

Student s narušenou komunikační schopností na vysoké škole

**KATEŘINA VITÁSKOVÁ
RENATA MLČÁKOVÁ**

OLOMOUC 2014

Oponenti: Mgr. Lucie Šebková
PhDr. Petra Bendová, Ph.D.



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Rozšíření možností při přijímání a studiu osob se specifickými
vzdělávacími potřebami na Univerzitě Palackého v Olomouci,
CZ.1.07/2.2.00/29.0017

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní,
správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Kateřina Vitásková, Renata Mlčáková, 2014

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2014

ISBN 978-80-244-4213-6

Obsah

Úvod.....	5
1 Základní terminologie narušení komunikační schopnosti – logopedie a narušená komunikační schopnost	6
1.1 Obsah a předmět oboru logopedie.....	6
1.2 Komunikační schopnost, její roviny a typy narušení.....	7
2 Koktavost, breptavost a kombinované formy narušení plynulosti řeči.....	12
2.1 Terminologie koktavosti	12
2.2 Etiologie koktavosti	12
2.3 Symptomatologie koktavosti	14
2.4 Terminologie breptavosti.....	15
2.5 Etiologie breptavosti.....	15
2.6 Symptomatologie breptavosti.....	15
2.7 Kombinované formy narušení plynulosti řeči (smíšené dysfluence)	16
2.8 Symptomatické formy narušení plynulosti řeči.....	17
2.9 Specifika práce se studenty s koktavostí	17
2.9.1 Doporučení, jak mluvit s člověkem s koktavostí.....	20
2.10 Doporučení, jak mluvit s člověkem s breptavostí.....	21
3 Získané neurotické a psychogenní formy narušené komunikační schopnosti – mutismus	23
3.1 Mutismus a elektivní (selektivní) mutismus	23
3.2 Jiné psychogenní poruchy řeči.....	24
4 Poruchy hlasu a rezonance mluvené řeči.....	26
4.1 Poruchy hlasu.....	26
4.2 Poruchy rezonance mluvené řeči	27
5 Poruchy a odchylky výslovnosti, fonologické poruchy a rezidua vývojové dysfázie	28
5.1 Základní terminologie poruch výslovnosti a fonologických poruch	28
5.2 Základní symptomatologie poruch výslovnosti a fonologických poruch.....	29
5.3 Základy terminologie a symptomatologie vývojové dysfázie	29
5.4 Doporučení, jak mluvit se studentem s rezidui vývojové dysfázie.....	31
6 Získané fatické poruchy – afázie.....	33
6.1 Fatické funkce, afázie, neurogenní poruchy řeči	33
6.2 Terapie afázie.....	36
7 Dysartrie a jiné neurogenní poruchy řeči	38
7.1 Základy terminologie a etiologie dysartrie	38
7.2 Základy symptomatologie dysartrií	38

7.3	Doporučení, jak se co nejlépe domluvit s osobou s dysartrií	39
7.4	Jiné neurogenní poruchy řeči.....	40
8	Vybrané symptomatické poruch řeči s příznaky v dospělosti	
	– autismus a neverbální poruchy při narušení pravé hemisféry	42
8.1	Poruchy autistického spektra, autismus, Aspergerův syndrom	42
8.2	Poruchy praxe – dyspraxie, vývojová koordinační porucha.....	43
8.3	Narušení pravé hemisféry – vývojový pravoemisférový syndrom, hyperlexie	44
9	Obecné zásady přístupu k osobám s NKS, logopedické pomůcky	48
9.1	Obecné zásady přístupu k osobám s narušenou komunikační schopností	48
9.2	Další možné návrhy, jak rozvíjet vzájemnou komunikaci.....	49
9.3	Možnosti využití přístrojů a software v rámci logopedické intervence pro studenty s narušenou komunikační schopností	50
	Závěr	53
	Resumé.....	54
	Summary	55
	Literatura.....	56
	O autorkách	61

Úvod

Kateřina Vitásková

V předkládaném textu vám přiblížíme problematiku narušené komunikační schopnosti (NKS), která představuje jeden z nejkompexnějších problémů, se kterými se můžete u studentů na vysoké škole setkat. Ve své podstatě vycházíme ze speciálněpedagogického, ale inkluzivního, rovnoprávného náhledu na studenty s NKS jakožto na studenty se speciálními vzdělávacími potřebami.

Jaká je současná situace týkající se další návaznosti studia a profesního uplatnění osob se zdravotním postižením v ČR, můžeme zjistit např. ze studie Národního ústavu pro vzdělávání z roku 2011 (Trhlíková, 2011). Mimo jiné je v ní uvedeno, že by se současné školy připravující žáky se zdravotním postižením měly více zaměřit především u maturitních oborů, ale také u učebních oborů na komunikační a jazykové dovednosti. Nejvíce je tato potřeba samozřejmě zdůrazněna u absolventů VOŠ a vysokých škol.

Nemůžeme popsat všechny obtíže, problémy, specifika jednotlivých forem a stupňů NKS. Poskytneme vám ale přehled vybraných hlavních termínů, legislativních a organizačních podmínek vztahujících se k zabezpečení edukace, klinických či poradenských služeb pro studenty s NKS na vysokých školách, tedy dospělé osoby, které jsou nuceny s co nejvyšší samostatností zvládat mnohdy velmi náročné studium různých oborů. Také vám přiblížíme reálný náhled na jejich možnosti tak, aby nedocházelo k nepříjemným komunikačním situacím v rámci přijímacího řízení, během studia či v průběhu státních závěrečných zkoušek, včetně podcenění či negace skutečných studijních možností studenta na základě posuzování jeho výkonu či vnějších projevů komunikačního chování. Z terminologického hlediska budeme v textu používat termín student zástupující jak studenta vysoké školy, tak uchazeče o studium.

Seznam použité literatury

1. TRHLÍKOVÁ, J. 2011. *Absolventi škol se zdravotním postižením a trh práce. Zpráva z průzkumu mezi školami a zaměstnavateli*. Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků. http://www.nuov.cz/uploads/Vzdelavani_a_TP/Absolventi_skol_se_ZP_a_trh_prace_pro-www.pdf.



Kateřina Vitásková a Renata Mlčáková
katerina.vitaskova@upol.cz, renata.mlcakova@upol.cz

1 Základní terminologie narušení komunikační schopnosti – logopedie a narušená komunikační schopnost

Kateřina Vitásková

1.1 Obsah a předmět oboru logopedie

*Logopedie
a její obsahový
záběr*

V rámci komplexního pojetí se logoped zabývá nejen osobami s tzv. NKS, ale i poruchami polykání či komunikačními specifiky cizinců. Věnuje se všem věkovým skupinám a zaměřuje se především na osoby (Lechta, 1990):

1. **Intaktní** – tzv. „zdravá populace“ bez zdravotního postižení, onemocnění, ale také NKS. Může se jednat o osoby s různými specifiky a odchylkami vyplývajícími např. z problematiky bilingvismu nebo multilingvismu, o studenty-cizince jakožto migranty, kteří přicházejí z různých zemí nebo kteří se již v ČR narodili v rodinách mluvících i jiným než mateřským jazykem a další. Často se jedná také osoby z tzv. rizikových skupin, které byly nějakým způsobem ohroženy v době před, v průběhu nebo po narození (tedy prenatálně, perinatálně nebo postnatálně).



Příklad

Z rizik se může jednat např. o dědičné zatížení či jinou příčinu, která je během dětství skryta, ale v dospívání a dospělosti se najednou objeví její symptomy, které mohou být markantní ihned nebo až po určité době (např. schizofrenie, v pozdějším věku se projevující nástup epileptické aktivity, získané senzorycké postižení nebo nástup příznaků doposud skryté neurologické poruchy či onemocnění).

2. **Intaktní s NKS** – osoby, u kterých není diagnostikováno žádné zdravotní postižení či onemocnění, ale byla u nich diagnostikována NKS. S takovými osobami se jako se studenty setkáme právě na VŠ, ať již jsou to studenti ve věku mladší či střední dospělosti nebo dokonce senioři (v rámci tzv. univerzity třetího věku). I když je NKS u těchto studentů jediným symptomem nějakého odchýlení od normy (co se týče zdravotního stavu), může být natolik závažného stupně, že studenta výrazně omezuje např. z osobnostního, sociálního, edukačního či profesního hlediska.



Příklad

Vnímání závažnosti vlastního NKS může být velmi subjektivní a prožívání existence poruchy se nemusí u studenta shodovat s objektivní závažností. Student může být také příliš senzitivní na reakce své rodiny či bližšího i vzdálenějšího okolí, které si třeba ani neuvědomuje, že svými projevy může u studenta s NKS nějakým způsobem vzbuzovat negativní pocity. Při posuzování míry závažnosti NKS vnímané samotným studentem se nemůžeme vždy řídit viditelnými známkami nervozity či studu, ostychu apod. Někteří studenti i s vážnou formou NKS se mohou z vnějšího pohledu projevovat naprosto

„bezproblémově“, či dokonce budit dojem flegmatickosti nebo snižování dopadu NKS na svoji osobnost či sociální vztahy.

Logopedie se zabývá i osobami s výjimečným nadáním, talentem.

Příklad

Výjimečně nadaným či talentovaným může být i jedinec jak s deficitním, tak nadprůměrným intelektem (např. u Aspergerova syndromu či jiných poruch v rámci poruch autistického spektra se s tímto jevem setkáme). Výjimečné schopnosti a intelekt jsou v kontrastu se sociálními potížemi v komunikaci (pragmatického charakteru) u tzv. Savantova syndromu, pro který je charakteristická např. abnormální fascinace čísly či písmeny, nadprůměrné matematické nadání a mechanická paměť a další vysoký intelekt. Studenti s mimořádným nadáním či talentem jsou dle české legislativy ve stejné skupině jako studenti se speciálními vzdělávacími potřebami se zdravotním postižením či znevýhodněním (Treffert, 2011).



3. **Se zdravotním postižením, onemocněním, handicapem a současným NKS** – v této skupině se jedná především osoby s tzv. symptomatickými a/nebo kombinovanými poruchami řeči (viz kap. 8).

1.2 Komunikační schopnost, její roviny a typy narušení

Poruchy komunikace označujeme jako **narušenou komunikační schopnost** (Lechta, 1990; 2002). Dle definice Lechty (1990, s. 18) je „...*komunikační schopnost člověka... narušená tehdy, jestliže některá rovina (případně i několik rovin simultánně nebo sukcesivně) jeho jazykových projevů působí interferenčně na jeho komunikační záměr*“. Lechta (2002, s. 25) ale také dodává, že za narušenou komunikační schopnost nemůžeme považovat existenci interference mezi komunikačním záměrem v případě, že „...*vysílatel nebo příjematel informace nepoužívají stejný kód – společný jazyk...*“ (což lze vztáhnout k posuzování NKS ve znakovém jazyce nebo u cizinců).

Definice narušené komunikační schopnosti

NKS může různým stupněm v různých rovinách zasáhnout jak složku produkce (vyjadřování), tak recepcce (rozumění) řeči. Můžeme se konkrétně setkat s narušením roviny (Lechta, 1990):

Roviny komunikační schopnosti a jejich narušení

1. *foneticko-fonologické* – zahrnuje artikulaci a fonologické zpracování řeči, (tedy vnímání tzv. rozlišujících, distinktivních rysů hlásek, které mohou mít velký význam pro správné vnímání podobně znějících hlásek či slov. Jedná se např. o délku hlásek (pas – pás), vnímání rozdílu mezi měkkými a tvrdými hláskami (tyká – tiká), jejichž význam se v případě nesprávného vnímání či záměny daných protikladných skupin hlásek může naprosto změnit; typickou poruchou této skupiny je např. dyslálie (patlavost, viz níže);
2. *morfologicko-syntaktické* – při narušení student může mít obtíže s vnímáním a adekvátním používáním gramatických vazeb (včetně záporu) a větné skladby (obtíže typu zaměňování pořadí slov ve větě: „Dnes se na přednášku zřejmě nedostavím.“ zamění za „Přednášku nezřejmě dostavím.“ nebo s nevyjádřením podmínky nebo přísudku, může mít ve svém projevu více gramatických chyb apod.) Typickým zástupcem poruchy v této rovině je tzv. dysfázie nebo dysgramatismus či agramatismus (viz níže);

3. *lexikálně-sémantické* – student má menší slovní zásobu, obtíže s adekvátním chápáním odpovídajícího slovního významu apod. Tyto projevy se mohou vyskytovat u dysfázie nebo také např. u osob od narození nevidomých nebo neslyšících nebo s velmi těžkým zrakovým nebo sluchovým postižením, které si dostatečně nepřiradily jednotlivé slovní pojmy, které začaly vyslovovat, k jejich významu či funkci v komunikaci (obtíže mohou být také se správným chápáním významu příslovců, ukazovacích zájmen apod.). Podobné obtíže mohou mít také osoby s autismem, které mohou slova vyslovovat relativně precizně, ale jejich význam adekvátně nechápou nebo ho zaměňují. Často se v této souvislosti může objevit tento problém jako tzv. verbalismus;
4. *pragmatické* – zasahuje tzv. praktické, sociální uplatnění komunikace v běžném životě a v sociálních situacích, které souvisejí s tzv. komunikační kompetencí, do které se promítají jak komunikační schopnost, tak všeobecné znalosti člověka a adekvátní sociální vnímání okolního světa, vnímání své vlastní, konkrétní role v komunikaci z pohledu časového, regionálního a hierarchického, tedy v dané chvíli, na daném místě a v dané pozici mluvčího (či produktora písemné komunikace) nebo posluchače (či čtenáře v případě vnímání psané komunikace), vlastní sebevědomí a schopnost sebeprosazení. Narušení této roviny je typické pro osoby s poruchami v rámci tzv. autistického spektra, ale také osoby s poruchami pozornosti a aktivity nebo osoby s narušením komunikace vzniklým v důsledku negativních sociálněpatologických jevů, zanedbávání, týrání, psychické nebo sensorické deprivace či jako projev tzv. neverbálních poruch učení apod. Může se jednat také o studenty s vývojovou koordinační poruchou (DCD; viz kap. 8). Narušení pragmatické roviny je také patrné u osob, které mají v důsledku NKS tzv. narušené koverbální chování.



Příklad

Mezi projevy **narušeného koverbálního chování** řadíme např. grimasy, různé zvláštní pohyby těla či společensky nevhodné chování spojené s nerespektováním konvenčních pravidel komunikace (pokud je ale účastník komunikace zná – viz např. specifické projevy vyplývající z kulturně-jazykových odlišností studentů-cizinců). Důsledky takovýchto projevů mohou mít paradoxně mnohem závažnější dopad na vnímání osoby s NKS jeho okolím než samotná porucha, jsou esteticky velmi rušivé a mohou odvádět pozornost od skutečného obsahu promluvy studenta. Koverbální chování často fixuje a automatizuje, a proto bývá obtížněji odstranitelné (Lechta, 2002). Může vznikat za účelem kompenzace nějakého nepříjemného symptomu poruchy komunikace (např. úniku výdechového proudu vzduchu nosem u studentů s rozštěpovou vadou patra nebo s oslabením patrohltanového mechanismu u tzv. huhňavosti – rinolálie – viz kap.), kdy daná osoba stahuje nosní chřípí k sobě, nebo si dokonce nos chytá a snaží se ho podržet v průběhu promluvy (Kerekrétiová, 2000). Některé neadekvátní projevy vznikají paradoxně také např. jako důsledek logopedické intervence v dětství, kdy byl u osob se sluchovým postižením kladen velký důraz na preciznost vyjádření artikulačního rozdílu ve znělosti ve výslovnosti mezi hláskami *b* a *p* nebo sykavkami ostrými (*c*, *s*, *z*) a tupými (*č*, *š*, *ž*), kdy student může při výslovnosti *b* např. nafukovat tváře nebo příliš dávat „rty do úsměvu“ nebo je naopak „špulit“ při výslovnosti sykavek, což samozřejmě působí pro neznalé zvláštním či zavádějícím dojmem. Setkáme se s odvrácením pohledu, tedy vyhýbáním se zrakovému kontaktu v rámci komunikace, nebo naopak s přílišným zaměřením na ústa mluvčího v důsledku snahy o kompenzaci nedokonalého vnímání přesných charakteristik hlásek či slabik v průběhu vnímání řeči druhého prostřednictvím zraku. Autisté nebo studenti s Downovým syndromem se zase mohou snažit přesně napodobovat naše gesta či mimiku

nebo se snažit o vyjádření nějakých emocí neadekvátním způsobem, který připomíná grimasování nebo působí až směšně či urážlivě.

Studenti mohou mít diagnostikovány tyto **typy NKS** (Lechta, 1990):

Typy NKS

- 1. Vývojová nemluvnost** – u studentů se bude nejčastěji jednat o pozůstatky tzv. vývojové dysfázie (viz kap. 5), tedy specificky narušeného vývoje řeči, který narušuje vývoj struktury a systému jazyka daného jedince projevující se obtížemi s produkcí a rozuměním řeči.
- 2. Získaná neurotická nemluvnost** – ztráta schopnosti komunikovat mluvenou řečí na neurotickém podkladu; řadíme sem tzv. mutismus (může být i totální, úplný, nebo dokonce psychotický) a jeho tzv. výběrovou formu – selektivní (elektivní) mutismus. Příčina mutismu je neurotická (psychogenní). Vzácný typem je tzv. psychogenní surdomutismus, kdy se daná osoba projevuje jako neslyšící, ale ve skutečnosti nemá žádnou objektivně zjištěnou vadu sluchu.
- 3. Získaná organická nemluvnost** – získaná ztráta používání fatických funkcí (spojené s mluvenou a psanou řečí a její tvorbou a vnímáním) na organickém, neurogenním, podkladu, nejčastěji při poškozeních mozku; řadíme zde především afázii, což je ztráta schopnosti používat mluvenou řeč, často kombinovaná se ztrátou schopnosti číst (alexie), psát (agrafie), počítat (akalkulie) či narušením užívání gramatické složky řeči (agramatismem).
- 4. Narušení článkování řeči** – poruchy artikulace (článkování řeči) neboli dysartrie či dyslálie (patlavost). Dysartrie postihuje všechny složky artikulace – respiraci (dýchání), fonaci (tvorbu hlasu), rezonanci (znělost hlasu v nadhrtanových dutinách) a artikulaci v užším slova smyslu (tedy vyslovování) – a vzniká na bázi poškození CNS (např. při DMO – dětská mozková obrna). Pokud je narušeno jenom vyslovování, bez poškození centrální nervové soustavy, hovoříme o dyslálii neboli patlavosti.
- 5. Narušení zvuku řeči** – narušena je tzv. nazalita, nosovost (rezonance dutiny nosní). Buď je patologicky snížena, nebo zvýšena. Hovoříme o tzv. huhňavosti (rinolálii nebo také hypo- či hypernazalitě). V důsledku rozštěpových vad obličeje vzniká palatolálie (od palatum = patro).
- 6. Poruchy hlasu** – poruchou hlasu je dysfonie (částečné narušení fonace) a afonie (úplné narušení fonace, bezhlasí).
- 7. Narušení plynulosti (fluence) řeči** – koktavost (balbuties, čti balbucies) a breptavost (odborně tumultus sermonis).
- 8. Narušení grafické formy řeči** – jedná se o tzv. specifické poruchy učení, ať již vývojové, tak získané – dyslexie/alexie, dysgrafie/agrafie, dysortografie/agramatismy, dyskalkulie/akalkulie.
- 9. Symptomatické poruchy řeči** – poruchy řeči, které jsou symptomem jiného zdravotního postižení či onemocnění, například sluchového, zrakového, somatického a dalších.
- 10. Kombinované vady řeči** – jednotlivé typy NKS se mohou kombinovat v rámci jednotlivých okruhů nebo se mohou kombinovat v rámci rozdílných okruhů.

Poruchy polykání (dysfagie) mohou mít souvislost s různými neurologickými příčinami, včetně progresivních svalových onemocnění typu myopatie, roztroušené sklerózy, ale také s poruchami hlasu, pokud dochází k tzv. refluxu, zpětnému návratu již polknuté potravy či tekutiny zpětně nad jícen a hlasivky, což hlasivkové vazy následně poškozují a vytvářejí se dysfonie. Také se může jednat o příčiny psychogenní. Nesmí být

Poruchy polykání

podceňovány, protože jejich důsledky mohou vést až k mentální anorexii nebo sociální segregaci (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005; Kaulfussová, 2003).

Základy logopedické terminologie

Bohužel je terminologie užívaná v logopedii s ohledem na značný přesah mezioborových vazeb oboru a jeho široký záběr poměrně obsáhlá a variabilní, často ale využívá názvosloví latinské a řecké. V české logopedické terminologii se často užívají různé slovní základy, předpony a přípony odvozené z lékařské terminologie. **Nejčastěji užívanými předponami** v logopedii jsou dys- a a-. Užití předpony dys- se však v naší logopedické literatuře a v zahraničí liší:

- dys- v českých zemích označuje vývojové poruchy, v zahraničí ale míru (stupeň) narušení „částečné, neúplné“ – schopnost či dovednost je částečně zachována či vytvořena;
- a- v české terminologii znamená získané poruchy, vzniklé během života až po dokončení základního vývoje řeči; v zahraničí často označuje úplné narušení, zcela chybějící komunikační schopnosti či dovednosti.

Pro další účely doporučujeme si případně vzít na pomoc Logopedický slovník (Dvořák, 2007).



Příklad

V logopedické teorii a hlavně praxi se dále samozřejmě setkáváme s termíny vyplývajícími z uznávaných lékařských či klinických mezinárodních klasifikací či školské legislativy – ICD 10. revize WHO nebo Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Bližší informace naleznete v publikovaných verzích těchto klasifikací (viz odkazová literatura).



Klíčová slova

- **logopedie**
- **narušená komunikační schopnost**
- **intaktní populace**
- **rizikové skupiny**
- **narušená komunikační schopnost**
- **roviny narušené komunikační schopnosti**
- **dys-**
- **a-**



Seznam použité literatury

1. DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3., rozšíř. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 978-80-902536-6-7.
2. KAULFUSSOVÁ, J. 2003. Polykání a příjem potravy. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 545–558.
3. LECHTA, V. 1990. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-0047-9.
4. LECHTA, V. 2002. *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-572-5.
5. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 2010. World Health Organization. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1587-2.

6. *Mezinárodní statistika klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize*. 1999. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o. ISBN 80-7169-787-7.
7. TREFFERT, D. 2011. *Temple Grandin: A Noteworthy Emergence*. [cit. 20. 8. 2012]. Dostupné na internetu: http://www.wisconsinmedicalsociety.org/savant_syndrome/savant_profiles/temple_grandin
8. VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1088-5.

2 Koktavost, breptavost a kombinované formy narušení plynulosti řeči

Renata Mlčáková

2.1 Terminologie koktavosti

Fluence a dysfluence v mluvním projevu

Pojem **fluence** znamená plynulost, pod pojmem **dysfluence** rozumíme neplynulost. Dysfluentní je takový mluvním projev, který je nesouvislý, jeho plynulost je něčím přerušována. Rozlišujeme **dysfluence fyziologické** a **dysfluence nefyziologické**.

Fyziologická dysfluence

Mezi dysfluence fyziologické patří např. **vývojová dysfluence**. Objevuje se u dětí mezi 3. a 4. rokem života, u některých i dříve, zpravidla zaznamenáme opakování hlásek, slabik, případně slov. U většiny dětí vývojová dysfluence spontánně vymizí a děti budou mluvit plynule. U některých se z vývojové dysfluence vlivem vnějších a vnitřních faktorů může postupně rozvinout koktavost.

Nefyziologické dysfluence

K poruchám plynulosti řeči, tedy mezi nefyziologické dysfluence, řadíme koktavost a breptavost. Nefyziologické dysfluence se vyskytují i v rámci jiných syndromů, např. afázie, dětské mozkové obrny, dysartrie, psychiatrických onemocnění, narušeného vývoje řeči (Lechta, 2010a) (blíže viz kap. 2.7 a 2.8).

Koktavost v rámci MKN-10

Koktavost (balbuties) patří k nejtěžším narušením komunikační schopnosti. V MKN-10 (2006) je koktavost označena kódem F98.5 a řazena do kategorie F98 Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci.

Definice koktavosti podle Starkweathera

Peutelschmiedová (2000, s. 7) uvádí definici koktavosti podle Starkweathera: „Koktavost definujeme jako řeč pronášenou přerušovaně s nadměrným, přílišným úsilím.“

Definice koktavosti podle Lechty

Lechta (2004, s. 16; 2010a, s. 28) vymezuje koktavost takto: „Jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se **nejnápadněji** projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení, a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom NKS se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin.“

Příznaky koktavosti jsou značně variabilní v závislosti na konkrétní komunikační situaci, momentálním fyzickém a psychickém stavu člověka s koktavostí atd. (Lechta, 2010a).

2.2 Etiologie koktavosti

Příčiny vzniku koktavosti a breptavosti nebyly dosud uspokojivě odhaleny, jsou neustále předmětem zkoumání. V obou případech se jedná o celý komplex příčin, tzv. multifaktoriální etiologii, nikoli o příčinu izolovanou. Moderní zobrazovací medicínské metody (např. PET – pozitronová emisní tomografie) mohou k řešení jejich etiologie přispět.

Lechta (2009b) rozděluje příčiny kochtavosti do tří základních skupin: orgánové příčiny, faktory prostředí a psychické procesy. Výzkumy přinášejí nové poznatky o možném organickém podkladu kochtavosti.

V souvislosti s organickými příčinami kochtavosti se v současnosti uvádí pravděpodobně nejčastěji **dědičnost**, zřejmě se dědí určité dispozice. Mezi příčinami na orgánovém podkladu bývá uváděna **dyskoordinace mozkových hemisfér**, zvýšená aktivita oblastí pravé hemisféry pro řeč (Lechta, 2004; 2009b; 2010a). Peutelschmiedová (1994; 2001) uvádí v souvislosti s organickými vlivy **neurologické faktory** – poškození mozku v těhotenství, v průběhu porodu, u nedonošených novorozenců. K příčinám kochtavosti na orgánovém podkladu můžeme zařadit **biochemické faktory** (acidobazická rovnováha krve, úloha neurotransmiterů) (Peutelschmiedová, 2001).

Orgánové příčiny

Sociální prostředí, např. **nevhodné reakce na dysfluence** ze strany rodičů či jiných členů rodiny, učitelů, spolužáků a vrstevníků, může fungovat jako **činitel fixující kochtavost**. Nevhodné je **upozorňovat dítě na neplýnulost, opravovat neplýnule vyslovená slova** (Gillam, 2000, in Lechta, 2010a).

Sociální prostředí

Příklad 1

Rodiče a ostatní členové rodiny mohou dítěti pomoci např. tím, že vytvářejí klidné, neuspěchané rodinné prostředí, nechávají dítě domluvit, neskáčou mu do řeči, nemluví za dítě, zpomalí vlastní způsob řeči, přestanou dítě předvádět návštěvám apod. (Fraser, 2000).



Psychické procesy jsou považovány spíše za faktory, které kochtavost fixují, nikoli za primární příčiny. Sekundárně jako důsledek kochtavosti může vzniknout neuróza (Lechta, 2010a). Fraser (2000) upozorňuje, že řečový mechanismus některých dětí se predispozičně jeví k poruchám plynulosti náchylnější.

Psychické procesy

Nebezpečí možného vzniku kochtavosti mohou signalizovat tzv. **rizikové faktory** (Wirth, 1990, a Johansen, 2001, in Lechta, 2004):

Rizikové faktory

- kochtavost v rodině (rodinná dispozice);
- orgánové odchylky CNS;
- náhlé životní změny (rozvody, vstup do mateřské školy, do základní školy aj.);
- neurotizace (příliš vysoké nároky na dítě, neshody a hádky v rodině, vážné onemocnění, hospitalizace);
- nevhodný způsob komunikace (projevy netrpělivosti při poslechu, co dítě říká, přerušování při řeči – „skákání“ do řeči, příliš rychlé tempo řeči u členů rodiny, kritické poznámky a výsměch za projevy neplýnulosti, časový tlak, „rady“, jak dysfluenci zvládnout: „Nadechni se zhluboka.“, „Mluv pomalu.“, „Řekni to ještě jednou.“, „Rozmysli si, co chceš říci.“).

Lechta (2004, 2010a) upozorňuje, že dojde-li v období tzv. vývojových dysfluencí k působení rizikových faktorů, k působení kombinace více faktorů, dítě je kochtavostí vážně ohroženo:

Vývojové dysfluence + rizikové faktory → dítě je kochtavostí ohroženo.

Patogeneze
koktavosti

Autoři zabývající se koktavostí se shodují (in Lechta, 2004, 2010), že ve většině případů koktavost začíná v předškolním věku, vzácněji v období prvních školních let (zejména ve věku 6–8 let), sporadicky v pubertě, přibližně ve věku 12–14 let, a zcela ojediněle v dospělosti.

2.3 Symptomatologie koktavosti

Klinický obraz
koktavosti

Nejviditelnějším příznakem koktavosti jsou nedobrovolné a nekontrolovatelné **dysfluence při mluvení**. Kompletní klinický obraz syndromu koktavosti charakterizují tři skupiny symptomů – dysfluence, které jsou obvykle doprovázeny **nadměrnou námahou při artikulaci a psychickou tenzí během promluvy**. Přerušování plynulosti řeči při koktavosti jsou spojována s pocitem bezmoci a ztráty kontroly nad řečí (Lechta, 2004, 2009b, 2010a).

Dysfluence
při mluvení

V případě koktavosti se objevují dysfluence na spastickém podkladu. Objevují se spazmy artikulačních orgánů, hlasité repetice (opakování hlásek, slabik, slov), prolongace (prodlužování hlásek, slabik), přerušovaná slova a jiné obtíže. Příznaky dysfluence jsou nekonstantní, v některých situacích se projevují více, jindy méně (Lechta, 2004, 2010a).

Nadměrná
námaha

Nadměrná námaha při artikulaci je provázena např. zjevným fyzickým úsilím při překonávání bloků artikulačního aparátu. Mohou být přítomny **projevy narušeného koverbálního chování během promluvy** – např. neběžné pohyby hlavou, ztráta zrakového kontaktu v okamžiku překonávání dysfluence, mrkání, mhouření očí, tremor rtů, spazmy na svalstvu krku, kolébání se dopředu a dozadu, přešlapování z nohy na nohu aj. (Lechta, 2010a).

Psychická
tenze

Psychická tenze – představuje emocionální reakci na dysfluenci, obavy z komunikace, „to, co sám balbutik cítí a prožívá“ při svých obtížích s plynulostí řeči. V nejtěžších případech se může jednat **logofobii**, strach z vlastního mluvního projevu, vyhýbání se mluvenému projevu, upřednostňování písemného styku, může ovlivnit sociální status, volbu povolání, výběr partnera (Lechta, 2004; 2009b; 2010a).



Příklad

Psychická tenze a následně dysfluence se zhoršují v **náročných komunikačních situacích**: člověk s koktavostí již dopředu předpokládá komunikační problémy, pokud v analogických situacích měl v minulosti těžkosti (např. oslovit neznámého člověka, mluvit s nadřizným, odpovídat na nečekanou otázku bez dostatečného času).



Příklad

Pokud se člověk s koktavostí blíží k obávanému slovu nebo hlásce, často vyhledává alternativní slovo nebo odlišnou strukturu věty za účelem vyhnout se obávanému slovu. Problematickými hláskami pro balbutiky bývají např. hlásky *p, t, ě, k, b, d, d', g, m, č* a další.

Chronická
koktavost

U dospělých osob s koktavostí uvažujeme o koktavosti chronické. Lidé s **chronickou koktavostí** jsou obvykle starší 14 let, příznaky nabývají chronicity (ibid.).

Příznaky koktavosti jsou značně proměnlivé, nepředvídatelné, individuální. **Potíže mohou narůstat** při rozhovoru s neznámými lidmi, nadřízenými, autoritami, netrpělivými lidmi, při telefonování, neočekávané komunikaci, při objednávání jídla v restauraci, očekává-li se od člověka s koktavostí ústní odpověď na otázku pod časovým tlakem.

2.4 Terminologie breptavosti

Světová zdravotnická organizace uvádí breptavost (tumultus sermonis) v rámci MKN-10 pod kódem F98.6 a řadí ji do kategorie F98 Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci (MKN-10, 2006).

*Breptavost
v rámci
MKN-10*

Breptavost je syndrom narušení plynulosti řeči, pro který je charakteristické patologicky zrychlené a/nebo nepravidelné tempo řeči (Lechta, 2009). V širším pojetí se definuje jako narušení plynulosti řeči s extrémně rychlým tempem řeči, nezřetelnou artikulací a zhoršenou úrovní jazykových formulací (Hedge, 2001, in Lechta, 2009a). Breptavost má mimořádně různorodé příznaky, začíná se projevovat v období raného dětství, přetrvává do období dospívání i déle, často se vyskytuje společně s koktavostí (Shapiro, 1999, in Lechta, 2009a).

*Vymezení
breptavosti*

2.5 Etiologie breptavosti

Nejčastěji se vzhledem k etiologii breptavosti uvažuje o **dědičnosti a organickém poškození mozku**. Jen u 50 % lidí s breptavostí byly prokázány EEG nálezy, které by tyto abnormality mohly jednoznačně potvrdit (Hedge, 2001, in Lechta, 2009a). Mezi příčiny breptavosti je řazena i **porucha programování**: narušení schopnosti vytvářet si určitý program činnosti a potom ho dodržovat. Důsledkem jsou těžkosti s pochopením pořadí podnětů následujících po sobě a neschopnost reprodukovat předkládané pořadí jevů. To způsobuje i tzv. poruchu seriality, kdy člověk s breptavostí nedokáže reprodukovat např. pořadí zvuků, hlásek, slov nebo pohybů (Meixner, 1992, in Lechta, 2009a), což se projevuje zejména při programování jazykových konstrukcí, např. stavbě věty v oblasti syntaxe. Ivenová (2007, in Lechta, 2009a) uvádí u breptavosti možnou souvislost s **problémy s auditivním zpracováním informace** způsobenými poruchami pozornosti, zejména snadno odklonitelnou sluchovou pozorností, problémy se zapamatováním si akustických informací, zpracováním akustické informace atd.

2.6 Symptomatologie breptavosti

Symptomatiku breptavosti lze rozdělit na projevy v oblasti řečových a jazykových schopností a na ostatní projevy.

- Tyto symptomy syndromu breptavosti tvoří základní triádu:
- patologicky zrychlené tempo řeči,
 - nezřetelná artikulace,
 - snížená úroveň jazykových projevů (Lechta, 2009a).

*Projevy
v řečových
a jazykových
schopnostech*

*Patologicky
zrychlené
tempo řeči*

Nejtypičtějším slyšitelným vnějším projevem breptavosti jsou **intraverbální (uvnitř slova) a interverbální (mezi slovy) akcelerace** (Seeman in Lechta, 2009a). Čím delší je mluvený úsek, tím výraznější mohou být akcelerace. Určitý úsek promluvy člověk s breptavostí řekne relativně přiměřeným tempem se srozumitelnou řečí, takže vzniká dojem kolísání (nepravidelného) tempa řeči. Objevuje se porucha rytmu řečového projevu.

*Nezřetelná
artikulace*

Problémy s artikulací mohou být projevem dyspraxie, např. v případě lehkého mozkového poškození, nebo důsledkem intraverbálních akcelerací – člověk „nestihne“ precizně artikulovat všechny hlásky. Konkrétními příznaky breptavosti mohou být zejména elize (vynechávání hlásek ve slovech) a repetice (opakování prvních slabik, slov, opakování slov a vět) (Lechta, 2009a). Objeví-li se i prolongace (prodlužování) hlásek, nejde zpravidla o breptavost, ale o **kombinaci breptavosti s koktavostí** (Preus in Lechta, 2009).



Příklad

Plynulost a srozumitelnost řeči se u osob s breptavostí **zhoršuje** při celkové relaxaci, při čtení známého textu. Fluence a srozumitelnost se **zlepšuje** při koncentraci na řečový projev, při mluvě v cizím jazyce, při krátkých odpovědích, po přerušení v řeči (Hedge in Lechta, 2009a).

*Snížená
úroveň
jazykových
schopností*

V jazykových schopnostech osob s breptavostí můžeme pozorovat např. specifické problémy ve čtení a psaní ve smyslu dyslektických a dysortografických obtíží (Lechta, 2009a). Jiným specifikem jsou nápadnosti ve formulacích vět, chyby ve stavbě vět, vynechávání nebo nesprávné používání předložek a zájmen, nepřesná volba slov, což může vést k nejasnosti výpovědi (Hedge in Lechta, 2009a).

V některých případech pozorujeme u osob s breptavostí **nedodržování turn-taking** při komunikaci, tj. nedodržování konvence střídání komunikačních partnerů při dialogu a „skákání do řeči“ (Lechta, 2010a).

2.7 Kombinované formy narušení plynulosti řeči (smíšené dysfluence)

*Kombinace
koktavosti
s breptavostí*

Kombinovanou formou narušení plynulosti řeči rozumíme kombinaci koktavosti s breptavostí. Bosshardt (2008 in Lechta, 2010a) upozorňuje na odhad, podle kterého cca jedna třetina balbutiků vykazuje současně symptomy koktavosti i breptavosti. Tarkowski a Smul (Tarkowski, 2003) diferencují poruchy plynulosti řeči na křečové (spastické) a nekřečové (nespastické). Koktavost je spastickou poruchou, protože se manifestují křeče respiračních, fonačních, artikulačních orgánů. Breptavost je považována za nespastickou poruchu, protože při ní nejsou pozorovány těžké příznaky narušení respirace, fonace, artikulace.

*Jiné typy
smíšených
dysfluencí*

Kombinovanou formou narušení plynulosti řeči může být **kombinace koktavosti, resp. breptavosti se získanými neurogenními dysfluencemi**. O této kombinaci uvažujeme, pokud se u člověka s koktavostí/breptavostí objeví získaná neurologická léze, např. v souvislosti s cévní mozkovou příhodou, neurochirurgickým zákrokem, demencí,

virovou meningitidou, drogami či jiným neurologickým onemocněním, doprovázená neurogenní poruchou komunikace (afázie, dysartrie, řečová apraxie).

Rovněž se můžeme setkat s **kombinací koktavosti, resp. breptavosti** u člověka, který se s těmito poruchami komunikace od dětství potýká a dojde u něj k **získané psychogenní dysfluenci**. Získaná psychogenní dysfluence vzniká obvykle náhle jako symptom posttraumatických reakcí, anxiety, deprese, závislosti na drogách, osobnostních poruch, bývá projevem psychiatrických onemocnění (Lechta, 2010a).

2.8 Symptomatické formy narušení plynulosti řeči

V klinickém obrazu jiných syndromů, např. afázie, dysartrie, psychiatrických onemocnění, narušeného vývoje řeči, se mohou vyskytovat nefyziologické dysfluence, které chápeme jako symptomatické poruchy řeči mající rozdílné příčiny, průběh i důsledky (Lechta, 2010a).

Neurogenní dysfluence je symptomem, který se objevuje při neurologické lézi např. v klinickém obrazu afázie, dětské mozkové obrny, dysartrie. Podle Manninga (2001 in Lechta, 2010a) se jedná o získanou poruchu plynulosti řeči s mimovlnnými repetitivy a prolongacemi. Obvykle se neprojevuje zvýšená úroveň logofobie v souvislosti s neplynulostí. Častá je malá variabilita dysfluencí. Při afázii se mohou projevovat přestávky, váhání, obtíže při pojmenování, vyhledávání slov, velké úsilí při mluvení. Dysfluence charakteru iterací se objevují při dysartrii (ibid.).

*Neurogenní
dysfluence*

Psychogenní dysfluence vzniká náhle převážně v dospělosti, bez předcházejících problémů s fluencí, vznik je vázán na hraniční zážitek (psychotrauma). Psychogenní dysfluence je obvykle jedním z projevů vážných psychiatrických onemocnění. Neobjevuje se žádná organicita v pozadí, dysfluence se obvykle nemění při zpěvu, unisono čtení, zpožděné zpětné sluchové vazbě ani v závislosti na komunikační situaci (Lechta, 2010a).

*Psychogenní
dysfluence*

Nefyziologická dysfluence se může vyskytnout při narušeném vývoji řeči. Podle Wirtha (in Lechta, 2010a) je pro **dysfluence na bázi narušeného vývoje řeči** příznačné opakování slabik nebo slov; mohou být projevem obtíží při vyhledávání slov. Nevyskytuje se logofobie ani žádné spazmy.

*Dysfluence
na bázi
narušeného
vývoje řeči*

2.9 Specifika práce se studenty s koktavostí

Než přistoupíme k doporučením, jak vytvořit příznivější podmínky pro komunikaci studentům s koktavostí, dovolíme si uvést několik příkladů, na nichž budeme demonstrovat situace, které mohou komunikaci studentů s koktavostí komplikovat. Jedná se o výpovědi tří vysokoškolských studentů, kteří se potýkají s těžkou formou koktavosti. Student A má 20 let a potýká se s koktavostí již 15 let. Student B je třicetiletý a koktavost se u něj projevuje 23 let, student C má 24 let a potýká se s koktavostí již 20 let.



Příklad

Student A popsal problematickou situaci, kterou zažil ve výuce na vysoké škole: V rámci vyučovacího předmětu si měl každý student připravit prezentaci. Student A si prezentaci připravil, ale jakmile chtěl spolužáky s obsahem prezentace seznámit, učitel jej zastavil, mávl rukou a řekl, ať jeho prezentaci přednese jiný student, aby z toho ostatní něco měli. Podpořil učitel komunikaci s člověkem s koktavostí? Byl přístup učitele v souladu se zásadami funkční komunikace? (Podrobněji viz kap. 9.)



Příklad

Student B objasnil **okolnosti, které ovlivňují plynulost** jeho řeči takto: „*Lépe se mi mluví v klidnějším prostředí, má-li komunikační partner příjemnou náladu a dostatek času se mnou mluvit. Mám-li např. vyřídit určitou záležitost, obvykle mluvím rád, ale zlom přichází s prvním blokem. Tím, že se blok vyskytne, je to pro mě mírné zklamání, snažím se vybírat vhodná slova, při nichž nemám dysfluency, obvykle řeknu jen nutné informační minimum, komunikace se pro mě stává málo příjemnou, nemám motivaci se více rozprávět. Jsem zklamaný, že plynulost nebyla větší. Myslím si, že posluchač má ke mně nižší sympatie, když mám blok. Pokud vidím a vnímám, že posluchač nemá moc času, je nervózní, nechci situaci komplikovat. Signály, že člověk nemá čas, indikují z mimiky. Někteří lidé reagují tak, že dávají najevo údiv až úlek. Já začnu koktat, komunikační partner to nečeká, diví se, proč tak mluvím, často je to pro posluchače první zkušenost s balbutikem. Komunikační partner neví, jak má se mnou mluvit. Někdy komunikačnímu partnerovi sám vysvětlím, že koktám, a on je rád, že pochopil situaci.*“



Příklad

Někteří dospělí lidé s koktavostí uvádějí, že jim vadí, když za ně komunikační partner **dokončuje slova a věty**, které se jim z důvodu dysfluency nedaří říci. Stává se, že komunikační partner doplní za balbutika jiné slovo, než chtěl člověk s koktavostí říci. Jak tyto situace vnímá student B: „*Problémem je, že komunikační partner nepočítá s tím, že člověk s koktavostí chtěl říci něco jiného. V takových případech bývá náročné osvětlit původní smysl věty a upozornit, že predikce je chybná. Musím se vrátit v promluvě zpátky, původní myšlenku říci od počátku. Většinou předjímám, že na stejném místě budu mít dysfluenci – blok. Proto i moje sdělení trvá delší dobu, a pokud vidím, že komunikační partner spěchá, je jednodušší myšlenku znovu nesdělovat, mlčky souhlasit a nezdržovat komunikačního partnera.*“



Příklad

Dalším jevem v komunikaci s osobou s koktavostí bývá **nedodržování zrakového kontaktu**, komunikační partner neví, zda se má na člověka s koktavostí dívat, projevuje nejistotu, uhýbá zrakovému kontaktu. Student B vypověděl: „*Lépe se mi mluví a lehčí řeč mám, když se na mě osoba, se kterou mluvím, dívá a věnuje mi čas. Já sám se na člověka, se kterým mluvím, dívám spíše málokdy, zrakový kontakt udržuji spíše méně, často se dívám do země nebo na nějaký okolní bod z obavy, že bych ve výrazu obličeje komunikačního partnera mohl vidět úšklebek nebo posměch.*“

Příklad

Student B vypověděl: „*Hůře se mi mluví a je pro mě těžší začít mluvit, pokud mi komunikační partner **nevěnuje čas a pozornost**, listuje si dokumenty, neudrzuje se mnou zrakový kontakt a **dává mi najevo, že zdržuji**, což se mi stává např. při vyřizování na poště, na úřadech nebo na studijním oddělení.*“



Příklad

Někteří lidé s koktavostí mají značné obtíže při osobní prezentaci, s představením svého jména. Mnohdy se při představování dostaví dysfluence bránící jim ve vyslovení jejich jména, což bývá nepříjemné. Uvedeme si příklad studenta C, který vzpomíná na své zážitky spojené s přestupem na novou školu: „*Do neznámého kolektivu jsem nepřicházel s příjemným pocitem. Sedl jsem si do zadní lavice, abych nebyl moc na očích a nikdo se mě zbytečně na nic nevyptával. První kolizí bylo představování, kdy žák vstal a řekl své jméno, jaký sport ho baví atd. Jak na mě přicházela řada, zrychlovalo se mi dýchání, potil jsem se. Jmenuji se Jakub, kde mi dělá problémy K. Takže přišla nervozita, špatné dýchání, prokleté písmeno K, nešlo se nevyhnout zakotání. Kdo nekotá, nepochopí, jaké to je zaslechnout v tiché třídě smích, který bezpochyby patří vám. Naštěstí tohle byl jen jeden z mála posměchů na této škole, které jsem zažil. Jak se ukázalo, většina mých spolužáků byli i mými spoluhráči ve fotbalovém klubu. A i pomocí sportu jsem si na základní škole vybudoval respekt a úctu ostatních.*“



Příklad

Studenti A a B považují za nepříjemnou situaci, když mluví, mají dysfluenci a komunikační partner jim nabídne: „Nechcete mi to raději napsat?“

Student B si myslí, že **možnost sdělit informaci písemně** je vhodná varianta v případě, že je nedostatek času. V ostatních případech by tuto možnost nenabízel, neboť se dle jeho názoru snižuje u člověka s koktavostí pocit jeho cennosti, může se cítit trapně, že informaci nedokázal říci a musí ji napsat.



Příklad

Student A nemá rád, jsou-li mu nabízeny **jiné možnosti plnění studijních povinností** než ostatním spolužákům, např. místo ústní zkoušky zkouška písemná, místo ústní prezentace seminární práce psanou formou.



Příklad

Student B sdělil, že se mu **hůře mluví v rámci skupiny**: „*Spontánní řeč v početnější skupině je hromadnější, častěji se objevuje skákání do řeči. Vadí mi, když já mluvím zároveň s ostatními. Většinou si pozornost získá ta osoba, která byla nejvíce slyšet a jejíž myšlenka byla nejlépe pochopitelná, což balbutik většinou nebývá. Myšlenku buď nestihne říci celou, nebo z obavy dysfluence vysloví myšlenku tiše a jeho myšlenka je ignorována. Balbutik se již verbálně spíše neúčastní do doby, kdy se ho někdo na něco zeptá a poskytne mu dostatek času k promluvě.*“



2.9.1 Doporučení, jak mluvit s člověkem s koktavostí

Doporučení, jak podpořit komunikaci dítěte, žáka, člověka s koktavostí, uvádí Lechta (2010a, 2010b):

- Posloucháme pozorně, když klient mluví, i to, o čem mluví.
- Sami mluvíme pomalým tempem řeči a prodlužujeme přestávky mezi větami.
- Pozorujeme situace, kdy se plynulost řeči zlepšuje nebo zhoršuje, a během plynulých fází podněcujeme k verbální komunikaci.
- V okamžiku dysfluence poskytneme dostatek času bez projevů netrpělivosti a dokončování vět za žáka.
- Nepřerušujeme klienta v jeho projevu, neopravujeme neplynule vyslovená slova.
- Neupozorňujeme na řeč, vyhneme se doporučením typu „Mluv pomaleji!“ a sami mluvíme klidným, pomalým tempem řeči.
- Poskytujeme dostatek času na odpověď a komunikaci vůbec.
- Snažíme se redukovat vlivy, které mohou mít negativní efekt na plynulost (např. časový tlak).
- Redukujeme počet otázek, které klademe (Lechta, 2010a).
- Udržíme zrakový kontakt i v momentě zakoktání. Pokud bychom odvraceli zrak, pro mnohé osoby s koktavostí je to negativní signál jejich selhání.
- Poskytněte vhodný řečový a hlasový vzor, sami zkuste mluvit klidně, uvolněně, ale ne extrémně pomalu.
- Pokud je ve třídě dítě s koktavostí, raději se vyhneme soutěžím pod časovým tlakem typu „Kdo první řekne...“, „Kdo nejrychleji přečte, vypočítá...“. Tyto soutěže obvykle výrazně zvyšují psychickou tenzi.
- Ve většině případů je vhodné, aby žáci s koktavostí během horších dní nebyli nuceni odpovídat nahlas před celou třídou.
- Dětem s koktavostí může pomoci, když je třída informována o jejich řečovém problému a spolužáci vědí, jak se mají při komunikaci chovat, a problém se netabuizuje. Ostatní žáci by však neměli mít pocit, že jejich spolužák s koktavostí je ve svých školních povinnostech nějak zvýhodňován. Poskytnutí jiných podmínek, např. v nejtěžších případech odpovídání písemnou formou, by mělo být založeno na získání empatie ostatních spolužáků. Pedagogický takt je zde zásadní podmínkou (Lechta, 2010b).

Doporučení, **jak mluvit s někým, kdo koktá**, podává Peutelschmiedová (1994):

- Nedoplňuj slova za balbutika, nenapovídej slova. Zhoršuješ tak situaci. Možná chce říci i něco jiného, než se domníváš.
- Udržuj přirozený zrakový kontakt, dáváš tím najevo svůj zájem, neubližuješ soucitem.
- Vyčkej, až balbutik řekne vše, co měl na mysli. Snaž se neupadat do rozpaků.
- Nevyvolávej pocit časové tísně. Zdůrazňuj zájem o to, co říká, ne jak to říká.
- Kontroluj vlastní řeč. Mluv pomalu, ale přirozeně.
- Nedávej dobře míněné rady: „Nadechni se.“, „Uvolni se.“, „Ještě jednou.“. Čím více se balbutik zaměří na vlastní mluvní projev, tím hůře mluví. Můžeš způsobit blokádu jeho řeči.
- Respektuj osobnost člověka s koktavostí.

Na studenta s koktavostí může působit nepříznivě např. komunikace s autoritou, časový tlak, ústní zkoušení před celou skupinou – student se nepřihlásí, nezapojí do diskuze, i když zná odpověď. Existují situace, kdy většina balbutiků nekoktá: např. při zpěvu, hromadné recitaci, hromadném čtení a společném čtení ve dvojici, o samotě, v rozhovoru

s dítětem, v divadelní roli, při šepotu. Jak uvádí Peutelschmiedová (2001), rozhodující je psychická pohoda žáka, resp. studenta.

2.10 Doporučení, jak mluvit s člověkem s breptavostí

V naší praxi se nám osvědčily následující techniky:

- Zpomalíme vlastní tempo řeči, vokalizujeme řeč – tempo řeči zpomalíme lehkým prodloužením samohlásek tak, aby ale promluva zněla přirozeně.
- Pracujeme s hlasem (činíme pauzy, tónem hlasu vyjadřujeme vstřícnost a zájem, na okamžik např. zeslabíme hlas), mluvíme relaxovaně, s měkkým hlasovým začátkem.
- Udržujeme zrakový kontakt.
- Aktivně klientovi nasloucháme, necháme ho dokončit promluvu, poskytneme mu dostatek času na formulaci myšlenek.
- Snažíme se porozumět řečenému hned napoprvé, případně reprodukovujeme sdělené, dáme tak najevo, že jsme porozuměli – např. uplatníme tzv. empatické parafrázování: „Pokud tomu dobře rozumím, termín naší schůzky vám vyhovuje.“, „Takže byste si přál, abychom se znovu setkali?“
- Vytváříme klidnou, neuspěchanou atmosféru, necháváme dostatečný časový prostor pro formulaci odpovědi člověka s breptavostí.
- Jakmile klient domluví, ještě malou chvíli počkáme, než odpovíme – může se stát, že nám klient chce ještě něco sdělit.
- Klademe otevřené a zavřené otázky. Otevřená otázka nabízí možnost zamyslet se, odpověď je zpravidla delší. Například: „Mohl byste mi říci více o tom, na kdy plánujete vaše stěhování?“, „Jaké pocity to ve vás vyvolává?“
- Můžeme použít oceňující výroky: „Martine, líbí se mi, jak se připravujete na hodiny matematiky.“, „Pavlo, obdivuji, jak hrajete na klavír.“ (Mlčáková, 2011).

Sami se snažíme poskytovat řečový a hlasový vzor, nepřímo tak můžeme ovlivnit tempo mluvy klienta s breptavostí. Pokud člověk s breptavostí zpomalí tempo řeči a koncentruje se na svůj mluvný projev, zpravidla se nadměrná akcelerace jeho tempa řeči snižuje, plynulost a srozumitelnost řeči se zlepšuje.

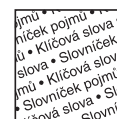
Klíčová slova

- **vývojová dysfluence**
- **nefyziologické dysfluence**
- **koktavost**
- **breptavost**

Seznam použité literatury

1. FRASER, M. 2000. *Svépomocný program při koktavosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-352-8.
2. LECHTA, V. 2009a. Brblavost. In KEREKRÉTIOVÁ, A., a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 209–226. ISBN 978-80-223-2574-5.
3. LECHTA, V. 2009b. Zajakavost. In KEREKRÉTIOVÁ, A., a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, s. 189–208. ISBN 978-80-223-2574-5.

*Jak mluvit
s člověkem
s breptavostí?*



4. LECHTA, V. 2010a. *Koktavost: integrativní přístup*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. 336 s. ISBN 978-80-7367-643-8.
5. LECHTA, V. 2004. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 80-7178-867-8.
6. LECHTA, V. 2010b. Zvláštnosti inkluzivní edukace žáků s NKS. In LECHTA, V., et al. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, s. 282–284. ISBN 978-80-7367-679-7.
7. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2006. 3. vydání. Praha: Psychiatrické centrum. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
8. MLČÁKOVÁ, R. 2011. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In MICHALÍK, J., a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 409–497. ISBN 978-80-7367-859-3.
9. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2000. *Aktuální problémy balbutiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 90 s. ISBN 80-244-0050-2.
10. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 1994. *Čtení o koktavosti*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-003-0.
11. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2001. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0258-0.
12. TARKOWSKI, Z. 2003. Diagnostika breptavosti. In LECHTA, V., a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, s. 280–297. ISBN 80-7178-801-5.

3 Získané neurotické a psychogenní formy narušené komunikační schopnosti – mutismus

Kateřina Vitásková

3.1 Mutismus a elektivní (selektivní) mutismus

Mutismus (oněmění) vzniká na neurotickém nebo psychotickém podkladu. Jedná se o získanou neschopnost komunikovat mluvenou řečí funkčního (neorganického) charakteru. V edukačním prostředí se nejčastěji setkáme s typy tzv. **elektivního (neboli selektivního) mutismu**, kdy se daný student verbálně neprojevuje v přítomnosti určité osoby, na určitém místě nebo během konkrétní situace (situační mutismus), ale v jiných situacích, s dalšími osobami nebo na jiných místech mluví a komunikuje normálně. Může být dále dělen na (Hartman, Lange, 2008; Koln, Volkmar in Tichá, 2009; Tichá, 2009):

- **tranzientní** (přechodný) – po určité době jeho příznaky ustoupí nebo zmizí;
- **perzistentní** – přetrvává i přes poskytnutou terapii;
- **totální** – je pak úplným „oněměním“ a chybí při něm nejen mluvní projev přes viditelnou snahu a psychické napětí, ale také hlasité projevy neřečové jako např. kašel, vyjádření emocí v podobě smíchu apod. Tato forma však poměrně rychle ustoupí.

*Definice
a typy
mutismu*

Organicky podmíněné typy mutismu představují jinou kategorii a nejčastěji jsou spojeny s narušením činnosti mozečku (cerebella) (Gordon, 2001).

Psychotický mutismus je častější v dospělosti a bývá spojen s psychózami typu paranoidní schizofrenie. Častější **elektivní mutismus** je většinou způsoben biopsychosociální kombinací příčin, tedy biologickou predispozicí, jejíž pravá podstata se neustále zkoumá (biochemické změny v mozku, atypická činnost amygdaly v mozku), psychickými a sociálními vlivy (souvisejícími i se stylem výchovy apod.). Bývá podmíněn přílišnou závislostí na mateřské osobě, tedy separační úzkostí, obecně zvýšenou úzkostností, extrémní stydlivostí. Může být přítomen u studentů s nějakým primárním zdravotním postižením, např. sluchovým. Může zde být také vazba na poruchy jazykového vývoje, fonemického vnímání, či dokonce na pervazivní vývojové poruchy typu Aspergerova syndromu a další. Příčiny elektivního mutismu můžeme také rozdělit na ty, které ho vyvolávají, a ty, které ho udržují (Cleave, 2009; Gordon, 2001; Tichá, 2009).

*Příčiny
mutismu*

Projevy v dětství či ve školním věku přítomného elektivního mutismu v 60 % případů přetrvávají do dospělosti. Z nejčastějších obtíží jsou uváděny (Hartman, Lange, 2008):

- různé komunikační obtíže spojené se stydlivostí či obavami z mluvního projevu před okolím;
- větší výskyt různých sociálních fobií, adaptačních poruch, poruch osobnosti (Pečeňák in Tichá, 2009; Remschmidt et al. in Sharkey, McNicholas, 2008; Steinhesien et al. in ibid.);
- pocity nižšího sebevědomí, samostatnosti či motivace spojené se studijním výkonem, mohou se cítit nedostatečně zralí, bývají zvýšeně úzkostní;
- snížená schopnost mimiky, či dokonce strnulost pohybů tváře či celého těla, pevně semknuté rty;
- sociální zdrženlivost, vyhýbání se společnosti, sociální izolovanost;

*Projevy
mutismu
v dospělosti*

- později psychiatrické obtíže, intelektové poruchy či mozkové dysfunkce (Pečeňák in Tichá, 2009).

Terapie
mutismu
u studentů VŠ

Doporučen je terapeutický a podpůrný přístup založený na kooperaci s psychologem nebo psychiatrem, zjištění informací o případné medikaci, protože často je kombinována behaviorální psychoterapie s přístupem farmakoterapeutickým, desenzibilizace spojená se situacemi či osobami vyvolávajícími úzkost a hlavně nenásilné rozvíjení všech komunikačních možností, včetně alternativní a augmentativní komunikace a nonverbální komunikace.



Příklad

Studenta s mutismem k verbálnímu projevu pokud možno nenutíme, ať již vědomě, tak nevědomě (gestikulací, neverbálními neřečovými projevy typu povzdechnutí, nevhodnými poznámkami či grimasami, ironickými úšklebky). I zdánlivě bezvýznamné a „neškodné“ podívání se na hodinky nebo na mobilní telefon, když čekáme na odpověď, která nepřichází, může být signálem vyvolávajícím u studenta zvýšení úzkosti, a tím pádem zhoršení a upevnění příznaků mutismu. Měli bychom také zbytečně nezdůrazňovat nadřazenost ústní formy zkoušení před písemnou a rigidně netrvat na „zavedených“ způsobech zkoušení, pokud je student evidentně a objektivně na základě své diagnózy tímto způsobem handicapován.

3.2 Jiné psychogenní poruchy řeči

Narušení
komunikace
u schizofrenie

Osoby se schizofrenií mají především narušené audiovizuální vnímání vlastní produkce řeči a schopnost jejího odlišování od mluvy vnitřní a často od mluvy okolí, což může vyústit ve verbální halucinace. Jsou přecitlivělí na některé zvuky či zrakové podněty. Vyskytnout se mohou také poruchy grafomotoriky a náhlé zhoršení či změny písma, změny ve výslovnosti až její bizarnost apod. (Stephane et al., 2010; Szycik, 2009).

Tourettův
syndrom

Tourettův syndrom se projevuje v oblasti chování, a to i komunikačního. Vyskytují se při něm (Eapen, Črnčec, 2009):

- vokální i obličejové tiky,
- koprofálie či kopropraxie (náhlý, neovladatelný výbuch neslušné mluvy nebo pohybů),
- často ADHD a poruchy (obsedantně-kompulzivní poruchy).



Klíčová slova

- **mutismus**
- **elektivní (selektivní) mutismus**
- **psychogenní porucha**
- **sociální fobie**
- **úzkostná porucha**

Použitá literatura

1. CLEAVE, H. 2009. Too anxious to speak? The implications of current research into Selective Mutism for educational psychology practice. *Educational Psychology in Practice*, roč. 25, č. 3, s. 233–246. ISSN 0266-7363.
2. EAPEN, V., ČRNČEC, R. 2009. Tourette syndrome in children and adolescents: Special considerations. *Journal of Psychosomatic Research*, roč. 67, č. 6, s. 525–532.
3. GORDON, N. 2001. Mutism: Elective or selective, and acquired. *Brain & Development*, roč. 23, č. 2, s. 83–87. ISSN 0387-7604.
4. HARTMAN, B., LANGE, M. 2008. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-021-8.
5. SHARKEY, L., MCNICHOLAS, F. 2008. 'More than 100 years of silence', elective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, roč. 17, č. 5, s. 255–263.
6. STEPHAN, M. et al. 2010. Evaluation of speech misattribution bias in schizophrenia. *Psychological Medicine*, roč. 40, č. 5, s. 741–748.
7. SZYCIK, G. G. 2009. Audiovisual integration of speech is disturbed in schizophrenia. *An fMRI study*. *Schizophrenia Research*, roč. 110, č. 1–3, s. 111–118.
8. TICHÁ, E. Mutizmus. 2009. In KEREKRÉTIOVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 273–289. ISBN 978-80-223-2574-5.



4 Poruchy hlasu a rezonance mluvené řeči

Kateřina Vitásková



Průvodce studiem

V tomto textu se jen stručně dotkneme poruch hlasu a rezonance. Bližší informace lze nalézt ve foniatričké literatuře. Stručně proto vymežíme pouze některé souvislosti a symptomy, se kterými se můžeme setkat u studentů na vysokých školách.

4.1 Poruchy hlasu

Poruchy hlasu

Poruchy hlasu se mohou projevovat různě, v závislosti na jejich příčině. **Organické poruchy hlasu** se projevují chrapotem, sípotem, stridorem, bolestí hrtanu, nestabilitou hlasové výšky, intenzity či délky fonace, přeskokováním do falzetového hlasu, překrvením či krvácením do hlasivek, otoky a dalšími projevy. **Funkční poruchy hlasu** se projevují např. nedomykavostí hlasivek, hyperkinetickými poruchami hlasu, zvýšenou námahou při tvorbě hlasu a dalšími příznaky. **Psychogenní poruchy hlasu** se projevují i naprostou afonií, kdy není schopen jedinec utvořit hlas vůbec. Přetrvávat může fistulový hlas, může déle přetrvávat období mutace, popřípadě se může tvořit tzv. ventrikulární hlas. Subjektivně může být u poruch hlasu pocíťována hlasová slabost, pálení v krku či pocit cizího tělesa v hrtanu.

Symptomy narušení hlasu

Kučera, Frič, Halíč (2010) a Hybášek (2006) uvádějí následující **hlavní znaky narušení hlasu**:

- chrapot,
- drsnost,
- dyšnost,
- tvrdé hlasové začátky,
- tlačení hlas (spastický),
- hlasová slabost (hlasová astenie, fonastenie),
- nestabilita (instabilita) hlasu,
- bolest hrtanu,
- spazmy hrtanu či hlasivek,
- diplofonie (zdvojení hlasu, dvojhlasí).

Funkční poruchy hlasu u dospělých a hlasových profesionálů

Poruchy hlasu funkčního charakteru se projevují u dospělých a hlasových profesionálů především v podobě (Kučera, Frič, Halíč, 2010; Veldová, 2007):

- **Hyperkinetické dysfonie** – na hlasivkách se v důsledku zvýšeného napětí mohou postupně vyskytnout hlasivkové uzlíky, hlas je snadněji unavitelný, zvukově se projevuje dyšnost a zastřenost hlasu, používány jsou tvrdé hlasové začátky; u zpěváků se případně při přemáhání vytvoří uzlíky zpěvácké, u učitelů „kantorské“ (nodulus cantatorum). Dalšími komplikacemi mohou být hematomy na hlasivkách a polypy.
- **Nedomykavost hlasové štěrbině** (insuficientia m. vocalis) – v důsledku změn hlasové štěrbině a snížení svalového napětí na hlasivkách vedoucích k nedomykavosti okrajů hlasivek a zvýšení unavitelnosti hlasu vzniká dyšnost a neschopnost hlasivky zcela přiblížit k sobě ve fonačním postavení.

Mezi psychogenní poruchy hlasu u dospělých a hlasových profesionálů řadíme (Veldová, 2007):

- **Psychogenní dysfonie a afonie** – projevují se neschopností tvořit hlas zcela nebo částečně (nebo případně narušením kvantitativních a kvalitativních charakteristik hlasu), příčinou je úzkost, panický strach spojený i s postastmatickým stavem.
- **Psychogenní spastická dysfonie** – projevuje se slabým, tlačným hlasem s omezeným dynamickým a frekvenčním rozsahem v důsledku působení neurotické příčiny.
- **Prodloužená mutace či perzistující fistulový hlas.**
- **Ventrikulární hlas** – symptomem této formy psychogenně podmíněného ventrikulárního hlasu je jeho hrubost a nepřirozená, příliš hluboká výška.

Psychogenní poruchy hlasu u dospělých a hlasových profesionálů

4.2 Poruchy rezonance mluvené řeči

K základním poruchám narušení rezonance mluvené řeči řadíme **huhňavost – rinolálii a palatolálii**, jejíž prvotní příčinou je rozštěp patra. K základním formám rinolálie patří otevřená, zavřená a smíšená huhňavost, jež se projevuje v deformaci zvuku jednotlivých hlásek. Palatolálie vzniká v důsledku rozštěpových vad patra a vede k narušení hlasu – rinofonii, narušení výslovnosti až nesrozumitelnosti řeči, ortodontickým vadám (vadám skusu a růstu zubů), může mít sekundární emocionální důsledky, může se pojít s poruchami sluchu převodního charakteru zhoršující vnímání hlubokých tónů (Kerekrétiová, 2008).

Huhňavost a palatolálie

Klíčová slova

- **afonie**
- **dysfonie**
- **porucha hlasu**
- **rinolálie**
- **palatolálie**



Seznam použité literatury

1. HYBÁŠEK, I. 2006. Poruchy hlasu a řeči. In HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. Praha: Karolinum, s. 359–366. ISBN 80-246-1019-1.
2. KEREKRÉTIOVÁ, A. 2008. *Velofaryngální dysfunkce a palatolálie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2264-1.
3. KUČERA, M., FRIČ, M., HALÍŘ M. 2010. *Praktický kurz hlasové rehabilitace a reedukace*. Opočno: MUDr. Martin Kučera, ORL ambulance – Centrum hlasových poruch v Rychnově nad Kněžnou. ISBN 978-80-254-8244-5.
4. VELDOVÁ, Z. 2007. Foniatrie. In HAHN, A., et al. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada, s. 339–376. ISBN 978-80-247-0529-3.



5 Poruchy a odchylky výslovnosti, fonologické poruchy a rezidua vývojové dysfázie

Renata Mičáková

5.1 Základní terminologie poruch výslovnosti a fonologických poruch

Porucha výslovnosti a fonologická porucha je dle MKN-10 (2006) řazena mezi poruchy psychického vývoje do kategorie F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jako Specifická porucha artikulace řeči pod kódem F80.0.

V naší odborné literatuře se artikulační poruchy (poruchy výslovnosti) mluvené řeči označují jako dyslálie. V zahraničním pojetí se setkáme s označením poruchy fonetické a poruchy fonologické (Gúthová, 2009).

Lechta (1990) definuje dyslálii jako neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem.

Fonetická porucha

Hlavní problém v případě **fonetické poruchy** je v motorické realizaci hlásek. Jedná se o odchylku ve výslovnosti hlásky, hlásek.

Fonologická porucha

V případě **poruchy fonologické** se problémy objeví s použitím hlásek ve slabikách a slovech. Klient jednotlivé hlásky v jednoduchých slovech vyslovit umí, ale nedostatky se objevují v realizaci delších víceslabičných slov, slov se shluky souhlásek. Klient má např. problémy se zachováním správného sledu hlásek ve slově během promluvy. Objevují se např. redukce (elize – vypouštění) souhlásek nebo souhláskových shluků ve slově, meta-teze (transpozice – přesmykování hlásek nebo slabik), asimilace (připodobnění hlásek) a jiné změny hláskové struktury slova. Obtíže se manifestují zejména u víceslabičných slov a slov se shluky souhlásek, např. u slov typu *podplukovník*, *nepolapitelný*, *nosorožec*, *nejnebezpečnější*, *nejnešťastnější*, *gastronomický*, *cvičiště* apod.



Příklad

Jedná-li se o poruchu fonologickou, student má problémy např. se zachováním správného sledu hlásek ve slově, což zaregistrujeme zejména v psaní, kdy některé hlásky, souhláskové shluky nebo celé slabiky ve slově redukuje nebo asimiluje (připodobňuje). Příklad redukce hlásek – slovo *podplukovník* klient vysloví a napíše jako *poklukovník* nebo *popukovník*. Příklad redukce slabiky – slovo *gastronomie* napíše *gastromie*. Specifické asimilace sykavek se projeví např. ve větě typu „Cvičme v tělocvičně.“, kdy klient píše „Cvicme v telocvicne.“ nebo „Čvičme v těločvičně.“. Uvedené obtíže se objevují zejména u osob s obtížemi dysortografického charakteru a bývají označovány např. pojmy artikulační neobratnost, specifické asimilace, případně specifický logopedický nález, vývojová verbální dyspraxie (podrobněji viz Matějček, 1988, 1995; Dvořák, 1999, 2003, 2007; Žlab, Škodová, 2003).

5.2 Základní symptomatologie poruch výslovnosti a fonologických poruch

U vysokoškolských studentů můžeme zaznamenat různé **poruchy výslovnosti hlásek**, které mají zpravidla charakter vadné výslovnosti hlásky (resp. hláskové dyslálie, fonetické poruchy), u dospělých již nelze očekávat autokorekci vadné výslovnosti. I v dospělosti se může podařit za pomoci logopeda upravit odchylky ve výslovnosti, ale vyžaduje to zpravidla mnoho úsilí. Nejčastěji se u studentů může jednat o vadné tvoření *r* a *ř*, tj. rotacismy. Můžeme si povšimnout i vadného *l*, případně drobných odchylek ve výslovnosti hlásky *l*, které mohou být podmíněny oblastí bydliště a nářečím. Nezanedbatelnou skupinu hlásek, v jejichž výslovnosti můžeme zaznamenat odchylky, jsou sykavky *s*, *z*, *š*, *ž* a polosykavky *č* a *č*. Nepřesnosti můžeme postřehnout i ve výslovnosti znělých párových hlásek *b*, *v*, *d*, *z*, *ž*, *d'*, *k* a *h* oslabením jejich znělosti. Odchylek v české výslovnosti si jistě všimneme u zahraničních studentů, kterým činí obvykle výraznější problémy výslovnost měkkých hlásek *ť*, *d'*, *ň* a měkkých slabik *ti*, *di*, *ni*, skupin *tě*, *dě*, *ně*.

Poruchy výslovnosti hlásek

Skutečnost je taková, že český student o své vadné výslovnosti ví, mnohdy se ji snaží skrývat, vyhýbá se slovům, která obsahují pro něj problematickou hlásku, a během promluvy tak může pociťovat určitý psychický dyskomfort. I jedna jediná hláska, kterou student neumí vyslovit, mu může působit během mluvení nepříjemné chvíle, zejména je-li výslovnost hlásky výrazně deformována nebo jedná-li se o více hlásek, což může být v promluvě nápadně slyšet.

Neumí-li student některou hlásku správně vyslovit, na tuto skutečnost neupozorňujeme, respektujeme ji. Pokud student sám osloví učitele, chce své nedostatky ve výslovnosti odborně logopedicky řešit, navrhujeme dát studentovi kontakt na **Centrum podpory studentům se specifickými potřebami na Univerzitě Palackého v Olomouci** (<http://www.cps.upol.cz/>). Centrum zajistí studentovi logopedické služby.

Doporučení na logopedické pracoviště

U vysokoškolských studentů, zejm. studentů, kteří se potýkají s obtížemi dysortografického a dyslektického charakteru, se můžeme setkat s rezidui fonologických poruch, specifických asimilací i artikulační neobratnosti, resp. vývojové verbální dyspraxie. Uvedené nedostatky se mohou projevit nápadnými chybami v jejich psaném projevu, ale i ve čtení. Tito studenti si mnohdy nestihnou provést zápis přednášky, neboť jejich pracovní tempo bývá pomalejší, potřebují delší čas na zpracování informace. Zápis přednášky si kopírují nebo dopisují od spolužáků.

5.3 Základy terminologie a symptomatologie vývojové dysfázie

MKN-10 uvádí v kategorii F80-89 Poruchy psychického vývoje kategorii F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka. V dané kategorii jsou uvedeny dvě formy vývojové dysfázie: F80.1 **Expresivní porucha řeči** a F80.2 **Receptivní porucha řeči**.

Vývoj řeči u klientů s vývojovou dysfázií vykazuje specifické rysy, proto se označuje termínem specificky narušený vývoj řeči. Definici vývojové dysfázie uvádějí Mikulajová a Rafajdusová (1993, s. 30): „Vývojová dysfázie se diagnostikuje tehdy, jedná-li se o narušený

vývoj jazykových schopností, který se nedá vysvětlit mentální retardací, ani fyzickým handicapem, poruchou sluchu, citovou deprivací či emočními poruchami, ani nepříznivými vlivy prostředí a výchovy.“

Dvořák (2007, s. 53) definuje vývojovou dysfázii jako „*specificky narušený vývoj jazyka (řeči), projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj jazyka (řeči) jsou přiměřené...“*

Příčiny vzniku vývojové dysfázie

Příčiny vzniku specificky narušeného vývoje řeči jsou předmětem zkoumání. Odborná literatura se shoduje na přítomnosti bilaterální difúzní kortikální léze (Dlouhá, 2003, in Vitásková, 2005) a na multifaktoriální příčině (Mikulajová, 2003).

Většina odborníků se také shoduje, že podkladem vývojové dysfázie je **porucha centrálního zpracování řečového signálu** (Škodová a Jedlička, 2003).

Vývojová dysfázie vzniká následkem vrozené specifické centrální poruchy sluchové percepce. Narušená sluchová percepce brání vnímat a zpracovat velmi krátce trvající a rychle se měnící akustické podněty, mezi které patří i řeč. Objevují se názory, že problém souvisí se specifickým fungováním krátkodobé sluchové paměti, která se též nazývá pracovní paměť (Mikulajová, 2009).

Základní symptomy vývojové dysfázie

Porucha ve smyslu vývojové dysfázie má systémový charakter, v různé míře zasahuje **oblast porozumění a produkce řeči a jazyka** ve všech jazykových rovinách. Objevují se obtíže se **zpracováním sémantické informace**.

Specifické **obtíže se objevují v jazykových oblastech** – např. děti s vývojovou dysfázií začínají později mluvit, vytvářejí si vlastní slovník, ne zcela přesně rozumějí významu slov, přetrvávají u nich **chyby v morfologii a syntaxi** ve formě **dysgramatismů** (chyby v časování, skloňování, stupňování, používání rodů, ve větách obvykle nesprávně používají předložky, spojky, záporny, zájmena – vynechávají je nebo umisťují na jiné než obvyklé místo, případně nadbytečně, věty tvoří mnohdy s nesprávným slovosledem). Na prvním stupni základní školy mívají žáci s vývojovou dysfázií potíže ve sluchové analýze a syntéze slov v hlásky, v serialitě, rytmické reprodukci, chybují v psaní diktátů, neporozumí zadání slovní úlohy, narušeno bývá porozumění mluvené, čtené i psané řeči, na druhém stupni se často objevují **chyby dysortografického a dyslektického charakteru**, specifický logopedický nález (viz výše). Mají problémy **porozumět významu delších vět, odborným výrazům, odborným textům**, nedaří se jim bezchybně zopakovat delší větu, případně souvětí. Objevují se změny v pořadí slov ve větě, záměny slov, změny ve struktuře slov, mnohdy je věta změněna natolik, že je změněn i její význam.

Obtíže se manifestují také **v neřečových oblastech**, zaznamenané jsou deficity v kresbě, motorice (jemné, hrubé, orální oblasti), grafomotorice, vizuomotorice, problematická bývá orientace v prostoru a čase, emocionalita a adaptabilita, kognitivní funkce (paměť, vnímání, pozornost, uvažování) a další oblasti.

Symptomy přetrvávající do dospělosti

Do dospělosti obvykle přetrvávají u klientů s vývojovou dysfázií problémy v porozumění řeči a řečové produkci. Výrazným symptomem, který v různé míře přetrvává do dospělosti, jsou **obtíže v porozumění mluvené, čtené a psané řeči**. Dalším signifikantním symptomem vývojové dysfázie, který přetrvává až do dospělosti, je **dysgramatismus**.

Jeho projevy mohou být minimální, ale u některých osob i poměrně výrazné. Jedná se o nepřesnosti v mluvním, resp. spontánním psaném projevu, v morfologii a syntaxi.

5.4 Doporučení, jak mluvit se studentem s rezidui vývojové dysfázie

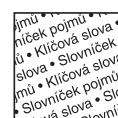
Problematicke komunikace s osobou s vývojovou dysfázií se věnuje Mlčáková (2011):

- Osobám s rezidui vývojové dysfázie vytvoříme lepší podmínky ke komunikaci, pokud zásadně zpomalíme své tempo řeči.
- Otázky i pokyny formulujeme jednoznačně, ověřujeme si, zda nám klient porozuměl.
- Udržujeme zrakový kontakt.
- Mezi větami, otázkami, které studentovi sdělujeme, ponecháme určitý čas. Klient potřebuje mít dostatek času, aby mohl zpracovat sdělené informace.
- Efektivní je počkat na odpověď klienta, byť následuje s latencí a není přesná, ale má svou výpovědní hodnotu.
- Vytváříme klidnou, neuspěchanou atmosféru.
- Postupně zvyšujeme obtížnost otázek, pokynů.

Studenti, kteří se potýkají s rezidui vývojové dysfázie, zejména s nedostatky v porozumění řeči, mohou mít potíže porozumět učiteli, který mluví rychle, používá dlouhá a složitá souvětí. Sdělení učitele porozumí jen částečně, případně neporozumí vůbec. Tito studenti vzhledem k možným deficitům pracovní paměti mnohdy nestihnou provést zápis přednášky, cvičení nebo mají zápis v takové podobě, že jej nemohou využít ke studiu. Mohou pociťovat nejistotu, obavy z konverzace. Většinou mají klienti s vývojovou dysfázií (v závislosti na svých přetrvávajících potížích) užší možnost výběru střední školy a studijního oboru. Na vysoké škole obvykle nestudují, případně jich studuje minimum a jsou to zpravidla studenti zařazení do kategorie studentů se specifickými poruchami učení, neboť jejich potíže mohou být podobného charakteru.

Klíčová slova

- fonetická porucha
- fonologická porucha
- specifický logopedický nález
- vývojová verbální dyspraxie
- vývojová dysfázie



Seznam použité literatury

1. DVOŘÁK, J. 1999. *Slovní patlavost. Verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 124 s. ISBN 80-902536-0-1.
2. DVOŘÁK, J. 2003. *Vývojová verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 144 s. ISBN 80-902536-5-2.
3. DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3., upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.
4. GÚTHOVÁ, M. 2009. Dyslálie. KEREKRÉTIOVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 136–155. ISBN 978-80-223-2574-5.



5. LECHTA, V., et al. 1990. *Logopedické repetitóriium*. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-00447-9.
6. MATĚJČEK, Z. 1988. *Dyslexie*. Praha: SPN.
7. MATĚJČEK, Z. 1995. Diagnostika poruch čtené a psané řeči. In LECHTA, V., et al. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, s. 223–235. ISBN 80-88824-18-4.
8. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2006. 3. vydání. Praha: Psychiatrické centrum. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
9. MIKULAJOVÁ, M. 2003. Diagnostika narušeného vývoje řeči. In LECHTA, V., a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, s. 60–98. ISBN 80-7178-801-5.
10. MIKULAJOVÁ, M. 2009. Narušený vývin řeči. In KEREKRÉTIOVÁ, A., et al.: *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 115–135. ISBN 978-80-223-2574-5.
11. MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. 1993. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin řeči*. Bratislava: vlastním nákladem. ISBN 80-900445-0-6.
12. MLČÁKOVÁ, R. 2011. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In MICHALÍK, J., et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 409–497. ISBN 978-80-7367-859-3.
13. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2003. Vývojová dysfázie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 106–142. ISBN 80-7178-546-6.
14. VITÁSKOVÁ, K. 2005. Narušený vývoj řeči. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTEL-SCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 41–52. ISBN 80-244-1088-5.
15. ŽLAB, Z., ŠKODOVÁ, E. 2003. Narušení grafické stránky řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 357–384. ISBN 80-7178-546-6.

6 Získané fatické poruchy – afázie

Kateřina Vitásková

Afázie jsou velmi závažným získaným narušením komunikace, které postihuje jedince všech věkových skupin, obou pohlaví, různých ras a kultur, z různých regionů a jejich celkový dopad na osobnost a psychiku studenta může být velmi závažný a zcela restrukturuje jeho dosavadní sociální či emocionální vztahy, jeho studijní výkon, profesní orientaci.

6.1 Fatické funkce, afázie, neurogení poruchy řeči

Fatické funkce jsou činnosti specifické pro člověka a řadíme mezi ně schopnost užívat řeč mluvenou (orální), psanou (grafickou, např. formou čtení – lexie a psaní – grafie), počítat a symbolicky myslet v abstraktních pojmech, včetně schopnosti používat sémantiku a rozumět řeči (tedy adekvátně pracovat se slovním významem) (Hartl, Hartlová, 2010; Wikiskripta, 2012).

Příklad

Mezi **symbolické funkce** řadíme také schopnost praxie (provádět přesné, složité, naučené, cílené pohyby, jednoduché i složené) a gnozie (schopnost poznávání, poznávací funkce). Studenti s afázií mohou mít také narušení praxie či gnozie, proto musíme i tuto skutečnost zvažovat při posuzování jejich výkonu (viz níže).



Afázie je „...postižením schopnosti jazykové produkce a percepce, jež vzniká na základě získaného poškození centrálního nervového systému. Je to multimodální porucha, která se může projevat rozmanitými obtížemi v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní. Takto narušený jazyk může být ovlivněn fyziologickými deficity nebo narušením kognice, avšak nelze je vysvětlit demencí, smyslovou nebo motorickou poruchou...“ (Rosenbek, LaPointe, Wertz, 1989, in Love, Webb, 2009, s. 235).

Definice
afázie

V současné době se setkáme i s tzv. **neurogeními poruchami řeči**, kam kromě afázie patří také (Love, Webb, 2009):

Neurogení
poruchy řeči

- pravohemisférové kognitivně-komunikační poruchy – např. neglect syndrom (popírání jedné poloviny svého těla, jako by neexistovala), prosopagnozie (porucha poznávání tváří), vizuálně-percepční poruchy (poruchy zrakového vnímání), projevy prostorové orientace v řeči, poruchy prozódie (tedy melodických faktorů řeči),
- kognitivně-komunikační poruchy na podkladě demence,
- kognitivně-komunikační poruchy na podkladě akutní stavů zmatenosti,
- kognitivně-komunikační poruchy na podkladě traumat mozku.

Afázie je způsobena „...ložiskovým poškozením mozku, které zasahuje do funkce kortikálních a/nebo subkortikálních jazykových mechanismů dominantní hemisféry (což je u většiny lidí hemisféra levá)...“ (Love, Webb, 2009, s. 235) v důsledku např. krvácení do mozku, kontuze (zhmoždění) či komoce (otřes) mozku či jiné trauma (úraz) hlavy, zánětlivé onemocnění mozku (klíšťová encefalitida), otrava (např. oxidem uhelnatým)

Příčiny
afázie

či nádorové onemocnění mozku apod. Nejčastější příčinou je tzv. iktus neboli mozková mrtvice (Cséfalvay, 2009).



Příklad

Postižení levé hemisféry je často spojeno s narušením hybnosti, většinou protilehlé poloviny těla a především končetin, ale také obličejového svalstva či svalstva úst či jazyka. Ochablost či nečinnost svalstva (paréza či plegie) nebo inervace (nervového zásobení a citlivosti) mohou přetrvávat, a student proto může mít obtíže s artikulací nebo s psaním (bez poruchy intelektu). Projevy mohou být nepatrné a mohou mít svůj důsledek i v neverbální komunikaci, protože se může zdát, že student nedostatečně využívá mimiku nebo je jeho mimika neadekvátní strnulá, výraz v obličejí může vypadat jako úšklebek, některé funkce či schopnosti se mohou částečně přesunout na hemisféru pravou, ta zase některé své schopnosti ztratí nebo oslabí. Řeč se může stát méně emotivní, student může mít obtíže s vnímáním a poznáváním tváří, obtíže mimických výrazů, a tím i emocí, ironie, což může vyústit v problémy sociální interakce až pragmatiky komunikace. Může také najednou změnit preferovanou ruku při psaní či manipulaci s předměty, což ho stojí dodatečné zvýšené úsilí, a také může odvádět pozornost od vlastního obsahu činnosti, kterou vykonává, ať již souvisí přímo s mluvou či písmem nebo ne. Kromě mozkové kůry (tzv. kortikální poškození) může být také narušena oblast podkorová (subkortikální), což vede k poruchám pojmenování (nomie), mutismu či poruše pozornosti (blíže např. Kulišťák, 2003).

*Vývojové
typy poruch
fatických
funkcí*

Jedná se o **tzv. dysfázie**, popřípadě vývojové dysfázie nebo také v širším pojetí **specificky narušený vývoj řeči** (angl. SLI). Narušení fatických funkcí se může objevit v důsledku příčiny působící až později v průběhu vývoje řeči, např. v dětství. V takovém případě se mohou současně projevat různé obtíže, které nejsou typické ani pro vývojové dysfázie, ani klasické typy afázií. Záleží samozřejmě na příčině a rozsahu narušení, které způsobí, včetně přidružených obtíží motorických či jiných. Řečové a komunikační obtíže se mohou i dobře kompenzovat, protože mozek je stále ve vývoji, některé příznaky mohou být ale naopak trvalé (Vitásková, 2008).

*Hlavní
typy afázií*

Klasifikací afázií je mnoho, vycházejí z různých principů, např. z dominantních symptomů nebo příčiny či její lokalizace (umístění) léze (poškození) v mozku. Nejznámějšími jsou tzv. Bostonská klasifikace a Lurijova neuropsychologická, funkční klasifikace. Mezi další patří dělení na subkortikální typy afázií (např. na talamickou a při poškození bazálních ganglií), Hrbkova klasifikace afázií a klasifikace dle Čecháčkové nebo klasifikace vycházející z pojetí tzv. získaných neurogenických poruch řeči (Cséfalvay, 2007; 2009).

*Symptomy
afázií*

Symptomy afázií se projevují v mnoha oblastech produkce a/nebo porozumění řeči. Mohou různě zasahovat:

- spontánní řeč,
- opakování,
- nomii (pojmenování),
- reprodukci (opakování).

Vyskytovat se mohou také (Čecháčková, 2003; Dvořák, 2007; Kulišťák, 2003):

- perseverace;

6.2 Terapie afázie

*Terapie afázie
a přístup
k afatikům*

Terapeutické programy pro afatiky by měly být orientovány systematicky a dlouhodobě, protože příčiny afázie mohou přetrvávat a způsobit recidivu, porucha může být chronická. Naopak u některých studentů mohou být jejich prvotní afatické projevy, které byly např. v době hospitalizace až na úrovni totální afázie, již po několika týdnech upraveny jen do podoby poruchy pojmenování slov apod. Úprava může být i spontánní, hlavně pokud se jedná o studenty v období mladší dospělosti. Může být využívána individuální i skupinová terapie, která je sice více „prosociální“ a zaměřena na pragmatickou rovinu komunikace, ale je také náročnější na vedení a osobu tzv. facilitátora.



Příklad

Facilitátorem komunikace (komunikačním partnerem) je osoba (rodič, sourozenec, vybraný spolužák) vyškolená poradenským pracovníkem znalým akademického prostředí a seznámená s požadavky na studium, charakteristikou studijních skupin tvořících komunikační a sociální prostředí, charakteristikou komunikačního projevu vyučujících pedagogů a jejich výukovým stylem. Jeho úloha je náročná, student ho musí akceptovat, jinak by naopak mohlo docházet ke vzniku kontraproduktivních komunikačních obtíží. Má za úkol:

- podporovat, stimulovat, regulovat a korigovat mluvený (či psaný) projev osoby např. s afázií tak, aby nedocházelo k nesprávnému použití terapeutických prvků a postupů a aby se předcházelo nesprávné fixaci některých, případně nesprávných komunikačních strategií;
- zlepšit pocitu komfortu klienta s afázií a odbourat úzkost z řečového projevu apod.

Zaváděny jsou **kognitivně-neuropsychologicky orientované terapie** koncentrované na přístup k lexikálním a sémantickým informacím, tedy k významu slov, vyhledávání slov v tzv. sémantických mapách a na práci se slovní zásobou. Využívány jsou také např. melodicko-intonační terapie nebo terapie programu PACE, který je založen na principu využívání všech dostupných komunikačních modalit, orientuje se na trénink konverzace a využívá komunikačních partnerů jako facilitátorů (Cséfalvay, 2007; 2009). V případě, že se jedná o kognitivně-komunikační deficit, je terapie ještě navíc nutně propojena s psychologickou, neurologickou či psychiatrickou léčbou, s tréninkem kognitivních dovedností apod. Využívány mohou být speciální softwarové programy, např. Mentio a další.



Příklad

Student s afázií může prožívat pocity ohrožení své budoucnosti, může mít náhle různé limitace např. lokomoce, motoriky apod., mohou se také změnit jeho hodnoty, sociální vazby, může ztratit některé dosavadní přátele z důvodů obtíží v komunikaci. V případě např. progresivního neurologického onemocnění postupně oslabujícího jeho funkce motorické i sensorické, přinášejícího s sebou poruchy paměti či pozornosti nebo kontroly nad svým dosavadním chováním a zvyky (např. v případě tzv. primární progresivní afázie), se může jeho dosavadní způsob studia měnit a být náročnější na mnoho složek jeho osobnosti a vědomí. Ohrožující je také vidina obtížného umístění po absolvování studia v zaměstnání a s tím spojený pocit méněcennosti. Studenti mohou citlivě vnímat reakce okolí na svá náhlá komunikační selhání a někdy se raději chtějí uchýlit jen k neverbální komunikaci a ke komunikaci alternativní či alespoň augmentativní, která nahradí verbální

komunikaci nebo ji alespoň doplní a podpoří její pochopení. Časté jsou také partnerské obtíže, jelikož pro partnera mohou být situace, kdy partner „někdy na komunikaci reaguje a někdy ne nebo reaguje neadekvátně“ nepochopitelné. Tyto situace mohou být způsobeny skrytými či nediagnostikovanými poruchami porozumění řeči u afatiků, kteří mají relativně dobrou a plynulou mluvu nebo se uchylují k echoláliím a jejich repetitívám či k perseveraci (opakují některé části slov či vět, které řeknou, stále dokola).

Klíčová slova

- **fatické funkce**
- **afázie**
- **dysfázie**
- **neurogenní poruchy řeči**
- **cévní mozková příhoda**
- **facilitátor**
- **komunikační partner**



Seznam použité literatury

1. CSÉFALVAY, Z. 2007. *Terapie afázie*. Praha: Portál. ISBN 978-90-7367-316-1.
2. CSÉFALVAY, Z. 2009. *Afázia*. In KEREKRÉTIÓVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 227–241. ISBN 978-80-223-2574-5.
3. ČECHÁČKOVÁ, M. 2003. *Afázie*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 143–176. ISBN 80-7178-546-6.
4. DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3., rozšíř. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 978-80-902536-6-7.
5. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2010. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X
6. KULIŠŤÁK, P. 2003. *Jazyk a řeč a jeho poruchy*. In KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, s. 171–176. ISBN 80-7978-554-7.
7. LOVE, R. J.; WEBB, G. W. 2009. *Mozek a řeč*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.
8. NEUBAUER, K., a kol. 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých. Diagnostika a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.
9. VITÁSKOVÁ K. 2008. Speciálněpedagogická diagnostika specifických poruch učení v kontextu transferu etiologických faktorů a symptomatologie. In *Špecifické poruchy učenia a správania v kontexte inkluzívnej edukácie. Zborník z prvej medzinárodnej e-konferencie v Prešove 5.–7. máj 2008*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej university, s. 23–29. ISBN 978-80-8068-801-1.
10. *Wikiskripta*. 2012. Poruchy řeči a fatických funkcí. [cit. 24. 6. 2012]. Dostupné na http://www.wikiskripta.eu/index.php/Poruchy_%C5%99e%C4%8Di_a_da-l%C5%A1%C3%ADch_symbolick%C3%BDch_funkc%C3%AD#Symbolick.C3.A9_funkce.



7 Dysartrie a jiné neurogenní poruchy řeči

Renata Mlčáková

7.1 Základy terminologie a etiologie dysartrie

Dysartrie Dvořák (2007, s. 52) vymezuje dysartrii jako: „vývojové i získané obtíže při hláskování, vyslovování (nikoli výslovnosti, kdy jsou porušeny jen některé hlásky), narušena je i prozodie řeči (přízvuk, melodie, tempo řeči, pauzy i hlasitost); jde o expresivní poruchu řeči, která je způsobená zřejmým poškozením mozku a mozkových drah“. Dále uvádí, že porucha se projevuje v dyskoordinaci a nesprávném tonu svalů ústrojí dechového, hlasového a artikulačního; obtíže mají konstatní charakter; při dysartrii se nevyskytují poruchy porozumění řeči ani vnitřní řeči.

Podle Neubauera (2007, s. 44) „dysartrií nazýváme poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy. Dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, které jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch (motor speech disorders). Při dysartrii jsou v různé míře a rozsahu postiženy základní modalita motorické realizace řeči – respirace, fonace, rezonance, artikulace“.

V případech lehké až těžké poruchy artikulace (hláskování) se používá termín dysartrie, úplnou neschopnost artikulované mluvy nebo ztrátu schopnosti artikulovat obvykle označujeme termínem anartrie (dle MKN-10 jsou řazeny pod kódem R47.1 Anartrie a dysartrie).

Vývojová dysartrie **Vývojová dysartrie** zahrnuje poruchy vzniklé od počátku vývoje organismu dítěte na základě organického poškození CNS. Vývojová dysartrie se často vyskytuje ve spojení se syndromem dětské mozkové obrny, ale může se vyskytnout i samostatně. Příčinou dysartrií vzniklých v dětském věku mohou být traumata mozku, infekční nebo onkologická onemocnění mozku (Neubauer, 2003).

Získaná dysartrie Získaná dysartrie u dospělých osob jako získaná neurogenní porucha komunikace podle Neubauera (2007) nejčastěji vzniká na základě čtyř mechanismů:

- cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody,
- úrazy mozku,
- mozkové nádory a infekční onemocnění mozku,
- degenerativní a progresivní onemocnění CNS (Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc, amyotrofická laterální skleróza).

7.2 Základy symptomatologie dysartrií

Klinický obraz dysartrie může být značně variabilní, a to v závislosti na lokalizaci, rozsahu léze, na charakteru základního neurologického onemocnění. Dysartrie patří mezi motorické poruchy řeči, které vznikají při narušení inervace, koordinace svalů, jež se podílejí na mluvení – na respiraci (dýchání), fonaci (tvorbě hlasu), rezonanci (zvuku řeči), artikulaci (vyslovování).

V oblasti **respirace** mohou být přítomny podle typu dysartrie spazmy respiračních orgánů, povrchní dýchání, časté vdechy během promluvy, slyšitelné dýchání se šelestem. *Respirace*

V oblasti **fonace** můžeme podle typu dysartrie pozorovat např. změny kvality hlasu, hlas se tvoří s námahou, výdechový proud nutný k vytvoření hlasu je slabý, síla hlasu během promluvy kolísá, vzniká hlas se šelestem, hlas ke konci delší věty přechází do šepotu a je slabý, je slyšitelný hlasový tremor a jiné. *Fonace*

Z hlediska **rezonance** se objevuje se hypernazalita, patologicky zvýšená nosovost, nosní emise (únik výdechového proudu vzduchu při mluvení nosem, nedostatečná činnost měkkého patra a dalších anatomických struktur, např. z důvodu spasticity svalů měkkého patra (Cséfalvay, Marková, 2009). *Rezonance*

Narušení funkce svalů rtů a jazyka ovlivňuje vyslovování hlásek, při kterých je nezbytný pohyb rtů (*p, b, m, f, v*) a jazyka (*t, d, n, l, r, ř, s, z, c, š, ž, č, ě, d', ň, j, k, g, ch*). Narušený bývá pohyb dolní čelisti, což vede k nedostatečnému čelistnímu úhlu a tím k narušení artikulace, zhoršení srozumitelnosti mluvy. Při spastické dysartrii se spasticita svalů zúčastněných na artikulaci projevuje jako zpomalená artikulace. *Artikulace*

Dysartrie může být spojena s poruchou polykání – dysfagií (dle MKN-10 označena kódem R13 Dysfagie). Přídatným příznakem dysartrií může být hypersalivace – zvýšené vylučování slin (dle MKN-10 značena K11.7 Poruchy sekrece slin).

Příklad

Vzhledem k tomu, že při dysartrii jsou přítomny poruchy respirace, fonace, rezonance, tyto mohou působit jako komplikace a zhoršovat celkovou srozumitelnost řeči podle typu dysartrie. Klient si své obtíže uvědomuje a mnohdy může pociťovat psychický dyskomfort.



7.3 Doporučení, jak se co nejlépe domluvit s osobou s dysartrií

V případě nesrozumitelné či obtížně srozumitelné mluvy pro centrální, neurogení poruchu motoriky mluvidel Neubauer (2007) doporučuje:

- Nepředstírejte, že rozumíte, tito lidé to většinou poznají.
- Buďte tolerantní k pomalosti a omezení mluvy, poskytněte dostatek času.
- Při dlouhém sdělení se řeč zpravidla zhorší. Podporujeme klienta k užití krátkých formulací.
- Sledujte pozorně osvětlená ústa mluvícího, dejte najevo snahu rozumět, nemluvte netrpělivě zároveň s člověkem s dysartrií.
- Můžete opakovat rozuměnou část sdělení, otázkou usměrnit další projev.
- Je-li osoba fyzicky schopna psát, využijte i písmo, poskytněte podmínky pro psaní.

7.4 Jiné neurogení poruchy řeči

Kateřina Vitásková

Získaná
neurogení
dysfluence

Získaná neurogení dysfluence neboli pseudokoktavost (neurogení koktavost, kortikální koktavost) může být počátečním příznakem Parkinsonovy choroby, demence, metastázujících tumorů mozku, anoxie (důsledků nedostatku zásobování mozku kyslíkem) apod., které způsobují poškození mozku spíše difuzního charakteru. Projevuje se repeticemi (opakováním) hlásek či slabik na začátku slov, prodlužováním slabik (prolongacemi) a hezitacemi (ulpíváním, zarážkami v mluvě v místech, kde by neměla být pauza). V dospělosti se může také projevit paradoxní ustoupení příznaků (tzv. remise) nebo naopak znovuobjevení (recidiva) příznaků vývojové koktavosti, ale také palilálie, disinhibovaná řeč, které mohou signalizovat nástup či progresi neurologického onemocnění, např. mnohočetné sklerózy s cerebelárními lézemi (poškozením mozečku), vyskytovat se po záchvatech či jako počáteční komplikace nastupující u Alzheimerovy choroby (Duffy et al., 2005).



Příklad

U získané neurogení dysfluence není tak znatelný rozdíl v projevu s ohledem na formu řeči, svou poruchu si tyto osoby často uvědomují, ale nevykazují úzkostnost nebo narušení mimiky v důsledku ovlivnění koverbálního chování na rozdíl od vývojové dysfluence (viz kap. 1). Může vzniknout v důsledku farmakoterapie v reakci na léky, jakými jsou antidepresiva, léky proti úzkostnosti, schizofrenii, Parkinsonově chorobě, astmatu.

Palilálie

Palilálie se projevuje především repeticemi slov a mluvních frází a rostoucím projevem snižující se hlasitosti řeči a zvýšením frekvence opakování. Vyskytuje se u traumat mozku, Parkinsonovy choroby, Alzheimerovy choroby, Tourettova syndromu apod. (Duffy et al., 2005).

Echolálie

Echolálie může být mimovolní, automatická, vypadá jako „papouškování“ bez pochopení významu, ale nenarušeno bývá opakování, artikulace či prozódie. Může se vyskytnout u Parkinsonovy choroby, Alzheimerovy choroby, Tourettova syndromu, cévních mozkových příhod, status epilepticus (Duffy et al., 2005).

Syndrom
cizího
akcentu

Tzv. pseudocizinecký akcent neboli „dysprosodie pseudocizineckého dialektu“ či „nenaučený cizí přízvuk“ vzniká po zavřených úrazech hlavy nebo cévních mozkových příhodách. Jedná se o abnormální změny hlásek připomínající řeč cizince, tedy specifické záměny výslovnosti a prozódie (Duffy et al., 2005).

Disinhibovaná
vokalizace

Disinhibovaná vokalizace se projevuje mimovolní řečí nebo vokalizací, neadekvátním smíchem nebo křikem, chrochtavými zvuky, verbálními nebo vokálními tiky, někdy i palilálií a echolálií. Vyskytuje se u Alzheimerovy choroby nebo Tourettova syndromu (Duffy et al., 2005).



Klíčová slova

- vývojová dysartrie
- získaná dysartrie

- **respirace**
- **fonace**
- **rezonance**
- **artikulace**
- **dysfagie**
- **hypersalivace**
- **neurogení koktavost**
- **palilálie**
- **echolálie**
- **syndrom cizího akcentu**
- **disinhibované vokalizace**

Seznam použité literatury

1. CSÉFALVAY, Z., MARKOVÁ, J. 2009. Dyzartria. In KEREKRÉTIOVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 242–256. ISBN 978-80-223-2574-5.
2. DUFFY, J. R., et al. 2005. *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management*. St Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
3. DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3., upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.
4. NEUBAUER, K. 2003. Dysartrie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 303–327. ISBN 80-7178-546-6.
5. NEUBAUER, K., et al. 2007. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.



8 Vybrané symptomatické poruch řeči s příznaky v dospělosti – autismus a neverbální poruchy při narušení pravé hemisféry

Kateřina Vitásková

8.1 Poruchy autistického spektra, autismus, Aspergerův syndrom

*Narušení
komunikace
u VŠ studentů
s autismem*

Aspergerův syndrom, který je diagnostikován častěji, se od **vysoce funkčního autismu** může lišit vyššími verbálními schopnostmi, ale horší motorickou koordinací a praxí a vyšším sklonem k depresivitě, obsedantně-kompulzivním poruchám a k sociálněpatologickým jevům typu závislosti na alkoholu apod. U studentů s **tzv. vysoce funkčním autismem** či **Aspergerovým syndromem** se mohou projevovat následující charakteristiky (Attwod, 2005; Ingersoll, 2010; Kanne, Christ, Reinsen, 2009; Scheering, 2001; Říhová, Vitásková, 2012):

- kognitivní dovednosti jsou v normě, či dokonce nad ní;
- může se objevovat zvláštní nadání, talent, v oblasti matematiky hudby, kresby, vizuálním umění;
- echolálie;
- perseverace;
- obsedantní chování;
- rigidní ulpívání na některých opakujících se situacích a aktivitách a jejich pořadí;
- ulpívání na přesném, konkrétním významu slov a vět;
- přehnaná artikulace hlásek či bizarní vyslovování některých z nich;
- hypomimie nebo hypermimie (snížení nebo zvýšení produkce mimických doprovodných projevů v řeči);
- nepřírozená monotónnost řeči, působící povýšeně nebo „chladně“;
- poruchy interpersonální komunikace a pragmatiky komunikace, sociální konverzace;
- výrazné deficity neverbální komunikace, obtížnější rozpoznávání paralingvistických charakteristik řeči, vnímání humoru, ironie apod.;
- atypické reakce na sensorické podněty;
- depresivita;
- úzkostnost;
- nižší sebevědomí a vědomí vlastních schopností;
- poruchy poznávání tváří a jejich emociálního výrazu, hlavně negativního (problém rozpoznat emociální výraz bývá častější než problém rozpoznat emoce z hlasu, i když tyto schopnosti se mohou u jednotlivých studentů lišit);
- interpersonální adaptační problémy;
- poruchy chování, až jeho bizarnost;
- poruchy nálady až bipolární porucha osobnosti;
- fluktuace pozornosti;
- nižší flexibilita myšlení;
- narušení praxe, známky motorické dyskoordinace a problémy s praktickými manuálními činnostmi;

- případné známky specificky narušeného vývoje řeči, hlavně tzv. sémanticko-pragmatická porucha (studenti jsou „výřeční“, ale obsah jejich mluvy neodpovídá situaci, produkují neobvyklá slovní spojení);
- samotářství.

Příklad

Temple Grandinové, jedné z nejslavnějších akademických osobností s autismem, např. ve škole přezdívali „kazeták“, protože přesně a doslova opakovala to, co kolem slyšela (Jones, 2012). Tento projev může být pro okolí velmi nepříjemný a pojmáný jako „provokace“. Paradoxní také může být snaha o sociální kontakt doprovázená u autistů „grimasováním“, hlasitými projevy emocí apod., což bývá důsledek dostatečné inteligence, pomocí které zjistí či se naučí, že by se v průběhu konverzace měli emociálně projevovat, ale bohužel je jejich projev mnohdy jakoby přehnaný nebo se může stát, že se ve zvoleném projevu zmýlí. Musíme si ale uvědomit, že mezi slavné vědce, akademiky či umělce s autismem patřil také Albert Einstein, Ludvig van Beethoven a další osobnosti, takže autismus neznamená limitaci vysokoškolského studia nebo vyloučení z kolektivu.



Pro VŠ studenty s autismem typu vysoce funkčního autismu či Aspergerova syndromu je **důležité** (Jobe, Williams White, 2007; Jones, 2012; MacLeod, Green, 2009):

- co nejvíce předvídatelné, strukturované edukační prostředí s dostatečným prostorem pro přizpůsobení se změnám tak, aby se minimalizovala úzkost;
- pokyny a úkoly pokud možno nenáročné na sociální interakci a kolektivní řešení úkolů v interaktivních skupinách, nebo musí být studentovi poskytnuta kontrola, vedení a přesně mu musí být vysvětlen jeho úkol;
- podpora prostřednictvím sociálních sítí, pokud student nemůže nebo nechce navštěvovat přímou výuku v celém rozsahu;
- spolupracovat s komunikačním partnerem studenta s autismem, který zprostředkuje potřebné informace jak studentovi, tak vám a také může vysvětlit některé projevy a řešení konfliktních situací i spolužákům;
- postupně podporovat zapojení sociální interakce (u autistů se totiž častěji vyskytuje tzv. samotářství), kterou autisté mnohdy nevtáží ani nevyhledávají, naopak ji mohou pociťovat jako negativní důsledek nedostatků v komunikaci nebo schopnosti pohybovat se v sociálních situacích.

Podpora studia u autismu

8.2 Poruchy praxie – dyspraxie, vývojová koordinační porucha

Tzv. **vývojová porucha koordinace** (DCD; developmental coordination disorder) je známější pod pojmem dyspraxie (specifická vývojová porucha motorických funkcí). Její projevy se objevují již v dětství, ale deficity koordinace přetrvávají u převážné většiny jedinců až do dospělosti. Bývá úzce spojena také s dyslexií a problematikou poruch pozornosti a s poruchami psaní (viz např. Kirby et al., 2008; Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Poruchy řeči u poruch praxie



Příklad

Studenti s dyspraxií jsou často nediagnostikováni nebo mají diagnostikovánu nějakou „typičtější“ specifickou poruchu učení, např. dysgrafii. Její projevy se svádějí na nešikovnost, neobratnost (srovnej např. Vitásková, 2004), přestože mají dospělí studenti vysokých škol s DCD poruchou (či dyspraxií) mnohem častější specifické obtíže s učením a vyžadují mnohem vyšší míru pomoci jak s organizací prostoru, tak času při studiu. V akademickém prostředí zůstávají opomíjeni a jejich projevy jsou podceňovány, nejsou jim poskytovány dostatečné podpůrné služby, a proto jsou mnohem déle závislí na podpoře tohoto charakteru od svých rodičů (Kirby et al., 2008; Missiuna, Moll, King et al., 2008).

8.3 Narušení pravé hemisféry – vývojový pravoemisférový syndrom, hyperlexie

Vývojový pravoemisférový syndrom

Vývojový pravoemisférový syndrom (angl. DRHS) je součástí konceptu tzv. neverbálních poruch učení a vzniká zřejmě poškozením bílé hmoty mozkové pravé hemisféry z různých příčin (blíže např. Vitásková, 2010a). Nenarušena je formální stránka čtení a psaní, ale naopak se objevuje ADHD (poruchy aktivity a pozornosti s hyperaktivitou), vizuo-spaciální poruchy (poruchy zrakově-prostorového vnímání), poruchy učení, především aritmetiky, ale i poruchy nálady a poruchy mezilidských vztahů. Narušena je pragmatika komunikace, vyskytuje se:

- aprosodie (Landau et al., 2003);
- snížená schopnost automatického rozpoznávání kontextuální informace a relevantních významů ambivalentních výrazů v textu (Blake, 2009);
- chápání časoprostorových a kauzálních vztahů v textu;
- sklon k rigidnímu řešení úloh, snížení kreativity a abstrakce (Schiff, Bauminger, Toledo, 2009);
- narušené odhadování komunikačního záměru mluvčího, konkrétně dvojsmyslu či přeneseného významu (Champagne-Lavau, Joanett, 2009; Semrud-Clikemon, Glass, 2008);
- poruchy rozpoznávání lži, metafor apod. (Brownell et al., 2000, in ibid.);
- problém s hodnocením komiksů a obdobných typů příběhů (Griffin et al., 2006, in ibid.);
- fixace na doslovný význam výrazu či výpovědi.



Příklad

Hlavním problémem je symptom pomalého tempa v úkolech zrakových, sluchových i motorických, které přetrvává celoživotně. Snaha o pobízení a stimulaci zrychlení výkonu bývá zbytečná, a jelikož má i farmakoterapie (na rozdíl od farmakologického potlačování hyperaktivity) jen mizivý účinek, může vést nátlak na zrychlení u jedinců s DRHS k frustraci a negativismu. Časté jsou současné projevy poruch praxie (Vitásková, 2010b).

Hyperlexie

Hyperlexie je deficit čtení s porozuměním, který je ve výrazném kontrastu k průměrné či nadprůměrné schopnosti rozpoznávat slova jak izolovaná, tak jejich sekvence (slovní spojení ve větě). Schopnost naučit se mechanicky číst je v kontrastu i s mentálním či chronologickým věkem a někdy se objevuje i jakási fascinace písmeny a čísly v raném dětském věku. Může být součástí různých syndromů, např. Savantova, Tourettova,

Aspergerova, Rettova (či jiných poruch autistického spektra) (Vitásková, 2008; Wallace, 2008). U studentů s hyperlexií se mohou vyskytovat různé obtíže dle typu, ke kterému se vztahuje, např. echolálie (kap. 7), perseverace (Richman, 1996).

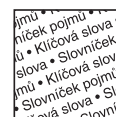
Příklad

Obtíže činí chybějící části textu, práce s kontextem, sledování a kontrola textu (s neadekvátními slovy s neodpovídajícím významem), s vizuálně obtížnějšími čtenářskými materiály, které obsahují netypické písmo, grafy, schémata, „komiksové“ zpracování textu, s pracovními listy či při současné nutnosti přepisu textu z tištěné či psané předlohy z tabule či učebnice. Objevuje se pragmatická porucha jazyka a dezinterpretace symbolů v rámci sociální komunikace (včetně neverbální), reverze písmen či slov. Student kompenzuje poruchu častější verbalizací aktivit memorováním (Snowling, 2000).



Klíčová slova

- autismus
- Aspergerův syndrom
- vysoce funkční autismus
- vývojový pravohemisférový syndrom
- hyperlexie
- dyspraxie
- vývojová koordinační porucha



Seznam použité literatury

1. ATTWOD, T. 2005. *Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-979-8.
2. BLAKE, M. L. 2009. Inferencing processes after right hemisphere brain damage: Maintenance of inferences. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, roč. 52, č. 2, s. 359–372.
3. CHAMPAGNE-LAVAU, M.; JOANETTE, Y. 2009. Pragmatics, theory of mind and executive functions after a right-hemisphere lesion: Different patterns of deficits. *Journal of Neurolinguistics*, 2009, roč. 22, č. 5, s. 413–426. ISSN 0911-6044.
4. INGERSOLL, B. 2010. Broader Autism Phenotype and Nonverbal Sensitivity: Evidence for an Association in the General Population. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, roč. 40, č. 5, s. 590–598.
5. JOBE, L. E.; WILLIAMS WHITE, S. 2007. Loneliness, social relationships, and a broader autism phenotype in college students. *Personality & Individual Differences*, roč. 42, č. 8, s. 1479–1489.
6. JONES, J. 2012 Autism in Academia. *Chronicle of Higher Education*. March 16th 2012. *Convergence Supplement*, s. 38–42.
7. KANNE, S. M., CHRIST, SHAWN E., REIERSEN, A. M. 2009. Psychiatric Symptoms and Psychosocial Difficulties in Young Adults with Autistic Traits. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, roč. 39, č. 6, s. 827–833.
8. KIRBY, A., et al. 2008. Dyslexia and developmental co-ordination disorder in further and higher education – similarities and differences. Does the ‘Label’ influence the support given? *Dyslexia*, roč. 14, č. 3, s. 197–213.



9. LANDAU, Y. E., et al. 2003. Speed of Performance of Children With Developmental Right Hemisphere Syndrome and With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Neurology*, roč. 18, č. 4, s. 264–269. ISSN 0883-0738.
10. MACLEOD, A.; GREEN, S. 2009. Beyond the books: case study of a collaborative and holistic support model for university students with Asperger syndrome. *Studies in Higher Education*, roč. 34, č. 6, s. 631–646.
11. MISSIUNA, CH. L.; MOLL, S.; KING, G., et al. 2008. Life experiences of young adults who have coordination difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, roč. 75, č. 3, s. 157–167.
12. RICHMAN, L. 1996. *Peaceful coexistence: autism, Asperger's, hyperlexia*. AHA – American Hyperlexia Association. [online]. 1996 [cit. 2006-02-12]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.hyperlexia.org/aha_winter9697.html>.
13. ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. 2012. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2908-3.
14. SEMRUD-CLIKEMAN, M.; GLASS, K. 2008. Comprehension of humor in children with nonverbal learning disabilities, reading disabilities, and without learning disabilities. *Annals of Dyslexia*, roč. 58, s. 163–180. ISSN 0736-9387.
15. SCHEERING, M. S. 2001. The differential diagnosis of impaired reciprocal social interaction in children: A review of disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, roč. 32, č. 1, s. 71–89.
16. SCHIFF, R.; BAUMINGER, N.; TOLEDO, I. 2009. Analogical problem solving in children with verbal and nonverbal learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, roč. 42, č. 1, s. 3–13.
17. SNOWLING M. J. 2000. Language and literally skills: Who is at risk and why? In: BISHOP, V. M, LEONARD, B. L. *Speech and language impairment in children. Causes, characteristics, intervention, and outcome*. Psychology Press, s. 245–272. [reprinted 2007]. ISBN 978-0-86377-569-7.
18. VITÁSKOVÁ, K. 2008. Speciálněpedagogická diagnostika specifických poruch učení v kontextu transferu etiologických faktorů a symptomatologie. In *Špecifické poruchy učenia a správania v kontexte inkluzívnej edukácie. Zborník z prvej medzinárodnej e-konferencie v Prešove 5.–7. máj 2008*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej university, s. 23–29. ISBN 978-80-8068-801-1.
19. VITÁSKOVÁ, K. 2004. Terminologie v oblasti praxe a jejích poruch v interdisciplinárním kontextu současné speciální pedagogiky. *Speciální pedagogika*, roč. 14, č. 3, s. 208–214.
20. VITÁSKOVÁ, K. 2010a. Pravoemisférové deficity v oblasti narušené komunikační schopnosti a jejich dopad na edukaci. In *Zborník z príspevkov z III. medzinárodnej špeciálnopedagogickej konferencie konanej v dňoch 23.–24. septembra 2010 v Bratislavě*. Bratislava: IRIS, s. 221–227. ISBN 978-80-89238-36-1.
21. VITÁSKOVÁ, K. 2010b. The difficulty in objective dyslexia assessment results from the context of actual knowledge on related deficiencies and deviations in the communication process in developmental context. In *First Part PRE-CONFERENCE PROCEEDINGS of the Special Focus Symposium on 10th ICESKS: Information, Communication and Economic Sciences in the Knowledge Society*. Zagreb: ECNSI, Učiteljskij Fakultet u Zagrebu (University of Zagreb), s. 189–196. ISBN 978-853-7210-31-1.
22. VITÁSKOVÁ, K.; PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

23. WALLACE, L. G. 2008. Neuropsychological studies of savant skills: Can they inform the neuroscience of giftedness? *Roeper Review*, s. 229–246.
24. WHITE, S. W.; OLLENDICK, T. H.; BRAY, B. C. 2011. College students on the autism spectrum: Prevalence and associated problems. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, roč. 15, č. 6, s. 683–701.

9 Obecné zásady přístupu k osobám s NKS, logopedické pomůcky

9.1 Obecné zásady přístupu k osobám s narušenou komunikační schopností

Renata Mlčáková

Zdravá
komunikace

Přístup k osobám s narušenou komunikační schopností může vycházet z charakteristik tzv. zdravé neboli **funkční komunikace**. Podle Vybírala (2009) je zdravá komunikace nazývána také komunikací funkční, a to v protikladu k dysfunkčním výměnám, jako jsou např. agresivní promluvy, zobecňující negativní hodnocení. Vybíral (2009) podrobně popsal charakteristiky funkční komunikace:

- **Bezprostřednost reakce** – neodkládáme odpovědi na pozdější dobu, reagujeme ihned, případně s malým časovým odkladem. Časté odklady reakcí i hodinové či několikadenní mlčení, kdy nevíme, co si komunikační partner o sdělení myslí, vedou k poruchám kontaktu i vztahu.
- **Kognitivní přizpůsobování** – při funkční komunikaci se přizpůsobujeme slovníku, mimoslovním projevům, stanoviskům druhého. Neznamená to však snadnou ovlivnitelnost našich názorů, projevujeme tak zájem, např. zjistit, jak sdělený obsah chápou druhí.
- **Zájem o druhého** – zájem o komunikačního partnera, o jeho sdělení dáme najevo, udržujeme-li při komunikaci **zrakový kontakt** z očí do očí, pozorně nasloucháme, jsme trpěliví, náš pohled je přátelský, náš hlas je přátelský. Umíme se vyladit na komunikaci, tzn. naše myšlenky neodbíhají, nelistujeme dokumenty, když na druhého mluvíme.
- **Reciprocita** – vzájemnost, každý má možnost (časovou, prostorovou) vyjádřit se přibližně stejnou měrou v dialogu i při komunikaci ve skupině. Promluva žádného účastníka by neměla být narušována např. tím, že ho druhý neposlouchá nebo nenechá domluvit. Toto pravidlo, zdánlivě samozřejmé, bývá v praxi někdy porušováno a obzvláště jsou v nevýhodě studenti s narušenou komunikační schopností.
- **Otevřená komunikace** – výhodou je, umí-li komunikační partner navodit a udržet otevřenou komunikaci, kdy klient otevřeně sděluje své pocity, názory, postoje.
- Snažíme se **jednat konzistentně**, tedy tak, jak obvykle jednáme. Rozejdeme-li se s komunikačním partnerem v dobrém a dozvíme-li se, že o nás po našem odchodu bez naší přítomnosti mluvil negativně, pak jeho jednání s námi nebylo konzistentní.
- **Positivní komunikace** – vybereme-li pozitivní aspekty, je to efektivnější než „negativistická“ formulace, kdy vytkneme záporné stránky. Častá negativní hodnocení mají vliv na snížení sebedůvěry. Naproti tomu opakování pozitivního může vést k povzbuzení a přispět k upevnění sebedůvěry.



Příklad

Uvedme si příklad negativní formulace, která v konečném efektu může nežádoucí chování posílit: „Nebudeme se Janě posmívat, když mluví.“. Mnohem **účinnější** bude **pozitivní formulace**, která vede k posílení žádoucího chování a jeho opakování, jedná se o pozitivní zpětnou vazbu: „**Líbí se mi, že Janě nasloucháte, když mluví.**“.

9.2 Další možné návrhy, jak rozvíjet vzájemnou komunikaci

Renata Mlčáková

Pokud se domníváme, že student s narušením komunikační schopnosti potřebuje naši podporu či pomoc, navrhněme mu ji, ale vyčkejme, zda má o ni skutečně zájem.

*Návrh
podpory*

Otevřeně se studenta zeptejme, jak nejlépe mu můžeme pomoci. Vyčkejme, dejme mu dostatek času na odpověď. Respektujme jej.

Doporučujeme kontaktovat Centrum podpory studentům se specifickými potřebami na Univerzitě Palackého v Olomouci, kde student prokonzultuje své individuální specifické potřeby.

Nabízíme-li studentovi s těžkou formou koktavosti nebo dysartrie, že jej místo ústně vyzkoušíme písemně, je vhodnější nabídnout možnost písemného zkoušení a vyčkat na rozhodnutí studenta. Méně vhodně je říci: „Budu Vás zkoušet jen písemně.“ V tomto případě postupujeme direktivně, aniž bychom se studenta zeptali a dali mu na výběr. Je přitom možné, že by student upřednostnil ústní zkoušku, přestože je to pro něj aktivita komunikačně náročnější než písemné zkoušení. Čím častěji bude student s koktavostí mít možnost mluvit, tím lépe.

*Písemné, nebo
ústní zkoušení?*

Mluvíme-li se studentem s koktavostí nebo dysartrií, realizace jeho promluvy zpravidla vyžaduje delší čas, počítejme s tím a vyčleňme si na něj více času, vytvořme si časovou rezervu, aby nám sdělil vše, co nám sdělit potřebuje a sdělit chce. Nedávejme najevo časovou tíseň, můžeme tak zhoršit aktuální promluvu studenta.

*Časová
rezerva*

Věnujme čas budování vzájemné důvěry, chovejme se přirozeně, se studentem mluvmě jasně, konkrétně, klidným tempem řeči tváří v tvář.

Pokud jsme studentovi neporozuměli hned napoprvé, pokračujme v konverzaci, uplatněme aktivní naslouchání, např. techniku tzv. empatického parafrázování. Přeformulujme nejdůležitější myšlenky a pocity partnera, jak jsme jim rozuměli:

*Aktivní
naslouchání*

„Pokud jsem to dobře pochopila, chcete, abychom se tento týden sešli.“

„Takže byste si přál, abych Vás zkoušela písemně. Je to tak?“

V případě, že jsme přeformulovali myšlenku chybně, student zareaguje a zpřesní nebo zopakuje svoje sdělení.

Pro zájemce

Problematice aktivního naslouchání a dalším konverzačním dovednostem, ale i komunikačním zlovykům se věnují Praško, Prašková (2007).

9.3 Možnosti využití přístrojů a software v rámci logopedické intervence pro studenty s narušenou komunikační schopností

Kateřina Vitásková

Logopedické pomůcky

Může se jednat o pomůcky diagnostické, registrační, terapeutické, didaktické, podpůrnou přístrojovou techniku nebo víceúčelové počítačové programy, multimédia, publikace, nákresy či přímo speciální logopedický software (Vitásková, 2005; Vitásková, 2009).



Příklad

Logopedické pomůcky jsou rozmanité a jejich vhodný výběr pro konkrétního studenta bývá obtížný. Ceny se pohybují od stovek do několika desetitisíců až statisíců korun. V některých případech lze pomůcky zapůjčit, pokud to umožňuje logoped nebo některá organizace, sdružení. Pozitivní je, že někteří výrobci nabízejí slevu osobám s NKS s doloženou diagnózou. Logopedický software často vyžaduje aktualizaci firmwaru, upgrade hardwaru apod. Existují však i programy, které jejich výrobci dotvářejí, upravují a evaluují v součinnosti s logopedy pracujícími se studenty s NKS na vysokých školách.

Za všechny lze jmenovat např. programy:

- FONO,
- Speechviewer,
- Mentio,
- SonaSpeech.

Renata Mlčáková

SONA SPEECH II

Centrum podpory studentům se specifickými potřebami na Univerzitě Palackého v Olomouci má k dispozici počítačový software **SONA SPEECH II**. Tento software je zde aktivně využíván k logopedické intervenci u klientů s koktavostí, ale lze jej využít také k logopedické intervenci breptavosti a jiných typů narušené komunikační schopnosti. Obsahuje software uplatnitelný k logopedické intervenci dysartrie, poruch hlasu, poruch rezonance řeči i poruch výslovnosti. Přístroj disponuje např. možnostmi terapeutických technik, které jsou založeny na sluchové zpětné vazbě a lze je uplatnit u klientů s narušením plynulosti řeči.

U studentů s poruchami plynulosti řeči v Centru podpory studentům se specifickými potřebami na Univerzitě Palackého z technik založených na sluchové zpětné vazbě s využitím **SONA SPEECH II uplatňujeme: opožděnou sluchovou zpětnou vazbu (DAF), metronomem časovanou řeč (pacer) a maskující šum (masking)**.

Efekt DAF v terapii koktavosti

Mnozí lidé s koktavostí dokážou plynule hovořit při **opožděné sluchové zpětné vazbě** (Delayed Auditory Feedback – DAF, jinak též **Lee-efekt**). Člověk mluví do mikrofonu a speciálním zařízením se mu do sluchátek přivádí jeho vlastní řeč, ale s určitým regulovatelným opožděním. Opoždění nutí klienta mluvit pomaleji, prolongovaným vzorcem, DAF odpoutává – derivuje – pozornost člověka s koktavostí od jeho mluvního projevu,

což má pozitivní vliv na plynulost řeči. Lidé, kteří nekoktají, obvykle hovoří pod vlivem DAF neplynule, pociťují během mluvy pod vlivem DAF určitý psychický dyskomfort.

Rytmizovaná, metronomem časovaná řeč je jednou z nejstarších terapeutických technik. Dnes se uplatňuje např. v elektronických přístrojích. V programu **SONA SPEECH II** je označena jako „pacer“. Lechta (2010) popisuje, že dnes je možná aplikace miniaturizovaných elektronických metronomů, které balbutici nosí u sebe podobně jako lidé se sluchovým postižením sluchadla. Přístroje uplatňují rytmizaci, vlivem rytmizace dochází ke zpomalení tempa řeči, zlepšení fluence.

*Metronomem
časovaná řeč*

Aplikace **maskujícího šumu – masking** (MAF) jako sluchové zpětné vazby může příznivě ovlivnit plynulost řeči. Maskující šum, jinak též **tzv. bílý šum** – akusticky se podobá prolongované hláске š (Dvořák, 2007). Pozornost klienta se soustředí na šum a odpoutává od vlastního způsobu mluvy.

*Maskující
šum*

Centrum podpory studentům se specifickými potřebami na Univerzitě Palackého v Olomouci se u svých klientů s narušením komunikační schopnosti zajímá o jejich anamnézu, mimo jiné zda student aktuálně využívá logopedického poradenství, navštěvuje logopeda, resp. klinického logopeda, zda čerpal logopedickou péči před nástupem na vysokou školu a jaký průběh logopedická péče měla, zda navštěvoval logopedickou školu nebo jiné zařízení poskytující logopedickou péči.

Klíčová slova

- logopedické pomůcky
- funkční komunikace
- zrakový kontakt
- reciprocita
- aktivní naslouchání
- opožděná zpětná sluchová vazba
- DAF
- Lee-efekt
- metronomově časovaná řeč
- pacer
- maskující šum
- bílý šum
- masking
- SONA SPEECH II



Seznam použité literatury

1. DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3., upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 978-80-902536-6-7.
2. LECHTA, V. 2010. *Koktavost: integrativní přístup*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-643-8.
3. MLČÁKOVÁ, R. 2011. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In MICHALÍK, J., a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 409–497. ISBN 978-80-7367-859-3.



4. PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1697-8.
5. VITÁSKOVÁ, K. 2005. Pomůcky a přístroje v logopedii. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 116–122. ISBN 80-244-1088-5.
6. VITÁSKOVÁ, K. 2009. Specific communication and sensory deficits – the invisible factor, determining the success and efficiency of applying information and communication technologies in education. In *PRE-CONFERENCE PROCEEDINGS of the Special Focus Symposium on 8th ICESKS: Information, Communication and Economic Sciences in the Knowledge Society*. Zagreb: ECNSI, Učiteljskij Fakultet u Zagrebu (University of Zagreb), s. 162–169. ISBN 978-953-7210-22-9.
7. VYBÍRAL, Z. 2009. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.

Závěr

Předložený text vám nabídl vstup do oboru logopedie a do oblasti forem a narušení lidské komunikace, včetně jejich specifík, mírnějších odchylek či vážnějších narušení, týkajících se studentů na vysokých školách. Rozsah obsahu i formy komplexní logopedické intervence je propojen na úrovni mnoha resortů a moderní náhledy na logopedii její přesah ještě znásobují. Jelikož se jedná o problematiku, která je neustále podrobována vědeckému zkoumání a praktickému ověřování, pro hlubší vhled je potřeba získávat další informace prostřednictvím samostudia či absolvováním dalších předmětů prohlubujících základní znalosti o logopedii.

Získali jste odkazy na zdrojovou základní i doplňující literaturu, včetně zahraničních zdrojů a internetových odkazů. Pro podrobnější a konkrétnější informace kontaktujte prosím poradenské vysokoškolské pracoviště.

Resumé

Text poskytuje základní vhled do oboru logopedie zabývající se problematikou narušené komunikační schopnosti (NKS), která představuje jeden z nejkompexnějších problémů, se kterými se můžeme u studentů na vysoké škole setkat. Věnuje se popisu hlavních forem narušení mluvené i psané komunikace u vysokoškolských studentů se zvláštním zaměřením na specifika obtíží v dospělém věku v kontextu edukace – především na poruchy plynulosti řeči (kocktavost, breptavost), mutismus a jiné psychogenní poruchy komunikace, získané poruchy fatických funkcí (afázie, poruchy čtení, psaní, počítání) a poruchy praxie, poruchy autistického spektra a neverbální poruchy související s poškozením pravé mozkové hemisféry, poruchy hlasu a výslovnosti vývojového i získaného charakteru (dyslálie, dysfázie, dysartrie, dysfonie). V závěru jsou shrnuty obecné zásady přístupu ke studentům s NKS v dospělém věku a přiblíženy možnosti využití speciálních logopedických pomůcek. Vysvětlena je logopedická terminologie.

Summary

The paper presents a basic overview of speech and language therapy focusing on communication disorders, which is one of the most complex issues in university students. The paper describes the main forms of disorders in verbal as well as written communication in university students with a special emphasis on specific difficulties in adult individuals in the context of education – particularly speech fluency disorders (stuttering, cluttering, mutism and other psychogenic communication disorders, acquired phatic disorders (aphasia, reading disorders, writing disorders, acalculia) and praxia disorders, autism spectrum disorders and nonverbal disorders related to damaged right brain hemisphere, voice and pronunciation disorders of a developmental and acquired nature (apraxia of speech, dysphasia, dysarthria, dysphonia). The final part of the paper summarizes the general principles of approaching students with communication disorders in adulthood and methods of using special speech and language therapy aids. The paper also explains speech and language therapy terminology.



Literatura

1. ATTWOD, T. 2005. *Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-979-8.
2. BLAKE, M. L. 2009. Inferencing processes after right hemisphere brain damage: Maintenance of inferences. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, roč. 52, č. 2, s. 359–372.
3. CLEAVE, H. 2009. Too anxious to speak? The implications of current research into Selective Mutism for educational psychology practice. *Educational Psychology in Practice*, roč. 25, č. 3, s. 233–246. ISSN 0266-7363.
4. CSÉFALVAY, Z. 2007. *Terapie afázie*. Praha: Portál. ISBN 978-90-7367-316-1.
5. CSÉFALVAY, Z. 2009. *Afázia*. In KERÉKRÉTIOVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 227–241. ISBN 978-80-223-2574-5.
6. CSÉFALVAY, Z., MARKOVÁ, J. 2009. Dyzartria. In KERÉKRÉTIOVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 242–256. ISBN 978-80-223-2574-5.
7. ČECHÁČKOVÁ, M. 2003. Afázie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 143–176. ISBN 80-7178-546-6.
8. EAPEN, V., ČRNČEC, R. 2009. Tourette syndrome in children and adolescents: Special considerations. *Journal of Psychosomatic Research*, roč. 67, č. 6, s. 525–532.
9. DVOŘÁK, J. 1999. *Slovní patlavost. Verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 124 s. ISBN 80-902536-0-1.
10. DVOŘÁK, J. 2003. *Vývojová verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. 144 s. ISBN 80-902536-5-2.
11. DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3., rozšíř. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 978-80-902536-6-7.
12. DUFFY, J. R., et al. 2005. *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management*. St Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
13. FRASER, M. 2000. *Svépomocný program při koktavosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-352-8.
14. GORDON, N. 2001. Mutism: Elective or selective, and acquired. *Brain & Development*, roč. 23, č. 2, s. 83–87. ISSN 0387-7604.
15. GÚTHOVÁ, M. 2009. Dyslálie. KERÉKRÉTIOVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 136–155. ISBN 978-80-223-2574-5.
16. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2010. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X
17. HARTMAN, B., LANGE, M. 2008. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-021-8.
18. HYBÁŠEK, I. 2006. Poruchy hlasu a řeči. In HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. Praha: Karolinum, s. 359–366. ISBN 80-246-1019-1.
19. CHAMPAGNE-LAVAU, M.; JOANETTE, Y. 2009. Pragmatics, theory of mind and executive functions after a right-hemisphere lesion: Different patterns of deficits. *Journal of Neurolinguistics*, 2009, roč. 22, č. 5, s. 413–426. ISSN 0911-6044.
20. INGERSOLL, B. 2010. Broader Autism Phenotype and Nonverbal Sensitivity: Evidence for an Association in the General Population. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, roč. 40, č. 5, s. 590–598.

21. JOBE, L. E.; WILLIAMS WHITE, S. 2007. Loneliness, social relationships, and a broader autism phenotype in college students. *Personality & Individual Differences*, roč. 42, č. 8, s. 1479–1489.
22. JONES, J. 2012 Autism in Academia. Chronicle of Higher Education. March 16th 2012. *Convergence Supplement*, s. 38–42.
23. KANNE, S. M., CHRIST, SHAWN E., REIERSEN, A. M. 2009. Psychiatric Symptoms and Psychosocial Difficulties in Young Adults with Autistic Traits. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, roč. 39, č. 6, s. 827–833.
24. KAULFUSSOVÁ, J. 2003. Polykání a příjem potravy. In SKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 545–558.
25. KEREKRÉTIOVÁ, A. 2008. *Velofaryngální dysfunkce a palatolálie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2264-1.
26. KIRBY, A., et al. 2008. Dyslexia and developmental co-ordination disorder in further and higher education – similarities and differences. Does the 'Label' influence the support given? *Dyslexia*, roč. 14, č. 3, s. 197–213.
27. KUČERA, M., FRÍČ, M., HALÍŘ M. 2010. *Praktický kurz hlasové rehabilitace a re-educace*. Opočno: MUDr. Martin Kučera, ORL ambulance – Centrum hlasových poruch v Rychnově nad Kněžnou. ISBN 978-80-254-8244-5.
28. KULIŠŤÁK, P. 2003. Jazyk a řeč a jeho poruchy. In KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, s. 171–176. ISBN 80-7978-554-7.
29. LANDAU, Y. E., et al. 2003. Speed of Performance of Children With Developmental Right Hemisphere Syndrome and With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Neurology*, roč. 18, č. 4, s. 264–269. ISSN 0883-0738.
30. LECHTA, V. 1990. *Logopedické repetitórium*. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-0047-9.
31. LECHTA, V. 2002. *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-572-5.
32. LECHTA, V. 2009a. Brblavost'. In KEREKRÉTIOVÁ, A., a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 209–226. ISBN 978-80-223-2574-5.
33. LECHTA, V. 2009b. Zajakavost'. In KEREKRÉTIOVÁ, A., a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, s. 189–208. ISBN 978-80-223-2574-5.
34. LECHTA, V. 2010a. *Koktavost: integrativní přístup. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Portál. 336 s. ISBN 978-80-7367-643-8.
35. LECHTA, V. 2004. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 80-7178-867-8.
36. LECHTA, V. 2010b. Zvláštnosti inkluzivní edukace žáků s NKS. In LECHTA, V., et al. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, s. 282–284. ISBN 978-80-7367-679-7.
38. LOVE, R. J.; WEBB, G. W. 2009. *Mozek a řeč*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.
39. MACLEOD, A.; GREEN, S. 2009. Beyond the books: case study of a collaborative and holistic support model for university students with Asperger syndrome. *Studies in Higher Education*, roč. 34, č. 6, s. 631–646.
40. MATĚJČEK, Z. 1988. *Dyslexie*. Praha: SPN.
41. MATĚJČEK, Z. 1995. Diagnostika poruch čtené a psané řeči. In LECHTA, V., et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta, s. 223–235. ISBN 80-88824-18-4.
42. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 2010. World Health Organization. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1587-2.
43. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2006. 3. vydání. Praha: Psychiatrické centrum. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

44. *Mezinárodní statistika klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize*. 1999. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o. ISBN 80-7169-787-7.
45. MIKULAJOVÁ, M. 2003. Diagnostika narušeného vývoje řeči. In LECHTA, V., a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, s. 60–98. ISBN 80-7178-801-5.
46. MIKULAJOVÁ, M. 2009. Narušený vývin řeči. In KEREKRÉTIOVÁ, A., a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 115–135. ISBN 978-80-223-2574-5.
47. MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. 1993. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin řeči*. Bratislava: vlastním nákladem. ISBN 80-900445-0-6.
48. MISSIUNA, CH. L.; MOLL, S.; KING, G., et al. 2008. Life experiences of young adults who have coordination difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, roč. 75, č. 3, s. 157–167.
49. MLČÁKOVÁ, R. 2011. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In MICHALÍK, J., a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 409–497. ISBN 978-80-7367-859-3.
50. NEUBAUER, K. 2003. Dysartrie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 303–327. ISBN 80-7178-546-6.
51. NEUBAUER, K., a kol. 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých. Diagnostika a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.
52. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2000. *Aktuální problémy balbutologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 90 s. ISBN 80-244-0050-2.
53. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 1994. *Čtení o koktavosti*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-003-0.
54. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2001. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0258-0.
55. PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1697-8.
56. RICHMAN, L. 1996. *Peaceful coexistence: autism, Asperger's, hyperlexia*. AHA – American Hyperlexia Association. [online]. 1996 [cit. 2006-02-12]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.hyperlexia.org/aha_winter9697.html>.
57. ŘÍHOVÁ, A.; VITÁSKOVÁ, K. 2012. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2908-3.
58. SEMRUD-CLIKEMAN, M.; GLASS, K. 2008. Comprehension of humor in children with nonverbal learning disabilities, reading disabilities, and without learning disabilities. *Annals of Dyslexia*, roč. 58, s. 163–180. ISSN 0736-9387.
59. SHARKEY, L., MCNICHOLAS, F. 2008. 'More than 100 years of silence', elective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, roč. 17, č. 5, s. 255–263.
60. SCHEERING, M. S. 2001. The differential diagnosis of impaired reciprocal social interaction in children: A review of disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, roč. 32, č. 1, s. 71–89.
61. SCHIFF, R.; BAUMINGER, N.; TOLEDO, I. 2009. Analogical problem solving in children with verbal and nonverbal learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, roč. 42, č. 1, s. 3–13.
62. SNOWLING M. J. 2000. Language and literally skills: Who is at risk and why? In BISHOP, V. M, LEONARD, B. L. *Speech and language impairment in children. Causes, characteristics, intervention, and outcome*. Psychology Press, s. 245–272. [reprinted 2007]. ISBN 978-0-86377-569-7.

63. STEPHAN, M., et al. 2010. Evaluation of speech misattribution bias in schizophrenia. *Psychological Medicine*, roč. 40, č. 5, s. 741–748.
64. SZYCIK, G. G. 2009. Audiovisual integration of speech is disturbed in schizophrenia. An fMRI study. *Schizophrenia Research*, roč. 110, č. 1–3, s. 111–118.
65. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2003. Vývojová dysfázie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 106–142. ISBN 80-7178-546-6.
66. TARKOWSKI, Z. 2003. Diagnostika breptavosti. In LECHTA, V., a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, s. 280–297. ISBN 80-7178-801-5.
67. TICHÁ, E. Mutizmus. 2009. In KEREKRÉTIÓVÁ, A., at al. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 273–289. ISBN 978-80-223-2574-5.
68. TRHLÍKOVÁ, J. 2011. *Absolventi škol se zdravotním postižením a trh práce. Zpráva z průzkumu mezi školami a zaměstnavateli*. Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků. http://www.nuov.cz/uploads/Vzdelavani_a_TP/Absolventi_skol_se_ZP_a_trh_prace_pro_www.pdf.
69. TREFFERT, D. 2011. *Temple Grandin: A Noteworthy Emergence*. [cit. 20. 8. 2012]. Dostupné na internetu: http://www.wisconsinmedicalsociety.org/savant_syndrome/savant_profiles/temple_grandin.
70. VELDOVÁ, Z. 2007. Foniatrie. In HAHN, A., et al. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada, s. 339–376. ISBN 978-80-247-0529-3.
71. VITÁSKOVÁ K. 2008. Speciálněpedagogická diagnostika specifických poruch učení v kontextu transferu etiologických faktorů a symptomatologie. In *Špecifické poruchy učenia a správania v kontexte inkluzívnej edukácie. Zborník z prvej medzinárodnej e-konferencie v Prešove 5.–7. máj 2008*. Prešov: Pedagogická fakulta Prešovskej university, s. 23–29. ISBN 978-80-8068-801-1.
72. VITÁSKOVÁ, K. 2004. Terminologie v oblasti praxe a jejích poruch v interdisciplinárním kontextu současné speciální pedagogiky. *Speciální pedagogika*, roč. 14, č. 3, s. 208–214.
73. VITÁSKOVÁ, K. 2005. Narušený vývoj řeči. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 41–52. ISBN 80-244-1088-5.
74. VITÁSKOVÁ, K. 2005. Pomůcky a přístroje v logopedii. In VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 116–122. ISBN 80-244-1088-5.
75. VITÁSKOVÁ, K. 2009. Specific communication and sensory deficits – the invisible factor, determining the success and efficiency of applying information and communication technologies in education. In *PRE-CONFERENCE PROCEEDINGS of the Special Focus Symposium on 8th ICESKS: Information, Communication and Economic Sciences in the Knowledge Society*. Zagreb: ECNSI, Učiteljskij Fakultet u Zagrebu (University of Zagreb), s. 162–169. ISBN 978-953-7210-22-9.
76. VITÁSKOVÁ, K. 2010a. Pravoheemisférové deficity v oblasti narušené komunikační schopnosti a jejich dopad na edukaci. In *Zborník z príspevkov z III. medzinárodnej špeciálnopedagogickej konferencie konanej v dňoch 23.–24. septembra 2010 v Bratislavě*. Bratislava: IRIS, s. 221–227. ISBN 978-80-89238-36-1.
77. VITÁSKOVÁ, K. 2010b. The difficulty in objective dyslexia assessment results from the context of actual knowledge on related deficiencies and deviations in the communication process in developmental context. In *First Part PRE-CONFERENCE PROCEEDINGS of the Special Focus Symposium on 10th ICESKS: Information, Communication and Economic Sciences in the Knowledge Society*. Zagreb:

- ECNSI, Učiteljskij Fakultet u Zagrebu (University of Zagreb), s. 189–196. ISBN 978-853-7210-31-1.
78. VITÁSKOVÁ, K.; PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
79. VYBÍRAL, Z. 2009. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.
80. WALLACE, L. G. 2008. Neuropsychological studies of savant skills: Can they inform the neuroscience of giftedness? *Roeper Review*, s. 229–246.
81. WHITE, S. W.; OLLENDICK, T. H.; BRAY, B. C. 2011. College students on the autism spectrum: Prevalence and associated problems. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, roč. 15, č. 6, s. 683–701.
82. *Wikiskripta*. 2012. Poruchy řeči a fatických funkcí. [cit. 24. 6. 2012]. Dostupné na http://www.wikiskripta.eu/index.php/Poruchy_%C5%99e%C4%8Di_a_da-l%C5%A1%C3%ADch_symbolick%C3%BDch_funkc%C3%AD#Symbolick.C3.A9_funkce.
83. ŽLAB, Z., ŠKODOVÁ, E. 2003. Narušení grafické stránky řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 357–384. ISBN 80-7178-546-6.

O autorkách

doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Absolvovala studium magisterského oboru učitelství pro školy pro mládež vyžadující zvláštní péči (nyní speciální pedagogika) na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci se specializací na oblasti logopedie, surdopedie a psychopedie. Ve stejném oboru následně úspěšně získala doktorský titul Ph.D. a obhájila habilitaci.

V roce 1997 pracovala jako logopedka v Ústavu sociální péče Vincentinum ve Šternberku a poté nastoupila na Katedru speciální pedagogiky (nyní Ústav speciálněpedagogických studií) Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde působí dodnes jako docent a vedoucí Oddělení komunikačních a sensorických poruch. Od roku 2006 do roku 2014 působila jako proděkanka pro vědu, výzkum a zahraniční styky fakulty. Ve své akademické, odborné a vědecko-výzkumné činnosti se zabývá především fyziologií, specifiky, odchylkami či narušením komunikační schopnosti v celé její šíři (od verbální po neverbální, orální či grafické formy) se zohledněním všech věkových kategorií. Zaměřuje na rovněž na oblast specifických poruch učení, důsledků sluchového postižení a kulturně-jazykovou diverzitu.

PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.

Na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci vystudovala obor učitelství pro školy pro mládež vyžadující zvláštní péči (1988) a absolvovala doktorský studijní program v oboru speciální pedagogika (2005).

Odborná pedagogická praxe na Středním odborném učilišti strojírenském v Hlubočkách-Mariánském Údolí (1988–1989), na Speciální mateřské škole a základní škole pro sluchově postižené v Olomouci (1989–1997), na Základní škole a Mateřské škole logopedické v Olomouci (1997–2007), externě ve Speciálněpedagogickém centru logopedickém při Základní škole a Mateřské škole logopedické v Olomouci (1995–1997). Od roku 1998 poskytuje privátní speciálněpedagogické logopedické poradenství převážně dětem předškolního a školního věku a jejich rodičům. Věnuje se logopedické diagnostice a logopedické intervenci při komunikačních obtížích v oblasti mluvy, čtení, psaní.

Od roku 2007 pracuje jako odborná asistentka Ústavu speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci. Specializuje se na oblast logopedie, zejména na problematiku vývojové dysfázie, artikulace mluvené řeči, laterality, grafomotoriky, speciálních schopností a dovedností účastných při čtení a psaní.

doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

**Student
s narušenou komunikační schopností
na vysoké škole**

Výkonná redaktora prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.
Odpovědná redaktorka Mgr. Jana Kreiselová
Jazyková redaktorka Mgr. Lucie Loutocká
Technický redaktor Mgr. Petr Jančík
Návrh obálky Jiří Jurečka

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.vydavatelstvi.upol.cz
www.e-shop.upol.cz
vup@upol.cz

1. vydání

Olomouc 2014

Ediční řada – Studijní opory

ISBN 978-80-244-4213-6

VUP 2014/586

Neprodejná publikace