovanie čísel) a performačnej škály (subtesty: dopĺňanie obrázkov, kódovanie, zoradovanie obrázkov, kocky, skladačky, bludiská a hľadanie symbolov). Získame profil, z ktorého môžeme zistiť prednosti a nedostatky klienta.

Pre deti vo veku 2,5 – 7 rokov je vhodným testom na meranie intelektových schopností SON-R (Tellegan – Laros – Heider, prvé slovenské vydanie: Kopčanová – Farkašová – Dočkal, 2009). Je to neverbálny test, a preto je využitelný aj pre testovanie detí s jazykovou bariérou (napr. so sluchovým postihnutím, z iného jazykového prostredia a pod.).

Na základe metodického materiálu VÚDPaP, ktorý je prílohou aktualizovaného vydania usmernenia Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR: „Postup centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie pri posudzovaní školskej pripravenosti detí zo sociálne znevýhodneného prostredia – usmernenie“ (2013), je taktiež povolené využívanie **IV. revízie Stanford-Binetovej škály inteligencie** (T-35, SB IV rev.) (Thorndike – Hagenová – Satter, upr. Adamovič, 1995) pre orientačnú diagnostiku a vytvorenie obrazu o silných a slabých stránkach dieťaťa. Treba však upozorniť, že test nebol na slovenskej populácii štandardizovaný, normy pochádzajú z USA. Podobne sa podľa tohto usmernenia dá pracovať aj s testom **K-ABC** (Kaufman – Kaufman, 1999).

Pre diagnostiku intelektových schopností sa už **neodporúča** využívať Ravenove štandardné progresívne matrice alebo Farebné progresívne matrice z dôvodu neaktuálnych noriem pre slovenskú populáciu (slovenské normy majú viac ako 25 rokov). Za zastarané, a teda nevhodné testy treba považovať S-B III (Terman-Merill), PDW (Pražský detský Wechsler) a TIP (Test intelektového potenciálu P. Říčana).

Podrobné informácie o metodológii zisťovania intelektových schopností a možnostiach merať ich u slovenských detí a mládeže možno nájsť v štúdiu V. Dočkala (2014).

Testy na hodnotenie priestorovej orientácie, vizuomotorickej koordinácie: **Test obkresľovania** (T-32, Matějček – Strnadová, 1974) alebo **Bender-Geštalt test** (modifikovala Vágnerová, T-92). Normy sú pre deti vo veku 5 – 11 rokov. Po tomto období sa kresbové zručnosti málo rozvíjajú (ak neposudzujeme umelecky nadaného žiaka). Vhodný je tiež kresbový test, ako je **Kresba postavy** (T-76, Šturma – Vágnerová, 1992). Po 11. roku veku je možné kresbové testy využívať aj projektívne (môžeme sa dozvedieť o osobnosti a emocionálnom prežívaní dieťaťa).

**Test cesty** (T-41, Reitan – Wolfsonová, upravili: Preiss, M. – Preiss, J. – Panama, J., 2006) je vhodný na zisťovanie neurologických ťažkostí, celkovej výkonnosti mozgu, resp. exekutívnych funkcií, psychomotorického tempa, motorických schopností.

**Rey-Osterriethov test komplexnej figúry TKF** (T-65, Rey – Osterrieth, 1959, príručku spracovali Košč – Novák, 1997) testuje zrkovú pamäť, kalkulačné a motorické funkcie.

Ďalšie **čiastkové funkcie** sa zisťujú napríklad prostredníctvom testov **pozornosti**, akými sú **Číselný štvorec** (T-3, Jirásek, 1992) – umožní posúdiť i výkonnosť pozornosti v čase, je určený pre staršie deti (od 11 rokov) a **Bourdonov test** (T-78, Kuruc – Senka – Čečer, 1972) – dajú sa ním sledovať typické spôsoby reagovania, ako impulzivita, neschopnosť prenášať pozornosť na ďalšie podnety, sklon k chybovosti.

**Číselný obdĺžnik** (T-81, Doležal – Kuruc – Senka, 1972) sa využíva ako skúška optického postrehu a pozornosti. Hodnoteniu pozornosti napomôžu aj niektoré **subtesty** výkonových testov – napr. WISC-III<sup>SK</sup> (opakovanie čísel, počty alebo symboly).

**Reverzný test** (T-1, Edfeld, 1976) sa využíva ako skúška reverznej tendencie, vizuálnej diferenciacie, pracovnej zrelosti a unaviteľnosti, **Skúška sluchovej diferenciacie** (Wepman – Matějček, 1987, slovenská adaptácia Rafajdusová – Mikulajová, 1993), **Pamäťový test učenia** (Preiss, 1999), **Skúška laterality** (Matějček – Žlab, 1972) – výkon v uvedených testoch nám podá informácie napr. o úrovni **pamäti**, schopnosti učiť sa, sluchovej a zrakovej percepcii, pravostrannej alebo ľavostrannej dominancii, dominancii ruky a oka.

Tieto zistenia z testov je vhodné doplniť **posudzovacími škálami**, napr. **SPAS – dotazník sebahodnotenia školskej úspešnosti** (T-216, Matějček – Vágnerová, 1991) pre deti od 10 do 15 rokov, prípadne dotazníkmi a testami zameranými na **osobnosť dieťaťa – B-JEPI** (T-21, autori Eysenck, H. J. – Eysenck, S. B. G., 1994), **T-84 Detský osobnostný dotazník CPQ** (pre deti 8 – 13 rokov) a **T-88 HSPQ** (pre mládež 12 – 18 rokov).

**Sociálne prostredie** možno zisťovať prostredníctvom testov, ako sú napr. T-199 Škála rodinného prostredia, T-101 Test rodinného zázemia, T-106 CATO, prípadne emočné prežívanie (T-112 Škála zjavnej anxiety pre deti – CMAS, T-94 Sebapосudzovacia škála depresivity pre deti – CDI). Je tiež možné využívať T-171 Lüscherovu klinickú diagnostiku – LKD, kresbu stromu, T-76 Kresbu postavy, začarovanej rodiny a podobne.

#### **4.2 Odchýlky vo výsledkoch typické pre diagnózu špecifická porucha učenia z pohľadu psychológa**

*Marianna Kollárová, Zuzana Kuncová*

Diagnostika detí so špecifickými poruchami učenia má svoje špecifiká. Keďže využívame nástroje vytvorené pre bežnú populáciu, niekedy nie je úplne možné dodržať štandardný postup a podmienky testovania. Dieťa so špecifickou poruchou učenia je často limitované svojou neschopnosťou udržať dostatočne dlho koncentrovanú pozornosť, prípadne má pomalé pracovné tempo, môže potrebovať medzi jednotlivými úlohami prestávky, odpočinok. Niekedy je potrebné mierne preformulovať inštrukciu, aby jej dieťa primerane porozumelo. Všetky zmeny treba dôkladne zaznamenať a brať do úvahy pri vyhodnocovaní testov. Pri správnej interpretácii výsledkov je potrebné zvážiť, či sa následne môžeme oprieť aj o normy, ktoré sú uvedené v manuáli, alebo bola naša modifikácia testového materiálu a/alebo postupu taká, že tomu v konečnom dôsledku zabráňuje. Je potrebné premýšľať nad tým, či testovanie neprebehlo skôr ako dynamické, kedy je našim cieľom skôr porozumieť procesom, ktoré dieťa využíva a získať informácie o jeho silných stránkach a o tom, čo by mu mohlo pomôcť v budúcnosti úlohy efektívnejšie zvládať a čo môže byť základom pre jeho ďalší rozvoj a terapeutický plán.

M. Vágnerová (2001) uvádza, že je vhodné realizovať analýzu dobrých a slabých výkonov v jednotlivých subtestoch, teda zaoberať sa individuálnym profilom a pátrať po možných príčinách nerovnomerného výkonu.



Vo WISC-III<sup>SK</sup> okrem subtestu *kocky* (kde sa ukážu vizuopriestorové poruchy) sú ešte významnými subtesty *počty* (výrazne zlyhávajú deti s vývinovou poruchou počítania – dyskalkúliou), *opakovanie čísel* (deti tu zlyhávajú pre ťažkosti so sústredením sa, pre poruchy pamäti alebo sekvenčných schopností, veľký rozdiel vo výkone medzi opakovaním čísel a opakovaním čísel odzadu je typický pre deti s pravohemisférovým postihnutím), *symboly*, *kódovanie* (zachytáva schopnosť asociačného učenia, zrakového vnímania a vizuomotorickej koordinácie, je náročné na pozornosť a pracovné tempo), *hľadanie symbolov* (tento test významne prispieva k diagnostike detí s vývinovými poruchami učenia pre svoju náročnosť na pozornosť, psychomotorické tempo a schopnosť vizuálnej diferenciácie) a *skladačky* (zachytáva kvalitu zrakovej percepcie, predstavivosti, potrebná je i manuálna zručnosť (Vágnerová, 2001).

Autori príručky testu WJ IE uvádzajú, že u žiakov so ŠPU môžeme pozorovať tieto špecifiká vo výsledkoch jednotlivých subtestov:

### **1. Verbálne uvažovanie** (slovník, synonymá, protiklady, verbálne analógie)

Pri ŠPU môže byť verbálna zložka úplne v poriadku. Výsledok vo verbálnych subtestoch je prediktorom školského výkonu. Žiaci s lepšou slovnou zásobou a porozumením sa dokážu viac naučiť z verbálne prezentovaného učiva. Je potrebné zohľadniť úroveň poznania jazyka u detí cudzincov, resp. z bilingválneho prostredia. Žiaci s poruchou jazykového vývinu skórujú horšie ako ich rovesníci aj v testoch využívajúcich slovné matematické úlohy.

### **2. Pamäť na mená**

Žiaci so ŠPU zvyknú mať problém vytvoriť si systém ukladania informácií, organizovať si poznatky a vytvoriť štruktúru, z čoho následne vyplývajú ťažkosti s vybavovaním si informácií a slov z dlhodobej pamäti. Vybavovanie z dlhodobej pamäti ovplyvňuje čítanie, písanie a počítanie najmä na prvom stupni ZŠ, kým tieto procesy nie sú zautomatizované. V matematike sa ťažkosti prejavujú aj neskôr – ak sú matematické fakty reprezentované v pamäti, prístup k nim býva sťažený, aritmetika tiež závisí na automatickom vybavovaní si z dlhodobej pamäti.

### **3. Priestorové vzťahy**

Ťažkosti v tomto subteste majú dopad na prácu s mapou, orientáciu v priestore, chybné vnímanie vzťahov medzi objektom a priestorom. Objavujú sa ťažkosti v geometrii, pri práci s grafmi, skladačkami, modelmi. Súvisí s úspešnosťou vo fyzike a prírodných vedách. Nesúvisí s ťažkosťami pri čítaní a písaní.

#### **4. Rozlišovanie zvukov**

Spracovávanie zvukov reči, fonologické uvedomenie je prekurzorom čitateľskej zručnosti, ťažkosti v tomto subteste ovplyvňujú to, ako sa dieťa učí čítať v prvom ročníku, môžu indikovať dyslexiu. Aritmetika tiež vyžaduje kódovanie a presné udržanie fonologickej reprezentácie v pamäti. Aj pri písaní sa vyžadujú procesy sluchového rozlišovania, detekcia rytmu, pochopenie zvukových signálov, poradie hlások pri písaní slov. Ťažkosti v sluchovom rozlišovaní môžu viesť k ťažkostiam v učení sa cudzích jazykov na prvom stupni ZŠ, k ťažkostiam v porozumení verbálnych inštrukcií a reči.

#### **5. Formovanie konceptov**

Schopnosť logicky myslieť, dedukovať, odvodiť vzťahy, induktívna logika, flexibilita myslenia má vplyv na učenie sa, transfer a generalizáciu informácií, riešenie abstraktných problémov, porozumenie čítanému, vyvodzovanie záverov z textu, riešenie slovných úloh v matematike. Ťažkosti v tomto subteste môžu naznačovať dyslexiu, dyskalkúliu.

#### **6. Vizúálne porovnávanie**

Meria rýchlosť, akou vykonávame zautomatizované činnosti. Žiaci so ŠPU majú nižšiu rýchlosť spracovania, pomalšie pracovné tempo. Zámena číslíc (napr. 68/86) v tomto subteste môže naznačovať dyslexiu. Pomalé tempo môže tiež narúšať čítanie a porozumenie čítaného textu, písanie a počítanie.

#### **7. Obrátené číselné rady**

Ťažkosti v krátkodobej, resp. pracovnej pamäti ovplyvňujú školské výkony, indikujú ŠPU. Ak písanie nie je zautomatizované, zamestnáva pracovnú pamäť a žiak nestíha zapisovať poznámky alebo robí chyby. Podobný problém vzniká pri počítaní spamäti. Krátkodobá pamäť je potrebná aj pre porozumenie čítaného textu a reči.

#### **8. Kvantitatívne vyvodzovanie**

Ťažkosti v tomto subteste majú žiaci s dyskalkúliou – s chápaním matematickej terminológie, vyvodzovaním v rámci kvantitatívnych vzťahov, chápaním numerických vzťahov, narábaním s peniazmi, v aritmetických úlohách. Žiaci s ambidextriou môžu mať tiež problém s orientáciou na číselnej osi.

Pri diagnostike špecifickej poruchy učenia sa častejšie než v bežnej populácii stretávame s nerovnomerným vzájomným **vzťahom verbálnej a neverbálnej** zložky intelektu: buď s výraznou prevahou zložky verbálnej, často u detí s percepčno-motorickými poruchami, alebo naopak zložky neverbálnej, často u detí s poruchou jazykového vývinu.

**V detskej kresbe** poukazujú na ťažkosti s motorikou, orgánové poškodenie CNS podľa Z. Altmana (2016) okrem ťažkostí s grafomotorickou koordináciou aj narušenia vizuálnej predstavivosti a priestorovej orientácie. Niekedy je náročné tieto ťažkosti v kresbe odlišiť od iných problémov, napríklad od vývinovej poruchy intelektu (DSM-5, 2015), telesného postihnutia alebo celkového zaostávania psychomotorického vývinu, preto sa nemôžeme pri diagnostike ŠPU spoliehať iba na kresbu ako na jediný diagnostický nástroj.

V testoch zisťujúcich čiastkové funkcie nám **Reverzný test** umožní zistiť úroveň zrakovej percepcie potrebnej na osvojenie si čítania a písania, zhodnotiť kvalitatívne chyby (napr. či majú ťažkosť rozlíšiť detaily alebo nevedia rozlíšiť pravo-ľavú polohu); **Skúška sluchovej diferenciácie** (táto metóda nie je štandardizovaná – podľa Z. Matějčka (1987), ak je v tomto teste neúspešné dieťa staršie ako 8 rokov, má to diagnostický význam a často sú to deti s vývinovými poruchami učenia.

**Skúška sluchovej analýzy a syntézy** (v slovenčine podľa: Mikulajová – Rafajdusová, 1993) veľmi úzko súvisí aj s pozornosťou dieťaťa; kvalitatívnym rozborom sa dá zistiť najčastejší typ chýb. **Skúška laterality** nám okrem iného pomôže určiť deti so skríženou lateralitou, teda s odlišnou dominanciou ruky a oka, ktoré mávajú ťažkosti v čítaní a činnostiach vyžadujúcich senzomotorickú koordináciu.

**Test číselný štvorec** nám pomôže zistiť výkyvy pozornosti (krivka bude kolísavá) alebo unaviteľnosť dieťaťa (od určitej fázy sa bude čas potrebný na zvládnutie úlohy zvyšovať).

**Test cesty** preukáže úroveň schopnosti dieťaťa rozdeliť pozornosť; čím je výsledok pomalší a s chybami, tým viac svedčí o ťažkostiach v oblasti pozornosti. Test je vhodný pre screening exekutívnych funkcií a pozornosti.

**Reyov-Osterriethov test komplexnej figúry** nám podá informácie o správnosti reprodukcie, pracovnom štýle (odkiaľ začína, kam postupuje) a dĺžke trvania.

**Použitím posudzovacích škál a testov zameraných na osobnosť dieťaťa** môžeme zistiť, či výsledky jednotlivca poukazujú na typické negatívne sebahodnotenie detí so špecifickou poruchou učenia.

### 4.3 Diagnostické postupy a nástroje špeciálneho pedagóga a logopéda pri diagnostike špecifickej poruchy učenia

*Michal Gabarík, Ľuboslava Porubovičová, Erik Žovinec*

Skúšky môže vykonávať špeciálny pedagóg aj logopéd. Mnoho detí s NKS, najmä detí s vývinovou jazykovou poruchou (špecificky narušený vývin reči/vývinová dysfázia/podľa DSM-5 (2015) vývinová jazyková porucha) preukazujú špecifickú poruchu učenia (ďalej len ŠPU) v školskom veku, pričom ŠPU je často prirodzeným pokračovaním ich jazykových deficitov. Pri viacerých metódach na zisťovanie matematických predpokladov a schopností je uvedené, že ich môžu využívať psychológovia aj špeciálni pedagógovia.

#### **Diagnostika čitateľských schopností**

*Skúšky čítania pre mladší školský vek* (Váryová, in Mikulajová a kol., 2012) – test pozostáva z troch samostatných skúšok: 1. Čítanie textu; 2. Čítanie slov; 3. Čítanie pseudoslov. Skúšky umožňujú analyzovať a porovnávať rýchlosť a presnosť čítania slov a pseudoslov, techniku čítania, porozumenie čítanému textu, pochopenie významu prečítaného textu a chyby pri čítaní. Skúška čítania textu má dve alternatívy, ktoré je vhodné využiť obe (pri viacerých diagnostických stretnutiach alebo v prípade podozrenia na nedostatočne navodený raport pri prvom stretnutí). Porovnanie čítania slov a pseudoslov ponúka podklad pre analýzu techniky čítania.

*Test čítania s doplňovaním slov* (Mikulajová – Vencelová – Caravolas in Mikulajová a kol., 2012) – normatívny test tichého čítania s porozumením, v ktorom sa hodnotí a porovnáva s normou rýchlosť a presnosť čítania, ale aj úroveň porozumenia. Diagnosticky je veľmi zaujímavá komparácia výsledkov žiaka v testovaní hlasného čítania (napr. vyššie uvedeným testom) a výsledkov v tomto teste.

*Skúšky čítania* (Matejček – Šturma – Vágnerová – Žlab, T-202, aktualizované slovenské normy: KOMPOSYT) – predstavujú osem čítacích testov pre rôzne vekové kategórie (1. – 6. ročník ZŠ). Súbor obsahuje aj pseudotext *Latyš* určený na diferenciálnu diagnostiku dyslexie. Výhodou je prepočet výsledkov na stenové normy a čitateľský kvocient, ktorý umožňuje komparáciu s úrovňou intelektu.

*ČÍ(s)TA* (Žovinec – Dufeková, 2014) – súbor skúšok určených pre diagnostiku stredoškôľakov. Obsahuje dotazník, skúšku fluencie pri čítaní, test tichého čítania

s porozumením s orientačnými normami. Súbor obsahuje aj orientačné normy pseudotextu *Latyš* pre stredoškolskú populáciu.

### **Diagnostika pravopisných schopností**

*Hodnotenie pravopisných schopností u mladších žiakov* (Caravolas – Mikulajová – Vencelová in Mikulajová a kol., 2012) – predstavuje komplexný súbor pravopisných testov zameraných na rôzne úrovne uplatňovania pravidiel pravopisu v slovenskom jazyku, od fonemického princípu až po uplatňovanie zložitých pravidiel v spisovnom zápise slova. Zásadným prínosom pre diagnostickú prax je o. i. možnosť kvantitatívne a kvalitatívne analyzovať chyby v jednotlivých subtestoch, čo umožňuje lepšiu identifikáciu problémových oblastí.

*Hodnotenie pravopisných schopností u starších žiakov* (Vencelová – Mikulajová – Caravolas in Mikulajová a kol., 2012) – test pozostávajúci zo zapísania 50 diktovaných slov, ktoré sa testovanému diktujú vo frázach a sleduje sa špecifický pravopisný jav a sumárny počet nešpecifických chýb. Test je jednoduchý na administráciu aj na vyhodnotenie, ale prakticky sa zameriava na vyššie úrovne pravopisných javov a nie je dostatočne citlivý na základné chyby v uplatňovaní fonemického princípu. Autorky testu odporúčajú výsledky doplniť o kvalitatívnu analýzu školských diktátov, zošitov a slohových prác (Mikulajová a kol., 2012, s. 70).

### **Diagnostika matematických schopností**

*ZAREKI* (Aster, 2002) – neuropsychologická batéria testov na spracovanie čísel a počítanie u detí je časovo nenáročný test, ktorý umožňuje získať základný obraz o aspektoch spracovávaní čísel a počítania u žiakov základných škôl. Je relatívne ľahké vyhodnotiť ho, ale poskytuje iba základný náhľad do matematických schopností diagnostikovaného žiaka. Použitie je individuálne, u detí od 7 do 11 rokov. Limitnou sa pri tomto teste javí vysoko kultúrne zaťažená oblasť kognitívneho odhadu množstva.

*Testy matematických schopností* (Košč, 2013) – test pozostávajúci z troch samostatných testov: Kalkúlia III., Číselný trojuholník a Rey-Osterriethov test komplexnej figúry je základným testom pre diagnostiku matematických schopností, ktorý globálne mapuje viaceré oblasti podieľajúce sa na vývine matematických schopností – od krátkodobej pamäti, orientácie na ploche, jednoduché matematické operácie až po analýzu spracovania. Použitie

môže byť individuálne i skupinové, od 9 rokov. Vyhodnotenie testu si vyžaduje dostatok praktických skúseností a konziliárne zhodnotenie.

**Diagnostika štruktúry matematických schopností (DISMAS)** (Traspe – Skalková, 2013) – diagnostika štruktúry matematických schopností je test určený na hodnotenie vývinu základných aritmetických schopností a vedomostí, ktoré sa vytvárajú u detí v predškolskom veku a v priebehu 1. stupňa základnej školy, preto je aj svojím zameraním primárne určený pre túto cieľovú skupinu. Normy sú pre populáciu detí od predškolského veku (koniec MŠ) po žiakov na konci II. polroka 5. ročníka, a to aj percentilové. Test pozostáva z piatich subtestov: číselné rady, predstavy čísel, matematické pojmy, operačné predstavy a automatizácia počítacích schopností. Každý z uvedených subtestov je ešte členený na vývinové škály, ktorých je spolu 14. Cieľom testu je zmapovať to, čo žiak v matematike už zvládol a čo ešte nie a tak získať súhrn a diferencovanú predstavu o rozvoji základných matematických schopností a identifikovať problémy v niektorej z uvedených oblastí. Výhodou testu je relatívne podrobná analýza jednotlivých subtestov pri relatívne nízkej časovej náročnosti a prehľadná a nenáročná administratíva a vyhodnotenie. Ďalšími výhodami testu je, že poskytuje možnosti na diagnostiku predškolákov, stanovíť predpoklady pre matematiku a navrhnúť preventívnu intervenciu. Autori testu k nemu odporúčajú absolvovať kurz, a to najmä z dôvodu osvojenia si možností tvorby reedukačných cvičení na jednotlivé oblasti. Test je štandardizovaný na českej populácii, v roku 2018 bol revalidovaný (Traspe – Skalková, 2018).

**Matematické předpoklady dětí v mladším školním věku (MPD). T-174.** Kvalitativní metoda vyšetření (Novák, 2013) – psychodiagnostická metóda je nástroj orientovaný hlavne na kvalitatívne stránky posudzovania percepčno-kognitívnych a ďalších predpokladov základných počítacích schopností. Je koncipovaný pre deti mladšieho školského veku, ktoré majú zreteľné ťažkosti s nadobúdaním a používaním základných početových schopností. Metóda vznikla prepracovaním testových metód na diagnostiku matematických schopností (Novák, 1997). Cieľom bolo identifikovať už v raných fázach rozvíjajúce sa špecifické matematické ťažkosti a formulovať adekvátne nápravné opatrenia. Výkony sú škálované kvalitatívne v podobe: norma (úplne adekvátne riešenie), podpriemer a porucha. Niektoré úlohy poskytujú popri čisto kvalitatívnom hodnotení tiež kvantitatívne hodnotenie. Podľa miery zložitosti diagnostikovaných oblastí možno jednotlivé špecifické skúšky a obvykle používané samostatné testy rozdeliť na:

- Komplexné: Slovné úlohy, Matematické rady, Analógie, Numerický autodiktát, Počtové operácie, Percepčno-numerický test forma A, Percepčno-numerický test forma B, Skúška laterality
- Percepčno-motorické: Smerová orientácia (PLO), Rey-Osterriethova komplexná figúra
- Percepčno-kognitívne: Vizuálna diferenciacia, Štruktúra čísla
- Verbálne: Význam matematických slovných pojmov

Test je štandardizovaný na českej populácii.

### **Diagnostika písania a grafomotoriky**

Diagnostika úrovne grafického prejavu sa realizuje výlučne kvalitatívnou analýzou písomného prejavu – diktátu, prepisu, odpisu, príp. autodiktátu.

V grafickom prejave sa sledujú základné atribúty finálneho grafického zápisu: sklon, veľkosť, tvar a vzťah grafém a dodržiavanie lineatúry.

Z hľadiska procesu písania sa hodnotí najmä tempo a plynulosť písania, úchop písadla, pohyby zápästia, laktového a ramenného kĺbu a poloha pri písaní.

Pri diagnostike vývinovej koordinačnej poruchy (DSM-5), predtým označovanej ako dysgrafia, je potrebné okrem iného rešpektovanie špecifik vývinu žiaka – úrovne jeho jemnej motoriky, vizuomotorickej koordinácie, ale aj ďalších oblastí fyzického a psychického vývinu dieťaťa s ohľadom na prostredie, v ktorom vyrastá (rodina, škola atď.), ako aj rešpektovanie typu písma, ktoré sa v škole učí – najmä pri diagnostike cudzincov alebo pri diagnostike žiakov, ktorí sa v škole učia písať alternatívnym typom písma (napr. Comenia Script). Veľmi dôležitým kritériom pri určovaní vývinovej koordinačnej poruchy je miera diskrepancie medzi ostatnými akademickými schopnosťami a písaním. Určujúcim faktorom v diagnostike je vylúčiť vplyv orgánového poškodenia v zmysle napr. detskej mozgovej obrny. Od pojmov, ako „organicita, orgánový pôvod ŠPU či známky organicity“ sa v súčasnosti upúšťa. Pri poruchách psychického vývinu (neurovývinových poruchách) možno hovoriť nanajvýš o príznakoch mozgovej dysfunkcie, v anglickej terminológii tomu zodpovedá výraz „soft signs“ (www.eldel-mabel.net, 2019). Kritériom zostáva najmä spoločenská únosnosť písaného textu, čo prakticky znamená čitateľnosť – zachovanie funkčnosti písania ako prostriedku pre odovzdávanie a uchovávanie informácií.

## Diagnostika hudobných a výtvarných schopností

V súčasnosti v našich podmienkach neexistuje normatívna diagnostika, ktorá by špecifikovala v odbornej literatúre spomínané poruchy kresbových a hudobných schopností.

Pri kresbe by bolo možné vziať do úvahy faktory opísané napr. v *Kresbe postavy* (Vágnerová, T-76) a porovnať ich s úrovňou intelektu, ale keďže tieto poruchy vývinu nemajú zásadný vplyv na edukačné výsledky a výrazným spôsobom neznižujú kvalitu života ich nositeľa, ich samostatné a cielené odhaľovanie sa zväčša nerealizuje. **Najčastejšie sa objavia komorbidne** pri iných typoch porúch alebo postihnutí.

K štandardu špeciálnopedagogickej a/alebo logopedickej diagnostiky porúch učenia patria testy jazykových schopností, percepcie, spracovania informácií a podľa potreby zhodnotenie motorických schopností a orientačné vyšetrenie zraku a sluchu.

### 4.4 Odchýlky vo výsledkoch typické pre diagnózu špecifická porucha učenia z pohľadu špeciálneho pedagóga/ logopéda

*Michal Gabarík, Erik Žovinec*

#### Dyslexia, dysortografia

Odchýlky vo výsledkoch v testoch určených pre diagnostiku dyslexie a dysortografie (opísaných vyššie) predstavujú kritérium pre určenie poruchy. Kvalitatívna analýza chýb ďalej umožňuje bližšie spoznať špecifická vývinovej poruchy konkrétneho jednotlivca.

Podľa J. Nováka (2002) pri čítaní hodnotíme tieto oblasti: rýchlosť, stupeň čitateľských návykov, frekvencia a charakter chýb, porozumenie textu. Vzhľadom na dostupné vývinové normy odporúčame používať *Skúšku čítania T-202* od Z. Matějčka a kol. (1987, aktualizované slovenské normy: KOMPOSYT), *Skúšky čítania pre mladší školský vek* (Mikula, 2012) a *Testy čítania s doplnením slov* (Mikulajová – Vencelová – Caravolas, 2012). Orientačné vývinové normy pre text *Latyš* pre stredoškolskú populáciu (Matějček a kol., 1987, aktualizované slovenské normy: KOMPOSYT) spracovali E. Žovinec a A. Dufeková (2014).

Treba mať na pamäti, že niektoré špecifické chyby pri čítaní, napr. komolenie slov ako papagáj – pagapáj, vynechávanie písmen alebo slabík, môžu mať viacero možných príčin. Je potrebné pristupovať ku každému dieťaťu individuálne. Pre analýzu symptómov v čítaní



a písání na behaviorálnej úrovni a ich možných príčin na jazykovo-kognitívnej úrovni odporúčame používať *Schému diagnostického rozhodovania* podľa M. Mikulajovej (Mikulajová a kol., 2012, príloha CD).

Pri hodnotení vývinu čitateľských návykov odporúčame využívať 6-stupňovú klasifikáciu podľa J. Nováka (2012):

1. Čítanie po skupinách slov, plynule, so zmyslom pre vetný kontext a správnu alebo skoro správnu vetnú intonáciou. Normálne, dobre vyvinuté čítanie na úrovni nad 80 slov/min. Zvyčajne od 4. ročníka ZŠ a vyššie.
2. Číta po jednotlivých slovách, celkom vyrovnané a bez ďalších zarážok, niekedy i skupiny slov plynulo. Ešte bez vetnej intonácie, zarážky nanajvyš ojedinele pred ťažšími a neznámymi slovami. Sociálne únosné čítanie rýchlosťou 60 – 80 slov/min. Zvyčajne v 3. ročníku ZŠ.
3. Číta väčšinou po jednotlivých slovách, nie však s istotou a plynulo. Zarážky pred ťažšími a neznámymi slovami. Niektoré slová slabikuje pri rýchlosti 40 – 50 slov/min.
4. Slabikuje plynulo nahlas alebo sa prejavuje tzv. dvojité čítanie, pauzy sú zreteľné, dlhé, číta po oddelovaných slovách, bez ťažkostí iba krátke slová. Rýchlosť je 26 – 39 slov/min, dosahuje sa bežne v 2. ročníku ZŠ.
5. Hlasné slabikovanie, slabiky zreteľne oddeľuje, niekedy ešte hláskuje, pri tichom čítaní prítomné prejavy dvojitého čítania. Rýchlosť 15 – 25 slov/min na úrovni 1. ročníka ZŠ.
6. Hláskuje skladaním do slabík alebo slová odhaduje. Rýchlosť 15 slov/min a nižšia.

Narušené a znížené čitateľské zručnosti v spôsobe a rýchlosti strácajú charakter ŠPU pri dosiahnutí sociálne únosného čítania, t. j. minimálne 65 slov/min a viacej a za predpokladu primeraného porozumenia čítanému textu a chybovosti neprekračujúcej sociálnu únosnosť.

Prvé tri stupne možno rámcovo hodnotiť ako zaostávanie (po príslušnom ročníku), 4. stupeň predstavuje riziko ŠPU, 5. a 6. stupeň si vyžaduje intenzívnu intervenciu špeciálneho pedagóga alebo logopéda.

Pri podozrení na dyslexiu odporúčame realizovať aj orientačné vyšetrenie pravopisu, v ktorom sa chybovosť prejavuje markantnejšie.

Dvojité čítanie nemožno hodnotiť ako špecifickú dyslektickú chybu. Nezapočítava sa do indexu chybyne prečítaných slov. Objavuje sa aj vo vývine slabších čitateľov v úsilí priblížiť sa plynulosti (alebo sa vyhnúť negatívnemu hodnoteniu), keď čitateľ ešte nie je na očakávanej vývinovej úrovni. Zvyčajne ide o súvislosť s vyučovaním (tempo vyučovania je pre dieťa náročné, metódy a prístup učiteľa nie sú efektívne). Je potrebné individuálne

zvážiť u každého dieťaťa mieru prekážky (koľkokrát dieťa slovo/slabiku opakuje, miera námahy) a či je indikovaná intervencia na odstránenie tohto zlozvyku.

Pri ťažkostiach s porozumením odporúčame všímať si modalitu (prerozprávanie a naratívne zručnosti) a jednotlivé roviny porozumenia textu (porozumenie slovám, vetám, diskurzu, porozumenie implicitným a explicitným informáciám v texte, porozumenie formy textu, pochopenie zámeru postáv a autora). Pri ťažkostiach s porozumením textu je potrebné diagnostikovať aj porozumenie reči logopédom.

Pri diagnostike dyskalkúlie sú testy prevažne zamerané na určenie špecifických deficitov v jednotlivých oblastiach matematických schopností pre určenie charakteru (typu) dyskalkúlie, ako ich uvádzali L. Košč a M. Kumorowitzová (1972). Základnými oblasťami sú predčíselné predstavy, percepcia, priestorová orientácia, pamäť, verbálne, grafické, operačné a úsudkové schopnosti. Pre oblasti, v ktorých boli zaznamenané ťažkosti, je veľmi vhodné použitie doplňujúcich testov, ktoré umožnia detailnejšie spoznať deficity.

#### **4.5 Minimálne diagnostické kritériá pre diagnózu špecifická porucha učenia**

*Michal Gabarík, Ľuboslava Porubovičová, Erik Žovinec*

Predpokladom úspešnej a efektívne zameranej odbornej činnosti smerom ku klientovi je spolupráca psychológa, špeciálneho pedagóga, logopéda s pedagógmi a rodičmi v podobe odovzdania si informácií z vyšetrení, konzultovania výsledkov vyšetrenia a dohodnutí na spoločnom postupe v podobe krokov, ktoré budú zamerané na zmiernenie zistených prejavov. Pre určenie diagnóz/y patriacich do skupiny ŠPU je teda kľúčová spolupráca minimálne špeciálneho pedagóga, psychológa, logopéda a pedagóga s rodičmi žiaka. Podľa individuálneho posúdenia sa na určovaní diagnózy podieľa aj iný odborník.

Niektoré iné problémy dieťaťa sa môžu prejavovať podobnými symptómami, ako majú deti so ŠPU. Preto súčasťou diagnostického procesu je i diferenciálna diagnostika. Medzi okolnosti, ktoré môžu mať podobné prejavy ako špecifické poruchy učenia, patrí napr. znížený intelekt, psychická porucha, rôzne senzorické poruchy (porucha zraku, sluchu, kedy dieťa nie je schopné vnímať konkrétnu modalitu podnetov), nižšia sociokultúrna úroveň rodiny dieťaťa v spojení s nepravidelnou dochádzkou alebo odlišné jazykové prostredie rodiny dieťaťa.

Ak hovoríme o špecifických poruchách učenia, vychádzame pri ich diagnostike z Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-5). Pre časté používanie uvádzame aj znenie z Medzinárodnej klasifikácie chorôb používanej v Európe aj na Slovensku (MKCH-10-SK-2016), kde sú pod kategóriou *Špecifické poruchy vývinu školských zručností* (F81) a patria tam: Špecifická porucha čítania, Špecifická porucha hláskovania, Špecifická porucha aritmetických schopností, Zmiešaná porucha školských schopností, Iné vývinové poruchy školských zručností, Nešpecifikované vývinové poruchy školských zručností.

Prvým a základným krokom je vylúčenie iných skutočností či porúch, pri ktorých sa výkony žiaka značne podobajú na výkony žiaka s poruchami učenia. Ide o odborné posúdenie kauzality symptómov. Podľa DSM-5 ide najmä o vylúčenie: normálnej variability školského výkonu, poruchy intelektu (vývinovej poruchy intelektu), poruchy učenia v rámci neurologických alebo sensorických porúch, duševných porúch.

Je preukázaná vysoká miera dedičnosti ŠPU, a preto sa výskyt ŠPU v rodinnej anamnéze považuje za významný diagnostický ukazovateľ. Taktiež však platí, že u časti detí sa nezistia žiadne ťažkosti či súvislosti okrem deficitov v čítaní a/alebo písaní. Pri ŠPU sa nepredpokladá len jedna príčina vzniku, a preto sa osoby s touto poruchou môžu výrazne odlišovať v tom, ako sa porucha u nich prejavuje. Diskrepancia medzi čítaním (a/alebo písaním) a IQ sa už nepovažuje za diagnostické kritérium, keďže osoby s/bez diskrepancie majú rovnakú etiológiu deficitov v čítanej/písanej reči a rovnako reagujú na intervenciu.

## **Komorbidita**

ŠPU sa bežne vyskytujú spoločne s inou neurovývinovou poruchou, napr. ADHD, poruchou komunikácie (*NKS – pozn. L. Porubovičová*), vývinovou poruchou motorickej koordinácie, poruchou autistického spektra alebo s inou duševnou poruchou (napr. úzkostnou poruchou, depresívnou alebo bipolárnou poruchou). Tieto komorbidity vyšetrenie a diferenciálnu diagnózu sťažujú, je nevyhnutná spolupráca viacerých odborníkov (logopéd, detský psychiater, neurológ, klinický psychológ). Najmä komorbidita s ADHD je predzvesťou horšej prognózy v porovnaní so ŠPU bez ADHD (DSM-5, 2015).

Následným krokom pre stanovenie diagnózy sú individuálne štandardizované vyšetrenia:

- *poruchy čítania/dyslexie* – je realizovanie skúšok čítania – Komplexnej štandardizovanej skúšky (Mikulajová a kol., 2012) alebo minimálne dvoch starších: (Matějček – Šturma – Vágnerová – Žlab, T-202, Skúška čítania, 1987, aktualizované

slovenské normy: KOMPOSYT; Štúr, 1965; Novák T-239 Diagnostika špecifických porúch učenia, 2002),

- *poruchy písania* (podkategórie: *problémy s pravopisom, s gramatikou a interpunkciou/dysortografie* – je realizovanie pravopisných skúšok – *Hodnotenie pravopisných schopností* (Caravolas a kol., Súbor testov na hodnotenie pravopisných schopností, 2008; Mikulajová a kol., 2012), analýza školských diktátov, analýza zošitov, analýza slohových prác,
- *poruchy počítania/dyskalkúlie* – je špeciálnopedagogická, psychologická diagnostika matematických schopností – použiť jednu zo skúšok uvedených v kapitole **4.3 Diagnostické postupy a nástroje špeciálneho pedagóga a logopéda pri diagnostike špecifickej poruchy učenia** komplexne ako celok.<sup>4</sup> Odporúča sa aj analýza školských prác. Postup je v súlade s ponímaním ŠPU v DSM-5.
- *poruchy písania/dysgrafie* – v DSM-5 patrí medzi vývinové poruchy motoriky. Špeciálnopedagogická diagnostika funkčnej stránky grafického prejavu žiaka – diktát, prepis, odpis. Analýza školských diktátov, analýza zošitov, analýza slohových prác.

Z dôvodu dosiahnutia jednotného postupovania pri diagnostike ŠPU v praxi navrhujeme uplatňovať diagnostické kritéria špecifickej poruchy učenia vychádzajúce z DSM-5:

Diagnostické kritériá:

1. Ťažkosti s učením a používaním školských zručností, kedy najmenej jeden z nasledujúcich príznakov musí pretrvávajúť po dobu najmenej 6 mesiacov, napriek tomu, že sú jednotlivcom poskytnuté intervencie zamerané na tieto ťažkosti:
  - Nepresné alebo pomalé a namáhavé čítanie (napr. pri čítaní nahlas číta jednotlivé slová nesprávne alebo pomaly a váhavo, často slová odhaduje, má problémy čítané slová rozpoznať).
  - Má problém porozumieť tomu, čo číta (napr. môže čítať text správne, ale nerozumie postupnosti/následnosti, vzťahom, súvislostiam alebo nedokáže porozumieť hlbšiemu významu toho, čo číta).
  - Ťažkosti s hláskovaním (napr. môže pridávať, vynechávať alebo zamieňať samohlásky alebo spoluhlásky).

---

<sup>4</sup> Vzhľadom na to, že len dve skúšky sú v slovenskom jazyku, z toho ani jedna nepokrýva celé potrebné vekové spektrum, je možné používať do vytvorenia slovenského testu aj české skúšky/testy. Pri ich používaní sú potrebné len minimálne úpravy. Pozn. Porubovičová, 2018.

- Ťažkosti s písomným vyjadrením (napr. robí množstvo gramatických chýb vo vetách alebo v interpunkcii; odstavce sú nesprávne usporiadané; písomný prejav je nezrozumiteľný).
  - Ťažkosti s pochopením významu čísel, početných úkonov alebo ťažkosti s počítaním (napr. zle rozumie číslam, ich veľkosti a vzťahom: na rozdiel od svojich vrstovníkov, ktorí si už vybavujú čísla v hlave, počíta na prstoch pri pripočítavaní jednociferných čísel; stráca sa v matematických výpočtoch a môže zameniť jednotlivé početné úkony).
  - Má ťažkosti s chápaním matematiky (napr. má veľké problémy použiť matematické pojmy, fakty alebo postupy, ktoré vedú k vyriešeniu matematických úloh).
2. Školské zručnosti sú výrazne pod očakávanou úrovňou pre chronologický vek jednotlivca a sú príčinou významného narušenia školského či pracovného výkonu alebo narušenia každodenných aktivít, čo je potvrdené individuálnym štandardizovaným vyšetrením a celkovým klinickým hodnotením. U jednotlivcov vo veku 17 rokov a starších môže byť štandardizované vyšetrenie nahradené anamnézou dokumentujúcou skoršie poruchy školských schopností.
  3. Ťažkosti s učením začínajú v priebehu školskej dochádzky, ale nemusia sa celkom prejaviť do doby, keď je prekročená obmedzená schopnosť pre zvládnutie danej zručnosti (napr. nezvláda testy, ktoré sú časovo limitované, čítanie alebo písanie zložitejších a dlhších textov v obmedzenom čase, nezvláda náročnú školskú záťaž).
  4. Poruchy učenia nemožno lepšie vysvetliť poruchou intelektu, zraku či sluchu, inými duševnými alebo neurologickými poruchami, problémami v psychosociálnej oblasti, nedostatočnou znalosťou vyučovacieho jazyka alebo nevhodnou edukačnou metódou.

***Poznámka:** Tieto štyri uvedené diagnostické kritériá musia byť splnené na základe získaných anamnestických údajov, zahrňujúcich komplexné informácie (vývinové, zdravotné, rodinné, vzdelávacie), správy zo školy a výsledok pedagogicko-psychologického vyšetrenia. Špecifikujú sa všetky narušené oblasti a zručnosti. Pokiaľ je narušená viac ako jedna oblasť, mala by byť každá kódovaná samostatne podľa nasledujúcich kritérií.*

Špecifikujú sa:

**315.00 (F81.0) S poruchou čítania:**

**Presnosť čítania.**

**Rýchlosť a plynulosť čítania.**

***Poznámka:** Dyslexia je alternatívny termín zahrňujúci poruchu čítania charakterizovanú zníženou schopnosťou presne a plynule poznávať slová, dobre ich chápať a správne ich hláskovať. Pokiaľ sa označí porucha ako dyslexia, je nutné určiť, v čom presne má jednotliviec ťažkosti. Je tiež nutné špecifikovať, či má jednotliviec nejaké pridružené ťažkosti, napr. poruchu porozumenia čítania alebo ťažkosti s porozumením matematiky.*

### **315.2 (F81.81) S poruchou písania:**

**Problémy s pravopisom.**

**Problémy s gramatikou a interpunkciou.**

**Prehľadnosť alebo usporiadanie písomného prejavu.**

### **315.1 (F81.2) S poruchou počítania:**

**Pochopenie čísel.**

**Zapamätávanie počtových pravidiel.**

**Presné alebo plynulé počítanie.**

**Správne porozumenie počtovým operáciám.**

***Poznámka:** Môžeme použiť i alternatívny termín dyskalkúlia, ktorý sa používa pre poruchu charakterizovanú ťažkosťami so spracovaním informácií o číslach, s učením sa matematickým úkonom a neschopnosť správne a plynule počítať. Pokiaľ používame termín dyskalkúlia, je nevyhnutné špecifikovať, čo presne je narušené. Je tiež potrebné uviesť, či sú prítomné ťažkosti i v ďalších schopnostiach, napr. v porozumení matematickým operáciám alebo v porozumení presnému významu slov.*

Prínosom DSM-5 je, že umožňuje **špecifikáciu aktuálnej závažnosti ŠPU:**

- **Mierna** – Sú prítomné nejaké ťažkosti s učením v jednej alebo dvoch oblastiach; sú však mierne, takže jednotliviec ich dokáže kompenzovať alebo dobre prospievať, keď mu je poskytnutý dostatočný priestor a podpora, najmä počas školskej dochádzky.
- **Stredne ťažká** – Výrazné ťažkosti s učením v jednej alebo viacerých oblastiach, takže je nepravdepodobné, že by jednotliviec zvládol školskú dochádzku bez občasnej intenzívnej a špecializovanej pomoci vo vyučovaní. Je potrebná pomerne veľká miera podpory a zázemie aspoň časť dňa v školskom vyučovaní, v práci alebo doma k presnému a efektívnemu dokončeniu činností.
- **Ťažká** – Závažná porucha školských zručností, ktorá postihuje niekoľko oblastí, takže je nepravdepodobné, že by jednotliviec získal školské zručnosti/spôsobilosti

bez trvalého, intenzívneho a špecializovaného edukačného/výchovno-vzdelávacieho prístupu počas väčšej časti školskej dochádzky. Dokonca ani s vhodným zázemím a s pomocou doma, v škole alebo v práci jednotlivci nemusia všetky činnosti s úspechom zvládať.

K diagnostike ŠPU nestačí len jeden zdroj údajov. Diagnóza by mala byť založená na súhrne anamnestických údajov (zdravotných, vývinových, školských, rodinných), podložená anamnézou ťažkostí v učení obsahujúcou minulé aj súčasné prejavy, na dokumentácii vplyvov ťažkostí na školskú, pracovnú alebo sociálnu oblasť života na základe minulých aj súčasných správ zo školy, súhrnov hodnotení zo školy, zo životopisu a na základe minulých a súčasných výsledkov individuálnych štandardizovaných testov alebo školských výkonov.

Vzhľadom na to, že špecifická porucha učenia typicky pretrváva do dospelosti, **nie sú väčšinou nutné opakované hodnotenia**, pokiaľ nedôjde k nejakým výrazným zmenám (zlepšenie alebo zhoršenie) alebo nie je vyšetrenie vyžiadané pre špecifické účely.

Biologické markery pre ŠPU nie sú známe. Vyšetrenia kognitívnych funkcií<sup>5</sup>, vyšetrenia zobrazovacími technikami alebo genetické vyšetrenia nie sú v súčasnej dobe pre stanovenie diagnózy ŠPU nijako užitočné (DSM-5, 2015).

#### **4.6 Diagnostické postupy a nástroje používané pri depistáži detí s rizikovým vývinom v oblasti špecifických porúch učenia**

*Michal Gabarík, Ľuboslava Porubovičová, Erik Žovinec*

Základom pri depistáži vývinových porúch učenia u detí predškolského veku a u mladších žiakov je logopedický a špeciálnopedagogický skrining a skoré podchytenie detí s narušenou komunikačnou schopnosťou a s oneskoreným vývinom reči pre potenciálne riziko výskytu porúch učenia.

Medzi základné logopedické/špeciálnopedagogické skriningové vyšetrenia patrí **Test prediktorov gramotnosti** (Mikulajová a kol., 2012). Test obsahuje skúšky ako: čítanie písmen, pamäť na čísla, gramatický cit, symboly, fonematické uvedomovanie, rýchle automatické pomenovanie RAN, porozumenie reči a orálna a verbálna praxia. Obsahuje vývinové

---

<sup>5</sup> Určite sa tým nemyslí posúdenie poruchy intelektu – to sa musí vylúčiť u ŠPU podľa kritéria 4. Pozn. Porubovičová, 2018

percentilové normy. Test predstavuje štandardizovaný diagnostický nástroj mapujúci základné predpoklady dieťaťa pre úspešné osvojenie si základných akademických kompetencií. Mal by byť prvou voľbou pre diagnostiku, korešponduje s najnovšími rizikovými a prognostickými faktormi ŠPU, ako sú uvedené v DSM-5 (2015, s. 75).

Veľmi vhodné sa javí aj doplnenie skríningu o *Test laterality* (Matějček – Žlab, 1972), najmä pre skoré podchytenie jednotlivcov so skríženou lateralitou ruky a oka.

V roku 2019 bude uverejnená Batéria testov ranej gramotnosti MABEL – *Multilanguage Assessment Battery of Early Literacy* autoriek M. Caravolas, M. Mikulajová, S. Defior a G. Seidlová Málková (www.eldel-mabel.net, 2019). Tvorí ju súbor 14 testov na diagnostiku čítania, písania a kognitívnych prediktorov gramotnosti pre vek od 5 rokov (MŠ) až po 2. ročník ZŠ. Batéria je výnimočná tým, že všetky testy sú vytvorené paralelne vo viacerých európskych jazykoch vrátane slovenčiny, čo umožňuje aj vyšetrenie bilingválnych detí.

## Literatúra

ALTMAN, Z. 2016. Práce s detskou kresbou pri psychodiagnostice. Pracovný materiál k odbornému semináru. 2016.

AMEN, D. G. 2001. Healing ADD. New York: Berkley Books, 2001. 421 p. ISBN 0-399-14644-X.

AMEN, D. G. 2005. The healing ADD power program. Newport Beach: MindWorks Press, 2005. 351 p. ISBN 1-886554-24-2.

ASTER, M. – WEINHOLDOVÁ. 2008. ZAREKI – Neuropsychologická batéria testov na spracovávanie čísiel a počítanie u detí. (T-111). Psychodiagnostika Bratislava – Brno, 2008.

BALÁŽOVÁ ANTALÍKOVÁ, J. 2014. Kognitívne predpoklady aritmetických zručností u predškolákov: dizertačná práca. Bratislava: Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta. 141 s.

BARTOŇOVÁ, M. 2004. Kapitoly ze specifických poruch učení I. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3613-3.

CARAVOLAS, M. – MIKULAJOVÁ, M. – VENCELOVÁ, L. 2008. Súbor testov na hodnotenie pravopisných schopností pre školskú a klinickú prax. Bratislava: SAL, 2008.

CÍGLER, H. – MAFKOVÁ, J. 2013. Metoda barvovĕ-slovných asociácií (takzvané Barvy života) není diagnostickým nástrojem. TESTFÓRUM, 2013, č. 2, s. 15 – 27. Dostupné na: [www.testforum.cz](http://www.testforum.cz).

Diagnostické minimum k MKCH-10. Bratislava: VÚDPaP. [cit. 25. 03. 2017]. Dostupné na internete: [https://www.komposyt.sk/pre-odbornikov/pre-odbornikov/psychologicka-cinnost/preview-file/2\\_mr\\_mkch\\_def-168.pdf](https://www.komposyt.sk/pre-odbornikov/pre-odbornikov/psychologicka-cinnost/preview-file/2_mr_mkch_def-168.pdf).

DOČKAL, V. 2014. Meranie inteligencie [online]. In: Komplexný poradenský systém prevencie a ovplyvňovania sociálno-patologických javov v školskom prostredí. Príloha



časopisu Psychológia a patopsychológia dieťaťa, č. 3, s. 6 – 28. 2014. [cit. 25. 03. 2018]. Dostupné na internete: [www.komposyt.sk/preodbornikov/odborne-zdroje/preview-file/priloha-3-papd/417-pdf](http://www.komposyt.sk/preodbornikov/odborne-zdroje/preview-file/priloha-3-papd/417-pdf)

DSM-5. 2015. Diagnostický a statistický manuál duševných poruch. 1. české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015.

ČADILOVÁ, V. – ŽAMPACHOVÁ, Z. 2015. Edukačne-hodnotíci profil dítete s poruchou autistického spektra. Praha: Pasparta, 2015.

ČADOVÁ, E. a kol. 2014. Standardní postupy ve speciálně pedagogickém centru. Praha: NÚV, 2014.

EYSENCK, H. J. – EYSENCK, S. B. G. 1994. B-JEPI. Osobnostný dotazník pre deti (T-21). Bratislava: Psychodiagnostika spol. s r. o., 1994.

HERETIK, A. a kol. 2007. Klinická psychológia. Nové Zámky: Psychoprof, 2007.

HORT, V. – HRDLIČKA, M. – KOCOURKOVÁ, J. – MALÁ, E. a kol. 2000. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80 – 7178 – 472 – 9.

HULME, C. – SNOWLING, M. J. 2009. Developmental disorders of language learning and cognition. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.

JIRÁSKOVÁ, P. a kol. 2004. Standardní postupy pedagogicko-psychologických poraden. Praha: NÚV, 2004.

JIRÁSEK, J. 1992. Číselný čtverec (T-3). Bratislava: Psychodiagnostika, spol. s r. o., 1992. 20 s.

KAUFMAN, A. – KAUFMAN, N. 1999. Kaufmanova hodnotiaca batéria pre deti, K-ABC. T-19. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s., 1999.

KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. 2016. Logopédia. Univerzita Komenského v Bratislave. Vydavateľstvo UK, 2016. ISBN 978-80-223-4165-3.

KOŠČ, L. 1972. Psychológia matematických schopností. Bratislava: SPN, 1972. 276 s.

KOŠČ, M. – NOVÁK, J. 1997. Rey-Osterriethov test komplexnej figúry (T-65). Bratislava: Psychodiagnostika, a. s., 1997

KOPČANOVÁ, D. – FARKAŠOVÁ, F. – DOČKAL, V. 2009. SON-R 2½-7. 1. slovenské vydanie. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2009.

KUCHARSKÁ, A. 1997. Specifické poruchy učení a chování. Sborník. Praha: Portál, 1997.

KUCHARSKÁ, A. 2000. Specifické poruchy učení a chování. Sborník. Praha: Portál, 2000.

KUCHARSKÁ, A. a kol. 2007. Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech. Praha: IPPP, 2007. ISBN 978-80-86856-42-1.

KURUC, J. – SENKA, J. – ČEČER, M. 1972. Bourdonov test T-78. Bratislava: Psychodiagnostika, 1972.

LAUTERBACH, A. – PARK, Y. – LOMBARDINO, L. J. 2016. The roles of cognitive and language abilities in predicting decoding and reading comprehension: comparisons of dyslexia and language impairment. In: Annals of Dyslexia. The International Dyslexia Association. 2016, DOI: 10.1007/s11881-016-0139-X.

LECHTA, V. a kol. 2002. Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Osveta, 2002.

MATĚJČEK, Z. 2011. Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: Portál, 2011. ISBN 987-80-262-0000-0.

MATĚJČEK, Z. 1987. Dyslexie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.

MATĚJČEK, Z. – ŠTURMA, J. – Vágnerová, M. – ŽLAB, Z. 1987. Zkouška čtení T-202. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1987.

MATĚJČEK, Z. – VÁGNEROVÁ, M. 1992. Dotazník sebahodnotenia školskej úspešnosti T-216. Bratislava: Psychodiagnostika, 1992.

MATĚJČEK, Z. – STRNADOVÁ, M. 1974. Test obkreslování. (T-32). Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1974.

MERTIN, V. 1998. Dyslexie u dospělých. In: Specifické poruchy učení a chování. Sborník 1997-1998. Portál: Praha, 1998.

Metodická informácia pre odborných zamestnancov poradenských zariadení. Posudzovanie kognitívneho vývinu detí zo sociálne znevýhodneného prostredia aktualizovaná v r. 2018. Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. [cit. 05. 04. 2019]. Dostupné na internete: [http://www.vudpap.sk/sub/vudpap.sk/images/galeria-1/2018/pkvdszp/metod\\_info\\_pre\\_c4p\\_11.2018.pdf](http://www.vudpap.sk/sub/vudpap.sk/images/galeria-1/2018/pkvdszp/metod_info_pre_c4p_11.2018.pdf)

MIKULAJOVÁ, M. – RAFAJDUSOVÁ, I. 1993. Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči. Trenčín: Ludoprint, 1993. ISBN 80-900445-0-6.

MIKULAJOVÁ, M. a kol. 2012. Čítanie, písanie a dyslexia s testami a normami. Bratislava: MABAG, 2012. 295 s. ISBN 978-80-89113-94-1.

NOVÁK, J. 2002. Diagnostika špecifických porúch učenia. T-239. Psychodiagnostika Bratislava, 2002.

NOVÁK, J. 2013. Matematické předpoklady dětí (MPD). T-174. Kvalitativní metoda vyšetření. Psychodiagnostika, Brno, 2013.

POGÁDY, J. a kol. 1993. Detská kresba v diagnostike a liečbe. Trenčín: SAP, 1993. ISBN 80 – 85 665 – 07 – 7.

ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. 1997. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 1997. ISBN 80–7169–512–2.

SVOBODA, M. – KREJČÍŘOVÁ, D. – VÁGNEROVÁ, M. 2001. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.

SVOBODA, M. – KREJČÍŘOVÁ, D. – VÁGNEROVÁ, M. 2015. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2015. 792 s. ISBN 9788026208990.

ŠTÚR, I. 1965. Vývin spôsobilosti čítania u žiakov všeobecnovzdelávacej školy. In: Určovanie duševného vývinu dieťaťa. Bratislava: SPN, 1965. str. 53 – 73.

TRASPE, I. – SKALKOVÁ, I. 2013. Diagnostika struktury matematických schopností (DISMAS). Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2013.

TRASPE, I. – SKALKOVÁ, I. 2018. Diagnostika struktury matematických schopností (DISMAS) – kurz k metodě. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 21. – 22. 11. 2018. Nепublikované.

VÁGNEROVÁ, M. 2001. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: UK, 2001. ISBN 80-7184-488-8.

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie: Metodický materiál. Príloha aktualizovaného vydania usmernenia Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu zo 6. 8. 2013: „Postup centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie pri posudzovaní školskej pripravenosti detí zo sociálne znevýhodneného prostredia – usmernenie“.

ZAPLETALOVÁ, J. 2006. Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika v pedagogicko-psychologických poradnách. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-29-1.

ZELINKOVÁ, O. 2001a. Poruchy učení. Praha: Portál, 2001.

ZELINKOVÁ, O. 2001b. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Praha: Portál, 2001. 207 s. ISBN 80-7178-544-X.

ŽOVINEC, E. – DUFEKOVÁ, A. 2014. Testová příručka k súboru skúšok ČÍ(S)TA – Čítanie starších. Pedagogická fakulta, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. EQUILIBRIA, s. r. o., 2014.

## 5 Návrh minimálnych diagnostických štandardov pri poruche aktivity a pozornosti

*Jana Oľíková, Michal Gabarík*

Poruchu aktivity a pozornosti definuje *Vzdelávací program pre žiakov s poruchou aktivity a pozornosti* (2017) ako skupinu porúch správania so začiatočnými prejavmi pred siedmym rokom veku života dieťaťa. Je to kombinácia hyperaktivity, poruchy pozornosti a neschopnosti sústrediť sa primerane dlhší čas na danú úlohu, pričom je toto správanie typické pre všetky situácie a je relatívne trvalé. Najmä pri nevhodnom dlhodobejšom výchovnom prístupe sa tu môžu sekundárne vyvinúť až asociálne formy správania. Ako pridružená porucha sa môže vyskytnúť aj špecifická porucha učenia.

Takto definovaná skupina porúch prakticky pokrýva deti s diagnózami v skupine hyperkinetické poruchy (MKCH-10-SK-2016) alebo ADHD/ADD (DSM-5), čo je skupina neurovývinových porúch s doteraz nie úplne jasnou etiológiou, avšak pre výchovu a vzdelávanie s náročnou symptomatológiou.

Diagnostika porúch aktivity a pozornosti je založená na hodnotení klinických príznakov správania dieťaťa v minimálne dvoch rôznych prostrediach a v súčasnosti býva často podporená analýzou EEG a ďalšími neurologickými vyšetreniami dieťaťa.

Diagnostika poruchy aktivity a pozornosti je výsledkom spolupráce viacerých odborníkov. Je to prepojenie voľného pozorovania a hodnotenia ťažkostí, prejavov a ich štruktúrované a ciele zisťovanie diagnostickými prostriedkami (štruktúrovaný rozhovor, posudzovacie škály, dotazníky, testy), so zameraním na ich odborný opis, formulovanie možných príčin a súvislostí, spôsob vplyvu na školský a bežný život, stanovenie postupov na ich riešenie, korekciu, zmiernenie.

V procese diagnostiky treba brať ohľad na to, že najmä po nástupe na povinnú školskú dochádzku sa začínajú zväzňovať najmä ťažkosti z oblasti porúch pozornosti a impulzivity a komorbídne ťažkosti, predovšetkým špecifické vývinové poruchy učenia a poruchy správania (Paclt, 2007).

Vzhľadom na charakter poruchy konečnú diagnózu stanovuje **detský neurológ** alebo **detský psychiater**.

## 5.1 Diagnostické postupy a nástroje psychológa pri diagnostike poruchy aktivity a pozornosti

*Jana Oliková*

### Posúdenie úrovne kognitívnych schopností a intelektu

Z odporúčaných testov sa v diagnostickom minime k MKCH-10-SK-2016 spomína:

- **Kaufmanova hodnotiacia batéria pre deti** (Kaufman, 1999) s americkými normami pre 2,5 – 12,5 ročné deti. Pretože táto batéria nemá slovenské normy, nedá sa používať v plnom rozsahu. Poskytuje však kvalitatívne dôležitý pohľad vďaka svojmu neuropsychologickému zázemiu – osobitným škálam pre simultánne a sukcesívne spracovanie informácií, výkonnej a neverbálnej škále.
- Používa sa predovšetkým **WISC-III<sup>SK</sup>** (Wechsler, 2006). Aktuálnu slovenskú verziu vypracoval kolektív pod vedením V. Dočkala. Test je určený pre deti vo veku 6 – 17 rokov.
- **WJ IE – Woodcock-Johnson International Edition** (Ruef a kol., 2003). Slovenské normy sú vypracované pre vekové skupiny od 5 do 70 rokov. Výhodou podľa V. Dočkala (2014) je oproti **WISC-III<sup>SK</sup>** oddelenie úloh riešených na čas (tzv. kognitívna efektívnosť).
- **Stanford-Binet IV** (Thorndike a kol., 1995) je určený pre vek 2 – 24 rokov.

Výber metodiky závisí od veku dieťaťa, skúseností psychológa a dostupnosti v poradenskom zariadení.

Pravdepodobne najbežnejšou batériou, ktorá umožňuje posúdiť verbálne i neverbálne schopnosti a takisto porovnanie jednotlivých špecifických indexov, je **WISC-III<sup>SK</sup>** (Wechsler, 2006). Je tvorená dvomi skupinami subtestov – verbálnymi a performačnými. Tieto subtesty je možné použiť aj izolovane, výhodou je krátke trvanie snímania údajov. Diagnosticky dôležitý je index *Uvoľnenie od rozptýlenia* (sústredenie, pozornosť) – tvoria ho subtesty *Aritmetika* a *Opakovanie čísel*, a index *Rýchlosť spracovania* – tvoria ho subtesty *Kód* a *Hľadanie symbolov*.

## Diagnostika pozornosti a exekutívnych funkcií

**Test pozornosti d2-R** (Hogrefe – Testcentrum, 2014) – test predstavuje štandardizovanú metódu, zameranú na výkonnosť kognitívnych funkcií. Meria tempo a presnosť pracovného výkonu pri rozlišovaní podobných vizuálnych podnetov (pri diskriminácii detailov) a umožňuje tak posúdenie rôznych kvalít pozornosti. Administrácia je individuálna a skupinová. Vekové rozpätie je 9 až 59 rokov.

**Bourdonov test** (T-78, Kuruc – Senka – Čečer, 1972) – dajú sa ním sledovať typické spôsoby reagovania, ako impulzivita, neschopnosť prenášať pozornosť na ďalšie podnety, sklon k chybovosti.

**Číselný štvorec** (T-3, Jirásek, 1992) – určený pre vek od 8 rokov a 6 mesiacov do 15 rokov a 6 mesiacov. Pomáha určiť pracovnú rýchlosť, temperament, koncentráciu pozornosti a jej rozdelenie. Raiskup (podľa: Jirásek, 1992) hodnotí túto skúšku ako skúšku orientačnej pohotovosti a až druhotne percepcie a pozornosti.

**Číselný obdĺžnik** (T-81, Doležal – Kuruc – Senka, 1972) – patrí k neverbálnym výkonovým testom, patrí medzi testy rýchlosti. Môže slúžiť k zisťovaniu selektivity a distribúcie pozornosti (Hoskovec a kol., 1968 v príručke) v podmienkach vysokého tempa výkonu. Takisto môže pomôcť zistiť kvalitu optického postrehu, ktorá súvisí s kvalitou činnosti nervovej sústavy, so stupňom sústredenosti, zameranosti a oscilácie pozornosti, zrakovým postrehom, pamäťou. Výkon je závislý aj od frustračnej tolerancie, odolnosti voči časovému stresu. Nevýhodou pre poradenskú prax sú normy až od veku 15 rokov.

**Test koncentrácie pozornosti** (T-52, Kučera, 1980) – zisťuje psychomotorické tempo, správnosť vs. chybovosť výkonu, impulzivnosť, poruchy pozornosti. Vyšetrovaný porovnáva písmená, čísla či znaky v pravom a ľavom stĺpci predlohy. Nezhodu zaznačí preškrtnutím v pravom stĺpci. Dá sa využiť od veku 15 rokov.

**DRČ** (T-66, Vonkomer, 1992) – ide o test rýchlej diskriminácie podľa predlohy, zisťujúci koncentráciu pozornosti pri činnosti zameranej na maximálnu rýchlosť a pohotovosť jednoduchej priestorovej orientácie. Dá sa použiť od 7 rokov.

**Stroopov test** (T-56, Daniel, 1983) – odolnosť voči záťaži a stresu (percepčná záťaž, vplyv interferencie). Predpokladá súvis medzi odolnosťou voči percepčnej záťaži a iným ukazovateľom záťaže. Normy sú pre vekovú kategóriu 12 – 40 rokov.

## **Testy, ktoré môžu pomôcť identifikovať ADD, ADHD**

**Test cesty TM** (T-41, Reitan – Wolfsonová (USA), upr. Preiss, M. – Preiss, J. – Panama, J., 2006) je testom vhodným pre diagnostiku ŠPU a PAP. Je to neuropsychologický test zameraný na vizuálne sledovanie s motorickou zložkou (čiže určitú koordináciu psychických funkcií, ktorá je závislá na exekutívnych funkciách), priestorové schopnosti, sekvenčné schopnosti, pracovnú pamäť. Skúška je považovaná za skríning ADD, ADHD.

V časti A sa dá posúdiť psychomotorické tempo, vizuomotorická koordinácia, zrakové vyhľadávanie, zámerná pozornosť. V časti B sa hodnotí psychomotorické tempo, vizuomotorická koordinácia, flexibilita, zámerná a rozdelená pozornosť. Časť B je hodnotená ako kognitívne i perцепčne náročnejšia. Niektorí autori interpretujú pomer výkonu B : A. Pomer nad 3 považujú za hraničné skóre pre neuropsychologické oslabenie. Normy sú pre deti od 9 do 14 rokov.

**Orientačný test dynamickej praxie** (T-50, Míka, 1982, rešandardizácia Schöffelová – Mikulajová – Zubáková, 2012) – je skríningový test pre deti vo veku 2,5 – 6,5 roka. Zachytáva motorickú koordináciu, pamäť na motorické pohyby, schopnosť napodobňovania (schopnosti, ktoré môžu byť narušené práve pri ľahkých mozgových dysfunkciách). Hodnotí sa rýchlosť, presnosť, plynulosť pohybov a sekvencií.

**Test kresby postavy** (T-76, Šturma – Vágnerová, 1992) je jedným z najčastejšie používaných diagnostických prostriedkov u detí od 3,5 do 11 rokov a slúži na orientačné zhodnotenie intelektovej vyspelosti dieťaťa, vizuomotorickej koordinácie a grafomotoriky. Dá sa použiť aj ako projektívna technika. Výkon dieťaťa sa podľa tejto príručky hodnotí po obsahovej (obsahové prvky kresby – napr. detaily na hlave, počet prstov atď.) a formálnej stránke (proporčnosť, dimenzionálnosť kresby).

**Rey-Osterriethov test komplexnej figúry TKF** (T-65, Rey – Osterrieth, 1959, príručku spracovali Košč – Novák, 1997). Pôvodne bol test určený na diferenciálnu diagnostiku medzi vrodenným a získaným deficitom (choroba, trauma atď.) mentálnych schopností. V poradenskej praxi sa dá využiť v diagnostike kvality vizuálnej perцепcie, posúdiť priestorový faktor, orientácia v symbolovej schéme, vizuomotorickú koordináciu. Hodnotenie sa opiera o analýzu kvantitatívnu (časové trvanie, počet bodov) a kvalitatívnu (spôsob spracovania).

**Test obkresľovania** (T-32, Matějček – Strnadová, 1974) je určený pre deti od 5 do 13 rokov. Pozostáva z 12 geometrických tvarov, ktoré má vyšetrovaný odkresliť. Pomocou neho sa dá posúdiť vizuomotorickú koordináciu, zrkovú perцепcia, grafomotorika.

## **Diagnostika osobnosti dieťaťa s poruchou aktivity a pozornosti, jeho sebaobrazu, rodinného prostredia**

Ide o zachytenie prejavov porúch aktivity a pozornosti v správaní dieťaťa, osobnostných charakteristikách, posúdenie vplyvu na jeho sebaobraz a tiež širší kontext fungovania dieťaťa v rodinnom i školskom prostredí. Spomínané testy, dotazníky, hodnotiace škály môže nahradiť aj pozorovanie dieťaťa v jeho prostredí, správne a kvalitne vedený diagnostický a anamnestický rozhovor (závisí od časových možností, konkrétnych ťažkostí, odbornej praxe vyšetrujúceho). Odporúča sa použitie aspoň jednej štandardizovanej objektívnej a/alebo projektívnej techniky, napr.:

- **T-21 B-JEPI** (Eysenck, H. J. – Eysenck S. B. G., 1994) určený pre deti 9 – 14 rokov. Posudzuje neuroticizmus (stabilita vs. labilita), extroverziu vs. introverziu a tzv. „lži – skóre“ (pravdovravnosť).
- **T-84 Detský osobnostný dotazník CPQ pre deti (8 – 13 rokov) a T- 88 HSPQ pre mládež (12 – 18 rokov)** – sú zamerané na posúdenie rôznych dimenzií osobnosti, ako napr. uzavretosti, excitability, citovej stálosti, dominantnosti, pribojnosti, zodpovednosti, nadšenosti, citovej chúlостivosti, sebadôvery, závislosti na iných, sebaovládania, pudového napätia.
- **Baum test, Test začarovanej rodiny** pre bližšie pochopenie osobnej i rodinnej dynamiky, vzťahov, konfliktov, atmosféry.
- **ADOR T-102** (výchovné postupy v zmysle direktivity/autonómie, pozitivity/hostility, nedôslednosti). Výber závisí od časových možností, cieľa diagnostiky, skúseností vyšetrujúceho.
- **Connersovej škála pre rodičov CPQ** (preložil a upravil Paclt – Šebek, 1998, in Svoboda – Krejčířová – Vágnerová, 2015) – hodnotia sa kategórie v zmysle porúch správania, úzkosti, impulzivity – hyperaktivity, poruchy učenia, psychosomatické problémy, perfekcionizmus, asociálne správanie, svalové napätie.
- **Connersovej škála pre učiteľov CTQ** (preložil a upravil Paclt – Šebek, 1998, in Svoboda – Krejčířová – Vágnerová, 2001, 2015) – hodnotí sa správanie v triede, zaradenie do skupiny spolužiakov, postoj k autorite a tiež výkonnosť dieťaťa a zmeny správania v 4 kategóriách (poruchy správania, pasivita, napätie a úzkosť, hyperaktivita).

Vzhľadom na to, že všetky ťažkosti a neúspechy v školskom prostredí môžu mať vplyv na sebaobraz dieťaťa, je niekedy užitočné doplniť diagnostiku aj o túto oblasť. Užitočné môže



byť použite dotazníka **SPAS – Dotazník sebaponímania školskej úspešnosti** (T-216) autorov Matějčka a Vágnerovej (2001).

**Dotazník SDQ** (Strengths and Difficulties Questionnaire – dotazník predností a nedostatkov, Goodman, 1997) je veľmi často používaný v zahraničí. Jeho rodičovská verzia je prístupná aj v slovenčine, nie však normy. Je to skrining duševného zdravia detí a adolescentov, ktorý hodnotí emočné problémy, problémové správanie, hyperaktivitu a nesústredenosť, problémy vo vzťahoch s rovesníkmi a prosociálne správanie (Mikulajová, 2019).

Ako dieťa rastie a stáva sa adolescentom, je zdrojom informácii stále viac samotný examinovaný jednotlivec a menej relevantným informačným prameňom sa podľa Theinera (2012) stávajú rodičia a pedagógovia. Adolescenti svoje príznaky väčšinou podhodnocujú a tým sa diagnostický proces komplikuje.

## **5.2 Odchýlky vo výsledkoch typické pre diagnózu poruchy aktivity a pozornosti z pohľadu psychológa**

*Jana Olíková*

### **Špecifické odchýlky vo WISC-III<sup>SK</sup>**

#### ***Celková úroveň intelektových schopností***

Školský výkon je závislý od viacerých faktorov:

- **chcieť** (vôľovo-regulačné vlastnosti, aspiračná úroveň, ktorá súvisí s celkovou hodnotovou orientáciou v rodine atď.),
- **vedieť** (miera získaných vedomostí a zručností vplyvom prostredia/rodiny/školy a takisto jasnosť a zrozumiteľnosť v požiadavkách, kritériách atď.),
- **môcť** (schopnosti, nadanie dieťaťa, vplyv zdravotného oslabenia/ochorenia/postihnutia, ale aj priestor pre rozvoj a stimuláciu dieťaťa).

Nižšia úroveň intelektových schopností môže byť v školskom prostredí interpretovaná podľa vonkajších prejavov aj ako porucha aktivity a pozornosti, hoci pôjde o sekundárne narušenie sústredenia. Takisto miera aktuálne dosahovaných schopností môže byť skreslená vplyvom poruchy aktivity a pozornosti (ďalej aj „PAP“). Nesústredené dieťa môže podávať v inteligenčných testoch nižší výkon, ako je jeho reálna kapacita. Po vhodne zvolenej liečbe, ev. terapeutickej intervencii, môže dôjsť k „nárastu výkonu“. J. Tyl (2000) uvádza v dôsledku

zlepšenej výkonnosti, zlepšenej inhibičnej kontroly nárast aj o 20 bodov IQ. Miera schopností bude východiskom aj pre plánovanie intervencií na zlepšenie ťažkostí.

Pri analýze celkového výkonu je vhodné všimnúť si profil výkonu. Významným (z hľadiska možnej mozgovej dysfunkcie) sa javí aspoň 15 – 20 bodový rozdiel medzi výkonom vo verbálnej (viac funkcie ľavej hemisféry) a neverbálnej časti (viac funkcie pravej hemisféry). V rámci subtestov má diagnostický význam taký rozdiel, ktorý presahuje 4 body váženého skóre. Interpretácia by mala byť veľmi opatrná (aj v zdravej populácii môžu byť rozdiely vo výkone). Pri interpretácii profilu je nutné postupovať opatrne – spoľahlivosť jednotlivých subtestov je menšia ako spoľahlivosť celej skúšky (Svoboda – Krejčířová – Vágnerová, 2015).

V porovnaní kvalitatívnych profilov často nachádzame u detí s PAP výrazné diskrepancie a nepomer výkonu v rámci indexov. Vyšší výkon (niekedy aj o 2 pásma) v rámci verbálneho chápania (vedomosti + podobnosti + slovník + chápanie) a perцепčného usporiadania (doplňovanie + usporiadanie obrázkov + kocky + skladačky) a oveľa nižší výkon v indexoch *Uvoľnenie od rozptýlenia* (aritmetika + opakovanie čísel) a *Rýchlosť spracovania* (kód + hľadanie symbolov).

Faktor *Uvoľnenie od rozptýlenia* je považovaný za „silový aspekt exekutívnych funkcií, t. z. postihuje schopnosť vykonávať súčasne rôzne mentálne funkcie a pritom držať v pamäti relevantné informácie“, kým faktor *Rýchlosť spracovania* „je skôr mierou rýchlosti a vytrvalosti uskutočňovania mentálnych operácií“ (Svoboda – Krejčířová – Vágnerová, 2001, s. 121).

### **Špecifické odchýlky v testoch pozornosti a exekutívnych funkcií, doplňujúcich testoch pre PAP**

**Číselný štvorec** (T-3, Jirásek, 1992) – Z kvalitatívnych ukazovateľov: motorický neklud, komentáre, výrazné emočné reakcie, extrémne kolísavý záujem, bloky v riešení, výrazný nepomer výkonu v tomto teste oproti inteligenčnému testu (najmä jeho verbálnej časti).

V praxi sa môžeme stretnúť aj s výkonom detí s ADD a ADHD v rámci normy, bez závažnejších nedostatkov. Dá sa to vysvetliť napr. v kontexte zistení rozdielov vo výkone ľudí s ADD/ADHD v počítačovom Connorsovej CPT teste (Amen, 2001), v ktorom na obrazovke preblikávajú striedavo písmená v jedno-, dvoj- a štvorsekundových intervaloch. Diagnostikovaný má vtedy stlačiť SPACE s výnimkou toho, ak sa zjaví písmeno X. Podľa výsledkov bolo zistené, že ľudia s ADD/ADHD majú nepravidelný reakčný čas. Ak sa objavujú písmená v pravidelnom sekundovom intervale, majú výkon primeraný. Najhorší je

vtedy, ak sa interval predlžuje na 2 – 4 sekundy. Vtedy sú ich reakcie impulzívnejšie, s výraznou chybovosťou. Test číselného štvorca pracuje stále s tou istou pozíciou čísel, čo môže byť protektívnym faktorom, rovnako sa nemení ani inštrukcia. Problémom môže byť akceptovanie monotónnej, rutínnej úlohy, čo sa môže prejaviť skôr v správaní vyšetřovaného ako v jeho výkone. Zaujímavé riešenie ponúka M. Vágnerová a kol. (2001). Hovorí o možnosti využitia testu neštandardným spôsobom – pridaním ďalších 5 pokusov, kde sú všetky čísla posunuté o 1 miesto. Má to diagnostický význam v zmysle schopnosti adaptácie dieťaťa na zmenu podmienok. U detí s ADD/ADHD je vidieť výrazné zhoršenie vo výkone.

**Číselný obdĺžnik** (T-81, Doležal – Kuruc – Senka, 1972) – okrem behaviorálnych ukazovateľov (pozri v teste predtým) je vidieť výrazne kolísavý výkon (v niektorej trojici pracuje klient rýchlo, bezchybne, v niektorých dochádza k blokom vo výkone, chybovosti, nesprávne prečítaniu čísel). Je to pomerne citlivý test pre PAP.

**Test koncentrácie pozornosti** (T-52, Kučera, 1980) – impulzívne spracovania, s chybami, hoci v časovom limite, ev. výrazne pomalé spracovanie na podklade neustálej potreby spätnej korekcie výkonu.

**DRČ** (T-66, Vonkomer, 1992) – kvantitatívne dosahujú podpriemerný výkon, možná zvýšená chybovosť na podklade impulzivity.

**Stroopov test** (T-56, Daniel, 1983). Dobrý výkon môže byť prediktorom pre úspech v jednoduchých aritmetických úlohách, naznačuje vyššiu celkovú výkonnosť aj v stresových podmienkach, v problémovom učení. Zníženie môže byť ukazovateľom pre zníženú frustračnú toleranciu (čo je možný vedľajší symptóm u detí s PAP).

### **Testy, ktoré môžu pomôcť identifikovať príznaky mozgovej dysfunkcie („soft signs“)**

**Test cesty TMT** (T-41, Reitan – Wolfsonová (USA), upr. Preiss M. – Preiss J. – Panama, J., 2006) je veľmi citlivý na PAP (Mikulajová, 2009). Môže poukázať na zníženú motorickú rýchlosť, sťažené vizuálne vyhľadávanie, kombináciu kognitívnych deficitov. Časť A i B sýti vizuálno-percepčný faktor; časť A viac sýti psychomotorické tempo, časť B viac rozdelenie pozornosti a je viac citlivá na organický charakter ťažkostí.

**Orientačný test dynamickej praxie** (T-50, Míka, 1982, reštandardizácia Schöffelová – Mikulajová – Zubáková, 2012) – zachytenie oneskoreného motorického vývinu, a teda aj predpoklad problémov v učení (Mikulajová, 2009). Slabý výkon naznačuje impulzívne spracovanie, neschopnosť koordinácie viacerých psychických funkcií (vizuálne vnímanie, pamäť, sekvenčnosť atď.), čo býva práve u detí s PAP.

**Test kresby postavy** (T-76, Šturma – Vágnerová, 1992) – u detí s ADD, ADHD sú prítomné známky ako výrazná disproporčnosť postavy, nesprávne pripojenie častí tela, rigidita spracovania a výskyt stereotypov, vynechanie podstatných detailov, primitívne spracovanie (vzhľadom na vek a diagnostikované schopnosti), zlá koordinácia čiar (ich nadväznosť, pripájanie), umiestnenie postavy (naklonenie, rozvrhnutie kresby na papieri), bizarné prvky.

**Rey-Osterriethov test komplexnej figúry TKF** (T-65, Rey – Osterrieth, 1959, príručku spracovali Košč – Novák, 1997). Na ADD, ADHD môže upozorňovať výrazný rozdiel medzi kvalitou bezprostrednej reprodukcie a kresby spamäti, celkovo slabá koordinácia línií, chýbajúce detaily, ich nesprávne umiestnenie atď. Na poruchy priestorovej orientácie (čo sa môže vyskytovať u detí s VPU, ale aj PAP) nasvedčuje šrafovanie línií v kópii, postup pri vypracovaní juxtapozíciou (naliepaním, postupným prikladaním detailov vedľa seba), chaotické a nesystematické kreslenie čiar (Košč – Novák, 1997). V reprodukcii sa potom vyskytuje zostavovanie do primitívnych celkov, dezorientácia a konfúzia, nesprávne umiestňovanie detailov, neuzatváranie detailov do celkov. Vzhľadom na snahu zachytiť exekutívne funkcie a medzi nimi aj krátkodobú a operačnú pamäť je diagnosticky prínosné spojiť výkon v opakovaní čísel vo WISC-III<sup>SK</sup> a v kresbe spamäti v tejto skúške.

**Test obkresľovania** (T-32, Matějček – Strnadová, 1974) – mozgovej dysfunkcii nasvedčuje „nadmerný tremor, nedotiahnutie čiar, dvojité čiary, nedostatočné vykresľovanie uhlov, celkové poňatie obrazca“ (Mikulajová, 2009, s. 40).

### **5.3 Diagnostické postupy a nástroje špeciálneho pedagóga pri diagnostike poruchy aktivity a pozornosti**

*Michal Gabarík*

Špeciálnopedagogická diagnostika dieťaťa v školských poradenských zariadeniach sa procesuálne delí na diagnostiku v období pred určením diagnózy (parciálnu diagnostiku s cieľom vytvorenia časti podkladov pre objektívne určenie klinickej diagnózy) a obdobie po stanovení klinickej diagnózy (špeciálnopedagogická diagnostika s cieľom určenia špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa alebo žiaka).

## Špeciálnopedagogická diagnostika pred stanovením klinickej diagnózy

Deti a žiaci s podozrením na poruchu aktivity a pozornosti sa dostávajú do starostlivosti poradenských zariadení na podnet zákonných zástupcov, materskej alebo základnej školy, alebo už sú v starostlivosti zariadenia z iného dôvodu (najčastejšie pre NKS alebo iné zdravotné znevýhodnenie).

V tejto časti diagnostického procesu je potrebné, aby sa špeciálny pedagóg v spolupráci so psychológom pokúsil vylúčiť iné príčiny opísaných problémov a získal čo najviac relevantných podkladov pre klinickú diagnostiku.

Základom pre to je dôkladné *zosnímanie anamnézy* zameranej na zdravotné a vývinové špecifiká dieťaťa (psychomotorický vývin, reč, častota úrazov, spánkový režim, prekonané choroby atď.), na prvé prejavy problémov, na ich frekvenciu a spúšťače. Zároveň, vzhľadom na hereditabilitu týchto porúch, by sa mala anamnéza zamerať aj na prejavy súrodencov a rodičov alebo širších priamych príbuzných.

Následne je potrebné *zistenie aktuálneho stavu z pohľadu rodiča*. Na tento účel je možné využiť **Connerson dotazník CPQ** (do češtiny preložený ako Škála Connersonovej, príloha 2 podľa: Paclt a kol., 2007) alebo jeho novšie ekvivalenty, ktoré zatiaľ nie sú dostupné v slovenskej verzii.

Ak už dieťa navštevuje školu, nevyhnutným diagnostickým nástrojom/metódou je *dotazník pre učiteľa*, najlepšie *doplnený dodatočným rozhovorom*. K najčastejšie využívaným dotazníkom v klinickej praxi patrí **Connerson CTQ** (do češtiny preložený ako Škála Connersonovej: Dotazník pre učiteľov, príloha 3 podľa: Paclt a kol., 2007).

Ďalšou možnosťou je využitie **Štandardizovaných dotazníkov k diagnostike výskytu atypických prejavov školského a sociálneho správania** (Mezera, 1998). Je však určený pre žiakov vo veku až od 8 rokov.

Následne je nutné doplniť tieto sprostredkované informácie o priamu skúsenosť s prácou s dieťaťom. Základom je *pozorovanie dieťaťa pri voľnej činnosti* (zväčša hre) *a pri vykonávaní riadenej činnosti*. Podmienky pre pozorovanie pri voľnej hre je vhodné nastaviť tak, aby sme mali možnosť sledovať reakcie dieťaťa v situáciách, kde nie je veľa predmetov pre činnosť, hru a v podmienkach, kde je naopak mnoho možností na výber. V ideálnych podmienkach by malo byť možné sledovať dieťa pri týchto činnostiach aj bez prítomnosti sledujúcej osoby v danej miestnosti (jednostranne priehľadné okno, kamerový systém).

Pri riadenej činnosti sa snažíme vytvoriť primeraný tlak na výkon dieťaťa, s rešpektovaním jeho vývinových špecifik. U mladších detí sú na tento účel vhodné vkladacky, stavebnice, kocky a pod. Pri starších vymaľovanie, kresba a pod. Pri žiakoch je vhodné využiť diktovanie slov, príp. čísel alebo matematických príkladov. U žiakov je dôležitým atribútom hodným zreteľa, či prejavy poruchy aktivity a pozornosti nenastupujú iba v súvislosti s písaním, čítaním a počítaním, čo môže byť skôr symptómom vývinových porúch učenia.

Z testov, ktoré je možné využiť v tejto fáze, vyberáme test **Deficity čiastkových funkcií** (Sindelar, 2008), ktorý sa zameriava na percepciu a jeho kvalitatívne vyhodnotenie vzhľadom na úroveň koncentrácie pozornosti a diskrepancie vo výsledkoch v jednotlivých sledovaných oblastiach.

Veľmi dôležitým diagnostickým prvkom môže byť *pozorovanie interakcií medzi dieťaťom a rodičom* v riadenej i voľnej činnosti.

Odporúčanou diagnostickou metódou pri poruchách pozornosti a aktivity je *pozorovanie dieťaťa alebo žiaka v jeho prirodzenom prostredí* – doma a v škole. Takéto pozorovanie umožňuje získať často diametrálne odlišný pohľad na správanie žiaka v prostredí, v ktorom sa cíti relatívne bezpečne a autoregulácia jeho správania nie je taká intenzívna ako v neznámom prostredí. Pozorovanie v škole zároveň umožňuje vnímať sociálny kontext triedy a prípadné spúšťače nevhodného správania. Pozorovanie dieťaťa v prirodzenom prostredí by však malo nasledovať až po spoznaní správania dieťaťa v ambulantnom prostredí a spoznaní ťažkostí z pohľadu rodiča alebo učiteľa, aby sa špeciálny pedagóg mohol dostatočne pripraviť na to, čo bude sledovať. Pri voľbe tejto metódy je potrebné citlivo zvážiť aj jej realizáciu, vzhľadom na možnú traumatizáciu dieťaťa (najmä žiaka v období puberty).

Následne by malo nasledovať *konziliárne zhodnotenie* zistených skutočností odbornými zamestnancami poradenského zariadenia, ktorí tiež s dieťaťom pracovali (spravidla psychológ, príp. logopéd) a *vypracovanie kauzistického záznamu pre lekára špecialistu*.

### **Špeciálnopedagogická diagnostika po stanovení klinickej diagnózy**

Špeciálnopedagogická diagnostika po stanovení klinickej diagnózy sa zameriava na určenie vplyvu diagnózy na edukačný proces, teda na analýzu požiadaviek na úpravu podmienok, obsahu, foriem, metód a prístupov vo výchove a vzdelávaní, uplatnenie ktorých je nevyhnutné na rozvoj schopností alebo osobnosti dieťaťa alebo žiaka a dosiahnutie primeraného stupňa vzdelania a primeraného začlenenia do spoločnosti – *posúdenie špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa alebo žiaka* (ŠVVP).

V tejto fáze diagnostického procesu je vhodné použiť štandardizované i neštandardizované testy rovnaké **ako pri špeciálnopedagogickej diagnostike špecifických porúch učenia**. Pre adekvátne určenie ŠVVP je kritické kvalitatívne vyhodnotenie daných testov vzhľadom na prítomnosť poruchy aktivity a pozornosti, ktorá do značnej miery vplýva na výkony v daných testoch. Je preto potrebné konziliárne zvážiť výsledky smerujúce k symptómom špecifických porúch učenia a jasne stanoviť, či je výsledok poznačený nedostatočnou koncentráciou pozornosti, alebo naozaj ide o špecifické poruchy učenia ako komorbidné poruchy (pozn.: túto možnosť pripúšťa aj definícia MKCH-10-SK-2016 aj DSM-5).

#### **5.4 Odchýlky vo výsledkoch typické pre diagnózu porucha aktivity a pozornosti z pohľadu špeciálneho pedagóga**

*Michal Gabarík, Ľuboslava Porubovičová*

Deti s poruchou aktivity a pozornosti štandardne skórujú v diagnostických testoch, aj pri hodnotení vedomostnej úrovne nižšie, vzhľadom na to, že každé testovanie si vyžaduje sústredenie. Chyby a nedostatočné výkony je potrebné citlivo zvažovať, analyticky zhodnocovať pri formulovaní odporúčaní zameraných na výchovno-vzdelávací proces. Z hľadiska komplexnej diagnostiky je vhodné zaradiť aj výkonové testy, kde je možné sledovať, ako sa chybovosť mení v čase a aké sú výkony dieťaťa alebo žiaka v časovom strese. Ak však chceme detailnejšie zmapovať jeho schopnosti a deficity, musíme do únosnej miery prispôbiť testovanie tak, aby sme eliminovali vplyv poruchy pozornosti a aktivity, ktorý môže negatívne ovplyvniť výsledky, na základe ktorých volíme rozvojový/reedukačný program.

Je preto nanajvýš žiaduce koncipovať diagnostické stretnutie tak, aby sme mali pripravenú škálu testov a skúšok, ktoré budeme zaraďovať s ohľadom na charakter činnosti, ktorá sa pri teste od klienta očakáva. Samozrejmou je neustále sledovanie prejavov nepozornosti a hyperaktivity a prispôbovanie procesu diagnostiky, napr. zaraďovaním prestávok, rozdelením diagnostiky na viac stretnutí ako zvyčajne a pod.

## 5.5 Minimálne diagnostické kritériá pre diagnózu porucha aktivity a pozornosti

*Michal Gabarík, Ľuboslava Porubovičová*

Ak hovoríme o poruche aktivity a pozornosti (o ADHD alebo o poruche pozornosti bez hyperaktivity – ADD), vychádzame pri jej diagnostike z Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-5) a tiež z ešte používanej Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10-SK-2016) používanej v Európe aj na Slovensku, ktorá bude čoskoro nahradená MKCH-11. S účinnosťou od 1. 1. 2020 bude platná MKCH-10-SK-2016 so zmenami (viď kapitoly 5.5.1 a 5.5.2).

### 5.5.1 Skupina hyperkinetických porúch podľa klasifikačného systému MKCH-10-2016

Do skupiny hyperkinetických porúch podľa MKCH-10-2016 patria:

- Porucha aktivity a pozornosti (F90.0), ktorá je diagnostikovaná vtedy, ak sú splnené kritériá pre Hyperkinetickú poruchu (F90): nedostatok pozornosti:
  - pri hyperaktívnom syndróme,
  - pri hyperaktívnej poruche,
  - pri poruche s hyperaktivitou.

Nepatrí sem Hyperkinetická porucha správania (F90.1).

- Hyperkinetická porucha správania (F90.1), ktorá je diagnostikovaná pri splnení kritérií Hyperkinetickej poruchy (F90) a takisto poruchy správania (F91),
- Iná hyperkinetická porucha (F90.8) a
- Hyperkinetická porucha, bližšie neurčená (F90.9).

Diagnóza F90 Hyperkinetická porucha je skupina porúch charakterizovaná skorým vznikom (zvyčajne v prvých piatich rokoch života), neschopnosťou vydržať pri činnostiach vyžadujúcich kognitívnu účasť, tendenciou prechádzať z jednej činnosti na druhú bez ich dokončenia a dezorganizovanou, nedostatočne regulovanou a nadmernou aktivitou. Môžu sa pridružovať aj viaceré ďalšie abnormality. Hyperkinetické deti sú často bezohľadné a impulzívne, náchylné na úrazy a často sa dostávajú do disciplinárnych problémov, skôr pre neúmyselné porušovanie pravidiel ako pre úmyselný vzdor. Ich vzťahy s dospelými sú často sociálne dezinhibované, bez normálnej ostražitosti a rezervovanosti. Sú nepopulárne



medzi inými deťmi a môžu sa dostať do izolácie. Časté je zhoršenie poznávacej schopnosti a neúmerne časté sú špecifické oneskorenia vo vývine motoriky a reči. Sekundárne komplikácie zahŕňajú asociaľne správanie a nízke sebahodnotenie. Nepatria sem: Poruchy nálady (F30 – F39), Úzkostné poruchy (F41.-, F93.0), Schizofrénia (F20) ani Pervazívne poruchy vývinu (F84) (MKCH-10-2016, 2019). Diagnózu podľa MKCH-10 stanovuje odborný lekár – pedopsychiater/neurológ.

### **5.5.2 Kritériá pre diagnostiku ADHD podľa DSM-5**

DSM-5 zaraďuje ADHD medzi neurovývinové poruchy. Všade tam, kde by to znamenalo problém, je odporúčané používať ďalej terminológiu a kódovanie DSM-IV-R (Korcsog, 2016).

Pre stanovenie ADHD je nutná prítomnosť 6 a viac príznakov u detí, či 5 a viac príznakov nepozornosti a/alebo hyperaktivity a impulzivity u jednotlivcov sedemnásťročných a starších, ktoré trvajú najmenej šesť mesiacov a majú negatívny dopad na vývin a negatívne ovplyvňujú sociálne, pracovné alebo vzdelávacie aktivity jednotlivca. Niekoľko príznakov z oboch nižšie uvedených skupín sa vyskytlo pred 12. rokom života, symptómy sú zreteľné vo dvoch či viacerých prostrediach (DSM-5, 2015). Diagnózu stanovuje detský psychiater alebo detský neurológ.

#### **Príznyaky nepozornosti:**

- často nie je schopný sa sústrediť na detaily alebo robí chyby z nepozornosti,
- často má problémy udržať pozornosť na úlohy alebo pri hre,
- často vyzerá, že nepočúva, keď je priamo oslovený,
- často nesleduje inštrukcie do konca a nie je schopný dokončiť prácu alebo povinnosti,
- často má problémy organizovať úlohy a aktivity,
- často sa vyhýba alebo nemá rád úlohy, ktoré vyžadujú pretrvávajúce duševné úsilie,
- často stráca veci potrebné na úlohy alebo aktivity,
- často je rozptýlený vonkajšími stimulmi alebo nesúvisiacimi myšlienkami,
- pri denných činnostiach je často zábudlivý.

### **Príznaky hyperaktivity – impulzivity:**

- často sa ošíva alebo poklepáva rukami alebo sa vrtí na stoličke,
- často vstáva zo stoličky v situáciách, kedy sa očakáva, že by mal sedieť,
- často behá alebo sa šplhá v situáciách, kedy je to nevhodné,
- často nie je schopný sa v klude ticho hrať alebo sa sám zabaviť,
- často je v pokluse, správa sa, ako by bol „poháňaný motorom“,
- často nadmerne rozpráva,
- často vyhrkne odpoveď skôr, ako bola dokončená otázka,
- často má ťažkosti čakať, kým na neho dôjde rad,
- často prerušuje alebo ruší iných.

### **Literatúra**

DSM-5. 2015. Diagnostický a štatistický manuál duševných poruch. 1. české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015.

DANIEL, J. 1983. Stroopov test (T-56). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1983.

DOČKAL, V. a kol. 2006. Wechslerova inteligenčná škála pre deti – slovenská verzia. 1. vydanie. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2006. 197 s.

DOČKAL, V. 2012. Tvorba slovenskej verzie testu WISC-III<sup>SK</sup>. In: Psychológia a patopsychológia dieťaťa 39. č. 2 – 3. Bratislava: VUDPaP, 2012. s. 207 – 214 [cit. 01. 04. 2017]. Dostupné na internete:

<http://www.vudpap.sk/sub/vudpap.sk/images/CelyCasopis/papd-2004-2-3-text.pdf>

DOČKAL, V. 2014. Meranie inteligencie. In: Príloha časopisu Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Bratislava: VUDPaP, 2014. s. 6 – 28. ISBN 978-80-970733-7-4.

DOČKAL, V. – FARKAŠOVÁ, E. – KUNDRÁTOVÁ, B. – ŠPOTÁKOVÁ, M. 2017. Správa z diagnostického vyšetrenia. Bratislava: VUDPaP [cit. 02. 04. 2017]. Dostupné na internete: [http://www.vudpap.sk/sub/vudpap.sk/images/InformacieZcinnosti/sprava\\_z\\_diagnostickeho\\_vysetrenia\\_dietata.pdf](http://www.vudpap.sk/sub/vudpap.sk/images/InformacieZcinnosti/sprava_z_diagnostickeho_vysetrenia_dietata.pdf)

JIRÁSEK, J. 1992. Číselný čtverec (T-3). Bratislava: Psychodiagnostika, spol. s r. o., 1992. 20 s.

KAUFMAN, A. – KAUFMAN, N. 1999. Kaufmanova hodnotiaci batéria pre deti, K-ABC. T-19. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s., 1999.

KOŠČ, M. – NOVÁK, J. 1997. Rey-Osterriethov test komplexnej figúry (T-65). Bratislava: Psychodiagnostika, a. s., 1997.

KORCSOG, P. 2016. Nové klasifikácie DSM-5 a MKCH-11: pre a proti. Dostupné na internete:

<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2-2016/ppp1-2-2016-cla1.pdf>

KUČERA, M. 1980. Test koncentrácie pozornosti (T-52). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1980.

KURUC, J. – SENKA, J. – ČEČER, M. 1972. Bourdonov test (T-78). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1972.

MATĚJČEK, Z. – STRNADOVÁ, M. 1974. Test obkreslování. (T-32). Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1974.

MEZERA, A. 1998. Dotazník rizikového správania žiaka. Bratislava: Psychodiagnostika, 1998.

Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH. 2018. Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx>

Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH. 2019. Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>

MÍKA, J. 1982. Orientační test dynamické praxe. (T-50). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1982.

MIKULAJOVÁ, M. 2009. Metódy diagnostiky dyslexie. 1. vydanie. Bratislava: MABAG spol. s r. o., 2009. 59 s. ISBN 978-80-89113-73-6.

MIKULAJOVÁ, M. a kol. 2012. Čítanie, písanie a dyslexia. Bratislava: MABAG spol. s r. o., 2012, 296 s. ISBN 978-80-89113-94-1.

PACLT, I. a kol. 2007. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada Publishing, 2007.

SVOBODA, M. – KREJČÍŘOVÁ, D. – VÁGNEROVÁ, M. 2015. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2015. 792 s. ISBN 9788026208990.

VONKOMER, J. 1992. Disjunktívny reakčný čas DRČ. (T-66). Bratislava: Psychodiagnostika spol. s r. o., 1992.

VZDELÁVACÍ PROGRAM PRE ŽIAKOV S PORUCHOU AKTIVITY A POZORNOSTI PRE PRIMÁRNE VZDELÁVANIE A NIŽŠIE STREDNÉ VZDELÁVANIE. 2017. Vzdelávací program vypracoval Štátny pedagogický ústav. Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 03.08.2017 pod číslom 2017/10211-2:10G0 s platnosťou od 1. septembra 2017. Dostupné na internete: <http://www.statpedu.sk/sk/deti-ziaci-so-svvp/deti-ziaci-so-zdravotnym-znevyhodnenim-vseobecnym-intelektovym-nadanim/vzdelavacie-programy/vzdelavacie-programy-ziakov-so-zdravotnym-znevyhodnenim-vseobecnym-intelektovym-nadanim/zakladne-vzdelavanie-primarne-vzdelavanie-nizsie-s/>.

## 6 Návrh minimálnych diagnostických štandardov pri niektorých druhoch narušenej komunikačnej schopnosti

*Slávka Púčaliková, Katarína Somorová, Svetlana Kapalková, Dana Buntová,  
Hana Laciková*

Vo vývine ľudského rodu patrí reč medzi najmladšie duševné funkcie. Reč sa považuje za špecifickú charakteristiku človeka, ktorá je ešte výraznejšia ako napr. chôdza po dvoch. Vývin reči prebieha po celú dobu detstva. A to, čo robí zo živého tvora ľudské dieťa, je práve reč (Matějček, 2011). Z toho dôvodu je veľmi dôležité venovať veľkú pozornosť a prikladať dôležitosť komunikácii a jazyku.

„Komunikácia (z lat. *communicario* = spoločná účasť, zdieľanie) znamená schopnosť človeka používať výrazové prostriedky nielen k výmene informácii, ale zároveň i k vytváraniu, udržovaniu a pestovaniu medziľudských vzťahov. Zaraďujeme ju k najdôležitejším nástrojom učenia.“ (Thorová, 2015, s. 224). Samotná komunikácia má nesmierne dôležitý význam v živote dieťaťa. Komunikačná schopnosť umožňuje dieťaťu učiť sa, ovplyvňuje a formuje sociálne vzťahy, pomáha vyjadrovať myšlienky a emócie a okrem iného dopomáha k fungovaniu človeka v spoločnosti (Thorová, 2015).

**Komunikačnú schopnosť** môžeme charakterizovať ako schopnosť človeka vedome a podľa príslušných noriem používať jazyk. Tento sa používa v celej jeho komplexnosti a vo všetkých jeho formách (hovorená, písaná) ako systém znakov a symbolov, pričom cieľom jeho používania je zrealizovanie určitého komunikačného zámeru (Lechta, 2009; Thorová, 2015). Autor pod komplexnosťou jazyka rozumie zahrnutie všetkých jazykových rovín (foneticko-fonologickej, lexikálno-sémantickej, morfológicko-syntaktickej, pragmatickej) a tiež je potrebné spomenúť rôzne formy interindividuálnej komunikácie – môže ísť o verbálnu, neverbálnu, písanú a akúkoľvek inú formu, ktorú komunikační partneri požívajú (Lechta, 2009).

V. Lechta (2002) opisuje túto **komunikačnú schopnosť človeka ako narušenú** vtedy, keď niektorá rovina jeho jazykového prejavu (príp. niekoľko rovín súčasne) pôsobí rušivo vzhľadom na komunikačný zámer. Toto narušenie môže byť trvalé (najčastejšie pri ťažších prípadoch orgánového poškodenia) alebo prechodné (napr. artikulačná porucha, oneskorený fonologický vývin). Narušenie môže byť úplné (napr. totálna afázia) alebo len čiastočné, vrodené alebo získané.

V. Lechta (2009, 2016) uvádza základné druhy narušenej komunikačnej schopnosti (ďalej aj „NKS“) rozdelené podľa nozologického hľadiska, tieto sa potom v rámci MKCH-2016 členia na konkrétne diagnózy:

- vývinová bezrečnosť – narušený vývin reči, špecificky narušený vývin reči (vývinová jazyková porucha v novom ponímaní),
- získaná orgánová bezrečnosť – afázia,
- získaná psychogénna bezrečnosť – mutizmus, elektívny mutizmus,
- narušenie zvuku reči – fufnavosť, palatolália,
- narušenie plynulosti reči – zajakavosť, brblavosť,
- narušenie člankovania reči – narušenie zvukovej roviny reči: artikulačná porucha, fonologická porucha, dyzartria,
- poruchy hlasu – afónia, dysfónia, dysódia,
- kombinované chyby a poruchy reči – súčasný výskyt viacerých druhov NKS,
- symptomatické poruchy reči: NKS pri iných, komunikujúcich postihnutiach, ochoreniach, narušeniach – napr. pri sluchovom postihnutí, DMO,
- narušenie grafickej stránky reči: agrafia, alexia, akalkúlia, dyslexia, dysgrafia, dyskalkúlia.

Ak sa reč dieťaťa nevyvíja alebo sú niektoré jazykové roviny oslabené až narušené, je možné vnímať u dieťaťa ohrozenie jeho „človečenstva“ (Matějček, 2011). Môže ísť o narušenie rôznych aspektov reči: porozumenie, expresívne jazykové schopnosti, artikulácia alebo motorická realizácia rečového aktu, plynulosť, prozódia (intonácia a pod.), pragmatika (použitie reči) (Krejčířová in Svoboda, 2009).

## **6.1 Diagnostické postupy a nástroje psychológa pri diagnostike narušenej komunikačnej schopnosti**

*Slávka Púčaliková*

Pred začatím samotného vyšetrenia dieťaťa je potrebné zozbierať si nevyhnutné údaje, ktoré nám následne pomôžu ku kvalitnejšej diagnostike. Až potom prechádzame k samotnému psychologickému vyšetreniu. V závislosti od veku dieťaťa zvolíme formu, ktorou začíname vyšetrenie: hru (počas ktorej realizujeme pozorovanie dieťaťa) alebo kresbu postavy

(odbúranie stresu). Až následne prechádzame k zisťovaniu psychomotorického vývinu dieťaťa alebo k zisťovaniu jeho intelektovej úrovne, pamäťových a pozornosťných schopností, jeho správania, vzťahov v rodine, ako i osobnosti.

Nevyhnutné je uvedomiť si, že nižšie opísané **slabé stránky** (odchýlky) **v jednotlivých diagnostických nástrojoch** (testoch, prípadne subtestoch) **sú u detí a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou (NKS) rozdielne**. Nie je možné globálne verifikovať, že dieťa alebo žiak s NKS bude zlyhávať len v určitých úlohách alebo subtestoch a ostatné bude zvládať primerane svojim rovesníkom. Výkony sú v sledovaných úlohách rozdielne. Do veľkej miery je pre nás dôležitá životná história dieťaťa alebo žiaka (anamnestické údaje, najmä zdravotná a sociálna anamnéza), ktorá nám už dopredu predikuje možné ťažkosti v oblasti komunikačnej schopnosti. Okrem jazykových schopností sa u dieťaťa objavujú i ťažkosti s pamäťou, pozornosťou, jemnou motorikou a priestorovým vnímaním, prípadne osobnostné ako pri zajakavosti, či poruchách reči pri PAS a pod.

Pri vyšetrovaní intelektových schopností u detí a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou (narušený vývin reči (NVR), zajakavosť, brblavosť, špecificky narušený vývin reči (ŠNVR) je nevyhnutné uvedomiť si, že nie vždy je možné brať celkové intelektové skóre ako validný výsledok. Pri niektorých typoch NKS treba zohľadniť aj osobnosť dieťaťa, postoje, tvorivosť, výchovné postupy rodičov, ako i napr. úzkostné prežívanie a pod. Dieťa alebo žiak s NKS často dosahuje vo verbálnych subtestoch výrazne nižšie výkony ako v performačných úlohách. Keď hovoríme o deťoch s vývinovou dysfáziou, môžeme povedať, že neexistujú dve deti, ktoré majú rovnaký profil intelektových a iných schopností.

Samotná diagnostika vývinovej dysfázie je zložitý proces a nie je možné robiť ju na základe posúdenia výsledkov z jedného alebo dvoch testov. Nevyhnutné je každé dieťa, každý prípad posúdiť komplexne a neustále prihliadať na kvalitatívnu stránku riešenia úloh a na to, ako dieťa pristupuje k úlohe, do akej miery rozumie tomu, čo od neho žiadame, či je pre neho úloha zmysluplná, akú má dieťa výkonnosť, ale i to, či dokáže počas samotného vyšetrenia s nami komunikovať. Všetky uvedené dôvody ovplyvňujú celkový výsledok testovania (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).

Psychológ pri diagnostike dieťaťa skúma tzv. nejazykové schopnosti, medzi ktoré patria: intelektové schopnosti, pamäťové schopnosti, pozornosťné procesy a grafomotorika.

Pri hodnotení potenciálu u detí/žiacov s NKS je nutná blízka kooperácia (konzultácia s logopédom). Logopéd je ten, ktorý v tomto prípade určuje diagnózu. Kognitívny, ako i osobnostný profil dieťaťa, je kvalitatívne aj kvantitatívne hodnotený a napomáha logopédovi smerovať intervenciu do oslabených oblastí.

## **INTELEKTOVÉ SCHOPNOSTI**

- SON-R 2½-7 Neverbálny test inteligencie (Tellegan – Laros – Heider, prvé slovenské vydanie: Kopčanová – Farkašová – Dočkal, 2009)
- Wechslerova inteligenčná škála pre deti – WISC-III<sup>SK</sup> (Wechsler, 1991, prvé slovenské vydanie: Dočkal – Kretová – Kundrátová – Sedlačková – Tesař, 2006)
- Woodcock-Johnson international edition – WJ IE (Furman – Ruef – Munoz-Sandoval, 2001, slovenská edícia 2003)
- Stanford-Binetova inteligenčná škála (IV. rev.) (Mat – Hagenová – Satter, upr. Adamovič, 1995)
- Kaufmanova hodnotiaca batéria pre deti (Kaufman – Kaufman, 1983, slovenské vydanie, 1999)

## **PAMÄŤ**

- Pamäťový test učenia (Preiss, 1999)
- Subtesty z inteligenčných testov

## **POZORNOSŤ**

- Test cesty (Preiss – Panama, 1997, druhé slovenské vydanie, 2006).
- Číselný štvorec (Jirásek, 1975).

## **GRAFOMOTORIKA**

- Kresba postavy (Šturma – Vágnerová, 1992).
- Test obkresľovania (Matějček – Strnadová, 1974).
- Rey-Osterriethov test komplexnej figúry (Košč – Novák, 1997).

## **6.2 Odchýlky vo výsledkoch typické pre niektoré druhy narušenej komunikačnej schopnosti z pohľadu psychológa**

*Slávka Púchaliková, Svetlana Kapalková, Dana Buntová*

Odchýlky, ktoré sú prítomné pri samotnom psychologickom vyšetrení.

Od psychológa sa často vyžaduje, aby viackrát opakoval inštrukcie, prípadne ich doplnil gestikuláciou, keďže dieťa s NVR, ŠNVR (vývinová jazyková porucha) nie vždy rozumie, čo sa od neho v zadávanej úlohe žiada (Mikulajová – Rafajdusová, 1993). V prípade potreby je

nevyhnuté inštrukciu zjednodušiť (hovoríť po častiach a uistiť sa, že nám dieťa porozumelo).

Pri vyšetrení dieťaťa s NVR, ŠNVR je dôležité mať na pamäti, že vyšetrujeme dieťa s mozgovou dysfunkciou a okrem jazykových deficitov sa u dieťaťa objavujú ťažkosti so sústredením, dieťa môže byť instabilné, ľahko unaviteľné, s výkyvmi nálad (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).

U detí s NVR, ŠNVR pozorujeme oslabenie v priestorovej orientácii (najmä pravo-ľavá orientácia) i v orientácii v čase (vnímanie a chápanie časových vzťahov). Jednotlivé časové úseky nie sú pre ne vyjadrené slovom, ale činnosťami, ktoré sa na ne viažu, napr. ráno je, keď sa vyspíme. Problematické je pre ne orientovať sa i v osobných údajoch (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).

Deti so ŠNVR – receptívna porucha, majú ťažkosti s rozvojom symbolického a abstraktného myslenia, ťažšie si osvojujú názvy farieb, pojmy pre určenie polohy alebo vzťahové pojmy (veľký/malý, rovnaký/iný) a pod. (Krejčířová in Svoboda, 2009).

### **SON-R 2½-7 Neverbálny test inteligencie**

Najnižšie subtestové vážené skóre dosiahli deti v subteste *Vzory* a najvyššie v *Analógiách*. V škále *Usudzovania* dosahujú deti s NKS kvalitnejšie výkony ako v *Performačnej škále*. V *Performačnej škále* zlyhávajú najmä v subteste *Vzory* (Kopčanová – Farkašová – Dočkal, 2009). Daný subtest je pre ne náročný, nakoľko sa od nich vyžaduje, aby prepojili zrakové vnemy s grafomotorikou, ktoré bývajú u detí s NKS výrazne oslabené.

Deti s diagnózou porucha vývinu reči dosahujú v SON-R 2½-7 iba veľmi málo odlišné výsledky od normy (Kopčanová – Farkašová – Dočkal, 2009).

### **Wechslerova inteligenčná škála pre deti (WISC-III<sup>SK</sup>)**

Nie je možné jednoznačne stanoviť a tvrdiť, že dieťa s NKS bude zlyhávať v konkrétnych subtestoch. U každého dieťaťa sa jeho slabé stránky prejavujú iným spôsobom. Nižšie uvádzame pravdepodobne sa vyskytujúce slabé stránky (odchýlky), o ktorých sme sa dočítali v dostupnej literatúre a ku ktorým sme dospeli na základe vlastnej praxe.

- Subtest *Podobnosti* – náročný je zácvik – dieťa má ťažkosti porozumieť tomu, čo sa od neho očakáva – porozumieť inštrukcii. Prítomná je tendencia vysvetľovať každé slovo osobitne. Ak dieťa porozumie, čo sa od neho žiada, podáva v danom subteste kvalitný výkon.



- Subtest *Aritmetika* – vzhľadom na fakt, že sa riešia matematické slovné úlohy, dieťa s narušenou komunikačnou schopnosťou (NVR, ŠNVR) zlyháva. Dieťa zväčša nemá numerickú predstavu čísla, ktorá vyžaduje už určitú úroveň abstrakcie a symbolického myslenia (Mikulajová – Rafajdusová, 1993) a časté je i zlyhanie v dôsledku oslabenej verbálno-akustickej pamäti (napr. pri počítaní cez 10 má ťažkosti podržať všetky kroky riešenia). Pre deti je náročné udržať v pamäti znenie úlohy a pritom uvažovať o výsledku (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).
- Subtest *Slovník* – dieťa s NVR, ŠNVR má výrazné ťažkosti s vysvetľovaním významu slova. Nie je schopné zrozumiteľne a výstižne verbálne definovať predkladané slová (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).
- Subtest *Porozumenie* – deti so ŠNVR v danom subteste podávajú výrazne slabé výkony. Je pre ne náročné slovami vyjadriť reakciu na určitú spoločenskú situáciu, verbálne vyjadriť riešenie každodenného problému. Subtest vyžaduje väčšiu verbálnu plynulosť a obratnosť vo vyjadrovaní, ktorá je u detí s NKS oslabená (Krejčířová in Svoboda, 2009).
- Subtest *Opakovanie čísel* – pre dieťa s expresívnou vývinovou dysfáziou je časté zaostávanie v tomto subteste vzhľadom na svoj vek. Jeho krátkodobá pracovná a verbálno-akustická pamäť a koncentrácia pozornosti je oslabená (Mikulajová – Rafajdusová, 1993; Krejčířová in Svoboda, 2009). Pre dieťa je náročné udržanie sekvencie abstraktných slov aj ich zrkadlovej reprodukcie v pamäti a následne si to nedokáže predstaviť alebo asociovať s niečím iným (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).
- Subtest *Kódovanie* – u detí s NKS je prítomné oslabenie jemnej motoriky (vyžaduje sa tu grafomotorická odpoveď) a v dôsledku toho dieťa zlyháva (Mikulajová – Rafajdusová, 1993). Okrem iného dieťa zlyháva i v dôsledku pomalšieho pracovného tempa pri vizuomotorickej koordinácii.
- Subtest *Kocky* – úloha je citlivá na zrakové vnímanie a zrakovú predstavivosť, ktorá je u niektorých detí s NVR, ŠNVR oslabená.
- Subtest *Skladačky* – v dôsledku oslabeného zrakového vnímania a jemnej motoriky sa daný subtest u detí s NVR, ŠNVR považuje za ich slabú stránku (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).

Pri deťoch s NVR, ŠNVR je možné vnímať ako negatívum i fakt, že performačné subtesty sú časovo limitované a citlivé na činitele z vnútorného i vonkajšieho prostredia. To znamená,

že u dieťaťa s NKS môžeme za slabú stránku považovať i niektoré výkony nielen vo verbálnych, ale i v neverbálnych subtestoch (viď vyššie).

Nižšie skóre v názorových (performančných) úlohách môže byť i v dôsledku sťažených vnútorných podmienok, ako napr. nedostatočná koncentrácia a udržanie pozornosti, obratnosť rúk a pod. (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).

Deti so sémanticko-pragmatickým syndrómom môžu byť nesprávne diagnostikované, nakoľko nerozumejú inštrukciám a následne môžu zlyhať i v performančných subtestoch.

### **WJ IE – Woodcock-Johnson International Edition**

Nasledujúce odchýlky v sledovaných subtestoch je možné považovať za niektoré zo slabých stránok dieťaťa s NKS:

- Verbálne schopnosti – dieťa s NKS (NVR, ŠNVR) dosahuje vzhľadom na vek nízke skóre v sledovaných subtestoch (*Obrázkový slovník, Synonymá, Protiklady i Verbálne analógie*). Daná časť sleduje schopnosť porozumieť jednotlivým slovám a vzťahom medzi nimi, poukazuje na šírku vedomostí a poznatkov (Furman – Ruef, 2013), ktoré sú u detí s NVR, ŠNVR znížené.

Schopnosti myslenia:

- Subtest *Rozlišovanie zvukov* – u detí, ktoré majú ťažkosti so sluchovým rozlišovaním (fonematické uvedomovanie), pozorujeme znížený výkon, nakoľko daný subtest zahŕňa v sebe i schopnosť rozumieť prvkom reči, ktorá je jedným alebo viacerými spôsobmi zmenená alebo maskovaná (Furman – Ruef, 2013).
- Kognitívna efektívnosť predstavuje kapacitu kognitívneho systému automaticky spracovávať informácie (Furman – Ruef, 2013). Napriek tomu, že daná časť nekladie vysoké požiadavky na jazykové schopnosti (Furman – Ruef, 2013), deti s NKS v nej zlyhávajú. Sleduje pracovnú pamäť, ktorú majú deti s NKS zníženú (viď vyššie). Pre dieťa je náročné udržanie sekvencie abstraktných slov v pamäti, ale aj udržanie ich zrkadlovej reprodukcie a následne si to dieťa nevie predstaviť alebo asociovať s niečím iným (Mikulajová – Rafajdusová, 1993). V subteste *Vizuálne porovnávanie* deti s NVR, ŠNVR podávajú znížený výkon vzhľadom na vek, nakoľko je ich procesuálna rýchlosť a samostatná práca znížená. V širšom chápaní ide o schopnosť udržať sústredenú a stabilnú pozornosť v priebehu procesu myslenia (Furman – Ruef, 2013). Kognitívna efektívnosť je u detí s NVR, ŠNVR znížená oproti verbálnym schopnostiam, ale i schopnostiam myslenia.

## Stanford-Binetova inteligenčná škála (IV. rev.)

Odchýlka:

- Subtest *Slovník* – poukazuje na rozsah slovnej zásoby, u detí predškolského a mladšieho školského veku sa vyžaduje i schopnosť flexibilného použitia reči. Deti s narušenou komunikačnou schopnosťou (oneskorený vývin reči alebo špecifická porucha reči) podávajú slabšie výkony vzhľadom na vek (Krejčířová in Svoboda, 2009).
- Subtest *Porozumenie* – vyžaduje rozvinutú slovnú zásobu a úroveň komunikačných zručností (Krejčířová in Svoboda, 2009). Dieťa s NKS nie vždy disponuje týmito schopnosťami, v dôsledku čoho môže v subteste podávať znížené až narušené výkony vzhľadom na svoj vek. Avšak je nevyhnutné upozorniť na fakt, že aj dieťa s NVR, ŠNVR vychádza pri celkovom hodnotení vo verbálnom uvažovaní v rámci širšej normy.
- Subtest *Pamäť na vety* a *Pamäť na čísla* – deti s NVR, ŠNVR sa vyznačujú špecifickými ťažkosťami v tzv. pracovnej pamäti, najmä v jej sluchovej modalite. Deti majú problém aktívne podržať potrebnú informáciu po dobu riešenia úlohy. Dieťa s NVR, ŠNVR s ťažkosťami opakuje čísla. Prítomné je oslabenie i pri reprodukcii viet, ktoré je schopné samo spontánne utvoriť a používať. Nedokáže vetu zopakovať doslova, pri opakovaní je väčšinou zachovaný zmysel, ale niektoré slová sú nahradené synonymami, dieťa vynecháva predložky a pod. alebo zamieňa koncovky (Krejčířová in Svoboda, 2009).
- Subtest *Napodobňovanie* – v dôsledku zníženej jemnej motoriky a oslabeného zrakového vnímania dieťa s NVR, ŠNVR v danom subteste podáva výrazne znížený výkon vzhľadom na svoj vek (viď subtest *Skladačky* vo WISC-III<sup>SK</sup>).

## Vývinové škály

Vývinové škály patria medzi testové metódy najmä ranej diagnostiky a zameriavajú sa na identifikáciu úrovne vývinu komplexnej osobnosti v jej jednotlivých zložkách – motorika, sensorika, percepcia, sebaobsluha, komunikácia, kognícia, adaptívne správanie. Princíp hodnotenia vývinových škál je založený na porovnaní s priemernou dosiahnutou úrovňou detí daného veku. Vývinové škály umožňujú identifikovať prípadné oneskorenia vo vývine dieťaťa veľmi skoro v rôznych oblastiach, čo je dôležité pre následnú špeciálnopedagogickú/odbornú intervenciu (Kastelová – Németh, 2013). Slovenskú komplexnú vývinovú škálu aktuálne ešte nemáme.

## **Mníchovská funkcionálna diagnostika**

I keď škála nie je štandardizovaná na slovenské podmienky, používa sa s odvolaním na overovanie, ktoré urobila Wzošová (1995), keď overila škálu na populácií slovenských, zdravých nerizikových detí, pričom získané výsledky v porovnaní s nemeckou populáciou ukázali vo všetkých vývinových oblastiach zhodný vývinový profil v oboch skupinách (Kastelová, 2013, s. 50, podľa: Kastelová – Németh, 2013).

- Hrubá motorika – prítomná je celková neobratnosť a nešikovnosť. Ťažkosti so stáťím na jednej nohe (dieťa neobstojí bez opory), s poskokmi, s kopaním do lopty pri hrách, s chôdzou striedavým krokom hore a dole po schodisku bez opory.
- Jemná motorika – dieťa má ťažkosti postaviť vežu z 8 kociek, so strihaním nožnicami, s kreslením geometrického tvaru.
- Sebaobsluha a samostatnosť – ťažkosti so zapínaním gombíkov, zipsov, dieťa je nešikovné pri obliekaní, nevie jesť príborom.
- Absentuje symbolická hra.

## **Bayleyovej škála – Bayley Scales of Infant and Toddler Development – 3rd Edition (Bayley III)**

Diagnostika mentálneho a motorického vývinu detí vo veku 1 – 42 mesiacov. Škály Bayleyovej (Hogrefe – Testcentrum, 3. prepracované vydanie, Praha, 2005) môžu byť využité pre opísanie aktuálnej vývinovej úrovne dieťaťa, pri diagnostike oneskorovania či poruchy vývinu a pri plánovaní terapeutických postupov. Bayley III je individuálne administrovaný klinický nástroj. Bayley III je možné využívať s doplnkovým materiálom ekvivalentne ako BSID-II. Výhodou je, že veľmi dobre diferencuje poruchu od normy, je to najnovšia/revidovaná komplexná dostupná vývinová škála. Nevýhodou je, že škála je v angličtine a nemá české ani slovenské normy. Doba administrácie je približne 60 – 90 minút. Nástroj môžu používať psychológovia, ale aj iní odborní zamestnanci po absolvovaní školiaceho a výcvikového kurzu (Kastelová, 2013, s. 49, podľa: Kastelová – Németh, 2013; Hogrefe – Testcentrum, 2005).

## **Kresba postavy**

Kresba postavy u dysfatických detí má veľmi nízku kvalitu (Mikulajová – Rafajdusová, 1993). „Ľudská postava je v ich kresbe obsahovo chudobná: svojim panáčikom zvyčajne nenakreslia detaily tváre či oblečenie. Často vynechávajú také dôležité prvky, ako sú ústa,

ruky, prsty. Postavy pôsobia prázdno, neživo, schematicky, niekedy s veľkými prázdnyimi očami až morbídne.“ (Mikulajová – Rafajdusová, 1993, s. 124) V období predškolského veku je úroveň kresby oslabená najmä vo formálnej stránke. Deficity boli odhalené i v obsahovej stránke kresby. Tie sa môžu pri projektívnom využití kresby vnímať ako prejavy porúch komunikačných schopností (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).

### **Test obkresľovania a Rey-Osterriethov test komplexnej figúry**

Dysfatické deti dosahujú znížené výkony v Teste obkresľovania. Pri obkresľovaní jedno-, dvoj- a trojrozmerných tvarov sú prítomné nesprávne zobrazené krivky, uhly a priamky. Nepresné je spájanie čiar do uhlov, dieťa ich kreslí doguľata alebo ich dodatočne vykreslí. Aj pri najjednoduchších tvaroch je možné pozorovať deformáciu tvaru, nedodržanie pomeru jednotlivých strán k celku, rotáciu obrazca voči predlohe, perseverácie. Nápadné býva i rozloženie jednotlivých obrazcov na ploche papiera – je časté ich vykreslenie tesne vedľa seba alebo cez seba, pričom veľkú časť papiera nechajú deti nevyužitú. Zobrazenie jednotlivých čiar je roztrásené, prítomné sú nenadväzujúce alebo presahujúce línie, dvojité línie. V prípade, že sa deťom zdá, že tvary nezodpovedajú predlohe, dokresľujú ich. Prítomný je i nesprávny úchop ceruzky (Mikulajová – Rafajdusová, 1993).

V Rey-Osterriethovom teste komplexnej figúry po formálnej stránke zaznamenávame obdobné deficity ako pri Teste obkresľovania. Deti majú ťažkosti so zrakovým vnímaním predlohy, s jej uchopením v priestore. Častokrát obrazec vykresľujú po detailoch.

Psychológ je veľmi nápomocný pri analýze výchovného prostredia – a poradenstva, ako i posúdení osobnostných charakteristík dieťaťa/žiaka, zvlášť pri niektorých druhoch NKS (napr. zajakavosť, brblavosť, mutizmus a iné).

### **6.3 Diagnostické postupy a nástroje logopéda pri diagnostike narušenej komunikačnej schopnosti**

*Svetlana Kapalková, Dana Buntová, Hana Laciková*

V tejto časti stručne uvedieme jednotlivé testy spolu s ich subtestami, ktoré v logopedickej diagnostike odborníci najčastejšie využívajú, spolu s ich vekovým obmedzením

a špecifikáciou. Mnohé z nich nie sú štandardizované, ale sú využívané pre nedostatok testov v tejto oblasti.

Okrem samotných výsledkov testov využívame zdroje diagnostických informácií (pozri kapitola 2). U detí s NKS sú to najmä výsledky lekárskeho a psychologického vyšetrenia a pozorovanie dieťaťa – jeho hry, spontánneho rečového prejavu (formy, obsahu a použitia).

### **Vyšetrenie porozumenia verbálnej reči:**

- **TEKOS test** (Kapalková a kol., 2010) pre deti od 8 mesiacov do 30 mesiacov,
- **subtest Porozumenie reči z Mníchovskej funkcionálnej diagnostiky** pre deti od 14 mesiacov do 45 mesiacov (Edelkraut – Kohler 1984; 4. revidované vydanie, 1994, preložila Ginzeriová, M.),
- **subtest Porozumenie reči z Testu prediktorov gramotnosti** (Mikulajová, 2012) pre deti predškolského veku a na začiatku prvého ročníka ZŠ,
- **subtest VP v HSET** (orientačné normy pre vývinovú dysfáziu a dyslexiu) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997) pre deti od 4 do 11 rokov,
- **Analýza porozumenia viet v slovenčine** (Marková – Cséfalvay – Mikulajová – Schöffelová, 2015) pre deti od 6 do 10 rokov.

### **Vyšetrenie zamerané na jednotlivé jazykové roviny**

#### Pragmatická rovina:

- Naratívne zručnosti: subjektívne hodnotenie reprodukcie príbehu, spontánneho rozprávania (od 4. roku života); protonarátiva (od 3. roku života).
- Vlastné pozorovanie (komunikačné funkcie u dieťaťa, interakcia a konverzácia, závislosť komunikácie od kontextu).
- Posúdenie pragmatických funkcií podľa Slančovej (2008).
- Posúdenie prekurzorov pragmatiky podľa modelu M. Laheyovej (Kapalková, 2002; Mikulajová – Kapalková, 2002).

#### Lexikálno-sémantická rovina:

- Model M. Laheyovej – posúdenie sémantických kategórií (Kapalková, 2002; Mikulajová – Kapalková, 2002).
- Zisťovanie úrovne slovného významu: HSET subtesty: Klasifikácia pojmov (BK); Hľadanie slov (WF) (pre deti 4 až 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997).

- Zisťovanie úrovne vetného významu: HSET subtesty: Oprava významovo nesprávnych viet (KS); Tvorba viet (SB) (pre deti 4 až 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997).
- Posúdenie lexikálnej rozmanitosti v spontánnej reči dieťaťa.

Morfologicko – syntaktická rovina:

- Morfológická štruktúra: HSET subtesty: Tvorba množného a jednotného čísla (PS).
- Tvorba odvodených slov (AM); Odvodzovanie prídavných mien (AD) (pre deti 4 – 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997).
- Žľabova skúška jazykového citu (upravili Mikulajová – Rafajdusová, 1993).
- Vetná štruktúra: HSET subtesty: Porozumenie viet (VS); Opakovanie viet (IS) (pre deti 4 – 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997).
- Priemerná dĺžka výpovede (MLU) (Kapalková a kol., 2010).
- Gramatický profil slovensky hovoriacich detí GPSK (Slančová – Kapalková, 2018).

Foneticko-fonologická rovina:

**1. Zrozumiteľnosť reči**

- a) Škála hodnotiaca zrozumiteľnosť reči v kontexte: Slovak. (McLeod – Harrison – McCormac, 2012)  
Normy pre slovenskú populáciu od 4 rokov dostupné od Buntovej a kol. (2018).
- b) Kriériálne hodnotenie zrozumiteľnosti reči voči neznámemu komunikačnému partnerovi (Buntová – Gúthová, 2016).

**2. Fonetický repertoár**

- a) Artikulačný test Antušekovej (Antušeková, 1989).
- b) Kriériálna skúška stimulability.

**3. Fonemický repertoár**

- a) Artikulačný test Antušekovej (Antušeková, 1989).
- b) Spontánna rečová produkcia pri dialógu, opise obrázka, prerozprávání príbehu.

**4. Anatómia a fyziológia artikulačných orgánov**

- a) Test veľkosti jazyka (Papcová a kol., 2001).
- b) Test jazykovej uzdičky (Papcová a kol., 2001).
- c) Test tvrdého podnebia (Papcová a kol., 2001).
- d) Test embryonálneho prehĺtania (Papcová a kol., 2001).
- e) Test myofunkčnej poruchy (Kittel, 1999).
- f) Lapoint-Wertzov test v úprave Cehuľovej a Gúthovej. Normy pre vek od 3 do 6 rokov (Gúthová – Cehuľová, 2001).

g) Subtest oromotorických sekvencií z Prediktorov gramotnosti (Mikulajová, 2012).

## 5. Sluchová diferenciácia

a) Fonologicko-kontrastný test (Antušeková, 1989).

b) Diagnostika dítete predškolného veku (Bednářová – Šmardová, 2007).

c) Subtest Fonematické uvedomovanie z testu prediktorov gramotnosti (Mikulajová, 2012).

## 6. Fonologické procesy

a) Analýza fonologických procesov, miesto, spôsob, znelosť.

b) AFoP – fonologická analýza rýchlo a jednoducho! ([www.logopedi.eu](http://www.logopedi.eu))

c) Identifikácia patologických fonologických procesov.

d) Vývinový model fonologických procesov (Buntová – Bartošová – Doskočilová, 2017).

e) Priemerná fonologická dĺžka výpovede (Bónová, 2008).

f) Opakovanie pseudoslov (Polišenská – Kapalková, 2014).

## 7. Variabilita produkcie

Index variability (Bónová – Slančová, 2005).

## 8. Orálna a verbálna praxia

Subtest Orálna a verbálna praxia z Testu prediktorov gramotnosti (Mikulajová, 2012).

### Prepojenie všetkých rovín:

- HSET subtest: Pamäť pre text (TG) (pre deti 4 – 11 rokov) (Grimmová – Schöler – Mikulajová, 1997).

### **Hodnotiace nástroje na vyšetrenie porúch plynulosti reči: zajakavosti a brblavosti**

- **Analýza nahrávky spontánnej rečovej produkcie, ako i hodnotenie jednotlivých jazykových schopností** (viď 6.3 Diagnostické nástroje pri vývine reči).
- **Koktavost. Integrativní přístup** (Lechta, 2010). Portál, ISBN 80-7178-867-8. Publikácia obsahuje diagnostiku prítomných dysfluencií, psychickej tenzie a nadmernej námahy.
- **Laciková, H. – Hrmová Adamiková, M.** Využitie ICF – medzinárodnej klasifikácie funkčnosti zdravotného postihnutia a zdravia v diagnostike a terapii zajakavosti, Logopaedica 1/2018, s. 26. ISSN 2453-8450.



- **Dotazník pre rodičov Palin PRS** – Palin Parent Rating Scale z Michael Palin Centre for Stammering Children – voľne dostupný v slovenskom jazyku – možnosť voľnej registrácie pre logopéda na: [https://www.paliprs.org.uk/secure/pprs\\_connect.php](https://www.paliprs.org.uk/secure/pprs_connect.php)
- **Dotazníky:** Chmela – Reardon: Dotazník pre rodičov, Dotazník pre učiteľa, ako aj Dopĺňovanie viet (The School-Age Child Who Stutters: Working Effectively with Attitudes and Emotions).
- **Yaruss, J. S. – Quesal, R. W. 2010.** Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES™).
- **Lidcombský program** (Onslow, 2010, Terapia incipientnej zajakavosti: Lidcombe program, Logopaedica, Laciková, V. 2002, 2006).
- **KiddyCAT** – Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter, Martine Vanryckeghem, Gene J. Brutton, 2006.
- **Škála A 19** – Scale of Children's attitudes (Andre – Guitar, 2014) – hodnotenie postojov ku komunikácii detí v školskom veku (in Majdanová, 2012. Orientačná diagnostika situačnej psychickej tenzie pri chronickej zajakavosti, Pdf UK – dizertačná práca).
- **Yaruss, J. S. – Quesal, R. W. 2004.** Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update, Journal of Communication Disorders 73, p. 35 – 52.

#### **6.4 Profily pri vybraných typoch narušenej komunikačnej schopnosti z pohľadu logopéda**

*Svetlana Kapalková, Dana Buntová, Hana Laciková*

V rámci rovnakej diagnózy sa môže vyskytovať menšia či väčšia miera konkrétnych príznakov, príznačná je variabilita v tomto smere. Niektoré symptómy môžu vznikáť sekundárne ako dôsledok iných znakov. Vzhľadom na to je potrebné ako prvé stanoviť primárnu diagnózu, od ktorej sa odvíjajú ďalšie ťažkosti toho-ktorého jednotlivca. Pre variabilitu jednotlivých príznakov chceme zdôrazniť potrebu komplexnosti celej diagnostiky. Každého jednotlivca treba posudzovať osobitne, brať do úvahy anamnestické údaje, údaje od odborných lekárov a psychológov, v ktorých starostlivosti sa jednotlivci nachádzajú, ale aj všetky dostupné informácie, ktoré na stanovenie samotnej diagnózy majú

rozhodujúci vplyv. Vo viacerých prípadoch sa môžeme stretnúť u jednotlivca s kombináciou viacerých porúch či oslabení, ktoré potom vplývajú na celkový výkon pri testovaní. Stanovenie presnej odchýlky v konkrétnych výkonoch testovaných detí s rôznymi NKS počas vyšetrenia považujeme z hľadiska vyššie uvedených faktorov za nezistiteľné bez dôkladných diagnostických analýz. Predpokladom ostáva možnosť stanovenia odchýlky v istej homogénnej skupine jednotlivcov, čo však predpokladá podrobné a dlhodobé diagnostické skúmanie.

Pre každé poradenské zariadenie odporúčame publikáciu LOGOPÉDIA od A. Kerekrétiovej a kol., ktorá vyšla v roku 2016 a jej obsahom sú najnovšie poznatky, fakty a informácie, ktoré logopéd, špeciálny pedagóg a psychológ môže použiť v diagnostickom procese jednotlivých druhov narušenej komunikačnej schopnosti.

#### **6.4.1 Narušenie zvukovej roviny reči – Artikulačná porucha; Fonologická porucha**

*Dana Buntová*

Pri narušení zvukovej roviny reči (artikulačná porucha, fonologická porucha) ide o neschopnosť správne vysloviť a/alebo používať hlásky materinského jazyka v súlade s príslušnými jazykovými normami v reči, pričom primárne narušenie zvukovej roviny reči nevzniklo na základe iného postihnutia, ako je napríklad sluchové, telesné atď. Narušenie pôsobí interferenčne na komunikačný zámer a môže sa prejavovať znížením zrozumiteľnosti reči (Buntová – Gúthová, 2016, s. 59).

Narušenie zvukovej roviny reči autorke delia na: artikulačnú poruchu (AP), oneskorený fonologický vývin (OFV), fonologickú poruchu konzistentnú (konštantnú) (KFPo), fonologickú poruchu nekonzistentnú (nekonštantnú) (NFPo).

V rámci súvzťažnej slovenskej literatúry je vývinová verbálna dyspraxia (VVD) považovaná za syndróm NVR. Autorke však upozorňujú na potrebu diferenciálnej diagnostiky VVD od AP a fonologických porúch.

Pri diagnostike a diferenciálnej diagnostike F-F roviny autorke definujú terminológiu, s ktorou sa počas diagnostického procesu pracuje:

- **zrozumiteľnosť reči** je miera, do akej komunikačný partner rozumie reči dieťaťa.

- **fonetický repertoár** sú zvuky reči, ktoré dokáže dieťa vysloviť spontánne alebo imitovaním. Hlásky sú tvorené na správnom mieste a správnym spôsobom, v súlade s kodifikovanou normou jazyka. Ide o **správnú výslovnosť**.
- **distorzia je chybná výslovnosť**. Hláska je tvorená na nesprávnom mieste alebo nesprávnym spôsobom. Napríklad interdentalný sigmatizmus alebo hrdelný rotacizmus a pod.
- **nesprávna výslovnosť** sa vyskytuje v rámci fyziologického vývinu. Lechta (1990) ju opisuje ako prirodzený fyziologický jav do určitého veku dieťaťa. Podľa Krahulcovej (2007) je to fyziologická vývinová odchýlka od kodifikovanej normy, ktorá je spôsobená akustickou a motorickou nezrelosťou dieťaťa. Mechanizmus tvorenia hlások je neustálený, prejavuje sa nepresnou diferenciáciou hlások. Podľa D. Buntovej môžeme hovoriť aj o tzv. **nezrelej výslovnosti**. Napríklad jednokmitná výslovnosť hlásky R počas vývinu do 5 rokov alebo nečistá výslovnosť sykaviek do veku 5 rokov. Je to stav, kedy sa výslovnosť ešte vyvíja. Je potrebné ju však odlišiť od distorzie a od napodobňovania nesprávneho rečového vzoru dieťaťom.
- **fonemický repertoár** tvoria zvuky, ktoré dieťa používa kontrastívne v reči, uvedomuje si, že môžu meniť význam slova.
- **fonologické procesy** opisujú vrodené mentálne operácie dieťaťa, ktorými dochádza ku zjednodušovaniu cieľových slov. Fonologické procesy sú fyziologické, prítomné vo vývine zdravého dieťaťa a sú typické pre určitý vek.
- **o vývinovo mladších fonologických procesoch** hovoríme, ak fyziologické fonologické procesy pretrvávajú vo veku dieťaťa, kedy by mali byť už vyhasnuté. Je to pretrvávanie mladších FP procesov v staršom veku. Prehľad fyziologických a vývinovo mladších FP pre slovenské deti uvádzajú autorky Buntová, Bartošová, Doskočilová (2017).
- **patologické fonologické procesy** sú netypické pre vývin zdravej populácie. Vyskytujú sa len u detí s fonologickými poruchami. Buntová, Bartošová, Doskočilová (2017) uvádzajú, že najčastejšie sa vyskytujúce v klinickom obraze dieťaťa sú: vynechávanie iniciálneho konzonantu, posúvanie alveolár (T a D) dozadu (na K a G), nazalizácia.

Pri diagnostike F-F roviny je potrebné odlišiť patologický stav (AP, OFV, KFPo, NFPO, VVD) od fyziologického vývinu. Za **fyziologický vývin** považujeme, ak:

- zrozumiteľnosť reči je primeraná veku,
- v reči nie sú prítomné distorzie,
- v reči sa vyskytujú veku primerané fonologické procesy.

Do veku 5 rokov sa v rámci fyziologického vývinu môže v reči vyskytovať nezrelá výslovnosť. V tomto veku je možné poskytovať preventívnu logopedickú intervenciu. Ak hovoríme o predĺženom fyziologickom vývine vo veku od 5 do 7 rokov, platia tu rovnaké diagnostické kritériá uvedené vyššie. V tomto veku je už potrebná logopedická intervencia do oblasti F-F roviny. Najneskôr vo veku 7 rokov by mal byť vývin F-F roviny ukončený. Reč dieťaťa by mala byť bez FP, distorzie. Akákoľvek odchýlka vo fonetickom a fonemickom repertoári od normy po 7. roku života sa považuje za patologický stav a je potrebná logopedická intervencia.

Počas diagnostiky F-F roviny je potrebné zhodnotiť aj stav orofaciálneho svalstva a funkčnosť orofaciálneho mechanizmu, keďže jednou zo známych príčin artikulačných porúch môže byť aj **myofunkčná porucha**. Pri tejto diagnóze je prítomná orofaciálna svalová nevyváženosť. Skupiny svalov jazyka, pier a líc vykazujú zmenené stavy napätia. Zmena je väčšinou spojená s poruchou funkcie prehĺtania a dýchania, môže sa vyskytovať obmedzená hybnosť jazyka. Zlý priebeh prehĺtania a dýchania má často za následok zdeformovanie hornej čeľuste a podnebia (ortodontické odchýlky), čo sťažuje správnu výslovnosť. Anatomické odchýlky, obmedzená hybnosť jazyka pri myofunkčnej poruche môže, ale aj nemusí byť príčinou artikulačnej poruchy. Pri myofunkčnej poruche sa môže vyskytovať najmä interdentálny a addentálny sigmatizmus.

### **Diagnostické kritériá:**

#### **Fyziologický vývin do veku 5 rokov:**

- Zrozumiteľnosť reči je primeraná veku.
- Nie je prítomná distorzia.
- Fonologické procesy primerané veku.
- Môže sa vyskytovať nezrelá artikulácia sykaviek (nie distorzia).

#### **Predĺžený fyziologický vývin od 5 do 7 rokov:**

- Zrozumiteľnosť reči je primeraná veku.
- Nie je prítomná distorzia.
- Fonologické procesy primerané veku.
- Môže sa vyskytovať nezrelá artikulácia sykaviek (nie distorzia).

#### **Artikulačná porucha vo veku od 3 rokov:**

- Prítomná distorzia.

- Absencia hlások typických pre daný vek vo fonetickom aj fonemickom repertoári (dieťa nevie vôbec hlásku vysloviť).
- Zrozumiteľnosť reči je primeraná veku.

#### **Oneskorený fonologický vývin:**

- V reči sú prítomné minimálne dva vývinovo mladšie FP.
- Stav je potvrdený druhým vyšetrením v rozpätí troch mesiacov.
- Zrozumiteľnosť reči zväčša nie je primeraná veku.
- Odporúča sa diagnostikovať od veku 4 rokov.

#### **Fonologická porucha konzistentná/konštantná:**

- V reči sú prítomné patologické FP.
- V reči sú prítomné vývinovo mladšie FP.
- Zrozumiteľnosť reči je neprimeraná veku.
- Odporúča sa diagnostikovať od veku 4 rokov.

#### **Fonologická porucha nekonzistentná/nekonzštantná:**

- V reči sú prítomné patologické FP.
- Rečový prejav je nekonzistentný – variabilný, index variability.
- Zrozumiteľnosť reči nie je primeraná veku.
- Odporúča sa diagnostikovať od veku 3 rokov.

#### **Vývinová verbálna dyspraxia:**

- Distorzia vokálov.
- Obmedzený fonetický repertoár.
- Chyby pri predlžovaní slov.
- Spomaľovanie a chyby v diadochokinéze.
- Chyby v prozódii.

Na **diferenciálnu diagnostiku** odporúčame využiť postup uvádzaný D. Buntovou a M. Gúthovou (2016).

#### **Skríning detí s narušením zvukovej roviny reči**

Hodnotenie zrozumiteľnosti reči dieťaťa vo vzťahu k cudziemu komunikačnému partnerovi. Odporúčame hodnotiť od veku 2 rokov. Uvádzame hodnotenie podľa C. Bowenovej (2011, podľa: Buntová – Gúthová, 2016).

Percentuálne hodnotenie zrozumiteľnosti reči dieťaťa voči cudziemu komunikačnému partnerovi.

Vek dieťaťa udávaný v rokoch	Zrozumiteľnosť reči udávaná v percentách
1;0	25 %
2;0	50 %
3;0	75 %
4;0	100 %

Zdroj: C. Bowen, 2011.

D. Buntová a M. Gúthová (2016) odporúčajú pri vyhľadávaní detí s narušením foneticko-fonologickej roviny sledovať včasné varovné znaky. Citujú C. Bowenovú (2012):

Ak v reči dieťaťa pozorujeme:

- absenciu džavotania,
- oneskorený nástup džavotania,
- časté výskyty zápalov stredného ucha vo veku medzi 12 – 18 mesiacom,
- vynechávanie iniciálneho konsonantu,
- nízky fonetický inventár,
- slabú zrozumiteľnosť reči po štvrtom roku života dieťaťa,

je potrebné navštíviť logopéda.

### **Diagnostika efektivity terapie**

Škála hodnotiaca zrozumiteľnosť reči v kontexte: Slovak. (McLeod – Harrison – McCormac, 2012).

### **Komorbidity**

Všetky diagnózy uvedené pri narušení foneticko-fonologickej roviny sa môžu vyskytovať izolovane, ale aj v kombinácii:

- OFV a AP,
- KFPo a AP, VVD,
- NFPo a AP a VVD.

Všetky diagnózy sa môžu vyskytovať súbežne s Vývinovou jazykovou poruchou/ŠNVR, NVR, ADHD.

Pri OFV, KFPo, NFPo a VVD je potrebné vykonať diagnostiku porozumenia a expresívnych jazykových schopností.

Deti s oneskoreným fonologickým vývinom, fonologickou poruchou a vývinovou verbálnou dyspraxiou sú v riziku vývinových porúch učenia. Je potrebné sledovať diagnostické markery prekursorov VPU.

## 6.4.2 Oneskorený vývin reči

*Svetlana Kapalková*

Oneskorený vývin reči (ďalej aj „OVR“) sa môže objaviť len ako prechodné obdobie vo vývine dieťaťa. Vtedy zvyčajne veľmi dobre reaguje na ponúknutú stimuláciu (napr. nastavenie rodičov na efektívne komunikačné stratégie, komunikačný tréning (Hornáková a kol., 2005), reč sa rýchlo rozvinie a dieťa časom dosiahne oblasť normy. V inom prípade sa táto diagnóza môže rozvinúť do NVR, prípadne ŠNVR, teda Vývinovej jazykovej poruchy. Na Slovensku sa prostredníctvom Testu komunikačného správania dá posúdiť oneskorovanie u 8. – 30. mesačných detí skríningovou formou testového dotazníka, ktorý vyplnia rodičia dieťaťa (Kapalková a kol., 2010).

### **Narušený vývin reči alebo Vývinová jazyková porucha na báze iného dominujúceho deficitu**

Dieťa má narušenú schopnosť rozumieť hovorenej reči a/alebo vyjadrovať sa rečou v porovnaní s rovesníkmi. NVR sa v rôznych vekových obdobiach prejavuje rôznymi symptómami, klinický obraz poruchy sa vekom a vývinom mení. Môže sa vyskytovať ako **sprievodný jav inej vývinovej poruchy, kde je NVR ako jeden z prítomných symptómov a vyplýva z jej povahy** (napr. Downov syndróm, autizmus, Landau-Kleffnerov syndróm, porucha sluchu, detská mozgová obrna a iné rôzne získané poškodenia mozgu). Narušenú komunikačnú schopnosť v klinickom obraze dieťaťa s dominujúcim deficitom v oblasti senzorickej, motorickej, kognitívnej často označujeme tiež ako symptomatickú poruchu reči (Lechta, 2011).

### **Špecificky narušený vývin reči (vývinová dysfázia) resp. Vývinová jazyková porucha**

Primárne narušený vývin jazykových schopností vo fonologickej, morfológicko-syntactickej, lexikálno-sémantickej a pragmatickej rovine, a to v impresívnej aj expresívnej oblasti (miera a ťažisko narušenia môžu variovať) (Mikulajová – Rafajdusová, 1993). Preklinický obraz je typický profil lepších neverbálnych schopností s diskrepanciou minimálne v rozsahu -1,5 až -2 SD alebo väčšou voči slabším verbálnym jazykovým schopnostiam. Medzi skoro univerzálne jazykové markery, ktoré môžu pomôcť v rámci diagnostiky detí s touto poruchou, patrí zhoršené spracovávanie akustických signálov a slabšia verbálno-akustická pamäť.



Vhodné sú preto skúšky alebo testovacie úlohy ako:

- Opakovanie pseudoslov (Polišenská – Kapalková, 2014),
- Opakovanie viet (Grimm – Scholer – Mikulajová, 1997; Mikulajová a kol., 2012).

V komorbidite sa často u týchto detí v klinickom obraze spolu vyskytuje aj porucha exekutívnych funkcií, porucha pozornosti, ADHD alebo ADD. Ťažisko problémov v jazykových schopnostiach ale môže byť rôzne, rovnako ako i stupeň deficitu. Najznámejšia klasifikácia je uvedená nižšie:

Klasifikácia Rapinovej a Allenovej (in Kerekrétiová a kol., 2009) opisuje tieto syndrómy ŠNVR podľa toho, aké poruchy jazykových schopností dominujú v klinickom obraze:

Verbálna sluchová agnózia	veľmi slabé porozumenie reči, viac mu vyhovuje neverbálna komunikácia (obrázky, gestá), produkuje minimum, zrozumiteľnosť reči veľmi nízka
Verbálna dyspraxia	porozumenie v norme, spontánna reč výrazne narušená, pretrvávajú fonologické procesy, prehovory sú krátke, artikulácia je pre dieťa namáhavá, nesprávne tvorí viacero hlások, slová komolí
Syndróm deficitného fonologického programovania	porozumenie v norme, vety tvorí dlhšie, zrozumiteľnosť reči výrazne znížená, prítomné zámeny hlások, nedostatočná diferenciacia dištinktívnych znakov foném
Fonologicko-syntaktický syndróm	porozumenie nedostatočné, najmä pri dlhších inštrukciách, výslovnosť nesprávna, narušené skloňovanie, časovanie, nesprávne predložkové spojenia
Lexikálno-syntaktický syndróm	porozumenie narušené, výrazne sa to prejaví pri abstraktných obsahoch, výslovnosť bez výrazných narušení, ťažkosti s aktualizáciou slov a formulovaním súvislej reči, syntax jednoduchá, vety kratšie
Sémanticko-pragmatický syndróm	porozumenie narušené (akoby postihnutý nechápal podstatu otázky), produkcia plynulá, obsah však býva bizarný, nenadväzuje na prehovor komunikačného partnera, neudrží tému, môžu sa objaviť echolálie, výslovnosť nebýva deficitná

Je potrebné zdôrazniť, že v súčasnosti sa pracuje, resp. existujú aj iné klasifikácie/opisy silných a slabých stránok dieťaťa, keďže syndrómy sa vývinom môžu meniť.

#### **Medzi základné diagnostické prístupy v ranom veku patrí:**

- Laheyovej model (Mikulajová – Kapalková, 2002),
- Gramatický profil slovensky hovoriacich detí (GPSK) (Slančová – Kapalková, 2018),
- Vyšetrenie produkcie a porozumenia naratívnych schopností (Kapalková, 2002).

### **6.4.3 Poruchy plynulosti reči – zajakavosť, brblavosť**

*Hana Laciková*

**Poruchy plynulosti reči** (ďalej aj „PPR“) **so vznikom v detstve: zajakavosť, brblavosť**, sú poruchy vyžadujúce **komplexný pohľad**. Pri ich diagnostike je potrebné zamerať sa nielen na oblasť primárnych (fluencia) a sekundárnych príznakov (nadmerná fyzická námaha, pocity, postoje, únikové a vyhýbavé správanie, copingové stratégie), ale aj dopad reakcií prostredia na samotnú osobnosť a vývin dieťaťa/žiaka s PPR (tzv. personálne faktory a faktory prostredia), ovplyvňujúce kvalitu života dieťaťa/žiaka.

Komplexný pohľad teda spočíva aj v zohľadnení schopnosti dieťaťa/žiaka s PPR podieľať sa na komunikačných a spoločenských aktivitách (napr. dialóg, konverzácia) a rovnako na procese vzdelávania a prípravy na povolanie.

Pri diagnostike PPR posudzujeme symptomatológiu v celej šírke diagnózy, aj dynamiku priebehu symptómov (symptómy sa menia kvantitatívne aj kvalitatívne).

**Vývinová neplynulosť** – prechodné obdobie vo vývine reči, charakteristické neplynulosťami v reči trvajúce niekoľko mesiacov, bez rizikových faktorov.

**Zajakavosť** – porucha plynulosti reči, prejavujúca sa prerušovaním toku reči, t. j. primárnymi symptómami, ako opakovanie slabík, hlások, slov, predlžovanie, ako i kombinácia týchto symptómov, tiež prerušovanie slov spojených s blokmi. Súčasťou obrazu je výskyt sekundárneho správania, ako sú fyzické prejavy: bloky, tiky, pohyby súvisiace s únikovým správaním a pod. Rovnako sa zajakavosť prejavuje v oblasti emócií, behaviorálnej i kognitívnej (postoje, vyrovnanie sa s NKS), s dopadom na kvalitu života dieťaťa, rodiny, žiaka.

**Brblavosť** – je NKS, ktorá je často nediagnostikovaná, ide primárne o poruchu tempa reči, ktorá sa prejavuje nezrozumiteľnosťou reči v rôznej miere (iregulárne zrýchľovanie, nedokončené, komolené slová, vsuvky a pod.). Často býva charakterizovaná aj ťažkosťami v naratívnych schopnostiach, alebo v udržaní témy, či významu výpovede. Sprievodnými symptómami môžu byť aj iné jazykové problémy, neplynulosti (prevažne opakovania) a tiež nedostatok sebamonitorovania či sebauvedomovania si NKS.

Každé dieťa so zajakavosťou alebo brblavosťou je jedinečné a preto je nutné analyzovať jednotlivé symptómy a na základe zistených jedinečných symptómov hodnotiť každý prípad veľmi špecificky, v kontexte vplyvu prostredia, osobitostí dieťaťa/žiaka. Kvalitná diagnostika (odrážajúca aktuálny stav, vzhľadom na dynamiku symptómov) je priestorom pre vypracovanie cieľov terapie, zohľadňujúcich individuálne špecifiká zajakavosti/brblavosti u konkrétneho dieťaťa, t. j. nie je možné vytvoriť jeden, všeobecne univerzálne platný terapeutický plán.

**Vo svetovom kontexte vychádza diagnostika a terapia porúch plynulosti reči z MKCH-10, DSM-5, ako aj z ICF** (International Classification of Functioning, Disability, and Health). ICF predstavuje východisko pre hodnotenie primárnych a sekundárnych symptómov porúch plynulosti reči v jednotlivých oblastiach (anatómia/štruktúra, fyziológia/funkčnosť, personálne faktory, vplyv PPR na komunikačné a spoločenské aktivity, kvalitu života).

Vychádzajúc z týchto východísk je zrejmé, že súčasťou hodnotenia PPR sú silné aj slabé stránky a pre komplexnosť posúdenia zajakavosti/brblavosti musí byť hodnotená/diagnostikovaná oblasť:

- etiopatogenézy (anamnéza, osobnostný vývin a vývin PPR – pomocou dotazníkov, škál, anamnestického rozhovoru, sumarizácie doterajších odborných zistení – výsledkov psychologického, neurologického, ORL vyšetrenia a pod.);
- primárnych príznakov PPR, teda hodnotenie tempa reči, zrozumiteľnosti reči, prozodických faktorov, kvantity a kvality dysfluencií. Kvantitatívne môžeme zhodnotiť výskyt neplynulostí pomocou škály (percento zajakavých slabík na počet vypovedaných slabík) ako:
  - zanedbateľný problém (0 % – 4 % výskyt),
  - mierny problém (5 % – 24 % výskyt),
  - stredne ťažký problém (25 % – 49 % výskyt),
  - veľmi ťažký problém (50 % – 95 % výskyt),
  - extrémne ťažký problém (96 % – 100 % výskyt) (Manuál ICF, 2001).

Prípadne môžeme využiť iné percentuálne hodnotenia (percento neplynulostí na počet vypovedaných slov (viď Lechta, 2010).

- sekundárnych príznakov PPR, ktoré zahŕňajú oblasť hodnotenia:
  - personálnych faktorov – osobnostných a kognitívnych (postoje, uvedomovanie si NKS, vyrovnanie sa s NKS a pod.), emocionálnych (prežívanie, emócie v súvislosti s komunikáciou a NKS), behaviorálnych (prejavy v správaní, napr. nadmerná fyzická námaha, vyhýbavé a únikové správanie),
  - faktory prostredia – to, ako prostredie ovplyvňuje mieru rozvinutia symptomatiky PPR (identifikácia možných pozitívnych aj negatívnych zdrojov – ľudia, vzťahy, podpora/prekážky v domácom aj školskom prostredí). Jedným z príkladov pozitívneho vplyvu prostredia môže byť učiteľ („iný odborník“), ktorý svojho žiaka povzbudzuje, aby zvýšil jeho ochotu zúčastňovať sa čítania nahlas, príkladom negatívneho vplyvu prostredia je naopak učiteľ, ktorý podporuje vyhýbanie sa komunikácii u žiaka so zajakavosťou (neposkytuje priestor pre vystupovanie, prezentácie), alebo iná osoba – brániaca vo vzdelávaní pre prejavy zajakávania (Laciková – Hrmová Adamiková, 2018).
  - vplyv PPR na zapájanie sa do aktivít typu hovorenie – produkcia slov, viet a kontextu, konverzácia s jednou alebo viacerými osobami – dialóg, diskusia, argumentácia, schopnosť používať telekomunikačné zariadenia vrátane telefónov.

K minimálnemu štandardu pri diagnostikovaní PPR patrí aj hodnotenie jazykového vývinu vo všetkých oblastiach komunikačných schopností (pragmatiky, morfológicko-syntaktickej, foneticko-fonologickej, lexikálno-sémantickej), ako aj orientačné vyšetrenie čítania a písania u detí v školskom veku. U detí pochádzajúcich z viacjazyčného prostredia je nevyhnutné analyzovať aj vplyv bilingvizmu na vývin reči, ako aj výskyt PPR v jednotlivých jazykoch.

Výhodou intervencie v oblasti PPR so vznikom v detstve, ako je zajakavosť a brblavosť, je „jazyková univerzálnosť“ týchto diagnóz, z toho dôvodu je možné v intervencii využívať aj zahraničné diagnostické a terapeutické prístupy (teda nie je potrebná dôsledná adaptácia na slovenský jazyk, ako je tomu pri testových batériách, terapeutických programoch používaných pri vývinovej jazykovej poruche (špecificky narušenom vývine reči) a podobných druhoch NKS).

## Tabuľkový prehľad príznakov zajakavosti v jednotlivých jazykových rovinách (ICF)

<p><b>Príznaky zajakavosti:</b>  <b>primárne – poruchy v oblasti plynulosti reči,</b>  <b>sekundárne – v oblasti sprievodnej telesnej námahy a psychickej tenzie súvisiacej s hovorením, prejavujúce sa v rôznej dynamike a súvzťažnosti.</b></p>	
<p>Primárne:  (neplynulosti v reči vyskytujúce sa u 3 a viac percent slabík na 200 vypovedaných slabík alebo 3 a viac percent neplynulostí na 100 vypovedaných slov).</p>	<p>Opakovanie jednoslabičných slov.  Opakovanie (repetície) hlások alebo slabík v slove.  Predlžovanie hlások v slove.  Prerušovanie slov, bloky.  Ich vzájomná kombinácia.</p>
<p>Sekundárne:  (nadmerná telesná námaha a psychická tenzia v súvislosti s hovorením, komunikáciou)</p>	<p>Telesná námaha:  Bloky sprevádzané nadmernou telesnou námahou.  Neobvyklé pohyby v oblasti tváre: žmurkanie, pohyby obočia, prižmurovanie očí, pohyby sánky, otváranie úst, pohyby pier a pod.  Neprirodzené pohyby v oblasti tela: mykanie hlavou, ramenami, rukami; iné viditeľné vegetatívne príznaky.</p>
	<p>Psychická tenzia vyskytujúca sa v súvislosti s hovorením a komunikáciou:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- únikové správanie,</li> <li>- vyhýbavé správanie,</li> <li>- strach z hovorenia,</li> <li>- obmedzovanie zrakového kontaktu,</li> <li>- obmedzovanie komunikácie a sociálneho začlenenia,</li> <li>- obmedzenie školského(pracovného) výkonu</li> <li>- anxiózita.</li> </ul>
<p>Z pohľadu prejavov PPR v jednotlivých jazykových rovinách</p>	<p><b>môžu a nemusia byť v súvislosti s PPR prítomné:</b></p>
<p>Foneticko-fonologická rovina</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- narušenia prítomné v oblasti plynulosti reči,</li> <li>- neprirodzená artikulácia,</li> <li>- zvyšovanie tónu hlasu, tvrdé hlasové začiatky.</li> </ul>
<p>Lexikálno-sémantická rovina</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- môže byť prítomné (no symptómy nie sú jediným DG kritériom) “parafrázovanie”, t. j. namiesto pôvodne mieneného slova zvolia iné, o ktorom predpokladajú, že ho vyslovia plynule,</li> <li>- nahradzovanie slov s cieľom vyhnúť sa problematickým slovám.</li> </ul>

Morfologicko-syntaktická rovina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- v produkcii môžu prevládať krátke vety alebo slovné spojenia,</li> <li>- výpovede môžu byť výrazne redukované alebo naopak rozvláčne.</li> </ul>
Pragmatická rovina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- narušené koverbálne správanie,</li> <li>- vyhýbanie sa komunikácii,</li> <li>- nerozvíjanie témy,</li> </ul> <p>(miera výskytu ťažkostí je premenlivá v jednotlivých komunikačných situáciách, prípadne pri rozličných komunikačných partneroch).</p>
<p><b>Príznyky brblavosti – výskyt jedného alebo viacerých:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výrazná rýchlosť hovorenia,</li> <li>- iregulárne zrýchlenia,</li> <li>- výskyt dysfluencií (opakovanie slov, slabík),</li> <li>- nedokončovanie myšlienok,</li> <li>- početné vsuvky,</li> <li>- komolenie slov (špecifické je vynechávanie strednej slabiky, konca slabiky),</li> <li>- jazykové problémy v plánovaní a organizovaní reči,</li> <li>- nedostatok sebamonitorovania.</li> </ul>	
Foneticko-fonologická rovina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rýchle tempo reči,</li> <li>- výskyt neplynulostí (vsuviak),</li> <li>- výskyt iregulárnych zrýchlení,</li> <li>- zníženie zrozumiteľnosti,</li> <li>- výskyt skomolených slov.</li> </ul>
Lexikálno-sémantická rovina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- možným symptómom je problém s výbavnosťou slov.</li> </ul>
Morfologicko-syntaktická rovina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ťažkosti v morfológii v dôsledku skracovania slov.</li> </ul>
Pragmatická rovina	<p>Možné symptómy prejavujúce sa v narušení</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organizácie rozprávania,</li> <li>- súvislého a kohézneho prehovoru,</li> <li>- prípadne v nerešpektovaní komunikačných pravidiel,</li> <li>- nerešpektovanie komunikačného partnera.</li> </ul>
Iné (často pridružené ťažkosti)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- motorická neobratnosť,</li> <li>- ťažkosti v oblasti dynamickej praxie,</li> <li>- nedostatok sebakontroly,</li> <li>- nedostatočná koncentrácia,</li> <li>- hyperkativita</li> </ul>

(Zdroje: ICF; ASHA; Lechta, 2010)

## 6.5 Minimálne diagnostické kritériá pre niektoré druhy narušenej komunikačnej schopnosti z pohľadu logopéda

*Svetlana Kapalková, Dana Buntová*

Iní poradenský odborní zamestnanci, v prípade pochybností týkajúcich sa vývinu reči dieťaťa, či jeho komunikačnej schopnosti, sa obracajú na logopéda, aby uskutočnil orientačné alebo špeciálne vyšetrenie.

- Nevyhnutné sú anamnestické údaje – osobitne vývin reči, motoriky, výskyt NKS v rodine, ako i údaje od iných odborníkov – pediater, neurológ, psychológ, otorinolaryngológ, pedopsychiater, liečebný pedagóg, špeciálny pedagóg zo školy/materskej školy atď.
- Diagnostické kritérium je špecifické pre jednotlivé druhy NKS podľa profilov a typov NKS, so zohľadnením veku dieťaťa/žiaka.
- Z psychologického pohľadu sa o **vývinovej poruche jazyka** hovorí, ak sa nachádza diagnosticky významný rozdiel medzi verbálnou a názorovou zložkou intelektu v prospech názorových schopností, avšak diagnosticky významný rozdiel nemusí byť vždy prítomný. Daná diskrepancia odlišuje deti s NVR, ŠNVR (vývinovou jazykovou poruchou) od mentálne postihnutých detí, u ktorých zisťujeme rovnomerné zníženie vo verbálnych i názorových schopnostiach (Mikulajová – Rafajdusová, 1993) korešpondujúcich s úrovňou vývinu reči.
- Profily detí posudzuje psychológ (WISC/SON-R) podľa kritérií určených pre psychológa v spolupráci s logopédom, ktorý uzatvára diagnózu NKS – štandardizované psychologické vyšetrenie je podkladom pre logopéda.
- Súčasťou minimálneho štandardu pre NKS je nahrávka spontánnej rečovej produkcie a jej analýza z video záznamu alebo audio záznamu.
- Počas samotného vyšetrenia zaznamenávame ťažkosti v komunikácii podľa jednotlivých rovín (viď vyššie).

### **Narušenie zvukovej roviny reči – Artikulačná porucha; Fonologická porucha**

Pri diagnostikovaní artikulačnej alebo fonologickej poruchy je **psychologické vyšetrenie potrebné na základe odporúčania logopéda**. V komplikovaných prípadoch sa pri hľadaní príčin, napr. stagnácie vývinu, odporúča diferenciallyno-diagnostické konzílium.

Od 2. roku života je vhodné sledovať zrozumiteľnosť reči. Od 4. roku života dieťaťa je vhodné výslovnosť sledovať pomocou orientačného (skriningového) vyšetrenia, pričom identifikujeme rizikové deti. V tomto veku hovoríme ešte o nesprávnej – teda nezrelej výslovnosti, pretože motorický aparát a fonetické zručnosti sú stále vo vývine. Po 5. roku života dieťaťa, kedy by už vývin foneticko-fonologickej roviny mal byť ukončený, hovoríme o chybnnej výslovnosti, distorzii a môžeme stanoviť diagnózu Narušenie zvukovej roviny reči.

### **Oneskorený vývin reči (OVR)**

Pre potreby logopedickej diagnostiky jednoduchého OVR je nutné realizovať aj psychologické vyšetrenie, avšak v závislosti od rozhodnutia a odporúčania logopéda.

### **Narušený vývin reči (NVR)/Vývinová jazyková porucha na báze iných deficitov**

V klinickom obraze dieťaťa dominuje iná diagnóza, ktorá je primárna. Narušenie vývinu reči môže teda byť ako priamy dôsledok tejto diagnózy, alebo ako samostatný problém, ktorý existuje popri hlavnej diagnóze.

Diagnostika si vyžaduje spoluprácu s ostatnými odborníkmi, ako je: otorinolaryngológ, neurológ, psychológ, psychiater atď. Psychológ zhodnotí u dieťaťa intelektové schopnosti kvalitatívne a v súvislosti s rečovými kompetenciami v spolupráci s logopédom. Logopéd však uzatvára diagnózu NKS podľa určených kritérií na podklade aj psychologického, pedopsychiatrického a ORL vyšetrenia atď. Je potrebné vývin reči, ako aj kognitívnych schopností, priebežne sledovať.

### **Vývinová dysfázia/Vývinová jazyková porucha**

Nevyhnutná je spolupráca so psychológom. Pre stanovenie diagnózy Špecificky narušený vývin reči/Vývinová dysfázia musí mať dieťa všeobecné rozumové predpoklady v pásme normy. Ak má dieťa intelekt v pásme podpriemeru, stanovujeme diagnózu Narušenie vývinu reči a o rok ho opäť rediagnostikujeme.

Pre deti s diagnózou ŠNVR je tiež príznačné, že v psychologických testoch zlyhávajú v úlohách na krátkodobú verbálno-akustickú pamäť a pozornosť.

Pri hodnotení rozdielu medzi verbálnym a názorovým IQ by sme nemali byť príliš striktní, pretože deti s vývinovou dysfáziou/jazykovou poruchou môžu vplyvom svojich oslabení dosahovať aj v neverbálnych subtestoch nižšie skóre. Tiež je potrebné z diferenciálno-diagnostického hľadiska zvážiť možnosť autizmu alebo inej pervazívnej poruchy, elektívneho



mutizmu, syndróm Landaua-Kleffnera, mentálnej retardácie alebo oneskoreného vývinu reči následkom poruchy sluchu, prípadne dysláliu. Prínosným pri diagnostike ŠNVR je neurologické vyšetrenie.

### **Poruchy plynulosti reči: zajakavosť/brblavosť**

Oslabenia v jednotlivých rovinách môžu byť rôzne, v závislosti od viacerých životných faktorov a tiež osobnosti dieťaťa. Pri podozrení, alebo prvých náznakoch psychickej tenzie dieťaťa, je pri diagnostikovaní nevyhnutná spolupráca logopéda s psychológom, psychoterapeutom.

## **6.6 Diagnostické postupy a nástroje používané pri depistáži/skríningu u detí s narušenou komunikačnou schopnosťou**

*Svetlana Kapalková, Dana Buntová*

Štandardizované testy pre potreby depistáže rizikových detí vo vývine reči v ranom veku:

- TEKOS test (Kapalková a kol., 2010) pre deti od 8 mesiacov do 30 mesiacov.
- Štandardizované testy pre potreby depistáže rizikových detí pre riziko ŠVPU:
- Test prediktorov gramotnosti (Mikulajová, 2012) je výbornou pomôckou aj na hodnotenie školskej zrelosti.
- Škála hodnotiaca zrozumiteľnosť reči v kontexte: Slovak (McLeod – Harrison – McCormac, 2012). Normy pre slovenskú populáciu od 4 rokov dostupné od Buntovej a kol. (2018).

### **Fonematické uvedomovanie**

U detí predškolského veku je to potom často **rozhovor, prerozprávanie príbehu** (môžeme použiť obrázkový materiál), v rámci ktorého sledujeme úroveň všetkých jazykových rovín, ako i fluenciu reči.

## Literatúra

- ANTUŠEKOVÁ, A. 1989. Preventívna logopedická starostlivosť. Bratislava: SPN, 1989
- ANTUŠEKOVÁ, A. 1995. Preventívna logopedická starostlivosť. Bratislava: SPN, 1995. ISBN 8008008687.
- BEDNÁŘOVÁ, J. – ŠMARDOVÁ, V. 2007. Diagnostika dítěte předškolního věku. Computer Press, 2007. s. 212. ISBN 8025118290.
- BÓNOVÁ, I. – SLANČOVÁ, D. 2005. Meranie fonologického vývinu reči. In: Logopaedica VIII. Zborník SAL Bratislava, 2005. s. 6 – 13.
- BUNTOVÁ, D. – GÚTHOVÁ, M. 2016. Narušenie zvukovej roviny reči – artikulačná porucha, fonologická porucha. In: Kerekrétiová a kol.: Logopédia. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Vydavateľstvo UK, 2016. ISBN 978-80-223-4165-3.
- BUNTOVÁ, D. – BARTOŠOVÁ, D. – DOSKOČILOVÁ, S. 2017. Východiská diferenciálnej diagnostiky fonologických porúch. In: Logopaedica, roč. 19, 2017. č. 1. s. 15 – 23.
- BUNTOVÁ, D. a kol. 2018. Diagnostika zrozumiteľnosti reči u slovenských detí vo veku 55 – 60 mesiacov (skrining fonologických porúch). In: Logopaedica, roč. 20, 2018, č. 1, s. 20 – 25.
- Capacity and Demands Model for preschool children, Indirect therapy Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26524414>
- DVONČOVÁ, J. – NÁDVORNÍKOVÁ, V. 1993. Diagnostika a odstraňovanie dyslálie. Bratislava: SPN, 1993.
- FURMAN, A. – RUEF, M. 2013. Woodcock-Johnson Medzinárodná edícia II. Príručka pre užívateľov. 2013, Nashville, Woodcock Munez Foundation.
- GRIMM, H. – SCHÖLLER, H. – MIKULAJOVÁ, M. 1997. Heidelberský test rečového vývinu. Bratislava: Psychodiagnostika a. s., 1997. T-40.
- GÚTHOVÁ, M. – CEHULOVÁ, Ľ. 2001. Hodnotenie oromotoriky u detí v predškolskom veku. In: Logopaedica, 2001, Zborník SAL, s. 82 – 88. ISBN 80-88932-07-6.
- HELLBRÜGE – KÖHLER – EGELKRAUT. 1984. Münchener funktionelle entwicklungsdiagnostik.
- HORNÁKOVÁ, K. – KAPALKOVÁ, S. – MIKULAJOVÁ, M. 2005. Kniha o detskej reči. Bratislava, Slniečko.
- ICF Manual (web 2018): <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- KASTELOVÁ, A. – NÉMETH, O. 2013. Základy špeciálnopedagogickej diagnostiky a základy špeciálnopedagogického poradenstva. 1. vydanie. Bratislava: Iris, 2013. 181 s. ISBN 978-80-89238-86-6.
- KAPALKOVÁ, S. 2010. Hodnotenie komunikačných schopností u detí v ranom veku. Bratislava: Asociácia Slovenských Logopédov, 2010.
- KAPALKOVÁ, S. 2002. Vývin naratív v predškolskom veku. In: Logopaedica V. Bratislava: Liečreh Gúth. s. 34 – 38.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. 2009. Základy logopédie. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Vydavateľstvo UK, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

- KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. 2016. Logopédia. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Vydavateľstvo UK, 2016. ISBN 978-80-223-4165-3.
- KITTEL, A. 1999. Myofunkční terapie. Grada, 1999. s 112. ISBN 8071696196.
- KOPČANOVÁ, D. – FARKAŠOVÁ, F. – DOČKAL, V. 2009. SON-R 2½-7. 1. slovenské vydanie. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2009.
- KREJČÍŘOVÁ, D. 2009. Poruchy řeči. In: SVOBODA, M. – KREJČÍŘOVÁ, D. – VÁGNEROVÁ, M. 2009. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2009.
- LACIKOVÁ, H. 2002. Lidcombe program. In: Logopaedica V, 2002.
- LACIKOVÁ, H. – HRMOVÁ ADAMIKOVÁ, M. 2018. Využitie ICF – medzinárodnej klasifikácie funkčnosti zdravotného postihnutia a zdravia v diagnostike a terapii zajakavosti. In: Logopaedica 1/2018, s. 26, SAL. ISSN 2453-8450.
- LECHTA, V a kol. 1990. Logopedické repetitóriium. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-0447-09.
- LECHTA V. 2010. Kojtavost. Integrativní přístup. Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7178-867-8.
- LECHTA, V. a kol. 2002. Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2002. ISBN 80-8063-100-X.
- LECHTA, V. 2011. Symptomatické poruchy řeči u dětí. 3. prepracované a doplnené vydanie. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LECHTA, V. 2016. Základné poznatky o logopédii. In: Kerekrétiová, A. a kol.: Logopedická propedeutika. Bratislava: UK, 2016, s. 13 – 31. ISBN 978-80-223-4164-6.
- MAJDANOVÁ, A. 2014. Orientačná diagnostika situačnej psychickej tenzie pri chronickej zajakavosti. Dizertačná práca (KiddyCAT – Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children, Škála A 19 – Scale of Children's attitudes – S. Andre, B. Guitar 2014). Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 2012. 96 s.
- MARKOVÁ, J. – CSÉFALVAY, Z. – MIKULAJOVÁ, M. – SCHOFFELOVÁ, M. 2015. Analýza porozumenia viet v slovenčine. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2015.
- MATĚJČEK, Z. 2011. Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.
- MCLEOD – HARRISON – MCCORMAC. 2012. Intelligibility in Context Scale: Slovak (ICS). Preklad Buntová, 2012. Dostupné na internete: ([http://www.csu.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/569148/ICS-Slovak.pdf](http://www.csu.edu.au/__data/assets/pdf_file/0006/569148/ICS-Slovak.pdf)).
- MIKULAJOVÁ, M. – KAPALKOVÁ, S. 2002. Terapia narušeného vývinu řeči. In: Lechta, V. (ed.) Terapia narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Osveta. s. 23 – 58.
- MIKULAJOVÁ, M. – RAFAJDUSOVÁ, I. 1993. Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin řeči. Trenčín: Ludoprint, 1993. ISBN 80-900445-0-6.
- MIKULAJOVÁ, M. a kol. 2012. Čítanie, písanie a dyslexia s testami a normami. Bratislava: Slovenská Asociácia Logopédov, 2012.
- ORAVKINOVÁ, Z. 2011. Vývinové poruchy řeči u dětí – nové intervenčné prístupy v ranom veku. In: Pediatria pre prax 12 (4), s.164 – 167, 2011. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/e1d03357f25e9c2dbe71d3a0ea6569ed.pdf>
- PAPCOVÁ, J. a kol. 2001. Hodnotenie artikulačných orgánov klinickým logopédom. In: Logopaedica IV, Zborník SAL, 2001. s. 77 – 81. ISBN 80-88932-07-6.

POLIŠENSKÁ, K. – KAPALKOVÁ, S. 2014. Improving child compliance on a computer administred nonword repetition task. In: Journal of Speech, Language and Hearing research, 2014, 57, s. 1060 – 1067.

SLANČOVÁ, D. – KAPALKOVÁ, S. 2018. Gramatický profil slovensky hovoriacich detí. In: Slančová (ed.) Desat' štúdií o detskej reči. Bratislava: Veda, 2018. s. 627 – 660. ISBN 978-80-224-1638-2.

THOROVÁ, K. 2015. Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

YARUSS, J. S. – USS, J. S. 1998. Describing the consequences of disor. In: MAJDANOVÁ, A. Dizertačná práca, 2012.

WORLD Health Organization. 2001. International classification of functioning, disability, and health. Geneva: World Health Organization.

YARUSS, J. S. – QUESAL, R. W. 2004. Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. In: Journal of Communication Disorders 73, p. 35 – 52.

**ISBN 978-80-8118-235-8**

**EAN 9788081182358**

