



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra slovanských jazyků a literatur

Oddělení českého jazyka a literatury

## Bakalářská práce

# K obecným otázkám poruch řeči se zaměřením na afázie

Autor práce: Lenka Coufalová

Vedoucí práce: PhDr. Milena Nosková, Ph.D.

České Budějovice 2016

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, paní PhDr. Mileně Noskové Ph.D., za odborný dohled, užitečné rady a za projevenou vstřícnost. Dále bych ráda poděkovala nejmenované klinické logopedce, která mi umožnila zpracování praktické části.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47/b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 23. 4. 2017

.....  
Lenka Coufalová

## **Anotace**

Tématem bakalářské práce jsou obecné otázky vad řeči se zaměřením na afázie. Práce je rozdělena na dvě části teoretickou a praktickou. Teoretická část přináší obecné pojednání o logopedii, neurolingvistice a dále charakterizuje jednotlivá narušení komunikační schopnosti. Dále se zabývá vymezením pojmu afázie, její klasifikací, diagnostikou a terapií.

Praktická část obsahuje dvě kazuistiky afatických pacientů a jejich rozbor.

**Klíčová slova:** logopedie, vady řeči, afázie, klasifikace afázie, diagnostika afázie, terapie afázie

## **Annotation**

The theme of the Bachelor's thesis are general questions about a speech defect focused on aphasia. The work is divided in two, theoretical and practical part. The theoretical part explains some general information about a speech therapy and neurolingvistics. It characterises all the disruptions in communication skills. Then it also deals with the definiton of concept called the aphasia. Concerning its classification, diagnostics and therapy. The practical part contains two casuistrys of aphasic patients and their analysis.

**Key words:** speech therapy, speech defect, aphasia, classifications of aphasia, diagnostics of aphasia, therapy of aphasia

## Obsah

Úvod .....	8
I. Teoretická část .....	9
1. Logopedie .....	9
2. Neurolingvistika .....	11
3. Narušená komunikační schopnost .....	12
3.1. Diagnostiky narušení komunikační schopnosti .....	12
3.2. Pomůcky a přístroje v logopedické diagnostice.....	14
3.3. Příčiny vzniku .....	14
3.4. Charakteristika jednotlivých kategorií narušené komunikační schopnosti.....	15
3.4.1. Vývojová dysfázie .....	15
3.4.2. Afázie.....	16
3.4.3. Mutismus .....	17
3.4.4. Narušení zvuku řeči- rinolalie, palatolalie.....	18
3.4.4.1. Rinolalie .....	18
3.4.4.2. Palatolalie .....	19
3.4.5. Kóktavost (balbuties).....	19
3.4.6. Dyslalie (patlavost).....	20
3.4.7. Dysartrie .....	21
4. Afázie.....	22
4.1. Vymezení pojmu.....	22
4.2. Etiologie afázie .....	23
4.3. Symptomy afázie .....	23
4.4. Klasifikace afázie.....	24
4.4.1. Bostonská klasifikace .....	25
4.4.1.1. Brocova afázie.....	25
4.4.1.2. Wernickeho afázie.....	26

4.4.1.3.	Globální afázie .....	27
4.4.1.4.	Transkortikální afázie.....	27
4.4.1.5.	Konduktivní afázie .....	28
4.4.1.6.	Anomická afázie.....	28
4.4.2.	Lurijova klasifikace .....	29
4.4.2.1.	Precentrální lokality .....	29
4.4.2.2.	Postcentrální lokality.....	29
4.4.3.	Kimlova klasifikace .....	30
4.4.3.1.	Aphasia totalis (totální afázie).....	30
4.4.3.2.	Aphasia motorica (motorická afázie) .....	31
4.4.3.3.	Aphasia sensorica (senzorická afázie).....	31
4.4.4.	Hrbkova klasifikace .....	32
4.5.	Diagnostika afázie.....	33
4.5.1.	Diagnostika v počátečním stadiu onemocnění .....	34
4.5.2.	Diagnostika v dalších stádiích onemocnění.....	35
4.5.3.	Diagnostické testy .....	36
4.6.	Terapie afázie.....	38
4.6.1.	Terapeutické směry terapie afázie .....	40
4.6.1.1.	Kognitivně-neuropsychologický přístup .....	41
4.6.1.2.	Pragmaticky orientovaný přístup .....	41
4.6.2.	Metody a techniky terapie afázie.....	42
4.7.	Prognóza .....	44
4.8.	Dětská afázie.....	44
II.	Praktická část.....	46
5.	Kazuistiky.....	47
5.1.	Kazuistika.....	47
5.2.	Kazuistika.....	48

Závěr.....	49
Seznam použité literatury .....	50
Internetové zdroje .....	51

## Úvod

Pro bakalářskou práci bylo vybráno téma K obecným otázkám poruch řeči se zaměřením na afázie. Problematika poruch řeči je velmi aktuální téma současné společnosti. Většina z nás se ve svém životě již setkala s někým, kdo trpí určitou vadou řeči. V současné době neustále dochází k nárůstu počtu lidí zasažených některou z poruch řeči.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část nejprve stručně objasní pojmy logopedie a neurolingvistika. Oba dva tyto vědní obory se snaží minimalizovat následky vad a obnovit u postižených osob řečové schopnosti. Další část práce již detailně přiblíží samotný problém vad řeči, neboli narušení komunikačních schopností. Pozornost bude věnována především charakteristice obsahující samotnou diagnostiku a terapii jednotlivých druhů narušení.

Druhá polovina teoretické části bude věnována samotné afázii, která bude podrobně popisovat příčiny vzniku afázie, jednotlivé klasifikace afázie, diagnostiku a následnou terapii. Jedná se o velmi komplikované postižení projevující se jako porucha nebo ztráta řeči a porozumění. Tato porucha je způsobena porušením řečových oblastí mozku, ke kterým dochází např. při cévní mozkové příhodě, po úrazech hlavy nebo při zánětlivém onemocnění mozku. Samostatná kapitola bude věnována dětské afázii lišící se od afázie dospělých pacientů tím, že se jedná o postižení ještě nehotové řeči, kdy nebyl ukončen vývoj řeči.

Praktická část bude věnována dvěma kazuistikám získaných na základě rozhovoru s klinickou logopedkou. Kazuistiky budou obsahovat informace o dvou pacientech zasažených afázií. V rámci jednotlivých kazuistik dojde ke stručnému popisu příznaků onemocnění. Dále se budeme věnovat diagnózám, které byly stanoveny těmto pacientům. Neoddílnou součástí bude i následná terapie a případný současný stav pacientů.

Cílem bakalářské práce je seznámení s problematikou logopedie, neurolingvistiky a především poruch řeči. Dále také podat podrobný přehled jednotlivých vad, jejich diagnostiku a terapii.



# I. Teoretická část

## 1. Logopedie

Název logopedie je utvořen z řeckého slova *logos*- slovo a *paidea*- výchova. Logopedie je vědní obor, který se formoval až v první polovině 20. století, proto se neustále mění a rozvíjí.<sup>1</sup>

Zabývá se výchovou osob s narušenou komunikační schopností a prevencí tohoto narušení. Logopedie zkoumá narušení komunikační schopnosti z aspektu příčin, průběhu, frekvence výskytu, následků, možností diagnostikování, odstraňování, prevence, určování prognózy. Zkoumá i možnosti rozvíjení komunikační schopnosti jako takové.<sup>2</sup>

Logopedie je u nás tradičně součástí speciální pedagogiky a má těsný vztah k obecné pedagogice i k ostatním oborům speciální pedagogiky.<sup>3</sup> Speciální pedagogika (defektologie) je nauka o výchově a vzdělávání jedinců stížených takovými vadami, které jsou na závalu rozvoji sociálních vztahů a mezilidské komunikace. Jde o jedince s vadami rozumovými (disciplína psychopedii), s vadami chování (etopedie), s vadami sdělování (logopedie), s vadami vidění (optopedie) a s vadami tělesnými, tj. vadami hybnosti (somatopedie). Pro všechny speciálně pedagogické disciplíny jsou jednotícím úsekem vady a poruchy mezilidské komunikace. Proto se logopedická péče uplatňuje i ve všech ostatních disciplínách speciální pedagogiky.<sup>4</sup> Logopedie se zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu, což určuje její vztah k ostatním oborům. Z oborů medicíny jsou to např. pediatrie, foniatrie, otorinolaryngologie, stomatologie, z oborů psychologie- vývojová psychologie, patopsychologie, dále jazykovědní obory- fonetika, fonologie.

Stále důležitějšími se stávají poznatky z neurolingvistiky, psycholingvistiky, genetiky, informatiky, kybernetiky, právních věd apod. Zakladatel naší logopedie Miloš Sovák

---

<sup>1</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 11.

<sup>2</sup> LECHTA, Viktor. a kol. *Logopedické repetitorium*, s. 15.

<sup>3</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 13.

<sup>4</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 16.

společně s německým Klausem Beckerem považují logopedii za průřezovou disciplínu a kladou ji na průsečík mezi medicínou a pedagogikou.<sup>5</sup>

V moderní logopedii se čím dál více dostává do popředí snaha předcházet poruchám komunikačních schopností. Logopedickou prevenci můžeme rozdělit na primární a sekundární. Primární logopedická prevence se týká zdravých dětí, které se musí naučit správně mluvit a musí si osvojit správné komunikační návyky. Naopak sekundární logopedická prevence věnuje speciální péči dětem, které mají nějakým způsobem narušenou komunikační schopnost. Jejím cílem je naučit děti překonávat své nedostatky, aby nedocházelo k deformaci osobnosti.<sup>6</sup> Různorodost symptomatických poruch řeči vyžaduje i nestejnorodou a komplexní péči o děti s tímto druhem narušené komunikační schopnosti. V České republice je v raném věku zabezpečována nejprve:

- a) Resortem zdravotnictví- Logopedická péče ve zdravotnictví je zaměřena na všechny věkové kategorie, tj. i na dospělé (až do vysokého věku). Je zabezpečována klinickými logopedy.
- b) Resortem školství- Pedagogicko-psychologické poradny, spadající do tohoto resortu, zajišťují psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku. Poradenští psychologové by měli spolupracovat se specialisty lékařských i nelékařských oborů.
- c) Resortem práce a sociálních věcí- Zabezpečuje péči o lidi s těžkým mentálním, duševním, tělesným nebo smyslovým postižením, kteří vzhledem ke svému postižení a sociální situaci nemohou být v domácí péči.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 13.

<sup>6</sup> Tamtéž, s. 41.

<sup>7</sup> LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*, s. 56-60.

## 2. Neurolingvistika

Mezi nové obory s výrazně interdisciplinárním charakterem patří také neurolingvistika. Je to věda zabývající se především afáziemi, což jsou poruchy řeči způsobené poškozením některé části mozku, může se jednat o vrozené vady nebo poškození vlivem úrazu apod. Na řešení neurolingvistických otázek se podílí řada oborů, jako jsou psychologie, psychiatrie, pedagogika, foniatrie, logopedie a lingvistika. Hlavní podíl na jejím rozvoji a na řešení její problematiky má neurologie.<sup>8</sup> Tato skutečnost je dána především tím, že až donedávna byla pěstována hlavně lékaři a u lingvistů zatím nezbudila zasloužený zájem.<sup>9</sup>

Neurolingvistika se snaží odstraňovat, nebo alespoň minimalizovat následky vývojových vad nebo poranění mozku a úplně, nebo alespoň částečně obnovit u postižených osob jejich řečové schopnosti.<sup>10</sup>

Termín neurolingvistika bývá připisován Harrymu Whitakerovi, zakladateli lingvistického zkoumání mozkových struktur, který také založil první odborné neurolingvistické periodikum *Journal of Neurolinguistics* v roce 1985. Teprve v 80. letech 20. stol. se pozornost badatelů přesunula od zkoumání jazykových poruch k výzkumu jazyka nenarušeného, tj. zachovaných jazykových funkcí. Hlavní podíl na tom měl nástup nových zobrazovacích technologií.<sup>11</sup>

Většina poznatků důležitých pro neurolingvistiku je od jejího počátku až dodnes získávána při operacích mozku, a to většinou nějak postiženého, ať už zraněním, onemocněním nebo vývojovou vadou.<sup>12</sup>

Hlavní slovo mají vzhledem k povaze této disciplíny především neurologové. Lingvistika jim dosud sloužila většinou jako pomocná věda k potřebám klinické praxe,

---

<sup>8</sup> ČERNÝ, Jiří. *Malé dějiny lingvistiky*, s. 203.

<sup>9</sup> Lehečková, Helena. *Neurolingvistika: předmět, metody a historie*. Slovo a slovesnost [online]. 1984, roč. 45, č. 2, s. 154-157 [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://sas.ujc.cas.cz/archiv.php?lang=en&art=2960>

<sup>10</sup> ČERNÝ, Jiří. *Malé dějiny lingvistiky*, s. 203.

<sup>11</sup> *Nový encyklopedický slovník češtiny* [online]. [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <https://www.czechency.org/slovník/NEUROLINGVISTIKA>

<sup>12</sup> *Sensagent-slovník* [online]. [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://dictionary.sensagent.com/neurolingvistika/cs-cs/>

proto se někdy mluví o tzv. klinické lingvistice. Jejím hlavním cílem je řečová terapeutika, což je reedukace řečových dovedností u neurologicky postižených osob.<sup>13</sup>

### **3. Narušená komunikační schopnost**

Definovat narušenou komunikační schopnost je samo o sobě dosti nesnadné. Velmi komplikované je určení toho, kdy se jedná o normu a kdy už můžeme hovořit o narušení. Platí zde určité jazykové zvláštnosti, jako např. odlišná výslovnost vibrant v češtině a němčině, odlišné tempo řeči u nás a v japonštině či nosové zabarvení francouzštiny. Hodnotíme-li, zda je či není u určité osoby narušena komunikační schopnost, vždy zvážíme, v jakém jazykovém prostředí žije (Praha, Brno, Ostravsko apod.), jaké má hodnocená osoba vzdělání, je-li mluvním profesionálem (herec, zpěvák, učitel apod.). Nelze se orientovat pouze na narušenou formální stránku řeči, ale musíme si všimnout všech rovin jazykových projevů člověka.<sup>14</sup>

Narušení komunikační schopnosti může být trvalé (při těžším orgánovém poškození) nebo přechodné (mj. při většině dyslalií). Narušená komunikační schopnost se může projevit jako vrozená vada řeči nebo jako získaná porucha řeči. Narušení může být úplné (např. totální afázie, dyslalie multiplex) nebo částečné (particiální). Člověk si své narušení může, ale nemusí uvědomovat (lehký sigmatismus, dysfonie). Narušená komunikační schopnost se může promítat do sféry symbolických procesů ve zvukové (dysgramatismus) či nezvukové dimenzi (kupř. dysgrafie), ale i do sféry nesymbolických procesů, rovněž ve zvukové (dysartrie apod.) a nezvukové dimenzi (např. narušené koverbální chování).<sup>15</sup>

#### **3.1. Diagnostiky narušení komunikační schopnosti**

Cílem logopedické diagnostiky je stanovení diagnózy. Logopedická diagnostika má specifikovat druh poruchy komunikační schopnosti, příčiny vzniku, průběh postižení,

---

<sup>13</sup> ČERNÝ, Jiří. *Malé dějiny lingvistiky*, s. 203-204.

<sup>14</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 53.

<sup>15</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 18-19.

stupeň zvláštnosti a také následky narušené komunikační schopnosti.<sup>16</sup> Mezi hlavní cíle diagnostiky patří:

- a) určit, zda vůbec jde o narušení, a ne o fyziologický jev, nebo přijatelnou odchylku, a identifikovat druh tohoto narušení;
- b) je-li to možné, zjistit příčinu vzniku narušené komunikační schopnosti- orgánovou nebo funkční, jakož i etiopatogenezi narušené komunikační schopnosti v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období;
- c) určit, zda se jedná o trvalé, nebo přechodné narušení;
- d) určit, jde-li o narušení vrozené, či získané;
- e) zjistit, zda narušená komunikační schopnost v klinickém obrazu dominuje, nebo je symptomem jiného dominujícího poškození, onemocnění, narušení;
- f) stanovit, zda si jedinec své narušení uvědomuje (většina případů), nebo neuvědomuje (breptavost, patlavost);
- g) určit stupeň narušení- totální, úplné s nemožností komunikovat, nebo parciální narušení s možnými stupni<sup>17</sup>

Existují tři úrovně diagnostiky narušené komunikační schopnosti:

- a) *orientační vyšetření*, jež se realizuje kupř. v rámci screeningu, depistáže a v podstatě odpovídá na otázku: „Má vyšetřovaná osoba narušenou komunikační schopnost, nebo ne?“;
- b) *základní vyšetření* směřující k zjištění konkrétního druhu narušené komunikační schopnosti- odpovídá na otázku: „O jaký druh narušené komunikační schopnosti jde?“ a dále určuje základní diagnózu;
- c) *speciální vyšetření*, které je zaměřeno na co nejpřesnější identifikaci zjištěné narušené komunikační schopnosti- odpovídá na otázku: „Jaký je typ, forma, stupeň a patogeneze daní narušené komunikační schopnosti, jaké jsou její případné další zvláštnosti a následky?“, často je vázáno na vyšetření většího počtu odborníků (logoped, foniatr, audiolog, neurolog atd.)<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 57.

<sup>17</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 21-22.

<sup>18</sup> Tamtéž, s. 29.

### 3.2. Pomůcky a přístroje v logopedické diagnostice

V současné logopedické praxi, při diagnostice i následné terapii, se používá mnoho typů pomůcek. Logoped tyto pomůcky volí vždy podle druhu narušení komunikační schopnosti, věku klienta, rozsahu postižení apod.<sup>19</sup> Logopedických pomůcek se využívá jak při zaměstnání v mateřské škole, tak i v poradenské praxi. Jde o pomůcky různého druhu:

- Stimulační pomůcky např. zvukové hračky, hudební nástroje, foukadla atd. Užívá se jich hlavně k orientačnímu vyšetření sluchu, ve výchově sluchové diferenciaci apod.
- Motivační pomůcky slouží k navození komunikační pohotovosti, k vybavení zájmu (např. loutková a maňásková divadla).
- Didaktické pomůcky slouží k rozvíjení poznání a k jazykové výchově, napomáhají ve výuce pojmenování činností i vlastností a vztahů (např. soubor obrázků sloužící k rozvoji zobecňování, soubory logopedických říkanek, povídek apod.).
- Derivační pomůcky mají odvracet pozornost od nesprávného mluvního průběhu a tím připravovat možnost nácviku správné mluvy (např. bílý šum, metronom).
- Podpůrné pomůcky jako např. logopedické špachtle, sondy, destičky apod.
- Názorné pomůcky znázorňující artikulační pohyby (např. artikulační zrcadla, analyzátory zvuků, přístroje zachycující tónovou výšku hlasu, intonaci).
- Registrační pomůcky zaznamenávající začáteční stav vady i pokroky ve výchovné péči (záznamové tabulky, archy, zvukové záznamy apod.).<sup>20</sup>

### 3.3. Příčiny vzniku

Při dělení příčin se využívá dvou hledisek- časového a lokalizačního. Z časového hlediska mohou být příčiny: - prenatalní (období vývoje plodu, před narozením)

- perinatální (v průběhu porodu)

- postnatální (po narození).

---

<sup>19</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 61.

<sup>20</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 116-117.

Z lokalizačního hlediska se k nejčastějším příčinám řadí genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptoru a další. Od 90. let minulého století je užívána klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro to které nerušení nejtypičtější:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. narušení plynulosti řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči.<sup>21</sup>

### **3.4. Charakteristika jednotlivých kategorií narušené komunikační schopnosti**

Jednotlivé kategorie narušení komunikačních schopností budou v následujících kapitolách stručně představeny a charakterizovány.

#### **3.4.1. Vývojová dysfázie**

Vývojová dysfázie, neboli specificky narušený vývoj řeči, je narušená komunikační schopnost, kterou řadíme k vývojovým poruchám. Je to centrální porucha řeči.<sup>22</sup> Současná česká klinická logopedie označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.<sup>23</sup>

Typickou příčinou je difuzní postižení centrální nervové soustavy, nejedná se o postižení ložiskové. Difuzní postižení zasahuje v podstatě celou centrální korovou oblast a podle vážnosti postižení se projevuje různou hloubkou příznaků.<sup>24</sup> U vývojové dysfázie se projevují nevýrazná, ale četná poškození mozkové kůry obou hemisfér. To

---

<sup>21</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 54-55.

<sup>22</sup> Tamtéž, s. 67.

<sup>23</sup> ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Poruchy vývoje řeči*, s. 91.

<sup>24</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, 2006, s. 69.

znamená, že při jednostranném poškození mozku řečový vývoj probíhá na základě kompenzačních schopností zdravé, normálně rozvinuté a fungující hemisféry.<sup>25</sup>

Vývojová dysfázie se projevuje mnoha příznaky v oblasti řečové i v dalších oblastech neřečových, projevuje se nerovnoměrným osobnostním vývoje. Typické je narušení verbálního projevu. Dítě s vývojovou dysfázií řeč slyší, ale nedostatečné a nepřesné jí rozumí. Špatné rozumění pak dává vznik i špatně tvorbě vlastní řeči. Oblasti, ve kterých se symptomy projevují, jsou např.: porucha fonetické i fonologické realizace hlásek, vážne syntaktické spojování slov do větných celků, porucha v pořadí řazení slabik- přehazuje, vynechává, opakuje apod., řeč je agramatická, často nesrozumitelná, vážne percepce distinktivních rysů, fonemický percepce je postižená, dyslexie, dyspraxie, porucha krátkodobé paměti.<sup>26</sup>

U dětí se specificky narušeným vývojem řeči je předpokladem pro vytvoření terapeutického plánu provedení komplexní diagnostiky, která má charakter dlouhodobého procesu, dlouhodobého pozorování dítěte. Závažnost poruchy komunikačních schopností závisí na rozsahu nevyzrállosti až poškození mozkových funkcí.<sup>27</sup> Poruchy řeči jsou v tomto případě jen příznakem poruchy zrání mozkových funkcí. Není tedy možné zaměřit své léčebné úsilí jen na rehabilitaci řeči. V současné době jsou vytvořeny komplexní programy rehabilitace, které dbají o to, aby dítě s vývojovou dysfázií mělo dostatečný přísun širokého spektra smyslových podnětů (zvuky, barvy, tvary, povrchy, kresba, tleskání do rytmu). Jenom dostatek podnětů může pomoci rychlejšímu vyžívání mozku jako celku.<sup>28</sup>

### **3.4.2. Afázie**

Afázie je náhlá ztráta řeči při orgánovém poškození mozku. Poranění určitých partií mozkové kůry na dominantní polokouli má za následek ztrátu řeči. Příznaky jsou různé podle místa a rozsahu postižení mozku. Rozlišujeme afázii mozkovou (nemocný ví, co chce říci, ale nemá slov), senzoricke zrakovou, popř. sluchovou (vidí napsané, slyší mluvu, ale nerozeznává ani nepoznává slova- nerozumí) a afázii celkovou (nepoznává slova, ani nemůže mluvit).<sup>29</sup> Afázií se budeme podrobněji zabývat níže.

---

<sup>25</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 70

<sup>26</sup> Tamtéž, s. 70.

<sup>27</sup> Tamtéž, s. 74.

<sup>28</sup> LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatricie*, s. 102.

<sup>29</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 143.



### 3.4.3. Mutismus

Mutismus, česky oněmění, je náhlá ztráta řeči po duševním úrazu, úleku apod.<sup>30</sup> Rozlišujeme elektivní a totální mutismus. Dominantním příznakem elektivního mutismu je ztráta řečových projevů, jež jsou situačně vázány. Dítě v určitých situacích nemluví, ale v jiných definovatelných situacích je jeho verbální produkce dostatečná pro efektivní komunikaci. Zpravidla nehovoří ve škole či v jiném prostředí mimo domov a normálně komunikuje s rodiči a sourozenci.<sup>31</sup> Člověk stížený mutismem se všemi možnými prostředky snaží o komunikaci s druhými lidmi (píše, gestikuluje apod.). Čím více se snaží, tím má větší útlum mluvy, oproti mluvním negativismu, kdy dítě mluvit nechce a je odmítavé i chováním.<sup>32</sup>

Při totálním mutismu dítě nemluví v žádné situaci. Totální mutismus někdy vzniká vývojem z elektivního a v rámci dynamiky poruchy jej lze chápat jako její prohloubení, zhoršení. Při tomto mutismu však nelze jednoznačně dokázat, že dítě je schopno mluvit. Usuzuje se tak jen na základě předchorobného stavu.<sup>33</sup> V současné době je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10 z roku 1992) a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV z roku 1994) zahrnuta pouze jedna forma mutismu, a to elektivní mutismus.<sup>34</sup>

Důsledkem nemluvnosti je snížení funkčnosti. Dítě není schopno zvládnout situace, jež jsou vzhledem k jeho věku a mentální úrovni přiměřené. Sekundárními nepříznivými důsledky může být izolace a výsměch ze strany vrstevníků, trestání rodičů, pocity viny, různé druhy nátlaku apod.<sup>35</sup>

Při určování diagnózy je důležité věnovat se diferenciální diagnostice, kdy je třeba elektivní mutismus odlišit od jiných postižení, onemocnění, narušení. Diagnóza je často určena již na podkladě anamnestického vyšetření, kdy se doporučuje první kontakt s rodiči, bez přítomnosti dítěte. První setkání s dítětem při přímé diagnostice je současně začátkem terapie. U elektivního mutismu je vždy indikována systematická (většinou dlouhodobá) psychoterapie, optimální bývá kombinace psychoterapie rodinné, individuální a dle možnosti i skupinové. Mutistické dítě vyžaduje týmový přístup, kdy

---

<sup>30</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 143.

<sup>31</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 251-252.

<sup>32</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 143.

<sup>33</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 253.

<sup>34</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 92.

<sup>35</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 252.

prvotní je vždy lékařské ošetření. Dále by neměl v týmu chybět logoped, rodiče dítěte, pedagog školy, kterou dítě navštěvuje. Tato terapie by měla pokračovat i po překonání vlastního mutismu s cílem dosáhnout vyváženějšího osobnostního vývoje dítěte.<sup>36</sup>

### **3.4.4. Narušení zvuku řeči- rinolalie, palatolalie**

#### **3.4.4.1. Rinolalie**

Rinolalie, neboli huhňavost, je patologická změna nosovosti.<sup>37</sup> Jestliže je nosní rezonance patologicky zvýšená, hovoří se o otevřené huhňavosti (hypernazalita, rhinolalia aperta). U patologicky snížené nosní rezonance jde o zavřenou huhňavost (hyponazalita, rhinolalia clausa). Kombinací otevřené a zavřené rinolalie vzniká smíšená huhňavost (rhinolalia mixta).<sup>38</sup>

Zavřená huhňavost vzniká při omezení („zavření“) rezonančního prostoru nosní a nosohltanové dutiny. Příčinou bývá přechodně rýma, dlouhodobě patologické změny. U dětí bývá nejčastější příčinou zbytnělá nosohltanová neboli nosní mandle.<sup>39</sup> Dalšími příčinami mohou být orgánové (zduření sliznice nosu, nádory, cysty, deformace septu po úrazech apod.), nebo funkční (funkční poruchy svalstva měkkého patra způsobující zvýšenou činnost a sílu velofaryngeálního uzávěru<sup>40</sup>).<sup>41</sup>

Otevřená huhňavost je charakterizována silným nosním zabarvením všech orálních hlásek.<sup>42</sup> Jedná se o nedostačující nebo narušenou funkci patrohltanového závěru buď jeho přímým poškozením, nebo vývojovou deformací.<sup>43</sup> Při tvorbě orálních hlásek směřuje artikulační proud vzduchu do úst místo do nosu, čímž řeč získává typické nosní zabarvení.<sup>44</sup> Příčinou otevřené huhňavosti mohou být orgánové změny způsobené úrazem, častěji však vývojově, a to buď jako vrozené zkrácení měkkého patra, nebo jako rozštěp patra. Průkazem otevřené huhňavosti je zkouška A -I. Za normálních

---

<sup>36</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 95-96.

<sup>37</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 189.

<sup>38</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 100.

<sup>39</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 189.

<sup>40</sup> Velofaryngeální uzávěr, jinak řečeno patrohltanový uzávěr, zamezující proudy vzduchu z plic pronikat do nosu.

<sup>41</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 102.

<sup>42</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 131.

<sup>43</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 192.

<sup>44</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 100.

okolností zní A a obdobně I stejně, ať necháme nos volný, nebo zmáčkne chřípí, jelikož správně fungující uzávěr nepropustí vzduch nosem.<sup>45</sup>

Smíšenou huhňavost způsobuje organická překážka v oblasti nosu- anteriorní (přední) a posteriorní (zadní). Tento druh huhňavosti se vyskytuje jako kombinace hypernazality na základě Velofaryngeální insuficience s hyponazalitou způsobenou organickou překážkou.<sup>46</sup>

#### **3.4.4.2. Palatolalie**

Palatolalie je jedním z nejnápadnějších a netěžších narušení komunikační schopnosti. Její prvotní příčinou je vrozená vývojová vada- rozštěp sekundárního patra.<sup>47</sup> Při vadě řeči provázející rozštěp patra jde o kombinaci otevřené huhňavosti s deformacemi výslovnosti. Obojí je důsledkem vývojové vady patrohltanového závěru. Výdechový proud se nevytváří s dostatečnou silou, takže se nemohou dobře vytvářet ani třecí, ani kmitací a zvláštní výbuchové hlásky. Dítě zkouší artikulovat hlásky v úžině mezi kořenem jazyka a hltanem nebo dokonce v hrtanu.<sup>48</sup>

Součástí logopedické diagnostiky je analýza diagnostikování orofaciálního rozštěpu. Na diagnóze se podílí také plastický chirurg, čelistní ortoped, pediatr, foniatr, audiolog, popř. otorinolaryngolog.<sup>49</sup> Po operaci patra se aktivizuje měkké patro, aby se po operaci zabránilo vzniku pooperačních jizev patra, které by mohly snižovat jeho pohyblivost, proto se využívá masáže patra, kterou provádí důkladně poučení rodiče doma.<sup>50</sup>

#### **3.4.5. Kocktavost (balbuties)**

Kocktavost je časté opakování nebo prodlužování zvuků či slabik a slov anebo časté váhání a přestávky narušující rytmický tok řeči. Jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušující plynulost mluvení.<sup>51</sup> Příčiny vývojové kocktavosti můžeme vyjádřit tak, že na tělesnou dispozici (např. nevyzrálость CNS, oslabení nemoci, neuroterapie a vývojové potíže v řeči)

---

<sup>45</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 192.

<sup>46</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 131.

<sup>47</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 115.

<sup>48</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 195-196.

<sup>49</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 119.

<sup>50</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 148.

<sup>51</sup> LECHTA, Viktor. *Kocktavost: integrativní přístup*, s. 25.

zapůsobí neurotizující úraz- trauma (úrazy postihující řeč dítěte, např. když se říká dítěti: Mluv pořádně, opakuj to, dávej pozor, rozmysli si to apod.)<sup>52</sup>

Mezi příznaky koktavosti v řeči patří např. respirace (dýchání je přerývané, nepravidelné, povrchní apod.), fonace (na hlasivkových vazech dochází ke křečím, což způsobuje potíže s fonací), artikulace (průběh artikulace je narušený křečemi obvykle na začátku slov a vět), dysprozódie (řeč může být monotónní, tempo řeči na základě křečí na mluvidlech zrychlené nebo kolísavé).<sup>53</sup>

Problém terapie koktavosti není dodnes vyřešen, protože neznáme příčinu narušení plynulosti řeči. Příčinu tedy nemůže odstranit, pouze potlačit její příznak.<sup>54</sup> V rámci terapie můžeme rozdělit přístupy na dvě skupiny: terapie tvarování plynulosti a terapie modifikace koktání. Při terapii tvarování plynulosti řeči se u balbutika nastolí určitá forma plynulé řeči, která se postupně, pomocí operačního podmiňování, rozšiřuje a upevňuje, dokud není možná v terapeutickém prostředí přibližně plynulá řeč. Tato řeč se poté přenáší do každodenního života.<sup>55</sup> Cílem terapie modifikace koktání je práce na symptomech koktavosti. Účelem je pomoc balbutikovi upravit okamžik zakoktání směrem k plynulosti řeči.<sup>56</sup>

#### **3.4.6. Dyslalie (patlavost)**

Dyslalie, nazývaná také patlavost, je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.<sup>57</sup>

Tato porucha řeči se projevuje na fonetické úrovni např. vynecháváním hlásek, jejich zaměňováním či nahrazováním až nepřesným vyslovováním v místě artikulace.<sup>58</sup> Na fonologické úrovni se poruchy projevují v plynulé řeči, když jsou jednotlivé hlásky ovlivňovány předcházejícími nebo následujícími hláskami, nebo důsledkem pauzy,

---

<sup>52</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 146.

<sup>53</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 158-159.

<sup>54</sup> Tamtéž, s. 168.

<sup>55</sup> LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*, s. 171.

<sup>56</sup> Tamtéž, s. 172.

<sup>57</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 99.

<sup>58</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 169.

přízvuku, melodie, rytmu.<sup>59</sup> Rozlišujeme nesprávnou výslovnost, která je vývojovým, přechodným jevem, od vadné výslovnosti, která má výrazně patologický charakter.<sup>60</sup>

Příčiny dyslálie hledáme podle etap reflexního okruhu. Nejprve je tu vliv výchovného prostředí, způsob mluvy a stimulace (vzor mluvy šišlavé či jinak deformované). Dále jsou to vady sluchu (např. častá neadekvátní artikulace samohlásek), zraku (např. špatná diferenciací hlásek M a N), nedostatek vrozené schopnosti rozeznávat a v paměti udržovat slyšené zvuky, potlačování přirozené laterality, mentální postižení (např. nesprávná artikulace sykavek a hlásky R) apod.<sup>61</sup>

Terapie dyslálie spočívá v navázání kontaktu logopeda s dyslalikem, kdy si logoped snaží získat klientovu důvěru a chuť spolupracovat. Vše má probíhat formou hry. Potřebná mechanická cvičení je vhodné co nejvíce spojovat s řečí v reálných životních situacích. Osvědčila se cvičení v kolektivu dětí.<sup>62</sup>

### 3.4.7. Dysartrie

Dysartrie je narušení artikulace jako celku vznikající při organickém poškození centrálního nervového systému.<sup>63</sup> Jedná se o poruchu článkování řeči, při níž je porušeno vyslovování vůbec.<sup>64</sup> Nejčastější příčinou vzniku vývojové dysartrie je syndrom dětské mozkové obrny (DMO).<sup>65</sup> Nejtěžším stupněm dysartrie je anartrie, obě poruchy mohou vzniknout v kterémkoliv období života člověka. V některých případech se jedná o vrozené vady nebo následky perinatálního poškození nervového systému, nejčastěji u dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO), jiné jsou získané během pozdějšího období života nejrůznějšími neurologickými onemocněními.<sup>66</sup>

Rozeznáváme několik druhů dysartrie, např. dysartrie korová, při níž vážně uspořádání složitých mluvních celků, dysartrie pyramidová s řečí křečovitě tvrdou, dysartrie extrapyramidová s řečí buď ztuhlou a zpomalenou, nebo naopak deformovanou zvýšenou mimovolní pohyblivostí jazyka. Dále je to dysartrie mozečková, při níž je řeč neuspořádaná a připomíná řeč opilých osob.<sup>67</sup> Dysartrie bulbární, při které dochází

---

<sup>59</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 99.

<sup>60</sup> Tamtéž, s. 116.

<sup>61</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 155.

<sup>62</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 110.

<sup>63</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 237.

<sup>64</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 198.

<sup>65</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 285.

<sup>66</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 117.

<sup>67</sup> SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*, s. 199.

k nedostatečnému svalovému napětí a tím i k porušení výslovnosti hlásek, které vyžadují přesnou artikulaci. Posledním druhem je smíšená dysartrie, u které může dojít ke kombinaci více forem dysartrie.<sup>68</sup> Logopedická diagnostika navazuje nejčastěji na výsledky neurologického vyšetření a snaží se definovat přítomné poruchy řečové komunikace, jejich závažnost a dopad na komunikační schopnosti postižené osoby. Hlavním cílem je identifikovat podíl jednotlivých řečových motorických modalit, následně vytvořit individuální plán terapie, který je zaměřen na koordinovanou stimulaci všech řečových motorických modalit.<sup>69</sup>

## 4. Afázie

### 4.1. Vymezení pojmu

Afázie (řecky *fasis*= řeč) je porucha řeči různého druhu, podoby a stupně ze ztráty znalosti slov, gramatiky, vět při postižení ústřední nervové soustavy.<sup>70</sup> Je to získaná porucha produkce a porozumění řeči.<sup>71</sup>

Dominujícím příznakem afázie bývá především nemožnost se srozumitelně vyjádřit verbální řečí, narušení schopnosti chápat signální význam slov, obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů, závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií.<sup>72</sup> Afázii lze také definovat jako systémové narušení řeči vznikající při organických poškozeních mozku zasahující různé stupně organizace řeči.<sup>73</sup>

---

<sup>68</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 121.

<sup>69</sup> NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*, s. 42.

<sup>70</sup> KIML, Josef. *Afázie a reedukace řeči*, s. 67.

<sup>71</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 15.

<sup>72</sup> NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*, s. 75.

<sup>73</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 78.

## 4.2. Etiologie afázie

Afázie je poruchou řeči získanou, kdy řeč byla plně vyvinuta a na základě poškození dominantní hemisféry mozku dochází k jejímu vzniku.<sup>74</sup>

Ke vzniku afázie dochází při ložiskových poškozeních mozku, především v koritální oblasti, ale i při lézích níže uložených oblastí mozku, spojených s korovými oblastmi podílejících se na jazykových procesech.<sup>75</sup>

Nejčastějšími příčinami vzniku afázie jsou:

- cévní mozkové příhody, a to jak ischemie (snížení prokrvení), tak hemoragie (krváčení),
- úrazy mozku (otřes mozku, zhmoždění, stlačení),
- mozkové nádory,
- záněty mozku mozkových blan (encefalitidy a meningoencefalitidy),
- intoxikace centrální nervové soustavy (drogy, alkohol apod.),
- degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy.<sup>76</sup>

## 4.3. Symptomy afázie

Jednotlivé symptomy afázie se nejčastěji vyskytují v různých kombinacích, množstvích a kvalitě.<sup>77</sup>

Nejčastější symptomy objevující se u dospělých afatiků jsou:

*Parafázie* znamená deformaci slov různého typu a stupně.<sup>78</sup> Dělíme ji na fonémickou parafázii- záměny fonémů (dům- dým), sémantickou- záměny v pojmovém okruhu (židle- stolička).<sup>79</sup> Dále žargonová parafázie- slovo je změněné a nelze porozumět produkované řeči (žduchla- židle).<sup>80</sup>

---

<sup>74</sup> Tamtéž, s. 79.

<sup>75</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 15.

<sup>76</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 79.

<sup>77</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 147.

<sup>78</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 80.

<sup>79</sup> NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*, s. 75.

<sup>80</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 80.

*Parafrázie*, která znamená sníženou schopnost až nemožnost větného vyjádření. Je charakteristická pro expresivní (Brocovu) afázii. (Př. Přišel jsem dnes za vámi. =Ja tady toto ted'.)<sup>81</sup>

*Perseverace*, což je ulpívání na předchozím podnětu i při dalších odpovědích, kdy daný podnět již nepůsobí.<sup>82</sup>

*Logorhea*, která se projevuje jako překotná mluva se sníženou srozumitelností pro častý výskyt žargonových parafrází. Nejčastěji se vyskytuje u afází percepčního typu.

*Anomie* (porucha pojmenování) při níž není afatik schopen označit určitý předmět adekvátním slovem.

*Poruchy porozumění*, které nejsou někdy patrné při prvním kontaktu s afatikem. Často vykoná příkaz správně, i když se u něho vyskytují poruchy porozumění, neboť vyrozumí, pochopí na základě dané situace.<sup>83</sup> Při této poruše dochází ke špatnému vnímání, chápání a dekodování mluvené řeči. Dále dochází k tomu, že afatik vykoná jednoduchou výzvu správně, ale složitější příkaz neprovede, jelikož nerozumí, nebo si nezapamatuje příkaz.<sup>84</sup>

#### 4.4. Klasifikace afázie

Afázii klasifikují afaziologové dle různých medicínských, psychologických a lingvistických hledisek. V logopedické praxi je časté užití nejelementárnějšího dělení, tj. dělení afází na *senzorickou* (receptivní, Wernickeho), *motorickou* (expresivní, Brocova) a *totální* (globální).<sup>85</sup> Toto dělení je značně zjednodušené a rozlišuje, zda je porušena vlastní řečová produkce (vytváření kódů) při expresivní afázii, nebo jestli je porušeno rozumění (dekodování řeči) při receptivní afázii. Kvůli rozmanitosti a široké interpretaci jednotlivých prvků poruchy funkční složitosti CNS je velice těžké podat jednotnou klasifikaci.<sup>86</sup>

---

<sup>81</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 148.

<sup>82</sup> Tamtéž, s. 149

<sup>83</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 80.

<sup>84</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 148.

<sup>85</sup> Tamtéž, s. 81.

<sup>86</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 150.



Mezi nejužívanější typy klasifikace afázií patří např.: bostonská klasifikace, Kimlova klasifikace, Lurijova klasifikace a Hrbkova klasifikace a další.<sup>87</sup>

#### **4.4.1. Bostonská klasifikace**

Základem této klasifikace je tzv. klasická typologie afázie, jejíž základy položil v 19. století Paul Broca a Carl Wernicke.<sup>88</sup> Bostonská klasifikace se opírá o hodnocení spontánního projevu a jeho plynulosti (fluence), nebo neplynulosti (nonfluence). Důležitým kritériem pro klasifikaci jednotlivých typů je schopnost, či neschopnost opakování mluvené řeči.<sup>89</sup> U tohoto druhu klasifikace převládá lingvistický aspekt, nevyšetřuje se gnozie (bezprostřední poznání), praxie (obratnost), pravo-levá orientace, orientace v prostoru apod.<sup>90</sup>

V této klasifikaci nalezneme následující typy afázie: Brocova, Wernickeho, konduktivní, globální, amnestická, transkortikálně-motorická a transkortikálně-senzorická.<sup>91</sup>

##### **4.4.1.1. Brocova afázie**

Brocova afázie vzniká poruchou, která zasahuje do oblasti Brocovy arey a zčásti leží před a za touto oblastí.<sup>92</sup>

Charakteristickým rysem této afázie je neplynulá řeč (nonfluentnost) a výrazně zpomalené tempo řeči, což je pravděpodobně zapříčiněno častou přidružeností apraxie (porucha získaných pohybových dovedností vyznačující se ztrátou schopnosti vykonávat složitější a účelné pohyby) a někdy také dysartrie.<sup>93</sup>

Velmi často dochází u pacienta k tzv. opravným artikulačním procesům. Při těžkém postižení se afatik snaží o němé artikulační postavení.<sup>94</sup> Spontánní řeč afatiků je tvořena s námahou, bývá zredukována na jednoslovné promluvy. Častým jevem bývají potíže s vyhledáváním slova z mentálního slovníku, což způsobuje neplynulost řeči.

---

<sup>87</sup> Tamtéž, s. 150-155.

<sup>88</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 81.

<sup>89</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 150.

<sup>90</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 81.

<sup>91</sup> Tamtéž, s. 81.

<sup>92</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie.*, s. 19.

<sup>93</sup> Tamtéž, s. 18.

<sup>94</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 151.

Řeč bývá tvořena převážně pomocí substantiv a verb, která jsou často v základním či nesprávném tvaru.<sup>95</sup>

Porozumění řeči bývá vždy lepší než řečová produkce. Dekódování vysoce frekventovaných, kratších, izolovaných slov většině afatiků nedělá problémy. Mnohým nedělá problém ani porozumění jednoduchým větám. Problém nastává při porozumění syntakticky složitějších vět.<sup>96</sup>

#### **4.4.1.2. Wernickeho afázie**

Wernickeho afázie nejčastěji vzniká při poškození spánkového laloku, v oblasti Brodmanovy arey 22.<sup>97</sup>

Odlišností od Brocovy afázie je především to, že nebývá výrazně postižena artikulace. Mluva je většinou plynulá.<sup>98</sup> Obsahová stránka informací v řečové produkci je nízká, jelikož dochází k častému výskytu tzv. prázdných slov (např. *jakoby to, no teda*). Gramatická stránka řeči je zajímavá tím, že dochází k připojování správných gramatických morfémů ke slovům (např. *Včera jsme nemávali pozor.* je správné užití plurálu a gramatických morfému min. času).<sup>99</sup>

Dominujícím znakem této afázie se stává porucha rozumění smyslu a zvuku slova či věty.<sup>100</sup> Nedochozí k němu pouze při vstupu přijímané informace, ale může vzniknout i v dalších fázích zpracování slova.<sup>101</sup>

Pacienti s Wernickeho afázií mají velmi těžce narušenou schopnost porozumění čtenému textu. U některých pacientů může být zachováno hlasité čtení izolovaných slov či slabik, ale v úloze, v níž by měli dané slovo přiřadit k obrázku, většinou selhávají. Schopnost psát bývá zachována, ale většinou dochází k výskytu paragrafie (též dysgrafie) a zkomolenin, čímž se stává písemný projev nesrozumitelným, stejně jako mluvený projev.<sup>102</sup>

---

<sup>95</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie.*, s. 18.

<sup>96</sup> Tamtéž, s. 19.

<sup>97</sup> Tamtéž, s. 22.

<sup>98</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie.* 2, s. 151.

<sup>99</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie.*, s. 22.

<sup>100</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie.* 2, s. 151.

<sup>101</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie.*, s. 22.

<sup>102</sup> Tamtéž, s. 22.

#### 4.4.1.3. Globální afázie

Ke vzniku globální afázie dochází při poškození dominantní mozkové hemisféry v tzv. perisylvianské oblasti. Nejčastější příčinou vzniku bývá rozsáhlé krvácení ve frontální, temporální nebo parietální oblasti mozku.<sup>103</sup> U tohoto druhu afázie dochází v průběhu několika dnů od úrazu k přechodu v nějaký jiný typ afázie. Pokud se však globální afázie v několika měsících od počátečního stádia nepřemění, jedná se o tzv. nezvratný afatický syndrom se špatnou prognózou.<sup>104</sup>

Globální afázie velmi výrazně zasahuje řeč, dochází k opakování slabik (to-to, no-no) či neologismů (zibala-zibala). Při komunikaci se nelze opřít o žádnou efektivní strategii, často selhává i snaha o dorozumění kresbou či psaním. Stejně jako řeč, tak je narušeno i porozumění, kdy pacient nereaguje ani na nejjzákladnější výzvy. Při méně výrazném narušení porozumění řeči je možné naučit používat např. obrázky či piktoqramy, jako náhradní strategii komunikace. Při psaní se objevuje pouze čmárání, v některých případech mohou být zachována částečná forma slova.<sup>105</sup>

#### 4.4.1.4. Transkortikální afázie

Tato afázie se dělí na 3 typy, mezi něž patří smíšená, motorická a senzorická transkortikální afázie.

- Transkortikální smíšená afázie- Velmi se podobá globální afázii, s výjimkou lépe zachované schopnosti reprodukovat slova a vysoké automatizaci frází. Tento druh afázie vzniká kvůli lézím, které izolují řečové oblasti. Pacientům s tímto druhem afázie se jen velmi výjimečně podaří najít v mentálním slovníku adekvátní slovo.<sup>106</sup>
- Transkortikální motorická afázie- Vzniká při lézích v oblasti řečiště, tj částech před Brocovou areou.<sup>107</sup> Spontánní řeč je značně narušená, agramatická a tvořená velmi obtížně. Zůstává zachované dobré opakování a rozumění řeči.<sup>108</sup>

---

<sup>103</sup> Tamtéž, s. 19.

<sup>104</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 152.

<sup>105</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 20.

<sup>106</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 20.

<sup>107</sup> Tamtéž, s. 21.

<sup>108</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 151.

- Transkortikální senzoričká afázie- Ke vzniku dochází při lézích zadních oblastí temporálního laloku.<sup>109</sup> Pacient při této poruše dobře zopakuje větu, ale nedokáže jí porozumět. Spontánní řeč je plynulá, ale bezobsažná. Velkou zajímavostí je bezchybné čtení, které je však bez pochopení.<sup>110</sup>

#### 4.4.1.5. **Konduktivní afázie**

Konduktivní, neboli převodová afázie vzniká při lézi mezi motorickým a senzoričkým centrem řeči.<sup>111</sup> Při této poruše dochází k tomu, že dlouhá a málo frekventovaná slova jsou produkována hůře než krátká a často frekventovaná. V řeči se nevyskytují výrazné agramatismy, může ale být po syntaktické stránce zjednodušená.<sup>112</sup>

Porozumění řeči nebývá u většiny pacientů narušeno. Komplikace mohou nastat pouze v případech řešení úloh zaměřených na hodnocení porozumění řeči. Tyto komplikace bývají zapříčiněny tím, že si pacient nahlas opakuje instrukci. Po následném upozornění se výkony pacientů podstatně zlepšují. Stejně jako porozumění, není narušeno ani čtení, kdy si je pacient schopný tiše číst a porozumět čtenému textu.<sup>113</sup>

#### 4.4.1.6. **Anomická afázie**

Anomická afázie je považována za klinicky nejlehčí typ afázie.<sup>114</sup> Řeč u pacientů s tímto typem afázie je plynulá, nevýraznějším příznakem je porucha vyhledávání slov v mentálním slovníku. Pacienti s anomickou afázií nemají obtíže s opakováním slov.<sup>115</sup> Neplynulost řeči se projeví až při hledání správného výrazu.<sup>116</sup> Tento deficit mnozí pacienti umí poměrně dobře kompenzovat tím, že použijí jiné slovo (synonymum). Porozumění řeči ani čtení není u pacientů s anomickou afázií nějak výrazně narušeno. Psaní u pacientů s lehkým stupněm afázie je narušeno jen mírně, spontánní psaní je přerušováno vyhledáváním správné formy slova.<sup>117</sup>

<sup>109</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 22.

<sup>110</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 151.

<sup>111</sup> Tamtéž, s. 151.

<sup>112</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 23.

<sup>113</sup> Tamtéž, s. 23.

<sup>114</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 151.

<sup>115</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 23.

<sup>116</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 151.

<sup>117</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 23.

#### 4.4.2. Lurijova klasifikace

Lurijova klasifikace afázií je specifická tím, že nepojímá afázii izolovaně, ale jako součást tzv. funkčního systému.<sup>118</sup> Tato klasifikace je založena na koncepci funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Na rozdíl od ostatních přístupů je tento orientován na určení léze mozku, ale i na definování primárního defektu. Díky tomu lze objasnit například to, že stejný symptom může vzniknout z rozličných příčin, tedy i při různé lokalizaci poškození.<sup>119</sup>

Lurijova klasifikace zahrnuje afázie do poruch vyšších korových funkcí. Objasňuje význam slova funkce, kterou na jedné straně chápe jako *specifické tkáně* (např. fotoreakce jako funkce sítnice oka), na druhé straně funkcí rozumí složitou adaptační aktivitu organismu určenou specifickým cílem a ukončenou specifickou operací.<sup>120</sup>

Dělení afázií podle Alexandra Lurija zahrnuje komplexní pohled na funkci celého centrálního nervového systému. Typ postižení závisí na lokalizaci léze.<sup>121</sup>

##### 4.4.2.1. Precentrální lokality

Jedná se o léze předních oblastí mozku.<sup>122</sup> Rozdělují se na dynamickou afázii a eferentní motorickou afázii.

- Dynamická afázie se vyznačuje neschopností vyjádřit myšlenku, není však porušeno jmenování předmětů nebo opakování slov.
- Eferentní motorická afázie je charakteristická porušením střídání inervace a denervace, což vede k poruše plynulého přechodu artikulace z jedné hlásky na druhou. Při této afázii dochází k narušení organizace pohybů.<sup>123</sup>

##### 4.4.2.2. Postcentrální lokality

K tomuto typu afázie dochází při poškození zadních oblastí mozku. Dělí se na aferentní motorickou afázii, akusticko-mnestická, senzorická, sémantická.<sup>124</sup>

- Aferentní motorická afázie je charakteristická neschopností najít polohu rtů a jazyka při artikulaci.

---

<sup>118</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 153.

<sup>119</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 83.

<sup>120</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 153.

<sup>121</sup> Tamtéž, s. 153.

<sup>122</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 82.

<sup>123</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 153.

<sup>124</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 82.

- Akusticko-mnestická afázie je porucha sluchovo-řečové paměti. Pacient je neschopný zapamatovat si krátký sled zvuků, slabik nebo slov.
- Senzorická afázie je typická poruchou fonemické diferenciacie a narušením porozumění řeči.
- Sémantická afázie se vyznačuje porušeným dekódováním logicko-gramatických struktur a rozpadem početních operací.<sup>125</sup>

#### 4.4.3. Kimlova klasifikace

Tato klasifikace je zaměřena jen na lingvistický deficit a respektuje lokalizaci léze. Jednotlivé typy afázie jsou v této klasifikaci precizně popsány, ale chybí pohled na pacienta z hlediska postižení celého centrálního nervového systému.<sup>126</sup> Velikosti poruchy řeči a možnosti obnovy a úspěchu reedukace řeči závisí podle této klasifikace na druhu, velikosti a lokalizaci patologického procesu mozkové tkáně, na věku, vzdělání, kulturní úrovni, osobnosti pacienta a také terapeuta.<sup>127</sup>

Jednotlivé typy nesou již v samotném názvu základní charakteristiku (např. aphasia sensorica dyslogica- kromě těžkého deficitu rozumění poukazuje i na množství neologismů v projevu afatika).<sup>128</sup>

##### 4.4.3.1. Aphasia totalis (totální afázie)

Aphasia totalis je úplná nebo praktická neschopnost chápat signální význam řeči a nemožnost vyjádřit se srozumitelnou řečí.<sup>129</sup> Toto dělení bylo nejvíce využíváno foniatry, jelikož charakterizuje jednotlivé typy onemocnění z hlediska foniatrického a stává se pomůckou pro klinické logopedy na počátku jejich klinické praxe s afatiky.<sup>130</sup>

Afatic s tímto typem afázie zcela nebo prakticky vůbec nemůže hovořit a nechápe řeč druhých. Dochází ke ztrátě schopnosti čtení, psaní, počítání a praktických návyků. Často se vyskytuje vykřikování stereotypních slov nebo slabik nebo jen neartikulované zvuky.<sup>131</sup>

<sup>125</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 154.

<sup>126</sup> Tamtéž, s. 152.

<sup>127</sup> KIML, Josef. *Afázie a reedukace řeči: foniatrická studie*, s. 111.

<sup>128</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 152.

<sup>129</sup> KIML, Josef. *Afázie a reedukace řeči: foniatrická studie*, s. 113.

<sup>130</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 153.

<sup>131</sup> KIML, Josef. *Afázie a reedukace řeči: foniatrická studie*, s. 113.

#### 4.4.3.2. Aphasia motorica (motorická afázie)

Aphasia motorica je porucha zahrnující poruchy řečového vyjadřování při poruše motorické řečové zóny mozku. V různém rozsahu dochází k poruše i ostatních funkčních složek řeči a chápání, ale převažují symptomy vedoucí k označení motorické afázie. Hlavním rysem je plné nebo částečné uchování vnitřní řeči a těžkosti až neschopnosti zejména mluvního vyjádření.<sup>132</sup>

Motorická afázie se rozděluje na dva typy: jargon a anarthrie.

- Aphasia motorica typus „jargon“- převážně se vyskytují nově vytvořená slova, která nedávají smysl. Chápání složitějších větných příkazů je porušeno a zároveň je přítomna porucha kalkule a grafie.<sup>133</sup>
- Aphasia motorica anarthrica- je charakterizována neschopností mluvit a artikulačně čist. Nemocný nemluví nebo vydává neartikulované zvuky, ale chápání je uchováno. Nejčastěji bývá porušeno i psaní a počítání. Po několika hodinách, dnech nebo týdnech přechází tento typ afázie v motorickou afázii typu jargon nebo v motorickou afázii těžkého stupně.<sup>134</sup>

#### 4.4.3.3. Aphasia sensorica (senzorická afázie)

Aphasia sensorica je porucha řeči zahrnující různé stupně poruchy vnímání, chápání, paměti a rozumění řeči při poruše řečových zón mozku. Převažující symptomy pro určitou poruchu vnitřní řeči, logických operací, struktur, symbolických soustav, sémantických vazeb a paměti opravňují k rozlišení aphasia sensorica do podob: amnestica, typus jargon, dyslogica.<sup>135</sup>

- Aphasia sensorica amnestica- tento typ senzorické afázie je charakteristický výskytem slovních amnesií (pacient je neschopný použít řeč, vybavit si z paměti příslušný název nebo označení), zástavami a pauzami v řeči, snahami využít jiné slovo nebo opis.<sup>136</sup>

---

<sup>132</sup> Tamtéž, s. 116.

<sup>133</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 152.

<sup>134</sup> KIML, Josef. *Afasie a reedukace řeči: foniatrická studie*, s. 122.

<sup>135</sup> Tamtéž, s. 123.

<sup>136</sup> Tamtéž, s. 132.

- Aphasia sensorica typus „jargon“- je označení poruch řeči s různým stupněm postižení rozumění řeči. Nápadným se stává výskyt žargonových parafází a neologismů, které však dovolují pochopit smysl výpovědi.<sup>137</sup> Dochází také k poruše čtení, psaní a počítání (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie)<sup>138</sup>
- Aphasia sensorica dyslogica- se nejnápadněji projevuje rysem tzv. slovní zmatenosti, jejímž důsledkem je těžká porucha, kterou je řeč beze smyslu.<sup>139</sup>

#### 4.4.4. Hrbkova klasifikace

Hrbkova klasifikace řadí afázie do poruch kortikálních funkcí. Zahrnuje kromě lingvistického deficitu také poruchy grafie, lexie, gnozie, poruchy v orientaci místem a časem, orientaci v prostoru atd. Za chybu této klasifikace je považováno popření významu Wernickeova sluchového centra. Přínosem je zdůraznění významu parietálního laloku pro objasnění mozkových mechanismů řeči.<sup>140</sup>

Tato klasifikace vychází z předpokladů, že mozkovou kůru tvoří komplex specifických analyzátorů a neuroefektorů. Endoceptivní analyzátory mají úlohu tzv. integrátoru. To znamená, že do jejich korových polí přicházejí vzruchy z ostatních analyzátorů, kde vznikají a uchovávají se paměťové stopy a tvoří plán nové aktivity. Proprioceptivní analyzátor má samostatné korové pole v parietálním laloku. Korové pole proprioceptivního analyzátoru je spojeno s motorickou korovou oblastí asociačními drahami. Podle Jaromíra Hrbka tvoří základní fyziologický mechanismus řeči funkce soustavy korových okrsků.

1. Proprioceptivně logestetický (PL) okrsek- hlavní programátor vnitřní řeči, iniciátor spontánní mluvy, operátor mluvené i psané řeči, koordinátor všech jiných přidružených soustav.
2. Proprioceptivně grafestetický (PG) okrsek- tvoří plán písma a převádí logestetické a optické podněty.<sup>141</sup>
3. Logomotorický (LM) okrsek- řídí výkonnou část mluvené řeči.
4. Grafomotorický (GM) okrsek- řídí výkon písma.
5. Akustický (A) okrsek- slouží k vnímání slyšené mluvy.
6. Optický (O) okrsek- slouží k vnímání písma.

<sup>137</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 152.

<sup>138</sup> KIML, Josef. *Afázie a reedukace řeči: foniatrická studie*, s. 133.

<sup>139</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 152.

<sup>140</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2. 154.

<sup>141</sup> Tamtéž, s. 154.



Klasifikace dále umožňuje dělení na nukleární a na disjunktivní. Nukleární vzniká při poškození okrsku dané kortikální oblasti, disjunktivní při narušení spojů mezi okrsky. Přínosem této i Lurijovi klasifikace je dynamika korové činnosti, kdy je v popředí zájmu řečový deficit, ale změna kognitivních, gnostických procesů CNS.<sup>142</sup>

#### 4.5. Diagnostika afázie

Čas vymezený na diagnostiku byl v minulosti poměrně skromný, v posledních letech se tento trend významně změnil a v současnosti mnozí logopedi věnují více času detailnímu vyšetření pacientů s afázií. Je to dáno i tím, že je k dispozici řada diagnostických postupů, metodik, testů, pomocí nichž může logoped zmapovat všechny aspekty afázie.<sup>143</sup>

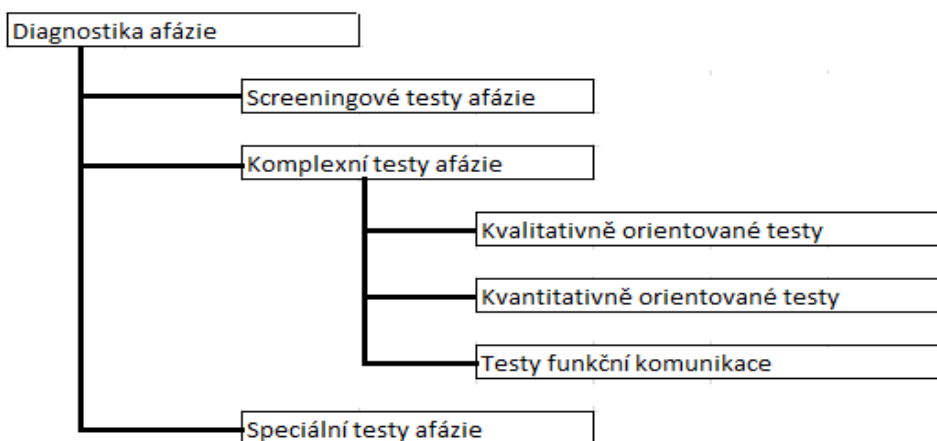


Schéma 1 : *Klasifikace testů afázie*<sup>144</sup>

V testech či jiných modifikacích se aktuálně odrážejí nové pohledy na danou problematiku. Velice brzy se potvrdil již dlouho pozorovaný jev, že afatici se v každodenních situacích chovají jinak než v „laboratorních podmínkách“.<sup>145</sup>

Při diagnostice afázie můžeme sledovat různé cíle:

- zhodnotit, je-li anebo není-li v klinickém obraze přítomna afázie, diagnostikovat afázii v akutním stadiu onemocnění;
- určit typ a stupeň afázie, zjistit mechanismus narušení;

<sup>142</sup> Tamtéž, s. 155.

<sup>143</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 33.

<sup>144</sup> Tamtéž, s. 34.

<sup>145</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 82.

- zmapovat úroveň každodenní komunikace pacienta při existujícím narušení;
- analyzovat některé specifické symptomy afázie nebo vyšetřit specifickou populaci (bilingvní pacienti).<sup>146</sup>

Hlavním úkolem při diagnostikování afázie je získat dostatek informací pro volbu odpovídající terapie, volbu adekvátní rehabilitace.<sup>147</sup> Orientační vyšetření afázie mohou realizovat lékaři (nejčastěji neurologové), detailní a komplexní vyšetření afázie patří do kompetence klinického logopeda.<sup>148</sup>

#### **4.5.1. Diagnostika v počátečním stadiu onemocnění**

V akutním stadiu onemocnění jsou pacienti s mozkovým poškozením velmi rychle unavitelní a jejich schopnost koncentrovat pozornost je omezená. Dochází k výskytu bolestí, užívání léků ovlivňující výkonnost při tetování afázie. Náhlá ztráta schopnosti komunikovat a pohybovat končetinami mnohé pacienty deprimuje natolik, že při prvním kontaktu někdy odmítají spolupracovat, logopedické vyšetření se jim v jejich kritickém stavu zdá velmi zatěžující až zbytečné.

Cílem diagnostiky v akutním stadiu onemocnění je v krátké době zmapovat charakter a míru afázie (alexie, agrafie). Stupeň afázie je v prvních dnech vzniku onemocnění velmi těžký a mnozí pacienti nejsou schopni spolupracovat při vyšetření delší dobu.<sup>149</sup>

Ve většině existujících testů pro akutní afázii se hodnotí spontánní řečová produkce pacienta a jeho schopnost pojmenování a opakování. Vždy je třeba mít na mysli, že klinický obraz afázie se může v prvních hodinách a dnech od vzniku významně měnit.

Mezi nejznámější screeningové testy afázie, které se používají především ve vyspělých státech Evropy a v Severní Americe, patří např. Frenchay Aphasia Screening Test-FAST, Bedside Evaluation Screening Test- BEST-2, Sklar Aphasia Scale- SAS. V České republice je používána experimentální verze Aphasia Schnell Test. Podle tohoto testu lze v krátké době zmapovat jazykové schopnosti vyšetřované osoby.<sup>150</sup>

Aphasia Schnell Test hodnotí typické oblasti mapované v každém testu afázie: pojmenování předmětů a osob na obrázku, porozumění slyšené řeči, čtení slov a krátké

<sup>146</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 34.

<sup>147</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 83.

<sup>148</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 34.

<sup>149</sup> Tamtéž, s. 35.

<sup>150</sup> Tamtéž, s. 35.

instrukce, psaní. Odpovědi pacienta se kvantifikují podle přesně stanovených kritérií, čímž vyšetřující získá hrubý skór. Autor testu zjistil výkony intaktní populace a vzorku afatiků a v manuálu nabízí procentní a stenové normy, které vyšetřujícímu umožňují porovnat výkony testu s jinými. V akutním stadiu onemocnění není vždy možné vyšetřit expresivní složku řeči nebo psaní, proto jsou připraveny i normy pro částečně realizovaný test.<sup>151</sup>

#### 4.5.2. Diagnostika v dalších stádiích onemocnění

Klinický obraz afázie se po několika dnech, týdnech až měsících víceméně ustálí. V tomto stádiu je tedy možné použít komplexnější diagnostické testy afázie. Mluvíme převážně o pacientech, kteří jsou v chronickém stadiu onemocnění a jsou již schopni spolupracovat déle.<sup>152</sup>

Nejpoužívanějšími diagnostickými postupy jsou **standardizované testové baterie afázie**, v nichž se hodnotí nejen lexie, ale také praxie i kalkule.<sup>153</sup>

**Kvantitativně orientované testy afázie** umožňují zhodnotit symptomy afázie a určit jejich rozsah. V bostonské klasifikaci afázie byly jednotlivé syndromy afázie definovány na základě typických testových profilů. Prvním testem tohoto druhu byl Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE).<sup>154</sup> Tento test publikovali Harold Goodglas a Edith Kaplanová na začátku sedmdesátých let 20. století. Jedná se o metodu, která je zaměřena především na identifikaci klinických syndromů afázie a popis a strategii chování pacienta.<sup>155</sup> Celosvětově nejvíce používaný test afázie je Western Aphasia Battery (WAB).<sup>156</sup> Autorem této testové baterie je Andrew Kertesz. WAB test se skládá z částí, v nichž se vyšetřuje spontánní řeč, porozumění řeči, pojmenování, opakování, psaní, čtení, praxie, kalkule a konstrukční schopnost.<sup>157</sup> Vyšetření WAB začíná odpověďmi na jednoduché otázky a popisem obrázku, díky tomu vyšetřující získá řečový vzorek k zhodnocení spontánní řeči. Poté následuje vyšetření porozumění slyšené řeči, kdy pacient odpovídá na jednoduché obrázky, vykonává určité úlohy, u nich musí správně porozumět syntakticky složitějším

---

<sup>151</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 36.

<sup>152</sup> Tamtéž, s. 36.

<sup>153</sup> Tamtéž, s. 36-37.

<sup>154</sup> Tamtéž, s. 37.

<sup>155</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 214.

<sup>156</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 37.

<sup>157</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 215.

instrukcím. Při opakování se postupně zvyšuje náročnost slov až po složitou větu.<sup>158</sup> Silnou stránkou tohoto testu je, že se výkony vyšetřované osoby dají kvantifikovat podle poměrně přesných kritérií, i když hodnocení spontánní řeči je problematické.<sup>159</sup>

**Kvalitativně orientované testy afázie** hodnotí způsob a kvalitu řešení dané úlohy. Zásadním aspektem je nejen, umí-li nebo neumí-li pacient danou úlohu řešit, ale především to, jaké jsou jeho odpovědi. Nejlepším příkladem teoreticky podloženého a v praxi rozšířeného přístupu je Lurijovo vyšetření afázie, které se opírá o syndromovou analýzu.<sup>160</sup> Hlavní filozofií Lurijova vyšetření bylo analýzou struktury symptomu a porovnáním různých syndromů detekovat faktor, jehož „výpadek“ způsobil rozpad celého funkčního systému. Přínos tohoto postupu spočívá v tom, že jím lze odhalit vnitřní mechanismus poruchy.<sup>161</sup>

**Testy orientované na funkční komunikaci osob s afázií** nehodnotí izolovaně jednotlivé řečové funkce. Cílem je zmapovat efektivitu komunikace navzdory existujícím poruchám fatických funkcí. Pacienti s afázií mohou totiž úspěšně komunikovat i tehdy, když je jejich řečová produkce velmi omezená.<sup>162</sup>

### 4.5.3. Diagnostické testy

V diagnostice se střetávají dva přístupy: „východní“ filosofie, která je orientována převážně kvalitativně, a „západní“, kterou charakterizuje psychometrický přístup. V nových testech či jejich modifikacích se aktuálně odrážejí nové pohledy na danou problematiku, což je velmi zřetelně vidět v množství funkčních testů.<sup>163</sup>

Většina autorů se shoduje ve struktuře testů, tj. v otázce, které oblasti řečové exprese a impresy se mají vyšetřovat. Vyšetření řeči afatika by se mělo zaměřit na vyšetření a hodnocení: spontánní řeči, porozumění řeči, opakování, pojmenování. Hodnocení může být komplexní jen tehdy, neomezí-li se pouze na mluvenou řeč, ale zahrne-li také psanou formu řeči (čtení, psaní).<sup>164</sup>

---

<sup>158</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 5

<sup>159</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 50.

<sup>160</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 37.

<sup>161</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 220.

<sup>162</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 38.

<sup>163</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 210.

<sup>164</sup> Tamtéž, s. 211.

### **Příklady některých diagnostických testů:**

**Boston Naming Test (BNT)**- diagnostikuje schopnost vyšetřované osoby pojmenovat 60 černobílých nakreslených objektů reprezentujících slova s postupně klesající frekvencí. Dojde-li při testování k nesprávnému pojmenování, které může být zapříčiněno špatnou percepcí obrázku, dostává vyšetřovaná osoba pomoc formou některé vizuální charakteristiky nakresleného objektu. Při selhání odpovědí, zhruba po 20 vteřinách, se nabízí fonémický klíč (první hláska nebo slabika slova).<sup>165</sup>

**Token Test**- původní verze se skládala z více než 100 instrukcí. Afatik měl manipulovat s různými geometrickými tvary různé formy, rozmanité velikosti a barvy. Rozsah informací se postupně zvětšoval. Informace nebyly redundantní, takže pacient mohl úlohu vyřešit jen v případě, dekódoval-li správně každý prvek instrukce. Později vznikly zkrácené varianty pouze s 36 položkami, které byly rozřazeny do pěti subtestů podle náročnosti. Každá správná odpověď je hodnocena jedním bodem, při opakování instrukcí jen 0,5 bodem.<sup>166</sup> V tomto testu může dojít k tomu, že problémy mohou mít i pacienti, kteří mají poruchy pracovní paměti, poruchy pozornosti či poruchy exekutivní funkce.<sup>167</sup>

**Bilingual Aphasia Test (BAT)**- tento test byl sestaven za účelem hodnocení afázie bilingvních pacientů. Byly sestaveny různé jazykové kombinace tohoto testu, například anglicko/španělská, anglicko/francouzská, anglicko/japonská verze. Ve všech verzích byla vždy zohledněna různá lexikální specifika daných jazyků.<sup>168</sup>

**Aachener Aphasia Test (AAT)**- jedná se o psycholingvisticky orientovanou metodiku diagnostiky afázie, která má tyto části: spontánní řeč, Token test (jeho revidovaná verze), opakování, psaná řeč, pojmenování, porozumění řeči. Tyto části testu slouží k diagnostickým cílům: klasifikace afázie do základních symptomů, hodnocení stupně poruchy, popis afázie z hlediska různých jazykových modalit. AAT je dnes nejrozšířenější diagnostický prostředek v německých jazykových oblastech.<sup>169</sup>

---

<sup>165</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 39.

<sup>166</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 217.

<sup>167</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 40.

<sup>168</sup> Tamtéž, s. 41.

<sup>169</sup> LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 215-216.

## 4.6. Terapie afázie

Zájem o poskytnutí systematické pomoci (terapie) vznikl především až po první a zejména druhé světové válce. Tyto dvě události přinesly velký počet pacientů s lokálním poškozením mozku, kteří ztratili schopnost komunikovat mluvenou řečí. Především po druhé světové válce vznikala na různých místech centra, kde se formovala pracoviště, z nichž se později vyvinuly jednotlivé afaziologické školy.<sup>170</sup>

Mimořádný rozvoj terapeutických směrů nastal v posledních třiceti letech minulého století, kdy se o terapii afatiků začali zajímat i neuropsychologové, neurolingvisté, foniatri, logopedi a jiní.<sup>171</sup> V oblasti terapie afázie nalezneme velké množství názorů, přičemž existuje určitá společná charakteristika, kterou je úsilí o vytvoření vědecky podloženého metodologického rámce, který se v literatuře formuluje jako „teorie terapie“. Jedná se o snahu formulovat jasné a teoreticky podložené principy, strategie a techniky terapie při afázii.<sup>172</sup>

Walter Huber, Luise Springer a Klaus Willmes definovali tři základní etapy terapie:

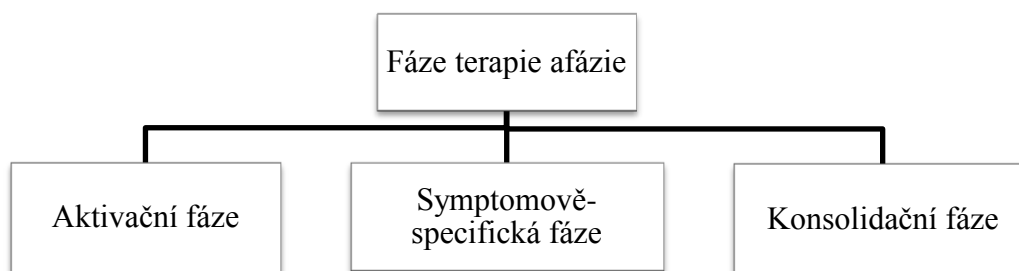


Schéma 2: Tři fáze terapie afázie<sup>173</sup>

1. **Aktivační fáze**-jejím cílem je podpořit obnovení dočasně narušených jazykových funkcí. Terapie má být zaměřena na funkční systémy, které byly dočasně utlumeny. Obecným terapeutickým cílem je aktivizace řeči pacienta pomocí technik přímě či nepřímé stimulace.
2. **Symptomově-specifická fáze**- zahajuje se po ukončení první fáze. Cílem je reedukace narušených lingvistických schopností, reaktivace narušených

<sup>170</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 203.

<sup>171</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 84.

<sup>172</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 204.

<sup>173</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 55.

jazykových modalit a reedukace kompenzačních lingvistických strategií. V této fázi se aplikují zejména lingvisticky orientované přístupy terapie.<sup>174</sup>

3. **Konsolidační fáze**- v této fázi jsou aplikovány postupy zaměřené na doplnění a udržování lingvistických znalostí znovuzískaných během předchozích fází. Pro tyto účely slouží postupy: trénink konverzace, používání gest a jiných neverbálních strategií.<sup>175</sup>

Mezi faktory ovlivňující reedukaci řeči patří:

- rozsah a lokalizace mozkové léze a z toho vyplývající typ a stupeň fatické poruchy;
- socioekonomický status pacienta (někdy i věk);
- časové stádium poruch- akutní, následné, stabilizované, chronické;
- sociální zázemí pacienta v chronickém stadiu.<sup>176</sup>

### **Akutní stádium**

V této fázi onemocnění, což jsou první dva až tři týdny od vzniku onemocnění, se klinický obraz afázie rychle mění.<sup>177</sup> Významnou roli proto tedy hraje logopedická péče, která se skládá s diagnostiky, především ale z poradenství a zahájení léčby. Důležitým úkolem logopeda je pomoci překonat komunikační bariéru mezi pacientem s afázií a jeho okolím, které je situací zasaženo.<sup>178</sup> Během hospitalizace v tomto období je úkolem klinického logopeda poskytnout nejen kvalitní terapii, ale zajistit i návaznost péče v dalším období po ukončení pobytu v zdravotnickém zařízení.

V posledních letech se k nám dostávají určité prvky tzv. **body therapy**, což je léčba těla, kdy je využíváno hmatových podnětů. Současně s cíleným slovním doprovodem je tedy možno stimulovat určité lokality těla. U tohoto typu terapie je důležitým faktorem mentální spoluúčast terapeuta.<sup>179</sup>

Terapie by měla být strukturovaná podle stavu pacienta, systematická, a pokud to stav dovolí, intenzivní. Může být využito některých neverbálních technik, mezi které patří i práce s dechem, stimulace doteky a další podpůrné stimulace. Terapeut musí mít na

---

<sup>174</sup> Tamtéž, s. 55.

<sup>175</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 55.

<sup>176</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 168.

<sup>177</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 206.

<sup>178</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 56.

<sup>179</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 168.

paměti, že k dospělému pacientovi se nikdy nesmí chovat jako k dítěti, i když někdy může afatiky dítě připomínat.<sup>180</sup>

### **Chronické stadium**

V tomto stadiu, které nastává po letech od vzniku onemocnění, má důležitou funkci i z hlediska řeči pravá hemisféra. Nové výzkumy potvrzují zjištění z praxe, že pozitivních změn obrazu se můžeme dočkat i několik let po vzniku mozkového onemocnění. Jedná se především o nerecidivující poškození mozku, nikoli například o demenci.<sup>181</sup>

V chronické fázi reedukace lze aplikovat terapii individuální nebo skupinovou. Při skupinové terapii se využívá získaných komunikačních dovedností z předchozích fází reedukace. Individuální terapie rozvíjí dále ty druhy komunikace, které pacient nejvíce potřebuje a u nichž je možné očekávat alespoň mírné zlepšení.<sup>182</sup>

Významné místo v tomto stadiu onemocnění zaujímá rodina pacienta. Hybnost pacienta je narušena natolik, že není schopen docházet na terapii a musí ho někdo z rodiny dovézt a doprovodit. U těžkých typů afázie je pomoc rodinného příslušníka při reedukaci předpokladem úspěšné terapie.<sup>183</sup>

#### **4.6.1. Terapeutické směry terapie afázie**

V současné době se v afaziologii vyskytují dva dominující terapeutické směry. Jsou jimi přístupy kognitivně-neuropsychologické a funkcionálně (pragmaticky) orientované terapie.<sup>184</sup> V prvním případě se jedná o přístup zaměřený na obnovení nebo kompenzaci jazykových procesů a procesů s ním spojených. Pragmaticky orientovaný přístup vychází z toho, že afázie má za následek neefektivní používání jazykových schopností v přirozeném kontextu. V tomto případě je zdůrazňován více komunikační kontext než lingvistický obsah.<sup>185</sup>

---

<sup>180</sup> Tamtéž, s. 170.

<sup>181</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 206.

<sup>182</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 170.

<sup>183</sup> Tamtéž, s. 171.

<sup>184</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 85.

<sup>185</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 212.



#### **4.6.1.1. Kognitivně-neuropsychologický přístup**

Cílem kognitivní psychologie a kognitivní neuropsychologie je odhalit zákonitosti fungování kognitivních procesů v normě. Jednou z možností dosažení cíle je zkoumání a analýza výkonů lidí, u nichž se z různých důvodů tyto procesy narušily. Kognitivně-neuropsychologický přístup vychází z modulární koncepce kognitivních procesů. Moduly tvoří na jedné straně jakýsi sklad informací, na druhé straně jsou místem, kde se tyto informace zpracovávají.<sup>186</sup>

Při vyšetření dochází k určení předpokládaného místa léze, identifikace neporušených a narušených modulů. Z tohoto vyšetření vychází logoped při plánované terapii. Znamená to tedy, že logoped má na základě výsledků diagnostiky připravit sérii úloh (hierarchizované od nejtěžších k nejjednodušším, založené na opakování), připravit stimulační materiál (obrázky, slova na kartičkách, apod.) a definovat strategie, které budou při terapii použity.<sup>187</sup>

V našich podmínkách se s tímto přístupem setkáváme zřídka. Jedním z důvodů může být i fakt, že dodnes tyto přístupy nemají k dispozici definitivní model terapie vyšších psychických funkcí.<sup>188</sup>

#### **4.6.1.2. Pragmaticky orientovaný přístup**

V pragmatickém (funkčním) přístupu se jedná o zlepšení funkční komunikace osob s afázií v každodenní komunikaci. Terapie není orientována na izolované jazykové deficity, ale jejím cílem je zmírnit důsledky těchto narušení na komunikaci jako celek.<sup>189</sup>

Pragmatický směr vychází z předpokladů, že je důležité afatika co nejdříve zařadit do fungování společnosti, poskytnout mu adekvátní možnost komunikace a učinit ho soběstačným.<sup>190</sup> Pro pacienta s chronickou afázií se stává sociální izolace faktorem, který významně limituje jeho možnosti dalšího rozvíjení.<sup>191</sup> Oproti ostatním jazykovým

---

<sup>186</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 213.

<sup>187</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 66.

<sup>188</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 85.

<sup>189</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 67.

<sup>190</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 85.

<sup>191</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 67.

rovinám (fonologické, lexikální, gramatické) jsou pragmatické schopnosti pacientů s afázií poměrně dobře zachovány.<sup>192</sup>

Neumožní-li se těmto pacientům účast na různých aktivitách, omezujeme jim příležitosti, aby mohli projevit svou kompetenci. Snaha rodiny udělat všechno za pacienta (odpovídat, rozhodovat za něj, apod.) přivodí stav, který nazýváme naučenou pasivitou. Pacient se po kratší či delší době smíří s tím, že i o otázkách, které se ho osobně týkají, rozhodují jiní.<sup>193</sup>

Terapeut se při terapii snaží u afatiků podpořit užívání úspěšně používaných komunikačních strategií. Snaží se eliminovat strategie, které se projeví jako kontraproduktivní, a učit strategie, které nejsou v repertoáru pacienta. V pragmatické terapii je pacient aktivní při stanovení cílů, výběru úkolů. Během komunikace pacient, podobně jako při přirozené konverzaci, mění roli produktora a recipienta informace.<sup>194</sup>

Při terapii se akceptuje každý způsob dorozumívání (mluvenou řečí, psaním, kresbou, gesty anebo jejich kombinací) i agramatická produkce, fonologická parafázie. Cirkumlokace<sup>195</sup> jsou akceptovány a tolerovány, je-li informace ze strany recipienta pochopena správně.<sup>196</sup>

Pragmatický přístup v intervenci pacientů s afázií byl a je často realizován v našich podmínkách intuitivně. Logopedi se posouvají do roviny, kde jejich pozornost už není zaměřena na některý specifický deficit (porucha pojmenování aj.), ale snaží se najít kompenzační komunikační strategie, jimiž se zmírní handicap způsobený afázií.<sup>197</sup>

#### **4.6.2. Metody a techniky terapie afázie**

Metod a technik terapie afázie je nesčetně, proto níže bude uvedeno pouze několik typů.

- 1. Skupinová terapie-** Navzdory tomu, že v historii terapie afázie jednoznačně převládala individuální terapie nad skupinovou, v posledním období je znát posun směrem ke skupinové terapii.<sup>198</sup> Skupinová terapie přirozeně povzbuzuje spolupráci mezi jejími členy, čímž posiluje pragmatické zručnosti, jako např.

---

<sup>192</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 223.

<sup>193</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 67.

<sup>194</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 223.

<sup>195</sup> Opis hledaného výrazu, slova, termínu, jména.

<sup>196</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 224.

<sup>197</sup> Tamtéž, s. 228.

<sup>198</sup> Tamtéž, s. 228.

výměna rolí (produktora-recipient), iniciování komunikace a další. Dalším pozitivem je nabízení širšího okruhu komunikačních partnerů a přirozené komunikační akty jako během individuální terapie. Dále posiluje psychosociální začlenění svých členů tím, že nabízí takové podpůrné prostředí, v němž je výrazně posilována komunikace.<sup>199</sup>

2. **Muzikoterapie-** Vyšetření, které pacient podstupuje, je pro něj traumatizující a to především, když si uvědomí, co vlastně všechno nezvládá. Hudba pomáhá odstraňovat únavu, navozuje pocit pohody a vzájemné důvěry mezi pacientem a terapeutem. Často je pacient schopen, na základě jemu předezpívané melodie, vybavit si text písně, kterou zpíval v mládí (jednoduché písně typu *Já do lesa nepojedu, Pec nám spadla* atd.). Dokáže také zazpívaná slova aplikovat při spontánní řeči (např. píseň *Černé oči* využije při pojmenování části těla)<sup>200</sup>
3. **Terapeutický postup PACE-** název vznikl z anglického *Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness* (podpora efektivity komunikace osob s afázií).<sup>201</sup> V terapii jde o modelování přirozené komunikační situace, v níž dochází k výměně nové informace, přirozenému střídání rolí, volnému výběru komunikační modality (mluvená řeč, psaní, gesta, kreslení apod.), přirozené zpětné vazby při porozumění informaci. Často jsou používány obrázky jako stimulační materiál. Informace znázorněné na obrázku mají být pacientem verbalizovány buď nahlas, nebo psanou formou. Kromě individuální terapie se velmi často používá v rámci skupinové terapie klientů s afázií.<sup>202</sup>
4. **Intenzivní terapie-** tento požadavek terapie afázie předpokládá téměř každodenní stimulaci pacienta. Frekvence a charakter terapeutických sezení se liší v akutním stadiu od stadia chronického.<sup>203</sup>

---

<sup>199</sup> LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*, s. 229.

<sup>200</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 171.

<sup>201</sup> CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*, s. 136.

<sup>202</sup> Tamtéž, s. 139-140.

<sup>203</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 172.

#### 4.7. Prognóza

Prognóza je vždy ovlivněna několika faktory. Vždy záleží na rozsahu a místě poškození mozku. Velmi důležitým faktorem je i postoj pacienta, jeho odhodlání svůj stav zlepšit. Lepší prognózu mají pacienti s expresivní afázií. Horší výsledky mají pacienti s percepční a globální afázií.<sup>204</sup>

U pacientů s poškozením mozku po cévní mozkové příhodě hraje mimo příčiny a místa poškození mozku neméně důležitou roli i socioekonomický status a vzdělání pacienta. Velmi důležitým činitelem je samotný postoj pacienta k nemoci. Rozhodující je důvěra nemocného v terapeuta, který by měl udělat vše pro mobilizaci pacientova psychického stavu a tím i pozitivní postoje k nemoci a uzdravení. U pacientů s fatickou poruchou po zánětlivém onemocnění mozku je prognóza poměrně dobrá. Někdy zůstávají doznívající paměťové obtíže.<sup>205</sup>

Pacienti s poraněním mozku po úraze procházejí dlouhodobou rehabilitací, na níž se podílí mnoho odborníků, kteří vzájemně koordinují svou činnost (neurochirurg, neurolog, zdravotní sestry, ošetrovatelky, rehabilitační lékař, klinický logoped, fyzioterapeut apod.). Je velmi těžké určit s jistotou prognózu jednotlivých poranění hlavy. Často obdobný typ poranění vyvolává stejný klinický obraz, ale důsledky v konečném zdravotním stavu pacienta jsou různé. Velmi záleží také na poskytnutí první pomoci po úraze i na včasnosti zahájení specializované péče.<sup>206</sup>

#### 4.8. Dětská afázie

U dětí se vyskytuje dětská vývojová afázie. Jedná se o postižení řeči ještě nehotové, kdy vývoj řeči nebyl ještě ukončen.<sup>207</sup> Příznaky jsou individuálně rozdílné podle toho, v které vývojové fázi řeči byla centrální nervová soustava postižena, dále jakým způsobem a v jakém rozsahu se léze vyskytla. Kromě toho se příznaky řídí i podle rozumové vyspělosti dítěte a podle způsobu výchovy.<sup>208</sup> Dětská afázie vzniká jako náhlé přerušení a poškození dosud normálně se vyvíjející centrální nervové soustavy. Příčiny podobné jako u dospělých- trauma, zánětlivá onemocnění mozku, intoxikace

---

<sup>204</sup> *Logoped Online* [online]. [cit. 2017-03-09]. Dostupné z:

<http://www.logopedonline.cz/vady-rci/afazie.html>

<sup>205</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 173.

<sup>206</sup> Tamtéž, s. 173.

<sup>207</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 86.

<sup>208</sup> Tamtéž, s. 87.

mozku, nádorové onemocnění. U dětí nebývá tak častou příčinou cévní mozková příhoda, nejčastější příčinou bývají úrazy mozku.<sup>209</sup>

Na rozdíl od dospělých, dochází ke ztrátě schopnosti komunikovat u dětí od 6 let. Významnými symptomy dětské afázie jsou poruchy plynulosti řeči, hledání slov, poruchy artikulace. Ve školním věku dochází k poruchám čtení a psaní.<sup>210</sup>

Symptomy dětské afázie se dělí následovně podle zvláštností projevujících se v různých věkových obdobích:

- a) 2-3 roky- nejprve se projeví úplná ztráta řeči, poté dochází k osvojení řeči znovu a rychleji,
- b) 3-4 roky- projevuje se individuální smíšená obraz poruch při afázii,
- c) 4-10 let- výskyt globální nebo smíšené senzomotorické afázie.

V rámci reedukace afázie u dětí, které měly diagnostikovánu afázii, se ještě několik let po poškozující události mohou i při pozitivním průběhu projevovat problémy v komunikaci. Děti mívají problémy v oblastech hledání správných slov, diferencovanější a abstraktnější slovní zásoby, formulaci a strukturování vyprávění a částečně porozumění komplexním strukturám a obsahům a schopnosti porozumět symbolům své řeči. Následkem organického postižení mozku dochází často u afatiků k osobnostním změnám a ke změně chování (úzkost, regrese, depresivní nálada, narušené sebehodnocení, snížená ochota komunikovat).<sup>211</sup>

Životní situace dětí s afázií se mění. Buď potřebují speciální zařízení, které bude vhodné pro jejich postižení, nebo ztrácí na základě onemocnění a rehabilitace tolik času, že samy po návratu do původní školy ztrácí kontakt se svými vrstevníky. Pokud se děti stížené afázií dostanou do kontaktu s bývalými kamarády, poznají, že s nimi už v mnoha oblastech nemohou držet krok, což může vést k problémům se sebevědomím.<sup>212</sup>

---

<sup>209</sup> ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2, s. 147.

<sup>210</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 87.

<sup>211</sup> KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*, s. 88.

<sup>212</sup> Tamtéž, s. 89.

## **II. Praktická část**

Praktická část bakalářské práce se věnuje dvěma kazuistikám afatiků. V rámci této části byla kontaktována klinická logopedka, která si nepřeje být jmenována. Kazuistika měla být založena na osobním přihlížení sezení, při kterých se logoped věnuje pacientům. Nebylo tomu však ze strany klinické logopedky vyhověno kvůli obavám, že nelze s jistotou posoudit, zda pacienti rozumění mé účasti na své terapii a byli by ji schopni potvrdit.

Následující kazuistiky tedy probíhaly formou rozhovoru s logopedkou. Je nutné zmínit, že s ohledem na lékařské tajemství není možné poskytnutí testů daných pacientů, které jsou využívány při vyšetřování. Ze stejného důvodu nebudou pacienti jmenováni, uvedeny budou pouze ročníky narození a pohlaví pacienta.

## 5. Kazuistiky

### 5.1. Kazuistika

Prvním pacientem je žena, která se narodila v roce 1958 a v současné době podstupuje reedukaci řeči v ambulantní péči. Na svá sezení dochází pravidelně jednou až dvakrát týdně. Afázie se u ní objevila po prodělání cévní mozkové příhody s ischemickým ložiskem, která zapříčinila lehkou pravostrannou hemiparézu (částečné ochrnutí jedné poloviny těla, které je způsobeno některými neurologickými onemocněními). Pacientce byla rovněž diagnostikována anomická afázie.

Při počátečních vyšetřeních byla plynulost řeči výrazně ovlivněna hledáním slov nebo jejich popisem, kdy si pacientka neuměla vzpomenout na konkrétní slovo. Při popisu slov se dopouštěla komolení, kterého si byla plně vědoma a snažila se jej napravit. Ve spontánní řeči se vyskytovaly části slov, nejčastěji první slabika slova.

Kvůli pravostranné hemiparéze se od počátku u pacientky projevovala apraxie (ztráta schopnosti koordinování pohybu) mluvidel. Ztráta schopnosti koordinování pohybu se projevila i u pravé ruky, především se jednalo o psaní, kdy se tempo psaní znatelně zpomalilo. U pacientky se neobjevily žádné problémy při porozumění řeči. Rovněž schopnost opakování nebyla žádným způsobem ovlivněna, pacientka byla schopna zopakovat i víceslovnou větu.

Cílem terapie se tedy stala stimulace lexikálního vyhledávání slov z mentálního slovníku a soustředění se na poruchy v mluveném i písemném projevu. U pacientky byla logopedkou zavedena léčba zahrnující třídění obrázků podle počátečních hlásek slov, dechová cvičení, muzikoterapie, řízený rozhovor a masáže, které jsou zaměřené na ochablé svalstvo ústní dutiny. V rámci domácího cvičení logopedka poskytla pacientce sadu obrázků užívaných při terapii v ambulanci.

Podle slov ošetřující logopedky se jedná o velmi snaživou a ctižádostivou pacientku. Na terapii dochází vždy velmi dobře připravená a jsou znatelné jisté pokroky.

## 5.2. Kazuistika

Druhá kazuistika je zaměřena na pacientku, která se narodila v roce 1942. Pacientka byla v lednu roku 2013 přijata na oddělení JIP s podezřením na cévní mozkovou příhodu. Podezření se potvrdilo a pacientce byla diagnostikována ischemická cévní mozková příhoda lokalizovaná v levém předním laloku, v důsledku které došlo k paréze (částečná neschopnost nebo větší slabost aktivního volního pohybu) pravé horní končetiny a plegii pravé dolní končetiny. Dalším pozůstatkem mozkové příhody se stal lehčí stupeň nonfluentní Brocovy afázie.

Vyšetření logopedem proběhlo 4 měsíce po mozkové příhodě. Při počátečních vyšetřeních se objevovalo rozsáhlé narušení plynulosti řeči a výrazně zpomalené tempo vyjadřování. I přes tento fakt se pacientka snažila realizovat řeč a komunikovat. Další problém představovala neschopnost správně gramaticky tvořit slova a věty (agramatismus), proto se pacientka snažila vytvářet pouze krátká slovní spojení. Při opakování neměla pacientka poměrně žádné potíže. Pojmenování bylo narušeno ulpíváním na určitých slovech. Kvůli paréze pravé horní končetiny byl psaný projev problematičtější. Pacientka měla problém se správnou koordinací ruky, proto se písmo jevílo těžkopádné a hůře čitelné. Porozumění bylo poměrně dobré, nevyskytoval se žádný problém s dekodováním konkrétních izolovaných slov a jednodušších vět. Jediný problém s porozuměním nastal u syntakticky složitějších vět.

Cílem terapie se stala především plynulost projevu a vytváření komunikačních situací potřebných v přirozené komunikaci. Pacientka při každém sezení procvičovala 10-12 slov, což pacientce nečinilo po delší době problémy. Postupem času se počet slov zvyšoval, až došlo k procvičování celých frází a jednoduchých vět, které jsou běžné pro dorozumívání se v běžné konverzaci. Dále byla terapie zaměřena na trénování svalstva ústní dutiny a kognitivních funkcí (např. paměť, pozornost, rychlost zpracování informací).

Během terapie došlo k měsíční hospitalizaci pacientky, čímž došlo k přerušení terapie. V současné době opět pravidelně navštěvuje ambulanci klinické logopedky pravidelně jednou týdně. Dle mínění ošetřující logopedky učinila pacientka velký pokrok v terapii. Tempo řeči je podstatně rychlejší a v rámci procvičování vět se pacientka posunula k syntakticky složitějším větám.



## **Závěr**

V bakalářské práci jsme se věnovali otázkám poruch řeči, především jsme se zaměřili na afázii. Teoretická část je kompletně podložena informací z odborné literatury. V první části byly okrajově popsány vědní disciplíny logopedie a neurolingvistika, které úzce souvisejí s poruchami řeči a především s afázií.

Následně byla rozpracována jednotlivá narušení komunikačních schopností. Nejprve jsme se věnovali diagnostice a jejím cílům. Dále byly ve výčtu zmíněny jednotlivé druhy narušení komunikačních schopností a pomůcky, které napomáhají při léčbě těchto narušení. Následovalo shrnutí příčin vzniku a jeho rozdělení. Dále jsme se věnovali jednotlivým charakteristikám narušení. Společně s charakteristikou byla zmíněna příčina jejich vzniku, příznaky a následná terapie.

Druhá část teoretické práce byla věnována samostatné afázii. Věnovali jsme se teoretickým poznatkům a definicím. Nejprve byl vymezen samotný pojem afázie, dále nejčastější příčiny vzniku a symptomy. Následovala podrobná klasifikace afázie, diagnostika afázie a terapeutické metody. Samostatná kapitola byla věnována dětské afázii.

Na teoretickou část navázala část praktická, ve které došlo k navázání kontaktu s klinickým logopedem. Kontaktováno bylo pět logopedek, které působí v Českých Budějovicích a v okrese Jindřichův Hradec. Bohužel jejich spolupráce nebyla možná kvůli časové vytíženosti a nevoli spolupracovat se studentem nestudujícím logopedii. Spolupráci nakonec navázala klinická logopedka, která si nepřeje být jmenována. Na základě rozhovoru s touto logopedkou vznikly dvě kazuistiky, jež se staly součástí praktické části. Na základě lékařského tajemství, jemuž podléhají informace o pacientech, nebylo možné se přímo účastnit sezení s pacienty, ani je konkrétně jmenovat v bakalářské práci. Kazuistiky se věnují dvěma pacientům, kteří si prošli cévní mozkovou příhodou, která se stala příčinou vzniku afázie. Na jejich případech můžeme pozorovat průběh poruchy a její následnou terapii.

Závěrem bychom rádi dodali, že afázie je velmi závažnou poruchou řeči, která se může projevovat v různých stupních, v různém věku a s různými příznaky.

## Seznam použité literatury

1. CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
2. ČERNÝ, Jiří. *Malé dějiny lingvistiky*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-908-9.
3. KIML, Josef. *Afasie a reedukace řeči: foniatrická studie*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969.
4. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.
5. LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
6. LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.
7. LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitóriium : teoretická východiska súčasnej logopedie, moderné prístupy*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
8. LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
9. LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
10. NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.
11. SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*. V Praze: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. Knihnice speciální pedagogiky.
12. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-340-6.

## Internetové zdroje

1. Lehečková, Helena. *Neurolingvistika: předmět, metody a historie*. Slovo a slovesnost [online]. 1984, roč. 45, č. 2, s. 154-157[cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://sas.ujc.cas.cz/archiv.php?lang=en&art=2960>.
2. *Logoped Online* [online]. [cit. 2017-03-09]. Dostupné z: <http://www.logopedonline.cz/vady-rci/afazie.html>.
3. *Nový encyklopedický slovník češtiny* [online]. [cit. 2017-02-27 ]. Dostupné z: <https://www.czechency.org/slovník/NEUROLINGVISTIKA>.
4. *Sensagent-slovník* [online]. [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://dictionary.sensagent.com/neurolingvistika/cs-cs/>.