

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Hodnocení designu terapie neurogenních poruch komunikace v oblasti
klinické logopedie
Evaluation design therapy of neurogenic disorders of language in clinical
speech therapy
Bc. Petra Fridrichová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: Speciální pedagogika (7506T002)

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Hodnocení designu terapie neurogenních poruch komunikace v oblasti klinické logopedie* vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 18. 4. 2017

.....

podpis

Chtěla bych poděkovat doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce a cenné rady. Dále moje poděkování patří klinickým logopedkám za odborný dohled a hlavně také klientům, kteří se účastnili terapie. Bez nichž by tato práce nemohla vůbec vzniknout.

ABSTRAKT

Diplomová práce s názvem *Hodnocení designu terapie neurogenních poruch komunikace v oblasti klinické logopedie* si klade za cíl zjistit, jaký vliv má logopedická reedukace na zlepšení komunikační schopnosti u osob se získanou neurogenní poruchou řečové komunikace. Dále zjišťuje, zda sehrává v průběhu terapie role prostředí klienta, jestli je úspěšnost terapie ovlivněna zdravotním stavem pacienta a do jaké míry jsou klienti motivováni k terapii.

V teoretické části jsou shrnuty poznatky z prostudované literatury o neurogenních poruchách komunikace, afázii a dysartrii. Každá kapitola se pak věnuje terminologickému vymezení a definici, etiologii, symptomatologii (u afázie), klasifikaci, diagnostice a terapii.

Praktická část se zabývá výzkumným šetřením. Jsou zde stanoveny cíle, uvedena metodologie, charakteristika výzkumného vzorku a místa šetření. Následuje zpracování čtyř případových studií. U kterých jsou popsána terapeutická sezení a individuální práce s klienty.

KLÍČOVÁ SLOVA

Neurogenní poruchy komunikace, afázie, dysartrie, logopedická terapie

ABSTRACT

The thesis titled *Evaluation design therapy of neurogenic disorders of language in clinical speech therapy* aims to find out what effect the speech reeducation to improve communication skills in people with acquired neurogenic communication disorders speech. Next, determine whether therapy plays a role during client environment, if the success rate of therapy affected patient's condition and the extent to which the clients are motivated to therapy.

The theoretical part summarizes the findings from the literature on neurogenic communication disorders, aphasia and dysarthria. Each chapter is devoted to the terminological definition and definition, etiology, symptoms (for aphasia), classification, diagnostics and therapy.

The practical part deals with the research survey. There are set targets mentioned methodology, research sample characteristics and place of the investigation. Following processing of four case studies. Which describes the therapy sessions and individual work with clients.

KEYWORDS

Neurogenic speech disorders, aphasia, dysarthria, logopedic therapy

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Neurogenní poruchy řeči	10
2.1	Vymezení pojmu neurogenní poruchy řeči	10
2.2	Etiologie neurogenních poruch řeči	11
2.3	Klasifikace neurogenních poruch řeči.....	13
2.4	Diagnostika neurogenních poruch řeči.....	17
2.5	Terapie neurogenních poruch řeči.....	18
3	Afázie.....	21
3.1	Vymezení pojmu afázie.....	21
3.2	Etiologie afázie.....	22
3.3	Symptomatologie afázie.....	24
3.4	Klasifikace afázie	26
3.5	Diagnostika afázie	30
3.6	Terapie afázie	33
4	Dysartrie.....	38
4.1	Vymezení pojmu dysartrie	38
4.2	Etiologie dysartrie	39
4.3	Klasifikace dysartrie.....	41
4.4	Diagnostika dysartrie	43
4.5	Terapie dysartrie.....	45
5	Výzkumné šetření	48
5.1	Cíle výzkumu a metodologie	48
5.2	Charakteristika výzkumného vzorku a místo šetření	48
5.3	Vlastní výzkum	50
	Případová studie č. 1	50

Případová studie č. 2	55
Případová studie č. 3	58
Případová studie č. 4	61
5.4 Závěry výzkumu.....	64
5.5 Doporučení pro logopedickou praxi.....	65
6 Závěr	67
7 Seznam použitých informačních zdrojů	68

1 Úvod

V současné době přibývá osob s traumatickým poraněním mozku, po cévních mozkových příhodách či s degenerativním onemocněním. Jistě to není dáno pouze dnešní uspěchanou dobou, životním stylem ale i stále zvyšujícím se věkem populace. V případě, že člověka toto postihne, je pro lékaře primární zachránit život pacienta a stabilizovat jeho zdravotní stav. Na co se ale velmi často zapomíná, je logopedická intervence. Bohužel není ve většině zdravotnických zařízení úplnou samozřejmostí. Což vidím z pohledu budoucího klinického logopeda jako velké negativum při návratu člověka zpět do reality všedního života. Neurogenní řečové poruchy, v tomto případě afázie a dysartrie, zasahují komunikační schopnost v různé míře a rozsahu. Tato oblast je velmi obtížně uchopitelná a složitá. U většiny klientů se proto terapeutické postupy různí a práce s nimi je značně individuální. Proto bych chtěla více přiblížit terapeutická sezení a práci s klienty. Dle mého názoru je toto téma v současnosti velmi aktuální. A zaslouží si, aby mu byla věnována patřičná pozornost. Logopedická péče by tak neměla být opomíjena ani u dospělých osob a seniorů.

V prvním ročníku navazujícího magisterského studia speciální pedagogiky – logopedie, jsem se rozhodla, že bych se v rámci své logopedické praxe chtěla zaměřit na dospělé osoby. A to konkrétně na jedince s neurogenními poruchami komunikace. Oslovila jsem proto Klub afasie, kde mi klinická logopedka přímo navrhla klienty, kteří by potřebovali pravidelnou logopedickou péči. Dále jsem získala pacienty na doporučení klinické logopedky v Praze. Po domluvě jsem realizovala logopedické terapie pod odborným dohledem klinických logopedek. Jednalo se o čtyři muže rozdílného věku a zdravotního stavu. Společným pojítkem byla však logopedická diagnóza spadající právě do oblasti neurogenních poruch řeči, konkrétně afázie a dysartrie. Byli tedy vybráni dva afatici a dva dysartrici.

Cílem diplomové práce je zjistit, jaký vliv má logopedická reedukace na zlepšení komunikační schopnosti u osob se získanou neurogenní poruchou řečové komunikace. Dílčími cíli bylo pak zjistit následující: zda sehrává v průběhu terapie role prostředí klienta; zda je úspěšnost terapie ovlivněna zdravotním stavem pacienta a do jaké míry jsou klienti motivováni k terapii.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Část teoretická vychází z odborné literatury a je tvořena čtyřmi kapitolami. Praktická část zahrnuje výzkumné šetření. První úvodní kapitola představuje stručný nástin celé práce. Druhá kapitola se podrobně věnuje problematice neurogenních poruch řeči. A to z hlediska vymezení pojmu, etiologie, klasifikace, diagnostiky a terapie. Třetí kapitola seznamuje čtenáře s afázií. Nejprve je zde terminologicky vymezena a definována, poté jsou popsány její příčiny (etiologie) a symptomatologie. Následuje klasifikace, diagnostika a terapie. Čtvrtá kapitola je zaměřena na dysartrii. Stejně tak jako u předchozí kapitoly, je tu rozepsáno terminologické vymezení, etiologie a klasifikace. Poslední úsek se zabývá diagnostikou a terapií. Do páté kapitoly je zařazena praktická část, která se věnuje výzkumnému šetření. Na začátku je formulován hlavní cíl spolu s dalšími dílčími cíli, uvedena metodologie, charakteristika výzkumného vzorku a místa šetření. Poté následuje vlastní výzkum. K realizaci byla vybrána kvalitativní metoda výzkumného šetření. Stěžejní výzkumnou metodou jsou případové studie, které jsou doplněny o další výzkumné techniky. V závěru jsou pak zhodnoceny cíle, které byly na začátku stanoveny.

2 Neurogenní poruchy řeči

2.1 Vymezení pojmu neurogenní poruchy řeči

Komplexní terminologie neurogenních poruch komunikace je vcelku složitá. Což je dáno tím, že jde o vícedimenzionální poruchy, mající svou lingvistickou, neurogenní a kognitivní složku. Tyto složky jsou pak interpretovány vědními obory různě podle svého zaměření. (Neubauer a kol., 2007) Cséfalvay a Traubner (1996, s. 15, in Neubauer, 2007, s. 13) definují neurogenní poruchy řečové komunikace takto: *„Jde o získané postižení komunikačních schopností zasahující veškeré modality řeči (expresivní a receptivní, mluvenou a psanou řeč) a v různé míře i veškeré roviny jazykového systému (foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a také pragmatickou).* Neubauer (2007) dále uvádí, že zde vzniká specifický terminologický problém. Jedná se o nedostatečné rozlišení pojmů - řeč a jazyk v naší odborné terminologii. V zahraniční literatuře jsou tyto pojmy jednoznačně diferenciovány. Dysartrie je označována za neurogenní motorickou poruchu řeči a afázie za jazykovou neurogenní poruchu.

Pojem **motorická řečová porucha** znamená, že při primárně nepoškozených jazykových schopnostech jedince (lexikon, morfologie, syntax, pragmatika) dochází k těžkostem při pokusech srozumitelného vyjádření se řečí. *„Projev je nápadně odlišný od kodifikované normy výslovnosti v daném sociálním prostředí, je stigmatizovaný a vede ke ztížení až znemožnění dorozumění s okolím. Nejsou primárně zasaženy další formy sdělení informací - písemná, popř. manuální forma vyjádření s užitím jazykového kódu. Ovšem přidružené poruchy motoriky končetin mohou praktické využití těchto forem komunikace částečně či zcela blokovat.“* (Neubauer, 2007, s. 16) Termín **jazyková porucha** vyjadřuje skutečnost, že při primárně nepoškozených motorických modalitách (respirace, fonace, artikulace a rezonance) dochází k potížím v užití jazykového vyjádření u postiženého člověka. *„Projev je nápadně odlišný od kodifikované normy jazykového vyjadřování v daném sociálním prostředí, je stigmatizovaný a vede ke ztížení až znemožnění dorozumění se s okolím. Jsou zasaženy i další formy sdělení informací - písemná, popř. manuální forma vyjádření s užitím jazykového kódu. Percepční jazyková porucha v sobě zahrnuje obtíže v dekodování orální řeči, písma, případně manuální formy sdělení.“* (Neubauer, 2007, s. 16)

Neubauer (2007) rozlišuje čtyři skupiny získaných neurogenních poruch komunikace. A to na bázi dominantní příčiny poruchy:

- **motoricko-řečové mechanismy** - dysartrie, řečová dyspraxie
- **individuální jazykový systém** – afázie
- **kognitivně-komunikační funkce** - demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí na bázi traumatu CNS
- **primární funkce orofaciálního traktu** - dysfagie, orální dyspraxie

2.2 Etiologie neurogenních poruch řeči

Problematika neurogenních poruch komunikace se týká především dospělých a stárnoucích osob. Je to proto, že neurogenně podmíněné postižení je ve většině případů spojeno se vznikem komunikačních poruch. Ve skupině jedinců, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, se udává 20-33 % případů spojených se vznikem poruchy řečové komunikace. A zároveň u dalších 10-18 % osob se porucha objeví později. (Cséfalvay, Traubner, 1996, in Neubauer, 2007)

Dále Enderby a Emerson (1996, in Neubauer, 2007) udávají, že 280 osob ze 100 000 lidí, trpí získanou dysartrií v důsledku CMP, léze mozkové tkáně, úrazu hlavy či degenerativního neurologického onemocnění. Je to podle nich mnohem častější neurogenní porucha řeči, v porovnání s afázií, kde udávají 150 na 100 tisíc obyvatel či získaná dysfonie, kde uvádí maximálně 89 na 100 tisíc obyvatel. Dle Neubauera (2007) ZNPŘK (získané neurogenní poruchy řeči a komunikace) u dospělých osob vyplývají ze čtyř nejčastějších mechanismů poškození činnosti centrální nervové soustavy. Jedná se o cévní mozková onemocnění a cévní mozkové příhody, traumatická poškození tkáně CNS (centrální nervové soustavy), nádory, infekce a degenerativní onemocnění CNS.

Cévní onemocnění mozku spolu s cévními mozkovými příhodami se řadí mezi nejobávanější onemocnění dospělé populace. CMP (cévní mozková příhoda) vzniká náhle a z 80 % je příčinou ischemie určité části mozkové tkáně. Ve zbylých 20 % je příčinou hemoragický proces - ruptura neboli prasknutí tepny s krevním výlevem do mozkové tkáně. Méně obvyklou příčinou je SAK neboli subarachnoidální krvácení, často pocházejícího z ruptury aneuryzmatu (vzniklého vrozeným oslabením cévní stěny). Následky mohou být různé.

Jedná se o lehké až velmi závažné poruchy hybnosti končetin, těla a ztrátu schopnosti řečové komunikace. Všechny tyto následky úzce souvisí s místem, ve kterém došlo k poškození mozku. Nejvíce přítomným hybným následkem CMP je hemiparéza, při které je omezena hybnost poloviny těla. Nejčastěji vzniká u osob ve věku 60-75 let, je však zaznamenán posun do věkové kategorie od 45 let níže. Za závažnou variantu cévního onemocnění mozku jsou považovány tzv. ischemicko-vaskulární demence s rozsáhlými degenerativními změnami mozkové tkáně, formou mnohočetných CMP a to v místech zúžených profilů neurokognitivních sítí mozku. V 15-30 % případech jsou příčinou všech vznikajících demencí.

Další častou příčinou bývají právě *úrazy mozku*. Je to druhá nejčastější příčina vzniku poruch, a to kvůli narůstajícímu počtu dopravních nehod, které sebou nesou závažnější následky. Bohužel 50 % všech dopravních nehod je doprovázeno úrazy mozku a to nejvíce v rámci závažných polytraumat. Z těchto úrazů CNS vyplývá přibližně třetina vzniklých poruch řečové komunikace.

Mozkové tumory jsou přítomny asi u 0,3 - 2,6 % všech neurologických pacientů. V závislosti na lokalizaci a typu tumoru se mohou projevit v širokém spektru neurogenických poruch komunikace. Poruchy funkcí se zde neobjevují náhle jako u cévního onemocnění mozku, ale většinou jako pozvolna nastupující či skokově progredující komplikace. Lze sem zařadit infekční onemocnění CNS, hlavně encefalitidy a myelitidy. Ty mohou při komplikovaném průběhu zanechat reziduální chronické postižení i v oblasti řečové komunikace a verbální paměti. Velmi často vznikají v souvislosti s traumatickým poraněním CNS, a tím komplikují uzdravení narušených funkcí.

Degenerativní onemocnění CNS a demence k nimž patří Parkinsonova choroba a neurologicky diagnostikovatelné syndromy s atrofií mozkové tkáně, jsou příčinou vzniku pomalu progredujících dysartrií a dyspraxií. Téměř všechna tato onemocnění zasahují centrální motorický systém, vyjímaje kognitivní a fatické funkce. Další skupina degenerativních onemocnění mozkové kůry spolu s mozkovými strukturami je příčinou velkého počtu vznikajících demencí. Například Alzheimerova choroba způsobuje

50 – 65 % všech demencí. Mezi další, méně časté typy atrofií patří Pickova choroba či progresivní supranukleární obrna.

2.3 Klasifikace neurogeních poruch řeči

Neubauer (2007) dělí ZNPŘK do čtyř základních skupin jak bylo zmíněno v první kapitole. Motorické řečové mechanismy (dysartrie, řečová dyspraxie), poruchy individuálního jazykového systému (afázie), kognitivně-komunikační poruchy (demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí), poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie).

K **motorickým řečovým poruchám** se řadí dysartrie a řečová dyspraxie. *Dysartrie* je motorická řečová porucha, při které jsou jazykové a kognitivní složky řečové komunikace vcelku intaktní. Naopak dýchání, fonace, rezonance a artikulace bývají v řeči různým způsobem deformovány. Dysartrie je kompletně popsána ve třetí kapitole. (Neubauer, 2014) *Řečová dyspraxie* je podle Kirshnera (1995, in Neubauer, 2014) vyčleněna jako samostatná motorická porucha řečové komunikace na pomezí mezi dysartrií a motorickou afázií a je předmětem diferenciální diagnostiky a také vytváření specializovaných terapeutických metod. V současné době přetrvává názor, že tato porucha nevzniká porušením oblastí napojených na činnost primárního motorického kortexu. Tím je myšleno, že při řečové apraxii nejsou oslabeny svaly a není narušen svalový tonus a koordinace. To znamená, že je pohyb neomezen. Narušeno je ale programování řeči samé. „*Postižená osoba vykazuje nekonstantní chyby při tvoření jednotlivých hlásek, chybně nastavuje mluvidla, vážne řazení hlásek ve slově za sebou, v projevu jsou nekonstantně přítomny fonemické poruchy typu záměn, vynechávání a perseverace artikulačních segmentů projevu, především souhlásek.*” (Neubauer, 2007, s. 51-52) Komplikace nastávají při vlastní iniciaci projevu a lze pozorovat i mírné nápadnosti v prozódii a kadenci projevu. Řečová dyspraxie může být také komplikována přítomností různých forem neverbální dyspraxie. Mezi tyto formy se řadí orální, ideomotorická a ideatorní dyspraxie. Avšak neměla by s nimi být zaměňována. (Neubauer, 2007)

Poruchy individuálního jazykového systému, do této skupiny patří *afázie*, což je porucha užití individuálního jazykového systému. Projevuje se zde snížená schopnost dekódovat či

používat smysluplné lingvistické části, slova a větší syntaktické celky. Podrobně se autorka věnuje afázii v druhé kapitole. (Neubauer, 2014)

Do **kognitivně-komunikačních poruch**, Neubauer (2007) zařazuje *demence a kognitivně-komunikační poruchy po traumatické lézi CNS*. Jedná se o poruchy, při jejichž vzniku hraje dominantní roli porucha kognitivních procesů. Zároveň se jedná i o poruchu řečové komunikace. Jsou součástí velké skupiny kognitivních poruch a poukazují na závažné skutečnosti. A to „na vzájemné propojení neurokognitivních jazykových a paměťových neuronálních sítí mozku i na klíčovou podpůrnou roli verbální dlouhodobé paměti a cílené pozornosti na funkci centrálních jazykových procesů v CNS.” (s. 59-60) Obtíže v této oblasti jsou následkem úrazů CNS a počátkem degenerativních onemocnění. Projevují se difúzním úbytkem či nekonstantními výpadky kognitivních funkcí v oblasti verbální paměti, cílené pozornosti a diferenciaci podnětů ve zrakovém a sluchovém poli. Všechny zmíněné obtíže mohou mít vliv na selhávání v řečové a písemné komunikaci, a tím pádem vyžadují individuálně zpracované terapeutické postupy. *Demence* je považována za chorobu, která vzniká v průběhu života. S přibývajícím věkem roste pravděpodobnost jejího vzniku a dalšího rozvoje. V 65 letech je postiženo demencí minimálně 5 % populace. Ale jak by se mohlo zdát, není součástí přirozeného stárnutí. (Orel a kol., 2009) Tento syndrom zahrnuje soubor duševních poruch, které se projevují získaným úbytkem kognitivních funkcí, a to hlavně paměti a intelektu. Příčinou je organické onemocnění mozku a získaná traumata centrální nervové soustavy. (Neubauer, 2007) Dle Koukolíka (2014) je demence vyvolána asi šedesáti příčinami. Za 90 % případů odpovídá Alzheimerova nemoc, některý z druhů cévního poškození mozku či jejich vzájemná kombinace. Jak bylo uvedeno, jsou postiženy především kognitivní funkce (paměť, intelekt, pozornost a motivace), dále je demence provázána poruchami emotivity, chování a spánku. Tyto znaky se v průběhu choroby zhoršují buď zvolna a kontinuálně nebo kolísavě a skokově. Vždy záleží na jednotlivém typu choroby u konkrétní osoby. (Orel a kol., 2009) Demence se dělí na dvě základní skupiny - primárně a sekundárně degenerativní.

U *primárně degenerativních demencí* je postižen především mozek. Nejčastější formou tohoto onemocnění je demence Alzheimerova typu, dále korová demence s Lewyho

tělisky, demence při Parkinsonově chorobě, frontální a frontotemporální demence, dědičná Huntingtonova choroba a Pickova choroba. (Orel a kol., 2009) *Sekundárně degenerativní demence* vznikají při jiném základním onemocnění, které má vliv na mozkové funkce. Patří sem demence ischemicko-vaskulární, multiinfarktová, smíšená korová a podkorová. Mezi další typy patří: infekční, prionové, metabolické, toxicky podmíněné, při mozkových nádorech atd. (Orel a kol., 2009)

Neubauer (2007) uvádí poruchy komunikace u některých typů demence. *Kortikální demence* - u Alzheimerovy choroby bývá řeč motoricky postižena až v pozdějším stadiu. Avšak sémantické a jazykové schopnosti jsou porušeny časně. Od střední závažnosti nemoci je narušena fonologie a syntax. Příznaky poruch řeči bývají u těchto jedinců velmi variabilní. Dalším typem je Pickova nemoc. Projevuje se poruchami auditorního porozumění, váhavou rozvláchnou mluvou a anomii. Dochází k postupnému zhoršování jazykových dovedností v oblasti syntaxe. Do *Subkortikální demence* patří syndrom demence u Parkinsonovy choroby. Řeč je motoricky postižena, ale jazykové schopnosti jsou narušeny minimálně. Dalším projevem je slabý dyšný hlas s abnormální výškou a zabarvením. Dále se sem řadí Huntingtonova choroba, u které je patrná zhoršující se dysartrie a jazykové schopnosti. A to především v oblasti pojmenování a při pronášení delších sekvencí mluvy jedincem. Také je zhoršována schopnost řazení částí mluvy a následná organizace do větných celků v závislosti na celkové progresi nemoci. Do poslední skupiny *smíšené demence* se řadí vaskulární demence, která je variací poruch jazykových i motorických podle lokalizace a rozsahu lézí. V pozdější fázi často dominuje právě mutismus. Dalším druhem je Creutzfeldtova-Jakobova nemoc. U tohoto dominantně subkortikálního syndromu je v pozdní fázi přítomna afázie, apraxie a agnozie.

Kognitivně-komunikační poruchy po traumatické lézi CNS, u těchto poruch se pravidelně vykazují rysy definované jako neurogenní poruchy řečové komunikace (např. afázie a dysartrie). A také kognitivních poruch a poruch spojených se změnami osobnostního vývoje a sociálního chování. (Neubauer, 2014) Jak uvádí Šplíchal a Agnerová (1998, s. 368, in Neubauer, 2014, s. 117), v našich podmínkách jsou řečové poruchy nejčastější obtíží u osob po traumatu CNS. „Většinou se zjistí afázie smíšeného typu. Je potřeba počítat s tím, že pacient může mít i dysfonii v důsledku poškození X. hlavového nervu, či v

důsledku postižení hlasivek při dlouhodobé intubaci.” Další autoři uvádějí, že jen malá část osob po uzavřených komocích a kontuzích mozku vykazuje přítomnost klasických fatických poruch. U těchto osob se objevily poruchy v oblasti paměti, plánování činností, sebepojetí a kontroly impulzivního chování. (Chapman, Levis, Culhane, 1995, Hutchinson, Marquard, 1997, in Neubauer, 2014)

V souvislosti s uvedenou problematikou sem Neubauer (2007) zařazuje i paměťové poruchy. Dle něj jsou velmi častými termíny v oblasti amnézií (neboli paměťových poruch) amnestické a demenciální syndromy. Do amnestických syndromů (sekundární paměťové poruchy) patří anterográdní amnézie, což je porucha paměti pro nové informace, které následují po vzniku amnézie. Dále retrográdní amnézie, která se projevuje ztrátou paměťových informací uložených před vznikem amnézie. A posttraumatická amnézie neboli paměťové „okno” - a to na různě dlouhou dobu, následující po traumatu CNS. Do demenciálních syndromů zařazuje primární paměťové poruchy u demencí.

Do skupiny **poruch primárních funkcí orofaciálního traktu** se řadí *dysfagie* a *orální dyspraxie*. *Dysfagie* je porucha polykání (slin, pevné či tekuté stravy, léků). Nastává z různých příčin v průběhu transportu z dutiny ústní do žaludku. (Tedla a kol., 2009) Porucha polykání je častou komplikací u jedinců s dysartrií, protože poškození centrální nervové soustavy zasahuje i vitální funkce, a to příjem potravy a respiraci. V závažnějších případech může ohrozit člověka na životě kvůli aspiraci stravy či tekutiny do dýchacího ústrojí. Mezi nejčastější příčiny patří Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, poúrazové stavy a cévní mozkové příhody. (Neubauer, 2007) K řešení této problematiky je nezbytná týmová spolupráce lékařských (foniatrie, endoskopie, psychiatrie, neurologie aj.) ale i nelékařským oborů (klinická logopedie, fyzioterapie, ergoterapie atd.). (Kaulfusová, in Škodová, Jedlička a kol, 2003) Při *orální dyspraxii* dochází k poruše opakování předvedených pohybů mluvidel - pohybů jazyka, dolní čelisti a orofaciálních svalů. Největší obtíže jsou v realizaci pohybových sekvencí, což znamená napodobování dvou a více následných pohybů podle předvedeného pohybového vzoru. Poruchu může zkomplikovat přítomnost některé z forem neverbální dyspraxie. U neverbální formy dyspraxie dochází k poruše cíleného napodobování motorické činnosti, zatímco řečová dyspraxie se vyznačuje deficitem ve spontánním řečovém projevu. (Neubauer, 2007)

2.4 Diagnostika neurogených poruch řeči

Klinická logopedická diagnostika ZNPŘK se zaměřuje na zhodnocení poruchy komunikačního procesu u vyšetřované osoby a zároveň na stanovení jejího stupně. A to především ve vztahu k praktické realizaci sociálního kontaktu s okolím. Nezbytné je propojení diagnostického a terapeutického procesu a stanovení začátku a plánu logopedické intervence. Komplexní diagnostika je realizována víceoborovým týmem, který se skládá z neurologa, klinického psychologa a sociálního pracovníka.

Cíle vyšetření:

- Provedení diferenciální diagnostiky - podstatné je od sebe odlišit afázii, dysartrii, dyspraxii v řeči a kognitivně-komunikační poruchu.
- Zhodnocení stupně poruchy - realizuje se na pětistupňové ratingové škále. Výjimku tvoří hodnocení dysprozodie, které se provádí na třístupňové škále.
- Odhalení koexistujících poruch - např. afázie s dysartrií, dominující a koexistující porucha dle typu a stupně porušení submodalit a vlivu na komunikaci se sociálním okolím.
- Zjištění dominující poruchy - nutné je odhalit dominující poruchu, která má pak závažnější dopad na proces řečové komunikace.
- Určení typu afázie a dysartrie. (Neubauer, 2007)

U diagnostiky *dysartrie* je hlavním cílem „*identifikovat podíl jednotlivých řečových motorických modalit na stigmatizaci řečového projevu, na snížení či ztrátě jeho srozumitelnosti pro sociální okolí.*“ (Neubauer, 2007, s. 48) U *řečové dyspraxie* je zase nezbytné odlišit projevy *dysartrie* a *afázie*. (Neubauer, 2007) Diagnostika *afázie* se zaměřuje na vyšetření a hodnocení - spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. (Klenková, 2006) Z fyziologie *dysfagie* vyplývá, že je nezbytné v rámci diagnostiky zhodnotit všechny procesy, které mohou ovlivnit jeho průběh. Jedná se především o případná neurologická a respirační onemocnění. (Neubauer, 2015) Hodnocení komunikačních schopností u jedinců s *demencí* je značně obtížné, protože není v našich podmínkách diagnostický materiál, který by se touto problematikou zabýval. Proto musí

logoped propojit specifické postupy klinického logopedického vyšetření a vodítka diferenciální diagnostiky (Neubauer, 2007)

2.5 Terapie neurogenických poruch řeči

Terapeutická pomoc je dlouhodobým procesem, který se neobejde bez spolupráce postižené osoby a jejího okolí. Za pomoci terapeutických postupů se rozvíjí stávající komunikační možnosti jedinců a zároveň se cíleně učí novým technikám, ze kterých lze vytěžit úspěšnost řečových a neverbálních komunikačních snah. (Neubauer, 2007)

U terapie *dysartrie* je včasný a neodkladný počátek terapeutického procesu hlavní podmínkou úspěšné péče. V tomto případě je řečová rehabilitace dlouhodobý proces, který trvá dle potřeby, a to i několik let. „*Cílem terapie je maximalizace komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života osoby s dysartrií. Daný cíl je pro osoby trpící ztrátou či omezením schopnosti vyjádřit své myšlenky velmi často životně důležitý.*” (Lechta a kol., 2005, s. 306) Prostředky při terapii dysartrií zahrnují především tyto oblasti: ovlivnění mluvy přiměřeným tělesným tónem a svalovou relaxací, obnovování hybnosti a svalové síly v orofaciální oblasti, modifikace dechových, fonačních, rezonančních a artikulačních cvičení. Dále stimulace variací v prozódii řeči, rytmizační postupy, využití neverbální komunikace a komunikačních pomůcek či skupinové formy terapie. (Robertson a Thomson 1986, in Lechta, 2005)

U *řečové dyspraxie* je terapie orientována na specifické postupy, které jsou zaměřené na zlepšení realizace jednotlivých hlásek, jejich iniciaci a verbální řazení. Terapeutické postupy u dysartrie jsou často modifikovány pro užití u řečové dyspraxie. „*Cílem je dosažení co nejlepší sebekontroly během artikulace a co nejplynulejší autokorekce chybných artikulačních pohybů.*” (Neubauer, 2007, s. 52) Mezi hlavní postupy Roubíčková zařazuje: artikulační a rytmizační cvičení nebo cvičení fonemického rozlišování hlásek. (1996, in Neubauer, 2007)

Cílem terapie *afázie* „*je dosažení maximálních schopností komunikace s ohledem na dané postižení. Současně s komunikační terapií dochází k obnovování sociálních vazeb.*“ Na tuto skutečnost se nesmí zapomínat, proto je nezbytné akceptovat nutnost logopedické a psychoterapeutické rehabilitace. (Čecháčková, in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 166)

Syndrom *demence* je ve většině případů nezvratný proces, jehož organické příčiny nelze změnit. Avšak není to proces neovlivnitelný. Neubauer (2007) uvádí, že 10 - 20 % demencí lze ovlivnit, pokud je terapie zahájena včas. Lze tedy zpomalit a zabránit rychlému postupu ztráty psychických a fyzických dovedností. Základním principem je tedy „*maximalizace zachovaného komunikačního potenciálu pro udržení smysluplné komunikace pacienta s okolím po nejdelší možnou dobu jakýmkoli využitelnými formami.*” (Neubauer, 2003, s. 193) Pro člověka s demencí mají klíčový význam nemedikativní terapeutické postupy, mezi které patří i práce s poruchami řečové komunikace. V případě neaktivní terapeutické pomoci a pasivity, nepřináší samotná farmakoterapie kýžené výsledky. (Neubauer, 2007)

Jak uvádí D'Esposito a Alexander (1995, in Neubauer, 2007) u terapie *paměťových funkcí po traumatech CNS* jsou nejasnosti ve vývoji uzdravování v oblasti paměťových funkcí. A to proto, že závisí na velké variabilitě proměnných faktorů. Dle výzkumu u 54 osob s poruchami paměti (různé etiologie), v období 5 - 10 let od zahájení terapie bylo zjištěno, že 60 % pacientů neprokázalo zlepšení paměťových funkcí v souvislosti s paměťovou rehabilitací. Pouhých 30 % jedinců vykazovalo zlepšení paměti, zbylých 10 % mělo deteriorované paměťové funkce. Autoři vidí souvislost s přetrvávajícím důrazem na drilové, opakující se přímé metody paměťového tréninku. Je nutné zapojit kompenzační a prakticky použitelné pomůcky a trénovat jejich užití v běžných situacích. Používají se postupy kognitivního remediálního tréninku, do kterého patří - *obnovovací trénink paměťových funkcí s užitím opakujících se úkolů, užití kompenzačních pomůcek a postupů na podporu vybavování paměťových stop nebo stimulace reziduálních oblastí učení se novým paměťovým stimulům.*

Klinický logoped se s lékařským týmem podílí na stanovení rehabilitační strategie *dysfagie*. Logopedická terapie by měla probíhat v úzké spolupráci logopeda s lékaři, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a zdravotními sestrami. U dysfagie je možné využít kompenzační nebo aktivní terapeutické strategie. Kompenzační techniky mohou polykání potravy umožnit či zlepšit. Metody lze využít při obnovování polykání s potravou (přímá terapie) nebo bez potravy (nepřímá terapie). Mezi kompenzační strategie patří tělesné polohy při přijímání stravy a posílení senzorických podnětů či změna konzistence stravy.

Mezi aktivní terapeutické strategie jsou zařazovány techniky na stimulaci orofaciální oblasti a polykací manévry. U orofaciální oblasti je cílem zlepšení síly a koordinace svalů používaných při polykání. Polykací manévry se snaží hlavně o zlepšení koordinace struktur, podílejících se na polykání. (Neubauer, 2015)

3 Afázie

3.1 Vymezení pojmu afázie

Termín afázie je odvozen z řeckého slova phasis - řeč, slovo. Hláska a - značí zápor. Afázie patří do souboru vyšších kortikálních poruch, kam lze zařadit agnozii, apraxii, akalkulii, agrafii, poruchy orientace v prostoru aj. (Čecháčková, 2003) Struktura vyšší nervové činnosti je tvořena centrálním nervovým systémem. Zvláště vývojově nejmladší část (mozková kůra obou mozkových hemisfér), ve spolupráci s jejími fylogeneticky staršími podkorovými oblastmi. Vyšší kortikální činnosti zajišťují psychickou činnost člověka. Koordinují a řídí vnitřní funkce organismu a zároveň i jeho komunikaci s vnějším prostředím. Součástí vyšších kortikálních funkcí jsou funkce kognitivní, do kterých zařazujeme tyto složky:

receptivní – tato složka zahrnuje vnímání (počítky) a vjemy (třídění informací, které se stává součástí paměti).

expresivní - sem patří výsledná reakce analyticko-syntetické činnosti a výstup zpracování objektivní reality (řeč, gestikulace, grafický projev a praxe).

schopnost zpracování informací - do této skupiny spadá analýza a syntéza (myšlení). (Klenková, 2006)

Čecháčková (2003) zmiňuje, že podmínkou neporušených kognitivních funkcí je určitá úroveň vědomí a dostatečná činnost vyšších kortikálních a subkortikálních funkcí. Definice afázie je velmi ovlivněna tím, z jakého odvětví je specialista, který definuje narušenou komunikační schopnost. Lze se setkat s definicemi neurologickými, neuropsychologickými, psycholingvistickými, logopedickými atd. V neurologické literatuře je zdůrazňováno, že se jedná o poruchu řeči, jejíž příčinou je ložiskové poškození mozku, a že jde o poruchu již vybudované řeči. Lurija (1982, Klenková, 2006, str. 78) definuje afázii jako „*systémové narušení řeči vznikající při organických poškozeních mozku, zasahuje různé stupně organizace řeči.*” Dále dodává, že tato porucha ovlivňuje vztah řeči k ostatním psychickým funkcím. Vyvolává dezintegraci psychických sfér člověka a narušuje převážně komunikativní funkci řeči.

Kiml (1969) charakterizuje afázii jako poruchu některé lingvistické roviny při narušení centrální nervové soustavy. Neubauer (2007, s. 53) uvádí, že je to „*porucha individuálních jazykových schopností na bázi poškození CNS - je vždy vícemodálním jevem, který ovlivňuje percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexikální a grafické dovednosti i verbálně-mnestické funkce.*” Dle autora bývá dominující především „*nemožnost srozumitelně se vyjádřit verbální řečí, narušení schopnosti chápat signální význam slov, obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů, závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií.*”

Koukolík (2000) vnímá afázii jako poruchu vyjadřování a chápání jazyka, která je podmíněna poškozením mozku. Osoba stížená touto poruchou není schopna proměnit neslovní mentální reprezentace tvořící myšlení do symbolů a gramatického uspořádání jazyka. Naopak při určitých druzích afázie jsou narušeny mentální reprezentace myšlenek, ze slyšených nebo čtených vět. Lechta (2003, s. 203) spatřuje podstatu afázie v těchto 4 attributech: „*1. jde o získané narušení komunikační schopnosti, 2. týkající se poruch symbolických procesů, 3. které vzniká při ložiskových poškozeních mozku, 4. jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.*”

Většina autorů tedy definuje toto narušení jako ztrátu exprese nebo rozumění řeči v důsledku ložiskového poškození mozku. (Čecháčková, 2003) Rozsáhlá škála symptomů provázející afázii je důvodem pro vytvoření uceleného souboru logopedie-afaziologie. Problematikou afaziologie se zabývají odborníci z různých vědních oborů - neurologie, neurolingvistiky, neurochirurgie, neuropsychologie, psycholingvistiky, logopedie atd. V zahraničí jsou dokonce vytvořeny různé afaziologické směry - afaziologické školy. (Klenková, 2006)

3.2 Etiologie afázie

Afázie vzniká na základě poškození dominantní hemisféry mozku, kdy řeč již byla plně vyvinuta. Jedná se o získané narušení. Tato porucha doprovází různá neurologická onemocnění, převážně ložisková poškození korových a podkorových oblastí mozku. (Cséfalvay, 2003, in Klenková, 2006)

Čecháčková (2003) chápe afázii jako poruchu fatických funkcí, která vznikla na základě organické léze mozku. Poškození centrální nervové soustavy může být ložiskové (ohraničené) či difúzní (rozptýlené). Klinický obraz afázie závisí na povaze patologického procesu (např. CMP, úraz hlavy), rozsahu a lokalizaci léze (velikost, umístění) a v neposlední řadě na věku pacienta.

Nejčastější příčinou jsou *cévní mozkové příhody*. Klinický obraz závisí převážně na lokalizaci léze. Rozlišujeme dvě základní skupiny, a to cévní příhody hemoragické a cévní příhody ischemické. U *cévních příhod hemoragických* je nejčastější příčinou hypertenze (vysoký krevní tlak). Lze sem zařadit prasknutí aneurysma (tepenná výdut'), mozkový nádor či úrazy hlavy. Krvácení může nastat v kterékoli části mozku, existují ale oblasti, kde je výskyt nejčastější. Spadá sem krvácení do bazálních ganglií, mozkových laloků, mozkového kmene, mozečku a intermeningeální krvácení. Do skupiny *cévních příhod ischemických* patří ischemický infarkt a snížené prokrvení mozku. Příčinou může být systémová hypoperfuze, trombóza mozkových cév nebo embolie. Hypoperfuze je snížení průtoku krve, v důsledku onemocnění srdce nebo poklesu krevního tlaku. Při trombóze mozkových cév dochází ke srážení krve v cévách, které se postupně vyvíjí, hlavní příčinou bývá arterioskleróza. K embolii dochází při uzavření mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou. Začátek a průběh bývá velmi rychlý. Embolus neboli vmetek se může rozpadnout a následně jeho částičky uzavřou drobné cévy. (Čecháčková, 2003) Podle charakteru změn klinických symptomů lze rozdělit mozkový infarkt na: *tranzitorní ischemický atak*, což je přechodný stav, při kterém příznaky onemocnění v průběhu 24 hodin spontánně ustoupí. *Progredující iktus*, u kterého se symptomatologie rozvíjí postupně. *Dokončený iktus*, kde symptomy mozkového infarktu přetrvávají i po 24 hodinách od vzniku onemocnění. (Jedlička, Nebudová, 1989)

Lechta (2003) dodává, že klinický obraz afázie koresponduje s dynamikou mozkového infarktu uvedenou výše. Může se jednat o poruchu řeči trvající v řádu několika minut. Dále o afázii, u které se klinický obraz postupně mění či o relativně stabilizovaný klinický obraz afázie. V iniciálních stádiích onemocnění vzniká ve většině případů těžší stupeň afázie, kde se klinický obraz pozvolna mění. Klinické zkušenosti autora potvrzují teorii, že gnostické, fatické a praxické poruchy cévní etiologie mají určité specifické rysy a

i zákonitosti průběhu, jenž se liší od poruch doprovázející mozkové nádory, traumata mozku aj.

Čecháčková (2003) uvádí příčiny vzniku afázie následující. *Úrazy, poranění mozku a traumata lebky*, k nimž patří otřes a zhmoždění mozku. Otřes mozku (*comotio cerebri*) je krátká ztráta vědomí, která ale nezpůsobuje fatickou poruchu. U zhmoždění mozku (*contusio cerebri*) lze rozlišit tři podoby. Středně těžké poranění (afázie bývá přítomná, má dobrou prognózu), těžký úraz hlavy (bezvědomí po dobu cca 6 hodin), a dlouhodobé stavy bezvědomí (apalický syndrom). Afázie může vzniknout i při *nádoru* (tumoru) mozku. Tady záleží pouze na lokalizaci nádoru a ne na povaze. Čímž je myšleno to, zda je nádor zhoubný či nikoli. Do etiologie afázie patří i *zánětlivá onemocnění mozku*. Při zánětu mozku (encefalitidě) jde většinou o akutně probíhající onemocnění. Může postihnout mozkovou tkáň a současně i mozkové pleny, pak mluvíme o meningoencefalitidě. Nejčastějším původcem je virus. Může se však vyskytnout i jako sekundární onemocnění např. po středoušním zánětu. Mezi další příčinu patří *degenerativní onemocnění CNS*, kdy nejčastějším typem je Alzheimerova nemoc. Projevuje se pozvolnou deteriorací kognitivních funkcí a narušením adaptace pacienta na sociální prostředí. Součástí může být právě afázie, která má kolísavý průběh (vzhledem k progresi i regresi příznaků). Začíná poruchami paměti a končí postižením kognitivních funkcí. Patří sem i Pickova nemoc, u které dochází k rozvoji demence s atrofií mozkových laloků. Etiologie není známa, soudí se, že degenerace vyvolává zřejmě metabolická odchylna, často dědičně podmíněná. Dále Klenková (2006) zmiňuje *vliv toxických látek* - drogy, alkohol apod. Čecháčková (2003) dodává, že se objevuje poškození vlivem otravy CNS jedovatými plyny, nejvíce oxidem uhelnatým. Účinkem intoxikace dochází k poruchám komunikace, ale i k deterioraci celé osobnosti jedince.

3.3 Symptomatologie afázie

Symptomy afázie se projevují v různých kombinacích, množství a kvalitě. Klíčovým příznakem je, zda je řeč fluentní či nefluentní, a jestli je narušena receptivní či expresivní složka řeči. Mezi vyskytované symptomy patří: parafázie, parafrázie, perseverace, logorhea, anomie, neologismy a poruchy porozumění. (Klenková, 2006) Neubauer (2007) uvádí mezi nejčastější symptomy dysnomii a parafrázi.

Parafázie je „neúmyslné nahrazování slov jiným slovem, který se subjektu nechtěně vybaví a který se více či méně podobá slovu, které chce postižený vyslovit.“ (Dvořák, 1998, s. 121) Parafázie je základním charakteristickým symptomem u afázií. Jedná se o označení pro deformace slov různého typu a stupně. Dále se dělí na fonemické, žargonové a sémantické. (Čecháčková, 2003)

Mezi další symptom patří *parafrázie*. Dvořák (1998, s. 121) uvádí, že je to „porucha při sestavování vět, ve vyhledávání vhodných slov.“ Parafrázie tedy znamená sníženou schopnost až nemožnost větného vyjádření. *Budu muset odejít = Já tam. Přišla jsem dnes za vámi = Já tady toto ted'*. Častým jevem je, že má pacient k dispozici pouze fragment. Čímž je míněno jediné slovo, které užívá v četných modulacích. Čecháčková (2003) to nazývá tzv. slovní troskou, která slouží k vyjádření věty. Je charakteristická pro expresivní typ afázie. Neubauer (2007) rozlišuje tři druhy parafrází: *fonemická* - dochází k záměně fonémů (dům - dým), *sémantická* - zde jsou záměny v pojmovém okruhu (židle - stolička) a *slovní*. Slovní bezsmyslné tvary nebo novotvary jsou označovány za neologismy, spíše ale jde o nesrozumitelné záměny tzv. slovní parafrázie.

Perseverace znamená ulpívání na předchozím podnětu a to i při dalších odpovědích, kdy daný podnět už nepůsobí. Například pacient dostal za úkol vyjmenovat měsíce v roce. Poté má pojmenovat části těla, kdy je označuje jako měsíce. Jak uvádí Čecháčková (2003) nutno odlišit perseveraci od echolalie. Při echolalii dochází k opakování slov či jejich částí.

Projevem *logorhey* je překotná mluva se sníženou srozumitelností pro opětovný výskyt žargonových parafrází. Zpravidla se vyskytuje u afázie percepčního typu. (Klenková, 2006)

Anomie je porucha pojmenování. Afatik není schopen označit určitý předmět správným názvem. (Klenková, 2006)

Poslední jsou *poruchy porozumění*. Při prvním kontaktu s afatikem nemusí být tyto poruchy ihned patrné. Osoba často vykoná příkaz správně, i když je přítomen těžký deficit rozumění. Je to proto, že to vyrozumí a pochopí na základě dané situace. Dále se stává, že afatik snadno a správně provede jednoduchou výzvu, ale složitější instrukci nezvládne. A to z toho důvodu, že nerozumí či si nezapamatuje daný pokyn. Lze konstatovat, že poruchy

rozumění jsou u afázií velmi častým jevem. Pouze malá část afatiků má neporušené rozumění řeči. To závisí na typu a stupni postižení. Čecháčková (2003) zdůrazňuje, že při vyšetřování osoby s afázií je to jedno z nejdůležitějších kritérií hodnocení, protože pokud jedinec neporozumí úkolu, je hodnocení zkreslené.

3.4 Klasifikace afázie

Existuje mnoho pohledů na klasifikaci afázie. Afaziologické školy mají rozdílné klasifikační systémy. Odborníci ji kategorizují podle různých medicínských, psychologických, a lingvistických hledisek. (Klenková, 2006) Čecháčková (2003) dodává, že nejednotnost v klasifikaci není podmíněna pouze afaziologickými školami ale také rozmanitostí symptomů, které tvoří více či méně ustálené syndromy. Dále říká, že klasifikace je různorodá a bez jednotného systému. Právě určitá specifická u rozdílně kombinujících se poruch tuto problematiku ještě více ztěžuje.

V klinické praxi a literatuře se při klasifikaci afázie používá popis klinických syndromů. Právě klinické syndromy afázie vytváří kombinace rozmanitých jazykových deficitů a to i symptomů afázie. Tyto příznaky afázie (např. porucha plynulosti a porozumění řeči aj.) mohou vzniknout při lézích různých oblastí mozku. Variabilita příznaků je značná. Porozumění a řečová produkce jsou komplexní psychické procesy, které fungují jako vícekomponentní systémy. Při správném fungování systému je nutné, aby se aktivizovalo více komponentů a tím i různé oblasti mozku. V případě narušení jakéhokoliv komponentu dojde k dezintegraci celého systému. (Cséfalvay, 2013)

Kombinace různých symptomů může být v rámci téhož syndromu afázie variabilní. V pozadí variability je nezbytné brát v potaz i různý stupeň narušení dané funkce. Dle názorů většiny afaziologů, je i přes velkou interindividuální (mezi dvěma pacienty se stejnou afázií) a intraindividuální (změna afázie po krátkém čase) variabilitu, možné zařadit pacienty do základních klinických syndromů afázie (Cséfalvay, 2010, in Cséfalvay, 2013)

Caramazza (1984, in Škodová, Jedlička a kol., 2003), představitel současné kognitivní neuropsychologie, kritizuje klasickou afaziologii a tím i otázku klinických

syndromů afázie. Podle něj má význam pouze rozbor symptomů u konkrétního pacienta s afázií.

Autoři Love a Webb (2009) zmiňují, že dichotomická klasifikace je jednou z nejčastějších. Rozděluje afázie na receptivní (percepční) a expresivní. Receptivní je spojována se zadními lézemi mozku, expresivní pak s předními. Velmi často se užívá dělení afázie na motorickou a senzorickou. Motorická afázie většinou plyne z přední kortikální patologie, často ve frontálním laloku. Senzorická afázie vzniká v zadní lézi v temporálním laloku. Někteří odborníci zrušili pojmy motorická a senzorická afázie a místo toho ji rozdělují na přední a zadní, čímž odkazují na místo léze. Moderní a široce používaná klasifikace vychází z výkonu ze spontánní řečové produkce. Kategorizuje afázie na fluentní (plynulé) a nonfluentní (neplynulé).

Klasifikaci se detailněji věnuje Cséfalvay a ve svých publikacích kategorizuje afázie následovně.

Brocova afázie je charakteristická svou neplynulostí, čímž je tempo řeči výrazně zpomaleno. Patrně je to zapříčiněno přidruženou apraxií řeči nebo dysartrií. Spontánní řečová produkce je tvořena s námahou a redukována na jednoslovné promluvy. Neplynulost řeči má za následek potíže při vyhledávání slov z mentálního slovníku. Tyto těžkosti se mohou projevit jako produkce fragmentu slova (*místo nemocnice řeknou nemice*) či jako záměna některého fonému (*pec místo pes*). Dále může afatik využít kompenzační strategie popisu (*No je to...jak tady nosíme...no...noha*). (Cséfalvay, 2007) Osoby stížené tímto typem afázie, řeknou asi 3 -7 slov za minutu. Řeč má nenapodobitelný nakřáplý či skřípavý přízvuk. (Koukolík, 2014) Neubauer (2007) doplňuje, že osoba mluví sice málo se značným úsilím ale za to s jasným komunikačním záměrem. Velmi nápadným příznakem je agramatismus. V řeči jsou přítomna především substantiva, mnohdy v základním či nesprávném gramatickém tvaru. Výskyt sloves je ve spontánní řeči snížený. Porozumění řeči je oproti řečové produkci na velmi dobré úrovni. Velká část jedinců s Brocovou afázií nemá problémy při dekódování vysoce frekventovaných, kratších a izolovaných slov či porozumění jednoduchým větám (Cséfalvay, 2007) Porozumění může být u pacientů různé a to od normálního až po abnormální. Lidé s tímto typem afázie mají

potíže s porozuměním syntaktickým vazbám. Jedná se zejména o ty syntaktické prvky, které jim dělají obtíže při řečové produkci. (Love, Webb, 2009) Dále je narušeno opakování a pojmenování. V neposlední řadě se zde vyskytuje alexie a agrafie. Symptomy jsou podobné obtížím v mluvené řeči. (Cséfalvay, 2007) V průběhu vývoje příznaků se často stává, že postižení přechází do transkortikální, kondukční nebo anomické afázie. (Neubauer, 2007)

U **Wernickeho afázie** je řeč plynulá a dobře artikulovaná. Ve spontánním řečovém projevu se vyskytují neologismy a parafázie. (Cséfalvay, 2013) Velké množství neologismů a parafází v řeči může vyvolat mylný dojem, že osoba s tímto druhem afázie trpí psychiatrickým onemocněním. A to zvláště pokud si jedinec neuvědomuje svou poruchu. (Neubauer, 2007) Autoři Love a Webb (2009) uvádí, že řeč postrádá obsahově smysluplná slova a v klinické praxi je popisována jako prázdňá řeč. Prozodie řeči je většinou zachována, v určitých případech se vyskytuje i hyperprozodie. Dále je narušena schopnost reprodukce slov a porozumění řeči. Porucha dekodování mluvené řeči je dominujícím symptomem Wernickeho afázie. Výrazně bývá narušena lexie. U grafie může být formální stránka zachována. Ve spontánním písemném projevu se objevují paragrafie a zkomoleniny. Projevy sensorické afázie se častokrát upravují přes neologický žargon až po sémantický žargon do anomie. (Neubauer, 2007)

Globální afázie je velmi těžká porucha s narušením všech fatických funkcí. Slovní produkce je naprosto znemožněna nebo omezena na opakování jedné slovní trosky, stereotypních spojení a často expresivních nadávek. (Neubauer, 2007) Osoby s globální afázií běžně perseverují slabiky (to-to, no-no) či stereotypně opakují novotvary (*lokely-lokely*). Při vyšetření selhává snaha zopakovat slovo po vyšetřujícím nebo i při pojmenování předmětů. Bohužel se při komunikaci nemohou opřít o skoro žádnou efektivní strategii. Většinou je neúspěšná snaha o dorozumění kresbou a psaním. (Cséfalvay, 2013) Love a Webb (2009) říkají, že porozumění bývá lepší než řečová produkce. Cséfalvay (2013) udává, že narušení porozumění lze pozorovat při prvním kontaktu s pacientem. To se projevuje tak, že osoba není schopna reagovat na jednoduché pokyny. Afatiky, u kterých je lepší porozumění řeči lze naučit používat náhradní strategie komunikace (obrázky, piktogramy). Čtení spolu s psaním je výrazně narušeno. Při psaní se

spontánně objevuje chaotické čmárání, psaní jen některých písmen daného slova či perseverace písmen. Stav může přetrvávat nebo se překlomit do motorické afázie. (Neubauer, 2007)

Smíšená transkortikální afázie je velmi podobná globální afázii, avšak jsou zde lépe zachované schopnosti reprodukovat slova a vysoce automatizované fráze. Řeč má výrazný echolalický ráz s častými řečovými perseveracemi. Je zde patrný deficit ve spontánní řečové produkci, pojmenování a porozumění řeči. (Cséfalvay, 2007)

U **transkortikální motorické afázie** je produkce řeči nonfluentní. Spontánní řečová produkce je minimální. V řeči afatiků se mnohdy vyskytují slova, která zazněla v otázce komunikačního partnera. To dává řeči typický echolalický charakter. V odpovědích si vystačí s krátkou a neúplnou větou. Porozumění je dobré, spíše je narušeno rozumění syntakticky složitějším větám. Je zde typická výrazná adynamie, jak ve verbálním projevu, tak i v celkovém chování jedince. (Cséfalvay, 2007) Opakování je relativně v pořádku. Daří se na úrovni krátkých slov a kratších víceslovných obrátů. Lexie a grafie jsou nenarušené. Je zde dobrá prognóza do anomie či ad integrum. (Neubauer, 2007)

Transkortikální senzorická afázie, u tohoto typu je řeč plynulá s dobrým opakováním ale narušeným porozuměním. (Neubauer, 2007) Komunikační hodnota je nízká, vzhledem k počtu parafází a vyskytujícímu se žargonu. Bassová (2003, in Cséfalvay, 2007) uvádí zajímavou skutečnost, že někteří jedinci byli schopni korigovat nesprávné gramatické morfémy (množné číslo, rod) ve větách, kterým nerozuměli. Psaní je narušeno při pojmenování předmětů a ve spontánním písemném projevu, po formální stránce bývá akt psaní zachován. (Cséfalvay, 2007) Čecháčková (2003) doplňuje, že čtení je bezchybné ale afatik čte bez porozumění. Dle Neubauera (2007) je prognóza příznaků dobrá, upraví se nebo mohou přecházet v anomické potíže.

Konduktivní afázie je typická výskytem fonémických parafází. Opakování slov a vět je narušeno více než spontánní řeč. Kvalita reprodukce je ovlivněna dlouhými a málo frekventovanými slovy. Porozumění řeči je velmi dobré. Problémy se mohou akorát vyskytnout při řešení úloh zaměřených na hodnocení porozumění řeči, kdy si pacient opakuje zadanou instrukci. Po upozornění, aby si afatik nic neopakoval, se výkon

podstatně zlepši. Při tichém čtení je porozumění dobré ale u hlasitého čtení se vyskytují časté paralexie. Spontánní psaní není jinak zvlášť poznamenáno, avšak při diktátu slov se objevují paragrafie. (Cséfalvay, 2007) Prognóza je dobrá, úprava může být kompletní či přetrvávají anomická rezidua. (Neubauer, 2007)

Anomická afázie, je podle Čecháčkové (2003) klinicky nejlehčí typ afázie. Neubauer (2007) udává, že řeč je fluentní, ale přerušována anomickými pauzami. Charakteristickým znakem je porucha vyhledávání slov v mentálním slovníku, spolu s potížemi v přístupu k mentálním reprezentacím slov. Jedinci nemají problémy při opakování. Při cíleném vyšetření pojmenování se zpravidla odhalí deficity, které by se ve spontánním projevu neobjevily. Je to proto, že převážná část jedinců kompenzuje svůj deficit tím, že místo problémového slova užijí synonymum. Porozumění nebývá narušeno. Čtení s porozuměním je na dobré úrovni, psaní je mírně narušeno. (Cséfalvay, 2007) Dle Neubauera (2007) tento lingvistický fenomén je častý u všech typů afázií a velmi často se vyskytuje jako reziduum po některém předchozím typu afázie.

3.5 Diagnostika afázie

Logopedická diagnostika afázie *„je zaměřena na zhodnocení poruchy komunikačního procesu u vyšetřované osoby a stanovení stupně poruchy především ve vztahu k praktické realizaci sociálního kontaktu s okolím.“* (Neubauer, 2007, s. 53) To zajišťuje propojení diagnostického a terapeutického procesu a zároveň slouží ke stanovení začátku a plánu logopedické intervence. Autor zmiňuje, že komplexní diagnostika osob s poruchami centrální nervové soustavy by měla být realizovaná víceoborovým týmem, který zahrnuje neurologa, klinického psychologa, sociálního pracovníka atd.

Lechta (2003) udává, že diagnostický postup s přesností odráží koncepci a chápání poruchy. V diagnostice dochází ke střetům mezi dvěma přístupy. Mikulajová a Rafajdusová (1993, in Lechta, 2003) popisují v současné neuropsychologii dva směry. Východní je orientován převážně kvalitativně. Západní se zaměřuje na psychometrický přístup. Kagan a Saling (1992, in Lechta, 2003) tvrdí, že se tyto dvě filozofie se v jistém smyslu vylučují. Snahy o kvantifikování testů, které se zakládají na kvalitativní analýze poruch, považují za omyl.

V dnešní době se v afaziologii využívá mnoho testů, testových baterií a zkoušek. Afaziologické školy si vytvořily vlastní přístupy či alespoň modifikace testů a testových baterií. V testech či jejich modifikacích lze vidět nové pohledy na danou problematiku. (Cséfalvay, 2003, in Klenková, 2006) Lechta (2003) zmiňuje, že je to jasně vidět v počtu funkčních testů, které se objevily v posledních letech. A dodává, že došlo k potvrzení dlouho pozorovaného jevu při testování, kdy se afatici chovají v každodenních situacích jinak než v tzv. laboratorních podmínkách. Došlo tak k výraznému posunu orientace na pragmatickou rovinu komunikace. Základní otázka při diagnostice afázie zní: Jaký cíl se při vyšetření afatika sleduje? Začátkem 20. století byly vytvořeny různé postupy, které se od sebe lišily v tom, jaká otázka se měla vyšetřením zodpovědět. A to např. „*Má, nebo nemá pacient afázii?*” - „*Jaká je míra této poruchy?*” - „*Které roviny jazyka jsou narušeny?*” atd. V dnešní době si afaziologické testy kladou stejné cíle. Dle názoru Lechty je hlavní to, získá-li afaziolog vyšetřením osoby s afázií dostatek informací pro výběr vhodné strategie rehabilitace.

Plánování terapie pacienta s afázií je při vyšetření klíčovým úkolem. V minulosti byla diagnostika prováděna velmi skromným způsobem. Což bylo zapříčiněno tím, že hlavním posláním bylo pomoci co nejdříve pacientovi a doba vyšetření se považovala za ztrátu času. Dnes už se však převážná část logopedů věnuje detailnímu vyšetření. Je to i tím, že v současné klinické praxi je k dispozici celá řada diagnostických postupů, pomocí nichž lze zmapovat všechny aspekty afázie. Podrobné mapování klinického obrazu pomáhá popsat domnělý deficit a vnitřní mechanismus poruchy. Logoped se tak nesoustředí jen na manifestující se symptomy, ale i na to co stojí v pozadí těchto příznaků. Tím je terapie afázie více teoreticky motivovaná. (Cséfalvay, 2007)

Při diagnostice afázie lze sledovat dle Cséfalvaye (2007) různé cíle. *Zhodnocení, zda je či není v klinickém obraze přítomna afázie (screening afázie).* *Diagnostikování afázie v akutním stadiu onemocnění.* *Určení typu a stupně afázie, zjištění mechanismu narušení (kvantitativně a kvalitativně orientované testy afázie).* *Zmapování úrovně každodenní komunikace jedince při existujícím narušení (diagnostikovat funkční komunikaci osob s afázií).* *Analyzování některých specifických symptomů afázie (pojmenování podstatných jmen a sloves) nebo vyšetřit specifickou populaci (bilingvní pacienti).*

Vyšetření řeči jedince s afázií by se mělo zaměřit na hodnocení *spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování*. Celkové hodnocení je komplexní až tehdy, je-li do něj zahrnuto čtení a psaní. Analýza spontánní řeči slouží k diferenciaci fluentní a nonfluentní řeči. Hodnotí se i další parametry řeči jako např. gramatická adekvátnost, obsah informací a výskyt parafází. (Lecha, 2003) Neubauer (2007) doplňuje, že se hodnotí konverzace, popis obrázku a automatické řady.

Další část tvoří subtesty vyšetřující porozumění řeči. Pouze malá část afatiků ztrácí úplnou schopnost porozumět informacím, které jsou jim prezentovány. Hodnotí se převážně porozumění jednoduchým otázkám, na které lze odpovědět ano či ne. Dále jednoduchým slovům a větám, složitějším instrukcím a komplikovanějším gramatickým strukturám. (Lechta, 2003) Neubauer (2007) zde zmiňuje ještě hodnocení fonologické analýzy a lexikálního usuzování. Při vyšetření expresivní složky řeči se analyzuje schopnost jedinců opakovat slova a věty. Diferencuje se zde nejen plynulost či neplynulost řeči ale i rozlišení určitých druhů afázie. Úlohy jsou řazeny od opakování jedné snadno opakovatelné slabiky nebo slova, přes postupné rozšiřování až po věty. Posledním úsekem hodnocení je podle Lechty (2003) opakování. Hodnocení je realizováno pomocí řady úkolů. Osoba pojmenovává předměty, se kterými je denně ve styku a i předměty se, kterými se setká vzácněji.

Testy používané při diagnostice afázie

Jedním z nejrozsáhlejších testů je *Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia* (MTDDA). Tím se zjišťují „silné“ a „slabé“ články jazykových funkcí ve všech modalitách řeči, získává také zpřesňující informace pro výběr odpovídající terapie. Následujícím testem je *Porch Index of Communication Ability* (PICA), kde se hodnotí určení správnosti předmětů denní potřeby. (Lechta, 2003) *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (BDAE) je dle Kaplanové (1988, in Lechta, 2003) metoda, která se zaměřuje na identifikaci klinických syndromů afázie. Autoři testu také cílí na popis a strategii chování pacienta. Test, který je svou podstatou podobný tomu předešlému je *Western Aphasia Battery* (WAB), liší se od sebe způsobem kvantifikace. Základem pro výpočet kvocientu (AQ) je skóre dosažené ze subtestů spontánní řeči, porozumění, opakování a pojmenování. Podle

skóre lze určit typy afázie. Velmi časově náročným testem je *Aachener Aphasia Test* (AAT). Cílem je klasifikace afázie do základních symptomů, hodnocení stupně poruchy a popis z hlediska různých jazykových modalit. Posledním hojně užívaným testem je *Token test*, který určuje receptivní složku řeči a krátkodobou verbální paměť afatiků. (Lechta, 2003)

Kertesz (1988, in Lechta, 2003) shrnul kritéria, které mají splňovat komplexní testy afázie. Dle něho mají testy detekovat každou narušenou modalitu řeči a zároveň obsahovat diferenciaci jednotlivých typů afázie. Administrace testů by měla probíhat už při jednom sezení a má za úkol měřit úspěšnost komunikace v reálných situacích. V neposlední řadě by měly být testy: konstrukční, obsahově a kritériálně validní, intertestovaně reliabilní, standardně administrovatelné a skórovatelné atd.

Velmi důležité je odlišit afázii od dysartrie v rámci *diferenciální diagnostiky*. Při dysartrii jsou poškozeny různé úrovně CNS. Vždy je přítomna porucha mluvní motoriky, fonace a respirace. U dysartrie nebývají narušeny fatické funkce a rozumění řeči. Dále je nutné rozlišit různé typy apraxií, které lze lehce zaměnit s globální či percepční afázií. Zde osoba nereaguje na daný mluvní či vizuální podnět anebo reaguje neadekvátně. (Čecháčková, 2003)

3.6 Terapie afázie

„Cílem je dosažení maximálních schopností komunikace s ohledem na dané postižení. Současně s komunikační terapií dochází k obnovování sociálních vazeb. Afatik má velice často kromě narušené komunikace i poraněnou duši.“ Na tuto skutečnost se nesmí zapomínat, proto je nezbytné akceptovat nutnost logopedické a psychoterapeutické rehabilitace. (Čecháčková, 2003, s. 166) Dále autorka tvrdí, že názory na začátek systematické logopedické terapie nejsou vždy jednotné. Mnohé zkušenosti ukazují, že je nezbytné individuálně posuzovat případ od případu. Terapie by měla být dále dlouhodobá a cílená. Měla by být zachována kontinuita od počátečního ošetření v akutním stadiu až do období stabilizace jedince. V průběhu hospitalizace v akutním stadiu, má klinický logoped za úkol poskytnout kvalitní terapii a nejlépe zajistit i návaznost péče po ukončení pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Mezi faktory ovlivňující reedukaci řeči lze zařadit 1. rozsah a lokalizace mozkové léze, typ a stupeň fatické poruchy, 2. socioekonomický status pacienta, někdy i věk, 3. časové stadium poruchy (akutní, následné, stabilizované a chronické), 4. sociální zázemí pacienta v chronickém stadiu. (Čecháčková, 2003) Terapie afázie dle Wallesche (1991, in Škodová, Jedlička a kol., 2003) by měla být vždy systematická, strukturovaná, adaptovaná a intenzivní.

Terapie v akutním a chronickém stadiu afázie

V *akutním stadiu* (trvá dva až tři týdny od vzniku mozkového iktu) se klinický obraz afázie velmi často mění. Jak uvádí Lechta (2005) tyto změny nejsou dosud objasněny, v prvních fázích hraje významnou roli v restituci levá hemisféra. Ztráta či omezení komunikačních schopností představuje velké trauma nejen pro pacienta ale i jeho rodinu. Z toho důvodu je namísto logopedické terapie zároveň s psychoterapií. (Čecháčková, 2003) Význam logopedické péče je spatřován především v poradenství a v zahájení aktivační fáze vybranými stimulačními technikami. Nezbytná je také pomoc při překonávání komunikační bariéry mezi osobou s afázií a jeho okolím. (Cséfalvay, 2007) V *chronickém stadiu* (čímž je myšleno několik let od vzniku afázie) má důležitou funkci z hlediska řeči pravá hemisféra. Nové výzkumy potvrzují pozitivní změny v obrazu afázie, které mohou nastat i několik let po jejím vzniku. Jak ukazují četná bádání - neuronální síť CNS mají i v dospělosti plastičnost, která může být podporována fyziologickou manipulací. (Lechta, 2005) Cílem terapie je obnova sociálních kontaktů. Terapii je možné aplikovat v individuální či skupinové formě. Individuální forma je zaměřena na rozvoj druhů komunikace, které jedinec nejvíce potřebuje a u kterých lze očekávat zlepšení. Za to u skupinové terapie se využívá již získaných dovedností v předešlých fázích reedukace. (Čecháčková, 2003) Huber, Springer a Willmes (1993, Cséfalvay, 2007) popisují tři základní etapy terapie afázie – aktivační fázi, symptomově-specifickou fázi a konsolidační fázi.

Podle dělení IDH klasifikace Světové zdravotnické organizace (WHO) lze terapii afázie rozdělit do několika rovin, jak uvádí Cséfalvay (2007). V první fázi je terapie zaměřená na obnovení narušené funkce. Logoped se soustředí na izolované jazykové funkce jako je

například pojmenování, čtení, psaní a porozumění řeči. Terapeutické postupy jsou proto stimulací a reedukací zaměřeny na obnovení dané funkce. Takovou metodou je kognitivně-neuropsychologický přístup k terapii afázie. Předpokládá se, že po obnovení dané funkce se zmírní i její dopad na komunikační schopnost. Ve druhé fázi je terapie cílená na narušenou komunikační schopnost, postupy jsou zde orientovány komplexněji. Záměrem je podpoření kompenzačních mechanismů a to i při narušení izolovaných funkcí. Příkladem terapie je používání kresby, nácvik konverzace afatika a jeho komunikačního partnera či trénink za použití multimodální komunikace (řeč, která je doplněná psáním, gesty nebo kresbou apod.) V poslední fázi je terapie orientovaná na zmírnění psychosociálních důsledků postižení. Řadí se sem skupinová terapie.

Kognitivně-neuropsychologický přístup je zaměřený na obnovení či kompenzaci jazykových procesů. Klade si za cíl odhalit zákonitosti fungování kognitivních procesů, které jsou v normě. (Klenková, 2006) Pozornost terapeuta by měla být primárně zaměřena na obtíže ve funkci některé modality kognitivních procesů (např. poruchy porozumění řeči). Terapeutické postupy (stimulační a facilitační techniky) využívají tzv. transfer. Ten způsobí, že zmírnění obtíží v kognitivní modalitě (např. pojmenování) se projeví zlepšením v oblasti komunikace s okolím. Kognitivně-neuropsychologický přístup přináší velmi silnou teorii o fungování jazykově rozpoznávací a výkonné neurokognitivní síti mozku. Dále sebou nese terapeutické techniky, které umožňují cílenou a diferenciovanou terapeutickou činnost ve prospěch pacienta. (Neubauer, 2007) Hillisová (1998, in Cséfalvay, 2007, s. 66) zmiňuje, že úlohou logopeda je „*vytvořit hypotézu o tom, jak bude specifická intervence modifikovat fungování narušených procesů.*” Což znamená, že logoped si na základě výsledků diagnostiky připraví sérii úloh, stimulační materiál a v neposlední řadě definuje strategie, které použije. Aplikace tohoto přístupu se nejvíce využívá u terapie poruch pojmenování a získaných poruch čtení a psaní. Jak uvádí Klenková (2006), s tímto modelem terapie se v našich podmínkách setkáváme velmi málo, jedním z důvodů je, že tyto přístupy nemají k dispozici definitivní model terapie vyšších psychických funkcí.

Pragmatický směr vychází z předpokladu, „*že je důležité afatika co nejdříve zařadit do fungování společnosti, poskytnout mu adekvátní možnost komunikace (často i*

kompenzační) a učinit ho soběstačným.” Pozornost se věnuje obnově schopnosti používat jazyk a také mu v kontextu rozumět. (Klenková, 2006, s. 85) Terapie není zaměřena pouze na izolované jazykové deficity, ale jejím cílem je zmírnit důsledky těchto narušení na komunikaci jako celek. Kaganová a Galeyová (Kagan, Galey, 1993, in Cséfalvay, 2007) jsou autorkami tzv. podpůrné konverzace. Dle autorek je k úspěšnému přenosu informace k zapotřebí konverzační partner. Přípravu těchto partnerů přirovnávají k rampám, které jsou stavěny pro lidi na invalidním vozíku. Komunikační partneři se musí naučit efektivně komunikovat v určitých situacích a také musí být přesvědčeni o kompetenci osob s afázií. Tyto kompetence se odhalují při různých komunikačních záležitostech a společenských aktivitách. Cílem konverzačního tréninku je „*aby se pacient s afázií i jeho partner snažili využít efektivní komunikační strategie při vysílání a přijímání informace.*” (Holland, 1997, in Cséfalvay, 2007, s. 68)

Lechta (2005) uvádí další techniku nazvanou PACE. Tato technika je zaměřena na zlepšení efektivity komunikace afatiků, kdy jde o modelování přirozené situace. Zde dochází k výměně informace, kterou střídavě vysílá terapeut a pacient. Výhodou je, že oba mají volný výběr komunikační modalit (mluvená řeč, psaní, kresba aj.). Přirozenou zpětnou vazbou je pak porozumění dané informaci.

Skupinová terapie přirozeně stimuluje interakci mezi jejími členy a tím posiluje pragmatické dovednosti (výměna rolí, iniciování komunikace či rozšíření různých dorozumívacích funkcí). (Cséfalvay, 2007) Skupinová sezení stimulují všechny psychické funkce. Zaměřují se na zlepšení paměti, percepce, pozornosti, psaní, čtení a vyjadřování jazykovými verbálními prostředky. (Kulišťák, 1997) Dle Cséfalvaye (2005, in Neubauer, 2007) skupinová terapie v dnešní době prožívá svou renesanci, která se pojí se zapojením pragmaticky orientovaných metod jako PACE či konverzační trénink. Doporučuje maximálně šest osob ve skupině, dva terapeuty a jednoho facilitátora. Skupinové aktivity zahrnují hraní rolí, simulace reálných situací, využívání souborů fotografií a obrázků, užití techniky PACE, společenské hry a rozhovory.

Terapii afázie lze rozdělit na několik dalších způsobů. Klenková (2006) mezi další směry terapie uvádí: stimulační přístupy, kam řadí techniky kognitivní stimulace a funkcionálně

orientované postupy. Jako další postupy udává melodicko-intonační terapie a alternativní a augmentativní komunikace. Poslední metoda se orientuje na obnovování specifických narušení a to především na terapii poruch porozumění řeči a čtení.

Konečným cílem terapie u afatiků je dosáhnout takové úrovně komunikace, která je při konkrétní lézi mozkových struktur možná. (Cséfalvay, 1996, in Klenková, 2006) Pozornost současné afaziologie se začíná obracet k osobě s afázií a jejímu blízkému okolí, nikoli pouze k afázii jako nemoci. Proto jsou akcentovány i psychosociální rozměry afázie. (Klenková, 2006)

4 Dysartrie

4.1 Vymezení pojmu dysartrie

Dle Kimla (1978, s. 238) je dysartrie „*porucha artikulace, mluvního vyslovování vcelku (nikoli výslovnosti jednotlivých hlásek) z porušení inervace mluvního ústrojí nebo poruchou koordinace jeho pohybů.*” Dodává, že je to porucha při centrálním nervovém postižení mluvního výkonu. Aronson (1980, in Klenková, 2006) zase dysartrii definuje jako narušení volní kontroly řečového svalstva. Dle něj tento pojem zahrnuje skupinu řečových poruch, které jsou následkem rozličných forem poruch centrálního či periferního nervového systému. Problémy vlastní kontroly se projevují narušením tempa řeči, síly hlasu, rezonancí a hláskováním. Dochází k potížím s prozodií, melodií, přízvukem a rytmem a to díky kumulativním problémům různých motorických řečových systémů.

Neubauer (2010, s. 38) říká, že „*poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy nazýváme dysartrii.*” Také podotýká, že „*dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, které jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch.*” Cséfalvay a Marková (2009, in Lechta, 2013) dodávají, že při dysartrii jsou v různé míře a rozsahu postiženy základní modality motorické realizace řeči. Jedná se o respiraci, fonaci, rezonanci a artikulaci. Tyto subsystemy mohou být narušeny vlivem patologické inervace svalů, které zabezpečují jejich řádné fungování. Zasáhne-li neurologické onemocnění některý z uvedených subsystemů, vznikne porucha řeči, která se komplexně nazývá dysartrie.

Dysartrie je nejtypičtější narušení komunikační schopnosti, které souvisí s poruchou artikulace. Nejtěžším stupněm dysartrické poruchy je anartrie, která se projevuje neschopností verbálně komunikovat. (Klenková, 2006) Anartrie se může vyskytnout i ve spojení s afonií, což je neschopnost tvořit hlas. K tomu může být ještě přidružena dysfagie (porucha polykání). Obě poškození se řadí mezi neurogenní poruchy. (Neubauer, 2003) Forma a stupeň dysartrie zpravidla záleží na lokalizaci a rozměru poškození motorického funkčního systému. Dochází zde k odchylce při tvoření řečově motorických schopností. A to v důsledku přetrvávající patologické reflexní aktivity, chybného řízení svalových funkcí

a také při narušení reciproční inervace u chybějícího či porušeného kinestetického tvoření vzoru (jeho uchopování a reprodukce). (Klenková, 2006)

Z logopedického hlediska, je nutné vymezit tři aspekty dysartrie. Prvním aspektem je, že se jedná o neurologický původ poruchy, která vzniká při poškození centrálního či periferního nervového systému. Druhým faktorem je porucha neuromuskulární exekuce, která se může projevit narušením - rychlosti, síly, načasováním nebo přesností pohybů, které se účastní na produkci řeči. Všechny uvedené potíže se mohou projevit při respiraci, fonaci, artikulaci a prozodii. Posledním hlediskem je, že jde o komplexní poruchu, kterou lze rozčlenit do sedmi typů dysartrie. Jednotlivé typy jsou pak diferencovatelné dle sluchově-percepčních faktorů a podle rozličné neuropatofyzologie. (Duffy, 1995, in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

4.2 Etiologie dysartrie

Neubauer (2003) řadí mezi nejčastější příčiny vzniku dysartrie: cévní mozkové příhody, úrazy hlavy, stavy po operacích v oblasti mozkového kmene, motorických a premotorických oblastí mozkové kůry (tumory, absces, náhlá krvácení, hematomy), degenerativní onemocnění CNS (Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza). Klenková (2006) mezi tyto faktory doplňuje toxická poškození centrálního nervového systému a metastázy. Dále udává, že mohou být narušeny pyramidové dráhy nebo je současně poškozen pyramidový i extrapyramidový systém. Dochází tak k porušení drah propojující korové oblasti s mozkovým kmenem. Pro produkci řeči hrají důležitou roli hlavové nervy. Nervy mohou být poškozeny jednostranně nebo oboustranně. Dle toho se pak odvozuje částečné či úplné porušení funkce určitého řečového orgánu. U dysartrie mohou být poškozeny tyto nervy:

V. Trojklanný nerv (nervus trigeminus)

Jedná se o smíšený nerv skládající se ze tří větví (n. ophthalmicus, n. maxillaris, n. mandibularis). Dominuje zde senzitivní inervace (obličej, nosní a čelistní dutina, mozkové pleny). Dále inervace motorická (žvýkáčcí svaly), vegetativní (žlázy nosní dutiny, slinné, slzné) a sensorická (chuťová). Šlapal (2007, s. 14) uvádí, že „*postižení senzitivních vláken vede k poruše citivosti v příslušné inervační oblasti.*” Dle Klenkové (2006) dochází při

poškození nervu k ochablosti či neschopnosti ovládat čelist, otevřít a zavřít ústa. Narušena je i funkce žvýkání. Dochází k problémům s čelistí, která nemůže být nastavena do správné pozice, ve které by mohly být provedeny artikulační pohyby rtů a jazyka. Ztížena je tvorba obouretných, retozubných, alveolárních konsonant ale i tvoření vokálů.

VII. Lícni nerv (nervus facialis)

Tento nerv je smíšený, motorická vlákna vedou do příušní slinné žlázy, kde se paprscitě větví k jednotlivým mimickým svalům obličeje. Autonomní část inervuje podjazykovou a podčelistní slinnou žlázu. Zato senzitivní vlákna vedou chuťové informace. (Šmarda a kol., 2007) Narušení lícního nervu způsobuje poruchy mimického svalstva. Potíže se projevují při pohybech rtů, které nelze vyšpulit. Dále nedojde k dotyku rtů a zubů. U oboustranného poškození lícního nervu je narušena tvorba obouretných, retozubných a explozivních hlásek. (Klenková, 2006)

IX. Jazykohltanový nerv (nervus glossopharyngicus)

Jde o smíšený nerv, kdy motorická část ovládá svaly hltanu, senzitivní část vede informace z chuťových receptorů jazyka a autonomní část reguluje příušní slinnou žlázu. (Šmarda a kol., 2007) Při defektu je patrná nedostatečná pohyblivost jazyka, kořen jazyka je ztuhlý. Dochází také k narušení pohyblivosti hltanu, což má nepříznivý vliv na artikulaci. (Klenková, 2006)

X. Bloudivý nerv (nervus vagus)

Motorická vlákna inervují svalstvo měkkého patra, patrové oblouky, hltan a hrtan spolu s hlasivkami. Šlapal (2007) udává, že při postižení se objevují poruchy polykání či zevní řeči. Při obrně hlasivek může vzniknout dysfonie (chraptivý hlas) a může přejít až do afonie (šeptavý hlas). Dochází zde k porušení hrtanu, hltanu, měkkého patra a hlasivkových vazů. Tvorba hlasu je také narušena. Hlas je dyšný, sípavý a jsou tu slyšitelné zvuky při vdechování. Poškození způsobí i nedostatečnou funkci hltanových svěračů a měkkého patra, což má za následek zřejmou hypernazalitu. (Klenková, 2006)

XII. Podjazykový nerv (nervus hypoglossus)

Podjazykový nerv je čistě motorický a inervuje svalstvo jazyka. (Šlapal, 2007) Postižení podjazykového nervu má za následek to, že je jazyk oslabený, nevytváří se dostatečný tonus a hybnost jazyka je omezena. Problémy činí vyplazování jazyka, zatahování zpět do úst či pohyb ze strany na stranu. Narušení se promítá i do srozumitelnosti řeči, která je tak zhoršena. Při výslovnosti konsonantů dochází k jejich deformaci či zcela chybí. (Klenková, 2006)

4.3 Klasifikace dysartrie

V literatuře se lze setkat se dvěma přístupy klasifikace dysartrie. Jedná se o dělení dle lokalizace léze v centrální nervové soustavě, periferní nervové soustavě či podle dominujícího symptomu v řeči. (Cséfalvay, Lechta, 2013) Freed (2000, in Neubauer, 2007) doplňuje, že získanou dysartrií lze rozčlenit na řadu klinicky rozlišitelných typů. Dále uvádí, že je přítomna v obraze řady základních neurologických syndromů. Užívané rozdělení typů dysartrie vychází z propojení výsledků neurologické diagnostiky s klinicky zjistitelným obrazem poruch řečové komunikace. Rozdělení dysartrie je u většiny autorů terminologicky rozličné. Aronson (1980, in Klenková, 2006) ji kategorizuje z hlediska neurologických symptomů na: *flacidní, spastickou, ataktickou, hypokinetickou, hyperkinetickou a smíšenou*. V našich podmínkách se nejvíce užívá dělení dysartrie podle lokalizace postižení. Lze ji rozlišit na: *kortikální, pyramidovou, extrapyramidovou, bulbární, cerebelární a smíšenou*.

Kortikální neboli korová dysartrie vzniká narušením motorických korových oblastí mozku. Artikulace je zde nejasná, setřelá, a to především u delších větných celků. V řeči se objevují iterace (opakování první slabiky slova) a má spastický charakter. Dále dochází k narušení prozodických faktorů řeči, kdy je špatně využíván přízvuk, hlas je tvořen namáhavě a je změněna i jeho kvalita. K řeči mohou být přidruženy i mlaskavé zvuky. (Klenková, 2006)

Pyramidová dysartrie vzniká poškozením pyramidové dráhy od buněk v mozkové kůře k jádrům mozkových nervů v bulbu. Jedná se o spastickou obrnu svalstva mluvidel. Tonus orofaciálního svalstva je zvýšený a v důsledku toho je řeč tvrdá. Díky narušené funkci

měkkého patra se často objevuje hypernazalita (zvýšená nosovost). V orofaciální oblasti je narušena mimika, z toho důvodu se zde vyskytuje hypomimie či amimie. (Klenková, 2006) Dýchání bývá povrchové a výdechový proud slabý. Během mluvení se mění intenzita hlasu a to většinou ke konci delší věty. Osoby poté postupně přecházejí do šepotu. Řeč je zpomalená, těžce srozumitelná a artikulace smazaná. Dále je monotónní a celkově adynamická. Změny lze zaznamenat i v prozodických komponentech řeči. Některé osoby mají problém vůlí regulovat smích a pláč. (Lechta a kol., 2003)

Extrapyramidové poruchy řeči vznikají při ztrátě regulačních vlivů podkorových ganglií na motorické dráhy a svalový tonus. A to především u dechového, hlasového a mluvního artikulačního ústrojí. (Kiml, 1978) Extrapyramidovou dysartrií lze rozlišit na dvě formy: hypokinetickou a hyperkinetickou. *Hypokinetická dysartrie* vzniká v rámci hypokineticko-hypertonického syndromu, který doprovází poruchy činnosti bazálních ganglií. Svalovou činnost komplikuje rigidita a akinéza svalových skupin. Mnohdy je přítomen třes a ztráta pohybových automatismů. Řečový projev je monotónní, překotný s vyskytující se palilalíí (opakování slabik nebo slov). Dech je nedostačující a často přerušovaný. Hlasový projev je oslaben až do afonie. Projev se zpomaluje téměř do zastavení nebo se zrychluje do nezřetelného mumlání. (Neubauer, 2014) Klenková (2006) doplňuje, že artikulace je pomalá, ztuhlá, nezřetelná a některé hlásky bývají vyráženy. Vyskytuje se zde zvýšená nosovost, vzniklá z patologické inervace měkkého patra. V průběhu mluvního procesu dochází ke změně tempa a melodie řeči. Tato forma dysartrie doprovází nejčastěji dospělé osoby s Parkinsonovou nemocí. *Dysartrie hyperkinetická* se vytváří v rámci choreatického, atetoidního syndromu či Huntingtonovy choroby. Zahrnuje abnormální mimovolní pohyby, které ruší motoriku a v různém stupni závažnosti i řečový projev. Celkový svalový tonus je snížen. Naproti tomu je mimovolní hybnost svalových skupin zvýšena. Řeč je vykřikovaná, hlasitá a je zde zjevná dyskoordinace s dýchacími pohyby. Řečové mechanismy mohou být přerušovány náhlými pohyby či neovladatelnými pohybovými automatizmy. Tempo řeči je kolísavé a projev může být nesrozumitelný. Neubauer (2014) dodává, že příčinou bývají stavy při podávání léků u citlivých osob či degenerativní onemocnění CNS.

Při **Bulbární dysartrii** jsou poškozena jádra motorických nervů v bulbu (prodloužená mícha, Varolův most) či nervů, které z nich vycházejí ke svalům mluvního ústrojí. Jedná se o poruchu typu chabé obrny, částečné či úplné, jednostranné nebo oboustranné. Při bilaterální poruše jsou narušeny i archaické funkce (polykání a žvýkání). Při nedostatečném svalovém napětí je narušena výslovnost hlásek, u kterých je nutná přesná koordinace pohybů a také zvýšené svalové napětí. Hlas je dysfonický a může dojít až k afonii. Objevuje se zde otevřená huhňavost. (Klenková, 2006)

Cerebelární neboli **mozečková dysartrie** vzniká poškozením mozečku a nervových drah spojených s jeho činností, tvořící neurologicky tzv. cerebelární syndrom. Jeho součástí jsou pak nesprávně cílené pohyby a špatná koordinace činnosti svalových skupin společně s celkovou hypotonií. Patrný je nepravidelný řečový projev, při kterém jsou explozivně vyraženy slabiky nebo slova. Kolísání se projevuje v dýchání, intenzitě hlasu a rezonanci. Další obtíže se objevují v rytmu mluvy a nepřesné realizaci zejména souhlásek. Ulpívání v artikulačním postavení vzbuzuje dojem, že jsou slabiky vysloveny samostatně jako slovo. Mozečková dysartrie se často vyskytuje u roztroušené sklerózy, různých zánětů a nádorů mozečku či při degenerativních procesech v této oblasti. (Neubauer, 2007) Klenková (2006) dodává, že řeč je častokrát skandovaná a doprovázena hezitacemi (pozastavení). Hlas je tvořen s námahou, avšak síla a výška hlasu zůstává neměnná. Celkově je způsob řeči nápadný a řeč není většinou srozumitelná.

Smíšená dysartrie se neurologicky projevuje periferními a centrálními parézami. Může vzniknout kombinací více lézí CNS či při degenerativních onemocněních. (Neubauer, 2014) Smíšený typ se vyskytuje v praxi často. Záleží na tom, jaký motorický systém je narušen. Může dojít k poškození kterékoli části nebo také všech komponentů centrální a periferní nervové soustavy. Poté se může projevit více než jedna forma dysartrie. (Klenková, 2006)

4.4 Diagnostika dysartrie

Logopedická diagnostika obvykle navazuje na výsledky lékařského vyšetření. Zároveň se opírá o výsledky klinického neurologického vyšetření při určování typu dysartrie. „*Je vedena snahou definovat přítomné poruchy řečové komunikace, jejich*

závažnost a dopad na komunikační schopnost postižené osoby.” (Neubauer, 2014. s. 48) Diagnózu dysartrie lze tedy stanovit na základě komplexního vyšetření. Na diagnostice se podílí celý tým odborníků. Logopedické vyšetření vychází ze závěrů vyšetření lékařů - neurologa, foniatra, oftalmologa či psychologa. (Klenková, 2006) Valná část autorů diagnostických postupů se shoduje na tom, že při komplexním vyšetření je nutné se zaměřit na hodnocení: motorické funkce artikulačních orgánů, výslovnosti jednotlivých hlásek, respirace, rezonance, fonace a prozodických komponentů řeči. V jednotlivých metodikách je způsob vyšetření a hodnocení rozdílný. Většinou se jedná o deskripci sledovaného jevu neboli kvalifikaci symptomu. V některých postupech jsou přesně určena kvantitativní kritéria hodnocení speciálních úkolů pro určité oblasti. (Cséfalvay, 2003)

Podle Neubauera (2007) je hlavním cílem identifikovat řečové motorické modalitty zodpovídající za stigmatizaci řečového projevu, při poklesu a ztrátě jeho srozumitelnosti pro sociální okolí. Při diagnostice motorických řečových změn se využívá vyšetření pomocí diagnostických vodítek a vyšetřovacích formulářů určených pro dysartrii. Existuje celá řada diagnostických škál. V zahraničí se nejvíce využívá „*Dysarthria Profile*”. Cséfalvay (2003) doplňuje další škály: *Frenchay Dysarthria Assessment*, *Peripheral Speech Mechanism Examination* či *Dysarthria Evaluation*. V současné době je v češtině pro oblast diagnostiky dospělých osob trpících dysartrií vytvořen kvalitně zpracovaný diagnostický materiál „*Test 3F - dysartrický profil*”. (Neubauer 2007)

Test 3F hodnotí míru postižení získané dysartrické poruchy u dospělých osob. Vyšetření dysartrie je rozděleno na dvě části: orientační předtestové a na samotný test. Test je diferenciován na tři subtesty: F1 - faciokineze, F2 - fonorespirace, F3 - fonetika. Oddíl F1 - faciokineze se zaměřuje na činnost artikulačních svalů. Další úsek F2 - fonorespirace se věnuje dýchání, funkci hlasivek a vzájemnou fonorespirační koordinací. Poslední část F3 - fonetika se zabývá mluvní stránkou sledovaných projevů. Oddělení a rozlišení těchto celků napomáhá vyšetřujícímu selektivněji zaměřit pozornost na jednotlivé neurologické, fyziologické a mluvní aspekty řeči. Jednotlivé úkoly jsou hodnoceny 0 - 2 body. Po vyplnění testu se všechny body sečtou. Výsledné číslo udává, tzv. dysartrický index (DX), který vyjadřuje stupeň poruchy (od lehké až po velmi těžkou). Poté se ještě vytváří tzv.

dysartrický profil (DP), kdy jsou do grafu vyznačeny body za jednotlivé části testu. Lze pak vidět, ve kterých složkách má pacient obtíže. (Roubíčková a kol., 2011)

V rámci *diferenciální diagnostiky* je nutné provést odborná vyšetření, která rozliší dysartrii od dalších druhů narušené komunikační schopnosti. Jedná se o odlišení od afázie, vývojové dysfázie a dyslalie. (Klenková, 2006)

4.5 Terapie dysartrie

Velmi důležité je, aby byl terapeutický proces zahájen neodkladně, a to okamžitě po odeznění života ohrožujících komplikací a dosažení stabilizace zdravotního stavu. Využití postakutního či raného období po vzniku dysartrie a přístupnost intenzivní logopedické péče, v rámci zdravotnických zařízení, má pro další vývoj poruchy klíčový význam. (Neubauer, 2003) „*Cílem terapie je maximalizace komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života osoby s dysartrií.*” (Neubauer, 2005, s. 306) Aby byla logopedická péče efektivní, je nezbytné využít obnovovacích postupy a specializované pomůcky. Tvorba individuálního programu terapie, zacíleného na projevy určitých komunikačních obtíží člověka s dysartrií, je předpokladem dlouhodobého pozitivního efektu v péči o tyto osoby. Dle Neubauera (2005) by terapie měla být vedena v prvních měsících po vzniku poruchy intenzivní formou tak, aby umožňovala maximální dynamizaci procesu uzdravení a též maximalizaci komunikačního potenciálu.

Dále je u dospělých osob s dysartrií nutné věnovat pozornost vybavení motivace, která by měla být přiměřená věku a psychickým schopnostem člověka. Terapeut by měl pak klientovi představit způsoby práce směřující ke zlepšování srozumitelnosti mluvy a jednoznačně vysvětlit význam dlouhodobé a pravidelné terapie, zahrnující i podpůrná cvičení. Při absenci motivace a užívání materiálů, které se aplikují u dětské populace, může u dospělého klienta dojít až k devalvaci a snížení zájmu o terapii. A to především při ztrátě perspektivy a reálného cíle logopedické péče. „*Vzhledem k realitě závažného onemocnění či traumatu CNS je nezbytné, aby procesem obnovování, stimulace a stabilizace řečových schopností osob s dysartrií postupovaly i formy ovlivňování reaktivních depresivních stavů či neproduktivních forem chování a adaptace na novou životní situaci.*” (Neubauer,

2003, s. 321) Výsledky rehabilitačního programu může podpořit psychoterapeutický přístup nebo individuální a skupinové formy podpůrné psychoterapie.

Neubauer (2014) shrnuje metody a prostředky logopedické terapie u dospělých osob s dysartrií do několika okruhů. Do prvního okruhu patří *užití metod, které navozují svalovou relaxaci a stabilizaci tělesného tonu v oblasti mluvidel*. Přiměřený svalový tonus celého těla je předpokladem pro optimální řečový projev. Jeho navození je pro zdařilý průběh terapie velmi důležitý. „*Relaxační cvičení jsou zde především prostředkem pro navození sebekontroly nad stavem svalového tonu celého těla, zvláště však v oblasti mluvidel.*” (s. 55) Je zde možné využít Jacobsonův trénink progresivní relaxace či autogenní trénink. Dalším okruhem jsou *modifikace respiračních, fonačních, artikulačních a rezonančních cvičení pro obnovování a stabilizaci motorických řečových schopností*. Cílem *dechových cvičení* je zvýšení funkčního využití kapacity plic a zlepšení koordinace dýchacích svalů. Dosažení zlepšení má vliv na další komponenty řeči. Cvičí se plný dech s odstraněním souhybů dalších částí těla. Zapojuje se fonace od samohlásek až po rytmické slovní řady. U *fonačních metod* se nacvičuje hlasový počátek, optimální síla, výška hlasu a zároveň dobrá koordinace dýchání a fonace. „*Využívají možnosti zesílení hlasového projevu nazalizací a rozšiřování uvolněných rezonančních prostor i nácviku měkkého hlasového projevu podle typu dysartrických obtíží.*” (s. 57) *Artikulační cvičení* se pojí se snahou o zpomalení tempa řeči při mluvě a čtení. Dále o zvýraznění a oddělování artikulačních pohybů se současnou sebekontrolou (sluchem a zrakem v zrcadle). U těžkých poruch hybnosti se mohou vybavovat náhradní artikulační mechanismy. Samotné artikulační zadání by mělo být řízeno realistickými cíli a mělo by sloužit ke zlepšení srozumitelnosti mluvního projevu. Nutné je zapojit pomůcky a sondy pro polohování mluvidel a stabilizaci tělesného tonu v poloze, při které jsou cvičení prováděna. *Cvičení slovní, větné prozodie a větné intonace* zahrnují trénink větné intonace a to v rozdílu mezi typy vět a sdělení s odpovídajícím slovním přízvukem. Využívají se pomůcky s graficky zvýrazněnými částmi slov a vět či přístrojové metody vizuální kontroly s programem, který pro pohybové sekvence využívá zvukového signálu. Třetím okruhem jsou *přístrojové pomůcky* sloužící pro spektrální zobrazení zvuku řeči se zesílenou zpětnou vazbou zrakem a sluchem. Využívají opožděné sluchové zpětné vazby a přístroje na bázi elektromyografu.

Další skupinou je využívání *neverbální komunikace a komunikačních pomůcek* u těžkých přetrvávajících poruch komunikace. Zde se používají možnosti komunikace písmem, obrazovými symboly nebo posunky. Užítí je dáno motorickými a kognitivními schopnostmi osoby s dysartrií. Je možné pracovat s alternativními komunikačními systémy (piktogramy, pojmové kresby) či systémy stimulace neverbální komunikace (vizuálně-akční terapie, gesta, kresba). Dále se mohou uplatnit kompenzační elektronické pomůcky s možností nahrání a reprodukce větných celků nebo také zesilovače hlasového projevu, který se používá hlavně u parkinsoniků. Bohužel tyto pomůcky nejsou u nás běžně dostupné, přesto je lze nalézt na některých pracovištích pro alternativní a augmentativní komunikaci v České republice. Mezi další lze zařadit *skupinové postupy*, které se zaměřují na sociální skupinovou interakci. A dále také na převod dovedností z individuální terapie do spontánního řečového projevu. Cílem je snaha o maximalizaci nápodoby skutečné komunikační situace. Stejně jako u afatiků se, zde využívá metoda PACE. Terapeut cílí na spontánní využití kompenzačních a nově obnovených motorických řečových schopností v co nejširší škále sociálních situací a činností. (Neubauer, 2005) Posledním okruhem jsou *rytmizační a intonační postupy*, navozující mluvní podnět, který je spojený s pohybem a použitím technických pomůcek. Výhodou rytmizačních cvičení je, že mají rozsáhlé kompenzačně-motivační užití pro možnost rychlého ovlivnění srozumitelnosti projevu. Navodí artikulační podnět propojený s pohybem při každé slabice nebo slovu. Tímto pomáhají ustanovit tempo řeči, které je přiměřené motorickým a koordinačním možnostem osoby. Kromě rytmizace je možné využít stíněného čtení a grafického zdůraznění hlásek, slabik a slov. (Neubauer, 2005)

5 Výzkumné šetření

5.1 Cíle výzkumu a metodologie

Hlavním cílem výzkumu je zjištění jaký vliv má logopedická reedukace na zlepšení komunikační schopnosti u osob se získanou neurogení poruchou řečové komunikace. Dílčími cíli bylo pak zjistit následující:

- zda sehrává v průběhu terapie role prostředí klienta;
- zda je úspěšnost terapie ovlivněna zdravotním stavem pacienta;
- do jaké míry jsou klienti motivováni k terapii.

K realizaci výzkumného cíle byla vybrána kvalitativní metoda výzkumného šetření. Byly použity následující výzkumné techniky: případová studie, analýza lékařských dokumentů a výsledků činností, pozorování a rozhovor. Anamnestické údaje byly získány z neurologických, psychologických a logopedických vyšetření.

Stěžejní výzkumnou technikou jsou tedy případové studie, které jsou doplněny o další postupy.

Kvalitativní výzkum *„je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému.“* Výzkumník tvoří komplexní holistický obraz, analyzuje různé texty, informuje o názorech osob účastnících se na výzkumu či provádí zkoumání v přirozených podmínkách. (Creswell, 1998, s. 12., in Hendl, 2008, s. 48) Výzkum realizovaný pomocí případové studie se zaměřuje na detailní popis a rozbor jednoho či několika málo případů. Jedná se zde o zachycení složitosti případu a o popis vztahů v jejich celistvosti. Při pečlivém prozkoumání jednoho případu lze lépe porozumět dalším podobným případům.

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku a místo šetření

Do výzkumného vzorku byly zařazeny čtyři osoby mužského pohlaví. Věková hranice se pohybovala v rozmezí 56 - 88 let, jednalo se tedy o jedince vyššího věku. Klienti se liší různým zdravotním stavem a typem diagnóz. Zastoupeny jsou zde diagnózy, které patří do neurogeních poruch komunikace, a to dysartrie a afázie.

Klient A: muž, 74 let, dg. Dysartrie získaná (Dysartrie smíšená), Dysfonie, Dysfagie

Klient B: muž, 86 let, dg. Dysartrie získaná (Dysartrie hypokinetická)

Klient C: muž, 88 let, dg. Afázie (Globální afázie)

Klient D: muž, 60 let, dg. Afázie (Smíšená afázie)

Výzkumné šetření bylo realizováno:

Klient A, v Domově seniorů, přímo u lůžka

Klient B, v domácím prostředí klienta, přímo u lůžka

Klient C, v domácím prostředí, přímo u lůžka

Klient D, v ambulanci klinického logopeda

Všechny případové studie byly zpracovány a publikovány se souhlasem klientů a jejich rodin. Data byla prezentována tak, aby byla zachována anonymita účastníků.

5.3 Vlastní výzkum

Případová studie č. 1

Anamnestické údaje

Muž - akutní ischemická cévní mozková příhoda z hloubi dominantní hemisféry s pravostrannou hemiplegií (lakunárního typu).

Muž A, 74 let, středoškolské vzdělání, pravák, geolog, pracoval jako technik v geologickém průzkumu, ženatý, má dva syny. Mezi jeho zájmy patří modelářství a křížovky.

Zdravotní stav

V dubnu 2013 byl pro náhle vzniklou slabost pravostranných končetin, bez ztráty vědomí a zvracení převezen na Neurologickou kliniku Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Po fibrinolytické terapii se stav přechodně zlepšil. S odstupem několika hodin se stav změnil do prakticky pravostranné hemiplegie. V dalším průběhu se vyskytly potíže s polykáním (pseudobulbární dysfagie). Následně byl přeložen do Městské nemocnice následné péče v Praze, k rehabilitaci a další ošetrovatelské péči. Rehabilitace probíhala dva měsíce, stav se nezměnil, nedošlo k žádnému zlepšení. Poté byl klient převezen do Domova seniorů v Malešicích, kde žije i nadále. V současné době je upoután na lůžko, hybnost je značně omezena, pravá ruka je nehybná.

Vstupní logopedická diagnostika

Vstupní logopedické vyšetření bylo provedeno v květnu 2013. Verbální komunikace je značně nesrozumitelná. Hovoří pouze na výzvu, obsah sdělení je nejasný, odpovídá spíše jednoslovně. Je patrná snaha o spolupráci ale pacient se rychle unaví. Srozumitelnost je výrazně narušena. Porozumění mluvené řeči je v normě. Na pokyny reaguje adekvátně. Objevuje se mírná prodleva v odpovědích. Dle orientačního testu fatických funkcí, pacient rozumí, má narušenou expresi a srozumitelnost řeči. Nemá fatickou poruchu.

Výsledky *Dysartrického profilu Testu 3F*: výsledné skóre 55 ze 180 bodů.

Faciokineze (15/60) – signifikantní orofaciální dysfunkce, kdy dominuje výrazné zpomalení pohybů a dochází k omezení jejich rozsahu. Některé pohyby není schopen provést či dochází pouze k naznačení. Nepřetáhne spodní ret přes horní, zuby cení minimálně, výrazně amimický výraz – celková hypokineze, senzitivita – schopen určit místo doteku bilaterálně, jazyk – nedostatečná síla, apikální část neelevuje v zadní ani přední části dutiny ústní, laterální pohyb je omezen. Dávivý reflex pouze naznačen. Elevace patra pouze naznačena – velofaryngeální insuficience. Pohyb spodní čelisti bez omezení, nicméně nelze zaznamenat stisk, malý čelistní úhel při otevření. Neschopen diadochokineze i bez fonace.

Fonorespirace (20/60) – délka doby expirace je signifikantně zkrácena, díky tomu je délka mluvních frází redukována. Dysfonie – reziduální možnosti modulace hlasové výšky a síly.

Fonetika (20/60) – těžce narušený mechanismus motorické realizace artikulované řeči. Auditivně imponuje jako značně setřelá řeč s výraznými změnami koartikulačních přechodů. Dochází k vytváření nefyziologických pauz (nepřirozená rytmizace, atypická prolongace či zkracování mluvních frází ale i nižších segmentů jako jsou slabiky). Nedostatečný uzávěr je u exploziv, kdy dochází k jejich frikativizaci, redukována diferenciací alveolárních a patrových konsonantů (T, D, N). Zřejmý je těžký deficit suprasegmentální úrovně řečové produkce (monotonie). Tempo se zdá rychlejší, ale spíše stabilní, nedochází k typickým akceleracím (urychlení spíše v důsledku respirační insuficience). Patologické projevy v řečové produkci mají identickou formu ve spontánní řeči, čtení, opakování atd.

Dále byl proveden dysfagický screening, Water swallow test vyšel pozitivní.

Výsledná diagnóza: Dg: R 47.1 Dysartrie smíšená, Dysfonie neurogení, Dysfagie neurogení.

Logopedická terapie

Z důvodu upoutání pána na lůžko byla terapie realizována v Domově seniorů v Praze. S frekvencí jednou týdně po dobu 5 měsíců (červen – září 2016). Sezení trvalo přibližně 45

minut. Klient se na terapii velmi dobře adaptoval. Cílem terapie byl rozvoj komunikačních dovedností.

Cvičení vycházela z této publikace: Terapeutický materiál - Dysartrie (Válová, Košťálová, Lasotová, Roubíčková, Klenková, 2012, [online], dostupné z <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/dysartrie/t4497>). Další uvedené postupy byly konzultovány s klinickou logopedkou.

Před zahájením terapeutického sezení byl vyhrazen prostor na popovídání s klientem v rámci jeho motivace. Pán A mluvil o tom, jaký měl den, jak se mu daří, co za poslední týden zažil, co viděl v televizi atd. Což bylo důležité pro navázání vztahu a uvolnění celkové atmosféry. Jednalo se také o to, aby si pacient vytvořil dobrý vztah nejen k osobě provádějící terapii ale také k terapii celkově. Pro zlepšení komunikace byl nezbytný pozitivní postoj pacienta. Logopedická intervence probíhala dle připraveného edukačního plánu. Autorka práce přiblíží oddíly, podle kterých byla terapie sestavena.

Na začátku každého sezení byla prováděna oromotorická cvičení na zlepšení pohyblivosti rtů, čelisti a jazyka. *Například nafukování tváří, otevírání a zavírání úst, vysunování, zasunování a vyplazování jazyka, špulení rtů, úsměv, zamračení, zamlaskání aj.* Dále *otevírání a zavírání očí, kývání a otáčení hlavou, posunování čelisti doprava a doleva, vysunování čelisti atd.* Poté následovala respirační cvičení. Jednalo se o nácvik správných dechových stereotypů, trénink “syčení jako had” (*syčení na jeden nádech, zeslabování a zesilování sykotu, tiché až hlasité syčení, přerušovaný sykot*). Na to navazovala respirace při fonaci. Například “*mručení*” jako při vyslovení hlásky M, co nejdéle při zavřených ústech. Stejným způsobem prodloužené vyslovování zadané hlásky a poté postupné přidávání dalších hlásek. Čtení vět dle vzoru na jeden nádech aj. Před každým cvičením byl nutný hluboký nádech, pak následovalo několikeré opakování zadaného úkonu. Poté přišla na řadu fonační cvičení. Při hlubokém nádechu prodloužené vyslovování např. *hmm, slabiky PÁ, MÁ* a dalších slabik. Zacpání si nosu a při výdechu zase prodloužené vyslovování samohlásek (A, E, I, O, U). Čtení vět dle vzoru tiše, obvyklou hlasitostí a nakonec hlasitě. Další oblastí byla artikulační cvičení, převážně vyslovování samohlásek, souhlásek, slabik a následně slov. Pak pokračovala cvičení na zdokonalení funkce

měkkého patra (*nadechnutí se nosem a foukání do papírku a peříčka, pití nápoje brčkem*). Mezi další procvičované okruhy patřila stimulace jednotlivých řečových funkcí. Například produkce slov - automatismy (*číselné řady, dny v týdnu, přísloví a rčení, slovní spojení*), dokončování vět, doplnění jednoznačných vět a spojení, antonyma, pojmenování (*osob a věcí na obrázku, co vidím kolem sebe*), spontánní výbavnost slov. Na produkci vět byly vybrány (*dějové obrázky, konverzace*), porozumění (*jednoduché pokyny - výběr ze sady obrázků, ne-pravdivé věty*), čtení (*krátké příběhy, porozumění čtenému textu*).

V neposlední řadě bylo nutné upevňování dalších oblastí. Jednalo se o posilování krátkodobé paměti a pozornosti, pravo-levé orientace, grafomotoriky či o aktivizaci a psychickou podporu pacienta.

Shrnutí terapie případové studie č. 1

Cílem terapie byl rozvoj komunikačních dovedností. Z toho důvodu byla celá terapie pojata komplexně. Mezi stěžejní oblasti patřila cvičení na: oromotoriku, respiraci, fonaci, artikulaci a dalších řečových oblastí (produkce slov, porozumění). Nechyběl trénink kognitivních funkcí či psychická podpora jedince.

Klient neměl problémy s cvičením orofaciální oblasti, vyslovováním, porozuměním, opakováním či pojmenováním. Obtíže byly však patrné při respiračních a fonačních cvičeních. Kalkulie – zvládal velmi dobře, postupně zahrnuta i cvičení na doplňování logických řad. Lexie – přečetl i delší texty, při čtení byly zjevné obtíže s dechem, kdy se musel při čtení věty několikrát nadechnout. Grafie – dobrá, písmo bylo lehce roztřesené.

Celková atmosféra byla velmi uvolněná a přátelská. Také bylo vidno, že se klient na terapii těšil a velmi dobře spolupracoval. Hodnotím celkovou terapii velmi pozitivně. Největším přínosem pro samotného klienta bylo nejen zlepšení komunikačních dovedností ale především překonání strachu ze samotné řeči a zapojování se do komunikačních situací.

Prognóza

Řečové schopnosti klienta jsou na velmi dobré úrovni, nemá strach někoho oslovit a sám navazuje konverzaci. Do budoucna je ale nutné zlepšit práci s dechem. Od února 2017 se dostal do péče klinické logopedky.

Případová studie č. 2

Anamnestické údaje

Muž – Parkinsonova choroba.

Muž B, 86 let, vysokoškolské, pravák, pracoval jako stavební inženýr, vdovec, má jednoho syna. Mezi jeho zájmy patřil hlavně sport.

Zdravotní stav

Několik let se léčí pro Parkinsonovu chorobu. Zpočátku dobře komponovaný, chodící na terapii. Od května 2014 došlo k akutnímu zhoršení stavu, prakticky k imobilitě. Příčina zhoršení stavu není známá. Stav se přechodně zlepšil po rehabilitačních pobytech či lázeňské péči, kdy se zlepšila rigidita a hybnost. Dále se podařilo vertikalizovat pacienta do chodítka s doprovodem.

Vstupní logopedická diagnostika

Vstupní logopedické vyšetření bylo provedeno v červenci 2015. Artikulace je zcela setřelá, často jen naznačená, s palialiemi, po počáteční ztuhlosti následuje akcelerovaná nediferencovaná promluva. Fonace je tlumená ale je možné ji vědomě zesílit. Rozsah hybnosti mluvidel je omezený pro rigiditu svalstva, mimika je nulová. Dýchání mělké. Spontánní mluva je minimální. O trochu lepší je opakování krátkých slov, mechanické řady zvládá dobře. Grafomotorické výkony jsou nedostupné, stejně jako prakticky jakákoli manipulace. Je patrná deteriorace kognitivních funkcí, orientačně na stupni těžké demence.

Výsledná diagnóza: Dg: R 47.1 Dysartrie hypokinetická, prakticky anartrie.

Logopedická terapie

Terapie probíhala v domácí péči a to přímo u lůžka klienta. S frekvencí jednou týdně, po dobu 4 měsíců (leden – duben 2016). Poté musela být terapie přerušena z důvodu zhoršení stavu pacienta. Sezení bylo realizováno zhruba 30 - 40 minut. Cílem terapie bylo zlepšení hybnosti v orofaciální oblasti.

Při terapii byly použity tyto materiály: Obrázkový slovník pro afatiky (TRUHLÁŘOVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky*. 3. vyd., nově il. Praha: Avicenum, 1984) a Terapeutický materiál – dysartrie (Válová, Košťálová, Lasotová, Roubíčková, Klenková, 2012, [online], dostupné z <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/dysartrie/t4497>). Další uvedené postupy byly konzultovány s klinickou logopedkou.

Před terapií probíhaly ze strany autorky snahy o přátelskou a uvolněnou atmosféru. Jednalo se především o to, aby se klient při celé práci cítil komfortně a příjemně. Poté následoval nácvik jednotlivých oblastí. Logopedická intervence, probíhala dle připraveného edukačního plánu. Autorka přiblíží oblasti, podle kterých byla terapie sestavena.

Terapie byla zaměřena především na správnou hybnost rtů, jazyka a svalů v orofaciální oblasti. Například *cvičení rtů špulení rtů, přetáhnutí horního rtu přes spodní, stisknutí a povolení rtů*. Cvičení jazyka – *vypláznutí, vysunout jazyk k nosu a bradě, umístění jazyka do levého a pravého koutku, olíznutí rtů, kmitání jazykem, tlačení jazykem do levé a pravé tváře atd.* Dále *nafukování obou tváří, střídavé nafukování jedné a následně druhé tváře, otevírání, zavírání úst, zamračení, úsměv, otevření a zavření očí, rychlé zamrkání, zatnutí všech svalů v obličeji, skousnutí a povolení čelisti, vycenění zubů atd.* Následovala cvičení zřetelné a výrazné artikulace, především samohlásek méně pak už souhlásek. Všechny hlásky byly klientovi prezentovány na kartičkách. A to z toho důvodu, aby byla artikulace podpořena zrakovým vnímáním. Na to navazovala respirační a fonační cvičení. Jednalo o hluboký nádech a dlouhý výdech, vyslovování vybrané hlásky na jeden nádech, prodloužené vyslovování hlásky aj. Mezi další patřil rozvoj slovní zásoby - pojmenování obrázků – „*Kdo je to? Co dělá?*“ Obrázky byly předkládány z Afatického slovníku, jednalo se většinou o tematické okruhy (zvířata, zelenina, povolání atd.). Pracovalo se i s reálnými předměty, kdy se měl klient na výzvu podívat, kde je *např. okno (vlevo), dveře (vpravo), strop (nahoru) atp.* Hodně byly využívány karty na ano/ne, *např. „Je tu stůl, televize, jmenujete se pan B, je venku tma, prší, svítí slunce...?“*. Dále cvičení na zrakové a sluchové vnímání, orientace v prostoru, kognitivní funkce, výbavnost situací a vzpomínek

pomocí fotografií či psychická podpora. Na konci sezení většinou probíhaly oddechové aktivity. Zejména předčítání klientovy oblíbené knihy či poslech relaxační hudby.

Shrnutí terapie případové studie č. 2

Cílem terapie bylo zlepšení hybnosti v orofaciální oblasti. Stejně jako u prvního případu, byla celá terapie zaměřena komplexním způsobem. Techniky, které byly použity: stimulace orofaciální oblasti, artikulační, respirační a fonační cvičení, obrázky na rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby, rozvoj zrakového a sluchového vnímání, kognitivních funkcí, orientace v prostoru a relaxační aktivity.

U klienta byly zřejmé obtíže ve všech procvičovaných oblastech. Většinou bylo nutné klientovi zadání několikrát zopakovat. Chvilí mu trvalo, než se zorientoval a poté měl potíže s vyjádřením zadaného. Občas byla terapie přerušována hrdelními výkřiky a pláčem pacienta, v přítomnosti jeho partnerky došlo k uklidnění. Výkon klienta se odvíjel nejen od zdravotního stavu a únavy ale také od aktuálního psychického rozpoložení. V celé terapii byly patrné proměnlivé výkony, a proto hodnotím celkovou reedukaci jako nezdařilou.

Prognóza

Vzhledem k zhoršujícímu se zdravotnímu stavu a vlivu Parkinsonovy choroby se budou komunikační schopnosti spíše horšit. V současné době není klientovi poskytována žádná logopedická péče.

Případová studie č. 3

Anamnestické údaje

Muž - cévní mozková příhoda, neurčená jako krvácení nebo infarkt.

Muž C, 88 let, středoškolské vzdělání, levák, pracoval jako řidič tramvaje, ženatý, má jednu dceru. Mezi jeho zájmy patří knihy.

Zdravotní stav

V roce 2012 prodělal subdurální hematom, který se obešel bez následků. V roce 2014 ho postihla cévní mozková příhoda. S následnou těžkou pravostrannou hemiparézou, imobilitou a fatickou poruchou. Úrazy nejsou známe. Léčí se s chronickou arteriální hypertenzí. Pan C byl po CMP hospitalizován v iktovém centru neurologie Fakultní nemocnice Hradec Králové. Odtud byl přeložen do Nemocnice na Bulovce, kde proběhla další vyšetření. Následně byl převezen do Nemocnice následné péče v Měšicích, kde pokračoval v doporučené terapii a rehabilitaci. Odtud byl na žádost rodiny převezen do domácí péče. Nyní žije se svou manželkou, která se o něj spolu s dcerou stará. Je upoután na lůžko, hybnost je omezena.

Vstupní logopedická diagnostika

Byla diagnostikována globální afázie, bohužel více informací nebylo poskytnuto.

Výsledná diagnóza: Dg: R 47.0 Globální afázie.

Logopedická terapie

Terapie probíhala v domácí péči a to přímo u lůžka klienta. S frekvencí jednou týdně, po dobu 5 měsíců (únor – červen 2016). Sezení trvalo přibližně 30 - 40 minut. Cílem bylo zlepšení porozumění řeči.

Před terapií si autorka povídala s rodinou klienta, zjišťovala, co je nového a jak se mu daří. Poté se doptávala samotného pána na otázky, na které se dalo odpovědět ano/ne. Většinou na ano – přitakal, ne – zavrtěl hlavou.

Terapeutická sezení probíhala dle stanovené struktury, s menšími obměnami s přihlédnutím na potřeby jedince. Terapeutický plán se sestával z oblastí uvedených níže.

Všechny uvedené postupy byly konzultovány s klinickou logopedkou. Při terapii byly použity tyto materiály: *Obrázkový slovník pro afatiky* (TRUHLÁŘOVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky*. 3. vyd., nově il. Praha: Avicenum, 1984).

Nejširším okruhem byla cvičení zaměřena na porozumění. Jednalo se o porozumění slovům – výběr obrázku podle *názvu* (*noviny, hodinky, mapa, holení, hůl, brýle,...*), výběr obrázku podle pokynu (*kde jsou brýle či noviny, co si čteme, co ukazuje čas atd.*). Obrázky byly předkládány podle okruhů (*náradí, potraviny, oblečení,...*). Návčik probíhal i s reálnými předměty. Poté přišlo na řadu přiřazování slov či celých vět k obrázku. Na to navazovalo cvičení výbavnosti slov (*dnešní..., náramkové..., turistická..., dioptrické...*). Dále byly aplikovány pokyny, jako například *zavřete, otevřete oči, vyplázněte jazyk, zamlaskejte, otočte hlavou, dotkněte se polštáře, ukažte okno, postel atd.* Druhou oblastí byla sémantická cvičení. Třídění 4 (6) obrázků dle různých kategorií (*zvířata, oblečení, jídlo, náradí*). Vybírání z řady obrázků, co tam nepatří. Dále pokračovaly automatické slovní řady - *číselné řady (1-20), počítání (1-20), dny v týdnu a měsíce*. Automatické slovní řady byly instruovány vzestupně a sestupně. Po zařazení do číselné řady, následovalo ukazování dle pokynů (*ukážte číslo 10, 15, 18, dále pondělí, středu, pátek či červen, září atd.*). Na to navazoval trénink krátkodobé paměti (*pexeso*). Doplňkovým cvikem bylo vyrážecí cvičení – *h, hm*, hlasitý vzdech či odkašlání. Posledním okruhem byla grafomotorická cvičení (*napsání jména a příjmení, podpis, další slova či věty podle zadání*) a psychická aktivizace jedince.

Shrnutí terapie případové studie č. 3

Cílem terapie bylo zlepšení porozumění řeči. Převážná část edukačního plánu tedy tvořila cvičení na zdokonalení porozumění (vybírání obrázku podle pokynů), výbavnost pojmů, sémantická cvičení, podpora kognitivních funkcí, grafomotoriky a psychické aktivizace jedince.

Nelze přesně říci, v jakých oblastech došlo ke zlepšení či zhoršení. Výkon vždy velmi závisel na únavě a psychickém rozpoložení jedince. Podle toho také pan C spolupracoval.

Velkou oporou pro něj byla manželka s dcerou, které ho velmi povzbuzovaly. Většinou byly u terapie přítomny a někdy do ní i zasahovaly. Při zapojení dcery do procesu klient lépe spolupracoval, pomoc manželky však negoval. Občas jsem měla dojem, že pan C o terapii nejeví vůbec žádný zájem, dokonce ji někdy i odmítal. Bohužel musím reedukaci zhodnotit jako nezdařilou.

Prognóza

Nepředpokládám do budoucna velké zlepšení. Další terapeutická cvičení s panem C realizuje nejbližší rodina.

Případová studie č. 4

Anamnestické údaje

Muž – ischemická CMP, intracerebrální krvácení. Těžká plegie pravé horní končetiny a paréza pravé dolní končetiny.

Muž - D, 60 let, je vyučený elektrotechnik, pravák, pracoval jako dispečer kamionové dopravy, ženatý, má dvě dcery, mezi jeho zájmy patří příroda a kultura.

Zdravotní stav

V roce 2002 po pádu z kola utrpěl ischemickou cévní mozkovou příhodu, následkem toho se objevila těžká plegie pravé horní končetiny a paréza pravé dolní končetiny. Hospitalizace s následnou rehabilitací probíhala v Praze. Poté následoval lázeňský pobyt ve Františkových Lázních. Více informací nebylo poskytnuto.

Vstupní logopedická diagnostika:

Po nehodě v roce 2002 navštěvoval Foniatickou kliniku v Praze. V květnu 2003 absolvoval logopedické vyšetření v ambulanci klinické logopedky v Praze, kdy byla diagnostikována globální afázie. Na začátku byl patrný klientův strach ze samotné řeči, neporozumění okolí a z toho plynoucí komunikační neúspěch. Narušení bylo v těchto oblastech: porozumění řeči, opakování, pojmenování, výbavnost slov, v automatických slovních řadách a grafomotorice. Problém byl také se zrakovou a sluchovou percepcí. Klient měl potíže s navázáním důvěry a celkovou adaptací na terapii. Realizován Token test – květen 2003 (3 body), září 2012 (21 bodů). Po nějaké době byla u pacienta změněna diagnóza z afázie globální na afázii smíšenou.

Logopedická terapie

Terapie probíhala v ambulanci klinického logopeda. S frekvencí jednou týdně, po dobu 5 měsíců (leden - květen 2016). Na začátku autorka pouze terapii sledovala, poté měla možnost i práce s klientem. Sezení trvalo přibližně 40 min. Cílem terapie bylo zlepšení porozumění řeči a výbavnosti slov.

Logopedická sezení probíhala dle edukačního plánu logopedky, který byl obměňován dle potřeb zúčastněných. Pro představu jsou níže rozepsány stěžejní oblasti terapie spolu s příklady.

Před začátkem sezení se logopedka ptala klienta, jak se mu daří či na nějaké zrovna aktuální téma (Velikonoce, jarní prázdniny,...). Pak přišla na řadu kontrola domácích logopedických cvičení, které s klientem povětšinou procházela autorka práce.

První oblastí byl nácvik čtení, kdy se jednalo o čtení textu doplněného obrázkem. Poté byly pokládány kontrolní otázky vztahující se k přečtenému. Na to navazovalo čtení delších vět, bajek, básniček a příběhů. Následovaly automatické slovní řady. Jednalo se o *vyjmenování dnů v týdnu, měsíců, násobky (2,3,4,...)*. *Pokládání otázek typu: Kolikátého je dnes? Jaký je den, měsíc, rok? Který měsíc jsou Velikonoce, Vánoce...? Co bylo včera za den? Který den následuje po pátku...?* Další aktivitou byl popis dějových obrázků. Pro ztížení obtížnosti - popis v minulém a budoucím čase. Dále pojmenování konkrétních obrázků (*kdo to je, co tam dělá...*), vymyšlení vět či krátkého příběhu vztahující se k obrázkům. Mezi další patřila antonyma, předložky – čtení podle obrázku (*tužka je pod papírem, talíř leží na stole, před domem leží pes...*). Cvičení výbavnosti slov - spojení jména se známou osobností (*Kdo to byl Jan Hus, Karel Hynek Mácha, Vlasta Burian...?*) přísloví, rčení, vyjmenování 5 oblíbených knih, filmů, jídel atp. Poslední oblastí byla podpora grafomotoriky a kognitivních funkcí.

Shrnutí terapie případové studie č. 4

Cílem terapie bylo zlepšení porozumění řeči a výbavnosti slov. Mezi hlavní okruhy nácviku patřilo následující – čtení, automatické slovní řady, popis dějových obrázků, pojmenování, výbavnost slov a podpora kognitivních funkcí.

Ze začátku byl klient nedůvěřivý. Nechtěl pracovat s nikým jiným než se svou logopedkou. Proto navázání kontaktu trvalo velmi dlouho. Klient byl ostýchavý a někdy se styděl i mluvit. Když si nemohl na něco vzpomenout, tak řekl, že neví. U pana D ale byla patrná velká snaha. Každý den svědomitě pracoval na zadaných logopedických úkolech.

Klient neměl problémy se čtením, automaticky, popisem obrázků či pojmenováním. Rozuměl jednoduchým pokynům a dokázal na ně i reagovat. Nerozuměl ale složitějším

gramatickým strukturám, jeho řeč byla agramatická, s holými větami. Při výbavnosti slov byla zřejmá mírná latence. Pán D měl natrénované odpovědi na otázky (*jaký je den, měsíc, rok, roční období...*). Kalkulie – zvládal násobilku (s rozepsáním), počítání do 100. Lexie - bez velkých problémů. Grafie – kreslení bez potíží, samotné psaní je na horší úrovni.

Celková atmosféra byla ze začátku trochu rozpačitá, poté už byla uvolněnější. Klient velmi dobře spolupracoval. Logopedka zhodnotila tuto terapii jako udržovací se snahou o zdokonalení porozumění a výbavnosti slov. Lze tedy předpokládat, že komunikační schopnosti jsou konstantní a velké zlepšení už nelze očekávat. I přesto hodnotím celý terapeutický proces kladně.

Prognóza

U pána D jsou komunikační schopnosti již stabilní, nelze tedy předpokládat výrazný posun či zvrát v komunikačních dovednostech. Klient je dále v péči klinické logopedky.

5.4 Závěry výzkumu

V praktické části jsou rozepsány čtyři případové studie. Sledovaným vzorkem byli muži, různého věku, zdravotního stavu a s odlišnými diagnózami. Jednalo se o dva muže s dysartrií a dva s afázií. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký vliv má logopedická reedukace na zlepšení komunikační schopnosti u osob se získanou neurogenní poruchou řečové komunikace. Dílčí cíle zjišťovaly: zda sehrává v průběhu terapie role prostředí klienta; zda je úspěšnost terapie ovlivněna zdravotním stavem pacienta a do jaké míry jsou klienti motivováni k terapii. Zda se podařilo dosáhnout jednotlivých cílů, a jaké jsou výsledky, je rozebráno u jednotlivých případů viz níže.

V první případové studii se jednalo o muže ve věku 74 let, trpící smíšenou dysartrií, který žije v domově seniorů. Cílem této terapie byl rozvoj komunikačních dovedností. Zde bylo zjištěno, že logopedická reedukace má pozitivní vliv na zlepšení komunikační schopnosti. Dále nelze říci, že by prostředí domova mělo na klienta negativní dopad, spíše naopak. Pán A tu má přátele a dle jeho slov: „*Nemám si na co stěžovat. Jsem tu spokojený, nic mi nechybí.*“ Z toho je možné usuzovat, že v tomto případě prostředí klienta má spíše pozitivní charakter. Zdravotní stav jedince byl konstantní, proto neměl na terapii vliv. Jak vyplynulo z rozhovoru, klient byl vděčný za to, že za ním někdo dochází a také byl „vytržen“ ze stereotypu všedních dnů. Což pro něj bylo jednou z motivací, dále chtěl, aby mohl navazovat konverzaci s ostatními osobami v domově.

Do druhé případové studie byl vybrán muž ve věku 86 let, postižen hypokinetickou dysartrií, který žije se svou partnerkou. Cílem bylo zlepšení hybnosti v orofaciální oblasti jedince. V tomto případě bylo shledáno, že logopedická reedukace neměla pozitivní vliv na komunikační schopnosti klienta. Klíčovou roli hrál zhoršující se zdravotní stav, častá únavnost a psychické rozpoložení jedince. Dále nelze říci, že by zde prostředí pána B sehrávalo nějakou roli při terapeutických sezeních. Klientova partnerka v rozhovoru uvedla „*byla bych moc ráda, kdyby se to trochu zlepšilo a mohl mi aspoň říct, co chce.*“ Celá rodina ho velmi podporovala. Samotná motivace pána B se nepodařila zjistit.

Třetí případová studie se věnuje muži ve věku 88 let s globální afázií, který žije se svou rodinou. Cílem terapie bylo zlepšení porozumění řeči. Bohužel nelze s určitostí říci, zda došlo ke zlepšení porozumění řeči, logopedickou reedukaci hodnotím spíše negativně. Výkon se velmi odvíjel od únavy a psychického rozpoložení jedince, kdy i terapii odmítal. Mezi další faktory, které je nutné vzít v potaz, patří proměnlivý zdravotní stav a vysoký věk klienta. Dále nelze říci, že by prostředí pána C sehrávalo nějakou roli při terapeutických sezeních. Při zásahu dcery do terapie, byla u klienta patrná snaha, z čehož lze vyvodit, že právě dcera byla jeho motivací při terapeutickém procesu. Z rozhovoru s dcerou také vyplynulo, že při samotné práci s ní klient mnohem lépe spolupracuje než při sezeních s „cizí osobou“.

Poslední případová studie popisuje muže ve věku 60 let, se smíšenou afázií, který docházel na logopedická sezení do ambulance klinické logopedky. Cílem bylo zlepšení porozumění řeči a výbavnosti slov. V tomto případě měla logopedická reedukace spíše udržovací charakter. Lze tedy předpokládat, že komunikační schopnosti jsou konstantní a velké zlepšení už nelze očekávat. I přesto hodnotím celý terapeutický proces kladně. Zdravotní stav byl stabilní, tudíž neměl na terapeutický proces vliv. Ze začátku ovlivňovala jedince má přítomnost, což se i trochu projevilo při terapii. Poté už se dobře adaptoval, a tak na něj prostředí nemělo žádný vliv. Velkou motivací byla podle slov pána D jeho manželka a vnučka.

5.5 Doporučení pro logopedickou praxi

Tím jak přibývá osob s traumatickým poraněním mozku, po cévních mozkových příhodách či degenerativních onemocněních, roste i počet osob stížených dysartrií či afázií. Ne vždy se tyto jedinci dostanou do péče logopeda a není jim tak poskytována logopedická péče, kterou by potřebovali. Z toho důvodu bych zavedla domácí logopedická sezení, která by probíhala přímo u klienta doma. Bylo by to pro všechny jedince, kterým jejich zdravotní stav nedovoluje fyzickou návštěvu logopeda.

Vzniká tak otázka, co udělat pro to, aby to bylo možné zrealizovat. Jako jedno z řešení je možné doporučit:

- oslovit studenty/ky (logopedie, zdravotních škol,...);

- seznámit je s problematikou a následným terapeutickým procesem;
- pravidelně docházet za klienty, terapie by byly samozřejmě realizovány pod dohledem klinického logopeda;
- založit organizaci, která by zajišťovala studenty pro domácí logopedická sezení. A to nejen pro klienty s dysartrií či afázií, ale i pro osoby s jiným narušením komunikační schopnosti.

Tímto způsobem by mohla být logopedická péče více rozptýlena. Studenti by jistě také ocenili „praxi v terénu“.

6 Závěr

V teoretické části jsem se věnovala problematice neurogeních poruch komunikace. Seznamuji zde čtenáře s neurogenními poruchami řeči, s afázií a dysartrií. Každá kapitola se zabývá terminologickým vymezením a definicí, etiologií, symptomatologií (u afázie), klasifikací, diagnostikou a terapií.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má logopedická reedukace na zlepšení komunikační schopnosti u osob se získanou neurogení poruchou řečové komunikace. Dílčími cíli bylo pak zjistit následující: zda sehrává v průběhu terapie role prostředí klienta; zda je úspěšnost terapie ovlivněna zdravotním stavem pacienta a do jaké míry jsou klienti motivováni k terapii.

Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že logopedická reedukace nemá vždy pozitivní vliv na zlepšení komunikační schopnosti. Mezi další faktory, které ovlivňují jedince při terapeutickém procesu patří - zdravotní stav, psychické rozpoložení, únava, vyšší věk, motivace či prostředí. Uvedené faktory působí na každého jedince v různé míře. Všechny popsané případové studie, byly do jisté míry rozličné a proto je mezi sebou nelze porovnávat. Práce s klienty byla individuální, ale přesto lze nalézt postupy, které byly aplikovány u všech účastníků. Závěr šetření však nelze zobecnit, protože nebyl proveden rozsáhlý průzkum, kde by bylo více výzkumných vzorků. Lze konstatovat, že cíle práce byly splněny.

7 Seznam použitých informačních zdrojů

CSÉFALVAY, Z. 2003. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 237-250. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

ČECHÁČKOVÁ, Marie. 2003. *Dysartrie*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. 2003. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8546-6.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. *Logopaedia clinica*.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

JEDLIČKA, Pavel a Jaroslava NEBUDOVÁ. *Neurologie*. Praha: Avicenum, 1989. *Knižnice praktického lékaře*.

KIML, Josef. *Afasie a reedukace řeči: foniatriká studie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969.

KIML, Josef. *Základy foniatrie*. Praha: Avicenum, 1978.

KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Praha: Grada, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

KOUKOLÍK, František. Lidský mozek: funkční systémy, normy a poruchy. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379-X.

KOUKOLÍK, František. Mozek a jeho duše. Čtvrté, rozšířené a přepracované vydání. Praha: Galén, 2014. Makropulos. ISBN 978-80-7492-069-1.

LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

NEUBAUER, K. 2003. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. 2003. Klinická logopedie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8546-6.

NEUBAUER, Karel. Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.

NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.

NEUBAUER, Karel. Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ. Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-640-7.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. Člověk, jeho mozek a svět. Praha: Grada Publishing, 2009. Psyché. ISBN 978-80-247-2617-5.

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava. Test 3F: dysartrický profil. 3., dopl. a přeprac. vyd., (v nakl. Galén 1.). Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-714-1.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠLAPAL, Radomír. Vývojová neurologie pro speciální pedagogy. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-160-7.

ŠMARDA, Jan, Radvan BAHBOUH, Miroslav OREL, Mojmír SVOBODA a Zbyněk ŠMAHEL. Biologie pro psychology a pedagogy. Vydání druhé. Praha: Portál, 2007.

TEDLA, Miroslav a Viktor CHROBOK. Poruchy polykání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-105-2.

TRUHLÁŘOVÁ, Marie. Obrázkový slovník pro afatiky. 3. vyd., nově il. Praha: Avicenum, 1984.

VÁLOVÁ, Kateřina, KOŠŤÁLOVÁ Milena, LASOTOVÁ Nad'a, ROUBÍČKOVÁ Jaroslava, KLENKOVÁ Jiřina. 2012. Terapeutický materiál – dysartrie [on-line]. Dostupné z <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/dysartrie/t4497>.