

Slovenská asociácia logopédov

Logopaedica

recenzovaný vedecký časopis

1

(28) 2026

ISSN 2453-8450

Logopaedica

Recenzovaný vedecký časopis

28. ročník / 2026 / Číslo 1

*Tento časopis je pokračovateľom
vedeckých zborníkov Logopaedica,
ktoré vychádzali od roku 1996.*

ČESTNÝ PREDSEDA REDAKČNEJ RADY
Dr. h. c. prof. PhDr. Viktor Lechta, CSc.

PREDSEDA REDAKČNEJ RADY
PhDr. Veronika Šteňová, PhD.

REDAKČNÁ RADA
prof. PhDr. Marína Mikulajová, CSc.
prof. PhDr. Daniela Slančová, CSc.
prof. MUDr. Daniela Ostatníková, PhD.
prof. MUDr. Peter Valkovič, PhD.
doc. MUDr. Mária Kráľová, CSc.
doc. PaedDr. Jana Marková, PhD.
doc. MUDr. Andrej Šteňo, PhD.
PhDr. Ing. Jana Brnová, PhD.
PhDr. Milena Košťálová, PhD.
PhDr. Zuzana Oravkinová, PhD.
Mgr. Viktória Čiernik Kevická, PhD.

ADRESA REDAKCIE
Slovenská asociácia logopédov
Kominárska 2 – 4, 832 03 Bratislava

Vydáva
Slovenská asociácia logopédov

ZALOMENIE A TLAČ
MABAG spol. s r. o.

ISSN 2453-8450

1
2026

*Vážené kolegyně, vážení kolegovia, milé čitateľky a čitatelia,
otvárate nové číslo časopisu Logopaedica, ktoré s hrdosťou priná-
ša mimoriadne aktuálny obsah. Naším hlavným cieľom je neustále otvá-
rať nové či neprebádané témy a diagnózy v slovenskej logopédii, a posú-
vať tak jej úroveň stále vyššie. Toto číslo nášho jediného slovenského ve-
deckého logopedického časopisu je toho jasným dôkazom.*

*Vedeckú reflexiu v tomto vydaní zastupuje vysoko aktuálna a v od-
bornej verejnosti čoraz viac diskutovaná téma primárnej progresívnej
afázie. Autori príspevku s názvom „Stará sa o tých, ktorí sa starajú – vý-
zva pre odborníkov venujúcich sa pacientom s primárnou progresívnou
afáziou“ sa zamerali na rodinných príslušníkov a ich zaškolenie pri tera-
pii tejto progredujúcej diagnózy. Prinášajú nám tak vôbec prvé klinické
skúsenosti z tejto oblasti na Slovensku.*

*Kým nový experimentálny nástroj na diagnostiku funkcií pravej
mozgovej hemisféry TEJKO sme vám už v minulosti predstavili, v to-
to čísle prinášame analýzu výkonov v tomto teste u adolescentov vo ve-
ku od 15 do 19 rokov. Výsledky výskumu ukazujú, že výsledky v teste
sú ovplyvnené nielen vekom a pohlavím, ale aj úrovňou dosiahnutého
vzdelania.*

*S veľkou radosťou vám v tomto čísle prinášame aj prvý zo série
odborných článkov o narušenej komunikačnej schopnosti, ktorá dostá-
va v odborných kruhoch na Slovensku, ale aj celosvetovo, o niečo me-
nej priestoru. Osobitne by som preto chcela upriamiť vašu pozornosť na
príspevok venovaný problematike brblavosti. V prvom príspevku k tejto
tému nám autorka približuje teoretické východiská a diagnostiku brbla-
vosti. Aby sme vám čo najviac uľahčili prácu v ambulanciách, sprievod-
né dotazníky sme pre vás sprístupnili v online priestore na našom webe
www.sal.sk (v sekcii Publikácie – Na stiahnutie), kde si ich môžete ke-
dykoľvek stiahnuť a začať ihneď používať.*

*Moja úprimná vďaka patrí všetkým autorom za ich precíznu prá-
cu a ochotu zdieľať cenné poznatky, ako aj recenzentom, ktorí garanti-
jú vysokú odbornú úroveň publikovaných textov. Verím, že toto číslo bu-
de pre vás nielen inšpiratívnym čítaním, ale predovšetkým silnou profe-
sionálnou oporou.*

Želám vám podnetné čítanie!

Veronika Šteňová
šéfredaktorka časopisu Logopaedica

POKYNY PRE AUTOROV PRÍSPEVKOV

Formáty vedeckých prác publikovaných v časopise **Logopaedica**:

1) Pôvodné práce a prehľadové práce

Maximálny rozsah je 15 normostrán v prípade pôvodnej aj prehľadovej práce, vrátane príloh a citovanej literatúry. Štruktúra pôvodnej práce: súhrn, kľúčové slová, úvod, materiál a metódy alebo súbor pacientov a metódy, výsledky, diskusia, záver, literatúra.

2) Prípadová štúdia

Maximálny rozsah je 10 normostrán v prípade prípadovej štúdie, vrátane príloh a citovanej literatúry. Štruktúra prípadovej štúdie: súhrn, kľúčové slová, úvod, opis vlastného prípadu (kazuistika), diskusia, záver, literatúra. Súčasťou článku by mala byť informácia, prečo si kazuistika zasluhuje publikovanie.

3) Informácie a komentáre

Reakcie na prehľadové články, zaujímavosti zo zahraničnej tlače, recenzie, predstavenie zaujímavého projektu, štúdie, postrehy z domácej a zo zahraničnej odbornej literatúry, zápisnice, komentáre. Maximálny rozsah príspevku: 3 – 4 normostrany.

Články prechádzajú dvojitým odborným recenzným posudzovaním a jazykovou korektúrou.

Pokyny pre autorov

Príspevky je potrebné dodať s predpísanými náležitosťami, vždy v elektronickej podobe, emailom na adresu predsedu redakčnej rady: csefalvay@fedu.uniba.sk. Nevyžaduje sa dodanie rukopisu v tlačenej podobe.

Redakcia si vyhradzuje právo na drobné štylistické úpravy textu bez konzultácie s autorom, s ktorými sa autor oboznámi pri autorskej korektúre, ako aj na zamietnutie textu, ktorý obsahovo nezapadá do koncepcie časopisu alebo nebol schválený odborným recenzným posudzovaním. V prípade potreby skrátenia rukopisu bude vyžiadaný súhlas autora. Práca s formálnymi nedostatkami sa vráti autorovi na prepracovanie.

Právne vzťahy vydavateľstva s autorom sú upravené v zmysle ustanovení Autorského zákona.

Náležitosti rukopisu

- Názov práce v slovenskom a anglickom jazyku – stručný, max. do 10 slov, vystihujúci podstatu článku
- Meno hlavného autora s titulmi, názov a kompletná adresa pracoviska
- Emailový a telefonický kontakt na hlavného autora
- Mená spoluautorov s titulmi a ich pracoviská
- Krátky výstižný súhrn predloženej práce v slovenskom aj anglickom jazyku + približne 5 kľúčových slov v oboch jazykoch
- Text, tabuľky, grafy a obrázky posielajte ako samostatné prílohy v čo najkvalitnejšom prevedení s presnými legendami (max. 5 tabuliek a 5 obrázkov so zreteľne vyznačeným umiestnením v texte)
- Zoznam citovanej literatúry, maximálne 20 citácií, uvádzaných v abecednom poradí. Vyhýbajte sa odkazom na abstrakty, nepublikované pozorovania, osobné oznámenia. Odkazy na literatúru píšajte podľa STN ISO 690.

Technické detaily

- Dokument musí byť uložený v podobe priezviska prvého autora a 3 slov názvu príspevku, napr. „Nováková_Diagnostika_vývinovej_dysfázie.doc“
- Textový editor: MS Word (písmo Times New Roman, veľkosť písma 12, riadkovanie 1,5)
- Stránkovanie: v strede
- Nepoužívajte na začiatku odseku klávesu tabulátora a medzerníka.
- Nepoužívajte r i e d e n i e písma medzerníkom.
- Nepíšte slová verzálkami, napr. titulky, citované mená (okrem mien v zozname literatúry).
- Nezvýrazňujte podčiarkovaním, ale tučne a kurzívou.
- Číslo a názov tabuľky umiestnite nad tabuľku. Tabuľky môžu byť spracované v programe Excel.
- Číslo a názov obrázku (grafu, schémy) umiestnite pod obrázkom. Obrázky alebo schémy je možné aj nezahŕňať do textového súboru, ale dodávať ich ako samostatné súbory. Pri posielaní príspevkov e-mailom jednotlivé časti článkov (text, tabuľky, obrázky, grafy) posielajte ako samostatné súbory.
- Obrázky majú byť dodané v elektronickej podobe (ak sú skenované, tak s rozlíšením skenu min. 250 – 300 dpi pri veľkosti cca 9 x 13 cm, uložené vo formáte „.jpg, .jpeg, .tiff, .pdf, atď.“).

OBSAH ČÍSLA

STARAJ SA O TÝCH, KTORÍ SA STARAJÚ: VÝZVA PRE ODBORNÍKOV

VENUJÚCICH SA PACIENTOM S PRIMÁRNOU – PROGRESÍVNOU AFÁZIOU / 5

Zsolt Cséfalvay, Marta Horňáková, Jana Marková

SPRACOVANIE JAZYKOVÝCH KONTEXTOV A VÝKONY V TEJKO U ADOLESCENTOV

VO VEKU OD 15 DO 19 ROKOV / 11

Viktória Horváthová, Jana Marková

BRBLAVOSŤ – TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ A DIAGNOSTIKA / 17

Mária Košútová

REGISTER AUTOROV / 30

STARÁ SA O TÝCH, KTORÍ SA STARAJÚ: VÝZVA PRE ODBORNÍKOV VENUJÚCICH SA PACIENTOM S PRIMÁRNOU – PROGRESÍVNOU AFÁZIOU

CARING FOR THOSE WHO CARE: A CHALLENGE FOR PROFESSIONALS WORKING WITH PATIENTS WITH PRIMARY PROGRESSIVE APHASIA

Abstrakt

Príspevok prináša úvodné klinické reflexie o formujúcej sa úlohe klinického logopéda v podpore rodinných príslušníkov a opatrovateľov osôb s primárnou progresívnou afáziou (PPA) v slovenskom prostredí. Kým samotná logopedická intervencia u pacientov s PPA sa na Slovensku ešte len začína systematicky rozvíjať, čoraz naliehavejšia sa javí potreba cielenej edukácie, poradenstva a psychosociálnej podpory pre osoby, ktoré s pacientom každodenne komunikujú a zabezpečujú jeho starostlivosť. PPA je neurodegeneratívne podmienená jazyková porucha, pri ktorej je jazyková dysfunkcia primárnym a progredujúcim symptómom ochorenia. Charakter tohto ochorenia si vyžaduje paradigmatickú zmenu v prístupe logopéda – od tradične orientovanej rehabilitácie smerom k širšie koncipovanému modelu starostlivosti, ktorý zohľadňuje potreby komunikačných partnerov pacienta v rôznych fázach ochorenia. Na základe prvých klinických skúseností z praxe poukazujeme na možnosti logopedickej podpory zameranej na edukáciu rodinných príslušníkov, nácvik funkčných komunikačných stratégií, posilňovanie kompetencií opatrovateľov a zmiernenie psychickej záťaže vyplývajúcej zo zmenených komunikačných vzťahov. Ambíciou príspevku je iniciovať odbornú diskusiu o potrebe systematického začlenenia podpory rodinných príslušníkov a opatrovateľov do logopedickej starostlivosti pri progresívnych neurogénnych poruchách komunikácie.

Zsolt Cséfalvay¹, Marta Horňáková²,
Jana Marková¹

¹Katedra logopédie, Pedagogická fakulta
Univerzity Komenského v Bratislave

²Katedra liečebnej pedagogiky,
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského
v Bratislave

Abstract

This paper offers initial clinical reflections on the emerging role of speech-language pathologists (SLPs) in supporting family members and caregivers of individuals with Primary Progressive Aphasia (PPA) in Slovakia. While speech-language intervention for people with PPA is still in its early stages of development, the need for structured counseling, education, and psychosocial support for those in the immediate social environment of the patient is increasingly evident. PPA is a neurodegenerative language disorder in which language impairment is the primary and progressive symptom. The nature of this condition requires a shift in the clinical focus of the SLP from traditional rehabilitation models toward a more holistic approach that addresses the evolving communicative, emotional, and practical needs of caregivers and close relatives. Despite growing attention to the broader impact of PPA, strategies for supporting communication partners remain underdeveloped and inconsistently applied in both clinical practice and the literature. Based on early experiences from Slovak clinical settings, this paper highlights how SLPs can play a key role in guiding families through the progression of the disease, offering practical communication strategies, emotional support, and tailored information to enhance everyday interactions and reduce caregiver burden. Our observations aim to initiate a professional dialogue on the importance of integrating caregiver-focused support into the scope of speech-language pathology in the context of progressive neurogenic communication disorders.

Úvod

V našom príspevku sa zameriame na dvojitý rozmer záťaže, ktorú PPA spôsobuje – samotným pacientom a aj ich opatrovateľom – a syntetizuje poznatky z aktuálnych výskumov zameraných na ich potreby. Ukazuje, že podpora opatrovateľov nie je len etickou povinnosťou, ale aj klinickou nevyhnutnosťou v rámci celostného manažmentu ochorenia.

PPA vzniká v dôsledku frontotemporálnej lobárnej degenerácie alebo Alzheimerovej patológie a prejavuje sa ako postupná deteriorácia jazykových schopností, pričom iné kognitívne oblasti môžu zostať dlhší čas relatívne neporušené (Gorno-Tempini et al., 2011). Tri hlavné varianty – nonfluentný/agramatický, sémantický a logopenický – sa líšia symptomaticky i neuropatologicky. Pacienti so sémantickým variantom

PPA postupne strácajú porozumenie slovám a objektom, čo spôsobuje dezorientáciu a znižuje schopnosť interpretovať okolitý svet. U nonfluentného variantu je prítomné náročné a namáhavé hovorenie, kým logopenická forma sa vyznačuje častými výpadkami slov, prerušovaním reči a stratou plynulosti. Vedomie vlastného úpadku v počiatočných štádiách spôsobuje depresiu, úzkosť a sociálne stiahnutie. Postupným zhoršovaním však často ubúda aj toto sebauvedomenie. Neschopnosť aktívne sa zúčastniť na rozhovore vedie k izolácii a strate sebahodnoty (Beeke et al., 2021).

Napriek značnému pokroku v diagnostike, monitorovaní a terapii pacientov zostáva psychosociálny dopad PPA na celú rodinu často na okraji klinickej pozornosti. Na rozdiel od postiktových afázií, kde možno pozorovať stabilizáciu alebo zlepšenie stavu, PPA

je progresívne a neodvratne sa zhoršujúce ochorenie. Jeho vývoj zasahuje nielen samotného pacienta, ale aj osoby, ktoré ho sprevádzajú, komunikujú s ním a žijú s jeho postupnou stratou jazykovej identity. Jazyk predstavuje základný nástroj sebvýjadrenia, vzťahov a autonómie. Jeho strata vedie k narušeniu dôstojnosti, schopnosti vyjadriť svoje potreby, rozhodovať o sebe a zachovať si vnútornú kontinuitu vlastného ja.

Tiché bremeno: Vzťahové, komunikačné a terapeutické aspekty starostlivosti o osobu s PPA

Opatrovateľ, zvyčajne blízka osoba – manžel/-ka, dieťa alebo priateľ/-ka – čelí nielen narušenej komunikácii, ale aj hlbokoj premene vzťahovej dynamiky, životného štýlu i osobných významov. Nejde iba o fyzickú starostlivosť, ale o emocionálne vyčerpávajúci proces vyrovnávania sa s „nejasnou stratou“ – človek je fyzicky prítomný, no mentálne a najmä „jazykovo“ vzdialený (Boss, 2007). Mnohí opatrovatelia opisujú intenzívne pocity osamelosti, bezmocnosti a frustrácie. Kvalitatívna štúdia Tay et al. (2022) ukazuje, že strata jazyka je pre rodinu bolestivejšia než samotná strata pamäti, typická pre iné formy demencie. Ako poznamenáva manželka pacienta s logopenickou PPA: „Najťažšie nie je to, čo zabudol – ale to, o čom už spolu nemôžeme hovoriť.“ Ak sa opatrovatelia usilujú zlepšiť aktuálny stav svojho pacienta, čoraz častejšie sa stretávajú s prejavmi odporu a nespokojnosti, čo vedie k vzájomnej frustrácii. Maté (2023, s. 236) tento fenomén charakterizuje ako „protivôľu“. Najbližší tento jav interpretujú v kontexte vlastného hlbokého emocionálneho utrpenia a aktivácie obranných mechanizmov. Pre chorého je takáto situácia veľmi záťažová, čo často vyvoláva rezistenciu voči požiadavkám opatrovateľa. Pacient pociťuje bezmocnosť spôsobenú stratou kontroly nad situáciou a dezorientáciou, pričom jeho agresívne správanie môže byť nesprávne vnímané ako nevďačnosť alebo bezohľadnosť. V skutočnosti však ide o formu emocionálnej sebaobrany, ktorá signalizuje jeho vnútorný konflikt. Navyše, prejavy tzv. pseudooptimizmu a zlahčovanie závažnosti ochorenia len prehlbujú neistotu a nedôveru medzi pacientom a opatrovateľom.

Pri komunikácii s chorým nie je rozhodujúci samotný jazykový prejav, ale predovšetkým schopnosť empatie a aplikácia vhodných komunikačných stratégií, ako poukázali Feil a De Klerk-Rubin (2015, s. 13). Empatia je kľúčovým elementom sprevádzania a starostlivosti, často však býva mylne zamieňaná s láskavosťou alebo súcitom. Ťažkosť s empatiou môže mať jedinec, ktorý sa naučil potláčať svoje emócie, nie je voči nim otvorený alebo nie je schopný rozpoznať a interpretovať neverbálne signály, ako sú tón hlasu či gestá (Goleman, 2011).

Významnú úlohu pri zvládaní opatrovania zohráva aj predchorobná kvalita spolužitia a komunikačných vzťahov v rodine. Opatrovateľ musí čeliť nielen strate minulých vzťahových vzorcov, ale aj nevyhnutnej zmene perspektívy v spoločnom živote. Aby mohol byť opatrovateľ pre pacienta oporou, je nevyhnutné, aby sa naučil prijímať a validovať svoje vlastné pocity aj pocity chorého ako autentické a zmysluplné.

Wirth (2025) zdôrazňuje, že nevyriešené traumy negatívne ovplyvňujú medziľudské vzťahy, často vedú k emocionálnemu uzavretiu a tendencii vyhýbať sa situáciám, ktoré by mohli spôsobiť ďalšie zranenia. Tento obranný mechanizmus – emočná rezervovanosť, alebo dokonca podvedomá snaha zraniť druhých ako predbežná ochrana – sa stáva významnou bariérou v procese opatrovania. Úspešné zvládanie náročnej situácie si preto vyžaduje sprevádzanie procesom uzdravenia. Maté (2023, s. 279 – 281) tento proces označuje ako „sebanájdenie“, ktoré začína uznaním vlastného utrpenia a utrpenia vo svete. Vyžaduje si otvorenosť voči pravde o vlastnom živote, minulosti i prítomnosti – s maximálnou objektivitou a jasnosťou, ako je to možné. Uznanie vlastného zranenia a jeho dopadov na životy blízkych umožňuje transformovať náročné opatrovateľské skúsenosti na impulz osobného dozrievania a naplnenia.

Popri emocionálnej záťaži nesú opatrovatelia aj fyzické bremená. Potrebujú sprevádzať pacienta k odborníkom, osvojovať si nové komunikačné stratégie, rozhodovať o forme starostlivosti a zabezpečovať každodenný chod domácnosti. Tieto úlohy sa často prelínajú s pracovnými či rodičovskými povinnosťami, čo môže viesť k vyčerpaniu a vyhoreniu.

Ako upozorňujú Rohrer a Warren (2010), potreby opatrovateľov sú v klinickej logopédii pri primárnej progresívnej afázii (PPA) stále zanedbávané. Odborná intervencia sa zameriava prevažne na pacienta, zatiaľ čo osoby, ktoré s ním denne komunikujú, ostávajú bez primeranej podpory. V posledných rokoch sa výskum začal systematickejšie venovať aj psychosociálnym potrebám opatrovateľov. Beeke et al. (2021) aplikovali konverzačnú analýzu a ukázali, že väčšina adaptačných stratégií (gestikulácia, parafrázovanie, dopĺňanie) vychádza od opatrovateľov, avšak tí zriedkakedy dostávajú odborné vedenie. Kindell et al. (2017) dokumentovali dlhodobé prispôsobovanie sa opatrovateľov prostredníctvom emocionálnej odolnosti, redefinície vzťahov a budovania nových komunikačných vzorcov. Tay et al. (2022) zdôraznili emocionálne napätie, pocity viny a potrebu podpory zo strany odborníkov aj rovesníkov. Tieto poznatky vedú k zásadnému obratu: opatrovateľ prestáva byť len „súčasťou prostredia“ a stáva sa aktívnym partnerom a spoluklientom v terapeutickom procese.

V klinickej praxi sme postavení pred novú výzvu – sprevádzať viaceré rodiny žijúce s pacientmi s PPA.

Každý prípad nám potvrdil, že účinná terapia musí presiahnuť hranice jednotlivca a zasiahnuť celé komunikačné prostredie. Prípady pacientov s výraznou neplnulosťou, ktorých sme mali možnosť sprevádzať počas pandémie výlučne online, ukázali, aké dôležité je edukovať aj ich partnerov, ktorí sa stali ich „hovorcami“ a emocionálnymi oporami. Iní pacienti s logopenickým variantom v počiatočnej fáze ochorenia zažívali extrémnu frustráciu z častých výpadkov slov, čo spôsobovalo napätie medzi nimi a ich blízkymi – napríklad synmi, ktorí mali pocit, že ich otcovia „strácajú záujem o rozhovor“. Až spoločné konzultácie, vysvetlenie podstaty ochorenia a tréning novej komunikačnej dynamiky viedli k zmierneniu napätia a obnoveniu vzájomného porozumenia.

Okrem samotnej povahy ochorenia, ktoré má progresívny charakter, čelí logopedická intervencia u pacientov s PPA aj viacerým praktickým prekážkam. Mnoho pacientov naráža na fyzické, kognitívne či logistické obmedzenia, ktoré im znemožňujú pravidelné dochádzanie na prezenčné terapie. Tieto limity zásadne ovplyvňujú možnosť zabezpečiť dostatočne častú a intenzívnu intervenciu, ktorá je kľúčová pre udržanie komunikačných schopností.

Telerehabilitácia u pacientov s primárnou progresívnou afáziou a ich rodín

Logopedická intervencia pri pacientoch s primárnou progresívnou afáziou (PPA) je tradične realizovaná formou priameho kontaktu medzi pacientom a logopédom, spravidla v ambulantnom prostredí. V ideálnom prípade sa do terapeutického procesu aktívne zapája aj rodina, ktorá môže v domácom prostredí podporovať nácvik komunikačných stratégií a posilňovať transfer získaných zručností do každodenného života. V klinickej praxi však pravidelné dochádzanie na terapie predstavuje pre mnohých pacientov významnú záťaž – najmä v prípadoch, keď vyžadujú asistenciu, trpia motorickými alebo kognitívnymi obmedzeniami, prípadne bývajú v lokalitách s obmedzeným prístupom k špecializovanej starostlivosti.

Optimálny terapeutický efekt u pacientov s poruchami jazykového spracovania je často spojený s vyššou frekvenciou intervencií, ideálne niekoľkokrát týždenne. V klinickej praxi je však takýto intenzívny režim často limitovaný kapacitnými, ekonomickými a organizačnými faktormi na strane poskytovateľov a aj pacientov. V tomto kontexte sa čoraz viac uplatňuje telerehabilitácia, ako moderná forma logopedickej starostlivosti. Telerehabilitácia umožňuje realizáciu terapeutických intervencií na diaľku, pomocou digitálnych technológií, pričom pacienti zostávajú v prirodzenom domácom prostredí.

V poslednom desaťročí sa telerehabilitácia etablovala ako legitímny terapeutický prístup v mnohých medicínskych odboroch vrátane logopédie, najmä v krajinách s vysokou úrovňou digitalizácie zdravotníckych služieb. Na Slovensku je však jej využívanie stále obmedzené systémovými a technologickými bariérami. Pandémia COVID-19 významne urýchlila digitalizáciu zdravotnej starostlivosti a motivovala odborníkov k zavádzaniu online logopedických konzultácií a programov telerehabilitácie. Tieto skúsenosti potvrdili praktickú realizovateľnosť a terapeutický potenciál tejto formy intervencie. Viaceré štúdie (napr. Meyer et al., 2016; Dial et al., 2019) naznačujú, že telerehabilitácia u pacientov s PPA môže dosahovať porovnateľnú účinnosť ako tradičné prezenčné terapeutické intervencie. U týchto pacientov sa zaznamenali významné zlepšenia v jazykových schopnostiach, vrátane generalizácie nácviku na netréňované slová. V niektorých prípadoch dokonca dosiahli pacienti liečeni na diaľku lepšie výsledky než tí, ktorí absolvovali klasickú terapiu. S rastúcim významom telerehabilitácie sa tento prístup javí ako perspektívny nástroj pre zabezpečenie dlhodobej, intenzívnej a dostupnej starostlivosti u pacientov s neurodegeneratívnymi poruchami reči a jazyka, vrátane rôznych foriem PPA.

Telerehabilitácia predstavuje novú formu terapeutických intervencií, ktorá umožňuje realizáciu logopedickej starostlivosti na diaľku, pričom jej obsah môže byť rozšírený o poradenstvo pre pacientov s PPA a ich rodinných príslušníkov či opatrovateľov. Poradenstvo v tomto kontexte poskytuje dôležitú podporu pri zvládaní komunikačných a psychosociálnych výziev spojených s ochorením, nezávisle od formy terapie. Tento multidimenzionálny prístup zabezpečuje komplexnú starostlivosť, ktorá reflektuje individuálne potreby pacientov a ich opory, a zároveň podporuje adaptáciu na progresívny charakter ochorenia. Takáto podpora môže byť realizovaná ako súčasť telerehabilitačných programov, ale aj formou osobných konzultácií či iných dostupných intervencií, čím sa zvyšuje dostupnosť a efektívnosť celkového terapeutického procesu.

Špecifická poradenstva pre rodiny pacientov s PPA

Naše klinické skúsenosti naznačujú, že poradenstvo pre rodinných príslušníkov a opatrovateľov osôb s primárnou progresívnou afáziou predstavuje integrálnu súčasť komplexnej logopedickej starostlivosti. Táto starostlivosť presahuje rámec jazykovej intervencie a zohľadňuje aj emocionálne, psychosociálne a vzťahové dimenzie progresívneho neurodegeneratívneho ochorenia. Schaffer a Henry (2021) podrobne opísali a analyzovali štyri základné typy poradenských intervencií v rámci svojej štúdie. V klinickej

praxi sa aplikujú „Poradenstvo a tréning opatrovateľov pri primárnej progresívnej afázii“ rôzne modely poradenských prístupov, ktoré sú zamerané na podporu pacientov a ich komunikačných partnerov počas jednotlivých fáz ochorenia. Identifikované modely zahŕňajú:

- 1) informačné poradenstvo, zamerané na poskytovanie relevantných faktov o diagnóze a prognóze,
- 2) poradenstvo orientované na osobnostné prispôsobenie, ktoré pomáha pacientom a ich rodinám zvládať emocionálne reakcie a adaptovať sa na zmeny,
- 3) tréning komunikačných partnerov, ktorý rozvíja efektívne stratégie komunikácie,
- 4) intervencie podporujúce rodinných príslušníkov ako facilitátorov komunikácie v každodennom živote.

V nasledujúcej časti predstavujeme tri stručné klinické ilustrácie, v ktorých sme aplikovali vyššie uvedené formy poradenstva pre osoby s primárnou progresívnou afáziou a ich opatrovateľov. Tieto kazuistiky neslúžia ako dôkaz efektivity zvolených intervencií, ani nepredstavujú podrobnú kvalitatívnu analýzu. Ich cieľom je ilustrovať naše počiatočné klinické skúsenosti v špecifickom kontexte – v dvoch prípadoch v rámci teleterapeutického modelu a pri pacientoch, u ktorých došlo v priebehu dvoch rokov k výraznej progresii jazykových a ďalších kognitívnych deficitov.

Prípad 1

Pacient P. bol muž s neplynulnou a gramatickou formou primárnej progresívnej afázie (nfvPPA), ktorý sa vyznačoval výraznou pomalosťou reči, agramatizmom, ťažkosťami s hľadaním slov a fonemickými parafáziami. Jeho reč bola telegrafická, s vynechávaním predložiek a nesprávnymi slovnými tvarmi, pričom porozumenie jednoduchých slov zostávalo relatívne zachované, ale porozumenie komplexnejším vetám bolo narušené. S ochorením súviseli aj mierne poruchy pamäti a exekutívnych funkcií, ako aj apraxia reči. Kontakt s pacientom a jeho manželkou prebiehal výlučne online kvôli pandemickým obmedzeniam. Manželka pacienta sa vyznačovala vysokou mierou zodpovednosti a angažovanosti. Bola motivovaná spolupracovať podľa pokynov logopéda a realizovala jazykové cvičenia v domácom prostredí. Postupom času však začala prejavovať známky psychického vyčerpania, čo viedlo k častým konzultáciám s terapeutom, aby lepšie rozumela novým výzvam, ktoré so sebou prinášala progresia ochorenia. V rámci starostlivosti sme sa snažili aplikovať všetky štyri modely poradenstva, Informačné poradenstvo poskytovalo manželke aktuálne, zrozumiteľné informácie o charaktere a vývoji PPA, čo jej pomáhalo lepšie chápať zmeny, ktorými pacient prechádzal. Poradenstvo zamerané na osobnostné prispôsobenie jej pomáhalo zvládať

pocity úzkosti, frustrácie a vyčerpania, čím podporovalo jej psychickú odolnosť. Tréning komunikačných partnerov ju naučil praktické komunikačné techniky a stratégie, ktoré mohla využívať na každodennú podporu pacienta, čím sa predĺžila efektivita terapie aj mimo kliniky. Intervencie zamerané na rozvoj komunikačných facilitátorov ju zas oboznámili s multimodálnymi komunikačnými metódami, vrátane augmentatívnej a alternatívnej komunikácie (AAK), čo prispelo k zvýšeniu flexibility a kvality komunikácie v ich vzťahu. Napriek intenzívnej terapii sa stav pacienta postupne zhoršoval, čo prinášalo nové komunikačné bariéry a psychosociálne výzvy, ktoré však manželka vďaka systematickej podpore dokázala lepšie zvládať.

Prípad 2

Pacient E. bol sledovaný formou online konzultácií, pričom jeho klinický stav sa vyvíjal z pôvodnej diagnózy primárnej progresívnej rečovej apraxie (PPA-OS) do neplynulej varianty primárnej progresívnej afázie (nfvPPA). Porucha rečového plánovania a programovania, charakteristická pre apraxiu reči, sa u neho prejavovala deformáciou a zámenou hlások, segmentovanou rečou s pauzami a artikulačným hľadaním (groping). Tento stav bol sprevádzaný aj narušením rečovej prozódie, dysexekutívnymi prejavmi, zmenami správania a parkinsonskými symptómami.

V rámci informačného poradenstva sme pacientovi a jeho manželke poskytovali flexibilný a individualizovaný prístup, zameraný na zrozumiteľné vysvetlenie charakteru a progresie ochorenia, čím sme podporovali ich emocionálnu stabilitu a psychosociálnu pohodu. Informácie sme prispôbovali aktuálnym schopnostiam pacienta spracovať nové podnety a zároveň reagovali na potreby manželky ako hlavnej opatrovateľky, ktorá sa denne intenzívne venovala terapeutickému starostlivosti na základe detailných logopedických inštrukcií. Tento prístup bol kľúčový pre udržanie ich komunikačného sebavedomia aj napriek náročnosti ochorenia. S ohľadom na poradenstvo zamerané na osobnostné prispôsobenie sme sa sústredili na podporu psychickej pohody oboch, pacienta aj jeho manželky, ktorí čelili zvýšenej úzkosti, stresu a podráždenosti spôsobenej progresiou ochorenia a častými problémami v správaní. Využívali sme modifikované kognitívno-behaviorálne stratégie prispôbenedé jazykovým obmedzeniam pacienta, pričom spolupracovali logopédi a klinickí psychológovia. Psychologická podpora manželky bola nevyhnutná vzhľadom na jej vysokú psychickú záťaž a dôležitú rolu v starostlivosti.

V rámci tréningu komunikačných partnerov ako ko-terapeutov bola manželka pacienta systematicky školená v používaní špecifických komunikačných techník, vrátane fonologických a segmentačných pod-

netov, ktoré pomáhali udržiavať rečové funkcie pacienta a predlžovať terapeutický efekt mimo formálnych logopedických sedení. Tento model zároveň rozvíjal jej schopnosti a efektívnosť pri každodennej podpore pacienta, čím sa zvyšovala kvalita ich komunikácie a životnej situácie.

Využívali sme aj intervencie, podporujúce rodinných príslušníkov ako komunikačných facilitátorov, ktoré zahŕňali multimodálne komunikačné stratégie vrátane AAK. Tieto metódy pomáhali zvyšovať komunikačnú flexibilitu a sociálnu angažovanosť pacienta, napriek jeho progresívnej strate reči. Manželka napriek svojej veľkej snahe opakovane vyjadrovala psychickú záťaž spôsobenú nielen ochorením, ale aj jeho sprievodnými behaviorálnymi prejavmi, ktoré boli typické pre túto neurodegeneratívnu poruchu. Preto bolo nevyhnutné zabezpečiť aj jej intervenciu a podporu ako kľúčovej opatrovateľky, aby sme predišli jej vyhoreniu a pomohli zachovať celkovú rodinnú stabilitu.

Prípad 3

Pani K., blízka príbuzná pacienta so sémantickým variantom primárnej progresívnej afázie (svPPA), využívala poradenstvo zamerané na rozvoj a údržbu efektívnej komunikácie v domácom prostredí. Jej úlohou bolo stať sa hlavným komunikačným partnerom, facilitátorom a zároveň emocionálnym oporným pilierom pre pacienta s ťažkosťami pri chápaní slov, stratou významu lexikálnych jednotiek a výrazným postihnutím menovania. Informácie, ktoré jej boli poskytované, jej pomáhali porozumieť špecifickým jazykovým deficitom svPPA a umožňovali jej lepšie prispôbiť komunikačné prostredie a podporné stratégie individuálnym potrebám pacienta. Poradenstvo zamerané na osobnostné prispôbenie jej pomáhalo zvládať frustráciu, úzkosť a smútok, ktoré boli prirodzenou reakciou na postupné zhoršovanie komunikačných schopností jej príbuzného. Tréning komunikačných partnerov zahŕňal praktické techniky používania AAK vrátane vizuálnych podnetov a jednoduchých symbolických systémov, ktoré výrazne zlepšovali interakciu pacienta s prostredím. Tento prístup podporoval zachovanie sociálnej interakcie a znižoval izoláciu pacienta. Intervencie pre rodinných príslušníkov zdôrazňovali význam kontinuálnej emocionálnej podpory, adaptácie očakávaní a udržiavania dôstojnosti a kvality života pacienta aj pri postupnej strate jazykových funkcií. Táto spolupráca bola mimoriadne dôležitá vzhľadom na obmedzenú dostupnosť špecializovaných terapeutických služieb v regiónoch s nízkou koncentráciou odborníkov na PPA.

Ciele podpory rodinných a profesionálnych opatrovateľov pri starostlivosti o osoby s PPA a inými neurokognitívnymi poruchami

Wirth (2025) formulovala kľúčové ciele podpory opatrovateľiek pacientov s demenciou, ktoré sú zároveň aplikovateľné aj pri iných neurokognitívnych poruchách. Tieto ciele predstavujú komplexný rámec pre efektívnu starostlivosť o opatrovateľky s dôrazom na ich fyzické, emocionálne a sociálne potreby.

Podpora opatrovateľiek si vyžaduje komplexný prístup, ktorý zahŕňa viaceré opatrenia zamerané na fyzickú, emocionálnu aj sociálnu pohodu. Prevencia fyzického vyčerpania je základom, preto je nevyhnutné zabezpečiť dostatočný spánok, kvalitnú výživu a pravidelný odpočinok, ktoré pomáhajú zvládať každodenné náročné úlohy spojené s poskytovaním starostlivosti. Rovnako dôležité je predchádzanie emocionálnemu vyhoreniu, ktoré si vyžaduje uspokojovanie základných emocionálnych potrieb – emocionálnu podporu, možnosť ventilovať pocity a byť pochopená. Takéto opatrenia významne prispievajú k zvládaniu stresu a znižujú riziko vyhorenia.

Zachovanie sociálnych väzieb prostredníctvom pravidelného kontaktu s rodinou, priateľmi a podpornými skupinami pomáha zmierniť pocit osamelosti a poskytuje potrebné povzbudenie a oporu. Dôležitým aspektom je aj rozvoj kompetencií – prístup k odbornému vzdelávaniu, relevantným informáciám a starostlivým technikám zvyšuje sebadôveru opatrovateľiek a ich schopnosť efektívne čeliť výzvam, ktoré ich úloha prináša.

Neoddeliteľnou súčasťou podpory je aj udržiavanie rovnováhy medzi starostlivosťou a vlastným životom, ktoré zahŕňa priestor na realizáciu vlastných záľub, relaxáciu a osobnú sebarealizáciu. Týmto spôsobom si opatrovateľka zachováva svoju identitu a zvyšuje svoju životnú spokojnosť. V neposlednom rade je potrebné zamerať sa na zvýšenie motivácie – rešpektovanie a napĺňanie jej potrieb vedie k pocitu uznania a podpory, čím sa posilňuje jej motivácia pokračovať v starostlivosti alebo sa otvára cesta k vyhľadaniu externých zdrojov pomoci.

Celkový pozitívny dopad takejto podpory sa najvýraznejšie prejavuje v prospech samotných pacientov, nakoľko kvalitná starostlivosť opatrovateľiek prispieva k lepšiemu priebehu ochorenia a zvyšovaniu kvality života pacientov.

Záver

Opatrovateľov je potrebné zapájať do diagnostiky i terapie už od samotného začiatku. Ich vnímanie, potreby a návrhy pomáhajú lepšie nastaviť intervenciu. Logopédi by mali poskytovať špecifický

tréning podporovanej konverzácie, nácvik používania AAK pomôcok a pomoc pri zvládaní frustrujúcich komunikačných zlyhaní. Súčasťou podpory musí byť aj sprostredkovanie prístupu k psychologickému poradenstvu, službám odľahčovacej starostlivosti a skupinám opatrovateľov, ktoré ponúkajú zdieľaný priestor na ventiláciu emócií a obnovu pocitu spolupatričnosti.

Do budúcnosti je potrebné cielene skúmať dlhodobé dopady PPA na rodinné systémy, hodnotiť účinnosť poskytovanej podpory pre opatrovateľov, rodinu a blízkych a zároveň presadzovať legislatívne i systémové zmeny na uznanie opatrovateľov ako kľúčových aktérov v liečbe.

Použitá literatúra

- BEEKE, S., MAXIM, J., & WILKINSON, R. (2021). Conversation therapy for people with primary progressive aphasia and their partners. *Aphasiology*, 35 (7), 905 – 929. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1823482>.
- BOSS, P. (2007). Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*, 56(2), 105 – 110. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00444.x>.
- DIAL, H. R., HINSELWOOD, H. A., GRASSO, S. M., HUBBARD, H. I., GORNO-TEMPINI, M. L., & HENRY, M. L. (2019). Investigating the utility of teletherapy in individuals with primary progressive aphasia. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 453 – 471. <https://doi.org/10.2147/CIA.S178878>.
- FEIL, N., & DE KLERK-RUBIN, V. (2015). *Validácia: Cesta ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom*. Občianske združenie TERAPEUTIKA.
- GOLEMAN, D. (2011). *Emoční inteligencia*. Metafora.
- GORNO-TEMPINI, M. L., HILLIS, A. E., WEINTRAUB, S., KERTESZ, A., MENDEZ, M., CAPPA, S. F., OGAR, J. M., ROHRER, J. D., BLACK, S., BOEVE, B. F., MANES, F., DRONKERS, N. F., VANDENBERGHE, R., RASCOVSKY, K., PATTERSON, K., MILLER, B. L., KNOPMAN, D. S., HODGES, J. R., MESULAM, M. M., & GROSSMAN, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006 – 1014. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31821103e6>.
- KINDELL, J., SAGE, K., WILKINSON, R., & KEADY, J. (2017). Living with semantic dementia: A case study of one family's experience. *Dementia*, 16(6), 718 – 736. <https://doi.org/10.1177/1471301215626882>.
- MATÉ, G., & MATÉ, D. (2023). *Mýtus normálnosti*. Eastone Books.
- MEYER, A. M., GETZ, H. R., BRENNAN, D. M., HU, T. M., & FRIEDMAN, R. B. (2016). Telerehabilitation of anomia in primary progressive aphasia. *Aphasiology*, 30(4), 483 – 507. <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1081142>.
- ROHRER, J. D., & WARREN, J. D. (2010). Phenomenology and anatomy of abnormal behaviours in primary progressive aphasia. *Journal of the Neurological Sciences*, 293(1–2), 35 – 38. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2010.03.019>.
- SCHAFFER, J. E., & HENRY, M. L. (2021). Aphasia-modified cognitive behavioral therapy for primary progressive aphasia: A pilot study. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(5), 1234 – 1248. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-21-00130.
- TAY, R. E., MCRAE, J., PIGUET, O., & HODGES, J. R. (2022). „Our world has turned upside down”: A qualitative study of caregivers' perspectives in primary progressive aphasia. *Dementia*, 21(1), 81 – 98. <https://doi.org/10.1177/14713012211006770>.
- WIRTH, M. (2025). *Determinanty interakcie v rodine pacienta s demenciou*. Slovenská zdravotnícka univerzita. (Špecializačná práca).

SPRACOVANIE JAZYKOVÝCH KONTEXTOV A VÝKONY V TEJKO U ADOLESCENTOV VO VEKU OD 15 DO 19 ROKOV

LANGUAGE CONTEXTS PROCESSING AND PERFORMANCE IN TEJKO IN ADOLESCENTS OF 15 – 19 YEARS OF AGE

Abstrakt

Komunikačné schopnosti spojené s pravou mozgovou hemisférou predstavujú neoddeliteľnú súčasť našej každodennej komunikácie, avšak ešte donedávna stáli na okraji výskumného záujmu. Až v posledných desaťročiach pozorujeme narastajúci záujem o túto problematiku, ktorý úzko súvisí aj s pokrokom v diagnostických metódach. Vzhľadom na to, že na Slovensku doposiaľ nie je k dispozícii štandardizovaný diagnostický nástroj, ktorý by sa zameriaval na hodnotenie rôznych jazykových a komunikačných schopností spojených s poškodením pravej mozgovej hemisféry, v období adolescencie, cieľom práce bolo zistiť, ako v Teste jazykových kontextov skóruje intaktná populácia vo veku od 15 do 19 rokov. Výsledky výskumu odhaľujú významné rozdiely vo výkonoch v Teste jazykových kontextov v závislosti od veku, pohlavia, ale predovšetkým od úrovne vzdelania. Naša výskumná vzorka potvrdila trend pozorovaný vo výskumoch dospelých participantov, podľa ktorého vyššia úroveň vzdelania súvisí s lepšími výsledkami. Zároveň sa ukázalo, že dospelí dosahujú vyššie skóre v porovnaní s adolescentmi.

Viktória Horváthová¹, Jana Marková²

¹Centrum Dialóg, Bratislava

²Katedra logopédie, Pedagogická fakulta
Univerzity Komenského v Bratislave

Kľúčové slová: jazykové deficity, pravá mozgová hemisféra, obdobie adolescencie

Keywords: language deficits, adolescence, right hemisphere of the brain

Abstract

Communication skills associated with the right hemisphere of the brain are an integral part of our daily communication. However, until recently, they remained on the periphery of research interest. It is only in the last few decades that we have seen a growing interest in this issue, closely linked to advancements in diagnostic methods. Given that Slovakia currently lacks a standardized diagnostic tool focused on assessing various language and communication abilities related to right hemisphere damage during adolescence, the aim of this study was to determine how the neurotypical population aged 15 to 19 scores in the Test of Linguistic Contexts. The findings reveal significant differences in Test of Linguistic Contexts performance based on age, gender, and, most notably, the level of education. Our research sample confirmed a trend observed in studies of adult participants, indicating that a higher level of education is associated with better performance. Furthermore, the results showed that adults achieve higher the test scores compared to adolescents.

Úvod

Bohatá neurovedecká literatúra zdôrazňuje dôležitosť ľavej „dominantnej“ mozgovej hemisféry (LMH) na spracovávaní jazykových schopností. Relatívne menej sa vie o tom, do akej miery hrá pravá „subdominantná“ mozgová hemisféra (PMH) úlohu pri vnímaní reči, čo môže byť do značnej miery zapríčinené tým, že jazykové deficity spojené s poškodením PMH sú oveľa miernejšie ako tie, ktoré vznikajú pri poškodení LMH (Lindell, 2006) a zvyčajne nevedú k afázii (Blumstein & Myers, 2013).

Počas dospievania dochádza v ľudskom mozgu k niekoľkým významným štrukturálnym a funkčným zmenám (Fuhrmann et al., 2015). Obzvlášť významné zmeny sa však vyskytujú v limbickom systéme, čo môže vplývať na sebakontrolu, rozhodovanie či rizikové správanie. V dôsledku nezrelého limbického systému a prefrontálneho kortexu je dospievajúca populácia výrazne náchylnejšia na zapájanie sa do riskantných činností, ako je bezohľadná jazda či jazda pod vplyvom alkoholu, v dôsledku čoho sú adolescenti vy-

stavení vysokému riziku dopravných nehôd (Sharma et al., 2013). Dospievanie teda predstavuje vysoko rizikové obdobie pre vznik traumatického poranenia mozgu. Medzi ďalšie príčiny ASHA zaraďuje zmeny v mozgu, zahŕňajúce tumory či infekcie, ktoré môžu viesť k akútnym, ako aj chronickým deficitom.

Hoci sa na prvý pohľad môže zdať, že jazykové a rečové funkcie pri poškodení PMH nie sú narušené, keďže pacient adekvátne odpovedá na otázky, dokáže pomenovať predkladané obrázky, rozumie vetám a dosahuje vysoké skóre v testoch, zameraných na zhodnotenie fatických funkcií, či pri skúškach hodnotiacich jednotlivé jazykové roviny. Ak sa však komunikácia začne uberať viac pragmatickým smerom, kde už človek musí viac zapájať predchádzajúce vedomosti, hľadať prepojenia medzi významami slov, čítať medzi riadkami, spracovávať rôzne pomocné kontextové kľúče na odhalenie skutočnej správy, pacient s poškodením PMH začína zlyhávať (Marková et al., 2021). Ako ďalej uvádzajú (Sherratt & Bryan, 2012), poškodenie PMH vedie k súboru viacerých symptómov, vrátane deficitov na úrovni diskurzu, pragmatiky, prozód-

die a pozornosti, ktoré sa môžu vyskytovať súčasne, pričom sa líšia závažnosťou a postihnutými doménami v závislosti od miesta a rozsahu poranenia.

Na základe uvedených poznatkov o jazykových a komunikačných deficitoch, ktoré vznikajú v dôsledku poškodenia PMH, je nevyhnutné sa zaoberať otázkou, ako tieto deficity efektívne identifikovať a opísať. Diagnostika zohráva z viacerých dôvodov v tomto procese dôležitú úlohu. Vďaka nej dokážeme nielen bližšie chápať rozsah poškodenia, ale zároveň nám poskytuje základ pre plánovanie terapie. Celosvetovo však existujú problémy v diagnostike jazykových a komunikačných schopností súvisiacich s poškodením PMH. Ak sa však zameriame na obdobie adolescencie, zistíme, že situácia je ešte kritickejšia pre nedostatok diagnostických nástrojov, ktoré by zahŕňali normatívne dáta pre adolescentný vek.

Optimálne hodnotenie narušenej komunikačnej schopnosti, pri poškodení PMH, by malo zahŕňať kombináciu štandardizovaných a neštandardizovaných testov, pozorovanie pacienta v rôznych situáciách, ako aj v interakcii s rôznymi ľuďmi. Je však zrejmé, že takéto ideálne hodnotenie je v bežnej klinickej praxi nereálne, a to nielen pre časové obmedzenia, ale aj pre nedostatok spoľahlivých a platných nástrojov na meranie rôznych deficitov spojených s poškodením PMH (Blake, 2021). Vo svete existuje niekoľko diagnostických batérií navrhnutých na hodnotenie pacientov s poškodením PMH. S výnimkou *Montreal Evaluation of Communication* však väčšina z nich bola vyvinutá pred mnohými rokmi a neodráža súčasné chápanie deficitov (Blake, 2021). Medzi štandardizované testy na vyšetrenie pravohemisférových deficitov, v oblasti komunikácie, zaraďujeme napr. *The Right Hemisphere Language Battery – Second Edition* alebo *The Mini Inventory of Right Brain Injury – Second Edition*. Na Slovensku doposiaľ nie je k dispozícii štandardizovaný diagnostický nástroj, ktorý by sa zameriaval na hodnotenie rôznych jazykových a komunikačných schopností súvisiacich s PMH v období adolescencie. Preto sme sa rozhodli zistiť, ako v Teste jazykových kontextov (TEJKO), skóruje intaktná populácia vo veku od 15 do 19 rokov.

Cieľ a výskumné otázky

Cieľom nášho výskumu bolo preskúmať výkonnosť intaktnej populácie vo veku od 15 do 19 rokov v TEJKO. V rámci analýzy sme sa zamerali na zodpovedanie 3 výskumných otázok:

- ovplyvňuje vek, vzdelanie a pohlavie výsledky v TEJKO?
- odlišuje sa výkon adolescentov od výkonu dospelých v TEJKO?
- aké sú referenčné hodnoty v TEJKO u intaktných adolescentov?

Výskumná vzorka

Výskumná vzorka pozostávala z intaktnej populácie, ktorú tvorilo 100 adolescentov (51 žien a 49 mužov) vo veku od 15 do 19 rokov, ktorých materinským jazykom bol slovenský jazyk. Participantov sme rozdelili do troch vekových skupín: skupina adolescentov vo veku od 15 do 16 rokov ($n = 27$), od 16 do 17 rokov ($n = 28$) a nad 17 rokov ($n = 45$). Z hľadiska typu navštevovanej školy sme výskumnú vzorku rozdelili do 3 skupín: adolescenti, ktorí navštevujú strednú odbornú školu (SOŠ) bez maturity ($n = 30$), SOŠ s maturitou ($n = 33$) alebo gymnázium ($n = 37$). Výsledky Pearsonovho Chí-kvadrátu (χ^2) naznačujú, že zastúpenie mužov a žien vo všetkých troch vekových kategóriách je porovnateľné, pričom hodnote $\chi^2 = 0,162$ zodpovedá hladina významnosti $p = 0,922$. Podobne je v daných vekových kategóriách porovnateľný aj počet osôb s rôznym stupňom vzdelania. Hodnote $\chi^2 = 2,449$ prislúcha hladina významnosti $p = 0,654$. Získané dáta boli štatisticky spracované pomocou deskriptívnej a inferenčnej štatistiky v programoch SPSS a JASP.

Metódy výskumu

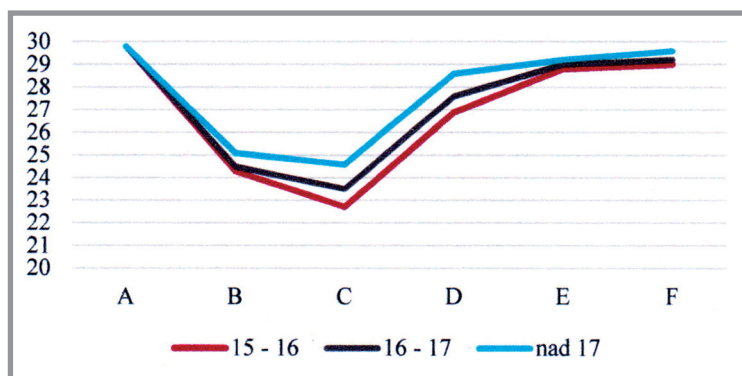
Ako hlavný testový materiál sme použili Test jazykových kontextov od doc. Markovej a kolektívu. Diagnostický materiál pozostáva zo záznamového hárku s inštrukciami a z multimediálnych príloh vo forme obrázkov a zvukových podnetov, prezentovaných prostredníctvom PowerPoint prezentácie. TEJKO tvorí šesť relatívne nezávislých subtestov – A: Pragmatika, B: Inferencie, C: Prenesený význam, D: Lexikálno-sémantický systém, E: Paralingvistika, F: Vnímanie priestoru. Súčasťou testu je aj škála na hodnotenie pragmatiky. Celkové skóre, ktoré môže vyšetovaná osoba po administrácii celého testu získať, je 180 bodov. Každý subtest tak poskytuje možnosť získať maximálne 30 bodov.

Výsledky

V prvej časti interpretácie výsledkov sa zameriavame na zodpovedanie výskumnej otázky: **Ovplyvňuje vek, vzdelanie a pohlavie výsledky v TEJKO?**

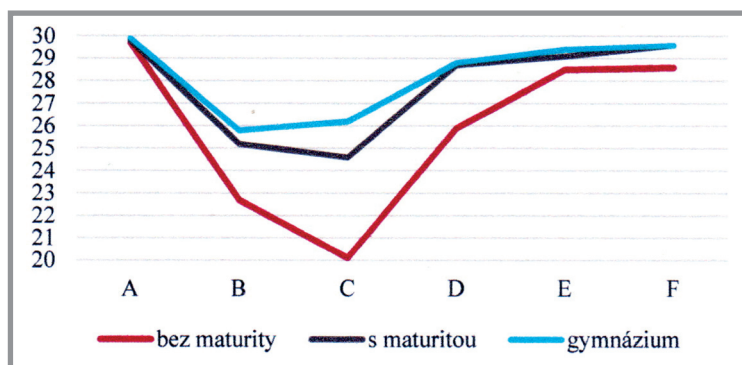
Ako prvé nás zaujíma vplyv **VEKU**. Aby sme mohli porovnať výkony participantov, výskumnú vzorku sme rozdelili do 3 vekových kategórií: 15 – 16, 16 – 17 a nad 17 rokov. Priemerné výkony participantov v jednotlivých vekových kategóriách v subtestoch A – F uvádzame v grafe 1. Na základe získaných dát môžeme povedať, že najvyššie priemerné skóre (167,2 bodov; 92,9 %), bolo dosiahnuté u najstarších participantov. Na druhej strane najnižší priemerný výkon (161,9 bodov; 89,9 %) bol dosiahnutý u najmladších participantov. Tieto výsledky naznačujú, že výko-

ny sa pribúdajúcim vekom postupne zlepšujú. Podľa Kruskal-Wallisovho testu bol nameraný štatisticky významný rozdiel len v subteste D, kde hodnote $\chi^2 = 9,996$ prislúcha hladina významnosti $p = 0,007$.



Graf 1. Priemerné výkony v jednotlivých subtestoch z hľadiska veku.

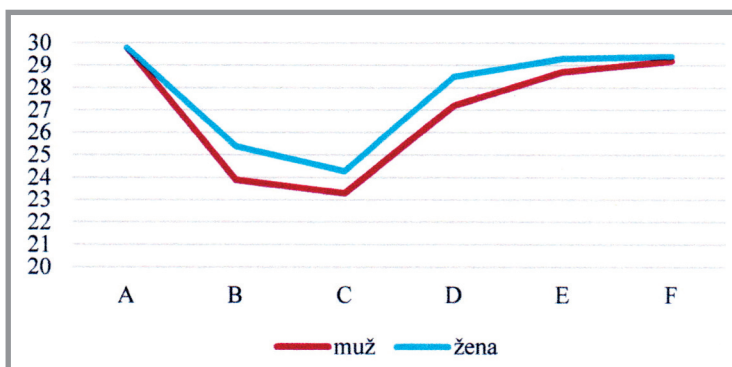
V druhej časti nás zaujíma, či **VZDELANIE** ovplyvňuje výsledky v TEJKO. S cieľom zabezpečiť objektívne porovnanie výkonov sme výskumnú vzorku rozdelili do 3 vzdelanostných kategórií: stredoškolské bez maturity, stredoškolské s maturitou a gymnázium. V grafe 2 uvádzame priemerné výkony účastníkov v jednotlivých vzdelanostných kategóriách v subtestoch A – F. Podľa Kruskal-Wallisovho testu bol nameraný štatisticky významný rozdiel medzi vzdelanostnými skupinami v celkovom skóre, čo naznačuje výsledná hodnota Pearsonovho Chí-kvadrátu $\chi^2 = 34,017$ s hladinou významnosti $p = 0,000$. Tieto výsledky poukazujú na silný vzťah medzi úrovňou vzdelania a výsledkami v TEJKO. Najvyššie priemerné skóre spomedzi všetkých vzdelanostných skupín dosiahli účastníci navštevujúci gymnázium, ktorí získali priemerne takmer 170 bodov (94,4 %). Najnižšie skóre bolo namerané u účastníkov na SOŠ bez maturity, ktorých priemerný výkon dosahoval 155,5 bodov (86,3 %). Pri porovnávaní účastníkov z hľadiska vzdelania sme pomocou Kruskal-Wallisovho testu zistili štatisticky významné rozdiely nielen v celkovom skóre,



Graf 2. Priemerné výkony v jednotlivých subtestoch z hľadiska vzdelania.

re, ale aj vo všetkých subtestoch. Najvýraznejšie rozdiely sa prejavili pri porovnávaní účastníkov navštevujúcich SOŠ bez maturity s ostatnými skupinami, kde sa objavili štatisticky významné rozdiely vo všetkých subtestoch. Naopak, medzi účastníkmi navštevujúcimi SOŠ s maturitou a účastníkmi navštevujúcimi gymnázium sme štatisticky významné rozdiely zaznamenali len v subteste A. Vo väčšine prípadov dosahuje poradová biseriálna korelácia nízke hodnoty, no pri porovnávaní výkonov účastníkov navštevujúcich SOŠ bez maturity a účastníkov navštevujúcich gymnázií sú hodnoty poradovej biseriálnej korelácie vo viacerých subtestoch stredne silné a v celkovom skóre, ako aj v subteste C dokonca vysoké.

Posledným aspektom, ktorý sme v rámci tejto výskumnej otázky skúmali je vplyv **POHLAVIA**. Výskumnú vzorku sme teda rozdelili na mužov a ženy. Priemerné výkony účastníkov z hľadiska pohlavia v subtestoch A – F uvádzame v grafe 3. Po štatistickom spracovaní získaných dát sme vďaka výsledkom Mann-Whitneyho U testu, ktorému prislúcha hladina významnosti $p = 0,002$, zistili štatisticky významné rozdiely v celkovom skóre medzi mužmi a ženami. Na základe priemerných hodnôt dosiahnutých v celkovom skóre môžeme povedať, že tento rozdiel vznikol v prospech žien (muži: 162,5 bodov; ženy: 166,9 bodov). Štatisticky významné rozdiely vzhľadom na jednotlivé subtesty sme vďaka Mann-Whitney-

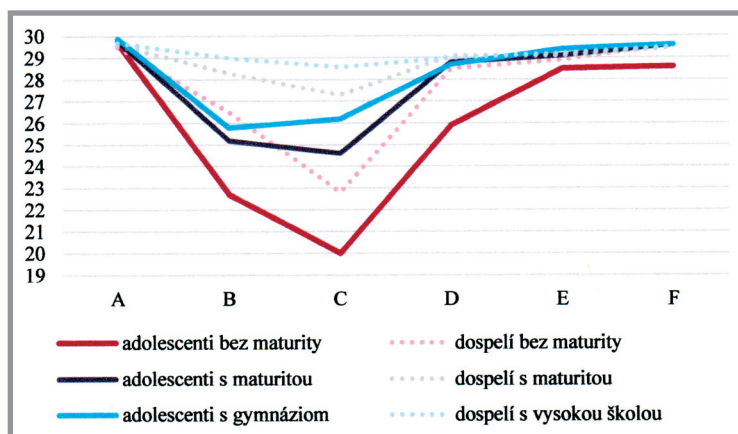


Graf 3. Priemerné výkony v jednotlivých subtestoch z hľadiska pohlavia.

ho U testu odhalili aj v subtestoch B, D a E. Vo všetkých prípadoch sme však zaznamenali nízke hodnoty poradovej biseriálnej korelácie.

V druhej časti interpretácie výsledkov hľadáme odpoveď na výskumnú otázku: **Odlíša sa výkon adolescentov od výkonu dospelých v TEJKO?** Našou úlohou bolo zistiť, či sa nami namerané výkony adolescentov líšia od výkonov dospelých najmladšej vekovej kategórie (do 50 rokov), ktoré sú publikované v monografii Jazykové kontexty a ich diagnostika (Marková et al., 2025). Aby sme mohli výkony

vzájomne porovnávať, výskumnú vzorku sme rozdelili do 2 skupín, a to na skupinu adolescentov a skupinu dospelých. Aby toto porovnanie bolo objektívne a minimalizovali sme vzdelanostné rozdiely, k výkonom adolescentov sme pri výbere dospelých zohľadňovali úroveň najvyššieho dosiahnutého vzdelania. Porovnanie výkonov adolescentov a dospelých uvádzame v grafe 4. Výsledky naznačujú, že dospelí vo všeobecnosti dosahujú lepšie výsledky v porovnaní s adolescentmi. S rastúcim stupňom vzdelania sa výkonnostný rozdiel medzi skupinami postupne znižuje, no stále je prítomný v prospech dospelých. Pri detailnejšom pohľade možno pozorovať, že v niektorých subtestoch sú rozdiely medzi skupinami minimálne, zatiaľ čo v iných sú omnoho výraznejšie. Najväčší rozdiel vo všetkých 3 vzdelanostných skupinách vznikol v úlohe zameranej na prenesený význam (subtest C). Naopak, v subtestoch A, E a F pozorujeme takmer vyrovnané a stropové výkony. Na našej výskumnej vzorke sa potvrdila tendencia vyššej úspešnosti participantov s vyšším stupňom vzdelania, ktorú vidíme aj u dospelých.



Graf 4. Priemerné výkony v jednotlivých subtestoch v závislosti od veku a dosiahnutého vzdelania.

Pri analýze výsledkov sme zaznamenali rozdiely vo výkonnosti medzi adolescentmi a dospelými, čo naznačuje, že existujúce normy pre dospelú populáciu nie sú vhodné na hodnotenie výkonov adolescentov. Z toho dôvodu bolo nevyhnuté vytvoriť špecifické normy pre adolescentov. Preto sme stanovili poslednú výskumnú otázku: **Aké sú referenčné hodnoty v TEJKO u intaktných adolescentov?** V rámci hľadania odpovedí na predchádzajúce výskumné otázky sme sa zameriavali na analýzu vplyvu rôznych faktorov na výkony v TEJKO. Vzhľadom na to, že rozdiely vznikli nielen medzi vekovými kategóriami, ale aj v rámci vzdelanostných skupín, vytvorili sme normy vzhľadom na oba tieto faktory (tabuľky 1 – 6). Na základe percentilových noriem vieme podľa dosiahnutého výkonu určiť, do ktorej výkonnostnej kategórie patrí daný výkon, a rovnako aj posúdiť, či dosiahnutý výkon spadá do normálneho rozpätia.

Tabuľka 1
Percentilové normy vo vekovej kategórii 15 – 16 rokov.

percentily	spolu	%	A	B	C	D	E	F
2	131	72,77	29,5	18,5	10,0	16,0	25,0	22,0
7	139,16	77,31	29,5	18,9	12,8	20,8	25,9	23,9
10	141,1	78,38	29,5	20,6	13,8	21,0	26,8	26,4
20	154	85,55	29,5	23,0	19,2	24,0	27,6	28,0
30	158,1	87,83	29,5	23,5	21,4	25,8	29,0	29,0
40	162,5	90,27	30,0	23,6	22,2	28,0	29,0	30,0
50	163	90,55	30,0	24,0	24,0	28,0	29,0	30,0
60	166,2	92,33	30,0	24,5	25,0	29,0	29,8	30,0
70	169,5	94,16	30,0	26,1	26,0	29,0	30,0	30,0
80	172,9	96,05	30,0	27,5	27,0	30,0	30,0	30,0
90	174,5	96,94	30,0	28,5	28,0	30,0	30,0	30,0

Tabuľka 2
Percentilové normy vo vekovej kategórii 16 – 17 rokov.

percentily	spolu	%	A	B	C	D	E	F
2	142,5	79,16	29,5	20,0	12,0	20,0	26,0	25,0
7	144,6	80,34	29,5	20,0	15,0	24,0	26,0	26,0
10	148,1	82,27	29,5	20,0	15,9	24,0	26,9	26,9
20	152	84,44	29,5	21,0	19,6	26,0	28,0	28,0
30	161,8	89,91	29,5	22,5	22,7	27,0	29,0	28,7
40	163,6	90,88	30,0	23,6	24,0	28,0	29,0	30,0
50	166,5	92,50	30,0	24,7	25,0	28,0	30,0	30,0
60	167,6	93,11	30,0	25,7	26,0	29,0	30,0	30,0
70	170,25	94,58	30,0	26,1	26,0	29,0	30,0	30,0
80	172,6	95,88	30,0	26,7	28,0	29,0	30,0	30,0
90	173,1	96,16	30,0	28,0	28,0	30,0	30,0	30,0

Tabuľka 3
Percentilové normy vo vekovej kategórii nad 17 rokov.

percentily	spolu	%	A	B	C	D	E	F
2	132,5	73,61	29,5	20,0	6,0	20,0	27,0	27,0
7	150,7	83,73	29,5	21,0	17,0	25,2	27,2	28,0
10	152,1	84,50	29,5	21,3	17,6	26,0	28,0	28,0
20	161,3	89,61	29,5	23,0	20,0	28,0	28,2	29,2
30	163,4	90,77	30,0	24,0	22,8	28,8	29,0	30,0
40	168,2	93,44	30,0	25,0	24,4	29,0	29,0	30,0
50	171	95,00	30,0	25,5	26,0	29,0	30,0	30,0
60	171,5	95,27	30,0	26,0	27,0	30,0	30,0	30,0
70	172,5	95,83	30,0	26,5	28,0	30,0	30,0	30,0
80	174,4	96,88	30,0	27,0	29,8	30,0	30,0	30,0
90	176,7	98,16	30,0	27,7	30,0	30,0	30,0	30,0

Diskusia

Výsledky analýzy preukázali štatisticky významný vplyv veku, vzdelania aj pohlavia na výkony adolescentov, pričom najvýraznejšie rozdiely sa preja-

Tabuľka 4
Percentilové normy vo vzdelanostnej kategórii SOŠ bez maturity.

percentily	spolu	%	A	B	C	D	E	F
2	131	72,77	29,5	18,5	6,0	16,0	25,0	22,0
7	133,69	74,27	29,5	19,1	10,3	20,0	26,0	24,1
10	139,7	77,61	29,5	20,0	12,1	21,0	26,1	25,1
20	144,7	80,38	29,5	20,5	16,0	21,6	27,0	27,2
30	150,5	83,61	29,5	21,0	17,0	25,0	28,0	28,0
40	152,2	84,55	29,5	22,0	18,8	26,0	28,4	29,0
50	156,75	87,08	29,5	22,5	21,0	27,0	29,0	30,0
60	161,1	89,50	30,0	23,0	22,6	27,6	29,0	30,0
70	162,85	90,47	30,0	24,0	23,7	28,7	30,0	30,0
80	166,3	92,38	30,0	24,9	24,8	29,0	30,0	30,0
90	170,4	94,66	30,0	25,5	26,9	29,9	30,0	30,0

Tabuľka 5
Percentilové normy vo vzdelanostnej kategórii SOŠ s maturitou.

percentily	spolu	%	A	B	C	D	E	F
2	148,5	82,50	29,5	20,0	14,0	24,0	26,0	27,0
7	151,88	84,37	29,5	21,5	18,0	27,0	27,0	28,0
10	154,9	86,05	29,5	21,9	18,8	27,4	27,0	28,0
20	162,6	90,33	29,5	23,4	20,0	28,0	28,8	29,0
30	164,5	91,38	29,6	24,1	22,2	28,0	29,0	30,0
40	166,5	92,50	30,0	25,3	24,0	28,6	29,0	30,0
50	168,5	93,61	30,0	26,0	26,0	29,0	30,0	30,0
60	172	95,55	30,0	26,0	26,0	29,4	30,0	30,0
70	172,5	95,83	30,0	26,5	27,0	30,0	30,0	30,0
80	173	96,11	30,0	27,5	28,2	30,0	30,0	30,0
90	175,8	97,66	30,0	28,0	30,0	30,0	30,0	30,0

Tabuľka 6
Percentilové normy vo vzdelanostnej kategórii gymnázium.

percentily	spolu	%	A	B	C	D	E	F
2	159	88,33	29,5	21,0	18,0	24,0	27,0	27,0
7	161,6	89,81	29,8	23,0	22,0	24,6	28,0	28,0
10	162,4	90,22	30,0	23,4	22,0	25,8	28,0	28,0
20	163,6	90,88	30,0	24,0	24,6	28,0	29,0	29,6
30	167,6	93,11	30,0	24,5	25,0	29,0	29,0	30,0
40	169,6	94,22	30,0	25,5	26,0	29,0	29,0	30,0
50	171,5	95,27	30,0	26,5	26,0	29,0	30,0	30,0
60	172,4	95,77	30,0	26,5	27,8	29,8	30,0	30,0
70	173,8	96,55	30,0	27,0	28,0	30,0	30,0	30,0
80	174,5	96,94	30,0	27,5	28,4	30,0	30,0	30,0
90	175,5	97,50	30,0	28,5	30,0	30,0	30,0	30,0

vili v súvislosti s úrovňou vzdelania. Naše zistenia sú v súlade so zahraničnými štúdiami, ktoré potvrdzujú pozitívny vzťah medzi vyššou úrovňou vzdelania a lepšou schopnosťou spracovávať jazykové informácie (Nippold, 2016).

Na našej výskumnej vzorke sa potvrdila tendencia vyššej úspešnosti participantov s vyšším stupňom vzdelania, ktorú vidíme aj u dospelých. Výsledky naznačujú, že vyšší vek aj vzdelanie pozitívne vplyvajú na úspešnosť, čo potvrdzuje predpoklad, že vzdelanie a skúsenosti sú kľúčovými faktormi ovplyvňujúcimi schopnosť riešiť úlohy. Dospelí vo všeobecnosti dosahovali lepšie výsledky v porovnaní s adolescentmi, čo je v súlade s teóriou o pokračujúcom rozvoji jazykových schopností aj po období adolescencie v dôsledku ďalšieho kognitívneho vývinu (Rosselli et al., 2014). Detailná analýza jednotlivých subtestov ukázala variabilitu vo výkonnostných rozdieloch medzi pozorovanými skupinami. Najvýraznejšie rozdiely sa prejavili v úlohe zameranej na odhalenie prenesených, alternatívnych významov, ktorá hodnotí interpretáciu prísloví, metafor a ironie, pričom schopnosť porozumieť metaforám je ovplyvňovaná rôznymi faktormi, vrátane sémantických vlastností slov, či miery podpory poskytovanej kontextom (Nippold, 2016). Naše zistenia podporuje štúdia, ktorá naznačuje, že schopnosť interpretovať metafory sa postupne zdokonaľuje počas obdobia adolescencie a dospelosti (Dec kert et al., 2019). V subteste zameranom na pragmatiku boli výkony adolescentov a dospelých takmer vyrovnané. Výsledky korešponujú so zisteniami Wynn et al. (2023), ktorí poukázali na to, že raná adolescencia predstavuje obdobie výrazného rozvoja pragmatických schopností vrátane prispôsobenia rýchlosti reči, intonácie či neverbálnych aspektov komunikácie, pričom v neskoršej adolescencii sa tieto schopnosti stabilizujú. Rovnako vyrovnané výkony sme zaznamenali v časti, ktorá hodnotí paralingvistické schopnosti, čo podporuje aj štúdia (Grosbras et al., 2018), ktorá poukazuje na to, že už adolescenti vo veku 14 – 15 rokov dosahujú výkonnosť na úrovni dospelých, hoci niektoré kognitívne procesy spojené so spracovaním emocionálnych podnetov, ako pozornosť či pracovná pamäť, v období adolescencie, naďalej dozrievajú (Zupan & Eskritt, 2024).

Vzhľadom na to, že analýza výsledkov naznačila rozdiely vo výkonnosti medzi adolescentmi a dospelými, výkony adolescentov nemožno posudzovať na základe noriem pre dospelú populáciu, mohlo by to viesť k nesprávnej interpretácii výsledkov. Preto bolo nevyhnutné rozšíriť doterajší výskum, týkajúci sa výkonov dospelých v rôznych vekových kategóriách (do 50 rokov, 50 – 70 rokov, nad 70 rokov), o referenčné hodnoty pre adolescentov. Percentilové normy boli stanovené osobitne pre tri vekové kategórie (od 15 do 16 rokov, od 16 do 17 rokov, nad 17 rokov) a tri vzdelanostné kategórie (SOŠ bez maturity, SOŠ s maturitou, gymnázium). Percentilové normy umožňujú zaradiť vyšetrované osoby do výkonnostných kategórií a umožňujú posúdiť, či ich celkový výkon, ako aj výkon v jednotlivých subtestoch (A – F) spadá do nor-

málneho rozpätia. Pri interpretácii výsledkov platí, že ak sa výkon vyšetrovanej osoby nachádza v intervale 20. – 70. percentilu, považuje sa za normálny. Výkon pod úrovňou 7. percentilu sa označuje ako patologický, zatiaľ čo výkon medzi 7. a 20. percentilom indikuje podpriemerné výsledky. Ak vyšetovaná osoba dosiahne výkon nad 70. percentilom, hovoríme o nadpriemernom výkone.

Záver

Naším cieľom bolo zistiť, ako v TEJKO skóruje intaktná populácia vo veku od 15 do 19 rokov. Skúmanie sa zameriavalo na to, do akej miery rôzne faktory ovplyvňujú jazykové a komunikačné schopnosti spojené s PMH. Výsledky štatistickej analýzy ukázali, že na výkony adolescentov vplyva viacero faktorov. Ako významný faktor vplývajúci na spracovanie lexikálno-sémantického systému v prospech starších participantov sa ukázal vek. Štatisticky významný vplyv pohlavia sa preukázal v celkovom skóre, ako aj v subtestoch B, D a E, pričom ženy dosahovali lepšie výkony ako muži. Najvýznamnejším faktorom ovplyvňujúcim výsledky sa však ukázalo vzdelanie, ktoré malo signifikantný vplyv nielen na celkové skóre, ale aj na všetky subtesty v prospech participantov s vyšším vzdelaním. Porovnanie výkonov adolescentov s dospelými odhalilo lepšie výsledky dospelých, pričom s rastúcim stupňom vzdelania sa výkonnostný rozdiel medzi skupinami postupne znižuje, no stále je prítomný v prospech dospelých. Rozdiely boli najvýraznejšie v úlohách vyžadujúcich vyššiu úroveň jazykových schopností. Výsledky zároveň potvrdili trend vyššej úspešnosti participantov s vyšším vzdelaním, ktorý je pozorovaný aj u dospelých. Veríme, že naše zistenia nielen rozšírili doterajší výskum zameraný na dospelú populáciu, ale zároveň poskytli aj dôležitý základ pre objektívne hodnotenie jazykových schopností adolescentov v súvislosti s poškodením PMH.

Literatúra

- BLAKE, M. L.** 2021. Communication Deficits Associated with Right Hemisphere Brain Damage. In *The Handbook of Language and Speech Disorders*, vol. 1, 2021. p. 571 – 589.
- BLUMSTEIN, S., MYERS, E. B.** 2015. *Neural Systems Underlying Speech Perception*. Oxford University, 2013.
- DECKERT, M. et al.** 2019. Metaphor processing in middle childhood and at the transition to early adolescence: The role of chronological age, mental age, and verbal intelligence. In *Journal of Child Language*, vol. 46, 2019. p. 334 – 367.
- DICKINSON, D. K. et al.** 2012. How Reading Books Fosters Language Development around the World. In *Child Development Research*, 2012. p. 1 – 15.
- FUHRMANN, D. et al.** 2015. Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. In *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 19, 2015. p. 558 – 566.
- GROSBRAS, M. H.** 2018. Categorical emotion recognition from voice improves during childhood and adolescence. In *Scientific Reports*, vol. 8, 2018. p. 14791.
- HORVÁTHOVÁ, V.** 2025. Spracovanie jazykových kontextov a výkony v TEJKO u adolescentov vo veku 15 – 19 rokov: diplomová práca. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 2025. 113 s.
- LABACHE, L. et al.** 2023. Language network lateralization is reflected throughout the macroscale functional organization of cortex. In *Nature Communications*, vol. 14, 2023. p. 3405.
- LEE, H. J., KIM, M.** 2015. The Correlation between Metaphor Comprehension and Reading Comprehension of Poor Readers in 4 – 6 Grades. In *Communication Sciences & Disorders*, vol. 20, 2015. p. 331 – 343.
- LETTS, C. et al.** 2013. Socio-economic status and language acquisition: Children's performance on the new Reynell Developmental Language Scales. In *International Journal of Language & Communication Disorders*, vol. 48, 2013. p. 131 – 143.
- LINDELL, A. K.** 2006. In *Your Right Mind: Right Hemisphere Contributions to Language Processing and Production*. In *Neuropsychology Review*, vol. 16, 2006. p. 131 – 148.
- LYESMAYA, D. et al.** 2022. The Role of Mother's Education and Early Skills in Language and Literacy Learning Opportunities. In *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, vol. 21, 2022. p. 129 – 143.
- MARKOVÁ, J. et al.** 2025. *Jazykové kontexty a ich diagnostika*. Bratislava: SAL, 2025. 162 s. ISBN 978-80-69144-01-9.
- NIPPOLD, M. A.** 2016. *Later language development: School-age children, adolescents, and young adults*. Austin, Texas: PRO-ED, 2016. 325 p. ISBN 978-1-4164-1013-3.
- ROSSELLI, M. et al.** 2014. Language Development across the Life Span: A Neuropsychological/Neuroimaging Perspective. In *Neuroscience Journal*, 2014. p. 1 – 21.
- RUTTEN, G. J.** 2022. Broca-Wernicke theories: A historical perspective. In *Handbook of Clinical Neurology*. 2022.
- SHARMA, S. et al.** 2013. Maturation of the adolescent brain. In *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2013. p. 449.
- SHERRATT, S., BRYAN, K.** 2012. Discourse production after right brain damage: Gaining a comprehensive picture using a multi-level processing model. In *Journal of Neurolinguistics*, vol. 25, 2012. p. 213 – 239.
- WYNN, C. J. et al.** 2023. Speech Entrainment in Adolescent Conversations: A Developmental Perspective. In *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 66, 2023. p. 3132 – 3150.
- ZUPAN, B., ESKRITT, M.** 2024. Facial and Vocal Emotion Recognition in Adolescence: A Systematic Review. In *Adolescent Research Review*, vol. 9, 2024. p. 253 – 277.

BRBLAVOSŤ – TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ A DIAGNOSTIKA

CLUTTERING – THEORETICAL FOUNDATIONS AND DIAGNOSIS

Súhrn

Príspevok sa venuje diagnóze brblavosti. Sumarizuje aktuálne slovenské a zahraničné poznatky o tejto poruche plynulosti reči a o spôsobe jej diagnostikovania.

Summary

This article is dealing with the diagnosis cluttering. It summarizes current Slovak and foreign knowledge about this fluency disorder and about the way of its diagnostic approaches.

Mária Košútová

klinický logopéd

Ambulancia klinickej logopédie – Effeta, s.r.o.,
Žilina**Kľúčové slová:** porucha plynulosti reči, brblavosť, logopedická diagnostika, tempo reči**Keywords:** fluency disorder, cluttering, diagnosing, speech rate

1. Úvod

V slovenskej, ale aj v zahraničnej literatúre nájdeme **výrazne menej odbornej literatúry** o téme brblavosti v porovnaní s témou zajakavosti. Na Slovensku sa tejto téme venovali napríklad Lechta, Marková, Štenclová, Siklienková, Klugerová a Bernhausevová – viď zoznam bibliografických odkazov. **Pritom výskyt** týchto dvoch porúch plynulosti reči v populácii je **porovnateľný**. Čiastočne to môže byť spôsobené tým, že ľudia s brblavosťou nezažívajú takú výraznú psychickú tenziu ako osoby so zajakavosťou. Svoju úlohu však zohráva aj fakt, že **logopédi sú menej erudovaní** v oblasti diagnostikovania a terapie brblavosti. V dôsledku toho menej šíria povedomie o tejto poruche plynulosti reči a **laická verejnosť nevie, na koho sa v prípade potreby obrátiť**.

V súčasnej dobe sa kladie **dôraz na zrozumiteľné a efektívne prezentovanie svojich** pracovných či školských **výsledkov**. Preto sa ľudia s brblavosťou začínajú viac zaujímať o **možnosti, ako komunikovať plynulejšie**. Názor, že ich **dysfluentná reč ich netrápi**, je už **prekonaný**. To sa ukazuje v zahraničnej literatúre a potvrdzujú to aj naše skúsenosti. Osoby s brblavosťou sa vo výskume (Košútová, 2025) vyjadrili, že ich reč ich **obmedzuje v bežnom živote a chceli by ju zmeniť**. Takisto **väčšina učiteľov** uvádza, že brblavosť má vplyv na vzťah dieťaťa k spolužiakom, najmä počas sociálnych interakcií a pri realizácii skupinových projektov (Cook, 2024).

2. Terminologické vymedzenie

Anglický názov „cluttering“ **prvýkrát** v písomnej podobe **použil Thomas Sheridan** v roku 1762. Týmto pojmom sa okrem logopedickej diagnózy označuje aj **neporiadok** v domácnosti či **znečistenie morí**.

V nemecky hovoriacich krajinách sa brblavosť označuje ako „**Poltern**.“ Tento termín vznikol zo slov „buldern“ a „bolderen“, čo v preklade znamená „**lo-mozíť**, opakovane spôsobovať tupý zvuk, hlučne sa pohybovať, nahlas hromziť a nadávať“. Toto označenie podľa Brauna (2021) nie je optimálne.

Slovenský pojem „**brblavosť**“ môže tiež znieť pejoratívne, preto je úlohou nás logopédov, aby sme ho **demystifikovali**. Podľa nášho vlastného prieskumu (Košútová, 2025) väčšina študentov preferuje slovenský termín pred latinským „**tumultus sermonis**“. U klinických logopédov a logopédov v zdravotníctve sú preferencie vyrovnané, prípadne používajú oba termíny. V prostredí školských logopédov sa uprednostňuje výraz „brblavosť“. Na základe uvedeného budeme našom článku ďalej používať toto označenie.

Termín „**porucha plynulosti reči**“ je strešným pojmom, ktorý zahŕňa nielen zajakavosť a brblavosť, ale napríklad aj získané poruchy plynulosti reči. (Štenclová, 2021a)

3. Definícia brblavosti

V minulosti odborníci klasifikovali brblavosť buď príliš široko alebo naopak príliš úzko. Objavovalo sa teda množstvo **falošne pozitívnych** („všetci majú brblavosť“) a **falošne negatívnych** („nikto nemá brblavosť“) prípadov.

Podľa Warda (2006) je sporné, ktoré črty brblavosti sú esenciálne na stanovenie diagnózy. Braun (2020) chápe brblavosť ako multidimenzionálne narušenie komunikačnej schopnosti, kde interagujú hlavné, jadrové a sprievodné symptómy. Podľa Klenkovej (2006) brblavosť nie je izolovanou nozologickou jednotkou, pripomína skôr syndróm. Významné miesto zastáva názor Van Zaa-lenovej a Reichelovej (2014), podľa ktorých pri brblavosti **osoby nie sú schopné**

adekvátne nastaviť tempo reči vzhľadom na syntaktické alebo fonologické nároky daného momentu. Keď je teda jazyková produkcia jednoduchá, osoby s brblavosťou sú schopné hovoriť plynulo a zrozumiteľne. Avšak, keď sú jazykové nároky komplexnejšie, ľudia s brblavosťou majú, vzhľadom na tieto vyššie nároky, ťažkosti spomaliť tempo. To spôsobuje, že sú častejšie dysfluentní alebo produkujú viaceré rečové chyby.

V súčasnosti najväčší konsenzus odborníkov panuje pri definícii podľa St. Louis et al., 2007. Táto definícia hovorí, že:

Brblavosť je porucha plynulosti reči, pri ktorej sú časti (segmenty) konverzácie v materinskom jazyku vnímané ako príliš rýchle alebo nepravidelné (iregulárne) alebo ako ich kombinácia (niekedy rýchle a niekedy nepravidelné). Okrem toho sa musí vyskytovať ešte aspoň jedna z týchto charakteristík:

a) zvýšený počet „bežných“ dysfluencií,

b) nadmerná koartikulácia – zvýšený počet „do seba zliatych“ alebo nezrozumiteľných slabík,

c) abnormálne pauzy, prízvuk alebo tempo reči.

Táto definícia vychádza z perspektívy najnižšieho spoločného menovateľa (lowest common denominator). To znamená, že uvádza minimálny počet podmienok, ktoré sú nevyhnutné a postačujúce na definovanie brblavosti (St. Louise, Schulte, 2011; Ward, 2018, in Siklienková, 2020). Samozrejme osoby s brblavosťou môžu mať (a aj mávajú) i ďalšie symptómy (Scott, 2020). Je potrebné ešte poznamenať, že táto definícia sa nevylučuje s vyššie uvedeným chápaním brblavosti tak, ako ho uvádzajú európske autorky Van Zaalen a Reichel, 2014.

4. Incidencia brblavosti

Existuje len málo výskumov o prevalencii a incidencii brblavosti (St. Louis et al., 2010). Údaje o výskyte brblavosti podľa Lechtu (2016a) nie sú vždy úplne validné. Jedným z dôvodov je, že brblavosť sa často kombinuje so zajakavosťou, či inými poruchami.

Becker a Grundmann (1971) reportujú v nemeckých školách 1,8% detí s brblavosťou vo vekovej skupine sedem a osemročných žiakov (in St. Louis et al., 2010).

Sicková (2014) si myslí, že údaje v literatúre – 0,5 až 1,5% osôb s čistou brblavosťou v populácii – sú podhodnotené z dôvodu nízkeho povedomia o tejto poruche plynulosti reči. Logopédom chýba istota pri diagnostikovaní brblavosti a plánovaní liečby (St. Louis et al., 2010).

Podľa iných prieskumov sa brblavosť vyskytuje u detí medzi 1,1 až 1,8% (Neumann et al., 2016).

V roku 2017 bola realizovaná rozsiahla štúdia, zameraná na výskyt brblavosti v populácii v dvoch európskych krajinách – v Nemecku a v Holandsku (Van

Zaalen, Reichel, 2017). Viac ako 300 adolescentov prešlo diagnostikou zameranou na poruchy plynulosti reči. Účastníci, u ktorých sa objavila porucha plynulosti, boli ďalej testovaní. Na základe diferenciálnej diagnostiky medzi poruchami reči sa ukázalo, že prevalencia čistej brblavosti je v Holandsku 1,1% a v Nemecku 1,2%.

Nemeckí autori (Neumann et al., 2016) uvádzajú, že aj keď vezmú do úvahy najnižšie čísla výskytu brblavosti v populácii, dostanú výsledok cca 200 000 osôb v Nemecku, ktoré žijú s týmto narušením plynulosti reči. Ďalej uvádzajú, že v priemere z troch balbutíkov jeden má súčasne aj diagnózu brblavosti. V štúdií realizovanej s 20 dospelými japonskými balbutíkmi mala dokonca polovica z nich aj určité symptómy brblavosti (Iimura, Miyamoto, 2021).

Podľa skúseností Brauna (2024) má až polovica neplynulých detí brblavosť – či už v čistej forme alebo v kombinácii so zajakavosťou.

Brblavosť je častejšie diagnostikovaná u chlapcov ako u dievčat v pomere cca 7 : 3 (Sommer et al., 2021).

5. Symptomatológia brblavosti

Louis, Hinzman a Hul (in Tarkowski, 2002a) vypracovali už v roku 1985 zoznam, ktorý zahŕňal 64 možných symptómov brblavosti, žiadny z nich sa však nemusí manifestovať „povinne“. Môžu teda existovať dvaja pacienti s brblavosťou, pričom každý bude vykazovať iný súbor symptómov tejto poruchy. Toto je zjavné aj z definície brblavosti podľa St. Louisa et al. (2007): tempo reči je rýchle alebo nepravidelné alebo oboje.

Symptómy brblavosti sú nešpecifické – izolovane sa objavujú aj u ľudí bez brblavosti. To je rozdiel oproti zajakavosti – u ľudí so zajakavosťou existujú špecifické prejavy neplynulej reči, napríklad prolongácie alebo tiché pauzy s blokom, ktoré sa u ľudí bez poruchy plynulosti reči nevyskytujú. V minulosti sa brblavosť považovala za poruchu plynulosti alebo za jazykové narušenie, alebo za artikulačnú poruchu. Táto nejednotnosť je pochopiteľná: symptómy, ktoré sa objavujú u osôb s brblavosťou, zapadajú do viacerých klinických kategórií, ak by boli prítomné izolovane (Duchan, 2021). Výskum (Bóna, 2019) však potvrdzuje, že u osôb s brblavosťou sa vyskytuje signifikantne viac komplexných dysfluencií ako u osôb bez brblavosti.

5.1 Tempo reči

Najvýraznejším symptómom pri brblavosti sú odchýlky v tempe reči. Ľudia s brblavosťou rozprávajú buď príliš rýchlo alebo nepravidelnou rýchlosťou. Nepravidelné tempo znamená, že sa v reči striedajú

prudké zrýchlenia (špurty) a pomalšie prehovory. Tieto pomalšie prehovory často obsahujú vsuvky, opravy či prerušenia.

Podľa Van Zaalenovej a Reichelovej (2014) osoby s brblavosťou nie sú schopné **prispôbiť tempo reči nárokom daného momentu**. Keď sú jazykové nároky vyššie, sú dysfluentní, lebo majú ťažkosti spomaliť tempo. Scottová (2020) prirovnáva tento jav k športovým aktivitám, napríklad k lyžovaniu. Profesionálny športovec môže vykonávať danú disciplínu v rýchлом tempe bez toho, aby sa dostal do problémov. Menej obratný človek dokáže tiež športovať, ale musí zväžiť svoju rýchlosť. Ak ju správne neodhadne, môže sa dostať do ťažkostí. Podobne **človek s brblavosťou môže komunikovať plynulo a zrozumiteľne, ale je potrebné poznať svoje možnosti – ako rýchlo si môže dovoliť produkovať vety, aby nenastali v jeho expresii problémy**.

Existujú údaje o **normálnom tempe reči**. V tabuľke č. 1 vidíme, ako rýchlo rozprávajú ľudia bez poruchy plynulosti reči v bežných situáciách. Je experimentálne zistené (Van Zaalen, 2015), že normálne tempo je **nezávislé od jazyka**, ktorým človek rozpráva. Osoby s brblavosťou produkujú za sekundu viac ako 5,5 (resp. 5,3) slabiky. Rýchlosť reči môžeme **objektívne merať** napríklad prostredníctvom počítačového programu Praat. Podľa definície brblavosti je však **akceptované aj subjektívne hodnotenie** – ak sa logopédovi **javí** tempo reči akcelerované. Zvyčajne je to vtedy, ak tempo **pôsobí rušivo na komunikačný zámer** – logopéd viac rozmýšľa nad rýchlosťou reči, ako nad obsahom zdieľanej informácie.

Tabuľka 1
Normálne tempo reči (Wilhelm, 2020; Van Zaalen 2015)

Vek	Normálne tempo reči
Dieťa (do 11 rokov)	2,5 – 5,0 slabík/sekundu
Adolescent (od 12 do 22 rokov)	2,5 – 5,5 slabík/sekundu
Dospelý (od 23 rokov)	2,5 – 5,3 slabík/sekundu
Senior (65+)	2,5 – 4,8 slabík/sekundu

Cooková (2023) odporúča vybrať z dvojminútového prehovoru päť viet. Každá veta by mala obsahovať 10 – 20 slabík. Podmienkou je, aby tieto vety boli fluentné.

Príklady:

- „Ja som sa – ja som bol ostrihaný.“
 - nonfluentná, nehodnotíme
- „Nevedel som é nevedel nevedel som, kedy bude metro odchádzať.“
 - nonfluentná, nehodnotíme
- „Ja som mal problém aj s inými v rámci takýchto telefonátov.“

- Vypočítame, že veta má 19 slabík.

Vyslovenie danej vety trvalo podľa programu Praat 3 sekundy. Vydělíme počet slabík počtom sekúnd. Rýchlosť je 6,3 slabiky za sekundu.

- „Mal som ťažkosti aj s tým mikrofónom.“

- Vypočítame, že veta má 11 slabík.

Vyslovenie danej vety trvalo podľa programu Praat 1,5 sekundy. Vydělíme počet slabík počtom sekúnd. Rýchlosť je 7,3 slabiky za sekundu.

- „Poviem vám o zariaďovaní nového bytu.“

- Vypočítame, že veta má 14 slabík.

Vyslovenie danej vety trvalo podľa programu Praat 2 sekundy. Vydělíme počet slabík počtom sekúnd. Rýchlosť je 7 slabík za sekundu.

5.2 Nadmerné množstvo bežných neplynulostí

U osôb s brblavosťou sa často vyskytuje **nadmerné množstvo bežných neplynulostí**. Štandardné postupy uvádzajú nasledovné delenie neplynulostí (Marková et al., 2011 in Štenclová, 2021a):

Tabuľka 2
Dysfluencie ako pri zajakavosti a normálne dysfluencie

Dysfluencie ako pri zajakavosti:	Normálne dysfluencie:
Repetície častí slov a slabík (R1)	Repetície viacslabičných slov (RSv),
Repetície jednoslabičných slov (RSj)	Repetície slovných zvrátov (RSZ),
Prolongácie (P)	Interjekcie (I),
Tiché pauzy s blokom (TPA)	Tiché pauzy (fyziologické) (TPAN),
Prerušované slová spojené s blokom (PRER)	Prerušované slová – iné prerušenie (PRER)
	Nekompletné slovné zvraty (NEK)
	Opravy (OP)

Scottová (2020) zjednodušuje delenie dysfluencií nasledovne:

Tabuľka 3
NTpZ a NNTpZ

Neplynulosti, typické pre zajakavosť (NTpZ)	Neplynulosti, nie typické pre zajakavosť (NNTpZ)
Repetície zvukov/slabík s tenziou	Opakovanie celých slov
Prolongácie	Opakovanie časti vety
Bloky	Opravy
Tiché pauzy	Vsuvky a výplne (napr. hm, no)

Žiadny človek nie je na 100% plynulý – v reči každého z nás sa objavujú neplnulosť nie typické pre zajakavosť (NNTpZ). U ľudí **s brblavosťou** je ich **počet** však **zvýšený**. Nemáme presné číslo, koľko dysfluencií je ešte v norme a koľko je už patológia. Riadime sa definíciou narušenej komunikačnej schopnosti – ak je v reči toľko NNTpZ, že **pôsobia rušivo** vzhľadom na komunikačný zámer, uvažujeme o brblavosti. Ak teda pri počúvaní človeka s brblavosťou rozmýšľame viac nad formou, ako nad obsahom jeho reči, tak neplnulosť pôsobí rušivo, vzhľadom na odovzdávanú informáciu (Scott, 2020). Tu si môžeme spomenúť na vtipné príhody zo školy, keď spolužiak pred tabuľou odpovedá a jeho kamaráti si značia čiarky, koľkokrát povedal napríklad slovo „vlastne“.

5.3 Nadmerná koartikulácia

Osoby s brblavosťou niekedy rozprávajú tak **rýchlo**, že nestíhajú vysloviť všetky **slabiky správne**. **Prehodia, zamenia alebo vynechajú** časti slov. Skracovanie slov sa hovorovo označuje ako teleskopovanie – podľa teleskopu, ktorý sa tiež dokáže zasunúť sám do seba (Spruit, 2015, Wilhelm, 2020). Odborne sa tento jav nazýva **nadmerná koartikulácia** (Scott, 2020). Napríklad namiesto vety „Ideme do Bešeňovej,“ by človek s brblavosťou mohol povedať: „Idme do Bešvej.“

5.4 Neprirodzené pauzy, neprirodzený dôraz alebo rytmus

V slovenčine (Košíťová, 2025) sme pozorovali najmä problém so správnym umiestnením **prestávky** v reči. U osôb s brblavosťou sa v reči občas objavujú **pauzy na miestach, kde by sme ich neočakávali**. Fyziologické pauzy (potreba nadýchnuť sa) nekorešpondujú s významovými pauzami (hranice viet, významových celkov). Toto je často spôsobené silným nutkaním k hovoreniu – človek sa nenadýchne na mieste, kde je to významovo vhodné, ale až vtedy, keď už nemá dostatok vzduchu pre ďalšiu fonáciu.

Tabuľka 4

Príklad správneho a nesprávneho umiestnenia pauzy

Išli sme do obchodu, (pauza) aby sme kúpili pečivo.	Správne umiestnenie pauzy
Išli sme do obchodu, aby sme kúpili pe(pauza)čivo.	Nesprávne umiestnenie pauzy

Scottová (2020) však **upozorňuje**, že poruchy plynulosti reči sa nemusia prejavovať neustále. Ľudia so zajakavosťou majú vo svojej reči i plynulé prehovory. Podobne by sme mali diagnostikovať aj pacientov s brblavosťou. Ak je reč počas vyšetrenia plynulá, mu-

síme zhodnotiť, či **mala daná osoba príležitosť** uvoľniť sa a **spontánne rozprávať v zložitejších gramatických štruktúrach**, pri ktorých by sa brblavosť pravdepodobne prejavila.

5.5 Ďalšie symptómy brblavosti

Sicková (2014) uvádza až 17 kategórií symptómov: (1) rýchle a/alebo nepravidelné tempo, (2) fonetické nápaditosti v reči, (3) neplnulosť, (4) poruchy jazykových schopností (narušené porozumenie reči, morfológicko-syntaktické symptómy, narušenia mentálneho lexikónu a sémantiky a narušenie štruktúrovania reči), (5) narušenie v oblasti komunikácie a pragmatiky, (6) prozodické nápaditosti v reči, (7) nesprávne využitie páuz počas rozprávania, (8) ťažkosti s muzikalitou, (9) zmeny v dýchaní a hlase, (10) nápaditosti v písomnej reči, (11) oslabenie sebauvedomovania a kontroly reči (monitoring), (12) oslabenie v oblasti pozornosti a koncentrácie, (13) oslabené auditívne uvedomovanie a spracovanie, (14) oslabené vizuálne uvedomovanie, (15) vzťah kognitívnych schopností a brblavosti, (16) prepojenie brblavosti s hrubou a jemnou motorikou, (17) osobnostné charakteristiky a správanie.

Jazykové ťažkosti a problémy v organizácii svojej výpovede nie sú povinným symptómom na diagnostikovanie brblavosti. Často sa však vyskytujú u pacientov s brblavosťou. Tieto osoby sa potrebujú naučiť tvoriť **výpovede, ktoré budú kohézne a koherentné** (Braun, 2020). Učia sa **rozoznať, čo komunikačný partner o danej téme vie**, čo je nevyhnutné spomenúť a čo naopak v mene lepšieho porozumenia treba vynechať (Sick, 2014). Podľa Wilhelma (2020) majú osoby s brblavosťou ťažkosti **nájsť správne slová** – potrebujú o niečo viac času, aby vybrali z pracovnej pamäti vhodné slovo. Ak u konkrétneho pacienta pozorujeme tieto symptómy, je vhodné zamerať sa v oblasti terapie aj na ne.

5.6 Predsudky o brblavosti

V minulosti sa tvrdilo, že ľuďom s brblavosťou ich reč **neprekáža**, ale stresuje ich komunikačných partnerov. **Súčasný výskum** poukazuje na to, že osoby s brblavosťou často **pocitujú negatívne emócie** ako frustrácia či rečovú **anxiету** (Sonsterud, 2009; Ward, 2006; Wilhelm, 2020).

Človek s brblavosťou dokonca môže prežívať **dvojitú frustráciu**: na jednej strane si je vedomý svojej poruchy plynulosti, ale na druhej strane vie, že si **v danom momente** svoju brblavosť neuvedomí (Sonsterud, 2009).

Scottová (2016) uvádza pre lepšie pochopenie **paralelu s namotávaním si vlasov na prst**. Keď má človek zvyk omotávať si vlasy okolo prsta počas rozprávania, zvyčajne **o svojom zvyku vie**. Keď sa ho

však **v danom momente** spýtate, či si to uvedomuje, že si **práve teraz** namotával vlasy na prst, prekvapene vám odpovie, že **si to vlastne ani nevšimol**.

Vo výskume (Košíťová, 2025) sme sa pýtali ľudí s brblavosťou, **ako veľmi ich trápí ich reč** na škále od nula do deväť (nula znamená vôbec, deväť znamená najviac). Tieto osoby často odpovedali číslami **v hornej polovici škály**. „Na škále od nula do deväť ma brblavosť trápí, hm, asi šesť. Keď rozprávam rýchlo, to si nevedomujem. Ale keď sa mi už zapletie jazyk, to si uvedomujem,“ hovorí jedna z účastníčok prieskumu.

Niektoré vyjadrenia reflektujú **búrliivé emócie spojené s rečou**. „Brblavosť ovplyvňuje môj život stále a každý deň. Je to taká aj určitá bariéra v komunikácii, keď nie som vždy schopný zdeliť to, čo chcem. Potom vznikajú napríklad nedorozumenia alebo to musím opakovať, čo pôsobí na mňa negatívne,“ vyjadril sa iný participant a dodáva: „Na môj život to má dopad hlavne v spoločnosti, vo vzťahoch, v práci a tak. Horšie je to v nadväzovaní vzťahov, tam prepadám.“ Ďalšia pacientka sa vyjadrila, že „brblavosť vplýva najmä na komunikáciu s mojimi blízkymi, najmä s manželom, čo vedie k dosť veľkým nedorozumeniam, nervozite a ku mlčaniu z mojej strany.“ Podobne to vníma aj iný účastník výskumu: „Brblavosť spôsobuje hanbu, veľa nedorozumenia, hnev u mňa a neprimerané reakcie, nedôveru v rečový prejav a neochotu rozprávať.“

Súhlasíme, že v dnešnej dobe, keď je **prezentovanie výsledkov svojej práce** či **školských výkonov** vysoko **cenené**, sú ľudia s brblavosťou v určitom zmysle slova **hendikepovaní**. Pacient, ktorý pôsobí ako učiteľ na prestížnej škole, hovorí: „Brblavosť ovplyvňuje môj život najmä v tom, že musím viackrát opakovať, keď niečo rozprávam, lebo mi nie je rozumieť – aj študenti mi to viackrát hovorili, že mám ísť pomalšie a tak.“

Osoby s brblavosťou sú často považované za nervózne, napäté, neisté, bojzlivé (Blanchet, 2017), **nepozorné a roztržité**, (Sick, 2020). V pilotnej štúdií, ktorá bola zameraná na **pozornosť u osôb s brblavosťou**, sa však ukázalo, že **nie sú signifikantné rozdiely** v reakčnom čase alebo presnosti odpovedí **medzi osobami s brblavosťou a bez nej** (Gosselin, Ward, 2019). To znamená, že časté **predsudky** o ľuďoch s brblavosťou, ktorí sú nesústredení a robia chyby z nepozornosti, **nemusia byť pravdivé**.

6. Etiológia brblavosti

Príčina vzniku brblavosti je často neznáma (Hedge, 2001 in Lechta, 2016a). Predpokladá sa **genetická** príčina, keďže sa táto porucha plynulosti reči často vyskytuje u viacerých osôb v rámci pokrvnej rodiny (Neuman et al., 2016; Fibiger et al. 2010).

Na EEG vyšetrení môžu byť, u pacientov s brblavosťou, prítomné **nálezky v kôrových oblastiach**

mozgu, ktoré sú asociované s rečou (Neumann, 2019). Podľa inej teórie je porucha neurotransmiterov zodpovedná za **nadbytok dopamínu**, ktorý nepriaznivo ovplyvňuje motorické prevedenie fonácie a artikulácie (porov. Neumann et al., 2016). Pravdepodobne dochádza **k nadmernej aktivácii a dysregulácii mediálnych frontálnych oblastí mozgového kortexu**, ale na potvrdenie tejto hypotézy je potrebný ďalší výskum (Cable, 2018).

Vyšetrenia funkčnou magnetickou rezonanciou ukázali, že osoby s brblavosťou vykazujú pri produkcii reči (opis obrázka a čítanie viet) **vyššiu mozgovú aktivitu** v určitých oblastiach mozgu v porovnaní s kontrolnou skupinou osôb bez brblavosti. Vyššia aktivizácia sa objavovala v mozgovom kortexe **premotorickej oblasti a v presuplementárnej motorickej oblasti**. Subkortikálne sa potvrdila vyššia aktivita v oblasti bazálnych ganglií (konkrétne oblasti **nucleus caudatus a putamen**). Naopak, osoby s brblavosťou vykazovali nižšiu mozgovú aktivitu v porovnaní s kontrolnou skupinou **v anteriórnych laterálnych oblastiach mozočka** (Ward, 2015). Zdá sa teda, že kľúčové oblasti pri brblavosti sú anteriórny cingulárny kortex, premotorická oblasť, presuplementárna motorická oblasť a vstup z bazálnych ganglií (Alm, 2011).

Sľubným a ekonomickým spôsobom, ako merať aktivitu mozgového kortexu, je **funkčná near-infrared spektroskopia (fNIRS)**. Výhodou fNIRS je, že osoba s brblavosťou je monitorovaná presne v momente rečovej produkcie. V pilotnej štúdií (Niephaus, 2023) sa ukazujú zaujímavé výsledky, ktoré čiastočne odporujú výsledkom z funkčnej magnetickej rezonancie, ale z dôvodu malej výskumnej vzorky je potrebné opakovať testovanie s väčším počtom ľudí s brblavosťou.

Odchýlky v činnosti mozgu sa prejavujú v rečových i nerečových oblastiach. Osoby s brblavosťou majú podľa Wilhelma (2020) **narušené schopnosti plánovania** (nielen plánovania reči, ale aj plánovania činností), **oslabenú vlastnú sluchovú spätnú väzbu** a často majú **ťažkosti v oblasti pracovnej pamäti**.

Keďže ľudia s brblavosťou sú často typickí aj dezorganizovaným správaním, narušeným sebauvedomovaním a deficitmi v oblasti pozornosti, niektorí odborníci (Heidler, 2013) považujú brblavosť sa súčasť dysexekutívneho syndrómu. Pre túto hypotézu však v súčasnosti nemáme dostatočné teoretické zakotvenie.

Duchan (2021) sumarizuje, že v súčasnosti sa predpokladá **neurogenetický pôvod** brblavosti. Príčinou poruchy je nedostatočne efektívne spracovávanie informácií v rečových a jazykových oblastiach mozgu. Je však potrebné realizovať ďalšie genetické štúdie a skúmať mozog osôb s brblavosťou pomocou moderných zobrazovacích techník na lepšie pochopenie patofyziológie brblavosti.

7. Typy brblavosti

Spruitová (2015) delí brblavosť na základe Leveltovho modelu rečovej produkcie (Levelt et al., 1999). Klasifikuje brblavosť na **motorickú a lingvistickú**. Motorický (fonologický) typ brblavosti vzniká vtedy, keď sa pri monitorovaní neodhalia chyby vo fonologickom kódovaní. To vedie k zámenám hlások, ku koartikuláciám, k teleskopovaniu, k nesprávnemu poradiu hlások v slabike a k chybám v štruktúre slova. Pri lingvistickej brblavosti vedú problémy s vyhľadáním slov (na úrovni lémy a lexémy) a problémy s morfológickým a syntaktickým kódovaním k revíziám, interjekciám a repetíciám slov a fráz (Spruit, 2015).

Wilhelm (2020) podobne opisuje **fonologickú a syntaktickú brblavosť**. Nedokončené vety, výplne a opakovanie slov narušajú štruktúru vety a poslucháč má problém sledovať líniu hovoriaceho – toto sa vo Wilhelmovej klasifikácii označuje ako syntaktická brblavosť. Vynechanie alebo poprehadzovanie hlások v slabike, nečistá artikulácia a chyby v štruktúre slova spôsobujú zníženie zrozumiteľnosti naznačujú fonologickú brblavosť.

Siklienková (2020) uvádza ďalšie klasifikácie brblavosti: podľa Warda (2018) sa brblavosť delí na **lingvistickú a motorickú**; podľa Van Zaalenevej (2015) na **syntaktickú a motorickú**.

Tabuľka 5
Typy brblavosti

Typ brblavosti	Symptómy
Motorická/fonologická	Chyby v štruktúre slova – nadmerná koartikulácia, zámeny hlások, nesprávne poradie hlások
Lingvistická/syntaktická	Chyby v štruktúre vety – opravy, vsuvky, repetície slov a fráz, nedokončené vety

8. Diagnostika brblavosti

8.1 Ciele diagnostiky

Primárnym cieľom diagnostiky brblavosti je stanoviť, či osoba má alebo nemá túto poruchu plynulosti reči. V diagnostike, ale aj počas terapeuticko-diagnostiky si logopéd všíma, ktoré symptómy sú u konkrétneho pacienta najzávažnejšie – na tieto oblasti sa potom zameriava v terapeuticko-lingvistickej časti logopedickej intervencie.

8.2 Získanie anamnestických údajov

Ward (2006) odporúča začať získavanie anamnestických údajov otázkou, prečo pacient vyhľadal logopéda. Ďalej logopéd zisťuje **rodinnú anamnézu**: či je v pokrvnej rodine prítomnosť narušenej komunikačnej schopnosti, zvlášť zajakavosti alebo brblavosti. Logopéda zaujíma, ako prebiehal pacientov **vývin reči**, u pacientov s brblavosťou je totiž typické oneskorenie sa pri dosahovaní vývinových mílnikov. Pacienti si často nevedia spomenúť, **kedy sa brblavosť objavila prvýkrát**. Logopéd môže pomôcť doplňujúcimi otázkami: „Komentovali ľudia na základnej škole, že rozprávate príliš rýchlo? Pamätáte si, že by ste mali ťažkosti povedať dlhé viacslabičné slová?“ Pri odoberaní anamnézy poslúžia aj informácie o správaní sa pacienta **v škole**: „Aké boli jeho obľúbené a neobľúbené predmety? Aký mal vzťah k rovesníkom a autoritám?“ Pacienti s brblavosťou môžu vykazovať problémové správanie, spojené s prirodzenou impulzívnosťou a narušenou pozornosťou. Vo výraznej väčšine prípadov nezažívajú pacienti šikanovanie alebo posmievanie sa pre ich poruchu reči. Typicky majú ťažkosti pri čítaní, písaní a umeleckých predmetoch, naopak ich silnou stránkou môže byť matematika. Je potrebné **orientačne zistiť úroveň motorických schopností**, často sa totiž nekoordinovanosť prejavuje nielen v rečovej oblasti, ale aj v hrubej a jemnej motorike. Niektorí pacienti s brblavosťou majú neustále potrebu hýbať sa. Taktiež je potrebné zistiť, aké **lieky** pacient dlhodobo užíva. Vedľajšie účinky medikamentózneho liečby môžu pozitívne alebo negatívne ovplyvniť rečový prejav. Ak pacient v minulosti navštevoval logopéda, pýtame sa na priebeh intervencie.

Podobný prístup k získavaniu anamnestických údajov majú Bernhauserová a Klugerová (2014). Tieto autorky vypracovali záznamový hárok v českom jazyku, v ktorom sú anamnestické údaje pacienta rozdelené do 5 oblastí: rodinná anamnéza, osobná anamnéza, komunikačné prostredie, patogenéza a súčasný stav.

Na základe spomínanej literatúry sme vytvorili tabuľku, ktorú je možné použiť na zaznamenanie anamnézy v našich podmienkach.

8.3 Získavanie spontánnej rečovej vzorky

Podľa Scottovej (2020) je pri diagnostike brblavosti kľúčové **získať dobrú rečovú vzorku**. Bez toho totiž nie je možné ďalej hodnotiť, či má pacient vo svojej reči nadmerné množstvo bežných neplynulostí alebo iné symptómy diagnózy.

Na elicitáciu rečovej vzorky existuje viacero spôsobov. Musíme sa rozhodnúť, či chceme získať vzorku dialógu alebo monológu a v prípade monológu

Tabuľka 6

Anamnestické údaje pri brblavosti

<p>Anamnestické údaje Prečo ste sa rozhodli vyhľadať logopéda? Čo vás trápi na Vašej reči / reči Vášho dieťaťa?</p>
<p>Rodinná anamnéza Mal niekto v pokrvnej rodine ťažkosti s rečou? Ako dieťa neskôr začal rozprávať; zajakával sa; mumlavo rozprával; mal dyslexiu alebo iné ťažkosti s učením... Vypíšte: KTO AKÉ ŤAŽKOSTI</p>
<p>Osobná anamnéza Ako prebiehal vývin reči u pacienta? V norme – oneskorený – akcelerovaný Kedy začal ako dieťa produkovať prvé slová? Prvé dvojslovné vety? Aké sú pohybové schopnosti pacienta? koordinovaný 1 2 3 4 5 nemotorný pokojný 1 2 3 4 5 stále v pohybe dobrá jemná motorika 1 2 3 4 5 slabšia jemná mot.</p>
<p>Zdravotná anamnéza Vyskytli sa počas tehotenstva vážne komplikácie? nie – áno (napíšte, aké) Vyskytli sa počas pôrodu vážne komplikácie? nie – áno (napíšte, aké) Prekonal pacient vážne úrazy? Úrazy hlavy, zlomenina končatiny.... nie – áno (napíšte, aké) Lieči sa na nejaké chronické ochorenie? Alergia, ochorenie tráviacej sústavy, neurologické ochorenie, genetické ochorenie... nie – áno (napíšte, aké) Absolvoval pacient operáciu? Výber nosových alebo krčných mandlí, paracentéza ušného bubienka, strihanie podjazykovej uzdičky... nie – áno (napíšte, aké) Užíva pacient dlhodobo nejaké lieky? nie – áno (napíšte, aké) Navštevoval už pacient logopedickú ambulanciu? nie – áno Ak áno, popíšte stručne: V akom veku? Z akého dôvodu? Ako dlho? Aký bol priebeh intervencie? Ako sa ukončila intervencia? Kedy sa prvý raz prejavila brblavosť? Uvedomuje si pacient svoju poruchu plynulosti? nie – áno – čiastočne Trápi ho porucha plynulosti? nie – áno – čiastočne Má pacient aj inú NKS okrem brblavosti? nie – áno (napíšte, akú)</p>
<p>Školská anamnéza Oblúbené predmety v škole Neoblúbené predmety v škole Vzťahy s rovesníkmi: vždy v centre pozornosti, zabávač/má pár dobrých priateľov/ posmievajú sa mu Vzťahy k autoritám: impulzívny, nepozorný, poslušný, tichý</p>

ďalej vyberáme opisný, naratívny alebo procedurálny diskurz (Kevická, Marková, Buntová, 2021).

Ak pacient v situácii vyšetrenia **nemanifestuje symptómy brblavosti**, nemusí to automaticky znamenať, že nemá brblavosť. Príčinou môže byť krátkodobá nadmerná sebakontrola alebo zámerná produkcia lingvisticky jednoduchších prehovorov (pretože osoba si je vedomá, že sa nachádza v testovej situácii). Van Zaalen a Strangis (2022) opisujú kazuistiku mladého

chlapca, ktorého matka požiadala o logopedickú diagnostiku pre podozrenie na brblavosť. Chlapec pri prvom osobnom stretnutí budil dojem, že je plachý, nezaújíma sa o rozprávanie, na otázky odpovedal zdvorilo, ale úsečne. **Diagnóza brblavosti sa potvrdila až pri sledovaní videonahrávky z domáceho prostredia:** pacient rozprával rýchlo, v jeho reči bolo veľa neplynulostí, nedokončených viet a príbehov a mal silné nutkanie veľa rozprávať o svojich obľúbených témach.

Scottová (2020) **odporúča nadviazať s pacientom rozhovor na tému, o ktorej veľa vie a rád o nej rozpráva**. Pri takejto rečovej produkcii nemusí dlho premýšľať nad tým, čo povie, uvoľní sa a správa sa prirodzenejšie. Práve vtedy, keď sa človek s brblavosťou menej kontroluje, môžeme v jeho reči zaregistrovať nadmerné vsuvky, opravy, interjekcie a prerušenia.

Siklienková (2020) opisuje **prerозprávanie príbehu „Príbeh o peňaženke“** (Autorkou originálu je van Zaalen et al., 2009.) Okrem typov dysfluencií si logopéd pri prerозprávaní všíma aj správnosť použitia syntaxe a prítomnosť hlavných aj menej podstatných bodov príbehu.

Rečovú vzorku môžeme získať aj z **domáceho prostredia**, ak požiadame o spoluprácu rodinného príslušníka. Ideálne je, keď osoba so suspektnou brblavosťou nevie o tom, že je nahrávaná. Produkuje dlhšie prehovory, napríklad rozpráva o zážitkoch dňa, opisuje dej prečítanej knihy a podobne. Po zhotovení záznamu je, samozrejme, potrebné, aby sa rodinný príslušník dohodol s osobou so suspektnou brblavosťou, či je ochotná túto nahrávku poskytnúť logopédovi na analýzu.

Van Zaalen (2023) nám pri osobnom stretnutí opísala svoj postup: na krátku chvíľu sa vzdiali zo svojej ambulancie, pričom pacient a jeho sprievodná osoba nevedia, že je v priestoroch umiestnené nahrávacie zariadenie. Keď sa logopéd vráti, informuje ich o nahrávke ich **spontánnej konverzácii** a pýta sa, či ju má vymazať alebo na nej môžu spolu analyzovať plynulosť reči.

8.4 Diagnostika podľa definície brblavosti

Ak vychádzame z definície St. Louis et al. (2007), musí pacient na získanie diagnózy brblavosti splniť záväznú podmienku týkajúcu sa tempa reči, a aspoň jednu z troch fakultatívnych podmienok (tabuľka 7).

Na vzorke spontánnej reči si podľa Scottovej (2020) všímame, či je reč percipovaná ako rýchla alebo nepravidelná. Nie je potrebné merať počet slabík za daný časový úsek, kľúčové je, či je „...reč **percipovaná ako príliš rýchla alebo nepravidelná...**“. Za príliš rýchlu alebo nepravidelnú považujeme reč vtedy, ak nevhodne zvolené tempo pôsobí rušivo vzhľadom na komunikačný zámer. Počúvajúca osoba si viac všíma rýchlosť reči (formu) ako obsah, ktorý jej chce pacient s brblavosťou komunikovať.

Okrem rýchleho/nepravidelného tempa reči musí byť splnené aspoň jedno z týchto troch kritérií: nadmerné množstvo neplynulostí, pričom väčšina z nich nie je typická pre zajakavosť; nadmerné kolapsy a vynechanie slabík; neprirodzené pauzy, dôraz alebo rytmus.

Pri zisťovaní **počtu neplynulostí** Scottová (2020) odporúča pracovať s konverzačnou vzorkou 500 slabík.

Bóna (2019) vo svojom výskume analyzuje 300 slabík, ktoré vyberá zo strednej časti rečovej vzorky. Iimura a Miyamoto (2021) vo svojej štúdií analyzujú dysfluencie osobitne pre tri rôzne rečové kontexty: spontánna reč, prerозprávanie príbehu a čítanie.

Druhou možnosťou je, že osoba nadmerne vynecháva slabiky a kolabuje slová. To znamená, že preukazuje **nadmernú koartikuláciu** a má tendenciu produkovať časti vety ako jedno súvislé slovo. Konce slov vyslovuje slabo, čo znižuje zrozumiteľnosť. V správe z logopedického vyšetrenia je vhodné uviesť príklad z rečovej vzorky, ktorý podporuje toto tvrdenie.

Tretia z voliteľných podmienok na diagnostikovanie brblavosti sú **neprirodzené pauzy, neprirodzený slovný prízvuk, vetný dôraz alebo neprirodzený rytmus**. V slovenčine je prízvuk typicky na prvej slabike, preto s ním väčšinou osoby s brblavosťou nemajú problémy. Naopak, ťažkosti slovenským pacientom robí správne umiestnenie prestávky v reči. Klient spĺňa kritérium pre tento aspekt reči, ak sa pauzy v jeho reči občas objavujú na miestach, kde by sme ich z gramatického hľadiska neočakávali, to znamená, že fyziologické pauzy „neladia“ s významovými. Logopéd môže opäť v diagnostickej správe uviesť príklad, kde fyziologická pauza nekorešponduje s významovou pauzou (Scott, 2020).

Tabuľka 7

Diagnostické rozhodovanie – má pacient brblavosť alebo nie?

Symptóm		Príklad	Brblavosť = 2x ÁNO ↓
Rýchle tempo	Á / N		Aspoň 1? Á / N
Nepravidelné tempo	Á / N		
Neplynulosti	Á / N		Aspoň 1? Á / N
Nadmerná koartikulácia	Á / N		
Prozódia	Á / N		
			Brblavosť Á / N

8.5 Predictive cluttering inventory – Daly

Po získaní spontánnej rečovej vzorky sa môžeme oprieť aj o dotazník Predictive cluttering inventory (PCI), ktorého autorom je Daly (2006) a pre potreby slovenských Štandardných postupov ho preložila Siklienková (2020) a Štenclová (2021b). Dotazník ma-

puje štyri oblasti: reč, jazykové schopnosti, pozornosť a motorické plánovanie. Pre diagnostické rozhodovanie je ťažisková prvá časť, ktorá sa zameriava na zvukovú stránku prehovoru pacienta. Ak pacient získa v prvých desiatich otázkach viac ako 30 bodov zo 60 možných, sú v jeho reči symptómy brblavosti. Znenie celého dotazníka je dostupné na internetovej stránke Ministerstva zdravotníctva SR (Štandardné postupy – klinická logopédia) alebo na oficiálnej stránke International Cluttering Association (preložený do slovenčiny): <https://sites.google.com/view/icacluttering/resourcesdownloads/clinical-materials>. Tu uvádzame len kľúčové otázky, ktoré sa hodnotia škálou 0 – nikdy až 6 – vždy. Van Zaalen (2023) však zdôrazňuje, že ide len o skriningové vyšetrenie, a teda nemôžeme na základe samotného PCI stanoviť diagnózu brblavosti.

Tabuľka 8
Predictive cluttering inventory (PCI) – Daly

	0	1	2	3	4	5	6
1. Absentujú pauzy medzi slovami a frázami							
2. Opakovanie dlhých slov so spoluhláskovými zhlukmi a frázami							
3. Nepravidelné tempo reči, hovorenie s prejavmi vyrážania alebo s explozívnymi začiatkami slov							
4. Splývanie slov do seba alebo ich redukcie							
5. Počiatočný hlasitý prejav prechádza do nezrozumiteľného mrmlania							
6. Orálna diadochokinéza vykazuje zníženú koordináciu v porovnaní s očakávanou normou							
7. Veľmi rýchly rečový prejav (tachylália)							
8. Koexistencia (súčasný výskyt) nadmerných dysfluencií a hovorenia s charakterom zajakavosti							
9. Rýchlosť hovorenia sa postupne zvyšuje							
10. Ťažkosti s plánovaním činností, nesprávne posudzovanie efektívneho využívania času (nedodržanie časového plánu)							

8.6 Dotazník pre partnera/rodiča

Zaujímavé informácie môže priniesť tiež dotazník pre komunikačných partnerov človeka s brblavosťou.

Pacienti s brblavosťou sú k svojej poruche často nekritickí, až kým na ich rečový prejav nezačne negatívne reagovať ich okolie. **Úzka spolupráca s komunikačnými partnermi je preto v diagnostike nevyhnutná** (Bernhauserová, Klugerová, 2013).

Na rozdiel od osôb so zajakavosťou ľudia s brblavosťou zvyčajne nevyhľadajú logopéda pre svoje

vlastné obavy z reči. U dospelých pacientov iniciuje vyhľadanie odborníka partner, učiteľ alebo kolega. **U detí býva primárnou príčinou návštevy logopéda artikulačné ťažkosti alebo obavy o správny vývin reči** (Ward, 2006). Spruit (2024) uvádza, že väčšina detí i dospelých, ktorí sa objednávajú na logopedické vyšetrenie, v prvotnom kontakte hlásia, že sa zajakávajú – až následná diagnostika ukáže v ich reči symptómy brblavosti.

Dotazník pre komunikačného partnera pacienta s brblavosťou vytvoril Daly (1996). Rodič alebo partner hodnotí osobu s brblavosťou na škále 0 – vôbec ho nevystihuje až 3 – veľmi ho vystihuje. Ak osoba získa **55 alebo viac bodov**, podľa autora to silno **indikuje brblavosť**. Z 33 otázok je vybratých 10, ktoré zvlášť silno indikujú diagnózu: sú to otázky č. 4, 5, 10, 18, 19, 20, 22, 25, 29, 30. Pri adaptácii do japonči-

ny sa výskumne potvrdilo rovnaké **cut-off skóre** ako v anglickom jazyku (Miyamoto, 2018). Môžeme teda predpokladať, že analogické normy budú platiť aj pre slovenské jazykové prostredie. V dotazníku sa nachádzajú aj zložitejšie koncipované otázky, preto odporúčame, aby ho administroval logopéd a vysvetlil komunikačnému partnerovi uvedené symptómy.

Tabuľka 9

Dotazník pre rodiča/partnera osoby s brblavosťou

Dotazník pre rodiča/partnera osoby s brblavosťou

Meno: Dátum: Vek:

Odpovedzte na uvedené výroky. Vaše odpovede by mali odrážať, ako veľmi daný výrok vystihuje vaše dieťa/vášho partnera.

0 = vôbec, 1 = trochu, 2 = dosť, 3 = veľmi vystihuje

	0	1	2	3	Poznámka
1. opakuje slabiky, slová, frázy					
2. tiché pauzy v rozprávaní, váhanie, „vypĺňacie“ slová (no, také, vieš)					
3. zastaví pred prvou samohláskou					
4. trhané alebo nerytmické dýchanie					
5. nezrozumiteľná artikulácia (vynechanie hlások alebo slabík)					
6. chybná výslovnosť hlások L, R alebo sykaviek					
7. nemotorné, nekoordinované, unáhlené pohyby					
8. slabá motorická kontrola, dezintegrované písanie					
9. slabý rytmus, slabé hudobné schopnosti					
10. rýchle tempo, zrýchľovanie počas rozprávania					
11. na začiatku silný hlas, prechádza do šepotu, mrmlania					
12. nesprávny prízvuk					
13. ťažkosti s plnením inštrukcií, netrpezlivý poslucháč					
14. ťažkosti s vyhľadávaním slov, nevie si spomenúť slovo, ktoré „má na jazyku“					
15. neprimerané používa zámená (ho, ich, ju...)					
16. gramaticky nesprávne prehovory (napr. „písaj“ namiesto „píš“)					
17. premiestňovanie/vynechávajúce písmena a / alebo slabík					
18. ťažkosti s čítaním					
19. krátkodobo rozpráva lepšie pod tlakom (zarecituje básničku pred publikom)					
20. roztržitosť, problém s dlhodobejšou pozornosťou					
21. extrovert, veľa rozpráva, má silné nutkanie k rozprávaniu					
22. chýba sebauvedomovanie, neprimerané správanie					
23. dezorganizovaná reč a jazyk, zmätočné slová					
24. ťažkosti pri rozprávaní príbehu (problém zoradiť udalosti)					
25. rozmýšľa rýchlejšie ako rozpráva					
26. nadpriemerné matematické a rozumové schopnosti					
27. neporiadny, nedbalý, unáhlený, impulzívny alebo zábudlivý					
28. netrpezlivý, povrchný, výbušný					
29. začal rozprávať neskôr, oneskorený nástup viet					
30. neplynulosť v detstve, nikdy nebol(a) veľmi plynulý(-á)					
31. slabšie rozlišovanie P a L strany, oneskorená preferencia ruky (pravák/ľavák)					
32. nezrelosť, zdá sa mladší na svoj vek					
33. rodinní príslušníci s podobnými ťažkosťami					

8.7 Koincidencia zajakavosti a brblavosti

Pri diagnostike sa stretáva logopéd s faktom, že mnohé **symptómy** brblavosti sú navonok **podobné** alebo identické **ako pri zajakavosti**. Ich **príčiny** sú však **odlišné**. Diferenciálna diagnostika je potrebná, aby sa **zabránilo unifikovanému terapeutickému prístupu** k jednotlivým druhom dysfluencie bez ohľadu na ich typ (Lechta, 2004). Neubauer (2021) zdôrazňuje, že je dôležité **poznať nielen príznaky, ale aj príčiny**, ktoré terapeuticky ovplyvňujeme.

Situáciu komplikuje fakt, že zajakavosť a brblavosť sa môžu vyskytovať u pacienta súčasne (Sick, 2014). Pomôckou pri diferenciálnej diagnostike nám môže byť i protokol, ktorý nájdeme v Štandardných postupoch zameraných na diagnózu tumultus sermonis. V prehľadnej tabuľke sú uvedené symptómy, ktorými sa líšia zajakavosť, brblavosť, poruchy učenia a ADHD (Štenclová, 2021b).

9. Záver

V minulosti panoval názor, že **osobám s brblavosťou ich narušená komunikačná schopnosť neprekáža** (Lechta, 1990). Na prelome storočí dochádza k zásadnej zmene paradigmy a aj v slovenskej literatúre (Lechta, 2016) sa začína diskutovať o tom, že človek s brblavosťou si uvedomuje existenciu svojej narušenej komunikačnej schopnosti (i keď na ňu v priebehu aktuálneho rečového prejavu zabúda). **Súčasná zahraničná výskumy** naznačujú, že zvlášť adolescenti a dospelí **môžu pociťovať negatívne emócie**, frustráciu a rečovú **anxiétu** (Sonsterud, 2009; Ward, 2006; Wilhelm, 2020).

Potešujúce je, že **logopedická intervencia** pri brblavosti **nie je náročná** na realizáciu a javí sa efektívna (Košíťová, 2025). Samozrejme, **sú potrebné ďalšie rozsiahlejšie výskumy** na získanie a analýzu väčšieho množstva dát o tempe reči a množstve dysfluencií pred terapiou a po terapii. Podľa našich skúseností je pre osoby s brblavosťou veľmi nápomocné aj samotné **vysvetlenie ich diagnózy**. Mnohí ľudia s brblavosťou nevedia, že ich problémy majú oficiálne pomenovanie v diagnostickom manuáli; **nepoznajú príčiny** svojich ťažkostí, a preto **nepravdivo obviňujú seba** alebo **okolie; tápajú, aké stratégie** by im skutočne pomohli zlepšiť komunikáciu. Informovaný logopéd môže pomôcť výrazne **zlepšiť kvalitu života** osôb s poruchou plynulosti reči.

Pokračovanie príspevku, orientované na terapeutické aspekty danej problematiky, plánujeme publikovať v nasledujúcom vydaní.

Zoznam bibliografických odkazov

- ALM, P. A. (2011). Cluttering: a neurological perspective. In: SCOTT, K. S. WARD, D.: Cluttering. A Handbook of Research, Intervention and Education. New York: Psychology Press. ISBN 978-1-84872-029-9. doi:10.4324/9780203833421.
- BERNHAUSEROVÁ, D., KLUGEROVÁ, J. (2014). Diagnostika břeptavosti. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, Praha. ISBN 978-80-7452-104-1.
- BLANCHET, P. G. (2017). Perceptions of Cluttering Among Communication Sciences and Disorders and Non Communication Sciences and Disorders Students. In: Perspectives of the ASHA Special Interest Group, 2 (4): 43 – 53. ISSN 2381-473X. doi: 10.1044/persp2.SIG4.43.
- BÓNA, J. (2019). Clustering of disfluencies in typical, fast and cluttered speech. In: Clinical Linguistics & Phonetics, 33 (5): 393 – 405. ISSN 1464-5076. doi: 10.1080/02699206.2018.1513075.
- BRAUN, W. G. (2021). „Beachtet endlich Poltern!“ Annäherung an eine vergessene Sprachbehinderung und aktuelle Hilfen zur Erfassung und Therapie. In: Forum Logopädie, 35 (1): 6 – 11. ISSN 0932-0547. doi: 10.2443/skv-s-2021-53020210101.
- BRAUN, W. G. (2020). Poltern konkret. Ein modulares Therapiekonzept mit umfangreicher Materialsammlung. Schaffhausen: Schubi. ISBN 978-3-86723-727-7.
- BRAUN, W. G. (2024). Poltern konkret – die Züricher integrative Poltertherapie. In: Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis. 13. Jahrgang, 2. Heft, Juni 2024. ISSN 2193-6196.
- CABLE, A. (2018). Cluttering. Clinical review. In: Cinahl Information Systems, Glendale.
- COOK, S. (2024). Entwicklung von Strategien für poltern-de Schüler*innen: Zusammenarbeit von Sprachtherapeut*innen und Lehrkräften. In: Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis. 13. Jahrgang, 2. Heft, Juni 2024. ISSN 2193-6196.
- COOK, S. (2023). Using PRAAT in the diagnosis and treatment of cluttering. Nepublikovaná prednáška 3rd World Conference on Cluttering, University of Silesia, Katowice.
- DALY, D. A. (1996). The source for stuttering and cluttering. Austin: LinguiSystems, Inc. ISBN 076060-1089.
- DALY, D. A. (2006). The Predictive Cluttering Inventory (PCI) by David Daly. Online. Dostupné na <https://sites.google.com/view/icacluttering/resourcesdownloads/clinical-materials>.
- DUCHAN, J. F. (2021). Frameworks used in cluttering treatments: Past, present, and future. In: Advances in Communication and Swallowing. 24 (2): 87 – 97. ISSN 2772-5383. doi: 10.3233/ACS-210033.
- FIBIGER, S. et al. (2010). Genetics and co-occurrence of Stuttering, Cluttering and Childhood Speech – language Disorders. University of Southern Denmark. Online. Dostupné na http://www.ecsf.eu/userfiles/files/Fibiger%20et%20al_2010_ECSF_Antwerp.pdf.

- GOSELIN, E., WARD, D.** (2019). Attention Performance in People Who Clutter: A Pilot Study. In: Perspectives on Global Issues in Communication Sciences and Related Disorders, 4 (6): 1581 – 1588. ISSN 2161-1572. doi: 10.1044/2019_PERS-SIG17-2019-0019.
- HEIDLER, M. D.** (2013). Ist Poltern ein exekutives Problem? Forschung Sprache (E-Journal), 1 (1): 23-35. ISSN 2196 – 6818. doi: 10.2443/skv-s-2013-57020130102.
- IIMURA, D., MIYAMOTO, S.** (2021). The Assessment of Possible Cluttering in Japanese Adults Who Stutter: Analyzing the Ratio of Disfluencies. In: Perspectives of the ASHA Special Interest Group, 6 (5): 1273 – 1280. ISSN 2381-473X. doi: 10.1044/2021_PERSP-21-00018.
- KEVICKÁ, V., MARKOVÁ, J., BUNTOVÁ, D.** (2021). Analýza sponntánnej reči a jej využitie v logopedickej praxi. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-5097-6.
- KLENKOVÁ, J.** (2006). Logopedie. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.
- KOŠŤOVÁ, M.** (2023). Terapia brblavosti. Písomná práca k špecializačnej skúške. LF, SZU.
- KOŠŤOVÁ, M.** (2025). Terapia tumultus sermonis u slovensky hovoriacich pacientov. Rigorózna práca. PdF, UK.
- LECHTA, V.** (2016a). Brblavosť. In: Kerekreťiová, A. a kol.: Logopédia. Bratislava: Univerzita Komenského vo vydavateľstve UK, s. 143 – 161. ISBN 978-80-223-4165-3.
- LECHTA, V. et al.** (1990). Logopedické repetitívum. Teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné postupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. ISBN 8008004479.
- LEVELT, W. J. M., ROELOFS, A., MEYER, A. S.** (1999). A theory of lexical access in speech production. In: Behavioral and brain sciences, 22 (1): 1 – 75. ISSN 1469-1825. doi: 10.1017/s0140525x99001776.
- MIYAMOTO, S.** (2018). Development of Japanese Checklist for Possible Cluttering ver.2 to Differentiate Cluttering from Stuttering. In: Journal of Special Education Research, 6 (2): 71 – 80. ISSN 2188-4838. doi: 10.6033/specialeducation.6.71.
- NEUBAUER, K.** (2021). Tumultus sermonis a súčasná klinická logopedie. In: Listy klinické logopedie, 5 (1): 37 – 40. ISSN 2570-6179. doi: 10.36833/lkl.2021.013.
- NEUMANN, K. et al.** (2016). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3 Leitlinie. AWMF online – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. Dostupné na: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-0131_S3_Redeflussstörungen_2016-09-verlaengert.pdf.
- NEUMANN, K.** (2019). Redeflussstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Monatsschrift Kinderheilkunde. Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin, 167 (3): 453 – 466. ISSN 1433-0474. doi: 10.1007/s00112-019-0674-8.
- NIEPHAUS, A.** (2023.) Shedding light on the brain of people who clutter – Insights from an fNIRS study. Nepublikovaná prednáška 3rd World Conference on Cluttering, University of Silesia, Katowice.
- SCOTT, K. S.** (2020). Cluttering – Another Look. Tréningové video. Stuttering Foundation of America. Dostupné na <https://www.stutteringhelp.org/training/cluttering-another-look>.
- SCOTT, K. S.** (2016). Cluttering – some considerations for everyday practice.. Tréningové video. HSTalks - The Biomedical & Life Sciences Collection, Lectures by Leading World Experts. Dostupné na <https://hstalks.com/t/3400/cluttering-some-considerations-for-everyday-practi/?biosci>.
- SCOTT, K. S., WARD, D.** (2013). Managing Cluttering. A Comprehensive Guidebook of Activities. Austin, Tex.: Pro-ed. ISBN 978-1416405429.
- SICK, U.** (2014). Poltern. Teoretische Grundlagen, Diagnostik, Therapie. 2. vollständig ueberarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. ISBN 9783131312129.
- SIKLIENKOVÁ, R.** (2020). Klinický obraz u dospelých pacientov s tumultus sermonis. Špecializačná práca. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Lekárska fakulta.
- SOMMER, M. et al.** (2021). Prevalence and Therapy Rates for Stuttering, Cluttering, and Developmental Disorders of Speech and Language: Evaluation of German Health Insurance Data. Front Hum Neurosci. 2021 Apr 12;15:645292. doi: 10.3389/fnhum.2021.645292. PMID: 33912020; PMCID: PMC8071871.
- SONSTERUD, H.** (2009). Exciting Collaboration Turns Cluttering Fascinating: A Story Told by a Person Who Clutters and a Speech and Language Therapist From Norway. In: Perspectives on Fluency and Fluency Disorders, 19 (2): 67 – 71. ISSN 1940-7602. doi: 10.1044/ffd19.2.67.
- SPRUIT, M.** (2015). Poltern – Unverständliches besser verstehen. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie. Neuss: Natke Verlag. ISBN 978-3-936640-25-0.
- SPRUIT, M.** 2024. Stottern oder vielleicht doch Poltern? In: Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis. 13. Jahrgang, 2. Heft, Juni 2024. ISSN 2193-6196.
- ST. LOUIS, K. O., SCHULTE, K.** (2011). Defining Cluttering The Lowest Common Denominator. In: SCOTT, K. S., WARD, D.: Cluttering. A Handbook of Research, Intervention and Education. New York: Psychology Press. ISBN 978-1-84872-029-9.
- ST. LOUIS, K. O. et al.** (2010). Identification of cluttering and stuttering by the public in four countries. In: International Journal of Speech-Language Pathology, 12 (6), 508 – 519. ISSN 17549507. doi: 10.3109/17549507.2011.487544.
- ŠTENČLOVÁ, L.** (2021a). Balbuties, zajakavosť, narušenie plynulosti reči F98.5 podľa MKCH 10. In: Štandardy klinická logopédia. Dostupné na <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-logopedia/>.
- ŠTENČLOVÁ, L.** (2021b). Tumultus sermonis, brblavosť, narušenie plynulosti reči F98.6 podľa MKCH 10. In: Štandardy klinická logopédia. Dostupné na <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-logopedia/>.

- TARAKOWSKI, Z.** (2002a). Diagnostika brblavosti. In: Lechta, V. a kol.: Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Osveta, s. 210 – 222. ISBN 80-8063-092-5.
- VAN ZAALEN, Y., REICHEL, I. K.** (2023). Cluttering Understood and Succesfully treated. Nepublikovaná prednáška 3rd World Conference on Cluttering, University of Silesia, Katowice.
- VAN ZAALEN, Y., REICHEL, I. K.** (2014). Cluttering Treatment: Theoretical Considerations and Intervention Planning. In: Perspectives on Global Issues in Communication Sciences and Related Disorders, 4 (2): 57 – 62. ISSN 2161-1572. doi: 10.1044/gics4.2.57.
- VAN ZAALEN, Y., REICHEL, I. K.** (2017). Prevalence of Cluttering in Two European Countries: A Pilot Study. In: Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 2 (17): 42 – 49. ISSN 2381-473X. doi: 10.1044/persp2.SIG17.42.
- VAN ZAALEN, Y., STRANGIS, D.** (2022). An adolescent confronted with cluttering. ASHA journals. In: Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 7 (5): 1357 – 1369. ISSN 2381-473X. doi: 10.23641/asha.21318072.v1.
- WARD, D.**: Stuttering and Cluttering. Frameworks for understanding and treatment. New York: Psychology Press, 2006. ISBN 10: 1-84169-334-0.
- WARD, D. et al.** (2015). The neurological underpinnings of cluttering: Some initial findings. In: Journal of Fluency Disorders, 43 (March): 1 – 16. ISSN 0094-730X. doi: 10.1016/j.jfludis.2014.12.003.
- WILHELM, R.** (2020). Too fast for words. How discovering that I don't stutter but clutter changed my life. Nijmegen: Big Time Publishers. ISBN 979-86-664-4439-9.

REGISTER AUTOROV

REGISTRY OF AUTHORS

Cséfalvay, Zsolt

Katedra logopédie
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského
v Bratislave

Hornáková, Marta

Katedra liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského
v Bratislave

Horváthová, Viktória

Centrum Dialóg
Bratislava

Košútová, Mária

Ambulancia klinickej logopédie – Effeta, s.r.o.
Žilina

Marková, Jana

Katedra logopédie
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského
v Bratislave

Z obsahu čísla

- **Starat' sa o tých, ktorí sa starajú: výzva pre odborníkov venujúcich sa pacientom s primárnou – progresívnou afáziou / 5**

Zsolt Cséfalvay, Marta Horňáková, Jana Marková

- **Spracovanie jazykových kontextov a výkony v TEJKO u adolescentov vo veku od 15 do 19 rokov / 11**

Viktória Horváthová, Jana Marková

- **Brblavosť – teoretické východiská a diagnostika / 17**

Mária Košútová

- **Register autorov/ 30**