



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

# Narušené komunikativní schopnosti u dospělého člověka

Vypracovala: Zuzana Štecherová

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

České Budějovice 2018

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Mileně Noskové, Ph.D. za cenné rady, odborné vedení, pomoc a ochotu. Chtěla bych také poděkovat logopedce Mgr. Ivě Kloučkové z Kutné Hory za čas a spolupráci při řešení výzkumné části.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou 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 19. června 2018

.....

Zuzana Štecherová

## **Anotace**

Tématem bakalářské práce jsou narušené komunikativní schopnosti u dospělého člověka. Bakalářská práce bude rozdělena do dvou hlavních částí, na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se bude věnovat všeobecným logopedickým otázkám. Část druhá, empirická, bude zpracována na základě rozhovoru s klinickým logopedem a také s dospělými lidmi, kteří mají narušenou komunikační schopnost. Cílem této práce bude poukázat na to, že NKS se nevyskytují pouze u dětí, tato problematika se týká i dospělých jedinců, kteří navštěvují logopedickou ordinaci.

**Klíčová slova:** Logopedie, komunikace, vady řeči, dospělí lidé

**Abstract**

The topic of the bachelor thesis is impaired communicative abilities of an adult person. The bachelor thesis will be divided into two main parts, the theoretical part and the research part. The theoretical part will deal with general logopaedic problems. The second part, empirical, will be based on an interview with a clinical speech therapist as well as with adults who have impaired communication abilities. The aim of this thesis is to point out that impaired communicative abilities do not only occur in children, but this problem also applies to adults who attend a logopaedic surgery.

**Key words:** speech therapy, communication, speech defect, adults

## OBSAH

ÚVOD .....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 Logopedie.....	9
2 Pojem komunikace.....	9
3 Základní složky jazykového kódu .....	10
4 Řečový projev.....	10
5 Řečová komunikace .....	11
6 Narušená komunikační schopnost.....	11
6.1 Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti .....	12
6.2 Metody logopedické terapie.....	12
6.3 Pomůcky a přístroje v logopedické diagnostice .....	13
6.4 Specifika diagnostiky narušení komunikační schopnosti u dospělých .....	14
7 Charakteristika jednotlivých kategorií narušené komunikativní schopnosti.....	14
7.1 Afázie.....	14
7.1.1 Klasifikace afázie .....	15
7.1.2 Brocova afázie .....	15
7.1.3 Transkortikální motorická afázie .....	16
7.1.4 Globální afázie .....	16
7.1.5 Wernickeho afázie .....	16
7.1.6 Transkortikální smíšená afázie.....	17
7.1.7 Kondukční (centrální) afázie .....	17
7.2 Mutismus .....	17
7.3 Kóktavost .....	18
7.3.1 Příznaky v řeči .....	20
7.3.2 Logopedická diagnostika.....	21
7.3.3 Chronická kóktavost.....	23
7.4 Breptavost.....	24
7.4.1 Příznaky breptavosti .....	25
7.4.1 Diagnostika breptavosti .....	26

7.5 Rinolalie (huhňavost) .....	27
7.6 Poruchy hlasu.....	28
7.6.1 Organické poruchy hlasu .....	28
7.6.1 Funkční poruchy hlasu .....	30
7.7 Dysartrie.....	31
7.7.1 Příčiny dysartrie .....	31
7.7.2 Jednotlivé typy získané dysartrie u dospělých osob.....	32
7.8 Dyslalie .....	34
7.9 Narušení grafické stránky řeči .....	36
II EMPIRICKÁ ČÁST .....	39
8. Kazuistiky .....	39
8.1. Kazuistika .....	39
8.2. Kazuistika .....	40
8.3 Kazuistika .....	41
ZÁVĚR.....	42
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	43

## ÚVOD

Řeč je součástí každého člověka. Naše mluva je jedinečná, charakterizuje naši osobnost a zároveň nás odlišuje od ostatních lidí. Řeč rovněž slouží ke vzájemnému dorozumívání mezi lidmi ve společnosti. Je proto nezbytné, abychom se vyjadřovali srozumitelně, aby nám ostatní dobře rozuměli. Ne všichni disponují správnou řečí – většina z nás má ve svém okolí někoho, kdo trpí narušenou komunikační schopností.

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a na část empirickou. V teoretické části nejprve objasníme základní pojmy týkající se komunikace a problematiky narušení komunikativní schopnosti. V následujících kapitolách budou jednotlivě charakterizovány vady řeči. Část teoretická bude pojednávat hlavně o afázii, mutismu, koktavosti, breptavosti, rinolalii, poruchách hlasu, dysartrii, dyslálii a také o narušení grafické stránky řeči.

Druhá část, empirická, se bude věnovat třem kazuistikám. S pacienty byl veden polostrukturovaný rozhovor v prostředí jedné konkrétní logopedické ordinace. Bude zmíněna jejich diagnostika, průběh léčby, obtíže a současné problémy, které pacienty sužují.

Cílem této práce je upozornit na skutečnost, že v současné době stále narůstá počet lidí, kteří mají nějaký problém se svojí mluvou. Logopedické ordinace nenavštěvují pouze pacienti v dětském věku, nýbrž i dospělí lidé, kteří chtějí na svých komunikačních schopnostech pracovat a postupně je zlepšovat pod vedením odborníka. V dospělém věku záleží především na osobní motivaci člověka.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Logopedie

Název logopedie je složen ze dvou řeckých slov: *logos* – slovo a *paidea* – výchova. Logopedie je speciálně - pedagogická věda. Má mnoho společného s obecnou pedagogikou, ale váže se i k ostatním oborům speciální pedagogiky. Zabývá se výchovou lidí s narušenou komunikační schopností a také prevencí narušení. Současná logopedie se nezaměřuje pouze na jedince v dětském věku, jak si mylně veřejnost myslí, ale zabývá se problematikou narušené komunikativní schopnosti u osob všech věkových kategorií, tzn. dětí, adolescentů, dospělých jedinců, i starých lidí (Klenková, 2006).

Logopedie se zabývá patologickou stránkou procesu komunikace, má tedy vztah i k ostatním oborům. Z medicínských oborů jsou to foniatrie, pediatrie, neurologie, plastická chirurgie, psychiatrie. Z oborů psychologie například vývojová psychologie, nebo psychopatologie, dále jazykovědní obory – fonetika a fonologie. Trvale významnými jsou poznatky z neurolingvistiky, psycholingvistiky a genetiky. Za zakladatele naší logopedie je považován Miloš Sovák, který společně s německým kolegou Beckerem považují logopedii za disciplínu průřezovou, to tedy znamená, že se tato disciplína nachází mezi medicínou a pedagogikou (Klenková, 2006).

## 2 Pojem komunikace

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicatio*, které lze přeložit jako spojování, sdělování nebo přenos. „*Komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.*“ (Klenková, 2006, s. 25).

Komunikace výrazně ovlivňuje naši osobnost, hraje důležitou roli v mezilidských vztazích a je prostředkem vzájemných vztahů. V širším slova smyslu lze komunikaci vymezit jako symbolický výraz *interakce*, tj. oboustranné a vzájemné působení mezi dvěma nebo více systémy. Komunikaci, jiným slovem dorozumívání, lze chápat jako složitý proces výměny informací. Základem komunikačního procesu jsou čtyři složky, které se navzájem ovlivňují. Jsou jimi:

- *komunikátor* – osoba, která sděluje něco nového, zdroj informace
- *komunikant* – osoba, která informaci přijímá, nějakým způsobem na ni reaguje
- *komuniké* – obsah sdělení
- *komunikační kanál* – nepostradatelná podmínka úspěšné výměny informací, předem musí používat dohodnutý kód, aby si obě strany rozuměly (Klenková, 2006).

Cílem komunikačního procesu je vzájemné dorozumívání a předávání informací. Komunikační schopnost patří k jedné z nejdůležitějších lidských schopností (Klenková, 2006).

### 3 Základní složky jazykového kódu

- *Sémantická* – zahrnuje význam a rozsah částí jazykového kódu, u verbálního kódu především rozsah a výbavnost aktivní a pasivní slovní zásoby.
- *Syntaktická* – zahrnuje adekvátní strukturu větších celků – stavby vět a souvětí.
- *Fonologická* – týká se abstraktní lingvistické úrovně individuálního zvukového systému, kterým je jazykový kód realizován. V orální řeči je důležitá rozlišovací hodnota jednotlivých fonémů.
- *Pragmatická* – věnuje se užití jazyka v sociální komunikaci a efektivitě jeho užití nebo možnosti individuálního výběru slov a jiných částí jazykového kódu (Neubauer a kol., 2007).

### 4 Řečový projev

Jazykový a znakový obsah komunikace se neobejde bez přiměřené fyzikální realizace jazykové produkce. Lidský jazykový produkt je kompaktní jen při bezchybné interakci obou těchto komponentů. Řeč je fyzikální realizací jazyka, jedná se o užití signálů, které vznikají lidskou respirací, artikulací, fonací a rezonancí. Pro užití řečových signálů jsou klíčové jejich akustické a auditorní znaky. Vokální trakt, kde vzniká lidská řeč, má dvě základní modifikace ve využití. Jsou to funkce jako dýchání, příjem potravy, tak i funkce zvukové, které jsou nezbytné pro lidskou komunikaci (Neubauer a kol., 2007).

## 5 Řečová komunikace

Problematiku mezilidské komunikace zkoumají jazykovědné a psychologické disciplíny, jejichž spojením vznikla oblast psycholingvistického výzkumu řečové komunikace. Výsledky a východiska tohoto výzkumu jsou již po dlouhou dobu součástí diagnostických a terapeutických snah v oblasti neurogeních poruch řečové komunikace. Systém dělení poruch řečové komunikace má za cíl odhalit příčiny vzniku poruchy a stimulaci určité oblasti komunikačních schopností a přispívat procesu řečové komunikace jako vícemodálního jevu.

Dělení přijímá přítomnost:

- motorických řečových poruch,
- poruch kognitivně – komunikačních schopností,
- poruch na bázi percepční bariéry,
- motorických řečových poruch (Neubauer a kol., 2007).

## 6 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost je základním termínem současné logopedie. Definovat tento pojem není lehké. Velmi problematické je již samotné vymezení toho, co považujeme za normu, a kdy už můžeme hovořit o narušení. Jsou zde určité jazykové zvláštnosti, např. jiná výslovnost vibrant v češtině a němčině, odlišné tempo řeči v naší zemi a v Japonsku nebo typické nosové zabarvení francouzštiny. Pokud máme v úmyslu hodnotit, jestli má dotyčná osoba narušenou komunikační schopnost, musíme vždy brát v úvahu to, v jakém jazykovém prostředí žije (jižní Morava, střední Čechy, Ostravsko, jižní Čechy), jaké má osoba dosažené vzdělání, jestli je mluvním profesionálem (moderátor, učitel, herec). Nelze se orientovat jen na narušenou formální stránku řeči, musíme brát zřetel na všechny roviny jazykových projevů člověka (Klenková, 2006).

Lechta (1990, 1995, 2003) ve své knize definuje narušenou komunikační schopnost takto: *„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko – fonologickou, syntaktickou,*

*morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“*

## **6.1 Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti**

Při dělení příčin se využívá časové a lokalizační hledisko. Z hlediska časového mohou být příčiny:

- prenatalní (období před narozením)
- perinatální (během porodu)
- postnatální (po narození)

Z lokalizačního hlediska se k nejčastějším příčinám řadí aberace chromozomů, genové mutace, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů (poruchy rozumění řeči), poškození centrální části (narušení nejvyšších řečových funkcí), poškození efektorů (poruchy řečové produkce), působení nevhodného, nestimulujícího prostředí, které vede např. k opožděnému vývoji řeči dítěte, dále narušení sociální interakce, kdy může docházet k poruchám psychotické povahy. Podle stupně můžeme rozdělit narušenou komunikační schopnost úplnou (totální) nebo částečnou (parciální). Osoba, která má narušenou komunikační schopnost, si svůj handicap uvědomuje, ale také nemusí (např. breptavost) (Klenková, 2006).

## **6.2 Metody logopedické terapie**

Metody logopedické terapie lze na základě jejich vymezení rozdělit na:

- stimulující - nerozvinuté a opožděné řečové funkce
- korigující - vadné řečové funkce
- redukující - ztracené nebo zdánlivě ztracené řečové funkce

Logopedickou terapii v širokém pojetí můžeme charakterizovat jako specifickou aktivitu, která se realizuje specifickými metodami, ve specifické situaci záměrného učení. Jde o tzv. řízení učení, které probíhá pod záměrným řízením a kontrolou logopeda v podmínkách logopedických zařízení, popřípadě i mimo ně. Může ho realizovat i sama osoba s narušenou komunikační schopností, resp. s příbuznými, pod pohledem logopeda. Během logopedické terapie lze použít všechny druhy takto

chápaného učení, např. učení podmiňováním, resp. operační podmiňování a to při rozvíjení motoriky orofaciálního systému, percepčně – motorické učení, např. při psaní, verbálním učení, pojmovém učení, učení řešení problémů, apod. (Lechta a kol., 2005).

### 6.3 Pomůcky a přístroje v logopedické diagnostice

V současné logopedické praxi se při diagnostice narušené komunikační schopnosti používá mnoho typů pomůcek. Pomůcky logoped volí s ohledem na druh narušení komunikační schopnosti, rozsahu postižení, věku klienta apod. Tyto pomůcky se stále zdokonalují a vznikají nové elektronické výukové programy. Nově vzniklé pomůcky je možné zařadit do následujících skupin:

- *stimulační* – které dítě stimulují a podněcují k napodobení hlasů, zvuků (hudební nástroje, zvukové hračky, foukadla apod.)
- *didaktické* – soubory logopedických říkanek, povídek, soubory obrázků k diagnostice a následnému procvičení výslovnosti jednotlivých hlásek, čtecí tabulky atd.
- *motivační* – hračky, předměty nebo hry, které podněcují dítě k tomu, aby spolupracovalo s logopedem
- *podpůrné* – logopedické sondy, rotavibrátory, špachtle, přístroje, které využívají zpětnou vazbu – tzv. Lee efekt
- *derivační* – pomůcky, které jedince odvracejí od pozornosti vlastního mluvního projevu (např. užití bílého šumu, metronomu u balbutiků)
- *názorné* – přístroje názorně ukazující kvalitu zvuku, který osoba s narušenou komunikační schopností produkuje – nesprávnost, či správnost, přístroje zachycující výšku hlavy, intonaci, analyzátory zvuků apod.
- *registrační* – archy, zvukové záznamy, videozáznamy, záznamové tabulky (Klenková, 2006).

## 6.4 Specifika diagnostiky narušení komunikační schopnosti u dospělých

U dospělých osob se mezi příčinami NKS nejčastěji udávají poškození artikulačního aparátu na jeho různých úrovních, omezení fatických a poznávacích funkcí, psychogenní faktory, smyslových orgánů atd.

K základním kategoriím NKS u dospělých osob patří:

1. získaná porucha porozumění a tvorby řeči v důsledku mozkové léze - afázie
2. získaná psychogenní nemluvnost – mutismus
3. narušení plynulosti řeči – breptavost, koptavost
4. narušení zvuku řeči – rinolalie
5. poruchy hlasu – afonie, dysfonie
6. narušení článkování řeči – dysartrie, dyslalie
7. kombinované vady a poruchy řeči – současně se vyskytuje více druhů NKS
8. narušení grafické stránky řeči – dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

## 7 Charakteristika jednotlivých kategorií narušené komunikativní schopnosti

V dalších kapitolách budou jednotlivé kategorie narušených komunikativních schopností blíže představeny a charakterizovány.

### 7.1 Afázie

*„Afázie je získaná porucha porozumění a produkce řeči, která vzniká v důsledku mozkové léz.“* (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 83).

Afázie doprovází různá neurologická onemocnění, především ložisková poškození korových a podkladových oblastí mozku (Cséfalvay, Lechta, 2003).

Poškození centrální nervové soustavy může být ložiskové nebo difuzní. Klinický obraz afázie závisí na tom, o jaké organické poškození centrální nervové soustavy se jedná (např. úraz hlavy, nádor, cévní mozková příhoda), na místě a rovněž i rozsahu léze, určitou roli má i věk osoby, u které došlo k organickému poškození mozku (Klenková, 2006).

Široká škála symptomů, které provázejí toto narušení je důvodem vytvoření souboru logopedie – afaziologie. Afaziologické problematice se věnují odborníci z různých oborů – neurologie, neurolingvistiky, psycholingvistiky a dalších (Klenková, 2006).

*„Afázie vznikají při poškozeních především dominantní mozkové hemisféry, ale byly popsány případy zkřížené afázie, které vznikly u praváků při lézi lokalizované v pravé hemisféře.“* (Lechta, Cséfalvay a kol., 2013, s. 83).

Mezi nejčastější příčiny vzniku afázie patří:

- úrazy mozku (komprese, kontuze, komoce)
- cévní mozkové příhody, a to jak hemoragie (krvácení), tak ischemie (snížení prokrvení)
- mozkové nádory
- záněty mozku a mozkových blan
- degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy
- intoxikace CNS (účinek toxických látek – alkohol, drogy) (Klenková, 2006).

### **7.1.1 Klasifikace afázie**

Syndromy afázie tvoří kombinaci různých jazykových deficitů i symptomů. Příznaky afázie (anomie, agramatismus, porucha plynulosti řeči, porucha porozumění řeči) mohou vzniknout při lézích odlišných oblastí mozku. Afázie většiny pacientů se může podle spontánní řečové produkce rozčlenit na dvě podskupiny – na fluentní a nonfluentní. Nonfluentní afázie vznikají zejména ve frontálním laloku, je narušená především tvorba řeči. Porozumění řeči může být poškozeno v různé míře. Pacienti s předními lézemi mozku mají více narušenou schopnost porozumět syntaktickým strukturám, přitom u pacientů se zadními lézemi se vyskytují problémy již při porozumění významu jednotlivých slov. Poruchy pojmenování věcí se vyskytují při každé afázii, avšak v odlišné míře (Lechta, Cséfalvay a kol., 2013).

### **7.1.2 Brocova afázie**

U pacientů s Brocovou afází je produkce řeči neplynulá. Co se týče tempa řeči, je výrazně zpomalené. Vyskytuje se hojně také apraxie řeči a někdy i dysartrie. Spontánní

řeč je omezená, někdy až na jednoslovné promluvy. Nonfluence spontánní řeči zapříčiňuje rovněž to, že pacienti mají problém při vyhledávání vhodného slova z mentálního lexikonu. Někdy použijí pouze fragment slova nebo se stane to, že zamění některou hlásku slova. Lidé trpící Brocovou afázií se při některém slovu zablokují a slovo vícekrát zopakují. Porozumění řeči je vždy lepší oproti špatné řečové produkci (Lechta, Cséfalvay a kol., 2013).

### **7.1.3 Transkortikální motorická afázie**

Poruchy řečové iniciace způsobují to, že pacient spontánně mluví zřídka, řeč je omezená s máloslovnými odpověďmi na otázky, mnohdy chybí predikát. Opakování je zachováno na úrovni slov a krátkých víceslovných obrátů, rozumění je relativně dobře zachováno (Neubauer, Skálová a kol., 2015).

Psaní je nápadně narušeno (např. spontánní písemný projev, nebo pojmenovávání předmětů). Při opisování slov a vět může být akt psaní nenarušen. Hlasité čtení slov může být nenarušené, kdy pacienti čtou slova s vynecháním sémantického systému, ale poruchy se projevují při porozumění čteným slovům a především větám (Lechta, Cséfalvay a kol., 2013).

### **7.1.4 Globální afázie**

Globální afázie postihuje jedince, u kterých došlo k rozsáhlému poškození v tzv. perisylvické oblasti dominantní mozkové hemisféry. Produkce řeči je u pacientů nápadně postižena. Při komunikaci se jedinci nemohou spolehnout téměř na žádnou efektivní strategii, častokrát není ani snaha o dorozumění se prostřednictvím kresby či písmem. Porozumění řeči je narušeno především výsledkem rozsáhlého poškození v levém temporálním laloku. Psaní a čtení je výrazně narušeno. Při psaní se samovolně objevuje pouhé chaotické čmárání, v lepších případech může být zachována částečná forma slova, tj. jedinec napíše jen některá písmena daného slova (Lechta, Cséfalvay a kol., 2013).

### **7.1.5 Wernickeho afázie**

Produkce řeči u pacientů s Wernickeho afázií je plynulá a dobře artikulovaná. Ve spontánní řeči se objevují novotvary slov a velký počet záměn slov. Obsah informací



v promluvě je omezený, jelikož se v řeči vyskytují tzv. prázdná slova typu: „jakože toto“, „no teda“. Porozumění řeči je u většiny pacientů ztěžka narušeno. Porucha dekódování mluvené řeči je rozhodujícím příznakem Wernickeho afázie. Schopnost a dovednost číst je u pacientů výrazně narušena. Někteří pacienti dokáží hlasitě číst izolovaná slova a také slabiky, ale při úkolu, kdy by měli přečtené slovo přiřadit k obrázku, už obvykle selhávají (Lechta, Cséfalvay a kol., 2013).

### **7.1.6 Transkortikální smíšená afázie**

Transkortikální smíšená afázie bývá také nazývaná syndromem izolace řečových zón, s klinickým obrazem podobným globální afázií, ale s výjimkou reprodukce slov a frází (Neubauer, Skálová a kol., 2015).

Řeč osob má výrazně echolalický ráz a vyskytuje se také opakování slov. Narušení se projevuje i při pojmenování. Při pojmenování věcí se osobám jen zcela ojediněle podaří najít vhodné a správné slovo (Lechta, Cséfalvay a kol., 2013).

### **7.1.7 Kondukční (centrální) afázie**

U globální afázie je přítomna velmi těžká porucha s postižením všech fatických funkcí, typická je špatná plynulost projevu i možnost sdělit obsahovou informaci, společně s těžkou poruchou porozumění verbálnímu projevu (Neubauer, Skálová a kol., 2015).

Lexie je narušená nerovnoměrně. Při tichém čtení, kdy se osoba soustředí na obsah čtiva, je porozumění dobré, ale při hlasitém čtení se obvykle objevují chyby, které se projevují již při spontánní řeči (Lechta, Cséfalvay a kol., 2013).

## **7.2 Mutismus**

Mutismus je charakterizován tím, že jedinec není schopen verbálně komunikovat. Jedná se o hraniční problematiku mezi různými vědními obory – psychologíí, psychiatrií, logopedií a foniatrií (Klenková, 2006).

*„Mutismus znamená oněmění, jedná se o nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením centrálního nervového systému.“* (Klenková, 2006, s. 92).

Dělení mutismu uvádí v Logopedickém slovníku Dvořák (2001) takto:

- *autistický* – pravděpodobný příznak dětské schizofrenie, kdy dochází k nedostatku mluvní iniciace;
- *perzistentní* – útlum řeči trvá delší čas, minimálně čtyři týdny;
- *neurotický* – příčinou jsou určité neurotické překážky, které člověku brání, aby se verbálně projevoval v náročných společenských situacích;
- *reaktivní* – objevuje se jako následek traumatizujícího zážitku; ztráta řečových projevů, jejíž vznik je chápán jako reakce v časové souvislosti s psychotraumatem;
- *psychotický* – vyskytuje se jako jeden ze symptomů psychózy;
- *situační* – oslabení řečových promluv je spojené se změnou situace (např. neznámé prostředí, cizí lidé), nejedná se o dlouhodobé projevy, jsou psychologicky vysvětlitelné;
- *totální* – absence řečových projevů je rozšířena na všechny osoby, prostředí a situace, ve kterých se člověk nachází;
- *tranzientní* – jedná se o přechodný útlum řeči;
- *traumatický* – omezení řečových promluv je následkem somatického nebo emocionálního traumatu
- *elektivní* – osoba nemluví v určité situaci, určitém prostředí, v kontaktu s určitými osobami (Klenková, 2006).

### 7.3 Koptavost

Koptavost je jeden z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Lékaři, psychologové a logopedi potvrzují nepříjemnou skutečnost, že i přes všechna úsilí odborníků se dosud nepodařilo zcela jednoznačně vyřešit problém její etiologie a patogeneze (Lechta a kol., 2003).

*„Koptavost (balbuties) pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými a nekontrolovatelnými pauzami, narušujícími plynulost procesu mluvení, a tím působí rušivě na komunikační záměr člověka (balbutika). Tyto poruchy mluvení (dysfluence) jsou při rozvinutém klinickém obrazu koptavosti obvykle*

*doprovázeny nadměrnou námahou při artikulaci a psychickou tenzí související s potřebou realizovat komunikační záměr formou mluvené řeči.“ (Lechta a kol., 2003, s. 24).*

Lze předpokládat rostoucí zájem odborníků o tuto problematiku, protože statistické údaje ukazují vzrůstající tendence výskytu tohoto syndromu. Ve starších pramenech literatury byl uváděn výskyt 0,5 – 1,5 % dětské populace, v současné době se koktavost vyskytuje u 4 – 5 % dětské populace. Asi v 70 % případů začíná koktavost ve věku 3 – 5 let, ve 20 % v letech, kdy dítě začne chodit na první stupeň základní školy, a jen v 10 % později. Co se týče pohlaví, koktavost se vyskytuje častěji u mužů a to v poměru 3 : 1 nebo 4 : 1 i vyšší. Statistický údaj o výskytu dospělých balbutiků je těžko zjistitelný, jelikož osoby s narušením komunikativní schopnosti nejsou u nás žádným způsobem registrovány (Klenková, 2007).

Dysfluence je možné rozdělit to více subtypů. Dnes se obvykle dělí na: reletice částí slov, slov a slovních obrátů; tlačení hlásek nebo slabik, různé nepatřičné vsuvky – interjekce (hlásek, slabik, frází); odmlčení se; přerušovaná slova; nekompletní slovní obraty a korekce. S neplýnulostí jsou většinou spojeny problémy s fonací a někdy také s dýcháním, které může být nepravidelné, přerývané nebo povrchní. Většinou se koktavost vyskytuje na počátku promluvy, na počátku vět, při vyslovování závěrových hlásek. Dysfluence u dospělých balbutiků závisí na psychické tenzi, náročnosti komunikační situace. V některých situacích se koktání projevuje více, někdy méně. Mnozí dospělí balbutici už dopředu vědí a předpokládají, při kterých slovech se budou určitě zakoktávat (Lechta a kol., 2003).

Pokud jde o nadměrnou námahu, jedná se o extrémní fyzické úsilí, které je spojené s překonáváním těžších dysfluencí a překonáním různých blokád během mluvení. S nadměrnou námahou úzce souvisí tzv. únikové chování balbutiků. Pro únikové chování (escape behavior) balbutiků je typické, že dotyčný v momentě, kdy se zakoktá, touží po tom, aby co nejrychleji unikl z nepříjemné dysfluence. Výsledkem je ale obvykle zhoršení symptomatiky. Mezi projevy symptomatiky patří například zatínání rukou v pěst při promluvě, roztahování nosních křídel, kolísání trupu, přimhouření očí v momentě, kdy je obtížné překonat blokády artikulačního aparátu. Někteří dospělí balbutici se setkávají také s návaly tepla, které souvisí s nadměrnou námahou. Někdy

můžeme pozorovat při blocích a prolongacích zvýšení intenzity hlasu. V těžkých případech se jedinci setkávají s tremorem rtů nebo s problémem dýchání během mluvení (Lechta a kol., 2003).

Psychická tenze se u koktavých lidí projevuje nejen tehdy, kdy mají zrovna komunikovat, ale rovněž i při samotné představě potřeby komunikace v budoucnu, nebo také při vzpomínání na komunikační neúspěchy. Psychická tenze u dospělých balbutiků může způsobit vyhýbavé chování, které již bylo zmíněno. Vyhýbavé chování se také často vyskytuje v parafáziích – balbutik místo slova, u něhož předvídá zadrhnutí, použije jiné, podobné slovo, u kterého nepředpokládá zakoktání a vyslovuje se mu snadněji. V případě opakovaných úspěšných aplikací těchto komunikačních strategií se tyto strategie posilují a stávají se součástí každodenních stereotypů dospělého balbutika. Neprofesionál nemusí vůbec zaregistrovat, že hovořil zrovna s osobou, která trpí koktavostí (Lechta a kol., 2003).

V dospělosti vzniká „pravá“ koktavost pouze vzácně. U absolutní většiny dospělých balbutiků jde tedy o chronickou koktavost – tzn., že dochází k průniku příznaků dysfluence, nadměrné námahy a psychické tenze (Lechta a kol., 2003.)

### **7.3.1 Příznaky v řeči**

Koktavost je komplexním narušením koordinace orgánů, které se účastní na procesu mluvení, jež se objeví také na jednotlivých složkách tohoto procesu.

- **Respirace**

U koktavých lidí je dýchání velmi často narušené. Obvykle je dýchání nepravidelné, přerývané a povrchní. Mohou se i objevit poruchy dýchacích pohybů. Při těžké koktavosti se obtíže s dýcháním zvyšují.

- **Fonace**

Na hlasivkových vazech dochází ke spazmům, které způsobují potíže s fonací. Dochází k tzv. tvrdým hlasovým začátkům, které mohou vést až k poškození hlasivek. Může se také stát, že na základě spazmatu není balbutik schopen hlas vytvořit.

- **Artikulace**

U koktavých jedinců se neobjevuje špatná výslovnost, avšak průběh artikulace je narušený křečemi a to většinou na začátku slov nebo vět. Podle těchto křečí, které vznikají během artikulace, se koktavost rozlišuje na tonickou a klonickou formu, případně i formu kombinovanou. Klonická forma je charakteristická trhavým opakováním hlásek či slabik. Je považovaná za méně závažnou než forma tonická – typické je tlačení a napínání hlásek. V případě pozvolného vývoje se na počátku objevuje koktání klonické, které následně přechází do tonického. Když koktavost vznikne náhle, obvykle se projevuje tonická forma. Můžeme také pozorovat kombinovanou tonoklonickou nebo klonotonickou koktavost. Jedná se o projev smíšené formy, resp. přechodného stádia. Balbutikům nejčastěji způsobuje problém výslovnost hlásek okluzivních, při kterých je nezbytné překonávat a prorážet závěr.

- **Disprozódie**

U koktavých jedinců se objevuje narušení prozódie řeči (tempo, přízvuk, melodie). Řeč se může stát monotónní, tempo řeči zrychlené nebo kolísavé. Nestálé tempo řeči se někdy může vyskytovat při neurotických příznacích.

- **Embolofrázie**

Mluvíme o tzv. slovních vsuvkách, vmetkách v podobě hlásek, slabik či slov (*hmm, jo, no, žejo*), kterými si balbutici pomáhají při překonávání křečí mluvidel, a tím získávají čas na překonání spazmatu. Tento příznak se častěji objevuje u dospělých balbutiků než u dětí.

- **Parafrázie**

Jsou tvořeny ve snaze vyhnout se slovům s hláskou, která jedinci dělá obtíž s vyslovováním. Koktající tak volí varianty opisů či synonym, jež se ale negativně projevují na struktuře a celkovém obsahu výpovědi (Klenková, 2006).

### **7.3.2 Logopedická diagnostika**

Při stanovení příčiny poruchy plynulosti řeči je těžiště logopedické diagnostiky zaměřeno na symptomatiku. Koktavost lze třídit z řady hledisek.

- **Podle geneze.** Může jít o fyziologické těžkosti v řeči v kombinaci s breptavostí, dysartrickou koktavostí např. při organickém poškození mozku, dysfatickou koktavostí při centrálním poškození mozku, hysterickou koktavost nebo traumatickou koktavost.
- **Z hlediska uvědomování si poruchy.** Za primární poruchu je považována situace, kdy si dítě v předškolním věku ještě neuvědomuje své řečové problémy. Sekundární porucha vzniká na základě uvědomění si vlastních řečových obtíží. Následkem se rozvíjí i logofobie a další přídatné symptomy.
- **Podle stupně poruchy:**
  1. stupeň (balbuties levis) je charakteristický minimálními příznaky, zejména v situacích, kdy je jedinec ovlivněný stresem. Klony a logofobie se neobjevují.
  2. stupeň (balbutie gradus medius) má zjevné a časté příznaky v obvyklých situacích. Pro tento stupeň jsou typické střední souhyby mimického svalstva.
  3. stupeň (balbuties gravis) má výrazné projevy doprovázené viditelnými a častými spasmy řečových orgánů. Běžné jsou rovněž těžší souhyby a zábrany v komunikaci.
  4. stupeň (Balbuties gravis inaptus) je charakteristický nápadnými křečemi, které často zcela znemožňují komunikaci. Objevuje se taktéž logofobie, embolofrázie. Balbutik mnohdy upřednostňuje psanou formu komunikace před zvukovou.

Důležité je zmínit, že koktavost postihuje osoby všech věkových skupin. Při vyšetření je zásadní zohlednit věk pacienta a podle toho volit metody diagnostiky a terapie. Jelikož jde o náročné vyšetření, mělo by být rozloženo do několika sezení podle individuální potřeby. Terapie koktavosti je dlouhodobá, proto musí být diagnostika dostatečně podrobná. Pro komplexní vyšetření řeči je nezbytný magnetofonový záznam. K základní analýze nejčastěji používáme:

- spontánní řečový projev, získaný pomocí rozhovoru – tento primární vyšetřovací postup se může uplatnit u všech věkových kategorií; během rozhovoru pokládáme přímé i nepřímé otázky; rozhovor musí mít charakter

klidné konverzace a vyšetřující musí brát v potaz věk i celkovou úroveň pacienta.

- čtení standardního textu je dalším nejčastěji používaným způsobem při vyšetření poruch fluence řeči. Čtení lze využít u pacientů mladšího věku a také u dospělých.
- popis situačních obrázků je vhodný především pro děti předškolního věku, nebo pro děti ve školním věku s intelektovým deficitem (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **7.3.3 Chronická koktavost**

Čím déle koktavost přetrvává, tím více se snižuje šance na její korekci - zvláště, pokud se jedná o dospělé balbutiky s chronickou koktavostí, která u nich existuje i několik desetiletí. Narušená komunikační schopnost je už v těchto případech natolik zakotvena, že je její náprava velmi obtížná. Opakované komunikační neúspěchy mnohdy zanechávají hluboké stopy na osobnosti člověka. I přesto, že u adolescentů s chronickou koktavostí nemusí být porucha natolik rozvinutá jako u dospělých jedinců, prožívají své NKS obvykle mnohem dramatičtěji než právě dospělí. Koktající adolescenti si, na rozdíl od koktavých dětí, většinou již uvědomují svoji vadu a na rozdíl od dospělých balbutiků se ale ještě nenaučili žít se svou narušenou komunikační schopností. V oblasti psychické tenze u lidí s chronickou koktavostí často zaznamenáváme rozvinutou logofobii s cíleným vyhýbáním se zátěžovým situacím, v nichž je nezbytná verbální komunikace. Vyhýbavé chování se může týkat konkrétních situací (např: vyslovit na pracovní schůzi vlastní názor), určitých slov (při kterých předpokládá jedinec zakotání), ale i jistých lidí (třeba nadřízených, autorit). Nadměrnou námahu si mnoho balbutiků s chronickou koktavostí uvědomují, stejně tak i koverbální chování, a tudíž se ho snaží potlačit či ho nějakým způsobem zamaskovat. Z dysfluencí jsou často i pro pozorovatele – laika na první pohled nápadné především prolongace a bloky (Lechta a kol., 2003).

Terapii chronické koktavosti lze uskutečnit individuálně nebo skupinově. Je možné i střídání těchto dvou terapií, které se obvykle osobám doporučují. V současné době se ukazuje jako nejpříznivější forma skupinové terapie svépomocná skupina. Tyto skupiny

si často lidé zakládají spontánně. V Evropě byla v roce 1990 založena ELSA, která vznikla jako sdružená organizace svépomocných spolků koktavých lidí. Skupiny balbutiků mohou pracovat pod vedením terapeuta nebo samostatně (Lechta a kol., 2003).

Čím je balbutik starší, tím více se cíle posouvají do sféry jeho osobnosti. U chronické koktavosti je tedy nezbytné, aby se spolupracovalo i s psychologem. Cílem je hlavně psychoterapeutické ovlivnění tenze a logofobie. Co se týče nadměrné námahy, vhodný je i nácvik např. uspokojivější mimiky a gestikulace, které doprovázejí verbální komunikaci. Psychoterapie, systematická desenzibilace společně s autogenním tréninkem patří do kompetence psychologa či psychoterapeuta (Lechta a kol., 2003).

#### **7.4 Breptavost**

Breptavost neboli *Tumultus sermonis* je narušená komunikační schopnost, o které existují protikladné názory, jednak z hlediska definování, jednak z hlediska názoru na výskyt a terapie. Bezesporu se jedná o poruchu, které se v odborné literatuře většinou nevěnuje tolik pozornosti jako ostatním typům narušené komunikační schopnosti (Škodová, Jedlička a spol., 2007).

Tumultus nelze shodovat s chudým obsahem výpovědi. Chaotické myšlenky neznamenají naprostou nepřítomnost myšlení. Toto specifické myšlení se projevuje v opakování, zamlknutí, přestavování, zkreslování informace nebo odklonění od daného tématu. S breptavostí se setkáváme nejen u průměrných nebo podprůměrných uživatelů jazyka, ale také u některých vysoce postavených politiků, manažerů či akademických profesorů. Lidé, kteří mají tumultus sami sobě rozumějí, ale ostatní ne. V důsledku toho vzniká komunikační konflikt mezi posluchačem a mluvčím. Breptající jedinec si myslí a předpokládá, že mu ostatní lidí rozumějí dobře, a mluvčí tak nemá potřebu opravovat vlastní chyby. Mluvení nevyvolává stres u něj, nýbrž u jeho komunikačního partnera (Neubauer, Skálová a kol., 2015).

Pacienti s tumultem mají až v 50 % pozitivní nález na EEG. Mnohdy je u nich zaznamenán motorický neklid, někdy i známky dyslexie nebo dyspraxie. Překotné tempo řeči se objevuje více v dospělém věku než v dětském. Při kombinované poruše



plynulosti se vyskytují jak příznaky koktavosti, tak překotného tempa. Léčba se proto stává obtížnější a má delší trvání (Škodová, Jedlička a spol., 2007).

Breptaví lidé jsou inteligentní, mnohdy bývají dokonce i vtipní. Inteligentní člověk může chaoticky myslet, a proto výsledkem je pak řeč „bez ladu a skladu.“ Lze říci, že breptavost je na pomezí normy a jazykové vady. Hodně záleží na tom, jak je posluchač na takového mluvčího připraven. Pokud je komunikační partner breptavého člověka nastaven kladně, odpouští mu značné jazykové nešvary a je ochotný si obsah výpovědi domyslet (Neubauer, Skálová a kol., 2015).

#### **7.4.1 Příznaky breptavosti**

Hlavním příznakem breptavosti je nadměrně zrychlené tempo řeči, během něhož se zhoršuje srozumitelnost výpovědi a může dovést až do nesrozumitelné řeči. Typickým znakem je jednak rychlé, jednak nerovnoměrné tempo řeči. Zrychlení mohou být interverbální – mezi slovy, nebo intraverbální – uprostřed jednoho slova. Obvykle při nich dochází k redukci prostředních slabik v delších slovech, a jestliže člověk tempo nezpomalí, je srozumitelnost projevu obtížná. Breptavost se odlišuje od koktavosti tím, že pacient si většinou svého rychlého tempa není vědom. Poruchu může doprovázet mírný motorický neklid, avšak jiné neřečové symptomy nemusí být nápadné (Škodová, Jedlička a spol., 2007).

Mezi typické příznaky v mluvené řeči patří akcelerace neboli zrychlení. Vzhledem k překotnému tempu se obtížně navazují za sebou artikulační pohyby a tím klesá správná výslovnost hlásek a slov. Čím více dané slovo obsahuje slabik, tím je zrychlení tempa větší. Breptavost je tedy více nápadná v dlouhých slovech a větách. Typickým příkladem je opakování a redukce slabik. To se objevuje v návaznosti na zrychlené tempo promluvy. Překotnost v mluvené řeči způsobuje vynechávání slabik, nebo i jejich opakování, aby se vyplnila zvuková mezera v mluveném projevu. Dále se během breptavosti může objevit porušení artikulace, která je způsobená rychlým tempem řeči. Při rychlém tempu breptavý nestíhá přesněji vyslovovat jednotlivé hlásky a důsledkem je narušená, neprecizní či setřelá artikulace hlásek a redukce délky vokálů. Jedná se o velmi různorodý syndrom. Stejná hláska může být artikulována správně a špatně na základě celkové komunikační situace. Breptavý člověk se mnohdy potýká

i s porušeným dýcháním. Mluvní projev breptavých je charakteristický častými vdechy, které provázejí inspirační šelesty. Dochází i k narušení dechového rytmu. Braptajícího člověka provází rovněž hlasové poruchy. Funkční hlasové poruchy mohou vzniknout při špatné koordinaci respirace a fonace. I přes nepoškozené hlasové orgány mají breptaví často zastřený a málo zvučný hlas. Mezi příznaky patří i dysmúzie a někdy je i velmi nápadná. Dysmúzie souvisí i s dysprozodií – typická je porušená melodie řeči, pro kterou je charakteristická monotónnost, kolísavý rytmus či porušený dynamický přízvuk (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Mezi typické příznaky neverbálního projevu patří zvláštnosti chování. Celkový vzhled breptavých pak vytváří dojem, že se jedná o impulzivní, unáhlené, povrchní, roztržité a nepořádné osoby. Breptaví bývají špatnými posluchači. Během komunikačního aktu ztrácejí rychle sebereflexi a jejich řeč je hlasitá. Jde o konflikt mezi tempem myšlení a sníženou schopností přiměřeně artikulovat, nebo o zrychlení tempa mluvy, které předchází pomalému vybavování myšlenek. Příznakem bývá i narušená motorika, kterou lze pozorovat i při chůzi člověka. Motorické symptomy se většinou zhoršují v adolescenci a ve starším věku. Další příznaky se projevují i v podobě písma a někdy bývá nápadnější. Jedná se o dysgrafii a dezintegraci písma (Škodová, Jedlička a spol., 2007).

#### **7.4.1 Diagnostika breptavosti**

Z hlediska diagnostiky je třeba rozlišit breptavost a rychlou řeč, při které nedochází k nesrozumitelnosti řečového projevu. Breptaví jedinci netrpí úzkostí na rozdíl od koktavých pacientů. V situacích, kdy se breptavý plně soustředí na svoji řeč, se přehnané zrychlení mluvy zmenšuje nebo zcela vytratí. Při vyšetření je důležité prozkoumat rodinnou i osobní anamnézu (Škodová, Jedlička a spol., 2007).

Při diagnostice je třeba brát v úvahu skutečnost, že osoby trpící breptavostí mají intelekt v normě. I přesto že jsou některé příznaky breptavosti a řeči mentálně postižených jedinců stejné, rozdíl je hlavně na sémantické úrovni. Člověk trpící mentální retardací má omezené a chudé myšlení, kdežto u breptavých je myšlení neorganizované. Co se týče jazykových schopností, u breptavých jsou mnohem nižší,

než jsou jejich schopnosti intelektové. Diagnostiku provádí řada odborníků – logoped, psycholog, foniatr, neurolog (Klenková, 2006).

Mezi diagnostické postupy, které lze použít, patří:

- **Volný rozhovor** – na začátku se věnuje pozornost na krátké otázky a krátké odpovědi, postupně se zjišťuje rozdíl v provedení kratších a delších mluvních celků;
- **Hlasité čtení** nejprve jednoduššího textu a následně textu složitějšího – bere se v úvahu vynechávání, zaměňování nebo nahrazování slov, změny hlásek či splývání, opakování některých slabik a slov;
- **Psaní** – napsání souvislého textu, psaní se posuzuje podle stejných kritérií jako čtení
- **Reprodukci vět** – nejprve předřikáváme věty kratší, potom je prodlužujeme
- **Zpěv a recitace básní**
- **Vyšetření hudebních vloh** formou zpěvu nebo rytmického cvičení (Škodová, Jedlička a spol., 2007).

## 7.5 Rinolalie (huhňavost)

Rinolalie neboli huhňavost je narušená komunikační schopnost, která ovlivňuje jednak zvuk řeči, jednak artikulaci. Zvuk hlasu člověka během komunikace je nápadně ovlivněn individuální mírou jeho nazální rezonance (Klenková, 2006).

*„Velofaryngeálním uzávěrem rozumíme všechny struktury patra, hltanu a bezprostředního okolí, které se podílejí na zabezpečení jeho funkcí. Insuficience je nedostatečnost nebo neschopnost orgánu či orgánového systému plnit základní funkce.“* (Škodová, Jedlička a spol., 2007, s. 217).

Pod pojmem velofaryngeální influence rozumíme tedy nedostatečnou schopnost funkce patrohltanového uzávěru a všech struktur, které se na této funkci účastní. Důsledkem je tedy porucha zvuku řeči. Řeč je huhňavá a mnohdy i obtížně srozumitelná (Škodová, Jedlička a spol., 2007).

Huhňavost lze rozdělit do tří hlavních skupin a to na hyponazalitu, hypernazalitu a smíšenou nazalitu. Hyponazalita je patologicky snížená nosovost, tedy nedostatek podílu nazality na tvorbě hlasu a řeči. Tuto poruchu můžeme také nazvat jako *uzavřená* huhňavost. Hyponazalita je ovlivněna buď jednou, nebo více mechanickými překážkami v dutině nosní. Tyto překážky se staví do cesty výdechovému proudu vzduchu. Podle toho, kde se překážka nachází, tak rozlišujeme přední a zadní hyponazalitu. V důsledku toho vzniká temný, řečeno „rýmový“ zvuk řeči. Dále je typické omezené dýchání nosem s následným dýcháním ústy. Objevit se může i porucha čichu a denazalizace nosovek M, N, Ň (Klenková, 2006).

Hypernazalitu můžeme definovat jako patologicky zvýšenou nosovost na tvorbě hlasu a řeči. Tuto poruchu můžeme také nazvat jako *otevřená huhňavost*. Hypernazalita je charakteristická silným nosním zabarvením a to všech hlásek orálních. Kvůli zvýšené nazální akustické energii při tvoření hlásek a potlačení horních parciálních tónů dochází ke značnému zesílení základního tónu. Co se týče samohlásek, jsou narušeny U a I, které jsou vyslovované s menším čelistním úhlem. Změna kvality postihuje hlavně frikativy a také afrikáty (Klenková, 2006).

Smíšená nazalita je kombinace hypernazality na základě velofaryngeální insuficience s hyponazalitou způsobenou organickou překážkou v oblasti nosu – přední a zadní. Další formou je střídavá nazalita, kdy mluvčí alteruje otevřenou a zavřenou huhňavost. Občas se můžeme také setkat s označením *Cul – de – sac – Rezonanz*. Ta se objevuje jako kombinace hypernazality na základě velofaryngeální nedostačivosti s hyponazalitou, které je způsobená organickou překážkou kolem nosu. V důsledku toho je hlas tichý a řeč je pro mluvčího značně obtížná (Klenková, 2006).

## **7.6 Poruchy hlasu**

Tradiční poruchy hlasu můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin – na orgánové a funkční.

### **7.6.1 Organické poruchy hlasu**

Organické poruchy jsou podloženy patologickým nálezem na hlasovém ústrojí. Příčiny orgánových poruch jsou:

- záněty hrtanu;
- nádory hrtanu;
- poruchy inervace hrtanu;
- hormonální poruchy – endokrinní onemocnění;
- úrazy hrtanu
- anomálie hrtanu (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Záněty hrtanu způsobují otoky na hlasivkách, nerovnosti jejich krajů a vzniká chrapot. Po odléčení zánětu se hlas upravuje a mění. Pokud však dochází k recidivitě zánětů a přecházejí do chronického stavu, mohou být změny na hlasivkách stálé. K zánětům vedou i vnější škodlivé vlivy, (např. kouření, smog, dráždivé látky) či alergie. Důkladné léčení a předcházení zánětů jsou velmi důležité hlavně u lidí, kteří se živí svým hlasem.

Nádory hrtanu mohou být zhoubné a nezhoubné. Nádory, které vznikají v oblasti hlasivek, se většinou podaří včas odhalit. Typickým příznakem je stále trvající chrapot. Chrapot, který trvá déle než tři týdny, by se měl nechat podrobit odbornému vyšetření hrtanu. Léčení probíhá zpravidla tak, že se chirurgicky odstraní zhoubný nádor i s okolní tkání v dostatečném rozsahu, aby se minimalizovala možnost pokračování růstu maligní tkáně. Nezhoubné nádory se operativně odstraňují pouze v nutném rozsahu při šetření okolních tkání.

Poruchy parézy hrtanu jsou jednostranné nebo oboustranné. Příčinou mohou být virová onemocnění, poškození při úrazech, poškození během operace štítné žlázy. Při oboustranné paréze se pacienti potýkají s nezvučným hlasem.

Hormonální poruchy většinou způsobují chrapot nebo zhrubnutí hlasu a to z důvodu změny hladiny hormonů v krvi. Příkladem je porucha hlasu u špatné funkce štítné žlázy, onemocnění kůry nadledvinek, změně hladiny pohlavních hormonů, který se objevuje u jedinců, kteří podstoupili kastraci (vysoký hlas), nebo u žen, které užívají při sportu androgeny (hrubý hlas).

Úrazy hrtanu vedou k poruše chrupavčité kostry hrtanu. Rekonvalescence po úrazech a následných operacích může způsobovat jizvy na hlasivkách, což vede ke snížení jejich

pružnosti a další komplikace. Úrazem může být vdechnutí horké páry či horkého vzduchu nebo zplodin během požáru.

Anomálie hrtanu jsou vrozené odchylky růstu hrtanu, které se projevují deformací stavby kostry hrtanu. Anomálie hrtanu jsou vzácné, často se objevují ve formě přepážky hrtanu obvykle v přední polovině hlasové štěrbiny (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **7.6.1 Funkční poruchy hlasu**

Funkční poruchy hlasu dělíme na:

- poruchy z přemáhání hlasu – hyperkinetická dysfonie, hlasové uzlíky
- psychogenní poruchy hlasu – dysfonie, afonie
- hlasové neurózy – spastická dysfonie.

Poruchy z přemáhání hlasu se objevují až po určité době chybného používání hlasu. Poruchy se objevují jednak u dětí, jednak u dospělých pacientů. Příčinou vzniku je nadměrné přetěžování hlasivek buď mluvením, nebo zpěvem, obvykle při špatné řečové technice. S tímto onemocněním se mohou setkat jak hlasy neškolené, tak i hlasové profesionály s pedagogickou hlasovou přípravou. U neškolených hlasů je většinou rizikem hlasité mluvení nebo křik. Na hlasivkách nejsou nejdříve žádné změny, pacient jen cítí hlasovou únavu, zastřený hlas a až později chrapot. Pokud hlasová únava a chrapot přetrvává delší dobu, v místě největšího zesílení dochází ke konsolidování polokulovitých nerovností, které se nazývá odborným názvem *hlasové uzlíky*.

Psychogenní poruchy jsou dysfonie nebo afonie. Ty vznikají buď náhle, bez předchozích hlasových problémů, nebo třeba po prodělání zánětu horních dýchacích cest, kdy po úplném vyléčení převládá chrapot. Hlas bývá nezvučný, anebo velmi slabý, obvykle není přítomný hrubší chrapot. Toto onemocnění se častěji vyskytuje u žen. Nejkritičtější věkové skupiny jsou mezi 20. – 30. rokem a poté kolem 50 – 60 let. Léčba těchto hlasových poruch bývá někdy velmi dlouhodobá, bohužel někdy i bez výsledku. Hlasové poruchy mají tendenci k recidivám.

Nejčastější hlasovou poruchou je spastická dysfonie. Pro spastickou dysfonii je typický nadměrný fonační tlak při bezdůvodném svírání hlasové štěrbině. Hlas se stává tlačným, chraptivým, objevuje se zkrácená fonační doba. Léčení probíhá pomocí hlasových cvičení, avšak bývá málo úspěšné. Zlepšení je možné aplikováním botulotoxinu do oblasti hlasivek, efekt bývá jen dočasný a je nutné ho opakovat zhruba po třech měsících (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

## **7.7 Dysartrie**

Dysartrií rozumíme poruchy motorické realizace řeči v důsledku organického poškození centrální nervové soustavy. Dysartrie zahrnuje řady syndromů řečových poruch, jež jsou způsobeny nesází ve svalové kontrole řečových mechanismů. Vlivem dysartrie jsou v různé míře postiženy základní motorická uskutečnění řeči – fonace, dýchání, rezonance a artikulace (Neubauer a kol., 2007).

Nejtěžší stupeň dysartrie se projevuje neschopností uskutečnit verbální komunikace. Dysartrie může vzniknout v jakémkoli věku člověka (Klenková, 2006). Anartrií pojmenováváme nejhlubší případy poruchy motorických řečových modalit - se ztrátou verbální komunikace, neschopností artikulace. Dysartrie se může objevit i ve spojení s nulovou schopností tvořit hlas – afonií. Tato porucha (dysartrie) může být rovněž spojena s poruchou polykání - dysfagií (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **7.7.1 Příčiny dysartrie**

Nejčastější příčinou je dětská mozková obrna (DMO). U řady dospělých osob s diagnózou DMO se vyskytuje dysartrie velice často, jelikož tato porucha i přes logopedickou péči u mnoha z nich zůstává. U dospělých vzniká dysartrie v důsledku cévních mozkových příhod a to v různých oblastech mozku. Tato porucha rovněž může vzniknout v důsledku degenerativních onemocnění centrální nervové soustavy. Dysartrie, která vznikne tímto způsobem, se většinou projevuje jako pomalu nastupující symptom provázející průběh onemocnění. Všechna tato onemocnění mohou výrazně ovlivnit inervace svalů, které se účastní na tvorbě dýchání, hlasu či artikulace. Pro zjištění charakteru dysartrie je nejdůležitější odhalit, která oblast nervového systému byla postihnuta (Cséfalvay, Lechta a kol., 2003).

### **7.7.2 Jednotlivé typy získané dysartrie u dospělých osob**

Dysartrie se nachází v řadě základních neurologických syndromů. Typy dysartrií můžeme rozdělit podle neurologické diagnostiky s obrazem poruch řečové komunikace na:

- Flakciní či periferní (chabá) dysartrie;
- Spastická (centrální) dysartrie;
- Ataktická či cerebelární (mozečková) dysartrie;
- Extrapiramidová – hypokinetická dysartrie;
- Extrapiramidová – hypekinetická dysartrie;
- Smíšená dysartrie (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

#### **Flakcidní či periferní (chabá) dysartrie**

Flakticidní dysartrie se objevuje při postižení periferního motorického neuronu a bývá součástí neurologického syndromu – bulbární paralýza. Vzniká poškozením jader nebo v průběhu mozkových nervů inervujících řečové mechanismy. Mezi typické projevy této dysartrie patří hlasová monotónnost a nezřetelný mluvní přednes. Poruchy motoriky jsou ovlivněny lézemi jednotlivých hlavových nervů, které se podílejí na činnosti faciálních svalů, provádění žvýkacích a čelistních pohybů, poruchách polykání a chraptivosti. Tento typ dysartrie se objevuje nejvíce u lidí s infekčním onemocněním centrální nervové soustavy (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

#### **Spastická (centrální) dysartrie**

Tento druh dysartrie vzniká při poruše centrálního motorického neuronu. Postižení je umístěno do oblasti mezi prodlouženou míchou a bílou hmotou hemisfér mozku. Jsou při něm přítomny znaky centrální parézy se zvýšením reflexů. Objevují se rovněž poruchy polykání. Řečový projev bývá pomalý, namáhavý, s protahováním slov, které se stupňuje do nesrozumitelnosti delšího projevu. Příčiny jsou většinou cévní, CMP nebo cévně – mozková onemocnění (Neubauer a kol., 2007).

#### **Ataktická či cerebelární (mozečková) dysartrie**

Tato dysartrie vzniká při poškození mozečku a nervových drah spojených s jeho činností, které tvoří tzv. cerebelární syndrom. Jeho součástí je špatná koordinace



svalových skupin společně s celkovou hypotonií. Řečový projev je nepravidelný, jsou během něho vyraženy slabiky či slova. Dochází i k poruše dýchání, intenzity hlasu a k rezonanci. Tento typ dysartrie se objevuje u lidí, kteří mají roztroušenou sklerózu, různé záněty a nádory mozečků (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Extrapyramidová – hypokinetická dysartrie**

Extrapyramidová – hypokinetická dysartrie vzniká v rámci hypokineticko – hypertonického syndromu doprovázejícího poruchy činnosti bazálních ganglií a to zejména u parkinsonismu. Mnohdy se objevuje klidový třes a snížení pohybových mechanismů. Řeč bývá monotónní, vyskytuje se počáteční pauza z důvodu svalové ztuhlosti a poté se objevuje překotný řečový projev s opakováním slabik či slov. Dech je přerušovaný a hlasový projev je nápadně oslaben až do afonie. Mluva se buď zpomaluje, až vyústí do úplného zastavení, nebo se řeč naopak zrychluje do nezřetelnosti. Nejčastější příčinou této dysartrie je Parkinsonova nemoc a někdy i centrální mozková příhoda (Neubauer a kol., 2007).

### **Extrapyramidová – hypokinetická dysartrie**

Tento druh dysartrie vzniká v rámci choreatického či atetoidního syndromu. Zahrnuje abnormální mimovolní pohyby, které ruší motoriku a postihuje i řečový projev. Typickým znakem je i snížený svalový tonus a zvýšená hybnost svalů. Řeč je nápadně hlasitá, vykřikovaná. Tempo mluvy je střídavé a projev se může vystupňovat až do nesrozumitelnosti a to příčinou neschopnosti ovládat pohyby jazyka a úst anebo pro neschopnost kontroly řeči. Příčinou obvykle bývají stavy během podávání léků – zejména neuroleptik, dále se může vyskytnout u degenerativního onemocnění centrálně nervové soustavy a u citlivých osob (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Smíšená dysartrie**

Smíšená nebo kombinovaná dysartrie se v praxi vyskytuje často. Vždy záleží na tom, jak je narušen motorický systém. Může dojít k poškození kterékoliv složky nebo rovnou všech složek centrální i periferní centrální nervové soustavy. V důsledku toho se může

objevit více než jeden typ dysartrie. Čím větší je poškození nervové soustavy, tím je ovlivněn větší počet hybných řečových složek (Klenková, 2006).

## 7.8 Dyslalie

Dyslalie neboli patlavost je neschopností vytvářet určité hlásky či skupiny během mluvy podle stanovených ortoepických norem. Hláska je utvořena na nesprávném artikulačním místě. Častěji se dyslalie vyskytuje u chlapců. Co se týče IQ, patlavost se vyskytuje i u dětí s nadprůměrným IQ, zvláště, jestli je mluvní velmi rychlé. Většinou se jedná o rotacismus a rotacismus bohemicus (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Příčiny můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. K vnitřním příčinám dyslalie můžeme řadit:

- poruchy sluchu;
- nedostatečné rozlišení zvuků;
- anatomické vady řečových orgánů;
- neuromotorické poruchy;
- kognitivně – lingvistické nedostatky (Klenková, 2006).

K vnějším příčinám této vady patří hlavně psychosociální vlivy, jež působí na artikulační schopnost jednak v závislosti na věku, jednak na pohlaví. Biologický a sociokulturní vliv nejsou v rozvoji řeči dítěte většinou rozhodující. Důležitými faktory jsou:

- *Dědičnost* - Jeden názor dědičnost jednoznačně vyvrací, jiné naopak dokazují výskyt narušených komunikačních schopností i u rodinných příslušníků některých dyslaliků - především u jejich otců (Klenková, 2006).
- *Vliv prostředí* - Další vliv je vliv prostředí. Nesprávný mluvní vzor v rodině nebo nepřiměřený řečový vzor - když na dítě příliš dlouho šišláme, bilingvální prostředí, chyby ve výchově - třeba nepřiměřené tresty, citová deprivace, nedostatek podmětů, zanedbaná výchova mohou nejdříve vést ke špatnému tvoření výslovnosti jednotlivých hlásek a posléze k jeho zpevnění (Škodová, Jedlička a kol., 2007).
- *Poruchy analyzátorů* – narušené sluchové a zrakové vnímání – např. nedoslýchavost, což způsobuje to, že dítě rozlišuje nesprávně určité hlásky (především sykavky). Občas se nemusí vyskytnout porucha slyšení, avšak dítě

nerozlišuje jednotlivé fonémy – mluvíme o tzv. fonematickém sluchu. Nedostatky zmíněného sluchu mohou též způsobovat nedostatky ve výslovnosti. U těchto dětí bývá často nedostatečné hudební nadání. Vady zraku jsou také příčinami nedbalé výslovnosti. Nevidomé děti nemohou odezírat pohyby mluvidel, a to se u nich odráží právě ve špatné výslovnosti (Klenková, 2006).

- *Nedostatek citů* – Děti, kterým nebyla dostatečně dáвана láska, děti citově frustrované se opoždují ve vývoji řeči, a proto dochází k nedokonalosti výslovnosti (Klenková, 2006).
- *Poruchy centrální části* mohou způsobit vážná postižení, v jejichž symptomatologii může také být právě zmíněná dyslálie (Škodová, Jedlička a kol., 2007).
- Anatomické odchylky mluvního orgánu mohou taktéž způsobit patlavost. Může se rovněž objevit přirostlá podjazyková uzdička mezi horním rtem a dásní nad horními řezáky, také nepříznivé zásahy do dutiny ústní, a to nošení zubních protéz, špatný skus, obrny jazyka a rtů (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Orgánová (organická) dyslálie bývá ovlivněna různými faktory v neurologických mechanismech řeči. Můžeme je rozdělit na impresivní a expresivní či na centrální dyslálii.

Podle místa příčiny dělíme patlavost na:

- akustickou – při vadách sluchu
- labiální – při defektech rtu
- dentální – při defektech zubů
- palatální – při odchylkách patra
- nazální – při poškození nazality
- lingvální – při anomáliích jazyka

Dělení podle rozsahu:

- Dyslalia univerzalis (mnohočetná dyslálie) – špatná výslovnost většiny hlásek. Pokud jsou konsonanty substituovány hláskou T, mluva bývá prakticky nesrozumitelnou.

- Dyslalie multiplex (gravis) – mnohem menší rozsah vadně tvořených hlásek oproti předchozí skupině, člověku je i lépe rozumět.
- Parciální dyslalie (dyslalia levis, simplex) – postižení jedné či více hlásek

Dělení podle kontextu:

- Dyslalie hlásková – týká se jednotlivých hlásek
- Dyslalie kontextová – buď slabiková, nebo slovní (samostatné hlásky jsou vyslovené správně, avšak ve slabikách či slovech špatně) (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

## 7.9 Narušení grafické stránky řeči

Specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie) nemůžeme chápat pouze jako oddělené poruchy, bývá totiž obvykle zasažena celá osobnost postiženého. *„Specifické vývojové poruchy čtení – dyslexie, pravopisu – dysortografie a psaní – dysgrafie jsou poruchy projevující se obtížemi při učení při užití běžného způsobu, za přiměřené inteligence a sociokulturní příležitosti. Jsou podmíněny poruchami v základních poznávacích schopnostech (často konstitučního původu).“* (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 362).

K poruchám učení lze řadit i dyskalkulii. Jedná se o specifickou poruchu početních operací. Pravé dyskalkulie jsou relativně vzácné. Mnohdy se k těmto poruchám přiřazuje také dyspraxie – porucha kresebného projevu.

### Dyslexie

Dyslexie se potýká s potížemi ve zpracování slov, v práci se slovy, ve zpracování řeči psané, tj. ve čtení. Postiženému dělá rovněž potíž rozkládat slova v hlásky.

### Dysortografie

Dysortografie má blízký vztah k dyslexii. Mnoho odborníků je proto ani terminologicky nerozlišuje. Člověk trpící dysortografií má potíž převádět hlásky na písmena a zapisovat je, potýká se rovněž s neschopností rozlišovat slova ve větě. Přítomny mohou být i jiné poruchy.

### Dysgrafie

Dysgrafie je specifická porucha psaní či grafomotorické činnosti. Dotyčný většinou netrpí žádnou vážnější smyslovou nebo motorickou odchylkou. I přesto má potíže s napodobováním tvarů písmen a číslic, dělá mu problém si je zapamatovat, někdy je i zrcadlově obrací nebo zaměňuje. Většinou píše strnule a křečovitě – písmo má mnohdy neobvyklou úpravu. Z hlediska neurologického se jedná o grafomotorickou dyspraxii (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Dyskalkulie**

Jde o specifickou poruchu početních operací. Tato porucha je nejčastěji doprovázena neschopností dotyčného pochopit symboliku čísla.

### ***Příznaky jmenovaných poruch se mohou projevit i v dalších sférách:***

- Poruchy jemné motoriky se mohou objevit v narušené funkci motoriky mluvidel, motoriky ruky. Stručně řečeno, tyto symptomy zasahují ty činnosti, které jsou potřebné pro jemnou souhru pohybů.
- Poruchy v orientaci při určování polohy a místa, objevují se problémy s určováním pravé a levé strany.
- Doprovodné symptomy vznikají, pokud dochází k opakovaným neúspěchům nebo nepatřičnými reakcím od rodiny, učitelů u kamarádů, např.:
  - záporný postoj ke škole,
  - výskyt neuróz (tiky, enuresa)
  - výskyt somatických poruch (ranní nevolnosti, bolesti břicha, hlavy)
  - výskyt poruch chování (agresivita, alkoholismus, drogy).
- ***Důležitou roli hrají i projevy lehké mozkové dysfunkce (ADD, ADHD):***
  - hyperaktivita či hypoaktivita;
  - porucha pozornosti;
  - nestálost emocí;
  - impulzivní jednání;
  - porucha plynulosti a souhry volných pohybů;
  - fyzická neobratnost;

- nápadně nevyrovnaný vývoj osobnosti.

- ***Symptomy u dospělých osob***

U dospělých lidí nejsou příznaky poruch čtené a psané řeči tolik zřetelné. Celou problematikou se zabírají více zahraniční autoři. Velkým problémem během diagnostiky u dospělých osob bývají sekundární příznaky.

Sekundární syndrom vzniká jako následek prvotních poruch a může tuto poruchu dále zkomplikovat. Dyslexii je těžší rozpoznat tím více, čím více je právě sekundárních příznaků (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

## **II EMPIRICKÁ ČÁST**

Empirická část této bakalářské práce je založena na třech kazuistikách. Kontaktovala jsem logopedku Mgr. Ivu Kloučkovou a dále tři logopedické pacienty - dva afatiky a jednu dyslaličku. Se všemi jsem vedla polostrukturovaný rozhovor. Jména pacientů byla změněna pro potřebu anonymizace rozhovorů. Setkání proběhla v březnu letošního roku. Kazuistiky a průběh rozhovorů s pacienty budou sepsány v následujících kapitolách.

### **8. Kazuistiky**

#### **8.1. Kazuistika**

Prvním pacientem byl pan Josef, narozený v roce 1953. Pan Josef na pohled vypadal velmi sympaticky a ve stejném duchu s ním i probíhal rozhovor. Vyučil se strojním zámečníkem. Mezi jeho záliby patří cyklistika, křížovky a práce na zahradě. S manželkou mají tři děti a dvě vnoučata.

Před pár lety přišel domů z práce a prodělal středně těžkou mozkovou příhodu. Jeho manželka naštěstí byla zrovna v tu chvíli doma a ihned zasáhla. Pan Josef byl odvezen do okresní nemocnice, odkud byl následně převezen do modernějšího zařízení. Popisoval mi, že během mozkové příhody mu ochrnula ruka. Následně rok a půl chodil na pravidelné rehabilitace. V současnosti je ruka již v pořádku a na rehabilitace nechodí.

Na logopedii ho prý donutila začít chodit jeho manželka, jelikož se potýkal, a občas stále potýká, se zhoršením paměti. Dělá mu problém si vzpomenout na určité slovo, čehož jsem si všimla i během rozhovoru. Panu Josefovi bylo jinak ale velmi dobře rozumět a ani bych nepoznala, že nějakou mozkovou příhodu prodělal.

S logopedkou se tedy zaměřují hlavně na trénování paměti, která se opravdu zlepšila. Do logopedické ordinace chodí obvykle jednou za 14 dní. Svoji paměť trénuje 2x až 3x za týden pod dohledem své přísné manželky. Během léčby byl podporován celou svojí rodinou.

## 8.2. Kazuistika

Dalším pacientem byla paní Jarmila, která se narodila v roce 1952. Má pouze základní vzdělání. Pracovala několik let jako jeřábnice a v JZD, kde se starala o dobytek. Se svým manželem má dvě děti. Ve svém volném čase se věnuje zahrádce a ráda fotografuje, nejčastěji přírodu.

Logopedickou ordinaci navštěvuje již tři roky. Paní Jarmila má problém s vyslovením hlásky „r“ (rotacismus) a „ř“ (rotacismus bohemicus). Pacientka před šesti lety prodělala mozkovou příhodu a skončila na invalidním vozíku, do toho ji ještě trápí diabetes. Proto velmi obdivuji, že i přesto, s čím se potýká, má stále odhodlání a chuť zapracovat na své řeči.

Do ordinace chodí většinou jednou měsíčně. V zimě má obvykle pauzu, protože se bojí ve špatném počasí jezdit invalidním vozíkem přes celé město. Bohužel její řeč se nelepší. Paní Jarmila se na logopedii přihlásila, že ji vadilo a bylo velmi nepříjemné, že mnohokrát jí lidé nerozuměli, co přesně říkala. Nejvíce ji trápilo telefonování s někým neznámým, protože dotyčný nebyl na její mluvu připravený, několikrát proto musela slovo, ve kterém se nachází hláska „r“ a „ř“, zopakovat. Popisovala mi, jak se během telefonátu mnohdy snažila vyhnout slovům, kde se tyto dvě hlásky nacházejí. Dalším důvodem, proč se do logopedické ordinace přihlásila, byl její vnuk. Vnuk před rokem začal chodit také na logopedii se stejným problémem. Během pár sezení se ale hlásky naučil říkat a to byla pro paní Jarmilu výzva. Chce to také dokázat a hlavně si přeje být vzorem i pro svá další vnoučata.

Měla jsem i možnost pozorovat, jak pacientka trénuje s logopedkou problematické hlásky. Když opakovala pouze určité jedno slovo, kde se vyskytuje hláska „r“ či „ř“, bylo to o něco lepší, než když pak říkala souvisle celou větu. Paní logopedka konstatovala, že řeč se bohužel nelepší a sama uznává, že v pozdějším věku je mnohem obtížnější se tyto hlásky naučit vyslovovat správně. Paní Jarmila je ale stále motivovaná a přesvědčená, že aspoň malý pokrok bude časem zaznamenán.

Pacientka trénuje výslovnost hlásek doma v soukromí. Před svým manželem jí to není příjemné. Trénuje zpravidla 5x za týden. Když má čas, tak procvičuje i několikrát za den.



Setkání s paní Jarmilou bylo příjemné a pro mě obohacující, nechybí jí humor i po tom všem, co ji v životě potkalo. Moc jí děkuji za toto shledání.

### **8.3 Kazuistika**

Poslední pacientkou byla paní Petra, narozena v roce 1973. Vystudovala střední školu. Po škole hned nastoupila do JZD, kde pracovala řadu let. V současné době má částečný důchod. Mezi její koníčky patří četba, zahradničení a vyšívání. Se svým manželem vychovala dvě děti.

Pacientka prodělala v roce 2009 slabší mozkovou příhodu. Od té doby má problémy s páteří a s řečí. Nemůže si často vzpomenout na konkrétní slovo a během řeči se často zakoktavá. Zakoktavá se především, když je nervózní. Na začátku našeho setkání na ní bylo vidět, že je ze mě nesvá a nejistá a i její řeč byla tímto ovlivněna. Nervozita ale během pár minut opadla a řeč se rapidně zlepšila.

Paní Petra se mi přiznala, že se za svoji řeč stydí a vyhýbá se situacím, kdy je nutné se vyjádřit ihned. Omezila proto nakupování v samoobsluze. Snaží se ale zůstat nad věcí a nebrat narážky od cizích lidí vážně. Pacientka je však citlivá a někdy ji připomínky od lidí velmi bolí. Velkou oporu má v rodině, což má kladný vliv na její psychiku.

Logopedickou ordinaci navštěvuje většinou jednou za měsíc. S logopedkou se zaměřují hlavně na procvičování paměti, zmírnění koktavosti a výslovnost obtížnějších slov. Logopedka chválila spolupráci s pacientkou a říkala, že v její přítomnosti nekoktá skoro vůbec. Koktavost se u ní objevuje pouze tehdy, když je paní Petra v situaci, při níž cítí nervozitu a neklid. Před mozkovou příhodou žádné problémy s řečí neměla a ani nezná nikoho ve svém okolí, kdo by měl nějakou narušenou komunikativní schopnost.

Pacientka trénuje řeč doma, nejlépe když je doma sama. Říkala, že má dny, kdy se jí mluví dobře, bez většího problému, ale někdy se probudí a není schopna se normálně a plynule vyjádřit. O své řeči říká, že je jako na houpačce.

Během rozhovoru jsem chvílemi měla problém porozumět, co přesně mi chce paní Petra sdělit. Většinou jsem si ale sdělení pacientky domyslela a ona sama se mnohdy své řeči i zasmála. Rozhovor měl klidný charakter a já opět musím říci, že setkání s paní Petrou bylo pro mě obohacující.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala problematice narušených komunikativních schopností. Jednotlivé vady řeči platí samozřejmě jednak u dětí, jednak u dospělých jedinců. Část první, teoretická, byla zcela zpracována na základě nastudované odborné literatury. Na začátku jsme se seznámili se základními pojmy týkající se komunikace. Dále jsme si detailně přiblížili jednotlivé narušené komunikativní schopnosti.

Po části teoretické následovala část výzkumná. Ta byla zpracována na základě polostrukturovaného rozhovoru se třemi pacienty navštěvující logopedickou ordinaci. Jak již bylo zmíněno, s ohledem na lékařské tajemství byla jména pacientů zaměněna.

V kazuistikách jsme se zaměřili na jejich diagnózu, průběh léčby, dále také na problémy, které pacienty sužují v současné době. Rovněž nás také zajímalo, jak se k situaci stavěla rodina a blízké okolí. V neposlední řadě jsme se dozvěděli, zdali jsou během léčby pod logopedkou zaznamenávány jisté pokroky.

Setkání s pacienty bylo pro mě opravdu velmi obohacující, nikdo si nedokáže přesně představit, jak se tito lidé uvnitř sebe cítí, když mají realizovat svůj komunikační záměr, nebo když vzpomínají na své komunikační neúspěchy. Bez komunikace bychom na světě již nemohli fungovat, proto je důležité o této problematice hovořit a vědět o vadách řeči co nejvíce možných informací.

Cílem této bakalářské práce bylo hlavně upozornit na skutečnost, že logopedické ordinace nenavštěvují pouze pacienti v nízkém věku, leč i dospělí lidé, kteří touží po lepší mluvě, se kterou jim může pomoci odborník.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

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

FRASER, Malcolm. *Svépomocný program při koktavosti: informace, zásady, postupy*. Vyd. 2. Přeložil Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-183-2.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.

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

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-3080-6.

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

LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.

LECHTA, Viktor. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.

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

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

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

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

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.