

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra bohemistiky

Bakalářská práce

Lingvistické charakteristiky typologie afází

Olomouc 2010

Kateřina Cvetkovská

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Cvetkovská Kateřina

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Danu Faltýnkovi za odborné vedení práce a rady, které mi při zpracování práce poskytl.

Dále děkuji paní Mgr. Anně Rozsívalové za poskytnutí možnosti nahrávky afatického rozhovoru.

Jméno studenta:

Kateřina Cvetkovská

Název bakalářské práce:

Lingvistické charakteristiky typologie afází

Abstrakt:

Bakalářská práce rozebírá na jednotlivých jazykových rovinách vyskytující se lingvistické deficity způsobeny onemocněním zvaným afázie. Zaměřuje se na typ afázie Brocovy.

Teoretický rámec se zabývá vymezením pojmu afázie, etiologií, symptomatologií, diagnostikou a terapií tohoto onemocnění. Další část je zaměřena na typologii afázie. Hlavní část bakalářské práce se věnuje popisu jednotlivých jazykových rovin a symptomům vyskytujícím se v řečovém projevu pacientky trpící Brocovou afází.

Klíčová slova:

- Afázie
- Agramatismus
- Logopedie
- Neurolingvistika
- Parafázie
- Typologie

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část	10
1.1 Afázie	10
1.1.1 Co jsou to afázie	10
1.1.2 Neurolingvistika a historie afází	11
1.2 Etiologie.....	12
1.2.1 Cévní mozkové příhody (CMP)	12
1.2.2 Úrazy a poranění mozku	12
1.2.3 Mozkové expanze	12
1.2.4 Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy	13
1.2.5 Intoxikace mozku	13
1.3 Symptomy	13
1.3.1 Plynulost	13
1.3.2 Parafázie.....	14
1.3.3 Parafrázie	15
1.3.4 Perseverace.....	15
1.3.5 Logorhea	15
1.3.6 Anomie.....	15
1.3.7 Poruchy porozumění.....	16
1.3.8 Agramatismus.....	16
1.4 Diagnostika	17
1.5 Terapie	18
2 Typologie afází	20
2.1 Brocova afázie.....	20
2.2 Wernickeova afázie	21
2.3 Konduktivní afázie	22
2.4 Anomická afázie.....	22
2.5 Globální afázie	23
2.6 Smíšená transkortikální afázie	23
2.6.1 Transkortikální motorická afázie.....	23
2.6.2 Transkortikální sensorická afázie.....	24

3	Řečová komunikace	25
4	Základní roviny jazykového kódu	26
4.1	Rovina foneticko-fonologická	26
4.2	Rovina morfologicko-syntaktická	27
4.3	Rovina lexikálně-sémantická	28
4.4	Neverbální sdělování	29
5	Analýza rozhovoru	31
5.1	Obecná charakteristika pacientky	31
5.2	Úkoly	31
5.3	Lingvistické popisy projevu	33
5.3.1	Lexikální sémantika	33
5.3.1.1	Shrnutí	37
5.3.2	Morfologie a syntax	37
5.3.2.1	Shrnutí	40
5.3.3	Fonetika a fonologie	40
5.3.3.1	Shrnutí	42
5.3.4	Neverbální sdělování	42
5.3.4.1	Shrnutí	44
	Závěr	45
	Použitá literatura	47

Úvod

Řečová činnost se jeví jako velmi složitý proces kladoucí značné nároky jak na centrální nervovou soustavu, tak na smyslové orgány a mluvidla. K jejímu vytvoření je důležité celé množství prvků, jako je inteligence, dokonalá koordinace nervů a svalů a další. Kvůli její složitosti je dost pochopitelné, že se často objevují poruchy řeči, mezi nimiž jsou nejzávažnější takové vady, které jsou způsobeny poškozením právě centrální nervové soustavy – afázie.

Mnoho osob zažívá nemalá zklamání během své dovolené v zahraničí, kdy nejsou dostatečně jazykově vybaveni a jejich komunikační schopnosti se tím pádem stávají značně omezené. Tyto problémy zažívá člověk trpící afázií každý den. Dalo by se s jistotou tvrdit, že neexistují dva lidé, kteří by měli úplně stejné příznaky a symptomy, protože pro každého je tato nemoc jiná. Potíže a rozsah postižení závisí na místě a vážnosti poškození mozku, původní vyjadřovací schopnosti, věku, momentálním fyzickém a psychickém stavu. Pacient s afázií může jazyku obstojně rozumět, ale objeví se u něj neschopnost s nalezením vhodných slov, nebo použije slova nesprávně utvořená. Naopak jiný pacient mluví hodně, ale tomu, co říká lze porozumět jen obtížně, pokud vůbec.

Ačkoli by se někomu mohlo zdát, že afázie jako nemoc je spíše záležitostí lékařů, neurologů, logopedů a psychoterapeutů, v dnešní době by neměla být opomíjena ani zásluha lingvistů, kteří svými jazykovými teoriemi přispívají k urychlení léčby pacientů postižených afázií.

Tato bakalářská práce si nedává za cíl vytvořit nějakou jednotnou klasifikaci, která by dokázala obsáhnout jednotlivé poruchy, protože to ani prakticky není možné. Jejím úkolem je snaha poukázat na velké množství jednotlivých deficitů, které už byly zaznamenány a hlavně se zaměřuje na deficity tzv. Brocovy afázie.

Do dané problematiky by nás měl uvést teoretický oddíl s informacemi získanými z odborné, zejména logopedické, literatury, jehož neoddelitelnou složkou budou poznatky týkající se typologie jazyků a jejich jednotlivých znaků. Za nejdůležitější jsou ale považovány údaje obsažené v samostatné, praktické části. Ta se bude věnovat lingvistické analýze rozhovoru, který byl pořízen s afatickým pacientem za účasti logopedky.

Podrobný rozbor rozhovoru si klade za cíl popis jednotlivých jazykových rovin a v nich vyskytujících se deficitů způsobených právě poškozením Brocova centra mozku, tedy deficitů Brocovy afázie.

Účelem této práce není dělat obecné závěry, protože zvláštnosti v řeči afatiků a jejich chyby nejsou nikdy stejné a systematické. Jde pouze o snahu uvést čtenáře do problematiky diagnostikovaného afatického onemocnění a následně poukázat na praktických příkladech na jednotlivé neobvyklé jevy a deficity v dorozumívání afatiků.

1 Teoretická část

1.1 Afázie

1.1.1 Co jsou to afázie

„Většina lidí valnou část svého života
jen zbytečně a vesměs bezvýznamně prohovoří.“

Walter Stamberg, 1996

Samotný pojem afázie je odvozen z řeckého slova *phasis* – řeč, *a* – značí zápor. Můžeme si ho tedy vysvětlit jako poruchu řeči.

Afázie zařazujeme do souboru vyšších kortikálních poruch, k němuž podle Čecháčkové (in Škodová – Jedlička, 2003) patří také agnozie¹, apraxie², akalkulie³, agrafie⁴, alexie⁵, poruchy pravo-levé orientace atd.

Definice tohoto komplikovaného onemocnění může také znít jako ztráta schopnosti dorozumívat se v důsledku ložiskového poškození mozku.

„Afázie je složitý a aktuální problém, na jehož výzkumu se podílí řada vědních disciplín, od různých oborů medicíny, přes psychologii a sociologii až k lingvistice. Lingvistický podíl na řešení této problematiky byl dosud nejméně citelný a teprve v poslední době se začíná zvyšovat, především díky rozvoji systematictější mezioborové spolupráce. Přes výrazný rozvoj neurolingvistické literatury v posledních letech komplexní lingvistický rozbor afázií stále ještě chybí.“ (Lehečková, 1986, s. 138)

¹ Agnozie – ztráta nebo porucha poznávání objektivní reality.

² Apraxie – ztráta nebo porucha provádět takové pohybové úkony, které člověk získal životní praxí, nebo dělat stejné pohyby, jaké předvádí jiná osoba. Při řečové apraxii má postižený jedinec problém správně artikulovat tak, aby jeho řeč byla srozumitelná.

³ Akalkulie – ztráta schopnosti provádět jakékoliv početní úkony.

⁴ Agrafie – ztráta nebo porucha schopnosti psát.

⁵ Alexie – ztráta nebo porucha schopnosti čtení, do něhož patří dvě funkce: schopnost číst nahlas nebo potichu a schopnost porozumět čtenému.

Protože je afázie i problémem psychologickým a sociálním, používá J. Kiml (1969) pojem „úraz osobnosti“. Vedle potíží zdravotních s sebou nese i omezení kontaktu s okolím a může v krajním případě vést k úplnému rozpadu osobnosti. (Lehečková, 1984)

1.1.2 Neurolingvistika a historie afází

Afázie patří do oboru neurolingvistiky, který stojí na pomezí nauky o patofyziologii onemocnění, jež způsobují poruchy řeči, a lingvistiky.

Neurolingvistika se v mnohém liší od ostatních pomezních disciplín, jejichž nedílnou součástí je lingvistika. Za prvé je to tím, že až do nedávné doby šlo více o neurologii než o lingvistiku. O tomto problému se totiž diskutovalo především mezi lékaři než mezi lingvisty. Za druhé nejsou v tomto oboru pouze dvě základní složky (neurologie, lingvistika), ale vedle nich se využívá i poznatků jiných věd, jako je např. logopedie, foniatrie, psychologie atd.

Je samozřejmé, že bylo především cílem pacienta vyléčit, nebo alespoň minimalizovat jeho poruchy, a lingvistika tu sloužila jen jako „aplikovaná věda pro potřeby klinické praxe“. (Lehečková, 1984, s. 154) Díky tomu ale medicína zpracovala poruchy řeči tak, že lingvistice poskytla jedinečný materiál pro řešení nejrůznějších otázek.

Tím, že by lingvisté měli zkoumat řečové poruchy, se kdysi zabýval už i Jakobson, který tyto poznatky shrnul ve svém díle *Poetická funkce*. Od té doby už mají lingvisté v tomto směru spoustu nových poznatků, jako je např. řešení problematiky hierarchie jazykových rovin. Je tedy žádoucí, aby se lingvistika tímto směrem zaobírala i nadále, protože by to mohlo přispět k dalšímu rozvoji této disciplíny.

Podle Lehečkové (1984) se při hledání fyziologických parametrů jazyka používají různé metody, z nichž jedna je právě studium afází. Ty jsou zkoumány poměrně krátkou dobu, což je přibližně rozmezí posledních 120ti let. Jedním z prvních, kteří se touto problematikou zabývali byl Paul Broca a Carl Wernicke v 60. a 70. letech 19. století.

„Až do první světové války byla většina zkoumání prováděna klinickými neurology. Po r. 1918 však mezi neurology zájem o afáziologii upadl... Od 2. světové války začal zájem o afáziologii opět vzrůstat, už vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří byli při válečných zraněních afází postiženi.“ (Lehečková, 1984, s. 156)

A. R. Lurija (1982) pracoval právě s těmito případy a na jejich základě vytvořil ve své knize *Základy neuropsychologie* podrobnou typologii afází.

Z hlediska lingvistiky a zkoumání vzájemného vztahu jazyka a mozku je nejdůležitějším zdrojem informací i nadále studium afázie.

„Afázie poskytují vzácnou příležitost usouvztažnit lokalizace poranění mozku a narušení jazykových funkcí. Na základě srovnání patologických projevů s normálním užitím jazyka můžeme usuzovat na obecnější principy fungování jazyka v mozku.“ (Lehečková, 2009, s. 23)

1.2 Etiologie

Afázie vznikají za různých příčin a právě na těchto jednotlivých příčinách závisí adekvátní vedení terapie. Vždy jde ale poruchu získanou. Podle Čecháčkové (2003), která při popisu etiologie afázií čerpala ze Sováka, vzniká tato porucha „na podkladě orgánového poškození mozkové tkáně dominantní hemisféry⁶.“ (Čecháčková, in Škodová, Jedlička, 2003, s. 145)

1.2.1 Cévní mozkové příhody (CMP)

Cévní příhody mozkové jsou nejčastější příčinou vzniku afázií. Většina odborníků rozlišuje dvě základní skupiny:

- Cévní příhody hemoragické (krvácení) – častou příčinou je vysoký krevní tlak. Dále by krvácení mohlo způsobit aneurysma⁷, mozkový nádor, úraz hlavy atd.
- Cévní příhody ischemické (ischemický infarkt, snížené prokrvení mozku) – k těmto příhodám nejčastěji dochází snížením průtoku krve (hypoperfluze), srážením krve v cévách (trombóza mozkových cév), nebo jestliže uvolněná krevní sraženina uzavře mozkovou tepnu tak, že je omezen nebo znemožněn průtok krve (embolie).

1.2.2 Úrazy a poranění mozku

Do této skupiny příčin se řadí otřes mozku a zhmoždění mozku.

1.2.3 Mozkové expanze

Častým vznikem afázie jsou mozkové nádory. Vznik afázií nezáleží na tom, zda je tumor zhoubný, či nezhooubný, ale na lokalizaci nádoru.

⁶ Asi 80 % lidí má dominantní levou hemisféru, 17 % pravou hemisféru a přibližně u 3 % populace se nedá prokázat řečová dominance.

⁷ „Tepenná výduť – vrozené zeslabení s výdutí stěny cévní.“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, s. 145)

1.2.4 Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy

Riziko tohoto onemocnění se zvyšuje s narůstajícím věkem. Mezi nejčastěji vyskytující se nemoci, které sem spadají je Alzheimerova nemoc, což je onemocnění mozku, při němž postupně dochází k demenci. Součástí právě této choroby může být i afázie, která většinou začíná poruchami paměti a končíva postižením kognitivních funkcí.

1.2.5 Intoxikace mozku

K poškození mozku může docházet i nadměrným požíváním drog a alkoholu nebo otravou jedovatými plyny. Vlivem těchto látek dochází k poruchám komunikace a také k postupnému narušení celé osobnosti.

Dalo by se říci, že cévní mozkové příhody postihují spíše starší pacienty, zatímco úrazy, poranění hlavy nebo intoxikace mozku vedou k afázii spíše u dětí a mladých lidí.

1.3 Symptomy

Jednotlivé symptomy afázií se vyskytují v různých kombinacích, množství i kvalitě.

1.3.1 Plynulost

Už od začátku osmdesátých let 20. století můžeme hovořit o rozdělení fatických funkcí na nonfluentní a fluentní, a to podle úrovně konverzační mluvy.

Za fluentní (plynulou) mluvu se považuje 120 slov za minutu. Jestliže řečová produkce klesne pod 50 slov za minutu, jedná se o nonfluenci. Naopak hyperfluence znamená více než 200 slov za minutu. Tzv. fluentní afázie se rovná normální produkci slov za minutu a „informační hodnota sdělení odpovídá dané situaci“. (Čecháčková in Škodová, Jedlička 2003, s. 147) Při hyperfluentní afázii je pacientem podáván dlouhý, často nesmyslný popis, kde je hodnota sdělovaných informací velmi nízká. Často se tu objevují gramatické chyby, záměny správných hlásek za nesprávné, dokonce záměny slabik nebo slov, ze kterých potom vznikají nesmyslná sdělení.

1.3.2 Parafázie

Mezi další symptomy afázie patří parafázie, která se může považovat za základní charakteristický symptom. Tímto termínem se míní deformace slov, ať už by se jednalo o substantiva, verba apod.

Čecháčková (in Škodová, Jedlička, 2003) rozlišuje tři základní druhy parafází:

- **Parafázie fonemická** – slovní tvar není deformován úplně, často se totiž jedná jen o záměnu fonému, tudíž lze významu porozumět. S tímto typem parafází se setkáváme především v Brocově afázii. V následujících kapitolách, které jsou věnovány podrobnějšímu zkoumání právě Brocovy afázie na základě analýzy rozhovoru s afatickým pacientem, se s tímto symptomem seznámíme blíže. Na dvou příkladech se pokusíme ukázat projevující se deficity z lingvistického hlediska.

Př. 1: *kočka – kečke*

V tomto případě by se mohlo jednat o neschopnost pacienta realizovat jiné vokály než pouze přední, středový, krátký vokál /e/. Tohle je ovšem pouze hypotéza, protože bohužel nemáme žádné další příklady z mluvy konkrétního pacienta. Zároveň se tu vyskytuje tzv. vokálová harmonie, kdy se vokálová struktura kořene shoduje s vokálovou strukturou afixů.

Př. 2: *papír – patír*

V příkladě č. 2 mluvíme o změně na fonologické rovině. Neznělá bilabiála /p/ je nahrazena neznělou prealveolárou /t/. Ta se navíc předním, vysokým dlouhým vokálem /í/ měkčí a vzniká tak slabika [tʰi:]. Zachována je neznělost konsonantů a stejně jako v předchozím případě počet slabik.

- **Parafázie žargonová** – těžká deformace slova, kdy danému výrazu nelze porozumět. S tímto symptomem souvisí tvoření neologismů. Logopedie tímto termínem označuje slova nesrozumitelná a slova nevyskytující se v běžné řeči. Na rozdíl od tohoto pojetí lingvistika považuje neologismy za slova nová nebo taková, která ještě nejsou v jazyce ustálena a dostanou se z periferní části do jazykového centra teprve užíváním. Tento druh parafázie je typický zejména pro afázii Wernickeovu, proto se v našem dalším rozboru nevyskytuje. Na příkladě se snažíme opět ukázat deficit z hlediska lingvistiky.

Př. 1: *žduchla – židle*

Tady je realizována jen počáteční postalveolára /ž/. Feminní koncovku singuláru –e II. typu vzor růže nahrazuje feminní koncovka –a I. typu vzor žena. Počet slabik se nemění.

- **Parafázie sémantická** – slovo, na které se nemocný nemůže rozpomenout. Tuto situaci řeší opisem daného výrazu nebo nahrazením synonymem. Výrazy, kterými pacient dané slovo nahradí většinou spadají do stejné významové skupiny.

1.3.3 Parafázie

Jedním z dalších symptomů je tzv. parafázie, kdy pacient není téměř schopen vyjadřovat se ve větách. Tento rys je nejvíce charakterický v Brocově afázii. Často má pacient k dispozici pouze jediné slovo, které užívá téměř ve všech modulacích. Jedná se o tzv. slovní trosku, jíž bývá nejčastěji nějaké zájmeno. Parafázie se objevuje v jazykové rovině syntaktické, morfologické a lexikální. Dalo by se uvažovat nad tím, zda by se tento symptom nedal začlenit pod sémantickou parafázii, tak jak byla definována výše.

Př. 1: *Já tam. – Budu muset odejít.*

Pokud jde o vyjádření přísudku, objevuje se elipsa slovesného predikátu „být“, který by měl být použit ve futuru. Podmět je vyjádřen zájmenem „já“. Jediným dalším výrazem je zájmené adverbium „tam“, které nese význam budoucnosti. Dalo by se říci, že se zachoval původně zamýšlený význam věty.

1.3.4 Perseverace

Perseverace je „ulpívání na předchozím podnětu i při dalších odpovědích, kdy daný podnět již nepůsobí.“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička 2003, s. 149) Je to např. tehdy, když má pacient vyjmenovat dny v týdnu a jako další úkol vyjmenovat měsíce, i při druhém úkolu jmenuje dny.

1.3.5 Logorhea

Logorhea se často vyskytuje u žargonových parafází. Jedná se o velmi rychlou mluvu, kde je srozumitelnost snížena.⁸

1.3.6 Anomie

Dalším symptomem je anomie, neboli porucha pojmenování, která bývá nejčastěji spojována s afázií amnestickou. Pacient není schopen označit daný předmět vhodným slovem.

⁸ „Někdy je označována jako překotný tok řeči.“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička 2003, s. 149)

1.3.7 Poruchy porozumění

Velmi častým průvodním jevem u afázií jsou poruchy porozumění, které jsou ale ze začátku těžko patrné. Pacient může jednotlivé příkazy vykonávat správně, i když jim nerozumí, a to díky kontextu dané situace. Můžeme s jistotou říci, že jen velmi málo lidí trpících afázií má neporušené porozumění řeči.

1.3.8 Agramatismus

Agramatismus je charakteristický rys zejména tzv. Brocovy afázie. Vyskytuje se i u ostatních typů afázií, ale v menší míře. Někteří autoři rozlišují dva pojmy – agramatismus a paragramatismus. Termínem agramatismus je myšlena taková porucha řeči, která bývá často označována jako tzv. telegrafický styl. Ten se dal popsat jako nesprávné užívání, popřípadě úplná elipsa, spojek, předložek, zájmen nebo pomocných sloves. V paragramatismu by pak měla být zachována syntaktická struktura vět, ale často se tu zaměňují koncovky slov. Většina prací se ale shoduje na tom, že se pod pojmem agramatismus zahrnují obě tyto poruchy. V této práci budeme taktéž pro obě poruchy používat termín agramatismus.

Jedná se tedy o takové postižení řeči, kdy je narušena morfologicko – syntaktická struktura jazyka.

Podle Lehečkové (1986), která čerpá z Kukkonenové, se agramatismus vysvětluje podle tří základních hypotéz:

1. Lexikální hypotéza říká, že dochází ke změnám ve slovníku pacientů postižených afázií. Jelikož se mažou rozdíly mezi plnovýznamovými a gramatickými slovy, ztěžují se tak afatikům syntaktické operace.
2. V hypotéze fonologické je několik verzí. V první z nich jde o ztrátu prozodie konkrétně v motorické afázii. Prozodie je považována za důležitou při tvoření výpovědí, a proto se u afatiků vyskytují mnohem méně slova nepřízvučná. Další z verzí ze zabývá fonologickou strukturou fonému a s ní související snazší se vytrácení sonorních morfému z řeči afatika.
3. Syntaktická hypotéza považuje agramatismus za poruchu syntakticko-morfologickou. Tyto dvě roviny ale mohou být narušeny i odděleně. Podle Lehečkové, která čerpala z Jakobsonovy Poetické funkce, existují tři základní

charakteristiky agramatismu: „a) redukce typu vět, b) ztráta gramatické koordinace a subordinace, c) redukce slov s čistě gramatickou funkcí. Tyto nejobecnější rysy se projevují u všech typů afázií a pravděpodobně ve všech jazycích.“ (Lehečková, 1986, s. 141)

1.4 Diagnostika

Orientační vyšetření mohou praktikovat sami lékaři (neurologové), jestliže ale potřebujeme detailní a komplexnější vyšetření afázie, patří tato práce do rukou klinických logopedů.

Cséfalvai (2007) říká, že při diagnostice afázií je možno sledovat několik cílů:

- Zhodnotit, jestli je nebo není přítomna afázie v klinickém obrazu (screening afázie)⁹ a potom diagnostikovat afázii v akutním stádiu onemocnění.
- Určit, o jaký typ afázie se jedná a zjistit, co ji způsobilo.
- Snažit se získat co nejvíce informací o každodenní komunikaci pacienta s afázií.
- Analyzovat existující symptomy afázie nebo vyšetřit určitou skupinu afatiků, např. bilingvní pacienty.

Cílem tzv. KN vyšetření¹⁰ je identifikovat poškozené moduly a zjistit, jak tohle poškození ovlivňuje jednotlivé jazykové procesy, jako jsou:

1. porozumění slyšeným slovům,
2. produkci slov,
3. čtení slov,
4. psaní slov.

Na základě této diagnostiky je pak možné lépe naplánovat terapii, protože se můžeme dozvědět i co je v pozadí narušení daného procesu. Logopedi tedy získají specifitější informace o charakteru deficitu.

⁹ „V České republice je používána experimentální verze Aphasia Screening Test, pomocí něhož lze v relativně krátké době zmapovat jazykové schopnosti vyšetřované osoby. Také se v současné době připravuje česká verze tzv. Mississippi Aphasia Screening Test (MAST), což je test na vyšetření poruch fatických funkcí vhodný k rychlé diagnostice v akutním stádiu onemocnění.“ (Cséfalvai, 2007, s. 36)

¹⁰ KN vyšetření se opírá o kognitivně-neuropsychologickou koncepci kognitivních procesů.

1.5 Terapie

Obnovení komunikačních schopností u pacienta bývá někdy označováno jako reedukace, cvičná léčba, rehabilitace řeči nebo jen terapie afázie. Cílem terapie je co možná nejvíce restituovat komunikační schopnosti s ohledem na dané postižení.

Podle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička, 2003) by terapie měla být vždy:

- systematická – trvá nepřetržitě od akutního stádia až do období stabilizace
- strukturovaná – logicky uspořádané postupy s ohledem na konkrétní pacientovo postižení
- adaptovaná – každý typ úlohy přizpůsobit jednotlivým možnostem pacienta
- intenzivní – je předpokládána téměř každodenní práce s pacientem.

Většina zkušeností s pacienty trpících afázií dokazuje, že je nutné případ od případu posuzovat zcela individuálně. Např. v akutní fázi onemocnění musí být terapie intenzivnější a je spíše zaměřena na obnovení fatické poruchy a navrácení psychické stability pacienta. Naopak při chronickém stádiu se dává přednost obnově sociálních kontaktů a zapojení nemocného mezi ostatní lidi.

Čecháčková tedy rozděluje několik faktorů, které ovlivňují reedukaci řeči:

- rozsah a lokalizace mozkové léze a z toho vyplývající typ a stupeň poruchy;
- sociální a ekonomický status pacienta (věk);
- časové stádium poruchy;
 - akutní¹¹;
 - následné;
 - stabilizované;
 - chronické¹²;
- sociální zázemí pacienta v chronickém stádiu.

¹¹ Na jednotkách intenzivní péče, které patří pod neurologické kliniky, se afatik dostává již druhý den po vzniku cévní příhody do rukou zkušeného klinického logopeda. Pacientům s poškozením mozku vlivem nádorů se této péče dostává většinou až po daném neurochirurgickém výkonu. Během onkologické léčby, což může být buď ozařování, nebo chemoterapie, se už může začít s terapií.

¹² Jde většinou o dlouhodobou záležitost. Cílem této části terapie je znovu navázat sociální kontakty, které vznikly jako důsledek narušené schopnosti komunikovat.

Podle Lehečkové (1997), která v knize Afázie popisuje tuto problematiku z lingvistického hlediska může terapeut využít lingvistických poznatků různými způsoby.

1. Terapeut může kvalifikovaně posoudit řečové poruchy pacienta (místo prostého „*pacient má problémy s gramatikou*“ použije konkrétnější lingvistický popis poruchy).
2. Stanoví posloupnost rehabilitačních kroků (určí vzájemnou podmíněnost jevů).
3. Lépe zhodnotí výsledky rehabilitace (místo obecného „*pacient se zlepšil*“ blíže specifikuje vývoj).

„Poruchy řeči, přes svou individuální specifiku, totiž nejsou pouhým shlukem nahodilých symptomů. Projevují se v nich obecné rysy a tendence, pro jejichž odhalení, popis a využití při rehabilitaci je užitečná znalost základů lingvistiky.“ (Lehečková in Afázie, 1997, s. 127)

2 Typologie afází

Klasifikace afází je velmi různorodá, protože jednotný systém doposud vytvořen nebyl. Nejednotnost v klasifikaci je podmíněna jednak řadou afáziologických škol, které se touto problematikou zabývají, jednak rozličnými symptomy, které tvoří ustálené syndromy. U různých autorů se tedy setkáváme s různou terminologií a podobným rozdělením, ale v hlavních rysech se typologie v podstatě shodují.

Podle Lehečkové (1985) existují různé faktory, které ovlivňují typ afázie:

1. lokalizace řečové regulace (řečového centra) ¹³
2. věk ¹⁴
3. inteligence ¹⁵
4. jazykové schopnosti pacienta před poraněním

V této práci se budeme zabývat především tzv. Bostonskou klasifikací, kde dominuje lingvistický aspekt. Tato škola se zabývá hlavně fluencí a nonfluencí spontánního projevu. Dalšími kritérii pro rozlišení jednotlivých typů je schopnost, nebo naopak neschopnost, opakovat mluvenou řeč, pojmenovat viděné a rozumět mluvenému.

Bostonská klasifikace dělí afázii na Brocovu, Wernickeovu, konduktivní, anomickou, transkortikální a globální.

2.1 Brocova afázie

Brocovu (expresivní, verbální, motorickou) afázii popsal v roce 1861 francouzský anatom a lékař Paul Broca.

¹³ V tomto faktoru záleží na části poranění mozku. Poranění „Brocova centra“ a „Wernickeova centra“ způsobují jiné typy afází.

¹⁴ Podle Cséfalvaye (2007) je velká většina pacientů s afází dospělí. Bylo zjištěno, že děti se pak z afázie zotavují mnohem rychleji, protože při destrukci levé hemisféry (dominantní) v dětství může funkci převzít pravá hemisféra. U dospělých se tato schopnost téměř nevyskytuje.

¹⁵ U člověka trpícího afází je velmi těžké určit myšlenkovou úroveň. Jednotliví autoři se ve svých názorech na tento faktor rozcházejí. Pro jedny je afázie spojena s poruchou inteligence, protože pacient ztrácí schopnost abstraktně myslet, pro druhé je pouze porušena jazyková performance, zatímco kompetence zůstává nedotčena.

Produkce řeči pacientů je nonfluentní a tempo řeči je zřetelně zpomalené. Spontánní řeč pacient tvoří s námahou a objevuje se častý výskyt parafází a parafrází. Věty jsou většinou krátké, tvořené jen pár slovy (tzv. telegrafický styl). Jedním z nejnápadnějších rysů tohoto typu afázie je agramatismus. V řeči afatiků se objevují především substantiva a to v základním nebo špatném gramatickém tvaru. Slovesa a plnovýznamová slova jsou výrazně redukována. Nemocný mluví málo, je si vědom své poruchy a často je možno zaznamenat tzv. opravné artikulační pokusy, kdy se pacient snaží např. opravovat zaměněné fonémy.

Při těžším poškození pacient nemluví téměř vůbec. Obvykle je zachována jen jedna slabika nebo jedno slovo (slovní embolus), které je nemocný schopen používat.

Porozumění řeči je výrazně lepší. Nebývají potíže při přijímání vysoce frekventovaných, kratších slov, ani při porozumění jednoduchým větám (S-Vf, S-Vf-O). Horší situace nastane při porozumění syntakticky delší věty nebo také věty s nezvyklým, nekanonickým pořadím slov.¹⁶

U těchto pacientů se velmi často vyskytuje spolu s afázií také alexie a agrafie.

2.2 Wernickeova afázie

Wernickeova afázie nese jméno podle německého profesora psychiatrie – Carla Wernickeho. Tato afázie bývá také označována jako receptivní nebo sensorická a základním projevem je porucha rozumění mluvené řeči.

Produkce řeči u těchto pacientů je fluentní, často rychlejší, než je běžné. Je přítomna tzv. logorhea, dále potom neologismy, parafázie. Kvůli tzv. prázdným slovům¹⁷, která se ve spontánní řeči často vyskytují, je obsah informace velmi nízký. Po gramatické stránce se objevuje zvláštní zajímavost. Oproti nonfluentním typům afázie (jako je např. Brocova afázie) pacienti totiž ke slovům připojují správné gramatické morfémy¹⁸, ale spojení těchto slov bývá většinou nelogické.

Porozumění řeči je těžce poškozeno, tato afázie totiž znemožňuje dokódovat význam slyšené řeči. Nastává situace, kdy pacient buď vůbec nerozumí slyšenému, nebo se neumí orientovat ve výpovědi.

¹⁶ Např. věta – Karla pozval Mirek. – je pacientem jako činitel děje automaticky vnímáno první slovo ve větě.

¹⁷ Prázdná slova – např. no toto, teda to, jakoby to...

¹⁸ Např. ve větě – Včera jsme nemávali pozor. – je zaměněno slovo, ale je správně použit gramatický morfém minulého času a plurál.

Nemocný většinou nerozumí ani tomu, co sám říká, nemá tedy vlastní kontrolu své řečové produkce. Někdy se diví, často i zlobí, že mu lidé okolo něj nerozumí. Takový člověk pak při špatné diagnóze může být považován jen za zmateného, psychicky nemocného jedince.

Spontánní čtení a psaní je porušeno podobně jako řeč.

2.3 Konduktivní afázie

Pojmem konduktivní (převodová) afázie se označuje taková porucha, která vznikla většinou lézí mezi senzoryckým a motorickým centrem řeči.

Nejčastějším symptomem je výskyt fonemických parafází. Pacient se často snaží o korekci slov, protože si je vědom své poruchy. Pak se spontánní řeč, stejně jako reprodukce¹⁹ a pojmenování může často jevit jako nonfluentní. Při tomto typu afázie se méně často vyskytují agramatismy, ale řeč může být do jisté míry zjednodušena (zkrácení vět, používání jednodušších slov apod.)

Porozumění řeči většinou poškozeno není a neobjevují se většinou problémy s dekodováním gramatických tvarů.

Taktéž lexie není téměř narušena.²⁰

Grafie je ve spontánním psaní narušena pouze mírně, ale při diktování více či méně frekventovaných slov se už objevují parafázie.

2.4 Anomická afázie

Anomická (amnestická) afázie představuje nejlehčí typ afázie.

Produkce řeči je neporušena. Neplynulost bývá způsobena hledáním správných výrazů v mentálním slovníku. Mnozí pacienti ale umí své postižení kompenzovat tím, že použijí k danému slovu synonymum. Proto se tato afázie ani nemusí projevit ve spontánní řeči.

Amnestická afázie se nejvíce projevuje při určování podstatných jmen, méně potom u sloves a jmen přídavných. Nejpatrnější je tato porucha u určování předmětů, kdy pacient poznává daný předmět, ale nevybavuje si jeho název. Slovo si vybaví ihned po napovědění první slabiky.

Porozumění řeči bývá u těchto pacientů narušeno jen velmi vzácně.

¹⁹ „Kvalita reprodukce je ovlivněna i lingvistickými charakteristikami – dlouhá a málo frekventovaná slova jsou produkována hůře než krátká a často frekventovaná.“ (Cséfelvay, 2007, s. 23)

²⁰ Při tichém čtení je porozumění výborné, při čtení nahlas se často objevují chyby.

Čtení a psaní nebývá poškozeno téměř vůbec. Jen u psaní bývá problém s vyhledáváním správných slov.

2.5 Globální afázie

Globální (totální) afázie je nejtěžší typ afázie, protože postihuje všechny řečové funkce. V některých případech se objevuje pouze v iniciálním stádiu nemoci a po nějaké době se může zmírnit.²¹ U jiných pacientů je ale tento stav trvalý.

Produkce řeči u tohoto typu afázie je výrazně zasažena. Pacienti jsou někdy schopni vyslovit určité slabiky (např. to-to, no-no), jednoduchá slova, nebo neologismy, které pořád opakuje. „U řady pacientů s globální afázií se zjistilo, že porucha je kromě jiného také v centrálním zpracování informací zpřístupněných kteroukoli modalitou (mluvená nebo psaná řeč, obrázky apod.). Těžké poruchy se projevují v každé modalitě výstupu.“ (Cséfalvay, 2007, s. 20)

Porozumění řeči je v tomto případě téměř nemožné. Deficit se projevuje hned se seznámením pacienta, který nereaguje ani na ty nejjednodušší výzvy. („Zavřete oči!“)

V období ústupu totální afázie se mnohem dříve obnovuje schopnost rozumění mluvenému. Lexie a grafie jsou narušeny velmi výrazně.

2.6 Smíšená transkortikální afázie

Tento typ afázie se v mnohém podobá afázii globální. Pacient trpící smíšenou transkortikální afázií umí ale lépe opakovat slyšená slova, často ovšem bez porozumění jejich významu. Častým symptomem u spontánní řeči je výskyt řečové perseverace a velmi obtížné hledání adekvátních slov v mentálním slovníku.

Porozumění řeči je hluboce narušené, což je způsobeno tím, že tato porucha je zakořeněna i v sémantickém systému.

2.6.1 Transkortikální motorická afázie

Spontánní řeč u těchto pacientů je neplynulá. Hlavním znakem tohoto typu afázie je lepší opakování slov pronesených jinou osobou (echolálie) než jejich samostatné tvoření.

Porozumění je narušeno spíše, co se týče syntakticky složitějších vět. Jednodušším slovům pacient rozumět může.

²¹ Podle Cséfalvaye (2007) může dojít ke zmírnění globální afázie vlivem farmakoterapie, v některých případech může dokonce spontánně.

Lexie bývá občas zachována. Tempo řeči při čtení nahlas je ale pomalejší.

Stejně pomalejším tempem se vyznačuje grafie, což by mohlo být způsobeno hledáním správného slova v ortografickém slovníku.

2.6.2 Transkortikální sensorická afázie

Produkce řeči je fluentní. Objevuje se značné množství parafází, někdy až nesrozumitelná řeč. Komunikační hodnota je proto na velmi nízké úrovni. Typickým znakem je, že pacient nerozumí významu slov, i když je schopen reprodukce i velmi dlouhého souvětí.

Zajímavé je, že jsou pacienti občas schopni opravovat nesprávné gramatické tvary ve slovech, kterým nerozumí.

Spontánní psaní bývá velmi narušeno, při opisování slov a vět se ale může písemný projev jevit nepoškozen.

Čtení je narušeno co se týče porozumění významu slov, izolovaná slova může pacient přečíst bez problému.

Lehečková (1985) afázie rozděluje jen na sensorické, motorické a amnestické. V popisu jednotlivých typů se ale neliší od Bostonské klasifikace.

Kulišťák (2003) všechny typy afází rozděluje podle plynulosti. Mezi fluentní typy patří afázie Brocova, transkortikální motorická, globální a izolovaná. Nonfluentní typy tvoří afázie Wernickeova, transkortikální sensorická, kondukční a anomická.

Co se týče roviny lingvistické, jednotlivé typy se liší svou charakteristikou. Ve všech typech jsou ale zastoupeny určité typické odchylky od správného užívání jazyka, o nichž se více zmíníme v kapitole o základních rovinách jazykového kódu.

3 Řečová komunikace

Jestliže mluvíme o afázii jako o poruše řeči, je na místě popsat, co pod sebou termín řeč (řečová komunikace) vlastně zahrnuje.

Vzájemné sdělování a dorozumívání je cíl realizovaný mezilidskou komunikací, která je zabezpečena jednak orální řečí, jednak psaným projevem.

Ambler (2004) říká, že řeč je činnost charakteristická jedině pro lidský druh a patří k nejvíce odlišným pohybovým úkonům. Díky schopnosti komunikace prostřednictvím řeči je nejvíce patrné, že člověk se dostal jak v projevech sociální, tak kulturní evoluce nejdál ze všech živočichů. „Mluvená i psaná řeč je složitý, nacvičený reflexní děj...“ (Ambler, 2004, s. 70)

Nebeská (1992) popisuje pojem řečová komunikace jako „komplexní proces, na kterém se podílejí ve vzájemné podmíněnosti všechny tři typy předpokladů: vrozené mentální předpoklady užívání jazyka, předpoklady získané aktivní interakcí jedince s prostředím (učení) i faktory aktuálně působící v komunikační situaci.“ (Nebeská, 1992, s. 40)

Řečová komunikace zahrnuje:

- a) Produkci řeči – tvorba řečového signálu, jež začíná záměrem mluvčího a vede přes výběr komunikačních prostředků k jejich vybavení zvukové nebo grafické.
- b) Recepce řeči – příjem řečového signálu, který začíná senzorickým příjmem buď akustického, nebo optického signálu a vede k výkladu rozuměných jevů.

Lurija v knize *Základy neuropsychologie* (1982) připomíná, že současná psychologie chápe tedy řeč jako prostředek dorozumívání, na kterém se účastní subjekt, jež formuluje výpověď (expresivní řeč), a subjekt, který ji přijímá (impresivní řeč).

Logopedickým cílem u osob postižených afázií je eliminovat poruchy řečové komunikace a to „formou odstranění, příznivého ovlivnění či kompenzace deficitů, vyvolávajících nepříznivou komunikační situaci.“ (Neubauer, 1997, s. 7)

4 Základní roviny jazykového kódu

Lingvistika jako věda zabývající se jazykem se dělí do několika hlavních oborů, které zkoumají vždy nějakou složku jazyka. Existují tři základní složky. Jednak je to zvuková podoba jazyka, dále potom gramatika a slovní zásoba. Někdy se jako čtvrtá složka udává taková část lingvistiky, která studuje jazyk z hlediska úzu. V této práci se zmíníme o další složce jazyka a tou je neverbální sdělování.

Za hlavní jazykovědné disciplíny se tedy vždy považují ty, které tyto složky zkoumají. Jsou jimi fonetika a fonologie zkoumající zvukovou stránku jazyka, morfologie a syntax zabývající se gramatikou, lexikologie a sémantika věnující se slovní zásobě a nakonec je to pragmatika, která se zabývá studiem jazyka z hlediska „jeho hranic, funkcí, způsobu a účinku na uživatele“. (Lotko, 2005, s. 91)

Rovně foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a neverbálnímu sdělování věnujeme následující čtyři kapitoly. Cílem je podat jejich stručnou charakteristiku a dokázat, jak mohou být poškozeny u pacienta trpícího afázií.

4.1 Rovina foneticko-fonologická

Tato rovina se zabývá zvukovou stránkou jazyka a hláskami jako základními prvky lidské řeči. České hlásky se dělí na tzv. vokály²² (samohlásky) a konsonanty²³ (souhlásky). Dalo by se říci, že počet hlásek je v každém jazyce jiný. Je dán fyziologickými možnostmi mluvních orgánů²⁴, artikulačními schopnostmi lidí, které jsou u afatiků narušeny, a schopností člověka rozeznávat je sluchem.

Z hlediska našeho zkoumání si budeme všimnout také frekvence užívání některých konsonantů a problémů jejich realizace. Podle Krčmové (1984) nejsou totiž jednotlivé hlásky v souvislé řeči využívány rovnoměrně. Z jejího zkoumání plyne, že nejčastější hlásky jsou alveoláry a neznělé byly častější než znělé. Zajímavý je i poznatek, že je v češtině vysoký podíl sonantnosti. Co se týče vokálů je nejfrekventovanější hláskou krátké „e“.

²² Zde je třeba zmínit se o tzv. vokalickém trojúhelníku tak, jak ho uvádí Hellwag, a postavení českých samohlásek v něm. Trojúhelník odpovídá postavení jazyka při artikulaci.

²³ Při klasifikaci těchto druhů hlásek se uplatňují tři nejdůležitější kritéria: místo artikulace, způsob artikulace a znělost.

²⁴ Mluvní orgány zahrnují respirační, fonační a modifikační ústrojí.

Rovina foneticko-fonologická se jeví jako nejprozkoumanější, co se týče výzkumu afázií. Důvodem je, že pro ni existuje nejvíce materiálu, vzhledem k vyjadřovacím schopnostem pacienta. Obtížněji už se potom získávají doklady o jevech vyšších jazykových rovin.

Podle Lehečkové (2009) se na rovině foneticko-fonologické v různé míře projevují tyto chyby:

- náhrada správného fonému nesprávným;
- úplné vypuštění fonému, neboli strukturování slabik²⁵;
- přidání nadbytečného fonému;
- asimilace fonému podle okolí;

Všechny tyto deficity se i z hlediska logopedického řadí pod symptom zvaný fonemická parafázie. (Viz výše, kapitola 1.3 Symptomy) Jestliže je foném elidován úplně, jedná se v logopedii o tzv. mogilalii (př. tráva – táva). Nahrazení jinou hláskou se potom nazývá paralalie (př. tráva – tláva).

Touto problematikou se zabývá i Lechta (2003), který popisuje poznatky Jamesové. Kromě již vypsanych procesů sem přiřazuje ještě tzv. harmonii konsonantů, např. „nona“ místo „noha“ a taky prevokální znělost, tzn. ovlivnění konsonantu následujícím vokálem, např. „dam“ místo „tam“.

4.2 Rovina morfologicko-syntaktická

Morfologie je spolu se syntaxí považována za součást gramatiky. Přímo morfologie se potom zabývá studiem morfému, tvaroslovím, konjugací a flexí. Jednoduše řečeno jde taky o tvoření slovních tvarů, jejich fungování ve větě a vysvětlování mluvnických významů. Morfologie je o jednu jazykovou rovinu níže než syntax. Jednotlivé tvary slov a mluvnické významy jsou jedním ze základních prostředků pro vyjadřování syntaktických vztahů uvnitř věty.

Morfologická rovina se zabývá výskytem jednotlivých slovních druhů v promluvě pacienta, mj. jejich nepravidelných tvarů, agramatismů. Ty se projevují ve všech typech afázií.

(O agramatismu blíže v kapitole 1.3 Symptomy)

Syntax (skladba) se potom zabývá vyššími mluvnickými celky, které vznikají spojováním a usouvztažňováním slov do větných celků.

²⁵ Tímto procesem je podle Lechty (2003) myšleno buď redukování souhláskových shluků, např. „top“ místo „stop“, nebo elize koncových souhlásek či nepřízvučných slabik.

V této rovině je zapotřebí zmínit se o slovosledu, kterým je určováno pořadí slov ve větě. „Jednotlivé jazyky mají společné to, že věta musí mít nutně lineární charakter²⁶. Ale liší se v tom, jak ji uspořádat.“ (Černý, 1998, s. 122). Tady jsou potom k dispozici právě pravidla slovosledu. Přestože český jazyk má poměrně volný slovosled, v souvislosti s afáziemi bývá poškozen právě (i když nejen) on.

Pro naši práci je důležité vědět, že v syntaxi se rozlišuje věta jednoduchá, souvětí podřadné a souřadné a juxtaopozice. V afáziích dochází u pacientů právě ke zjednodušování struktur a občasnému vynechávání jejich obligatorních členů (např. finitních sloves nebo slovesných argumentů).

Abychom pochopili význam obsažený ve větě, existuje v každém textu výrazová a věcná spojitost, tzv. koherence a koheze. U některých pacientů trpících afázií občas právě tyto spojitosti chybí.

4.3 Rovina lexikálně-sémantická

Nauka o slovní zásobě je jednou z nejdůležitějších disciplín, protože člověku umožňuje pojmenovávat předměty, osoby, děje, emoce atd.

Slovní zásoba tvoří základní složku každého jazyka, je nejbezprostředněji spjata s mimojazykovou skutečností a člověk se díky ní lépe orientuje v každodenní realitě. Slovní zásobou se zabývá lexikologie, lexikografie a sémantika, jež vedle významu různých slov zkoumá ještě větný význam, který by se dal zařadit spíše do syntaxe. Dalo by se tedy říci, že sémantika zkoumá obecně významovou stránku všech systémů.

Je dokázáno, že afázie nepostihuje všechny jazykové roviny stejně. Nejvíce jsou poškozeny funkce, které jsou podrobené vůli, méně potom funkce automatizované. Proto je ve většině případů mnohem hůře zachováno vybavování slov než různé gramatické jevy a jejich funkce.

V sémantice je tedy většinou narušeno vyhledávání slov v idiolektu pacienta. Zároveň pacient ztrácí povědomí o vzájemných vztazích slov. V této souvislosti bychom mohli mluvit o tzv. sémantické parafázii, která je stejně jako další blíže popsána v kapitole o symptomech. (Viz výše kapitola 1.3 Symptomy)

Lexikologie jednak zkoumá soupis jazykových znaků, např. výrazy, slovní spojení atd., jednak se snaží o popisování teorie slovní zásoby, např. její uspořádání, původ slov, způsoby tvoření nových slov atd. Jedním z dalších prvků zkoumání je frekvence slov. Mohlo by se

²⁶ O charakteru lineárnosti znaku více de Saussure.

jevit užitečným zjistit, jaká slova se ve slovníku afatiků vyskytují v centru řeči a jaká na periferii.

Důležité je připomenout, že jestliže pacient přestane mít náležitou jazykovou kompetenci, určitě se to ukáže nejen neschopností vyjádřit se správnými slovy, ale i na jeho psychickém stavu.

Podle Lehečkové (1985) vzniká ztráta řeči u afatických pacientů přesně v opačném pořadí, než v jakém si dítě začíná osvojovat řeč. Děti nejdříve používají jednoslovné výpovědi, následně začínají se spojováním slov do syntagmat a končí s tvořením vět. Při afázii naopak dochází nejprve k narušení hypersyntaxe, poté syntaxe, struktury slova a nejpozději slabiky.

V této rovině Lechta (2003) doporučuje sledovat chápání významu slov²⁷ a vět (jednoduchých i souvětí). Mimo jiné je třeba dbát na to, zda pacient chápe přenesený význam slov, jako jsou metafory, přísloví apod. a zda, popřípadě jak, je používá při komunikaci. Také by mohlo být výhodné sledovat, jestli jsou u pacientů používána homonyma, synonyma, antonyma dvojnásobné výrazy apod.

4.4 Neverbální sdělování

Komunikace se realizuje na základě více jazykových kódů. Kromě systému přirozené řeči je to parajazykový systém neverbálních prostředků. Podle Lotka (1997) jsou tyto prostředky buď vokální, kam patří například různé druhy pauz, nebo nevokální, mezi něž se řadí druhy mimoslovního vyjadřování – proxemika, haptika, posturika, kinezika, mimika a pohledy.²⁸ Vždy záleží na hodnocení mluvčího, co vše se dá z těchto výrazů vycítit, je to tedy poměrně individuální.

Stejně jako u normálního mluvčího si i v afatických projevech můžeme všimnout užívání různých gest a mimiky, které spíše jen dokreslují sdělování verbální. Někdy ale může být nonverbální chování narušeno podobně jako řeč. Dochází i k případům, kdy gesta mají funkci zástupnou, to znamená, že zastupují takové výrazy, na které si pacient není schopen zrovna vzpomenout (např. napodobování cvičení, předvádění mávání, coby realizaci pozdravu apod.).

Podle Lechty (2003) patří sledování prvků právě narušeného nonverbálního chování do pragmatické roviny jazyka. Mezi tyto prvky se řadí například zvláštní pohyby hlavou,

²⁷ Podle Lechty (2003) by se mělo dbát na chápání významu slov konkrétních, ale i abstraktních.

²⁸ Více o neverbálním sdělování Lotko, E.: Kapitoly ze současné rétoriky. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 1997

nepřirozená gestikulace, různé dotýkání se částí obličeje, manipulace s oblečením nebo jinými předměty, vyhýbání se zrakovému kontaktu, neodpovídající, neadekvátní forma konverzace, kdy pacient skáče do řeči atd.

5 Analýza rozhovoru

V této části práce se budeme zabývat rozebráním rozhovoru logopeda s afatickým pacientem trpícím tzv. expresivní, Brocovou afázií.

Pořízená nahrávka má délku trvání 32 minut a 28 sekund. Cílem je ukázat a popsat jednotlivé rysy Brocovy afázie, které se většinou u pacientů vyskytují.

Transkripce nahrávky je analyzována z hlediska její gramatičnosti – morfologie, syntaxe, fonetiky a fonologie, z hlediska lexikální sémantiky a neverbálního sdělování.

5.1 Obecná charakteristika pacientky

Pacientka trpí Brocovou afázií již několik měsíců. Důvodem ke vzniku onemocnění byla cévní mozková příhoda, po které se zotavuje v lázeňském zařízení Lázně Velké Losiny. V době pořízení nahrávky setrvala pacientka asi tři týdny v péči logopedky. Zhruba na půlhodinové terapie docházela dvakrát týdně.

Podle logopedky došlo ve zmíněné době provozování terapie u pacientky ke značnému zlepšení. Pacientka si uvědomuje svou poruchu a snaží se velmi dobře a ochotně spolupracovat s terapeutkou.

Řeč pacientky působí ve srovnání s řečí zdravých lidí velmi necelistvě. Je narušena její gramatická a sémantická koherence. Promluvy jsou uspořádány z větných členů, které na sebe navazují, ale jsou od sebe odděleny četnými pomlčkami. U pacientky se vyskytuje tzv. telegrafický styl, řeč je z podstatné části neplynulá s výskytem agramatismů, eliptických vyjádření, parafrázie, parafrázie, občas anomie, kdy si pacientka není schopna vzpomenout na vhodné slovo ze svého mentálního slovníku.

Porozumění je relativně dobré, i když by se dalo říci, že ne zcela nenarušené, jak bude vidět v jednotlivých podkapitolách.

Pacientka pochází s největší pravděpodobností z okolí východní Moravy, proto jsou její projevy vztahovány k dané nářeční normě.

5.2 Úkoly

Záměrem každého logopeda je co možná nejvíce navrátit pacientovi správné komunikační schopnosti s ohledem na dané postižení. Většina logopedů se soustřeďuje na jednotlivé úkoly, které by vedly k návratu správného užívání řeči. Mezi tyto úkoly většinou patří opakování,

procvičování spontánní řeči, popisování obrázků, procvičování čtení a psaní, jako prostředek ke zlepšení případně vyskytující se alexie a agrafie.

Nahrany rozhovor se také skládá z několika částí pacientčiny návštěvy u logopedky.

1. Procvičování spontánního projevu pacientky – povídání o rehabilitacích v lázních.
2. Pacientka při předešlé návštěvě logopeda dostala domácí úkol – seřadit k sobě patřící substantiva a verba. Tato činnost je důležitá, aby si terapeut ověřil, jestli pacient správně chápe logičnost slovních spojení. (např.: Vařím polévku, čtu časopis X vařím časopis, čtu polévku).
3. Popis obrázků, vyprávění příběhu – obrázky měla pacientka již z předešlé návštěvy. Z jejího projevu lze poznat připravenost. Objevuje se méně chyb a pacientka si je sama sebou více jistá.
4. Popis příběhu na obrázcích. Tento úkol je podobný jako předešlý, je ale patrné, že pacientka obrázky vidí poprvé, sama vypráví příběh jen s velkým úskalím. Mnohem lepší jsou její reakce poté, co se do vypravování přidává logopedka a pacientka odpovídá na její otázky.
5. Logicky seřadit obrázky za sebe podle toho, jak se příběh vyvíjel. Pacientka obrázky správně seřadí jen se značnou pomocí logopedky. Příběh vypráví formou odpovědí na otázky.
6. Procvičování asociací. Úkol ke zlepšení vybavování si vhodných slov z idiolektu pacientky. Některé asociace si pacientka vybaví ihned, jiné až po zásahu a nápovědě logopedky (např. babička a --- dědeček)
7. Procvičování čtení jako prostředek ke zlepšení alexie pacientky. Následovně vyzpívání logopedky na přečtený text za účelem ověření si pacientčina vnímání čteného a otázky na některé detaily z příběhu, které pacientka zodpovídá formou přečtení daného úseku z textu.
8. Zadáání úkolu na další sezení. Přiřazování správných slov do vět kvůli procvičování správného vnímání významu slov. Podle prvních vět se zdá, že s tímto úkolem bude mít pacientka značné problémy. Nejedná se totiž o slova příliš odlišná, ale taková, která mají většinou změněn jen jeden foném nebo jen kvantitu hlásky. Pacientka tato slova špatně rozlišuje. Např. Nakresli několik a) čar, b) žár. U ohně je velký a) čar, b) žár.
9. Spontánní projev pacientky – vypravování o dnešním sezení.

5.3 Lingvistické popisy projevu

V následujících podkapitolách se pokusíme na jednotlivých lingvistických rovinách ukázat různé zvláštnosti a rysy afatického projevu v expresivní, Brocově afázii.

Následující ukázky rozhovoru je možno brát pouze orientačně, protože většinu afatických projevů a jejich živost nelze nahradit převedením do ortografické stránky. Proto tyto přepisy neslouží jak podklad pro fonetický rozbor.

V prepisech jsou užity následující značky²⁹:

- delší pauza
- (.) velmi krátká pauza
- a-a- zadržnutí, řeč, kde jsou odděleny rytmické úseky
- :
- MA řečová úseky, které působí důrazně
- ... vyznění řeči tzv. do ztracena
- @ hezitační zvuk

5.3.1 Lexikální sémantika

Afatické projevy většinou bývají velmi živé a v jejich průběhu se často mění emocionalita vyjádření. Pacienti s Brocovou afázií si jsou více či méně vědomi své poruchy a nemožností správného užívání řeči a kvůli neschopnosti korektní komunikace se mohou někdy cítit frustrovaní.

V případě naší pacientky lze spatřit její neschopnost si vzpomenout na vhodné výrazy a tím pádem i jakési rozčílení se nad tím, že to nedokáže. Nejspíše měla dopředu naplánováno, co by jako normální mluvčí chtěla sdělit, její plán ovšem ztroskotal na nemožnosti najít ve svém idiolektu vhodné slovo. Po otázce terapeutky, zda nebyla na bazéně, reaguje s živou odezvou a poněkud roztrpčena, že nebyla schopna vyjádřit, co měla v úmyslu, tudíž ji terapeutka nepochopila.

Př. 1:

P: a byl dneska da (.) ja (.) ne-ne @ ■ já ne- ne- nemám na @ bazén

²⁹ Částečně přejímáno z knihy *Mluvená čeština v autentických textech* (Müllerová – Hoffmanová – Schneiderová, 1995)

L: Nebyla jste na bazéně?

P: Ale byla.

V dalších dvou případech si můžeme povšimnout toho, že sama pacientka si je vědoma svých chyb a neschopností korektního projevu. Je smutná, jelikož má pocit, že se jí nedaří.

Př. 2:

P: Jak-jaksi mě to ne-nejde.

Př. 3:

P: Věšák, to ta ■ @, věšák ■ dá (.) věšák (.) věšák ■

L: když si ho představíte, tak co na něm je? Co na něm visí?

P: Nemožu vzpomnět ■

Na stejném příkladě si můžeme ukázat jeden z dalších symptomů, který byl popsán v teoretické části práce. Je jím perseverace, která se dá popsat jako setrvávání na jednom určitém podnětu. V tomto případě je to slovo „věšák“.

Př. 4:

P: Věšák, to ta ■ @, věšák ■ dá (.) věšák (.) věšák ■

L: když si ho představíte, tak co na něm je? Co na něm visí?

P: Nemožu vzpomnět ■

U pacientů trpících afázií je v nemálo případech typická jejich neschopnost vzpomenout si na dané výrazy, tzv. parafázie sémantická. I když tato charakteristika patří spíše k afázii anomické, nezřídka kdy se vyskytuje i u Brocovy afázie. V obou případech si pacient sám na vhodné slovo nemůže vzpomenout. Po nápovědě druhé osoby je ale pacientovo vybavování mnohem lepší. Někdy jako nápověda stačí jen první písmeno slova, jindy první slabika nebo opis.

Př. 5:

P: Všecky, byla @ všecky ■...

L: Všecky věci?

P: Ano, všecky věci na bazén, lavičky a tož, p-pl-plnou tašku vše-vše-všec-všeckého

L: máte všecko s sebou.

P: Áno, áno...

Př. 6:

P: Strom se ■ strom se ■

L: Zlo

P: Zlomil větev a ptáčata všecky spadly na zem.

Př. 7:

P: Babička.

L: Co nás k tomu napadne, babička a

P: babička ■

L: Bývají dva – babička a

P: dědeček.

Většinou bývá běžné, že jestliže pacienti postřehnou svou chybu, sami se opravují. Ať už se jedná o chybu ve smyslu nesprávného použití slova, nebo špatného užití nějakého gramatického jevu. V případě č. 8 je zároveň patrný jeden z rysů tzv. sémantické parafázie, totiž že daná slova (okno, dveře) spadají z hlediska významu do stejné skupiny. V sémantické parafázii, o které jsme se blíže zmínili v kapitole 1.3 Symptomy, není zasažena fonetická realizace slova. Odehrávající změna se projevuje na rovině významové.

Př. 8:

P: Otevřel dveře e-e okno a ře- díval se ně- na děti.

V dalším případě lze vidět pacientčinu nejistotu, zda správně pochopila danou souvislost. Výrazy na konci první promluvy pacientky (*si byla ale*) nás utvrzují v tom, že není zcela přesvědčena, jestli to, co říká, je docela v pořádku.

Př. 9:

P: No a ma (.) a-a ptáčata @ ■ všecky si @ si (.) ale sů zdravé si by ale

L: No ale co dělá ta maminka, ten velkej ptáček?

P: no tak plače.

L: pláče, takže asi jsou

P: mrtví

Jedním z charakteristických znaků Brocovy afázie je také nadměrné používání deiktických vyjádření. Výpovědi jsou často přeplněny zájmennými výrazy. Správné chápání jejich významu může být ze strany logopeda občas obtížné, protože smysl těchto vyjádření je pro pacienta aktuální.

U naší pacientky je přílišné používání deiktik způsobeno neschopností si vybavit správné slovo, slova z mentálního slovníku. Dalo by se říci, že u tohoto typu afázie se slovník příliš neredukuje, pouze se snižuje schopnost vytěžit z něj informace. Proto se pacientka uchyluje

k zástupným vyjádřením, kterými daná slova nahrazuje. Někdy těmito zástupnými vyjádřeními mohou být právě deiktické výrazy, v lepším případě použije některé ze synonym.

Př. 10:

P: Ale ta, já nevím, ale já to, však ješ... ■ @

L: Bylo to moc těžký.

P: ale to nebylo, ale ale k ■ enom, enom to, esi, esi je to to

L: dobře.

Př. 11:

L: Plakal a vzpomínal

P: na na to, toho, aby to šel dom

Většina pacientů má v porovnání s normálním mluvčím tendenci užívat mnohem častěji frekventovanějších slov. Jedná se zejména o tzv. vycpávková slova a různé fráze, např. tak, takže apod. Naše pacientka užívá jako vycpávková slova *ano, tož*. Výraz *ano* používá v některých situacích zároveň ve významu porozumění.

Př. 12:

L: Všecky věci?

P: Ano, všecky věci na bazén, lavičky a tož, p-pl-plnou tašku vše-vše-všec-všeckého

L: máte všecko s sebou.

P: Áno, áno...

Někdy se pacientům s afázií nedaří i při největším soustředění něco pojmenovat, zatímco jindy daná slova užívají bez problému. V tomto případě lze vidět, že i méně frekventovaná slova si občas pacientka dokáže vybavit poměrně snadno.

Př. 13:

L: A na co položili pána?

P: Na nosítka.

Př. 14:

L: učily se a tady je?

P: paní uči-Učitelka eh (.) jim dává @ ■

L: nebo jim zrovna něco

P: nebo vytýká.

L: Vytýká, asi jo, má zvednutý prst, něco jim vytýká.

5.3.1.1 Shrnutí

Na rovině lexikálně-sémantické se z typických symptomů Brocovy afázie objevuje u pacientky sémantická parafázie, neschopnost si vzpomenout na vhodné slovo. Z tohoto důvodu je frustrována, ale přesto je vidět snaha jakýmkoliv způsobem něco sdělit. Daným způsobem jsou v tomto případě buď opisná vyjádření, synonyma, nebo ve velkém množství deiktické výrazy, jež nahrazují zapomenutá slova. Dalším častým syndromem je perseverace. Patrné je používání výrazů více frekventovaných, ale ani méně všední slova nejsou výjimkou. Oproti zdravému mluvčímu je řeč nonfluentní s řadou vycpávkových výrazů a různých druhů pomlk.

5.3.2 Morfologie a syntax

Na této rovině se snažíme sledovat především tzv. agramatismus. Tento symptom je popsán v kapitole 1.3 Symptomy. Agramatismus se projevuje dvěma způsoby. Prvním z nich je nahrazování správných tvarů za nesprávné, druhým je vynechávání takových jazykových jednotek, které správná morfologicko-syntaktická struktura výpovědi vyžaduje.

V řeči afatiků je typické kolísání gramatického čísla. Častější bývá jev, kdy je plurál nahrazován singulárem (*př. potom ten dobrej vánoční dárky; a ten kluci, ten musí všecko kousek dál*)³⁰. U naší pacientky jde o případ opačný, kdy je singulár nahrazen plurálem.

V agramatismu také dochází k časté záměně koncovek. V tomto případě je místo správného tvaru *v lese* použit tvar nesprávný *v lesi*. Maskulinní neživotná koncovka lokálu –e podtypu A, vzor „hrad/les“ je nahrazena maskulinní neživotnou koncovkou lokálu –i podtypu B, vzor „stroj“.

Př. 1:

borůvka, ty jsou v lesi

Dalším znakem v gramatických kategoriích jmen je záměna gramatického rodu, zejména u shodných přívlastků (*př. dobrej polívka*). V příkladě č. 2 se objevuje jev, kdy pacientka u adjektiva správně použila koncovku rodu středního –e, nesprávně potom číslo. U adjektiva by byl tedy správně použit plurál neutra s koncovkou –a (malá ptáčata).

Př. 2:

P: Tam viděli malé ptáčata.

³⁰ Příklady jsou převzaty z Lehečková, 1986

L: Kde byla?

P: Na stromě.

L: Na stromě v

P: V lesi.

Můžeme se setkat i se záměnou koncovek u sloves. V příkladě č. 3 je použita nulová koncovka u slovesa v přičestí minulém charakteristická pro maskulina. Na místě by ale byla koncovka –a, jelikož podstatné jméno je feminní.

Př. 3:

P: Zlomil větev a ptáčata všechny spadly na zem.

Dalším znakem je nejistota v užití pádu, která se projevuje především po předložkách. Dojde tedy k tomu, že je použit nesprávný pád. V příkladě č. 4 si ale nemůžeme být jisti, zda pacientka použila nesprávný pád ve spojení *na paní učitelka*, či zda se jedná o to, že přešla od jedné myšlenky, k jiné. To znamená, že. první, co chtěla říci bylo, že „*všechny děti se dívaly na paní učitelku*“, tohle vyjádření ale nedokončila a začala novou myšlenkou, že „*paní učitelka měla strach...*“. Jestliže šlo o případ použití špatného pádu, předložka na vyžaduje akuzativ, pacientka ho ale zaměnila za nominativ.

Př. 4:

L: Co na to děti?

P: No všechny se dívaly na... paní učitelka byla taky měla ale měla jistě strach, aby ne-ne některý děti po nepokousal.

U pacientky se občas projevuje nejistota v časování sloves. Na tomto případě je patrné, že neví zcela určitě, zda použít přičestí minulé, či přítomné. Možná proto, že už se nachází v lepším stádiu onemocnění, je schopná určit, které přičestí je vhodnější a správně tedy odpovídá situaci.

Př. 5:

L: Měla jste nějakou návštěvu o víkendu?

P: Ses- sestra býva bývala bývá v Zábřehu, tak byli na @ (.) byli na návštěvě a v a v ■

A v nedělu sy byl syn s manželkú.

Co se týče syntaxe, je důležité sledovat slovosled věty. V případech pacientů s Brocovou afázií je častým znakem právě nesprávný slovosled vět. Musíme říci, že u naší pacientky se

tento rys objevuje jen ojediněle, většinou je schopná správného slovosledu. Zdravý mluvčí by nejspíše použil větu ve znění: „...a všechna ptáčata spadla na zem.“ Pacientka shodný přívlástek postavila až za podmět, což není zrovna typické.

Př. 6:

P: Strom se ■ strom se ■

L: Zlo

P: Zlomil větev a ptáčata všechny spadly na zem.

Zcela častým jevem je vynechávání obligatorních částí věty. Na tomto případě můžeme vidět, že pacientka při vyjádření, co všechno s sebou má, elidovala predikát, který tvoří základní část každé věty.

Př. 7:

P: Všecky, byla @ všecky ■...

L: Všecky věci?

P: Ano, všecky věci na bazén, lavičky a tož, p-pl-plnou tašku já... VŠE-vše-všec-všeckého

L: máte všecko s sebou.

P: Áno, áno...

V dalším případě jde o tzv. valenci sloves. Ve větě „A v nedělu sy byl syn s manželkú.“ je sloveso „byl“ dvojvalenční, proto vyžaduje ještě jednu obligatorní pozici, která by byla objektem místa, například tu, tady, u mě... Věta by tedy po té zněla: „A v neděli tu byl syn s manželkou.“

Př. 8:

P: Ses- sestra býva bývala bývá v Zábřehu, tak byli na @ (.) byli na návštěvě a v a v ■

A v nedělu sy byl syn s manželkú.

Pokud se nám jedná o to, jestli pacientka používá spíše jednoduché věty, nebo souvětí podřadná, souřadná, můžeme říci, že někdy jsou věty kratšího charakteru – potom se většinou jedná o věty jednoduché, ale nemá problém použít i věty delší, jak souvětí souřadná, tak podřadná.

Př. 9: věta jednoduchá

P: Tam viděli malé ptáčata.

Př. 10: souvětí podřadné, vedlejší věta je příčinná

P: No všechny se dívaly na... paní učitelka byla taky měla ale měla jistě strach, aby ne-ne některý děti po nepokousal.

Př. 11: souvětí souřadné v poměru slučovacím

P: Otevřel dveře e-e okno a ře- díval se ně- na děti.

5.3.2.1 Shrnutí

Na rovině morfologicko-syntaktické se u pacientky objevuje agramatismus a to konkrétně v záměně čísla, rodu, použití pádu a v nahrazování správných koncovek chybnými. V syntaxi se objevuje tendence vynechávání obligatorních částí věty a méně často nesprávný slovosled. Pacientka používá jak věty jednoduché, tak souvětí souřadná i podřadná.

Co se týče koherence, někdy se objeví náznak obsahové nesouvislosti, ale jelikož jsou promluvy pacientky spíše kratšího rázu, nemůžeme na dostatečném množství materiálu více vysledovat.

5.3.3 Fonetika a fonologie

U pacientky se na této rovině objevuje fonemická parafázie, o níž jsme se zmínili jako o symptomu v kapitole 1.3 Symptomy. Všechny následující příklady jsou zaměřeny právě na tento symptom.

Ve většině případů se nemění sémantika daného slova, změnu lze spatřit na rovině fonologické. Většinou je zachován počet slabik, deficit se projevu jen záměnou jednoho fonému, případně přidáním fonému ke slovu.

Z hlediska logopedického by se tato porucha dala označit jako dyslalie³¹ (patlavost), což je narušení artikulace jedné hlásky nebo hláskové skupiny. Jestliže bychom mluvili o tomto symptomu jako o poškození nervové soustavy, dal by se v logopedii použít termín dysartrie.

U pacientky je občas zřetelná neschopnost realizace některých konsonantů. Zajímavým jevem je, že v jiných situacích nebo slovech je pacientka schopna danou hlásku vyslovit. V těchto případech se nám jedná o velmi častou záměnu labiodentály /v/ za bilabiálu /b/. Nejspíše se nejedná o těžkost realizace znělých konsonantů, oba dva jsou totiž znělé. Z příkladů je patrné, že se jedná o problém s výslovností labiodentály /v/ na začátku slova, protože v jiných případech pacientka tento konsonant realizuje bez jakékoliv větší námahy.

³¹ O poruchách řeči více v Škodová, E., Jedlička, I.: Klinická logopedie. Portál, Praha 2003

Př. 1: *Bařím polévku*

Př. 2: *Byprávím říběh*

Podobný problém nastává v případě, kdy má pacientka vyslovit konsonant /p/, který z hlediska místa artikulace odpovídá bilabiále. Tady dochází k záměně za její znělou variantu /b/.

Př. 3: *Pejsek odbočival*

Př. 4: *Kde būjdu*

V dalších dvou případech je velára /ch/ nahrazena další velárou, a to je /k/. Můžeme z toho tedy vyvodit, že jde pouze o změnu na rovině fonologické. Z fonetického hlediska by nemělo jít o problém s vyslovením neznělých konsonantů, protože jak velára /k/, tak velára /ch/ jsou neznělé. Co se týká způsobu tvoření, konstriktiva /ch/ nahrazuje okluzivu /k/. Je možné, že vytvoření konstriktiv je pro pacientku obtížnější než realizace některých ostatních konsonantů.

Př. 5: *míkám kaši*

Př. 6: *klapec a děvče*

V příkladě č. 7 se opět setkáváme s neschopností realizace konstriktivy, tentokrát se konkrétně jedná o konstriktivu /s/, která je zaměněna okluzivou /p/. Z hlediska znělosti se jedná o konsonanty znělé, což nám zase dokazuje, že pacientka s vyslovováním znělých hlásek nemá problém.

Př. 7: *čtu čapopis*

Další příklad nám ovšem ukazuje výjimku. Konstriktiva /ch/ je nahrazena další konstriktivou, tentokrát /h/. V tomto případě tedy nejspíše nepůjde o problém s fonetickou realizací konstriktiv, ale pouze s těžkostí realizace konsonantu /ch/.

Př. 8: *Po dvou hodinách pilného hození*

Objevuje se i situace, kdy dojde k úplnému vypuštění fonému (viz výše kapitola 4.1 Rovina foneticko-fonologická). V tomto případě je tedy slovo „příběh“ ve fonetické realizaci redukováno. Není realizována bilabiála /p/. Dalo by se uvažovat nad tím, proč není realizován právě tento konsonant, když v jiných případech s jeho vyslovením pacientka většinou problém neměla. Jednou z hypotéz, která by vysvětlovala nerealizaci bilabiály, by mohl být fakt, že následujícím konsonantem je prealveolára /ř/, jejíž artikulace je poměrně složitá.

Proto by se dalo říci, že si pacientka vynecháním bilabiály /p/ usnadnila realizaci prealveoláry /ř/.

Př. 9: *Byprávim říběh*

V posledním příkladě, který je zaměřen na konsonanty, je opět zachován počet slabik, i když je na začátek slova přidána konstriktiva /s/. Tento případ by nám mohl vyvracet naše tvrzení o těžkosti realizace konstriktiv.

Př. 10: *Pán měl zlomenú snohu*

Jediný případ pacientčiny záměny vokálů. Ve slově oparovaný pacientka zaměnila přední, středové /e/ za střední, nízké /a/.

Př. 9: *já mám ten klůb oparovaný*

5.3.3.1 Shrnutí

Na rovině foneticko-fonologické lze zpozorovat symptom zvaný fonemická parafázie, který v tomto případě znamená většinou záměnu konsonantů. Typickým rysem je nesnadné tvoření konstriktiv, které se vyskytlo ve většině příkladech. Mohli bychom se tedy domnívat, že tyto typy konsonantů jsou náročné z hlediska realizace, proto bývají nejčastěji nahrazovány jinými hláskami. Dalším častým projevem je neschopnost správné realizace slov, která mají na začátku labiodentálu /v/. Co se týče znělých a neznělých hlásek, dalo by se konstatovat, že četnost jejich užívání je téměř stejná. Jestliže jsme na této rovině popisovali frekvenci konsonantů, kde bylo zaznamenáno poměrně velké množství alveolár, můžeme říci, že i v případě pacientčina projevu se vyskytují spíše chyby v jiných typech hlásek. Alveoláry, až na jednu výjimku, jsou realizovány bezchybně. Z hlediska místa tvoření se problém vyskytuje nejčastěji u bilabiály /b/.

Z hlediska realizace vokálů by u naší pacientky nemělo jít o velký problém. Chybu jsme totiž zaznamenali jen v jednom případě.

5.3.4 Neverbální sdělování

Jelikož byl rozhovor pořízen jen na diktafon, nemáme přímé důkazy pacientčina nonverbálního sdělování. U rozhovoru jsem ale byla přítomna, proto mám možnost alespoň některé případy popsat.

Gesta pacientka užívá jako normální mluvčí, pouze dokresluje, doplňuje to, co zároveň vyjadřuje slovy. Gesta, která by měla spíše funkci zástupnou, jsem v jejím projevu nezaznamenala. Pacientčina mimika je poznamenána snahou správné realizace některých slov s těžší artikulací. Proxemika je dána postavením židle pacientky a místem logopedky, jejichž vzdálenost byla určena terapeutkou.

Častým jevem u pacientů trpících afázií bývá vyhýbání se zrakovému kontaktu. Naše pacientka se ale během sezení dívala terapeutce zcela normálně do očí. Dalším znakem, kterého jsem si všimla bylo lehce narušené chování v průběhu rozhovoru, které možná vyplývalo z pacientčiny nervozity. Neustále si pohrávala s tužkou nebo papírem.

K paralingválním prostředkům komunikace neoddělitelně patří pauzy. Řeč afatiků nepůsobí celistvě právě proto, že je přerušována četnými ať už kratšími, či delšími pauzami. Mimo obyčejných pauz existují i pauzy, které jsou vyplněné zvuky.

Četné pauzy se u naší pacientky objevují při velkém soustředění nebo při nemožnosti něco sdělit, vyjádřit se slovy, a to i přes usilovnou snahu rychle něco říci. Pauzy jsou buď tiché nebo vyplněné různými např. hezitačními zvuky.

Př. 1:

P: No a ■ nap (.) a pán s (.) vylezl na strom a ■ je ■

L: Co chtěl udělat?

P: Chtěl ji zničit nebo nevím za-zabit nebo ■ shodit

L: zničit nebo zabít nebo sho- Co dělá paní?

P: ■

L: Ta se na něho jenom

P: Dívala.

Př. 2:

P: Věšák.

L: Věšák, tak co vás napadne, když se řekne věšák.

P: Věšák, to ta ■ @ věšák ■ dá (.) věšák (.) věšák ■

L: když si ho představíte, tak co na něm je? Co na něm visí?

P: Nemožu vzpomenět ■ šaty

Lze vidět, že pauza může být buď výrazem neporozumění, nebo výrazem neschopnosti verbálního vyjádření.

Velmi krátké pauzy se potom objevují převážně v počátečních hláskách parafatických slov nebo v případě, kdy se pacientka zadržává.

Př. 1:

L: A co dělá ten kluk?

P: Mává (.) má-(.) mává rukou na-(.)na ide do školy

L: Ano, chlapeček se loučí, jde do školy, mává pejskovi.

5.3.4.1 *Shrnutí*

Na rovině neverbálního sdělování jsme mohli zaznamenat pacientčinu gestikulaci, která má spíše funkci dokreslující než zástupnou. Mímika je lehce narušena kvůli snaze o korektní výslovnost. Narušené chování můžeme vidět i v nepřirozeném pohrávání si s různými věcmi během celého sezení.

Co se týče paralingválních prostředků vokálních, zabývali jsem se hlavně používáním různých druhů pauz. Z příkladů můžeme vyvodit, že pacientka užívá pauzy poměrně často, v porovnání se zdravým mluvčím až nadměrně. Pauzy by mohly být jakýmsi jejím únikem od neschopnosti vzpomenout si na vhodný výraz, prostředkem vyplňování chvíle, kdy se snaží rozpomenout (stejně jako u zdravého mluvčího).

Ať už terapeut nebo někdo z nás může pauzy u afatiků hodnotit individuálně, proto je funkce, motivace a délka pauz vnímána různě.

Závěr

Bakalářská práce s názvem Lingvistické charakteristiky typologie afázií si nekladla za cíl konstruovat nějaké obecně platné závěry, protože to ani není možné. Je totiž holým faktem, že každá osoba postižena touto vadou má jiný průběh onemocnění, stejně tak jako mu pomáhá jiný způsob terapie a vyskytují se u něj jiné lingvistické deficity.

Člověk s touto nemocí se ze dne na den ocitá v situaci, kdy se nemůže dorozumět s okolím tak jako dříve. Tyto nestandardní podmínky vedou často k depresím a úzkosti. Terapeut by měl být tedy jednak nápomocen při obnovování sociálních vztahů, jednak pacientům pomoci s obnovou původní jazykové činnosti. Právě na tom se podílejí i lingvisté, kteří svými výzkumy a analýzami přispívají k rychlejší regeneraci pacientů.

Cílem této práce tedy bylo pouze nahlédnout do problematiky afázií, jejich etiologie, terapie a hlavně typologie. Všechny tyto teoretické poznatky jsou zpracovány především za pomoci logopedické literatury. Bylo vymezeno několik symptomů, které se vyskytují v každém typu afázií a ty jsou poté aplikovány na případu Brocovy afázie. Na jednotlivých jazykových rovinách jsme si ukázali takové jazykové deficity, které vznikly právě poškozením Brocova centra v mozku. Je nutno připomenout, že se práce zabývala lingvistickými charakteristikami jen jedné pacientky, tudíž se z ní nedají vyvodit závěry platné pro všechny osoby postiženy tímto typem afázie.

Z analýzy rozhovoru tedy vyplývá, že nejvíce nedostatků se vyskytuje na rovině foneticko-fonologické. Velmi důležitou roli hraje samozřejmě způsob a místo artikulace konsonantů. Na rovině lexikálně-sémantické jsme postihli jednak výběr z pacientčina idiolektu, jednak osobní prožívání pacientky, jakožto člověka, který si je vědom svého postižení a nemožnosti korektního vyjadřování. Rovina morfologicko-syntaktická nám ukázala některé prvky tzv. agramatismu, které se projevují zejména záměnou rodu nebo čísla, v samotné syntaxi pak slovosledem.

Tyto a další charakteristiky se bakalářská práce snaží podávat co nejpřesněji z lingvistického hlediska. Pokud se objevuje rozkol mezi termíny nebo popisy logopedickými, postihuje i jejich vysvětlení. Konkrétním příkladem je rozpor mezi termínem neologismus, který obě disciplíny chápou jinak, uvádějí se tu tedy obě teorie a je na čtenáři, aby si dle vlastního úsudku vytvořil závěry.

Logopedie nabízí spoustu možností regenerace řečové činnosti člověka postiženého afázií. Je ale žádoucí, aby se touto vadou zabývali i další obory. Neurologové zjišťují, jak je poškozen mozek pacienta, psychologové se mu snaží pomoci z hlediska duševního zdraví, lingvisté by potom měli vytěžit z jazykových deficitů co nejvíce informací a faktů, které by pomohly rychleji navrátit pacienta trpícího afázií do normálního života. Pomocí těchto charakteristik totiž mohou přispět logopedům, kteří by využili jejich poznatků ke kvalifikovanému posouzení řečové poruchy, stanovení rehabilitačních kroků a lepšímu zhodnocení rehabilitace. Proto je důležité se lingvistikou v souvislosti s afáziemi i nadále zabývat a podrobněji ji rozebírat.

Použitá literatura

Ambler, Z.: Poruchy řeči a symbolických poruch. In: Neurologie: pro studenty lékařské fakulty. Karolinum, Praha 2004

Cséfalvai, Z. a kol.: Terapie afázie, Teorie a případové studie. Portál, Praha 2007

Čecháčková, M. In Škodová, E. – Jedlička, I. a kol.: Získané organické poruchy řečové komunikace in Klinická logopedie. Portál, Praha 2003

Černý, J.: Úvod do studia jazyka. Rubico, Olomouc 1998

Hartl, J.: Afázie, agnosie, apraxie. Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc 1985

Kiml, J.: Afasie a reedukace řeči. SZN, Praha 1969

Koukolník, F.: Mozek, jazyk a řeč. O čem mluví afázie? Remedia populi, , č. 7-8, 1998

Křčmová, M.: Fonetika a fonologie českého jazyka. Státní pedagogické nakladatelství Praha, Praha 1984

Kulišťák, P. – Lehečková, H. – Mírová, M. – Nebudová, J.: Afázie. Triton, Praha 1997

Kulišťák, P.: Neuropsychologie. Portál, Praha 2003

Lehečková, H.: Neurolingvistika: předmět, metody a historie. Slovo a slovesnost, 45, 1984

Lehečková, H.: Jazykové aspekty typologie afázií. Slovo a slovesnost, 46, 1985

Lehečková, H.: Agramatismus v afázii. Slovo a slovesnost, 47, 1986

Lehečková, H.: Afázie jako zdroj poznatků o fungování jazyka. Slovo a slovesnost, 1, 2009

Lechta, V. a kol.: Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Portál, Praha 2003

Lotko, E.: Kapitoly ze současné rétoriky. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 1997

Lotko, E.: Slovník lingvistických termínů pro filology. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 2005

Lurija, A., R.: Základy neuropsychologie. Slovenské pedagogické nakladatelství, Bratislava 1982

Müllerová, O. – Hoffmanová, J. – Schneiderová, E.: Mluvená čeština v autentických textech. H+H, Jinočany 1995

Nebeská, I.: Úvod do psycholingvistiky. H+H, Praha 1992

Neubauer, K.: Poruchy řečové komunikace u dospělých osob. Asociace klinických logopedů ČR, Ostrava 1997