

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Skupinová forma logopedické terapie u osob se získanou NKS

Bakalářská práce

Autor: Lenka Svobodová

Vedoucí práce: PaedDr. Blanka Housarová, Ph.D.

Praha 2009

Název: Skupinová forma logopedické terapie u osob se získanou NKS

Anotace:

Bakalářská práce pojednává o využití skupinové formy logopedické terapie u osob se získanou narušenou komunikační schopností. Cílem práce je charakterizovat skupinovou formu logopedické terapie u osob s afázií a u osob s Parkinsonovou nemocí (dále jen PN). Charakteristika je zaměřena především na strukturu a obsah skupinového terapeutického programu, složení skupiny a prostředí, kde skupinová terapie probíhá.

První část se zabývá obecným využitím skupinové terapie a následně využitím skupinové terapie v logopedii, jejími výhodami a nevýhodami. Své místo zde má i charakteristika logopedické terapie u osob v období dospělosti a stáří. Následně se práce podrobněji zabývá teoretickými poznatky o skupinové formě logopedické terapie u osob s afázií a u osob s PN.

Praktická část práce sestává z analýzy skupinové terapie pro osoby s PN fungující pod záštitou o.s. Parkinson a skupinovou terapií pro osoby s afázií provozovanou o.s. Afázie.

Klíčová slova: afázie, Parkinsonova nemoc, skupinová terapie, skupinová forma terapie v logopedii, narušená komunikační schopnost

Title: Group speech therapy for people with acquired communicative disability

Summary:

This bachelor's work deals with the use of group speech therapy for people with acquired communicative disability. The aim of the work is to characterize group speech therapy for people with aphasia or people with Parkinson disease. The characteristic concentrates primarily on organization and content of group therapeutic program, structure of the group and environment of group therapy.

The first part discusses general use of group therapy and the use of group speech therapy and its advantages and disadvantages. Further characteristic of speech therapy for adults and old aged is presented there.

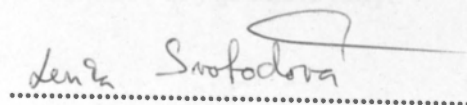
The practical part includes an analysis of group speech therapy for people with Parkinson disease organized by citizen association Parkinson, and group therapy for people with aphasia, organized by citizen association Afasie.

Keywords

aphasia, Parkinson disease, group therapy, group speech therapy, communicative disability

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Skupinová forma logopedické terapie u osob se získanou NKS vypracovala pod vedením PaedDr. Blanky Housarové, Ph.D. samostatně na základě vlastních zjištění a za použití pramenů uvedených v seznamu.

Praha, 10.dubna 2009


.....

podpis

1. Úvod	3
2. Teoretická část	9
2.1 Skupinová logopedická terapie	13
2.1.1 Výhody skupinové terapie v logopedické praxi	18
2.1.2 Nevýhody skupinové terapie v logopedické praxi	20
3. Srovnání logopedické terapie u osob s NKS v dospělosti a staří	22
4. Skupinová terapie u osob s afázií	25
5. Skupinová terapie u osob s dysartrií (Parkinsonovou nemocí)	30
6. 4 praktické části	34
7. Měření průzkumného seřazení	34
8. Časový harmonogram	34
9. Charakteristika pozorovaného souboru	34
10. Výběv a analýza dat	35
10.1 Skupina A- Skupinová terapie u lidí s JN	35
10.2 Skupina B- Skupinová terapie u osob s afázií	42
11. Diskuze	49
Poděkování	50

Ráda bych poděkovala Mgr. Zuzaně Konůpkové a Mgr. Michaele Kramerové za umožnění zúčastnění se skupinových terapií a za poskytnutí mnoha důležitých informací. Velký dík patří také vedoucí mé práce, PaedDr. Blance Housarové, Ph.D. za její cenné rady.

Úvod	8
1. Skupinová terapie	9
2. Skupinová logopedická terapie	13
2.1 Výhody skupinové terapie v logopedické praxi.....	18
2.2 Nevýhody skupinové terapie v logopedické praxi.....	20
3. Specifika logopedické terapie u osob s NKS v dospělosti a stáří	22
4. Skupinová terapie u osob s afázií	25
5. Skupinová terapie u osob s dysartrií (Parkinsonovou nemocí)	30
6. Cíl praktické části	34
7. Metody průzkumného šetření	34
8. Časový harmonogram	34
9. Charakteristika pozorovaného souboru	34
10. Sběr a analýza dat	35
10.1 Skupina A- Skupinová terapie u lidí s PN	35
10.2 Skupina B-Skupinová terapie u osob s afázií.....	42
11. Diskuze	49
Závěr	53
Zdroje	55

Úvod

Dle Lechty (2003) je komunikační schopnost jednotlivce narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.

Narušená komunikační schopnost (dále jen NKS) často vyžaduje logopedickou intervenci.

Zatímco individuální terapie je považována za základ většiny terapeutických programů pro osoby s NKS, skupinová terapie se teprve v nedávné době i u nás stala součástí komplexní péče o tyto osoby. Zejména využití skupinové formy terapie u osob v období dospělosti a stáří je stále spíše raritou než běžnou součástí logopedické intervence.

Právě z tohoto důvodu jsem se rozhodla, že se ve své práci budu věnovat specifikům skupinové terapie. Nejdříve v rovině obecné, kde se zaměřím na hlavní rysy skupinové terapie, na roli skupinového terapeuta, členů skupiny i podmínky, které jsou pro skupinovou terapii nezbytné. Následně se soustředím na skupinovou terapii v logopedické praxi. Pokusím se nastínit její kladné i stránky.

Své místo v této práci bude mít i charakteristika období dospělosti a stáří a specifika logopedické terapie (i logopedické terapie skupinové formy) u těchto osob.

Nakonec bych se ráda věnovala skupinové formě logopedické terapie u dvou nejčastějších druhů získané NKS u osob v období dospělosti nebo stáří u kterých je tato forma terapie užívána. Mám na mysli afázii a hypokinetickou formu dysartrie u osob s Parkinsonovou nemocí.

V praktické části své práce se pak budu podrobněji věnovat analýze logopedické terapie prováděné skupinovou formou u lidí s afázií v rámci o.s. Afásia, které v Praze působí. Druhou skupinovou terapií, kterou budu sledovat je terapie u osob s Parkinsonovou nemocí. Ta je v Praze organizována o.s. Parkinson.

Při svém pozorování se zaměřím na charakteristiku terapeutického programu, na cílové zaměření terapeutických úkolů, ale i na přístup logopedů, charakteristiku členů skupiny a popisu skupinového zázemí.

1. Skupinová terapie

Dle Kratochvíla (in Neubauer 2006) je skupinová terapie postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce, jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. „Skupinovou dynamiku pak chápe jako souhrn skupinového dění a skupinových interakcí. Vytvářejí ji interpersonální vztahy a interakce osobností členů skupiny se silami z vnějšího prostředí.“ (Kratochvíl in Neubauer 2006, s.163)

„Jsou to právě individuální rozdíly a rozmanité charakteristiky příslušníků skupiny, které se stávají součástí skupinových procesů a vytvářejí ve skupině složité interakční a vztahové vzorce.“ (Kožnar 1992, s.25)

Pojem skupinová terapie je pro většinu lidí nejspíše spojen zejména s psychoterapií. Právě skupinová dynamika je v psychoterapii využívána k terapeutickým účelům. Terapeut také vždy v rámci terapie pracuje s přenosem chování a se sociálním učením ve skupině.

Jistěže nemůžeme srovnávat skupinovou terapii u osob závislých na alkoholu nebo jiných drogách s logopedickou skupinovou terapií u lidí s afázií. Přesto můžeme u skupiny lidí, která se setkává za účelem práce s jistým (stejným nebo podobným) postižením vždy sledovat typické rysy ve skupinové dynamice. Vždy jsou zde určité oblasti, které jsou pro skupiny v rámci skupinové terapie shodné.

Podle Kožnara (1992) má každá skupina svojí atmosféru, své normy (nepísaná pravidla a zásady), cíle, strukturu (stavbu skupiny) a vůdcovství skupiny, identitu, interakční a komunikační procesy ve skupině, kohezi a tenzi, projekci minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí, pozice a role ve skupině, tvorbu podskupin, vývoj skupiny v čase neboli fáze skupinového vývoje, druhy výroků ve skupině a jejich interakční smysl, nonverbalitu a její význam a také hlavně vlastní komunikační síť. Dle Kratochvíla (in Kožnar 1992) se výše vyjmenované stává součástí skupinové dynamiky.

Jednou z hlavních výhod skupinové terapie je, že skupina poskytuje pocit vzájemnosti. Přináší klientům možnost sdílení společného problému. Členové skupiny přicházejí, aby řešili svůj problém a současně se setkávají s cizími lidmi a jejich problémy, které bývají velmi podobné.

„Skupinová terapie se zabývá člověkem ve skupině, v rámci skupiny, ale současně i člověkem jako individuem. Ostatně ani individuální terapie se neděje ryze „individuálně“, protože probíhá většinou v dyádě klient- terapeut.“ (Rieger 1998, s.27)

Skupinová terapie je indikovaná při řešení individuálních problémů či poruch, kde je vhodné zdůraznit, že problém individuální je vlastně i problémem celé skupiny. Jedná se zejména o problémy vyvolané poruchou v síti sociálních vztahů, kde je narušena komunikace s ostatními, problémy v sociálním kontaktu, problémy, které je vhodné konfrontovat s ostatními. „Při řešení problémů, u nichž můžeme indikovat skupinovou terapii, je zdůrazněna vztahovost, sociální kontext, při němž roste význam spoluúčasti více lidí a skupiny (v psychoterapii zejména dynamiky transakčního prostředí skupiny).“ (Rieger 1998, s. 31)

„Význam změny každého jedince ve skupině je souměřitelný významu změny celé skupiny.“ (Rieger 1998, s.32)

Skupina je tvořena terapeutem a klienty (pacienty). Členů skupiny by mělo být tolik, aby v rámci skupiny bylo pro všechny dost prostoru. (Kožnar 1992) Na každého klienta působí nejenom terapeut, ale i ostatní členové skupiny, kteří vytváří specifické prostředí pro společné dosahování stejných cílů.

Ke skupině s průměrným počtem 6-8 klientů jsou jako ideální počet udáváni dva terapeuti. Sezení vede nejčastěji jeden z nich. Druhý většinou působí jako ko-terapeut, který zaměřuje svojí pozornost ke klientům, kteří potřebují největší podporu. (Neubauer 2006) „V případě, kdy mají dva terapeuti před skupinou stejný status, je nutné, aby vždy bylo stanoveno určité rozdělení jejich rolí a kompetencí.“ (Kožnar 1992, s. 77)

Osobnost terapeuta by měla splňovat několik základních požadavků, aby mohl být terapeut pro skupinu přínosným prvkem. V první řadě je to odbornost a potřebné vzdělání, které by odborník (např.: psychoterapeut nebo logoped) měl mít. Nezbytné jsou také zkušenosti a schopnosti organizátora. Terapeut skupiny by měl být schopný týmové spolupráce. Důležitá je dovednost udržet si od členů skupiny jistý odstup, utvořit si vlastní hranice. Současně by měl poskytnout klientovi pocit rovnosti a přitom udržet jistou asymetrii vztahu. „Vždyť i členové skupiny předpokládají, že jejich vztah s terapeutem nemůže být zcela rovnocenný-tak jako nemůže být rovnocenný vztah mezi lékařem

a pacientem či učitelem a žákem. Za jasnost vztahu mezi terapeuty a členy skupiny jsou odpovědní terapeuti. Jasnost vztahu přispívá k prohloubení důvěry a pocitu bezpečí ve skupině.“ (Rieger 1998, s.34)

Dle Riegera (1998) by terapeut měl umět aktivně zasahovat, když je potřeba a nezasahovat (například pouze naslouchat), když je tato varianta pro klienta lepší. Je nutné si uvědomit, že nadměrné zasahování terapeuta do dění ve skupině může způsobit pasivitu jejích členů.

Odborník (logoped, psychoterapeut), který vede skupinovou terapii by měl být pro členy současně rádcem, učitelem a pomocníkem. Kožnar (1992) také klade důraz na značnou frustrační toleranci terapeuta a schopnost pracovat s pacientovými negativními emocemi, strachem, zábrany či vnitřními zmatky.

Terapeut by měl být nejen velmi empatický, ale měl by být také autoritou. „Autorita terapeuta je základní podmínkou účinnosti jeho působení. Terapeut, který má autoritu, je přijímán samozřejmě a s důvěrou. Už proto, že autorita je obhájcem vnitřních zdrojů člověka, z nichž sama čerpá.“ (Rieger 1998, s.29) Autorita vzbuzuje pocit bezpečí. Pokud je terapeut přirozenou autoritou, jeho aktivita podněcuje aktivitu skupiny. Skrývá-li terapeut nedostatek autority za spektrum vlastní aktivity, skupina to pozná.

Zvláště na začátku, kdy se členové skupiny ještě neznají, je jen na terapeutovi, aby jednotlivým členům pomohl najít si své místo ve skupině. Je jen na nich, aby zapojili opravdu celou skupinu. Oni udržují soudržnost skupiny.

S rolí vedoucího skupiny úzce souvisí styl vedení skupiny. Dle Lewinových studií (in Kožnar 1992) se rozlišují čtyři styly vedení skupiny: autoritativní- na vůdce zaměřený, demokratický- na skupinu zaměřený, zúčastněný- participující a volný neboli liberální.

Dle Kratochvíla (1979) by členové skupiny měli být ve skupině dobrovolně a měli by mít chuť ve skupině pracovat. Měli by být motivováni ke změně. Často je také uváděno (Cséfalvay 1996, 2007, Kožnar 1992, Neubauer 2006...atd.), že je vhodné, aby členové skupiny měli srovnatelné rozumové dispozice. Ne ve všech případech je ale možné zabezpečit konzistentnost skupiny.

Členové skupiny by měli být předem seznámeni s programem skupinové terapie. Měli by vědět, jak často, kde a za jakých podmínek se budou setkávat a co bude předmětem jejich práce.

Dle Riegera (1998) mají být prostory, určené pro setkávání skupiny, dostatečně rozměrné a vzdušné. Členové skupiny potřebují dostatek místa k pohodlnému sezení (nejlépe v kruhu, na židlích nebo na měkkých podložkách), pro relaxaci a pro práci v malých týmech. Místnost by měla obsahovat vhodné pomůcky.

Důležité je také zázemí skupiny. Samozřejmostí je hygienický prostor. Vhodná je také kuchyňka a místo, kde mohou členové skupiny odpočívat, jíst a pít. „K zázemí patří také znalost sítě místních zdravotnických a psychosociálních služeb pro případ, že by u někoho ze skupiny došlo k nečekané dekompenzaci jeho stavu a bylo by nutné volat rychlou pomoc (např. lékařskou).“ (Rieger 1998, s.40)

2. Skupinová logopedická terapie

„Logopedická terapie využívá individuálních i skupinových forem práce, aby byl umožněn jak intenzivní individuální trénink, tak užití nabytých schopností ve skupině.“ (Neubauer 2003, s.82)

Zatímco individuální terapie, probíhající v duu terapeut a klient, zahrnuje standardní osvědčené přístupy logopedické péče a je základem většiny terapeutických programů pro osoby s poruchami řečové komunikace, skupinová logopedická terapie, probíhající většinou v malé skupině 3-6 osob, se snaží o upevnění a uplatnění dovedností a komunikačních a kompenzačních strategií získaných při individuální terapii. Skupinová forma logopedické terapie pracuje především s interakčními projevy v navozené sociální situaci. (Neubauer 2003, 2007)

Cíle na které se skupinová logopedická terapie zaměřuje, můžeme rozdělit do dvou oblastí:

- 1) oblast reedukační činnosti, léčebné a terapeutické působení na poruchu, cílená náprava komunikačních schopností
- 2) oblast navázání vztahů a kontaktů s ostatními členy skupiny, oblast sdílení společného problému

(Rieger 1998)

Skupinová logopedická terapie je vhodná tam, kde individuální práce s terapeutem je považována za méně podnětnou a to zejména v oblasti tréninku a navazování úspěšné komunikace v běžném prostředí.

Neplatí zde ale, že se individuální a skupinová forma terapie vylučují navzájem. V mnoha případech je nejvhodnějším řešením kombinace terapie individuální s terapií skupinovou. Logoped by ale i během skupinové terapie nikdy neměl slevit z individuálního přístupu.

Techniky využívané při skupinové a individuální terapii se neliší. Liší se jejich kontext, charakter aktivit a těžiště terapie.

Skupinová terapie probíhá tedy v kolektivu, jehož velikost závisí na typu vady klientů, na logopedovi, na charakteru skupinové terapie...atd.

„Frekvence setkávání skupiny se pohybuje v závislosti na provozu zařízení nejčastěji jednou až dvakrát týdně.“ (Neubauer 2006, s.167)

Terapie může probíhat formou terapeutických cvičení, her, rozhovorem nebo nácvikem běžných činností a dovedností.

Role terapeuta při skupinové terapii je mnohostranná. Je zde v prvé řadě pro celou skupinu a jeho zásadním úkolem je řídit činnost skupiny, poskytovat jí témata k rozhovoru, podporovat spontánní rozhovor mezi jednotlivými členy a současně dbát na to, aby nikdo nebyl opomíjen či zanedbáván. Poskytuje skupině činnosti a snaží se je motivovat k různým úkolům, úlohám a hrám, které pomáhají v reedukaci kognitivních funkcí klientů.

Terapeut by měl mít připraven krátkodobý i dlouhodobý plán skupinové terapie a měl by být schopen zhodnotit výsledky logopedické terapie po určitém časovém období. Aby terapeut mohl v rámci skupiny věnovat jednotlivým členům dostatečnou individuální péči, je potřeba, aby znal výsledky podrobného vyšetření klientů (případně vyšetření sám provedl) a byl tak informován o typu, rozsahu a závažnosti deficitu. Díky tomu si může vytvořit představu o pravděpodobné prognóze klientů.

I přesto, že se jedná o terapii skupinovou neměl by být opomíjen fakt, že variabilita příznaků je u každého pacienta individuální, a tak musíme při terapii individuálně adaptovat každý typ úlohy. To se může zdát velmi náročné, zejména ve větší skupině, není to ale nemožné.

„V rámci skupinové terapie má terapeut-logoped příležitost iniciovat působení dalších odborníků (pokud k němu ještě nedošlo) a to např.: vyšetření očním lékařem při stanovení aktuální možnosti korekce oční vady, aby neznemožňovala obnovování čtení a psaní, dále možné přidělení sluchové protetiky foniatrem, pokud je stav komplikován sluchovým postižením, navázat kontakt s fyzioterapeutem pro koordinaci rehabilitace v oblasti somatického postižení a řečové komunikace, hybnosti ruky a grafomotoriky, čtení a psaní.“ (Neubauer 2006, s.89)

Během práce se skupinou slouží terapeut mimo jiné i jako podpora jednotlivých členů v jejich projevu. Terapeut se snaží o ovlivnění srozumitelnosti řeči klienta, o změnu ve schopnostech rozumět řeči, psanému projevu a neverbálnímu projevu.

Logoped by měl identifikovat efektivní a naopak neefektivní strategie komunikace u každého člena skupiny a v některých případech je přímo učit ty efektivní využívat. Logoped také usměrňuje jednotlivé osoby k užívání vhodné kompenzační strategie- například užívání neverbálních prvků- gesta, psaní...apod. Může vhodně zasahovat do projevu (např. u pacientů s afázií terapeut může napovídat slova při dysnomiích pojmu, dokončovat věty místo pacienta, pokládat pomocné nebo upřesňující otázky), ale vždy je třeba, aby terapeutova intervence byla nedirektivní. „Je nutné, aby zde ještě předtím došlo k autentickému navázání „koalice“ s klientem, a aby pacientem došlo k přijetí pomoci od terapeuta. Teprve potom může terapeut členovi skupiny nabídnout facilitaci komunikace, např.: užít fonemické a rytmičné nápovědy počátků slov nebo dokončovat počátky sdělení, které chce tento člen skupiny sdělit ostatním.“ (Neubauer 2006, s.164)

Facilitací je, když se terapeut snaží poskytnout klientovi individuální podporu na základě znalosti jeho specifických problémů v komunikaci či v jiných oblastech. Např. u pacienta, který nerozumí rozhovoru ostatních, usnadnit porozumění například napsáním klíčových slov nebo vět (má-li pacient alespoň částečně zachovanou schopnost číst izolovaná slova) nebo jejich schematickým znázorněním...atd.

Pro tyto případy je někdy velmi užitečné, když terapeutovi-logopedovi pomáhá další osoba- asistent terapeuta či ko-terapeut (např. student logopedie), která se může orientovat na pacienta s největšími problémy v komunikaci (např. v jejím porozumění). Tento člověk často sedí vedle osoby s nejmáznějšími komunikačními obtížemi a v případě potřeby jí pomáhá (např. s pochopením tématu, o kterém se zrovna hovoří).

Logopedická terapie, a platí to i pro logopedickou terapii skupinovou, by měla vždy být obohacena o psychoterapeutické prvky. Vztah mezi klientem a terapeutem by měl být založen na kladné emoční vazbě a na pozitivním ladění vzájemného kontaktu. Jen za takových podmínek klient může bez obav během terapie vyjádřit své pocity. Logoped jako terapeut by měl klienta vyslechnout, poskytnout mu úctu a ocenění, a to vše s jistou autenticitou v empatii, zájmu a podpoře. Logoped by měl ke svým klientům vysílat kladné verbální i neverbální signály, které mu napomohou s klientem navázat terapeutický vztah a díky tomu pro něj bude snazší vytvoření motivace u cílených terapeutických postupů, bude pro něj snazší organizovat a vést skupinové sezení.

Logoped má díky pravidelnému kontaktu s klientem velkou možnost pomoci klientovi i v jiných oblastech než je komunikační deficit. Může klienta posílit například po psychické stránce (působit proti reaktivní depresi, redukovat úzkost a strach, posílit aktivní adaptaci na daný stav a provádění terapeutických zadání). Má také možnost posílit pocit sounáležitosti s okolím a to zejména v oblasti skupiny. Může klientovi pomoci najít předchozí psychickou rovnováhu, vyrovnat se s případnou trvalou stigmatizací vlastní řeči.

Terapeut je také osobou, která by měla dokázat vytvořit ve skupině pozitivní a přijímající naladění.

„Terapeut by měl všechny členy skupiny připravit na přiměřená očekávání ostatních členů. Snaží se, aby všichni využívali jakékoli komunikační modalit a způsoby k dorozumívání (psaní, gesta aj.).“ (Cséfalvay in Lechta 2005, s.231)

„Ač je při skupinové terapii kladen důraz právě na skupinovou dynamiku, můžeme předpokládat, že u skupiny osob s těžšími deficity ve verbální komunikaci, které jsou odkázány na redukované sdělení svých pocitů a zážitků a pomoc terapeuta, nebude pravděpodobně skupinová dynamika tak výrazná. Díky obtížím v realizaci verbální komunikace s okolím se skupina může jevit jako málo aktivní a spíše očekávající direktivní vedení terapeutem.“ (Neubauer 2006, s. 165)

Dle Cséfalvaye (in Lechta, 2005) by měl terapeut podporovat diskuse iniciované členy a povzbuzovat jejich vzájemné informování. V některých případech musí logoped velmi pozorně sledovat zejména ty, kteří by se s něčím chtěli podělit, ale potřebují k tomu být povzbuzováni.

Terapeut by měl povzbuzovat a podporovat všechny členy skupiny. V případě potřeby by měl být schopen poskytnout jim poradenství v oblastech, které jsou pro většinu členů skupiny podobné. To jsou dle Cséfalvaye (in Lechta 2005) otázky a problémy týkající se rodinných vztahů- změny původní role v rodině, zdravotní obtíže, rehabilitační pomůcky, nové stravovací návyky či pracovní možnosti...atd.

Současně se terapeut stará o materiální zázemí skupinové terapie. Může například poskytnout pacientům různé podpůrné předměty a pomůcky, jež je mohou inspirovat k rozhovoru či jim mohou pomoci ve chvílích, kdy nastane problém ve vyjádření informace (papír, propisky, mapu či kalendář, vypsanou abecedu...atd.).

Také při práci se skupinou dospělých osob musí terapeut dbát na přiměřenou motivaci a vyhnout se pochopitelně užívání postupů a materiálů z oblasti práce s dětmi, čímž by mohlo dojít ke ztrátě zájmu o terapii ze strany klientů. Vždy je potřeba, aby členové skupiny cítili jasně vyjádřenou perspektivu a reálný cíl terapie.

Neubauer(2006) na základě vlastních klinických zkušeností s vytvářením a fungováním skupinových forem terapie osob s afázií a diferenciatními neurogenními poruchami řečové komunikace mluví o dvou typech skupinových aktivit a to o Komunikační skupině a Terapeutické relaxační skupině.

Program skupin je velmi podobný. Začíná se vzájemným seznámením, které se využívá k procvičení schopnosti vzájemně se představit. „Terapeut by v této situaci neměl zůstat v pozici experta, ale měl by nabídnout také svoje základní osobní údaje a jít příkladem ve snaze opakovat to, co o sobě sdělili ostatní členové skupiny.“ (Neubauer 2006, s. 165) Dále je členům skupiny nabídnuto téma jejich aktuálních zážitků (počasí, rodina, rehabilitace). Následují techniky navazující na individuální logopedickou terapii. Členové skupiny v nich využívají nabyté komunikační strategie, často s pomocí terapeuta. Mimo jiné může jít o typy úkolů v podobě her např.: hledání slov na dané písmeno, hledání tematicky podobných slov, slovní kopaná, popis obrázku...atd. Dle Neubauera(2006) jsou závěrečnou a velmi důležitou součástí sezení relaxační a imaginativní techniky, kam můžeme zařadit pasivní muzikoterapii, prvky autogenního tréninku či Jacobsonovy progresivní relaxace. Na úplný konec má místo závěrečné slovo v podobě krátkého poděkování členům skupiny za aktivitu a snahu, a umožnění členům skupiny se také vyjádřit.

Skupinová terapie v logopedické praxi je v mnohém jistě odlišná od skupinové terapie v psychoterapii, na druhé straně jsou některé zásady práce s klienty stejné. Jednou z těchto zásad je, že terapeut musí dbát na to, aby nezůstaly mezi členy skupiny nevyřešené problémy, nedořešené konflikty. I zde je potřeba dát vždy prostor pro sdělení všech. Nejlépe na konci setkání terapeut může vyzvat jednotlivé členy, jestli nechtějí ostatním něco říci. V opačném případě dle Neubauera (2003) může docházet k tomu, že ventilace těchto sdělení bude probíhat mimo skupinu a budou vznikat menší koalice neboli „podskupiny“.

Rozdíl mezi Komunikační skupinou a Terapeutickou relaxační a konverzační skupinou spočívá ve své podstatě v tom, že Komunikační skupiny jsou směřovány pro klienty s vážnějším narušením komunikačních schopností. „Nejčastěji jsou do ní zařazovány osoby s těžkými afáziemi, dysartriemi či kognitivně-komunikačními poruchami v počátku intenzivní rehabilitace po vzniku neurogenního postižení nebo osoby s chronicky přetrvávajícími těžkými komunikačními deficity. Jde o klienty se závažně porušenou srozumitelností mluvy, výrazně redukovanou schopností se víceslovně vyjádřit, či s obtížemi ve sdělování svých pocitů.“ (Neubauer 2006, s.164) Do Terapeuticko relaxační a konverzační skupiny jsou zařazovány osoby s mírnějšími deficity řečové komunikace či s reziduálními obtížemi v řečové komunikaci. Do terapeutické relaxační a konverzační skupiny jsou často zařazováni klienti, kteří přes již poměrně dobrou úroveň komunikačních schopností, mají stále problémy v adaptaci na novou životní situaci a u nichž přetrvává pocit nedostatečnosti jejich projevu a méněcennosti. Tito klienti často považují svůj handicap za větší než tomu ve skutečnosti je.

Reálné závažnosti obtíží klientů je také následně přizpůsoben program skupiny a jeho konečná reálná podoba.

2.1 Výhody skupinové terapie v logopedické praxi

Dle Mensíkové (in Lechta, 2005) je důležitým faktorem skupinové terapie **pocit sounáležitosti**, který členové získávají. Je pro ně důležité vidět, že i ostatní mají podobné komunikační problémy. Spojí je společné řešení problému. Současně mají členové možnost zpracovávat konstruktivně minulé zážitky.

Klienti se při skupinové terapii **navzájem motivují**. Může zde být (zejména u dětí) velmi dobře využit prvek soutěživosti. Pro klienty je ale také velmi důležité vidět, že někdo se stejnou vadou dělá pokroky, a že je tedy možné cíleným tréninkem (nácvikem) zmírnit nebo dokonce překonat své komunikační nedostatky. Díky tomu získávají příležitost k vytvoření nových nadějí do budoucna.

Současně má klient možnost pomáhat druhým lidem. Prostřednictvím toho si **připadá užitečný a zvyšuje se jeho sebevědomí**.

Velkým kladem skupinové terapie je také možnost **upevňování a automatizace naučeného v přirozené komunikační situaci**. „Skupina také poskytuje **emocionálně podpůrné prostředí** pro vyzkoušení přenosu dovedností a pro udržení celkové úrovně dovedností dosažených při individuální terapii.“¹ (Perkins 1983, s.76)

Je pochopitelné, že interakce s logopedem nikdy nemůže být tak přirozená a podobná běžné komunikační situaci jako rozhovor s ostatními klienty. „Skupina vytváří **přirozené prostředí pro interpersonální komunikaci**. Konverzační dovednosti zahrnují střídání se, vyhodnocení záměru mluvčího, využití informace přiměřené znalostem a úrovní schopností posluchačů, sebekontrola, užití a porozumění gestikulace a intonačních schémat. Díky zpětné vazbě skupiny, vyrovnání se s tlakem okolí, pozorování ostatních členů skupiny, skupina spíše než klinický lékař přijme zodpovědnost za narůstající pochopení, tak i poskytnutí odměny a podpory.“ (Perkins 1983, s.117)²

Skupinová terapie také slouží k **nabývání jistoty a sebevědomí** klientů při komunikaci. Pomáhá jim odstraňovat zábrany a bloky. „Nejistota je vyvolána nejčastěji v sociálním kontextu, a tak musíme shledat, že skupinová terapie slouží jako prostředek pro podstatné snížení citlivosti pacienta vůči společensko-konverzačním stimulům.“³ (Perkins 1983, s.76)

Zejména u skupinové terapie u dětí je důležitý **kontakt s vrstevníky**. Konfrontace a pochopení v rámci skupiny bývá pro dítě obvykle přijatelnější než v interakci s dospělým.

Při skupinové terapii je často kladen důraz na nácvik pragmatických zručností. Klienti mají možnost vyzkoušet si různé role při hrách. V kolektivu je jim **umožněn emoční a osobnostní růst**. Mají možnost se aktivně učit novým druhům chování.

Skupinová terapie je pro logopeda časově méně náročná a proto je umožněno terapeutovi **setkávat se s klienty častěji**, narozdíl od individuální terapie, kdy je mezi jednotlivými setkáními delší časová prodleva.

¹ „Groups also provide an emotionally supportive medium for practicing transfer of skills, and for maintaining skill levels achieved in individual treatment.“

² „Groups create a natural environment for interpersonal communication. Conversational skills include turn-taking, evaluating the speaker's intent, utilizing information appropriate to the knowledge and ability levels of listeners, self-monitoring, and the use and comprehension of gestures and intonational patterns. Through group feedback, peer pressure, and observations of other group members, the group rather than the clinician, accepts the responsibility for increasing insight as well as the provision of rewards and support.“

³ „Lability is triggered more often in social contexts, and so we have found that group treatment can serve as a medium for desensitizing the patient significantly to social conversational stimuli.“

2. 2 Nevýhody skupinové terapie v logopedické praxi

Zatímco při individuální terapii se terapeut věnuje a přizpůsobuje pouze jednomu jedinci, zde se jeho pozornost a péče musí rozdělit mezi více členů skupiny. Díky tomu dle Mensíkové (in Lechta, 2005) **nemůže být komunikace tak důvěrná** jako při individuální terapii. Verbální kontakt s terapeutem je pro klienta vzácnější. Obzvláště **málo dominantní klienti mohou být upozaděni**, nemusí se jim dostat dostatečné pozornosti. Téměř vždy se najde nějaký člen, který má tendenci strhnout veškerou terapeutovu pozornost na svou osobu a své starosti.

Během individuální terapie si může klient spíš sám vybrat čemu by se chtěl věnovat, může sám navrhnout pravidla, měnit pořadí terapeutických úkolů...atd. Při skupinové terapii není pro něco takového místo. **Není zde dostatek prostoru pro zaměření se na specifické potřeby klienta**. Nedostává se času na změny pro klienta specifických symptomů.

Logoped často ani nemá možnost důslednějšího sledování změn u jednotlivých klientů.

Ani **na systematickou práci s rodinou klienta zde nezbyvá čas**. Často terapeut ani nemá možnost se s rodinou klienta seznámit. Díky tomu se během terapie těžko zohledňují potřeby rodiny klienta.

„ Dodáváme, že v individuální terapii se častěji a snadněji uplatňují direktivní postupy, založené na vyvolávání žádoucích odpovědí, na imitaci a přímém posilování, což je pro logopeda (zejména začínajícího) jednodušší. Negativem je možné ignorování terapeutických postupů rodiči (pokroky dítěte neodpovídají vynaloženému úsilí terapeuta), ale i větší intervaly mezi setkáními.“ (Lechta 2002, s. 50)

Podle Mensíkové (in Lechta 2002) se skupinová terapie také může ukázat jako **náročnější na přípravu pro logopeda**, a to zejména pro možnou komplikovanost skloubení skupinových cílů s individuálními terapeutickými cíly jednotlivých klientů.

Jako problém se také opakovaně ukazuje **neslučitelnost některých klientů**. Velmi často je doporučováno zajistit homogenost členů skupiny. (Cséfalvay 1996, Lechta 2002, Neubauer 2003) A tak se stává výběr členů do skupiny problematickým. Doporučuje se (Lechta 2002), aby klienti ve skupině měli nejen stejnou diagnózu (stejný druh a stupeň

poruchy), ale aby byli ve stejném terapeutickém stádiu, aby jejich komunikační schopnosti byly přibližně na stejné úrovni, a také aby i terapeutická prognóza byla obdobná. U některých klientů se totiž můžeme setkat s nedostatkem pochopení pro tíže postižené členy skupiny. Někdy se jedná i o klienty, kteří sami dříve trpěli velmi těžkými poruchami komunikace. „Tyto osoby představují výrazný problém pro fungování skupiny, především pokud si uzurpují prostor pro sebe a dávají najevo převahu nad ostatními členy skupiny.“ (Neubauer 2006, s.166) „Problémem ale může být i zařazení klienta, který je velmi empatický, se silnou složkou pomáhat a který má menší komunikační deficit. Nevýhodou je nízký přínos terapie pro tohoto klienta, protože takový klient může ve skupině fungovat spíše jako koterapeut. Na druhé straně pro člověka s realistickým vnímáním vlastních obtíží, psychicky vyrovnaného a trpícího spíše chronicky přetrvávajícím, mírným deficitem řečové komunikace může být i tato úloha psychoterapeuticky přínosná a rozvíjet jeho aktivní adaptaci na vlastní životní situaci.“ (Neubauer 2006, s.166)

Někdy je také zdůrazňováno, že i rozumové předpoklady klientů v jedné skupině by měly být na podobné úrovni. Neubauer (2007) například zmiňuje možné tendence několika členů vést vysoce intelektuální a specializované debaty, které jsou pro ostatní členy skupiny nesrozumitelné či snižují jejich aktivitu.

Potřeba homogenosti skupiny záleží samozřejmě na typu diagnózy klientů. Ve většině případů ale **není možné zajistit doopravdy homogenní skupinu.** (Lechta 2002)

„Nevhodné je také začlenit do skupiny depresivní či úzkostlivé pacienty nebo pacienty s nízkou mírou tolerance.“ (Morrison a Ramage in Lechta 2002, s.134)

„Mezi komplikace skupinové logopedické práce se uvádí také mimo jiné nepřítomnost některého člena či více členů skupiny na sezeních.“ (Neubauer 2006, s.164)

3. Specifika logopedické terapie u osob s NKS v dospělosti a stáří

Proces vývoje a stárnutí organismu přináší kromě jiného i vznik či zhoršení některých nemocí či poruch, mezi nimi i poruch komunikačních.

Klinický logoped pracuje s klienty nejen v dětském věku, ale působí i v oblasti poruch komunikace, které vznikají později nebo svým charakterem přetrvávají do **věku dospělého**.

„Závažné poruchy řečové komunikace vznikají v tomto období především na bázi cévních mozkových příhod, traumatického poškození tkáně centrální nervové soustavy (dále jen CNS), nádorů a infekce CNS nebo degenerativního onemocnění CNS. Jde především o poruchy hybnosti mluvidel (dysartrie), poruchy fatických funkcí a vzniklé poruchy výkonnosti verbálně paměťových funkcí. Často může jít o kombinaci tělesného, kognitivního a komunikačního postižení.“ (Neubauer in Škodová 2003, s. 76)

„Vzhledem k realitě těžkého onemocnění či traumatu CNS je nezbytné, aby byl celý proces obnovování, stimulace a stabilizace řečových schopností prostoupen použitím psychoterapeutického přístupu a individuálních i skupinových postupů podpůrné psychoterapie. Cílem je umožnit optimální využití psychického potenciálu osoby s poruchou řečové komunikace a efektivní práci s reaktivními depresivními stavy či neadaptivními formami chování. Nutnost propojení logopedických, psychoterapeutických a kognitivních postupů vyžaduje od terapeuta iniciativu a celoživotní rozšiřování vlastní odborné kompetence.“ (Neubauer 2006, s.125)

Zvláštní skupinou lidí vyhledávajících logopedickou intervenci v dospělém věku jsou lidé, jež např. z důvodu profesního uplatnění (herci, učitelé, moderátoři) potřebují kultivovat svůj řečový projev. Mezi nejčastější požadavky těchto lidí patří odstranění nepřesností v oblasti artikulace či plynulosti a tempa mluvy.

Pokud jde ale o skupinu prvně zmíněnou a to skupinu klientů, jež získali závažnou poruchu řečové komunikace na základě úrazu, onkologického či neurologického onemocnění, je otázka léčby a následné reedukace velmi komplikovaná. Je známo, že u starších osob je zhoršená schopnost organismu se plně regenerovat a uzdravit. Také proto v dospělém věku vzrůstá počet chronicky postižených osob.

„Na druhou stranu ale faktory, které mají zřetelný a prokázaný vliv na možnosti obnovení funkcí jsou velikost léze, její lokalizace, etiologie, časový odstup od počátku léze a počáteční tíže poruchy, zatímco vliv věku, vzdělání, laterality a pohlaví jsou faktory, které hrají v procesu obnovení postižených komunikačních funkcí málo signifikantní roli.“ (Neubauer 2006, s. 119)

„Fyziologické stárnutí přináší mimo jiné i percepční potíže. V první řadě jsou to ztráty na sluchu (tzv. stařecká nedoslýchavost = presbyakuze), které vždy nepříznivě ovlivní řečovou komunikaci s okolím. Další je zhoršení zraku, které znemožňuje využití písemné formy komunikace. Tyto faktory velmi negativně ovlivňují případnou logopedickou intervenci, jelikož znemožňují užití mnoha terapií, které jsou založeny na spojení zrakové a sluchové zpětné vazby.“ (Neubauer in Škodová 2003, s. 77)

Stáří je spojeno také se snížením výkonnosti kognitivních a duševních schopností. I to způsobuje zhoršování komunikačních dovedností. Zvyšuje se i riziko vzniku komunikačních poruch způsobených duševním onemocněním, traumatem CNS nebo syndromem demence.

„ Fyziologické změny v procesu stárnutí ovlivňují především motorické řečové schopnosti, dochází k obtížím zejména u respiračních funkcí, při tvorbě hlasu a přesnosti artikulační činnosti z důvodu snížení rychlosti a síly svalové koordinace. Proto může být srozumitelnost mluvy stárnoucích osob snížena a při např. traumatu CNS může dojít k projevům těžké poruchy srozumitelnosti řečového projevu i za okolností, které u mladších osob nemívají tak závažné či trvalé následky.“ (Neubauer 2003, s. 77)

K častým důvodům NKS u dospělých osob nebo osob ve stáří a dospělosti, u kterých je prováděna logopedická terapie skupinovou formou, patří afázie, dysartrie (často se jedná o pacienty s Parkinsonovou chorobou), balbuties či demence. Tyto logopedické skupiny existují v rámci některých logopedických pracovišť a bývají vedeny logopedem. Četnost jejich schůzek bývá různá, často jednou do týdne v rozsahu jedné hodiny. Klienti za svou účast ve skupině většinou musí platit.

Se skupinovou terapií se setkáváme i u tzv. komunikačních skupin, které mohou sloužit k aktivaci dospělých a stárnoucích osob s porušenou či nedostatečnou komunikací s okolím, izolovaných a trpících následky dlouhodobého pobytu v institucionální péči. Program je pak většinou orientován na zlepšení percepce, pozornosti, čtení, psaní a vyjadřování jazykovými verbálními prostředky. „Tyto aktivity jsou ve vyspělých státech důležitou součástí aktivačních programů pro osoby v péči zdravotnických či sociálních zařízení. V našich podmínkách je aktivní péče o zachování a rozvoj řečové komunikace u osob v péči léčeben dlouhodobě nemocných, psychiatrických léčeben, ale i domovů důchodců či ústavů sociální péče na minimální úrovni a představuje jedno z nejméně rozvinutých míst logopedické péče v ČR., (Neubauer in Škodová 2003, s. 79)

Na druhé straně dle Neubauera (2006) vzrůstající prestiž klinických logopedů v zajištění péče o osoby se závažnými vzniklými poruchami řečové komunikace na neurogenním podkladě, rozvoj forem domácí péče o imobilní osoby po traumatech CNS a rozšiřující se formy spolupráce se zařízeními sociální a charitativní péče jsou jasně zachytitelným trendem v pomoci lidem se vzniklými poruchami řečové komunikace v dospělosti a ve stáří.

Je velmi důležité si uvědomit, že logopedická intervence u dospělých klientů je velmi rozdílná od intervence u malých dětí. Omezené komunikační možnosti klientů často svádí okolí k tomu, že se k takto znevýhodněným lidem chová s despektem a velmi často doslova jako k malým dětem.

Logoped ale musí mít na paměti, že pokud chce například dospělého klienta motivovat ke společné práci na odstranění řečové vady, nemůže použít stejných motivačních postupů jako u dětí. Při motivování klienta v dospělém věku či ve stáří musíme vždy zohlednit jeho osobní povahové rysy, profesi a zájmy. Také pomůcky je třeba přizpůsobit- nejen druhu poškození komunikačních schopností, ale i věku, typu dosavadního vzdělání, zájmům pacienta a dalším okolnostem.

4. Skupinová terapie u osob s afázií

Afázie, která je charakteristická ztrátou exprese a porozumění řeči, patří mezi vyšší kortikální poruchy a je tedy způsobena získaným ložiskovým či difúzním poškozením mozku. Mezi nejčastější příčiny afázie patří cévní mozkové příhody, úrazy a poranění mozku, mozkové nádory, zánětlivá onemocnění mozku, degenerativní onemocnění CNS či intoxikace mozku. (Čecháčková 2007)

Charakteristika tohoto onemocnění není cílem mé práce. Více informací je možno získat v literárních pracích autorů jako je Cséfalvay (1996), Neubauer (2006) a dalších.

„V ČR je ročně uvedeno více jak 1000 nových pacientů s přetrvávající afázií.“ (Neubauer 2006, s.31)

Dle Cséfalvaye (in Lechta 2005) skutečný zájem o poskytnutí systematické pomoci (terapie) lidem s afázií vznikl až po první a zejména druhé světové válce z důvodu velkého počtu pacientů (vojáků) s lokálním poškozením mozku. Mimořádný rozmach různých terapeutických směrů nastal v posledních třech desetiletích 20. století. O pacienty se ztrátou řeči při mozkových poškozeních se zajímali nejprve lékaři (patologové a neurologové), později psychologové, logopedi, jazykovědci aj. Dle Cséfalvaye (1996) je terapie afázie ve většině případů dlouhodobý rehabilitační proces, který by může trvat podle potřeby až několik let.

Podle Wenigera a Bertoniho (in Cséfalvaye, Traubner 1996) je konečným cílem terapie osob s afázií dosažení optimální úrovně komunikace, která je při konkrétní lézi mozkových struktur možná. Tohoto cíle je možno dosáhnout třemi způsoby- funkční restitucí, substitucí nebo kompenzací.

„Centrální nervová soustava je dynamický systém s možnou plasticitou v převzetí funkce porušené části mozkové tkáně alternativními strukturami. Toto převzetí probíhá v podobě biochemických a mikrostrukturálních změn.“ (Neubauer 2006, s.119) To je jednou z hlavních nadějí lidí s afázií.

Nechci se zde hlouběji zabírat problematikou efektivnosti terapie. Ale je nutné zmínit, že při hodnocení efektivity terapie se kromě dokumentování změn v kvantifikovatelných testech (změna kvocientu afázie před terapií a po ní apod.) v současnosti právem očekávají důkazy o pozitivní změně hlavně v reálných

komunikačních situacích, tzv. funkcionální výstup terapie. Z hlediska pacienta a jeho okolí je totiž nesporně důležitější, bude-li po terapii schopen zužitkovat získané zručnosti i mimo „laboratorní“ podmínky. Proto nyní vidíme silící trend „vynést“ terapii z ambulance logopeda do prostředí, které bude blízké přirozenému prostředí lidí s afázií. Pochopitelně tento posun platí především pro pacienty s chronickou afázií. (Cséfalvay in Lechta 2005)

Je již všeobecně známý fakt, že mezi výsledky v testech a reálnou schopností komunikovat v běžných podmínkách, může být podstatný rozdíl. Podle Hollandové (in Lechta 2005) se zlepšení skóre v testu ještě nemusí automaticky promítnout do efektivnějšího dorozumívání s komunikačním partnerem, a naopak minimálně změněná hodnota ve standardizovaných testech afázie neznamena stejně nízkou úspěšnost v každodenním dorozumívání.

V současnosti můžeme hovořit o dvou dominujících trendech v terapii afázie. V prvním případě se jedná o kognitivně-neuropsychologický přístup zaměřený na obnovení nebo kompenzaci jazykových procesů a procesů s ním spojených. V druhém případě se jedná o pragmaticky orientované přístupy, které vychází z toho, že afázie má za následek neefektivní používání jazykových schopností v přirozeném kontextu. (Cséfalvay in Lechta 2005)

Při skupinové terapii u afatiků lze zajisté využít skloubení obou přístupů. Větší důraz je ale pochopitelně kladen na přístup pragmatický. „Pragmaticky orientované terapie se totiž nejlépe realizují ve skupině.“ (Cséfalvay in Lechta 2005, s.229)

V tomto přístupu dochází ke zdůraznění všeobecné komunikační schopnosti (narozdíl od klasické individuální terapie).

Podle Hollandové (in Lechta 2005) se při systematickém sledování komunikace pacientů s afázií zjistilo, že:

- 1) komunikační kompetence u pacientů s afázií v porovnání s ostatními jazykovými komponentami je zasažena nejméně
- 2) při komunikaci jsou schopni užívat i relativně úzký repertoár komunikačních strategií
- 3) navzdory výrazným lingvistickým problémům jsou schopni (často i spontánně) využívat kompenzační komunikační strategie.

„Oproti jiným jazykovým rovinám jsou pragmatické schopnosti pacientů s afázií poměrně dobře zachovány a to i v nejtěžších případech, tedy i u pacientů s globální afázií.“ (Cséfalvay in Lechta 2005, s.223) Právě těchto faktů lze během skupinové formy terapie využít.

„Skupinová terapie afázie v současnosti prožívá svoji renesanci, v poslední době můžeme pozorovat znatelný posun od individuální terapie afázie k terapii skupinové.“ (Cséfalvay in Lechta 2005, s. 228)

Je také nutné mít na paměti, že se skupinovou logopedickou terapií se stejně jako s jakoukoliv jinou terapií může začít až ve chvíli, kdy je pacient schopen aspoň jistou dobu koncentrovat svoji pozornost a spolupracovat na jednotlivých terapeutických úlohách. Je pochopitelné, že skupinová terapie není vhodná pro pacienta v akutním stádiu onemocnění (a to zejména vzhledem ke stavu vědomí, zvýšené unavitelnosti...atd.).

Ač se často zmiňuje výhodnost co nejhomogennější skupiny pacientů, tak vytvoření „homogenní“ skupiny afatiků je s ohledem na mimořádnou variabilitu symptomů afázie (i v rámci téhož syndromu afázie) obtížně řešitelným problémem.

Skupinová terapie u afatiků má pro pacienta mnoho výhod. Může si vyzkoušet různé komunikační situace s různými komunikačními partnery. I pro terapeuta (logopeda) je jistě přínosné moci spatřit pacienta v běžné interakci s někým jiným, protože mu to umožní hlouběji zhodnotit do té doby třeba nepovšimnuté aspekty jeho komunikace.

Později je však skupinová terapie pro člověka s afázií velmi důležitá také proto, že částečně zmírňuje jeden z negativních následků ztráty schopnosti komunikovat, a to sociální izolaci do které se tito lidé často dostávají. „Tato společenská izolace jim přináší nedostatek komunikačních příležitostí, možností rozvíjet existující schopnosti a zručnosti. Tím se vytvoří „začarovaný kruh“, který výrazně stigmatizuje život každého pacienta s afázií.“ (Cséfalvay in Lechta 2005, s.229)

Dle Elmanové (in Lechta 2005) mezi pozitiva skupinové terapie afázie patří, že přirozeným způsobem stimuluje interakce mezi jejími členy, a tím posiluje pragmatické zručnosti, jako je např.: výměna rolí (produktor-recipient), iniciování komunikace, rozšíření repertoáru různých dorozumívacích funkcí. Dále nabízí širší okruh

komunikačních partnerů a přirozenější komunikační situace než během individuální terapie (zvyšuje se tím pravděpodobnost generalizace a transferu nabytých na jiné komunikační situace). V neposlední řadě také posiluje - přímo i nepřímo – psychosociální integraci svých členů tím, že nabízí takové podpůrné prostředí, v němž je výrazně posilována komunikace (různé formy komunikace jsou modelovány členy či facilitátorem-terapeutem).

Často je uváděno, že skupinová terapie může pacientům s afázií přinést do života několik zásadních změn, které mají vliv na kvalitu jejich života. Jednou z nich je, že u pacientů už během terapie nastávají pozitivní změny v přístupu ke konverzaci, hlavně v komunikaci s neznámými osobami. „Mnozí z nich po letech domácí izolace začínají projevovat zájem o účast na různých sociálních aktivitách. Z těchto předběžných výsledků je zřejmé, že skupinová terapie má kladný vliv i na psychosociální integritu jednotlivců.“ (Cséfalvay in Lechta 2005, s.230)

Nesmíme ani opomenout fakt, že skupinová terapie je pro osobu s afázií často také ekonomicky výhodná (jeden logoped je schopen se zde věnovat více pacientům).

Skupinové aktivity, které se dají použít v rámci skupinové terapie u osob s afázií jsou pestré. Terapeutické úkoly a skupinové aktivity, které jsou užívané při skupinové terapii jsou zaměřeny stejně jako při terapii individuální zejména na obnovování grafomotorických dovedností, techniky sémantické facilitace, terapeutické postupy při poruchách produkce řeči, při alexii, při poruchách porozumění mluvené řeči...atd.

V literatuře bývá jako častý terapeutický úkol zmiňováno hraní rolí a simulace reálných situací. Díky komunikačnímu deficitu je pro osoby s afázií často velice stresující dostat se do běžných situací, ve kterých mají něco zařídit či obstarat. Může se jednat o nákup, převzetí důchodu na poště, návštěvu lékaře...atd. Situací, které si mohou klienti takto dopředu vyzkoušet „nanečisto“ je určitě bezpočet. „Cílem této skupinové aktivity je zejména snížit úzkost a obavy z komunikace v těchto situacích a také nalézt vhodné komunikační strategie, které osoba s afázií může v takové situaci použít. Modely řešení může nabízet logoped, ale velice úspěšná jsou především řešení afatiků.“ (Cséfalvay in Lechta 2005, s.232).

Zmiňovány bývají také často „památníky“, doplňovány upomínkovými předměty (fotografiemi, pohlednicemi..atd.), které jsou vhodné zejména pro osoby s těžkým stupněm

afázie. Na jejich výrobě se velmi často podílí i rodina pacienta (také proto, že poruchy v oblasti čtení a psaní provázejí každý typ afázie). (Neubauer 2006)

Součástí každé logopedické skupinové terapie bývá diskuze na aktuální téma. Většinou se jedná o aktuální politické události, svátky, nové věci, které se staly jednotlivým účastníkům.

Dle Cséfalvaye (in Lechta 2005) se v některých případech, především u pacientů s těžkým stupněm afázie, často využívají i upravené společenské hry, aby se jakýmkoli způsobem posilovala komunikace. „Je známo, že pacienti mají menší obtíže při vyjádření se, není-li jejich pozornost výlučně soustředěna na to, „jak“ to mají říci. Při společenských hrách se pozornost soustředí na pravidla hry, na řešení dané situace, a tím se nezřídka stává, že doprovodný verbální projev je výrazně lepší. Platí to i pro pacienty, kteří mají velmi těžký stupeň afázie.“ (Cséfalvaye in Lechta 2005, s. 233)

Dle Cséfalvaye (in Lechta 2005) bývá při skupinové terapii velmi často používána technika PACE. V překladu zkratka znamená „Pomoc pacientům s afázií zefektivnit jejich komunikaci“. Zkušenosti z praxe ukazují, že i ve skupině heterogenních pacientů (např.: pacienti s fluentní a nonfluentní afázií) lze používat PACE jako vhodnou techniku k facilitaci komunikace. Je velmi užitečné pokud jsou klienti přístupní využít i více komunikačních strategií současně (kreslí, píší, gestikulují). Tato cesta jim může pomoci překonávat různé komunikační bloky.

Mezi další využitelné stimulační a facilitační terapeutické techniky patří např.: melodicko-intonační terapie (MIT), terapie Wernickeho afázie (TWA), vědomá kontrola automatických projevů (VICU), terapie perseverací při afázii (TAP) a další.

Kromě těchto skupin, které jsou vytvářeny pro osoby s afázií, jsou samozřejmě také důležité skupiny pro rodinné příslušníky a tzv. **podpůrné skupiny**. „Jejich cílem je poskytnout příbuzným informace o afázii a jejích psychosociálních následcích, naučit je efektivně komunikovat s afatikem aj.“ (Cséfalvaye in Lechta 2005, s.233)

5. Skupinová terapie u osob s dysartrií (Parkinsonovou nemocí)

„Dysartrie jsou poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy. Dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, které jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch.“ (Neubauer in Lechta 2002, s.283)

„Náhle vzniklá porucha motorické realizace řeči na bázi traumatu či onemocnění CNS je u populace dospělých osob spojena především s CMP, úrazy hlavy, onkologickým či infekčním onemocněním mozkové tkáně. Takto vzniklé poruchy řeči se mohou po náhlém vzniku a těžkých projevech spontánně upravovat, častěji ovšem vyžadují specializovanou logopedickou péči a v některých případech mohou trvale znemožnit obnovení srozumitelného mluveného projevu - u takto trvale handicapovaných osob je nutností rozvoj náhradního komunikačního systému.“ (Neubauer in Lechta 2005, s. 302)

Nemoci, které jsou často spojeny se získanou a postupně se zhoršující dysartrií jsou Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza a jiná degenerativní onemocnění CNS. Obecná charakteristika dysartrie není předmětem mé práce. Více informací o této nemoci je možno získat v knihách Neubauera (2006), Lechty (2005) a dalších.

Ve své práci jsem se zaměřila na osoby s Parkinsonovou nemocí (PN), které trpí dysartrií extrapyramidovou neboli hypokinetickou. Ta vzniká v rámci hypokineticko-hypertonického syndromu doprovázejícího poruchy činnosti bazálních ganglií. Dysartrie hypokinetická může být zapříčiněna kromě Parkinsonovy nemoci také působením léků, ale i cévní mozkovou příhodou.

Mezi motorické příznaky Parkinsonovy choroby patří bradykinéza, jež kromě zpomalení chůze a výkonu všech denních činností, způsobuje i zmenšení písma (mikrografii), změnu výrazu obličeje (hypomimie, maskovitá tvář), neschopnost dostatečně melodicky modulovat řečový projev (dysprosodie).

Dysartrie spojená s Parkinsonovou nemocí je v mnohém odlišná od jiných syndromů dysartrií. V počátcích nemoci si pacient nebývá vědom problémů v oblasti komunikace, ale až jeho přátelé či rodina jej začnou upozorňovat na ztišení hlasu, který zároveň ztrácí svou melodičnost a expresivitu. Výraznější hypofonie (nedostatečná

hlasitost řečového projevu) a hypokinetická dysartrie (setřelá, tichá a mumlavá artikulace) tvoří spolu s tachyfemií (zrychlením artikulace až k nesrozumitelnému mumlání), zárazy v řeči a palilálií (nutkavým opakováním poslední slabiky nebo slova) poruchu řeči typickou pro pokročilá stádia Parkinsonovy nemoci. To vše bývá často spojeno s poruchou slinění, poruchou polykání a dalšími problémy. (Roth, Růžička 1998, 2000)

I přesto, že onemocnění Parkinsonovou nemocí na svém začátku pacienta výrazněji neomezuje, je důležité, aby pacient byl od začátku motivován k aktivitě, procházkám, sportu, k pokračování ve svých zálibách, k režimovým opatřením, rehabilitaci, cvičení, pohybové reedukaci a v neposlední řadě také logopedické péči. Nesmím opomenout ani lázeňské a rehabilitační pobyty, jejichž součástí mimo jiné bývá i skupinová logopedická terapie, a které mohou přispět k vytvoření kladně aktivního postoje nemocného k dalšímu životu s chorobou. (Roth, Růžička 1998, 2000)

„Cílem těchto postupů je aktivní potlačování těch příznaků, jež mohou být překonány, úprava režimu a tvorba náhradních stereotypů pro ty funkce, jež se navzdory léčbě nepodaří plně obnovit.“ (Roth, Růžička 1998, s.45)

Při práci s literaturou jsem měla možnost zjistit, že **logopedické skupinové terapie u lidí s dysartrií** není v odborných publikacích věnován v podstatě žádný prostor. Skupinová logopedická terapie je k dispozici jen úzké skupině osob s dysartrií a to např. lidem s Parkinsonovou chorobou. Ale ani o této problematice jsem nenašla žádné bližší informace o tom, jak by měla skupinová logopedická terapie u lidí s touto specifickou dysartrií vypadat.

„Léčba Parkinsonovy nemoci zdaleka neznamená pouze farmakoterapii, i když mnozí pacienti i lékaři by toto řešení uvítali. Ve skutečnosti je nejúčinnější takové léčení, ve kterém se kombinuje léčba farmakologická s postupy nefarmakologickými. Především je nutno vyzdvihnout význam rehabilitace, cvičení a pohybové reedukace, psychoterapie, logopedie a v indikovaných případech také funkční neurochirurgie“ (Růžička, Roth 1998, s.29)

„Tato skupina osob byla u nás z terapeutického hlediska opomíjena ještě v době, kdy již byly k dispozici již značně rozsáhlé informace o rozvoji terapeutických programů v zahraničí.“ (Raming in Lechta 2005, s.302) Když hovořím o situaci v ČR, je nutné zmínit

zařazení logopedické péče do programů léčebné rehabilitace těchto osob v rehabilitačním ústavu v Hrabyni, a také komplexní program rehabilitace zahrnující logopedii v rámci některých oddělení léčebné rehabilitace v nemocnicích. I zde je terapie vedena snahou zpomalit či zastavit rozvoj dysartrie, zvolit efektivní kompenzační strategie. „Možnosti zlepšení jsou dány především průběhem onemocnění a navozením trvalé aktivizace pacienta.“ (Neubauer in Lechta 2005, s.302)

„Jedním z tradičně uváděných rysů PN je tendence k hypoaktivitě, depresivnímu ladění k uzavírání se do sebe, okolí osoby s PN by naopak mělo vyhledávat příležitosti k zapojení pacienta do rodinných a společenských událostí, ačkoliv při nich třeba bude hrát zdánlivě pasivní úlohu.“ (Roth, Růžička 1998, s. 46)

Právě s těmito problémy se snaží terapeuti v rámci skupinové terapie pracovat.

„Dnes již víme, že postup zaměřující se pouze na hybnost mluvidel a artikulaci nebude dostatečně efektivní pro pomoc osobě trpící touto formou získané dysartrie.“ (Neubauer 2006, s.124) Bohužel je kvalitní terapeutická pomoc pro část osob s poruchami řečové komunikace stále obtížně dosažitelná.

Mezi metody, které mohou terapeuti použít v rámci skupinové terapie u osob s dysartrií, patří například metody navozující svalovou relaxaci a stabilizaci tělesného tonu v oblasti mluvidel. Často jsou využívány orofaciální cviky pro obnovování hybnosti a svalové síly, kam můžeme zařadit cvičení na zlepšení funkce patrohltanového závěru při hyperrhinofonii, aktivní cvičení s využitím sání, polykání a pomoc napětí patra pohybu rukou a těla. Zásadní význam mají pro tuto skupinu osob specifické formy dechových a fonačních cvičení. Terapeut může využít také různá cvičení artikulační pro obnovování a stabilizaci motorických řečových schopností či rytmizační a intonační postupy, navozující mluvní podnět spojený s pohybem a užitím technických pomůcek. V případě potřeby je možné u těžkých přetrvávajících poruch komunikace využít i neverbální komunikace a komunikačních pomůcek. (Neubauer 2006)

„Skupinová terapie je ale ideální zejména pro užití skupinových postupů zaměřených na sociální skupinovou interakci a umožňující převod dovedností z individuální terapie do spontánního řečového projevu.“ (Neubauer 2006, s.50)

Dle Neubauera (2006) je možno převzít z metodik zaměřených na terapii afázie postup zaměřený na sociální skupinovou interakci pro maximalizaci napodobení skutečné komunikační situace, jako je např.: PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness). Tento postup v tomto případě slouží k přenosu dovedností z individuální terapie do mluvní interakce v malé skupině osob s obdobnými obtížemi.

Terapeut pracující se skupinou lidí s Parkinsonovou nemocí by měl vědět, že někteří lidé s Parkinsonovou nemocí mají kromě problémů s dysartrií kognitivně-komunikační poruchy (např. osoby s demencí na bázi Parkinsonovy choroby). Jedná o tzv. subkortikální demenci, kdy dochází u jedné osoby ke spojení Parkinsonovy choroby a syndromu demence. U těchto osob je řeč motoricky postižena extrapyramidovými příznaky, jazykové schopnosti jsou porušeny minimálně. Slabý dyšný hlas je charakteristický abnormální výškou a zabarvením. (Neubauer 2006) „I pro tyto osoby mají klíčový význam nemedikativní terapeutické postupy. Bez aktivní terapeutické pomoci, při ponechání v pasivitě a nečinnosti nepřináší samotná farmakoterapie očekávané výsledky.“ (Neubauer 2006, s. 62)

„Do programu skupinové terapie by tedy měla být zařazována i terapie paměťových funkcí v podobě kognitivního remediálního tréninku. Paměťové funkce jsou trénovány opakujícími se úkoly, užitím kompenzačních pomůcek a postupů na podporu vybavování paměťových stop, učení se novým paměťovým stimulům.“ (Neubauer 2006, s.64)

6. Cíl praktické části

Cílem praktické části mé práce bylo charakterizovat skupinovou formu logopedické terapie u osob s afázií a u osob s Parkinsonovou nemocí. Dílčím cílem byl zejména podrobnější popis struktury a obsahu terapeutického programu, užívaného při skupinových setkáních. Současně jsem stručně charakterizovala samotnou skupinu (její složení) a prostředí, kde skupinová terapie probíhá.

7. Metody průzkumného šetření

Při realizaci průzkumného šetření bylo užito těchto metod:

- metoda pozorování
- metoda analýzy písemných dokumentů
- metoda rozhovoru

8. Časový harmonogram

V březnu 2008 jsem si zvolila téma své práce. V té době jsem také začala s přípravnou fází, která sestávala zejména z četby a zpracovávání související literatury i internetových stránek. Následně jsem si také zjistila informace o skupinových terapiích fungujících v Praze a okolí. Přípravná fáze skončila přibližně v září 2008, kdy jsem se pustila do realizace průzkumného šetření. To trvalo do ledna 2009. Od února 2009 do března 2009 jsem vyhodnocovala data získaná během výzkumného šetření.

9. Charakteristika pozorovaného souboru

Zkoumaným vzorkem byly dvě logopedické terapeutické skupiny působící v Praze.

První z nich byla skupina lidí s afázií fungujících v Praze pod občanským sdružením Klub Afasie. Jednalo se o skupinu 7 mužů starších 60 let, kteří se setkávají jednou týdně na dobu 90 minut. Z druhů afázií diagnostikovaných klientům se zde objevuje 3krát Brocova afázie (jednou v kombinaci s těžkou agrafií a alexií), 3krát

anomická afázie (jednou v kombinaci s agrafií, v druhém případě v kombinaci s apraxií). Jeden z klientů má diagnostikovanou dysartrii. Všichni klienti se nachází v chronickém stádiu nemoci.

Druhou byla skupina lidí s PN fungující pod pražským Klubem Parkinson. Jedná se o 14 lidí, 7 žen a 7 mužů, starších 50 let. Tato skupina se setkává jednou týdně na dobu 60 minut. Jejich věk, délka trvání a pokročilost nemoci se u jednotlivých klientů velmi různí. Průměrný věk se ale pohybuje mezi 65 a 70 lety.

10. Sběr a analýza dat

10.1 Skupina A- Skupinová terapie u lidí s PN

V Praze se mi podařilo vyhledat pouze jednu logopedickou terapeutickou skupinu pro osoby s PN. Ta funguje díky pražskému Klubu Parkinson. V ČR je v současnosti 21 klubů + 1 online klub, které jsou sdruženy pod občanským sdružením Společnost Parkinson. V Praze bohužel neexistuje žádná jiná podobná společnost či možnost skupinové logopedie pro osoby s Parkinsonovou nemocí. Nejdříve bych se ráda více věnovala Společnosti, které umožňuje činnost této skupinové terapie, už z toho důvodu, že se jedná o jev tak vzácný.

„Společnost Parkinson je celostátní humanitární organizace sdružující nemocné, jejich rodinné příslušníky, zdravotníky a všechny příznivce s cílem podporovat zdravotní, sociální a osvětové programy ve prospěch spoluobčanů postižených touto nemocí. Můžeme vidět stále rostoucí počet nemocných, kteří se stávají členy společnosti, nadšeně diskutují na osvětových přednáškách, hlásí se ke skupinovému cvičení, k rekondičním pobytům, atd.“ (Roth, Růžička 1998, s.46)

Společnost Parkinson je občanská, humanitární a nezisková organizace s celostátní působností, která byla založena r. 1994. Od roku 1996 je Společnost Parkinson členem Evropské asociace společností pro Parkinsonovu nemoc (EPDA) a vydává vlastní časopis Parkinson. (Dvořák 2005) Tato společnost se snaží podnítit osoby, které Parkinsonovou nemocí trpí, aby svojí válku s nemocí nevzdávali a nadále aktivně bojovali. Aktivním bojem se myslí zejména účast v rehabilitačních programech, neupadání do sociální izolace apod. Společnost Parkinson organizuje mimo logopedické terapie i rehabilitační tělocvik,

kondiční cvičení v bazénech, ergoterapii, besedy s lékaři, výlety, různá posezení či rekondiční pobyty. Těmito cestami se snaží o zapojení lidí s Parkinsonovou nemocí do aktivního boje proti postupně se zhoršujícím symptomům nemoci. Činnost Společnosti Parkinson je dotována z dotací Ministerstva zdravotnictví, z dobrovolných příspěvků a ze sponzorských darů.

Pražský Klub Parkinson organizuje pro své členy každý týden hodinu skupinového cvičení, hodinu cvičení v bazéně a hodinu skupinové logopedické terapie.

Skupinová logopedická terapie je organizována každou středu od 15:30 do 16:30 v tělocvičně Sokolovny v Žitné ulici v Praze. Hodina je pro klienty zdarma. O této možnosti se členové Klubu Parkinson dozví většinou na společných setkáních od ostatních členů či na internetových stránkách Klubu.

Logopedie navazuje těsně na hodinu rehabilitačního cvičení, což očividně napomáhá ke zvýšení zájmu o tuto formu terapie. Rehabilitační cvičení je totiž velmi oblíbené a těší se hojně účasti. Od logopedky, která začala tuto skupinu vést v září r. 2008, jsem se dozvěděla, že díky negativním zkušenostem z předchozích let nebyl o navštěvování logopedické skupiny příliš velký zájem. Ten se ale v průběhu prvních 2 měsíců velmi zvedl. První odvážlivci zůstali prostě v tělocvičně po rehabilitačním tělocviku o hodinu déle. A během krátkého času se řady klientů účastnících se pravidelně skupinové logopedie rozrostly.

Jak už jsem tedy zmínila skupinová logopedická terapie se odehrává v prostoru tělocvičny, která je vybavena tlustým kobercem, nástěnnými zrcadly a několika lavičkami. To je veškeré vybavení.

Klienti sedí na dvou lavičkách naproti sobě. Terapeutka sedí buď na jedné lavičce nebo na koberci mezi lavičkami, aby lépe na všechny viděla a měla lepší možnost navazovat s klienty oční kontakt. Velkou výhodou, kterou zde mohou klienti použít jsou nástěnná zrcadla. Polovina klientů k nim ale většinu času bohužel sedí zády. Tělocvična je bez oken a tudíž velmi špatně větratelná, to se ukazuje problémem hlavně v letních měsících, kdy je zde klientům opravdu horko (hlavně z důvodu tělesné námahy, která zde byla vykonávána před logopedií). Přístup do tělocvičny není bezbariérový.

Několik posledních hodin ale skupinové logopedie proběhla v učebně, která je také situována v budově Sokolovny. Přístup do této třídy je bezbariérový. Třída je vybavena tabulí, lavicemi a židlemi. Její velkou výhodou je, že zde mohou klienti sedět na židlích v kruhu a tak má logoped lepší přehled. Problémem ale je, že ve třídě bývá často zima, což je pro klienty, kteří přichází rozehrátí ze cvičení v tělocvičně značně nepříjemné (zejména v zimních měsících).

V nově využívané třídě také není žádný prostor, kde by mohl mít logoped uloženy pomůcky potřebné k terapii. Tento prostor v tělocvičně byl.

Mezi nejčastěji používané pomůcky, které logoped při skupinových terapiích užíval patří: papíry s texty ke čtení či terapeutickými úkoly, propisky, rytmická dřívka, rolničky, rumba koule, provázky, drátky, sirky...atd.

Skupina je vedena jedinou logopedkou, která si sama připravuje pro klienty program i vhodné pomůcky. Při některých skupinových setkáních logopedka umožňuje studentům 5.ročníku Speciální pedagogiky pracovat pod její supervizí na pozici koterapeuta.

Žádný z klientů nedochází na individuální logopedickou terapii. Proto je jedním z hlavních přínosů tohoto setkávání, že se klienti mohou seznámit s různým cvičením a technikami, které jim pomáhají v problémových oblastech, a které mohou následně cvičit pravidelně v domácím prostředí. Důležitý přínos skupiny je ale také možnost setkání s lidmi se stejnou nemocí. Toto vzájemné setkávání a poznávání má za úkol také zlepšení psychiky klientů, kteří často trpí depresemi či úzkostí z nepřilíš pozitivní prognózy nemoci.

Skupina klientů docházejících na skupinovou logopedii čítá v současnosti 14 zapsaných členů. Jedná se o 7 žen a 7 mužů. Pravidelně se jich ale skupiny účastní přibližně o polovinu méně. Dle terapeutky je příčinou zejména nízká motivace klientů, kteří nepovažují logopedickou terapii za potřebnou. Zatímco rehabilitační cvičení vidí jako velmi důležitou součást v boji proti PN, logopedické terapie je hodnocena spíše jako nadstandard.

Pokročilost Parkinsonovy nemoci je u klientů různá. Jsou zde klienti na kterých v současnosti není možné pozorovat žádné příznaky nemoci, na druhou stranu jsou zde i klienti, kterým pohyb a mluva činí již skutečně vážné problémy.

Ve své charakteristice skupinového programu pracuji s programy z 10 skupinových setkání odehrávajících se v rozmezí říjen 2008-leden 2009. Jak je tedy patrné, nejedná se o všechna skupinová setkání v této době.

Ve své charakteristice pracuji s 8 programy, které zpracovala logopedka vedoucí skupinu a s 2 programy, které jsou dílem studentů 5.ročníku Speciální pedagogiky, ale které byly schváleny a případně upraveny logopedkou.

Skupinové setkání začíná pravidelně úvodní částí, kdy se logoped s klienty přivítá a ve stručnosti je seznámí s programem. Následuje „úvodní kolečko“, kdy se logopedka dotazuje klientů na to, jak se mají, jestli mají nějaké novinky, o které se chtějí s ostatními podělit. Následně se také dotazuje klientů k tématu, na které je setkání zaměřeno. Témata, na které jsou logopedická setkání zaměřena, jsou různá, např.: oblíbené filmy, knihy, poezie, divadlo, výstavy, pohádky, vánoce...atd. Při úvodním kolečku dostane každý z klientů svůj prostor k vyjádření se k danému tématu.

Následuje hlavní část. Někdy je zde dán prostor uvolňovacím cvikům pro hlavu a krk.

Velmi často program pokračuje stimulací motorických zón mluvidel (např. formou kruhové automasáže).

Dále je pozornost věnována procvičování hybnosti orofaciální oblasti: tváří, rtů, jazyka a obočí. Klienti zkouší i kombinace více pohybů.

Velký prostor je věnován různým artikulačním cvičením, fonačním cvičením či cvičením dechovým. Někdy jsou jednotlivá cvičení proložena uvolňovacími masážemi (např. tappingem).

Prostor je v programu dán i cvičením na rytmizaci, hlasitému čtení zaměřenému na hypofonii či prozodii.

Ke konci hlavní části logopedka zařazuje většinou zábavné hry a úkoly na grafomotriku, jemnou motoriku, kognitivní dovednosti, zrakovou percepci, orientaci v mapě a další.

Závěrečnou částí programu je rozloučení, poděkování logopeda klientům za spolupráci a oznámení novinek a organizačních věcí.

Jako vzor zde uvedu 2 příklady programu skupinového setkání.

Tab č.1 1.program setkání skupiny A

Skupina: Skupina A - klienti s PN		Datum: 15.10.
Téma: nezaměřeno		Účast: 8 klientů
Pomůcky: Papíry – s texty a úkoly/ i nepoužité, provázky, propisky		
Program:		
A) Úvodní část:	15min.	Přivítání se. Rozprava nad proběhlým týdnem. Pozitivní/negativní události.
B) Hlavní část:	10 min.	Jazykolamy. Nejdříve se zrakovou oporou, následně z paměti.
	10 min.	Zraková percepce- najdi stejný obrázek.
	15 min.	Jemná motorika. Vázání uzlíků na provázcích.
		Masáž konečků prstů. Rozmotávání vytvořených uzlíků.
	5 min.	Opakování skládání vějířů.
C) Závěrečná část:	5 min.	Rozloučení se. Poděkování za spolupráci klientům. Organizační informace.

Tabulka č.2 2.program setkání skupiny A

Skupina: Skupina A – klienti s PN	Datum: 26.11.
Téma: Národní muzeum, Výstava Republika	Učast: 8 klientů
Pomůcky: krabičky sirek, papíry s texty básní, s testy, s předlohou obrazců, propisky	
Program:	
A) Úvodní část:	10 min. Přivítání se. Představení se + krátká charakteristika.
B) Hlavní část:	10 min. Cvičení dechu. Nacvičování dýchání do hrudníku, do břicha. Dýchání v tempu. Jógínský dech.
	5 min. Společné recitování krátké básně. Práce s dynamikou hlasitosti, hra se slovy.
	10 min. Procvičení jemné motoriky a grafomotoriky. Protážení celé ruky. Promasírování a procvičení prstů.
	10 min. Hra se sirkami. Skládání sirek ve dvojicích. Sami skládají obrazce ze sirek dle předlohy.
	10 min. Znalostní test (téma první republiky).
C) Závěrečná část:	5 min. Pozvání na výstavu v Národním Muzeu v Praze. Rozloučení se.

Ve svém průzkumném šetření jsem se zaměřila na jednotlivé terapeutické úkoly, které terapeutka při své práci skupině zadávala. Jednotlivé zadané činnosti jsem posuzovala dle funkce, na jejíž zlepšení měl mít daný úkol vliv.

V následující tabulce (Tab. č.3) je možno vidět výsledky analýzy cílového zaměření terapeutických úkolů použitých na 10 výše zmíněných skupinových sezeních.

Dle výsledků logopedka nejčastěji volí úkoly, která se nejvíce zaměřují na rozvoj orofaciální motoriky (posilování jednotlivých oblastí, kruhová masáž....). Tyto úkoly byly v programech zastoupeny v 23,21%. Velký důraz je také v rámci úkolů kladen na procvičování mnestických funkcí (cvičení paměti) a to v 19,64%.

Práce s fonací (12,5%), respirací (8,95%), artikulační obratností (8,93%) a rytmizací (7,14%) se pohybuje v procentuálním zastoupení na velmi blízkých pozicích.

Stejně tak i doplňující cvičení, jež se zaměřují na grafomotoriku a jemnou motoriku (10,71%) a procvičování zrakové percepce (8,93%).

Tab.č. 3 Frekvence cílených oblastí terapie na jednotlivých sezeních

Sezení	Cílené oblasti terapie							
	Rytmizace (Plynulost mluvy)	Orofaciální motorika	Respirace	Fonace	Artiklace (Artik. obratnost)	Mnestické funkce	Grafo- motorika, Jemná motorika	Zraková percepce
1.	1	1	1	1	0	0	1	0
2.	0	0	0	0	1	1	2	1
3.	0	1	0	0	1	2	0	1
4.	0	1	0	1	0	0	1	0
5.	0	2	1	2	0	2	0	0
6.	1	2	0	1	0	0	0	0
7.	1	0	1	1	1	2	2	1
8.	0	2	1	0	0	0	0	1
9.	1	2	0	0	1	2	0	1
10.	0	2	1	1	1	2	0	0
Celkem	4	13	5	7	5	11	6	5
Celkem v %	7,14	23,21	8,93	12,5	8,93	19,64	10,71	8,93

10.2 Skupina B-Skupinová terapie u osob s afázií

V Praze je skupinová logopedická terapie pro osoby s afázií organizována občanským sdružením Klub Afasie. I zde bych ráda blíže charakterizovala organizátora skupinové logopedické terapie v Praze.

Klub Afasie byl založen proto, aby pomáhal vytvářet optimální podmínky pro rozvoj osobnosti postiženého občana a napomáhal jeho rovnoprávnému zařazení do života společnosti, a aby spoluvytvářel možnosti uskutečňovat jejich občanská práva a podílet se na tvorbě společenských hodnot. (<http://afasie.wz.cz/tisk.htm>)

Klub Afasie se snaží zabránit uzavírání se pacientů s afázií do sebe. Snaží se, aby pacienti vystoupili z pasivity, která je následkem jejich handicapu. Snaží se také informovat veřejnost, zaměstnavatele a veřejné služby, co to afasie vlastně je a jaké problémy představuje pro lidi, kteří jí trpí. Sdružení jakožto provozovatel Klubu si klade za cíl též informovat rodiny, podporovat je morálně a pomáhat jim v administrativních úkonech. Má být spojnicí mezi veřejnou správou, lékaři, terapeuti a nemocnými.

Obdobné asociace v různých zemích (Velká Británie, Nizozemí, USA, Finsko aj.) již vypracovaly a v praxi odzkoušely řadu programů. Vytvořily tedy cosi, co může sloužit za základ činnosti také v České Republice. Smyslem klubu je spoluvytvářet takové podmínky, které mohou pomáhat k rychlejšímu vstupu do reálného života. V praxi to znamená zajišťovat prostory k výuce, poskytovat technické a programové vybavení, zprostředkovávat pomoc lékařů, logopedů, terapeutů a psychologů. (<http://afasie.wz.cz/tisk.htm>)

Mezi aktivity a cíle Klubu Afasie patří kromě přerušování izolace, poskytnutí podpory a naděje, organizování činností pro volný čas (zejména ty, které přirozeně stimulují používání jazyka), poskytování informací z oblasti sociální a právní...atd.

Skupinová logopedická terapie je organizována každé úterý a čtvrtek. Původně fungovala pouze jedna skupina, ale pro vysoký zájem o účast na skupinové terapii v současnosti fungují již skupiny 3. Každé setkání trvá hodinu a půl. První skupina funguje v pondělí od 16:00, druhá skupina ve čtvrtek od 9:00-10:30 a třetí skupina ve čtvrtek od 10:30-12:00. Setkání se konají v Centru pro zdravotně postižené ve Wuchterlově 11,

Praze 6 Dejvicích. Setkání je pro klienty zdarma. Členové Klubu Afasie platí pouze roční členský poplatek 300kč.

Většina klientů dochází pravidelně také na individuální logopedii. Právě zde se nejčastěji dozví o možnosti skupinové logopedické terapie v Praze.

V Centru pro zdravotně postižené mají skupiny opravdu velmi pěkné zázemí. Skupinová terapie probíhá v místnosti, která je kromě stolů a židlí vybavena několika počítači, tiskárnou, kopírkou, knihovnou a skříněmi, kde mají logopedi uloženy všechny potřebné pomůcky (papíry, fixy, nůžky...atd.). Místnost je také vyzdobena obrazy a květinami. Klienti sedí dokola kolem sražených stolů, což logopedovi umožňuje mít přehled a navázat s každým oční kontakt.

V Centru je také vlastní sociální zařízení a vybavená kuchyňka, kde logopedka vždy před začátkem setkání připraví čaj a kávu pro zúčastněné .

Je to zvláštní, ale bohužel ani do těchto prostor není bezbariérový přístup.

V současnosti se ve vedení skupinové terapie střídá hned 5 logopedek, které tuto činnost provozují bez nároku na honorář. Tak vysoký počet terapeutek je způsobený tím, že 2 z nich odejdou v nejbližší době na mateřskou dovolenou, a tak dochází k zapracování nových kolegyň.

Pravidelně jsem navštěvovala obě čtvrtě skupiny, ve své práci se ale soustředím pouze na první z nich, fungující ve čtvrtek od 9:00-10:30.

Přihlášených klientů ve skupině je v současné době 7. Všichni členové jsou muži. Klienti byli do dvou čtvrtě skupin zařazováni dle svých časových možností. Shodou okolností se rozdělili tak, že zatímco v první skupině je ryze mužské osazenstvo ve skupině druhé najdeme zase samé ženy.

Jedna klientka patřící do druhé skupiny přichází do Centra již kolem desáté hodiny dopolední, a tak se v podstatě účastní druhé poloviny 1. setkání. Do skupiny ale oficiálně nepatří, a tak jí do počtu nezařazují.

Ve své charakteristice skupinového programu pracuji s programy z 10 skupinových setkání odehrávajících se v rozmezí září 2008 - březen 2009. Jak je tedy patrné, nejedná se o všechna skupinová setkání v této době.

Každé skupinové setkání začíná společnou konverzací, která trvá kolem 30 minut. V tomto času klienti dostávají prostor k volnému rozhovoru. Často jsou projednávána témata, jež klienty aktuálně zajímají- tedy témata z politiky, sportu, počasí, jejich rodinné a osobní radosti a starosti. Logopedka dbá na to, aby každý dostal svůj komunikační prostor. Některé klienty je nutné dodatečně dotazovat, zatímco jiní, jejichž komunikační problémy již nejsou tak vážné, mají tendenci mluvit neustále.

Následně je čas většinou věnován kontrole domácí práce, kterou klienti dostávají při většině skupinových setkání.

Následují další terapeutické úkoly, jejichž zaměření se většinou opakuje. Jedná se o úkoly orientované na zlepšení mluvního projevu, výbavnosti slov (odvozená slova, slovní fotbal...atd.) a rytmu mluvy. Terapeut pracuje s klienty na zvětšení aktivní slovní zásoby.

Důležitý je také trénink porozumění řečenému. Většina klientů v této skupině nemá v této oblasti závažnější potíže, přesto se procvičuje např. porozumění předložkovým vazbám.

Dále se jedná o terapeutické úkoly se zaměřením na psanou stránku řeči. Tedy mám na mysli oblasti čtení a psaní. U problematiky čtení klienti trénují hlasitou plynulou četbu a porozumění čtenému textu. Samotné dekodování slov je cvičeno například pomocí pseudoslov, která klienti čtou zepředu i zezadu. V oblasti psaní se terapeut snaží s klienty procvičit oblast gramatiky (doplňování háčeků a čárek, časování), správné pořadí písmen (skládání slov z písmen, vyškrtávání písmen, jež jsou ve slově navíc) a další.

Kromě toho je ale potřeba s klienty trénovat i oblast kognitivně - komunikačních funkcí. Mám na mysli zejména orientaci (na mapě, v prostoru), paměť (pamatování si pořadí obrázků, informací z textu...atd.).

Skupina je vždy zakončena krátkým rozloučením během něhož terapeutka informuje o chystaných akcích a o dění v rámci Klubu afázie.

Jako vzor uvádím záznam programů 2 skupinových setkání.

Tabulka č.4 1.program sezení skupiny B

Skupina B- klienti s afázií		Datum: 5.3.
		Učast: 6 mužů
Pomůcky: papíry s texty a úkoly, propisky		
Program:		
A) Úvodní část:	35 min.	Diskuze. (Sdělení nových zážitků. Polemika nad aktualitami z domova i ze světa: sportem, politikou, kulturou...atd.)
B) Hlavní část:	25 min.	Slovní kopaná. (Nová slova na poslední písmeno, poté poslední slabiku.)
	10 min.	Kontrola domácí práce: Četba a přepis textu. Doplnění prázdných míst ve větě. Zodpovězení otázek na porozumění textu.
	5 min.	Doplňovačka. Zapsat slova od písmene "K"- poznat podle obrázku. Přepsat slova na vedlejší papír.
	10 min.	Jeden z klientů přečte ostatním text. Všichni následně po paměti řadí správně za sebou rozstříhané věty. Následuje společná kontrola (každý čte jednu větu).
C) Závěrečná část:	5min.	Rozloučení se a odchod klientů. Zadáni domácí práce.
Domácí práce: Dopsat a přepsat názvy známých českých filmů.		

Tabulka č. 5 2.program sezení u skupiny B

Skupina B- klienti s afázií	Datum: 12.3. 2009	
	Učast: 6 mužů	
Pomůcky: karty, písmena ze Scrabble, papíry s úkoly, propisky		
Program:		
A) Úvodní část:	30 min.	Diskuze. (Novinky, zprávy, počasí, individuální zájmy.)
B) Hlavní část:	5 min.	Kontrola domácí práce. (Doplnění názvů filmů.)
	15min.	Hádání filmů. Každý jeden popíše. Ostatní hádají, o který se jedná.
	10 min.	Karty. Dva popisují řadu karet. Ostatní ji rovnají dle popisu. Řadu znovu popisují.
	20 min.	Karty. Umíst'ování karet podle instrukcí, popis řad.
	5 min.	Každý si vymyslí co nejvíce povolání (jídlo, zvíře) na vylosované písmeno.
C) Závěrečná část:	5 min.	Rozloučení. Zadání domácí práce.
Domácí práce: Vymyslet co nejvíce jakýchkoliv slov na vylosované písmeno.		

Tabulka č.6 *Frekvencovanost cílených oblastí terapie během sezení*

Sezení	Cílené oblasti terapie						
	Přímá řeč	Porozumění	Čtení	Gramatika	Psaní	Mnestické funkce	Orientace
1.	1	0	0	1	1	2	0
2.	4	2	0	0	1	1	0
3.	1	1	1	0	1	1	1
4.	3	0	0	1	0	0	1
5.	1	1	0	0	1	1	1
6.	3	0	1	0	1	1	0
7.	2	0	1	0	1	0	0
8.	3	0	3	0	1	0	0
9.	4	1	0	0	0	1	0
10.	2	2	2	0	2	0	0
Celkem	24	7	8	2	9	7	3
Celkem v %	40	11,67	13,33	3,33	15	11,67	5

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na jednotlivé terapeutické úkoly, které terapeutky při své práci skupině zadávaly. Jednotlivé zadané činnosti jsem posuzovala dle funkce, na jejíž zlepšení měl mít daný úkol vliv.

V tabulce č.6 je možno vidět výsledky analýzy cílového zaměření terapeutických úkolů použitých na 10 výše zmíněných skupinových sezeních.

Nejvyšší zastoupení zde mají úkoly zaměřené na přímou řeč (40%). Do této kategorie jsem zařadila úkoly cílené na procvičení pojmenování, výbavnosti, ale i plynulosti mluvy. Za úkol na přímou řeč jsem považovala i úvodní diskuzi, která se sice nemůže nazvat typickým terapeutickým úkolem, ale dle mého názoru má na získání jistoty v dané oblasti pro klienta velký vliv.

Četné jsou také úkoly na procvičení psaní (15 %). Zde jsem vytvořila speciální kategorii na procvičení gramatických pravidel. Tyto úkoly byly zastoupeny v 3,33%.

Přibližně stejného procentuálního zastoupení dosáhly terapeutické úkoly na procvičení čtení (13,33%), porozumění (11,67%) a mnestických funkcí (11,67%).

Pozornost je při skupinové terapii pro lidi s afázií věnována také procvičování orientace (v prostoru, na mapě) a to v celých 5%.

Společným rysem je například to, že se jedná o skupiny otevřené. To znamená, že během roku mohou do skupiny začít kdykoliv docházet noví členové.

Z hlediska programu setkání je i ze zkušeností, které jsem získala jako příklad, patrné, že programy mají podobnou strukturu. Vždy je zde tvořena část, která slouží k přivítání se s klienty a soustředění jejich pozornosti k následujícímu programu. Během podstatné konverzace mají klienti možnost vyjádřit se k vybranému tématu, společně s ostatními účastníky udělat poznámky nebo další poznámky, které je zajímavé. Mají také možnost podělit se o svoje zkušenosti a starosti. Závěrem volný prostor k vyjádření. Tento program je tvořen částí ve skupině pro lidi s afázií. Důležitým název byl fakt, že při práci s afázií je se všemi účastníky „společně a rovněž“, protože právě toto bylo jedním z cílů programu. Každý účastník má možnost vyjádřit se a být jistý a zúčastnit se konverzací a sdílením. Zároveň u lidí s Parkinsonovou nemocí je důležitá zejména se pravidelně účastnit setkání, zejména v rámci skupin, které se konají v rámci TV a sociální problematiky. U skupiny lidí s afázií může být významná vědomí, že v programu pro konverzaci také díky 10 minutám navíc, které má skupina lidí s afázií k dispozici.

Účastníci skupiny lidí s afázií mají možnost sdílet své zkušenosti, ať už jsou to zkušenosti s afázií, nebo s Parkinsonovou nemocí. Zároveň u osob s afázií se mohou sdílet zkušenosti s afázií, nebo s Parkinsonovou nemocí, ať už se jedná o zkušenosti s afázií, nebo s Parkinsonovou nemocí.

Skupiny lidí s afázií, které nejsou přímo zaměřeny na afázií, jsou společně s afázií se pravidelně účastnit setkání a sdílet své zkušenosti. U lidí s Parkinsonovou nemocí je důležitá zejména se pravidelně účastnit setkání, zejména v rámci skupin, které se konají v rámci TV a sociální problematiky.

Závěrem část je věnována skupině lidí s afázií. V rámci programu se mohou účastníci sdílet své zkušenosti a sdílet své zkušenosti s afázií a Parkinsonovou nemocí.

11. Diskuze

Skupinové terapie, které jsem měla možnost poznat, měly mnohé rysy společné a mnohé rozdílné.

Společným rysem je například to, že se jedná o skupiny otevřené. To znamená, že během roku mohou do skupiny začít kdykoliv docházet noví členové.

Z hlediska programu setkání je i ze záznamů, které jsem uvedla jako příklad, patrné, že **programy mají podobnou strukturu**. Vždy je zde úvodní část, která slouží k přivítání se s klienty a soustředění jejich pozornosti k následujícímu programu. Během počáteční konverzace mají klienti možnost vyjádřit se k uplynulému týdnu, společenským nebo kulturním událostem nebo dalším tématům, které je zajímají. Mají také možnost podělit se o svoje radosti a starosti. Získávají volný prostor k vyjádření. Tento prostor je časově větší ve skupině pro lidi s afázií. Důvodem může být fakt, že pro osoby s afázií je ze všeho nejdůležitější „mluvit a mluvit“, protože právě touto volnou formou mají možnost si procvičit svoje komunikační kompetence a nabýt jistoty a ztraceného sebevědomí v rozhovoru s ostatními. Zatímco u lidí s Parkinsonovou nemocí je důraz kladen zejména na procvičování orofaciální motoriky, respirace, fonace...a dalších oblastí, které se v důsledku PN stávají problematickými. U skupiny lidí s afázií může být vyměřen větší časový prostor pro konverzaci také díky 30 minutám navíc, které má skupina lidí s afázií k dispozici.

Obsah hlavní části je **odlišný právě cílovými oblastmi, na které jsou terapeutické úkoly zaměřeny**. Zatímco u osob s afázií se terapeut soustředí zejména na výbavnost slov, porozumění řečenému, čtení a psaní, u osob s Parkinsonovou nemocí se terapeut zaměřuje na oromotoriku, artikulaci, fonaci, respiraci a rytmiizaci.

Z terapeutických úkolů, které nejsou přímo zaměřeny na oblast řeči **jsou společné úkoly na procvičení kognitivních a mnestických funkcí**. U osob s Parkinsonovou nemocí pak terapeut klade důraz navíc na grafomotoriku, jemnou motoriku a zrakovou percepci. U osob s afázií se objevují navíc úkoly na orientaci (v prostoru či na mapě).

Závěrečná část je oběma skupinám zase společná. V obou případech se jedná o krátké rozloučení a informování o organizačních věcech. Klienti se mohou zeptat na co

potřebují, ale nedochází víceméně k žádné zpětné vazbě, která je v literatuře často velmi zdůrazňována (Neubauer 2003, 2006).

Náročnost na pomůcky je u obou skupin přibližně stejná. Jedná se zejména o papíry s texty a úkoly a propisky. Logopedka působící u skupiny osob s PN rozšiřuje škálu pomůcek zejména o předměty na podporu rytmizace (hudební nástroje) a jemné motoriky (drátky, provázky...ad.). Při skupinové terapii u osob s PN jsem se nesetkala s užíváním pomůcek na zlepšení orofaciální motoriky. Mám na mysli zejména špátle, brčka či masážní míčky...ad., což jsou pomůcky jejichž užití je v literatuře doporučováno. (Gangale 2004)

Jako velkou výhodou **spatřuji zázemí, které má skupina lidí s afázií** k dispozici při setkáních. Velkou výhodou jsou nejenom zasedací podmínky, kde klienti mohou sedět na židlích v kruhu kolem sražených stolů, ale i kuchyňka, kde si klienti mohou připravit kávu a čaj, což jenom podtrhuje důvěrnost prostředí a pomáhá překonávat ostych a komunikační zdrženlivost. Prostředí tělocvičny nebo třídy v Sokolovně je daleko méně vhodné. Působí velmi provizorně a nehostinně. Klienty nepohodlí, kterému jsou při skupinové terapii vystavováni, jen odrazuje a snižuje jejich motivaci k pravidelné účasti na skupině.

Přístup logopedek mi připadá velmi podobný. Jsou velmi angažované a jejich práce je očividně baví. Snaží se přicházet stále s novými nápady, kterými by mohly klienty více motivovat ke společné terapeutické práci. Program na skupinové setkání si terapeutky připravují sami. Příprava na hodinové či hodinu a půl dlouhé setkání trvá dle slov terapeutek v průměru 1-2 hodiny.

Logopedky jsou velmi vstřícné a přátelské. Kontakt s klienty podporují častým navazováním očního i tělesného kontaktu. Klienty jsou přijímány velmi srdečně.

V praxi jsem se nesetkala s chybou, tak často popisovanou v literatuře (Neubauer 2006), kdy terapeut mluví k osobě stíženou vadou řeči jako k malému dítěti. Terapeuti členům skupin vykali. Nezaznamenala jsem jediný náznak potlačování důstojnosti klientů.

V teoretické části jsem zmiňovala důležitost homogenity členů skupiny. V praxi je ale situace značně odlišná. U Skupiny A- tedy u skupiny osob s PN najdeme velikou různorodost jak věkovou, tak i různorodost v závažnosti příznaků PN. Myslím, že i díky

tomu se ve skupině vytváří menší podskupinky (např. skupinka nejmladších ženských klientek).

U skupiny B- tedy u skupiny osob s afázií není heterogenita tak výrazná. Jedná se o muže přibližně stejného věku s podobnou závažností příznaků onemocnění. Dle Neubauerova rozdělení (2006) skupiny bychom možná mohli hovořit o Terapeuticko-relaxační a konverzační skupině. Přesto mám pocit, že Neubauerovo rozdělení skupin je opravdu jen teoretické a v praxi zatím spíše nepoužitelné. Například u osob s afázií došlo k rozdělení do skupin dle časových možností klientů. U osob s PN záleží pouze na tom, kdo do skupiny přijde.

Tabulka č.7 Záznam účasti na skupinových setkáních

Jednotlivá setkání	Počet účastníků	
	Skupina lidí s afázií	Skupina lidí s Park. nemocí
1.	5	6
2.	5	8
3.	6	5
4.	5	5
5.	5	7
6.	5	6
7.	6	8
8.	6	4
9.	6	7
10.	6	5
Průměrná účast	5,5	6,1
Celkem přihlášených účastníků	7	14

Ze záznamu účasti na skupinových setkáních (tab.č.7) můžeme vidět, že počet klientů s Parkinsonovou chorobou účastnících se skupiny kolísá daleko více než počet klientů účastnících se skupiny pro lidi s afázií. V průměru je ale počet klientů účastnících

se skupiny přibližně stejný. Počet 5-6 klientů patří k doporučenému počtu klientů ve skupině na jednoho terapeuta. (Neubauer in Škodová 2007)

Za problém považuji zejména nízkou motivaci osob s PN k logopedické terapii vůbec. Otázkou zůstává, jak zvýšit jejich přesvědčení o přínosnosti logopedické terapie, a jak pro ně učinit společné setkávání za účelem zlepšení komunikačních dovedností příjemnější. Jistě by stálo za uvážení zvolit jiné, příjemnější prostorové zázemí, které by klientům poskytovalo více pohodlí a komfortu.

Přínosem by mohlo být i větší kladení důrazu na logopedickou terapii v rámci občanského sdružení, či ze strany ošetřujících lékařů a odborníků.

Další otázkou je, proč je možnost skupinové logopedie pro osoby dospělého věku tak omezená? Proč v současnosti existuje tak málo skupin? Jedním z hlavních důvodů bude finanční stránka. Klienti obou skupinových terapií za jednotlivá setkání neplatí. Členové Klubu Afázie platí pouze členský poplatek 300,-Kč jednou ročně, v případě Klubu Parkinson členové neplatí vůbec nic. Proto jsou veškeré výdaje hrazeny z peněz získaných od sponzorů a dárců. Jedná se zejména o výdaje za pronájem prostor, kde je logopedie pořádána. Druhou věcí je placení práce logopedů, pokud se nejedná o dobrovolnice, které jsou ochotny věnovat čas přípravě setkání i samotnému setkání za „pouhý“ úsměv klientů. Nesmím zapomenout ani na náklady za pomůcky a věci potřebné k organizaci skupinových setkání.

Přesto si myslím, že by do budoucna měly vznikat skupiny nové i v dalších větších městech. Důvodem mluvícím pro by bylo například dojíždění některých klientů z měst v okolí Prahy (např. Kladno). Mobilita těchto většinou starších klientů bývá často omezena, a proto je pro ně nadmíru náročné dojíždět velké vzdálenosti. Proto si myslím, že by bylo do budoucna dobré tuto službu nabízet i v jiných větších městech než jenom v Praze.

Pro osoby s Parkinsonovou nemocí by tato možnost mohla například vznikat pod záštitou regionálních klubů Společnosti Parkinson. Pro osoby s afázií by tato možnost mohla začít působit v rámci jiných občanských sdružení, zaměřujících svojí péči k lidem po cévní mozkové příhodě, které po území ČR působí.

Závěr

Skupinová terapie je postup využívající k léčebným účelům zejména skupinovou dynamiku. Užití této formy terapie v logopedii u osob se získanou NKS není stále ještě zcela obvyklé. Skupinová terapie v logopedii slouží zejména k upevnění schopností nabytých při individuální terapii, ale také k setkání lidí s podobným problémem, který mohou touto cestou sdílet. Skupinová forma má jistě mnoho výhod a nevýhod, které by terapeut měl před počátkem terapie vždy zvážit. Pro terapeuta je také důležitá znalost specifik logopedické terapie u osob v období dospělosti a stáří. Právě s pacienty v této věkové kategorii pracují logopedi vedoucí skupinové terapie u osob s afázií či PN.

V první části své práce jsem se zabývala právě teoretickými východisky skupinové terapie u osob výše zmíněných. Během práce s literaturou jsem shledala, že v odborné literatuře není skupinové terapii v logopedii věnován téměř žádný prostor. Nenašla jsem (vyjma stručného popisu Neubauerovy Komunikační skupiny a Terapeuticko-relaxační a konverzační skupiny) žádný popis struktury či programu logopedické skupinové terapie. Zjistila jsem, že logopedky pracující se skupinami si vytváří programy samy dle vlastního uvážení, jelikož v literatuře je tato problematika stále nerozpracována.

V praktické části jsem se snažila charakterizovat skupinovou terapii pro osoby s PN fungující pod o.s. Parkinson a pro osoby s afázií organizovanou o.s. Afásie. Jedná se o skupinové terapie fungující v Praze. Během své práce jsem měla možnost zjistit, že terapeutických skupin poskytujících logopedickou terapii je nedostatek.

Příčinu vidím v nedostatku finančních zdrojů občanských sdružení zabývajících se touto problematikou. V případě osob s PN je problémem také jejich nízká motivace a nedostatečné kladení důrazu na logopedickou terapii jako nutnou součást komplexní rehabilitace osob s PN.

Proto považuji za přínosné poukázat na důležitost logopedické terapie u osob s PN a snahu o jejich větší motivaci k účasti na skupinových logopedických terapiích. Té by se dalo dosáhnout lepší informovaností o přínosech terapie a o organizačních stránkách setkání či zlepšením podmínek a prostor ve kterých k setkáním dochází.

Do budoucna by bylo jistě potřebné zaměřit se na tvorbu strukturovaných programů skupinových terapií zaměřených na různé formy získaných NKS. Tyto programy by mohly sloužit jako podklad pro práci logopedů pracujících se skupinami.

Současně by měly vznikat další skupinové logopedické terapie a to nejenom v Praze, ale i v jiných větších městech. A to zejména z důvodu zvýšení dostupnosti této formy péče všem klientům, kteří by o ni měli zájem a kterým by mohla pomoci zlepšit kvalitu jejich života.

Na úplný závěr bych ráda citovala Neubauera, jehož věty mi připadají jako vhodné zakončení mé práce.

„Nejdůležitější je opravdová snaha a zájem spolu mluvit. Mezilidská komunikace je poutem mezi lidmi, je výrazem snahy vzájemně se pochopit. Obraz opuštěného nekomunikujícího člověka ve zdravotnickém zařízení, přehlíženého člena rodiny s komunikačním handicapem – to je trvale přítomné nebezpečí hrozící řadě osob se vzniklou závažnou poruchou řečové komunikace.“ (Neubauer 2006, s. 129)

Zdroje

CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie*. Praha: Portál, 2007. 176s. ISBN 978-80-7367-316-1

CSÉFALVAY, Z. KLIMEŠOVÁ, M., KOŠŤÁLOVÁ M. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2002. 54 s. ISBN

CSÉFALVAYE, Z. TRAUBNER, P. *Afaziologie pre klinickú prax*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0377-6

GANGALE, D.C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada Publishing, 2004. 232s. ISBN 80-247-0534-6

KOŽNAR, J. *Skupinová dynamika (Teorie a výzkum)*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 219s. 1992. ISBN 80-7066-632-3

KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. 1.vydání. Praha: Academia, 1979. 124s. 21-082-79

KULIŠŤÁK, P. a kol. *Afázie*. 1. vydání. Praha: TRITON, 1997. 230s. ISBN 80-85875-38-1

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1.vydání. Praha: PORTÁL, 2002. 392 s. ISBN 80-7178-961-5

NEUBAUER, K. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. 1.vydání. Praha: Portál. 2006. 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4

PERKINS, WILLIAM H. *Dysarthria and apraxia*. 1.vydání. New York: Thieme-Stratton Inc., 1983. 126s. ISBN 0-86577-086-7

PERKINS, WILLIAM H. *Language handicaps in adults*. 1.vydání. New York: Thieme-Stratton Inc., 1983. 148s. ISBN 0-86577-090-5

RIEGER, Z. *Lod' skupiny*. 1.vydání. Hradec Králové: KONFRONTACE, 1998. 189s. ISBN 80-86088-03-0

RŮŽIČKA, E., ROTH, J. *Diagnostická a léčebný standart, Parkinsonova nemoc*. Praha: Psychiatrické centrum 1998. 69s. ISBN 80-85121-19-0

RŮŽIČKA, E., ROTH, J., KAŇOVSKÝ, P. et al. *Parkinsonov nemoc a parkinsonské syndromy*. 1. vydání. Praha: Galén 2000. 293s. ISBN 80-7262-048-7

RŮŽIČKA, E., ROTH, J., SEKYROVÁ, M. A KOL. *Parkinsonova nemoc*. 3. vydání. Praha: MAXDORF. 2005. 181s. ISBN 80-7345-044-5

ŠKODOVÁ, E. A KOL. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2.vydání. 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6

Internetové stránky

Parkinson Společnost a.s.(online) Získáno: 25.3. 2008 20:00 Dostupný z :
<<http://www.parkinson-cz.net/indexb.php>>

Nadační fond GSK. Společnost Parkinson (online) Získáno: 25.3. 2008 20:00 Dostupný z :
<<http://www.gsk.cz/pomahame-druhym/2007/spolecnost-parkinson.html>>

Parkinson Klub Praha (online) Získáno: 25.3. 2008 20:00 Dostupný z :
<<http://www.parkivydry.estranky.cz/>>

Klub Afázie (online) Získáno: 25.3. 2008 20:00 Dostupný z :
<<http://afasie.wz.cz/tisk.htm>>

Občanské sdružení Klub Afázie (online) Získáno: 25.3. 2008 20:00 Dostupný z :
<<http://www.klubafasie.com/>>

Přílohy

Program logopedické skupiny

Skupina:

Lekce č.:

Počet členů:

Datum:

Cíl:

Pomůcky:

Program:

A. Úvodní část:

B. Hlavní část:

C. Závěr:

Úkoly na doma:

Komentáře: