

Česká zemědělská univerzita v Praze

Institut vzdělávání a poradenství

Katedra pedagogiky



Vady řeči

Bakalářská práce

Autor: Kristýna Vostrá

Vedoucí práce: prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

2019

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou/závěrečnou práci na téma: Vady řeči vypracoval/a samostatně a citoval/a jsem všechny informační zdroje, které jsem v práci použil/a a které jsem rovněž uvedl/a na konci práce v seznamu použitých informačních zdrojů.

Jsem si vědom/a, že na moji bakalářskou/závěrečnou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, především ustanovení § 35 odst. 3 tohoto zákona, tj. o užití tohoto díla.

Jsem si vědom/a, že odevzdáním bakalářské/závěrečné práce souhlasím s jejím zveřejněním podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to i bez ohledu na výsledek její obhajoby.

Svým podpisem rovněž prohlašuji, že elektronická verze práce je totožná s verzí tištěnou a že s údaji uvedenými v práci bylo nakládáno v souvislosti s GDPR.

V dne

.....
(podpis autora práce)

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za poskytování cenných rad, připomínek a ochotný přístup, se kterým se podílela na dokončení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala také všem zúčastněným, kteří mi poskytli osobní informace k zpracování kazuistik do praktické části bakalářské práce.

Abstrakt

Tématem bakalářské práce jsou *Vady řeči*, v mém případě u dospělých osob. Zabývala jsem se celou strukturou narušené komunikační schopnosti. V teoretické části bakalářské práce jsou popsány jednotlivé vady řeči, uspořádány do struktury dle významu, rozsahu, důsledků a frekvence výskytu. V práci popisuji i příčiny a projevy jednotlivých vad a jejich kombinací. V praktické části bakalářské práce jsem zpracovala kazuistiky, kde jsem popsala dle výpovědi respondentů, jak ovlivnila vada řeči jejich osobní a profesní život. Mezi nejdůležitější zjištění v mé práci bych zařadila primárně míru ovlivnění různými vadami řeči. I když jde pouze o malou vadu, může mít velký dopad na psychiku člověka. Nejen, že vada řeči ovlivňuje osobní život, ale také profesní. Mnoho lidí s narušenou komunikační schopností nemůže vykonávat zaměstnání, které ho baví nebo které by vykonávat chtěl.

Klíčová slova

Vady řeči, struktura narušené komunikační schopnosti, definice vad řeči, příznaky, projevy

Abstract

The main topic of this bachelor thesis is *Speech disorders* in adults. In it I have dealt with the whole structure of impaired communication ability. Individual speech disorders are described, organized and structured according to frequency of occurrence and their range of possible consequences. These are explored in the theoretical part of this thesis. I have described the causes and symptoms of individual defects as well as instances when multiple disorders occur in combination.

In the practical part of the thesis I have analysed case studies according to the respondent's statements demonstrating how personal and professional life is affected due to their speech disorder. Among the most important findings in my case study I would include the magnitude of influence of various speech defects on day to day life of adult sufferers. Even a small noticeable speech disorder can have significant impact on the human psyche. For adults suffering with speech disorder not only personal life is affected; professional life and career path can also be impacted. People with

noticeable defects in their communication skills are less likely to be considered for their preferred choice of employment.

Keywords

Speech disorders, structure of impaired communication ability, definition of speech defects, symptoms, manifestations

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ VÝCHODISKA	9
1 Cíl a metodika	9
2 Narušená komunikační schopnost	10
2.1 Struktura narušené komunikační schopnosti	11
3 Neurogení poruchy řeči.....	13
3.1 Dysartrie	14
3.1.1 Klasifikace dysartrie.....	14
3.2 Afázie	16
3.2.1 Klasifikace afázie	16
4 Poruchy rezonance řeči.....	19
4.1 Huhňavost.....	19
4.1.1 Klasifikace huhňavosti	20
4.2 Palatolalie	21
5 Útlumy sociálních funkcí řeči – mutismus	22
5.1 Elektivní (selektivní) mutismus	22
5.2 Totální mutismus.....	23
5.3 Surdomutismus	23
6 Poruchy tempa a plynulosti řeči	24
6.1 Kóktavost.....	24
6.2 Brebtavost.....	25
7 Poruchy hlasu	27
7.1 Dysfonie.....	27
7.2 Afonie	28

7.3	Fonastenie.....	28
7.4	Jícnový hlas	28
8	Vývojové vady řeči.....	30
8.1	Narušený vývoj řeči	30
8.2	Dysfázie	31
9	Narušená výslovnost.....	33
9.1	Dyslalie	33
10	Symptomatické vady řeči.....	35
10.1	Poruchy komunikace při smyslových vadách.....	37
10.1.1	Vady a poruchy sluchu	37
10.1.2	Vady a poruchy zraku	37
10.2	Poruchy komunikace při mentální retardaci	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
11	Kazuistika č.1	39
12	Kazuistika č.2	41
13	Kazuistika č.3	43
14	Kazuistika č.4	44
	ZÁVĚR	46
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	47
	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	49
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Narušená komunikační schopnost neboli vady řeči jsou velice častým problémem vyskytující se v dětské i dospělé populaci. V práci se zaměřuji spíše na dospělou populaci. Mezi základní skupiny poruch řeči patří vývojové vady, narušená výslovnost, poruchy rezonance řeči, poruchy tempa a plynulosti řeči, útlumy sociálních funkcí řeči, symptomatické vady řeči, poruchy hlasu a neurogení poruchy řeči. Celé této struktuře a jednotlivým poruchám se ve své práci budu podrobně věnovat.

V teoretické části se zabývám nejdříve definicí narušené komunikační schopnosti a poté popisem jednotlivých vad řeči, jejich uspořádáním do struktury dle významu, rozsahu, důsledků a frekvence výskytu. Následuje charakteristika příčin vzniku a projevů jednotlivých vad řeči a jejich kombinací. Každá vada je definována dle několika autorů, čerpala jsem primárně z publikací zaměřených na logopedii. Celá práce je uspořádána dle struktury narušené komunikační schopnosti a rozřazená do kapitol a podkapitol. Pro přehlednost této struktury jsem vytvořila i jednoduchou tabulku.

V druhé části bakalářské práce – praktické, jsem se snažila popsat, jak vady řeči ovlivňují lidi v profesním a osobním životě. Pomocí získaných informací o osobním životě, vzdělání a zaměstnání respondentů jsem vytvořila kazuistiky o každém z nich. Hlavním cílem této části je tedy zjistit, zda jsou lidé svou vadou řeči ovlivněni a popřípadě v jaké míře. Na základě poskytnutí citlivých informací mi každý z respondentů podepsal souhlas s jejich zpracováním. Všechny souhlasy jsou přiloženy na konci bakalářské práce.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala, jelikož bych se v budoucnu ráda věnovala právě logopedii, surdopedii či tyflopédii. Zároveň je to pro mě i velká motivace.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 Cíl a metodika

Cílem teoretické části bakalářské práce je popsat jednotlivé vady řeči, uspořádat je do struktury dle významu, rozsahu, důsledků a frekvence výskytu. Popsat příčiny a projevy jednotlivých vad a jejich kombinací. Cílem praktické části bakalářské práce je zpracování kazuistik, kde bude popsáno, jak ovlivnila vada řeči osobní a profesní život respondentů.

Teoretická část bakalářské práce bude zpracována na základě studia odborné literatury. U jednotlivých vad řeči uvedu definici, příčiny vzniku a jak se projevují. Praktická část bakalářské práce se věnuje dospělým osobám s vadou řeči. V kazuistikách se zaměřuji na to, jak vada řeči ovlivnila jejich osobní a profesní život.

Než jsem začala zpracovávat kazuistiky, tak jsem si vytvořila seznam otázek, které se zabývaly primárně ovlivněním života dotazovaných. Důležité pro mě bylo zjistit informace z okruhu vzdělávání (např. jaké mají vzdělání, zda je vada řeči ovlivnila při výběru střední nebo vysoké školy), zaměstnání (např. jaké zaměstnání vykonávají, zda je to jejich vysněné zaměstnání a samozřejmě také, jestli je vada řeči ovlivnila při výběru onoho zaměstnání), osobního života (chování rodičů, popřípadě sourozenců, dědičnost, šikana) a hlavně také projevy poruchy řeči. Na tyto sady otázek mi dle možností respondenti ochotně odpověděli a podepsali souhlas se zpracováním citlivých údajů. Poté už bylo na mě, abych odpovědi zpracovala do formy kazuistik nebo jakýchsi osobních příběhů respondentů.

Z kazuistik vyplývá, že všichni respondenti byli ovlivněni vadou řeči. Ať už v dětství (šikana), při výběru oboru studia nebo výběru budoucího či stávajícího zaměstnání. Respondenti se s vadou řeči už narodili v souvislosti s dědičností nebo se dostavila po nějakém úrazu, šoku. Většina z nich logopeda už nenavštěvuje, spíše k němu docházeli v dětství. Za svou vadu se velkou část života styděli, ale převážně v období dospívání se s ní smířili. Někteří z dotazovaných mají ale stejně stále strach, mluvit na veřejnosti nebo s cizími lidmi.

2 Narušená komunikační schopnost

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, kdy některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru“ (Lechta, 2003, s. 17). Narušená komunikační schopnost patří mezi vědní obory logopedie. Určit přesnou definici narušené komunikační schopnosti je velice obtížné, komplikace nastávají už při vymezování normality, tzn. kdy se jedná o normu, a kdy už o narušení. Chceme-li hodnotit, zda má jedinec narušenou komunikační schopnost, musíme zvážit, v jakém jazykovém prostředí žije, jaké má hodnocený jedinec vzdělání nebo je-li mluvním profesionálem. Důležité je, všítat si všech rovin jazykových projevů člověka, nelze se zaměřit pouze na narušenou formální stránku řeči. Za narušenou komunikační schopnost nemůžeme považovat fyziologické jevy u dítěte, nesprávnou výslovnost nebo záměnu hlásek při výslovnosti v období, kdy se jedná o fyziologický jev – fyziologická dyslalie (Klenková, 2006).

Při určování narušené komunikační schopnosti musíme brát v úvahu tyto jazykové roviny: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmatickou. Forma interindividuální komunikace může být verbální i neverbální, respektive mluvená i grafická. V průběhu komunikačního procesu může být narušena složka expresivní (produkce) nebo receptivní (porozumění řeči). Může se jednat o narušení trvalé (při těžším orgánovém poškození) či přechodné (většina dyslalií). Narušená komunikační schopnost se projevuje jako vrozená vada řeči nebo jako získaná porucha řeči. V celkovém klinickém obraze narušení dominuje anebo je příznakem jiného dominujícího postižení, onemocnění či narušení. Může se objevit narušení úplné (např. totální afázie) nebo částečné. Jedinec, u kterého se nějaké narušení projevuje, si ho může, ale také nemusí uvědomovat (Lechta, 2003).

Příčiny narušené komunikační schopnosti můžeme dělit z hlediska časového a lokalizačního. Z hlediska časového mohou být příčiny prenatální (období vývoje plodu, před narozením), perinatální (v průběhu porodu) nebo postnatální (po narození). K nejčastějším příčinám z hlediska lokalizačního řadíme genové mutace, vývojové odchylky, aberace chromozomů, orgánové poškození receptorů, poškození centrální části, poškození efektorů, působení nevhodného prostředí nebo narušení sociální interakce (Klenková, 2006).

Existuje mnoho onemocnění, která bývají s narušenou komunikační schopností spojována. Proto chci zmínit jen malý výčet těchto onemocnění.

1. **Vrozená onemocnění** – dětská mozková obrna, Downův syndrom, porucha pozornosti, kongenitální hydrocefalus, kraniostenóza, idiopatická mentální retardace, neurofibromatóza;
2. **Vaskulární onemocnění** – mozková embolie, mozkový hemoragie, subdurální hematom, subarachnoidní krvácení, tranzitorní ischemická ataka, pseudobulbární obrna, mozková trombóza, mozková hemoragie;
3. **Infekce** – akutní poliomyelitis, encefalitida, mozkový absces, Sydenhamova chorea, neurosyfilis, meningitida, Creutzfeldt-Jakobova choroba;
4. **Trauma** – penetrující poranění hlavy, zavřené poranění hlavy;
5. **Nádory** – meningiom, glioblastom, astrocytom (1. a 2. stupeň), oligodendrogliom;
6. **Degenerativní onemocnění** – Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Wilsonova choroba, Huntingtonova choroba, Friedeichova ataxie, dystonia musculorum, deformans, roztroušená skleróza;
7. **Metabolická a toxická onemocnění** – Reyův syndrom;
8. **Nervosvalová onemocnění** – bulbární paralýza, amyotrofická laterální skleróza, Duchennenova svalová dystrofie, facioscapulohumerální typ, okulofaryngeální svalová dystrofie, myasthenia gravis, Möbiův syndrom;
9. **Jiná onemocnění** – epilepsie, Wernickeho-Korsakoffův syndrom (Love, Webb, 2009).

2.1 Struktura narušené komunikační schopnosti

Tabulka 1: Struktura narušené komunikační schopnosti

Neurogenní poruchy řeči	Dysartrie Afázie
Poruchy rezonance řeči	Huhňavost (otevřená, zavřená, smíšená) Palatolalie
Útlumy sociálních funkcí řeči	Mutizmus elektivní (selektivní) Mutizmus totální Surdmutizmus
Poruchy tempa a plynulosti řeči	Koktavost Brechtavost

Poruchy hlasu	Dysfonie Afonie Fonastenie Jícnový hlas Chraptivost
Vývojové vady řeči	Narušený vývoj řeči Dysfázie
Narušená výslovnost	Dyslalie (patlavost)
Symptomatické vady řeči	Při smyslových vadách Při mentální retardaci

Zdroj: upraveno podle Pipekové (2006, s.109)

3 Neurogenní poruchy řeči

„Neurogenní řečové poruchy vyplývají ze 4 nejčastějších poškození činnosti centrální nervové soustavy:

- *cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody,*
- *traumatická poškození tkáně centrální nervové soustavy,*
- *nádory a infekce centrální nervové soustavy,*
- *degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy“ (Neubauer, 2007, s. 32).*

Cévní onemocnění mozku, které souvisí i s cévními mozkovými příhodami, je jedno z neobávanějších onemocnění dospělé populace. Cévní mozková příhoda vzniká ve většině případech náhle, z 80 % se považuje za příčinu ischemie části mozkové tkáně a zbylých 20 % připadá na prasknutí tepny, která má krevní výlev do okolní mozkové tkáně. Méně časté pak bývá subarachnoidální krvácení z vrozeného oslabení cévní stěny. Tyto příčiny mohou mít za následek těžké poruchy hybnosti těla a ztrátu řečové komunikace (Neubauer, 2007).

Mezi traumatická postižení centrální nervové soustavy můžeme zařadit například úrazy mozku, které bývají častou příčinou vzniku neurogenních poruch řečové komunikace. Zhruba 50 % dopravních nehod skončí úrazem mozku a z toho třetina jsou vzniklé poruchy řeči (Neubauer, 2007). Dvořák (1998, s. 167) uvádí, že trauma je: *„zevní zásah působící na organismus náhle, na poměrně krátkou dobu a mající za následek poruchu zdraví postižené osoby“.*

Mozkové nádory se mohou objevit v celém spektru neurogenních komunikačních poruch. Většinou se začnou projevovat pozvolna nebo jako skokově postupující komplikace na rozdíl od cévních onemocnění mozku (Neubauer, 2007).

Degenerativní onemocnění, kterou je například Parkinsonova choroba, zapříčiňují vznik pozvolně postupující dysartrie a dyspraxie. Většina těchto onemocnění napadá hlavně centrální motorický systém, nikoli kognitivní a fatické funkce (Neubauer, 2007).

3.1 Dysartrie

Dysartrie je souborný název pro poruchy v hláskování, artikulaci a vyslovování vůbec (Sovák, 1978). „*Při dysartrii se nevyskytují poruchy porozumění řeči, ani poruchy vnitřní řeči. Jde o poruchu, která je způsobena zřejmým poškozením mozku a mozkových drah. Je jedním ze symptomů dětské mozkové obrny, ale může se vyskytnout i samostatně*“ (Dvořák, 1998, s. 43). Vyznačuje se poruchou motorické realizace řeči, která vzniká při organickém poškození centrální nervové soustavy. Dysartrie je považována za nejtypičtější narušení komunikační schopnosti související s poruchou artikulace. Nejtěžší stupeň dysartrie se nazývá anartrie, která se projevuje neschopností verbální komunikace. Obě tyto vady mohou vzniknout kdykoliv během období života (Klenková, 2006). Jsou zasaženy různé základní modalitty motorické realizace řeči – respirace, fonace, rezonance a artikulace. Může být spojena i s neschopností tvořit hlas – afonie nebo s poruchou polykání – dysfagie. Dysartrie může být vývojová nebo získaná. Vývojová dysartrie obsahuje poruchy, které vznikly od počátku vývoje organismu na základě organického poškození centrální nervové soustavy dítěte. Naopak získaná dysartrie vznikla náhle na bázi traumatu nebo onemocnění centrální nervové soustavy (Škodová, Jedlička, 2003). Dysartrii můžeme rozdělit na kortikální (korovou), pyramidovou, extrapyramidovou, bulbární, cerebelární (mozečkovou) a smíšenou (kombinovanou).

3.1.1 Klasifikace dysartrie

Kortikální (korová) dysartrie

Kortikální dysartrie je zapříčiněna poškozením oblasti motorického centra v řeči v koře mozkové (Kejklíčková, 2011). Jedinec zvládne vyslovit jednoduchá slova, ale vážne vyslovování dlouhých a složených slov (Dvořák, 1998). Řeč působí spasticky a bývá doprovázena mlaskavými zvuky (Sovák, 1978).

Pyramidová dysartrie

U pyramidové dysartrie dochází k poškození motorické dráhy od kůry k jádrům motorických nervů v bulbu. Řeč je křečovitá, tvořená s námahou a často se k ní připojuje i hypernazalita (Dvořák, 1998). Hlas se zdá dyšný a tlačný. Objevuje se po cévní mozkové příhodě nebo úrazu hlavy (Kejklíčková, 2011).

Extrapyramidová dysartrie

Tento druh dysartrie je důsledkem onemocnění extrapyramidového motorického systému. Lze ji rozdělit na formu hypertonickou a dyskinetickou. Hypertonická se týká nezřetelné artikulace, pomalé mluvy a opakování slabik. Dyskinetická je charakterizována jako neuspořádaná a nezřetelná artikulace, některé slabiky zní slabě a některé naopak silně (Dvořák, 1998). Projevuje se opakováním slov, vět nebo větných částí, zrychlováním řeči, nezřetelnou artikulací a monotonií mluvy. Kejkličková (2011) ji rozděluje na hypertonicko-hyperkinetickou, kdy je svalstvo ztuhlé, řeč je zpomalena a tlačena. A druhou formou je hypotonicko-hyperkinetická, kdy je hybnost zvýšena a vyznačuje se bohatou mimikou gestikulací a pohyby celého těla. Příčinou extrapyramidové dysartrie bývá Parkinsonova nemoc, cévní mozkové příhody, vedlejší účinky léků a degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy (Neubauer, 2007).

Bulbární dysartrie

Bulbární dysartrie je vyvolána poruchou jader hlavových nervů v prodloužené míše a následným ochrnutím příslušného svalstva. Ochrnutí může zasáhnout svaly hrtanu, hltanu, měkkého patra, jazyka, tváře a žvýkácké svaly. Kvůli tomuto ochrnutí se později objevují i drobné záškuby, např. jazyka (Kejkličková, 2011). Postižený má problém s vyslovováním hlásek, které vyžadují přesnou koordinaci a zvýšené svalové napětí. Porucha bývá doprovázena i otevřenou huhňavostí (Sovák, 1978).

Cerebelární (mozečková) dysartrie

Cerebelární dysartrie je způsobena postižením mozečku a jeho inervací artikulačních orgánů a hrtanu. Postižený řeč odsekává a má zpomalenou těžkopádnou motoriku mluvidel (Dvořák, 1998). Řeč připomíná mluvu osob pod vlivem alkoholu nebo také koktavost. Je doprovázena neúčelnými pohyby, neuspořádanou mimikou i gestikulací (Kejkličková, 2011). Cerebelární dysartrie se často objevuje u roztroušené sklerózy, různých zánětů a nádorů mozečku nebo degenerativních procesů v této oblasti (Neubauer, 2007).

Smíšená (kombinovaná) dysartrie

Když je mozek poškozen na různých úrovních najednou, může vzniknout kombinovaná dysartrie. Příznaky jsou dány podle poškozených oblastí (Kejklíčková, 2011). Tento druh dysartrie se nejvíce objevuje u dospělých osob při ložiskových onemocněních mozku (Sovák, 1978).

3.2 Afázie

„Afázie označuje ztrátu naučených schopností dorozumívat se řečí. Jedná se o poruchu organického původu, především jako důsledek ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku“ (Dvořák, 1998, s. 10). *„Afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku. Rozlišujeme různé stupně afázie, rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a lokalizace léze mozku“* (Cséfalvay, 2007, s. 15). Jde o poruchu individuálních jazykových schopností na základě poškození centrální nervové soustavy. Mezi dominantní příznaky afázie patří nemožnost se srozumitelně vyjádřit verbální řečí, narušená schopnost chápat signální význam slov, problémy s vyhledáváním adekvátních výrazů, závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií. Dalšími symptomy jsou dysnomie a parafrázie. Dysnomie označuje komplikace v pojmenování určitého pojmu na bázi obtíží ve výběru ze sémantické jazykové sítě, nikoli primárně na základě amnestického syndromu. Nejedná se o ztrátu paměťové informace, ale o potíže v jejím vybavování. Parafrázie je definována jako problém v pojmenování určitého pojmu na základě poruch ve vybavování si pojmu z jazykového systému. Můžeme ji rozdělit na fonemickou, sémantickou a slovní parafrázi (Neubauer, 2007). *„Parafrázie je porucha při sestavování vět, ve vyhledávání vhodných slov a porucha koherence věty“* (Dvořák, 1998, s. 121).

3.2.1 Klasifikace afázie

Brocova (motorická) afázie

Brocova afázie se vyskytuje zejména v plynulosti a v expresivní složce řeči. Postižený má narušenou řečovou produkci s relativně dobře zachovaným rozuměním, mluví

málo, s velkým úsilím, ale má jasný komunikační záměr. Mohou se objevit fonemické parafrázie a agramatismy. V průběhu vývoje příznaků postižení často přechází do transkortikální, kondukční nebo anomické afázie (Neubauer, 2007). U pacientů se často objevuje alexie a agrafie. Poruchy mluvení a čtení jsou podobné problémům v mluvené řeči (Cséfalvay, 2007).

Wernickeova (senzorická) afázie

Pro tuto poruchu je specifické špatné porozumění, pojmenování a opakování, verbální parafrázie, neuvědomování si vlastní poruchy a dobrá plynulost řeči. Někteří pacienti produkují mnoho neologismů, to vytváří dojem nepřiléhavé mluvy. Proto je někdy Wernickeova afázie zaměňována s psychiatrickým onemocněním např. zmatenost při demenci a deliriu (Neubauer, 2007). Dvořák (1998, s. 12) charakterizuje Wernickeovu afázii jako: *„výrazné poruchy porozumění, fluentní spontánní řeč s množstvím parafrází, neologismů“*.

Globální (totální) afázie

Globální afázie se řadí mezi jedny z nejtěžších poruch, kdy jsou postiženy všechny modalities řeči. V bezděčné i opakované řeči se vyskytují jen iterační a žargonové stereotypie a je narušeno i porozumění řeči (Dvořák, 1998). Pacientův projev není plynulý, není schopen sdělit jakoukoli obsahovou informaci. Produkce slov je naprosto znemožněna až omezena na opakování, např. stereotypního spojení, expresivních nadávek. Stav buď přetrvává, nebo se může změnit na motorickou afázii (Neubauer, 2007).

Kondukční (centrální) afázie

Pacient řeč opakuje s fonemickými parafráziemi, ale má relativně dobrou úroveň fluence a porozumění verbálnímu projevu. Tento typ afázie má dobrou prognózu, jelikož úprava může být i kompletní (Neubauer, 2007). *„Kvalita reprodukce slov je ovlivněna i lingvistickými charakteristikami – dlouhá a málo frekventovaná slova jsou produkována hůře než krátká a často frekventovaná“* (Cséfalvay, 2007, s. 23).

Transkortikální senzorická afázie

Řečový projev je plynulý s dobrým opakováním, ale s porušeným rozuměním. Stává se, že postižený nerozumí ani opakovanému a odpovědi na otázky jsou neuspořádané

a ztrácí obsahovou informaci. Prognóza bývá dobrá, protože se často příznaky upravují nebo přecházejí v anomické obtíže (Neubauer, 2007). Postižený bez problémů opakuje i dlouhé věty, ale mluva je obsahově prázdná. Řeč je plynulá, ale objevují se v ní sémantické parafázie (Dvořák, 1998).

Transkortikální motorická afázie

Osoby s touto poruchou velmi málo spontánně hovoří, řeč je strohá s máloslovnými odpověďmi na otázky a často ve větě chybí přísudek. Daří se jim opakování krátkých víceslovných obrátů a také porozumění je zachováno. Jako u transkortikální senzorické afázie je často prognóza v celku dobrá (Neubauer, 2007).

Anomická (amnestická) afázie

Mluva je vcelku plynulá, avšak si tyto osoby nevybavují vhodná slova. Problémy proto kompenzují opisem (Dvořák, 1998). Postižený má sice plynulou mluvu, ale je narušována tzv. anomickými pauzami. Nejvíce se obtíže projevují při pojmenování předmětů a činností, také mají problém s nalézáním a výběrem slov z vlastní slovní zásoby (Neubauer, 2007).

4 Poruchy rezonance řeči

„Rezonance je fyzikální jev, který má rozhodující význam pro akustickou skladbu hlásek, samohlásek – tónů a souhlásek – šumů. Základní hlasivkový tón vzniká zhušťováním a zředováním vzduchového sloupce nad hlasivkami v důsledku periodického rozevírání a zavírání hlasivkové štěrbiny“ (Kerekrétiová, 2003, s. 99).

„Rezonance je ozvuk neboli souznění, kdy kmitáním hlasivek vzniká zvuk nepřilíš libý. Příjemné dotváření lidského hlasu vzniká až rezonancí v přilehlých dutinách“ (Dvořák, 1998, s. 143).

Lidský hlas nabývá typických znaků až potom, co přejde přes rezonanční dutiny (hrtanová, hltanová, ústní, nosohltanová a nosní). K hlasivkovému tónu se přidávají tóny a různé druhy šumů, které v těchto dutinách rezonují. To se nazývá modifikace hlasu. Rezonance závisí na objemu dutiny, tvaru dutiny, velikosti vstupního a výstupního otvoru a jeho tvaru. Dutina jako rezonátor tón zesiluje, naopak ostatní frekvence ho v různé míře potlačují. Nejvýznamnější dutinou je dutina ústní, kde je obměna tvaru variabilnější a změny jsou tedy vykonávány vědomě. Oproti tomu hrtanová dutina se vůbec nemění. Výsledná akustická podoba hlásky záleží na vzájemném poměru rezonance, kde má specifické a autonomní postavení nosní dutina. Ta může být do artikulace zapojena, ale také nemusí. Další důležitou úlohu má měkké patro, které je stále v pohybu a mění polohu podle vyslovované hlásky. Pokud má patrohltanový mechanismus (měkké patro se stěnami hltanu) správnou funkci, tak se v řeči projeví jako rezonanční vyváženost. Což znamená správný poměr nazality a orality v řeči (Kerekrétiová, 2003). Za nazalitu neboli nosovost se považuje rezonance nosní dutiny (Dvořák, 1998). Oproti tomu oralita je rezonance ústní dutiny, která se převážně projevuje při tvorbě ústních hlásek, tzv. orálů (Dvořák, 1998). Do poruch rezonance řeči se řadí huhňavost a palatolalie.

4.1 Huhňavost

Huhňavost je patologicky změněná nosovost. Je-li snížena, jedná se o zavřenou huhňavost (hyponazalita). Je-li naopak zvýšená, mluvíme o otevřené huhňavosti

(hypernazalita). V případě, že se stává nedostačující patrohltanový uzávěr a zároveň je zmenšený prostor rezonančních dutin, tak se jedná o huhňavost smíšenou (Sovák, 1978). Tato vada je zapříčiněna snížením nebo zvýšením nosovosti v mluvené řeči, tedy poruchou nosní rezonance (Kerekrétiová, 2003).

4.1.1 Klasifikace huhňavosti

Zavřená huhňavost

Zavřená huhňavost neboli hyponazalita vzniká, když do nosu neproniká výdechový proud vzduchu. Tento jev se projevuje na výslovnosti nosovek „m, n, ň“, které pak zní jako hlásky bez nosní rezonance, tj. „b, d, d““. Zavřená huhňavost vzniká přechodně i při rýmě (Kejklíčková, 2011). Rozlišujeme příčiny organické a funkční. Mezi organické řadíme nosní mandle, záněty, deformity, úrazy, nosní polypy nebo nádory nosohltanu. Funkční příčiny mají za následek primárně typ mluvy, např. krajový nebo osobnostní (Lejska, 2003).

Otevřená huhňavost

Otevřená huhňavost (hypernazalita) vzniká, když do nosní dutiny proniká vzduch i při výslovnosti hlásek a tím pádem působí rušivě. Můžeme rozlišit příčiny organické nebo funkční. Organickou příčinou jsou například rozštěpové vady, úrazy, obrny, krátké patro nebo dysartrie. Mezi funkční lze zařadit motivaci, způsob obvyklé mluvy, krajové zvyky nebo vliv typu osobnosti (Lejska, 2003). Hypernazalita je také charakterizována jako silné nosní zabarvení všech orálních hlásek (Klenková, 2006).

Smíšená huhňavost

U smíšené huhňavosti se kombinuje otevřená a zavřená huhňavost. Vzniká, když je snížena průchodnost nosem a zároveň je patrohltanový uzávěr neúplný. Proud vzduchu proniká do nosohltanu částečně jako u hypernazality, ale nosovky „m, n, ň“ nezní adekvátně, jelikož ztížená průchodnost oslabila nosní rezonanci. Vyskytuje se u osob po operaci rozštěpu patra (Kejklíčková, 2011). „*Další formou je měnící se či střídavá nazalita, kdy mluvčí bezděčně střídá otevřenou a zavřenou huhňavost*“ (Klenková, 2006, s. 131).

4.2 Palatolalie

Tento pojem označuje jednu z nejtěžších forem narušené komunikační schopnosti, která je zapříčiněna vývojovou vadou – rozštěpem patra. Palatolalie je porucha řeči, která doprovází rozštěp patra, příp. rozštěp patra a rtu. Může mít důsledky ve vytváření osobnosti i v rozvíjení společenských vztahů (Sovák, 1978). Podle Dvořáka (1998, s. 119) je palatolalie: „vývojová vada řeči provázející rozštěpy patra, případně kombinace rozštěpů patra a čelistí, rtů. Typická je zvýšená a deformovaná nazalita“. U palatolalie mohou být poškozeny různé roviny nebo i některé zároveň. Tyto roviny se rozdělují na foneticko-fonologickou (porucha nosní resonance, artikulace a srozumitelnost řeči), morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou (v případě opožděného vývoje) a pragmatickou (v důsledku psychosociálních problémů). Palatolalie se projevuje ve verbální i neverbální formě komunikace (Lechta, 2008).

Mezi prvotní příčiny vzniku palatolalie řadíme orofaciální rozštěpy patra a velofaryngální insuficienci (nedostatečná funkce patrohltanového uzávěru) vzniklou po jejich operacích (Kerekrétiová, 2008). Rozštěpy patra v obličejové části vznikají v časném fetálním období, kdy se zadrží vývoj plodu. Nejpozději k tomu může dojít v 7.týdnu těhotenství (Sovák, 1978). Důvody vzniku rozštěpů nejsou ještě úplně objasněny, ale obecně je můžeme rozdělit na endogenní a exogenní. Jako endogenní příčina je uváděna dědičnost, nicméně dědičné vlohky k této vadě mohou zůstat u nositele utajeny celý život. Příčiny exogenní většinou vznikají působením škodlivin v prvním trimestru těhotenství. Škodlivinami se myslí např. prenatální infekce (toxoplazmóza), poruchy ve výživě plodu nebo různé toxické látky a léčiva (Klenková, 2006).

Charakteristické pro palatolalii je hlavně změna rezonance a artikulace řeči (Sovák, 1978). Podle Kerekrétiové (2008) se palatolalie projevuje poruchou rezonance, artikulace, a navíc ještě srozumitelnosti řeči. Může ji také doprovázet narušený vývoj řeči, poruchy hlasu a narušené koverbální chování. Koverbální chování představuje chování, které doprovází verbální projevy, současně s artikulovanou řečí např. gestikulace nebo emoční ladění (Dvořák, 1998).

5 Útlumy sociálních funkcí řeči – mutismus

„*Mutismus je ztráta funkce verbálně komunikovat*“ (Klenková, 2006, s. 91). Lejska (2003) tvrdí, že mutismus není podmíněn postižením centrální nervové soustavy, ale jde o působení nějaké vnitřní predispozice a vnějšího vyvolávacího faktoru. Obvykle se jedná o neurotickou reakci na nějaký mimořádný zážitek nebo je projevem akutního psychotického onemocnění. Mutismus může vzniknout nečekaně po těžkém psychotraumatu, nebo také jako reakce na přetěžování, nesprávný styl výchovy a po těžkých stresových situacích na základě určité dispozice jedince. Tato situace se dále upevňuje vlivem nevhodné reakce okolí (Škodová, 2003). „*Jde o poruchu psychogenně podmíněnou bez organického postižení centrální nervové soustavy. V praxi obvykle zahrnuje všechny případy, pro něž je charakteristická náhlá absence artikulované řeči. Zahrnuje především funkční ztrátu řeči, odmítání mluvní komunikace jako vyjádření vzdoru a nepřátelství, útlum řeči ze strachu, mlčení ze studu, a i symptomy různých klinických syndromů*“ (Dvořák, 1998, s. 104). Mutismus má různé formy – elektivní (selektivní), totální a surdomutismus.

5.1 Elektivní (selektivní) mutismus

U elektivního mutismu je nemluvnost situačně vázána, dokonce se dá v určitém prostředí i předpovědět. Situačně vázána znamená, že jedinec nemůže mluvit v určité situaci nebo prostředí. Celkem časté je to u dětí, kdy ve školce či škole nemluví, ale doma s rodiči nebo sourozenci je komunikace dostačující (Škodová, 2003). Elektivní mutismus se dá ještě dále rozdělit na situační, tj. u lékaře, v novém prostředí a reaktivní, tj. důsledek psychotraumatu (Lejska, 2003). Je považován za primárně psychogenně podmíněnou poruchu, jako reakce na akutní psychotraumatisující podnět nebo chronickou frustraci, kdy nejsou uspokojeny základní potřeby dítěte, např. potřeba bezpečí, dostatečného množství podnětů, později i potřeba samostatnosti a socializace (Pečeňák, 2003). Tato porucha se vyskytuje většinou v předškolním a mladším školním věku, není však vyloučena ani v dospělosti. Pravděpodobnost vzniku elektivního mutismu není podmíněna inteligencí, ale riziko vzniku mohou zvyšovat osobnostní vlastnosti (Klenková, 2006).

5.2 Totální mutismus

Totální mutismus na rozdíl od elektivního je zaměřen na všechny situace a prostředí (Lejska, 2003). Dvořák (1998, s. 105) tuto poruchu charakterizuje jako: „úplnou nebo náhlou funkční ztrátu řeči i hlasu na podkladě silného psychického traumatu na základě dispozic jedince. Důležitým symptomem je zřejmá až nápadná snaha o navázání komunikace, jedinec se snaží dorozumívat jinými způsoby, tj. gestikulace, psaní. Postižený chce mluvit, nestydí se, nemá strach, ale nemůže promluvit“.

5.3 Surdomutismus

Surdomutismus je funkční náhlá ztráta schopnosti komunikovat, slyšet řeč a odezírat. Ztráta schopnosti odezírat je důsledkem nevědomého slyšení. Příčinou této vady může být hysterie po duševních traumatech (Dvořák, 1998). Surdomutismus je velice podobný hluchoněmotě, avšak u hluchoněmoty se ztrácí řeč vyvinutá, zatímco vnitřní řeč je zachována. Předpokladem k úspěšnému léčení je kompletní změna sociálního prostředí (Sovák, 1978).

6 Poruchy tempa a plynulosti řeči

Poruchu plynulosti řeči považujeme za stav, kdy dochází buďto ke zrychlení tempa řeči až do překotnosti, při níž se snižuje srozumitelnost řeči (brebtavost), nebo kdy je řeč přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (koptavost)“ (Škodová, Jedlička, 2003, s. 257). Plynulost řeči je základním předpokladem pro verbální komunikaci. Toto poškození se projevuje za prvé jako vytváření krátkých a opakujících se úseků řeči, tj. koptavost. Za druhé ve zrychlení tempa řeči do takové míry, že není srozumitelná, tj. brebtavost (Lejska, 2003).

6.1 Koptavost

Koptavost patří mezi jedno z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti. Projevem jsou nedobrovolné a nekontrolovatelné dysfluence při projevu, které doprovází enormní námaha při artikulaci a psychická úzkost související s problémy s realizací řeči (Lechta, 2004). *„Koptavost je porucha plynulosti mluvy, způsobená nadměrnou aktivitou až křečí artikulačního, někdy i respiračního a fonačního svalstva*“ (Kejklíčková, 2011, s. 40). Jde o generalizovanou poruchu koordinace činnosti svalových skupin. Tyto svalové skupiny participují na motorické realizaci řeči. Tímto se diferencují od fatických poruch, kde je často porušeno i rozumění. Oproti tomu lidé, kteří trpí koptavostí, ví velmi dobře, co chtějí sdělit, ale nejsou schopni slova správně motoricky realizovat (Lašťovka, 1999). Nejčastější příčiny vzniku koptavosti jsou dědičnost, negativní působení sociálního prostředí, napodobování, různá psychotraumata a stále častěji se hovoří o významu orgánových příčin koptavosti (Lechta, 2003).

Mezi příznaky v řeči patří, např. vícenásobné opakování (repetice), prodlužování (prolongace), hlasové napětí, zrychlené tempo, narušené dýchání, vsuvky, pauzy, blokády nebo opravy (revize). Příznaky v řeči si postižený nejdříve nemusí uvědomovat, ale jakmile dojde k jejich uvědomění, tak se mohou projevit i potíže v chování. V chování se může objevit tremor, vyhýbání se zrakovému kontaktu, strach z mluvení nebo vyhýbavost (Lechta, 2001). Dýchání koptavého je nepravidelné a mohou se vyskytnout křeče dechového i fonačního svalstva. Často se vyvine i strach

z mluvení, tzv. logofobie. Při mluvení můžeme pozorovat i vegetativní projevy např. pocení, zrychlení srdečního tepu nebo zarudnutí obličeje (Kejklíčková, 2011).

Lejska (2003, s. 106) rozdělil příznaky koktavosti na zevní a vnitřní:

„Zevní příznaky – klony, tony, souhyby

- a.) *dýchací pohyby – křeče dýchacího svalstva: plýtvání vzduchem, povrchní výdech, neplynulý proud vzduchu;*
- b.) *fonační pohyby – křeče svalů hrtanu: prudké poskakování hrtanu, škubavé otevírání hlasové štěrbiny, přeskokování hlasu, tvrdé hlasové začátky, zkrácení fonační doby;*
- c.) *pohyby artikulační – nejnápadnější, opakování hlásek, slabik i slov řeči; neschopnost plynulé mluvy;*
- d.) *zrychlení řeči – po překonání tonoklonů je řeč často překotná, jsou vkládány nesmyslné a nadbytečné slabiky, hlásky, zvuky (embolofrazie);*
- e.) *souhyby – jednak jsou součástí tonoklonů a dále jsou vyvíjeny účelově k překonání zakoktavání.*

Vnitřní příznaky – postižený si svou poruchu uvědomuje:

- a.) *logofobie – strach z řeči, strach z nutnosti mluvit, strach z publika;*
- b.) *strach z veřejnosti, osob – osamocenost, agresivita, změněná osobnost“.*

U koktavosti dochází i k narušení koverbálního chování, což zahrnuje celou řadu příznaků. Tyto potíže se projevují během mluvení a působí rušivě na okolí. Můžeme sem zařadit různé grimasy, mrkání, kývání ze strany na stranu, přešlapování, manipulace s prsty a oblečením a celkový motorický neklid (Klenková, 2006).

6.2 Brebtavost

„Breibtavost je vývojová patologická odchylka plynulosti mluvy. Mezi rozličnými příznaky je charakteristická obvykle překotnost tempa řeči, jehož důsledkem je vynechávání slabik, přeríkávání, opakování slabik. Dochází i k deformaci obsahu, jako je vybočení od tématu, vynechání podstatných informací, absence sémantické soudržnosti apod.“ (Dvořák, 1998, s. 31). Symptomem brebtavosti je zrychlené tempo řeči. Mluvní redukuje počet hlásek ve slovech, vypouští koncovky, několik hlásek splývá dohromady, proto se projev mění v nesrozumitelné zvuky. Na rozdíl od koktavosti si postižený svůj stav neuvědomuje (Lejska, 2003). Brebtavý si vadu ani nepřipouští, nemá obavy s mluvením na veřejnosti a netrpí pocitem poruchy. Okolí má s poruchou ovšem problém, jelikož postiženému špatně rozumí (Kejklíčková, 2011).

Příznaky brebtavosti lze rozdělit na tři úrovně. První úroveň se týká obsahu výpovědi, např. bezobsažná řeč, neuvědomování si problému, slabé chápání výpovědi. Druhá úroveň se vztahuje k formě výpovědi, např. nesprávné věty, chudá skladba. Poslední třetí úroveň se vztahuje k substanci výpovědi, například rychlé tempo řeči, opakování, chybná artikulace nebo prodlužování hlásek (Klenková, 2006). Příčiny vzniku brebtavosti nejsou zcela objasněny, ale mohly mít dědičný, organický, neurotický nebo polyfaktoriální charakter (Lechta, 2003). Další etiologické faktory brebtavosti mohou být poruchy v dominanci hemisfér (zkřížená lateralita) nebo vlivy prostředí. V některých případech může dojít i ke kombinaci brebtavosti a koktavosti (Pipeková, 2006).

7 Poruchy hlasu

„Lidský hlas je zvuk, který vzniká rozkmitáním hlasivek a následně rozkmitáním rezonančních prostorů nad úrovní hlasivek. Do určité míry se uplatňuje také vzdušný obsah hrudníku“ (Kejklíčková, 2011, s. 91). Hlas se vyznačuje hlasitostí, výškou, barvou a kvalitou. Hlasitost znázorňuje určitou fyzikální intenzitu. Výška hlasu souvisí s frekvencí kmitání hlasivek. Barvu hlasu určuje délka, hmota hlasivek a tvar rezonančních dutin. U kvality hlasu jde o poměr mezi harmonickými tóny a neharmonickými zvuky v hlase. (Jedlička, 2003). Hlasovou poruchu lze vysvětlit jako patologickou změnu v individuální struktuře hlasu, např. v akustice nebo ve způsobu tvoření i využívání hlasu. V hlase se také mohou objevovat vedlejší přídatné zvuky (Sovák, 1978).

„Poruchy hlasu se rozdělují na:

1. Organické poruchy hlasu

a.) poruchy hlasivek

- poruchy tvaru a hmoty hlasivek
- poruchy pohyblivosti a napětí hlasivek;

b.) poruchy výdechového tlaku vzduchu a rezonančních prostor;

c.) stavy po odstranění hrtanu;

2. Funkční poruchy hlasu

a.) poruchy z přemáhání

- poruchy ze zatížení = dobrá technika, velké zatížení
- poruchy z techniky = špatná technika, např. zvedání hrtanu, zapínání vnějších hrtanových svalů;

b.) poruchy psychogenní – fobie, deprese, hysterie“ (Lejska, 2003, s. 137).

Příznaky mohou být, např. patologické změny hlasového orgánu, které se projevují chraptím nebo náhradním hlasem. Tyto patologické změny dráždí ke kašli nebo až k habituálnímu odchrlávání. Zmínit můžeme i funkcionální změny, které se souborně nazývají dysfonie a u zpěvního hlasu dysodie. Vyskytují se, když je hlas užívaný nesprávně a z nadměrného úsilí (Sovák, 1978). Mezi poruchy hlasu můžeme zařadit dysfonii, afonii, chraptivost, fonastonii a jícnový hlas.

7.1 Dysfonie

Dysfonie je porucha mluvního hlasu, která může být spastická nebo paralytická. Spastická dysfonie vzniká z nadbytku fonačních impulsů. Příčinou může být hlasové

přepínání na neurotickém nebo organickém podkladě. Postižený tvoří hlas s velkým svalovým úsilím, a to potom přechází v sípání. Naopak paralytická forma dysfonie je nedostatek impulsů nebo jejich útlum (Sovák, 1978). „*Nejčastější hlasovou neurózou je spastická dysfonie, která se vyznačuje nadměrným fonačním tlakem při bezdůvodném svírání hlasové štěrbiny nebo i supraglotického prostoru. Hlas je tlačný, chraptivý, fonační doba je zkrácena*“ (Jedlička, 2003, s. 435).

7.2 Afonie

Afonie označuje bezhlasí, ztrátu hlasu organického původu nebo neschopnost vydat hlas psychogenního původu. Afonie se rozděluje na spastickou a hypotonickou. Při spastické afonii se postižený snaží vydat šeptavý nebo sípavý náznak hlasu. U hypotonické jsou hlasivky ochablé při pokusu o tvoření hlasu. Postižený ztrácí hlas a má hlasitý kašel (Dvořák, 1998). Spastická afonie se obvykle objevuje jako pokročilé stadium spastické dysfonie. Příznakem hypotonické afonie bývá neužívání hlasu při chorobách hrtanu, po hrtanových operacích, hysterii nebo psychoneuróze (Sovák, 1978).

7.3 Fonastenie

Fonastenie je vysvětlena jako stav neurčitých hlasových potíží. Projevuje se slabším hlasem a pocitem hlasové únavy. Týká se dynamiky a výšky hlasu, proto je vhodnou léčbou podávání vitamínů a odstranění hlasové zátěže (Jedlička, 2003). Dvořák (1998, s. 59) definuje fonastenii jako: „*chorobnou hlasovou únavnost bez zjevné organické příčiny*“. Dalším příznakem může být dráždění ke kašli až odchrchlávání, které se pak stává chrchláním ze zvyku. Mají na to vliv i různé psychoneurotické jevy jako strach před veřejným vystoupením, úzkost, fobie, ztráta sebedůvěry apod. (Sovák, 1978).

7.4 Jícnový hlas

Lidé, kterým byl vyoperován celý hrtan používají jícnový hlas jako náhradu za hlas normální. Postižený dýchá pomocí otvoru, který z přední strany krku ústí do průdušnice. Jícnový hlas se tvoří v jícnovém ústí, kde se rozkmitá vzduch vytlačený z jícnu (Sovák, 1978). Jedná se vlastně o nácvik prodlouženého říhnutí, kdy při

úspěšné edukaci je řeč dobře srozumitelná. Hlas je ovšem hlubší a hrubý (Jedlička, 2003).

8 Vývojové vady řeči

Vývoj řeči je ovlivňován vývojem senzorického vnímání, myšlením, motorikou a socializací. Je to velice složitý proces, který je ovlivňován vnitřními a vnějšími faktory. Do vnitřních faktorů můžeme zařadit vrozené předpoklady, nadání pro řeč, zdravý vývoj sluchového i zrakového analyzátoru, nepoškozenou centrální nervovou soustavu a mluvní orgány, celkový fyzický a duševní vývoj a vývoj intelektu. Vnějšími faktory, který ovlivňuje vývoj řeči, je celkový vliv prostředí a výchovy, množství a přiměřenost podnětů a stimulace ke komunikaci (Klenková, 2006). Vývojové vady se týkají orgánů, např. rozštěp patra a také funkcí. Postihují funkce nevyvinuté, popřípadě rozvíjejících se v začátku, u kterých se nedostatek projeví až v době, kdy by se měla určitá schopnost rozvíjet. Příčinou můžou být biologické faktory jako dědičnost, lehká perinatální poškození nervového systému, změny mozkového biochemismu nebo opožděné vyžívání centrální nervové soustavy, dále také společenské faktory, hlavně patologie výchovného prostředí (Sovák, 1978).

Vývojové vady Sovák (1978) klasifikuje na vývoj opožděný, omezený, předčasný, scestný či odchylný a narušený. Opožděný vývoj řeči znamená, že se řeč vyvíjí později než obvykle, ale v dalším průběhu se vyrovná průměru. Tudíž v budoucnosti nemá nepříznivé důsledky. U vývoje omezeného je to podobné jako u opožděného, akorát mluvení už nedosáhne obvyklé úrovně. Předčasný vývoj bývá vyvolán většinou výchovou nebo genialitou, neboť se řeč vyvíjí nepřiměřeně na věku jedince. Vývoj scestný či odchylný se projevuje nesprávně a odchylně vyvíjející se řečí, kdy může být příčinou vývojové orgánové anomálie. Narušeným vývojem se budu věnovat v další podkapitole.

8.1 Narušený vývoj řeči

„Narušený vývoj řeči se definuje jako strukturální a systémové narušení jedné či většího počtu, příp. i všech oblastí vývoje řeči (osvojování mateřského jazyka) vzhledem k chronologickému věku dítěte. Deficity se mohou projevat v rovině morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické a pragmatické“ (Mikulajová, 2003, s. 61). Pro narušený vývoj řeči je charakteristické, že byly poškozeny začátky rozvíjené řeči, která měla normální základ. Příčinou mohou být závažné onemocnění

či úrazy, které poškodily smyslové či nervově duševní činnosti už v raném věku. Následky jsou dočasné, dlouhodobé nebo trvalé, kdy se řeč nerozvíjí, a zhoršuje se i její dosažená úroveň. To se může stát při dětské demenci nebo dětské schizofrenii (Sovák, 1978).

8.2 Dysfázie

Vývojová dysfázie je specificky narušený vývoj řeči, který se projevuje ztíženou schopností nebo úplnou neschopností naučit se komunikovat verbálně (Dvořák, 1998). *„Tato vývojová porucha řeči je charakterizována velice širokou symptomatikou ve vlastní řečové produkci v mnoha jejích úrovních. V České foniatrické škole je tento termín chápán jako porucha řeči ve vlastním slova smyslu, jež je způsobena zásahem do jejího vývoje od počátku. Nejde tedy o stav získaný až po osvojení si řeči“* (Jedlička, Škodová, 2003, s. 106).

Příčinou může být infekční onemocnění v těhotenství, protahovaný porod, těžká novorozenecká žloutenka, vdechnutí plodové vody, krevní nesnášenlivost atd. Postižený řeč slyší, ale rozumí nedostatečně a nepřesně. V důsledku toho, že špatně rozumí, tak i nesprávně tvoří vlastní řeč (Lejska, 2003). Mezi další příčiny dysfázie bychom mohli zařadit i prostředí, ve smyslu nevhodného mluvního vzoru, výchovného stylu či výchovné metody, citové deprivace, nadměrného sledování televize nebo videa. Prostor není primární příčinou, ale vývojovou dysfázií a její prognózu může významně ovlivnit. Dále je velice důležité znát objektivní stav sluchu a mluvidel (Kutálková, 2002). Dle Dvořáka (1998) se dysfázie rozděluje na sensorickou a motorickou. U sensorické dysfázie převládá narušení v receptivní oblasti, tj. porucha fonemického sluchu, sluchového paměťového rozpětí, specifické sluchové paměti. Vývoj řeči postiženého nemusí být zpožděn a ani slovník nemusí být chudý. I přesto je řeč často nesrozumitelná. Verbální projev je deformován dyspraxií. Dyspraxie je vývojová porucha motorických funkcí. Když se jedná o motorickou dysfázií, zde převažují obtíže v logomotorické oblasti. Slovník, který postižený aktivně využívá je výrazně nižší než úroveň rozumění. Charakteristickým znakem je opoždění vývoje řeči, v nejtěžších případech umí postižený jen několik slov, což vede k tomu, že ztrácí zájem o verbální dorozumívání se. Dysfázie může mít příznaky i v dalších oblastech,

např. narušení zrakového vnímání, sluchového vnímání, paměťových funkcí nebo orientace v čase i prostoru (Škodová, Jedlička, 2003).

9 Narušená výslovnost

Poruchy a vady výslovnosti vznikají v průběhu vývoje řeči. Ve vývoji výslovnosti se mohou objevit odchylky v přesnosti realizaci hlásek, což je zcela přirozené a tento jev nazýváme tzv. fyziologickou patlavostí. Nesprávná výslovnost se ve většině případech upraví do pátého roku života. Především, když se dítě učí psát a číst, tak se zpřesňuje jeho artikulace. Přispívá k tomu i napodobování mluvy učitelky, identifikace hlásek a písmen nebo dozrávání centrálního nervového systému, fonemického sluchu a celkové motoriky (Krahulcová, 2013).

9.1 Dyslalie

Dyslalie se považuje za nejčastěji vyskytující se poruchu komunikační schopnosti. Jde o poruchu artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné nebo skupiny hlásek (Klenková, 2003). Většinou se jedná o poruchu funkčnosti mluvidel. U dětí do 4-5 let je dyslalie normálním jevem a nazývá se tzv. dyslalie vývojová. Pokud se objevuje v dospělosti, důvodem je nesprávná výslovnost v dětství (Kejklíčková, 2011). Dyslalii lze klasifikovat podle příčin na orgánovou (organickou) a funkční (funkcionální). Orgánová je důsledkem sluchových a zrakových poruch. Orgánovou dyslalii rozdělujeme ještě podle orgánu, který postihuje fyziologickou výslovnost na: audiogenní, optogenní, centrální, labiální, dentální, addentální, interdentální, lingvální, palatální, velární, uvulární, laterální, nasální, stridens, laryngeální, faryngeální a další, především jejich kombinace (Krahulcová, 2013). Může být pouze přechodná nebo trvalá. V tomto případě je porucha výslovnosti jedince způsobena změnou poměrů v ústech např. přirozená výměna zubů (Lejska, 2003). Funkční dyslalie je rozdílná výslovnost bez patologicko-anatomického podkladu. Nejčastěji je zapříčiněna patologickou artikulační dynamikou (Krahulcová, 2013). Tento typ dyslalie se vyskytuje většinou ve školním věku dítěte, ale může přetrvat až do dospělosti. Jedná se o nepřesný motorický stereotyp při tvorbě některé hlásky (Lejska, 2003).

Podle stupně můžeme dyslalii rozdělit na:

- Dyslalie levis (simplex), což je jen jednoduchá vada výslovnosti nebo několik vadných hlásek.

- Dyslalie gravis (multiplex) se vyznačuje těžkou vadou výslovnosti, zasažen je větší počet hlásek.
- Dyslalie tetizmus, kdy jsou vadně vyslovovány všechny souhlásky a řeč se tím stává nesrozumitelná (Dvořák, 1998).

Příčiny vzniku dyslalie mohou být endogenní i exogenní zejména dědičnost, vrozené dispozice, vlivy prostředí, patologie mluvních orgánů a další postižení sensorické, mentální nebo jiné související s vývojem výslovnosti a dyslalie. Vlivy prostředí je konkrétně myšleno např. nesprávný mluvní vzor, nedostatek citových prožitků, nedostatek stimulace ke komunikaci, chyby ve výchově a neurotizace dítěte v souvislosti s jeho nesprávnou nebo vadnou výslovností (Krahulcová, 2013).

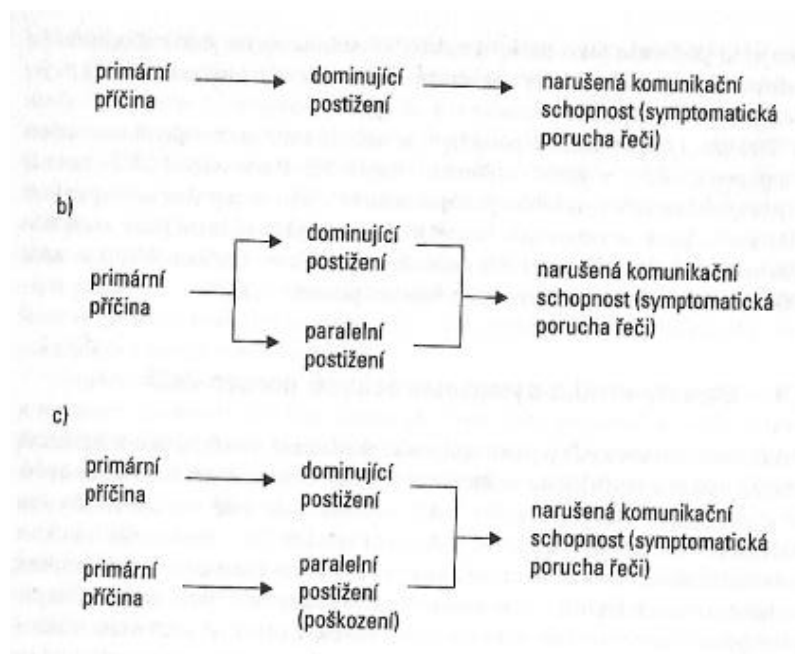
Nejčastěji se vyskytuje vadná výslovnost hlásek, u kterých je zapotřebí souhra mluvidel, tj. „r“ a „ř“. Tato vada se nazývá rotacismus, známé také jako ráčkování. Dále porucha výslovnosti sykavek neboli sigmatismus, který se vztahuje na hlásky „s“ (s, c, z, dz) nebo „š“ (š, č, ž, dž). Méně častá pak bývá špatná výslovnost hlásky „l“ (lambdacismus). Další méně častou poruchou je výslovnost hlásek „k, g, ch“, zaměňování měkkých souhlásek za tvrdé a v neposlední řadě také zaměňování souhlásek znělých za neznělé (Kejklíčková, 2011).

10 Symptomatické vady řeči

„Opožděný vývoj řeči může být symptomem jiných onemocnění nebo postižení: tvoří součást klinického obrazu mentální retardace, vývojové dysfázie, dětské mozkové obrny, vad a poruch sluchu, vad a poruch zraku. Někdy je přítomen i u tělesného postižení nebo psychické poruchy“ (Škodová, 2003, s. 386). Symptomatické poruchy řeči je typické narušení komunikační schopnosti, které je provázeno jiným dominujícím postižením, onemocněním nebo poruchou. V tomto případě jsou řečové projevy nejcharakterističtější symptomy dominujícího postižení. Do nejčastějších symptomatických vad řeči můžeme zařadit především narušenou komunikační schopnost u dětí s dětskou obrnou, mentálním postižením, u neslyšících a nevidomých dětí (Lechta, 2011). Symptomatické poruchy mají různé příčiny vzniku, podílejí se vlivy prenatálního, perinatálního či postnatálního poškození centrální nervové soustavy, smyslových i pohybových orgánů nebo jiné negativní vlivy působící během života (např. nádorová onemocnění, úrazy) (Škodová, 2003). Lechta (2011) definoval modely vzniku symptomatických poruch řeči. Jedná se o tři základní případy:

1. Primární příčina, za kterou můžeme považovat, např. dědičnost. Tato příčina způsobí dominující postižení (např. hluchotu), které provází i narušená komunikační schopnost.
2. Opět primární příčina, např. orgánové poškození mozku způsobí dominující postižení se sekundárně narušenou komunikační schopností. Avšak současně stejná primární příčina způsobí i souběžné postižení či poškození (inervace mluvních orgánů) a to dále působí negativně na komunikační schopnost.
3. Existuje dvě i více primárních příčin, které vlastním mechanismem mají negativní vliv na komunikační schopnost jedince. Jako příklad můžeme uvést nevidomost, která se sekundárně negativně projeví na komunikační schopnosti. Současně ale může i jiná příčina (např. nepříznivý vliv prostředí) působit negativně a ovlivňovat rozvoj komunikačních schopností.

Obrázek 1: Modely vzniku symptomatických poruch řeči



Zdroj: Lechta (2011, s. 54)

Pro určité druhy primárních příčin existují typické příznaky:

- Vady a poruchy sluchu – výrazně narušené modulační faktory, artikulace, u těžkých případů narušen i obsah řeči;
- Mentální retardace – narušen obsah řeči (malá slovní zásoba, chudý obsah, převažují konkrétní slova);
- Pervazivní poruchy – malý zájem o komunikaci, celkové selhávání v komunikaci (i neverbální);
- Dětská mozková obrna – narušena motorická realizace hlásek, slabik či slov (Škodová, 2003).

Prognózu symptomatických řečových poruch určuje jejich druh, stupeň, forma a projevy dominantního postižení a také jejich včasná diagnostika. Nejméně příznivou prognózu mají symptomatické řečové vady u jedinců s těžkým mentálním postižením, hluchotou, těžkou formou mozkové obrny a s jejich kombinací (Škodová, 2003).

10.1 Poruchy komunikace při smyslových vadách

Porucha smyslových orgánů nebo vrozená vada je velice vážné omezení vývoje osobnosti. Při těžším postižení může jedince omezovat a v některých případech i ohrožovat po celý život. Získané vady smyslových orgánů výrazně zasahují do života člověka, ve většině případech zcela změní jeho pracovní i osobní život a tím ovlivní i budoucí životní perspektivu (Škodová, 2003).

10.1.1 Vady a poruchy sluchu

Průběh řečového vývoje významně ovlivňuje stupeň postižení. Nejnápadnější vnější projev sluchově postižených jsou právě řečové odlišnosti. U neslyšících a těžce nedoslýchavých jedinců jsou narušeny všechny fáze řečové produkce, tj. dýchání, fonace a artikulace. Specificky je narušena i modulace jejich řeči (Lechta, 2011). *„Vrozená těžká sluchová vada nebo sluchová vada získaná v prelingválním období mají trvalé a vážné důsledky pro vývoj osobnosti postiženého dítěte. Aby se následky sluchového postižení co nejvíce omezily, je důležité sluchovou vadu co nejdříve diagnostikovat a určit typ a velikost sluchové ztráty“* (Holmanová, 2003, s. 489).

10.1.2 Vady a poruchy zraku

U zrakově postiženého dítěte je schopnost zrakového kontaktu s prostředím omezena pro sníženou zrakovou ostrost nebo pro omezení zorného pole, přitom není možná korekce obyčejnými brýlemi. S postižením centrální nervové soustavy souvisí centrální porucha zraku a centrální slepota (kortikální postižení zraku). K poškození mozku dochází prenatálně, perinatálně, postnatálně i v pozdějším životě. Mezi nejčastější příčiny vzniku postižení patří mozkové nádory, úrazy hlavy, infekce centrálního nervového systému nebo stavy, kdy měl mozek nedostatek kyslíku (Škodová, 2003).

10.2 Poruchy komunikace při mentální retardaci

Opožděný vývoj řeči se vyskytuje vždy u všech stupňů mentální retardace. U dětí se odchylky od normy objevují už v raném věku. Řeč je deformována ve všech jazykových rovinách a rozvíjí se velmi pomalu. Tento jev je většinou první znamení,

že se dítě vyvíjí odlišně. V důsledku nepříznivých vnitřních předpokladů je vývoj řeči natolik narušený, že ani v dospělosti nedosáhne úrovně normy, kromě nejlehčích forem mentální retardace (Škodová, 2003).

Příčiny mentální retardace jsou různé. K nejčastějším příčinám můžeme zařadit organické poškození centrální nervové soustavy v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období, genetické vady nebo metabolické poruchy. Nejnápadnějším příznakem je narušení obsahové stránky řeči, výslovnosti včetně modulačních faktorů řeči (např. rytmus, tempo, dynamika, melodie). Mohou působit i další poruchy jako deformace chrupu nebo anomálie mluvidel (Škodová, 2003). Zda je vztah mezi úrovní inteligence a frekvencí výskytu poruch řeči, je sporné. Někteří autoři tvrdí, že stupeň poruchy řeči není v přímé závislosti s IQ. Další autoři tvrdí opak, že IQ má rozhodující úlohu. Avšak statisticky je dokázáno, že u dětí s těžkým mentálním postižením je vyšší riziko výskytu poruch řeči než u dětí s lehčím mentálním postižením (Lechta, 2011).

PRAKTICKÁ ČÁST

11 Kazuistika č.1

Lukáš – 47 let, kuchař

Panu Lukášovi je 47 let a trpí koktavostí. Hlavním symptomem koktavosti u pana Lukáše je zaseknutí se na prvním písmeně slova a neschopnost slovo vyslovit. Písmeno vydrží opakovat relativně dlouho, přičemž má otevřená ústa a jsou vidět záškuby horního rtu až k nosu. Ve většině případech se koktavost projevuje, když pan Lukáš mluví na veřejnosti, v malém okruhu lidí, chce něco rychle říci, v emotivně náročných situacích nebo jen když vypráví něco důležitého a záleží mu na tom. Vada řeči u něj nebyla přímo lékařem diagnostikována, ale v dětství docházel na logopedii v rámci školní docházky na prvním stupni základní školy. U logopeda nacvičoval hlásky „l, t, d“ právě kvůli koktání. Nyní logopeda nenavštěvuje.

U pana Lukáše se potíže objevily ve dvou letech po nehodě, kdy ho starší bratr prostrčil skleněnými dveřmi. Jelikož jeho matka byla rozzlobená na otce, který v tu dobu nebyl doma, tak demonstrativně čekala až se vrátí. Pan Lukáš tedy seděl celou noc v bolestech bez léků s roztrženou pusou téměř k oku s ručníkem na ráně. Když otec přišel ráno domů, odvezl pana Lukáše okamžitě k lékaři. Lékaři museli ránu před šitím nejprve upravit, aby vše srostlo správně.

V dětství pana Lukáše vada řeči nijak neomezovala, jelikož byl spíše introvert. Raději pozoroval okolí, než aby byl vůdcem. Pan Lukáš má dva bratry, mladšího a staršího. Mladší bratr navštěvoval také logopedii, z důvodu nácvičku „d, t, l, r“ a později i jeho potomci. Starší bratr byl vždy velice dominantní, tak se za něj pan Lukáš často schovával.

Na základní škole si učitelé vždy stěžovali, že se pan Lukáš nehlásí, i když věděli, že správnou odpověď ví. Problém byl v tom, že nechtěl mluvit před celou třídou a takovým okamžikům se raději vyhýbal. Názor učitelů byl, že pan Lukáš je chytřejší, než jsou jeho známky a měl by jít studovat na jinou školu než učiliště. Po základní škole se ale stejně hlásil na učiliště, obor kuchař, číšník a dále na střední policejní školu. U přijímacích testů na policistu prošel výborně ve všech testech až na zdravotní. Kde byl právě jeden z problémů i vada řeči.

Nakonec vystudoval střední odbornou školu bez maturity, obor kuchař, číšník, jelikož to pro něj byla srdeční záležitost. Při výběru střední školy i zaměstnání ho vada řeči ovlivnila, jelikož, jak už jsem zmínila, tak nerad mluví na veřejnosti. Proto také odmítl lukrativní nabídku práce kuchaře, kde bylo potřeba práci vykonávat před publikem. Vedle práce kuchaře pan Lukáš vykonával ještě masáže, jelikož je certifikovaný masér pro sportovní a rekondiční masáže mimo oblast zdravotnictví. Tato práce byla spíše jako koníček a v dnešní době už se masérstvím nezabývá.

12 Kazuistika č.2

Daniel – 27 let, účetní

Panu Danielovi je 27 let, pracuje jako účetní a bylo u něj diagnostikováno balbuties (kocktavost). Tato vada řeči se u něj projevuje zadrháváním, opakováním souhlásek a samohlásek převážně na začátku vět. Aby mohl mluvit dál, tak si často pomáhá jazykem, kdy ho opře o horní patro, což je následováno „mlasknutím“. To se několikrát opakuje, až se následně rozmluví. U pana Daniela bylo balbuties diagnostikováno v dětství, do 5 let. Od té doby navštěvoval odbornou pomoc, až do 18 let. Stejnou vadu řeči měla i jeho matka, ale jen do 15 let, poté problém sám od sebe vymizel. Dnes se zadrhne jen velice zřídka, ale stále u ní přetrvává problém při vyslovování hlásky „r“.

Pan Daniel se narodil ve středních Čechách, ale ve 14 letech se s rodinou přestěhoval na západ Čech, kde dokončil základní školu a následně vystudoval střední a vysokou školu. Na vysoké škole vystudoval ekonomický obor. Původně chtěl studovat pedagogiku, jelikož si vždy vážil dobrých učitelů a také chtěl předávat dále získané znalosti a zkušenosti dalším generacím, ale kvůli vadě řeči od tohoto záměru upustil.

Vzdělávání probíhalo stejně jako u ostatních vrstevníků, kvůli jeho vadě mu ale učitelé vždy poskytli dostatek času, bylo-li třeba. Pan Daniel měl většinou štěstí na spolužáky, takže žádná šikana nikdy neproběhla. Občas se někdo zasmál, ale nestávalo se to moc často. Jakmile se poznali více, tak si na to všichni zvykli a nepřikládali tomu zvýšenou pozornost.

Problémy s řečí má od dětství, začalo to s problémy při vyslovování hlásky „r“ a občasným zadrháváním. Postupně se začal problém stupňovat. V dětství vadu řeči nijak neřešil, připadalo mu to normální. Věkem si postupně začal uvědomovat, odlišnost oproti ostatním vrstevníkům. V období puberty a dospívání se za svou vadu řeči velmi styděl. Pan Daniel měl strach z běžného styku s lidmi, jako například koupit si lístek na vlak nebo vyřídit si věci na úřadě. Vše pro něj bylo velice stresující, hlavně kontakt s cizími lidmi, představit se někomu cizímu, kdo nevěděl o jeho vadě. Velký problém měl u slov začínající na písmena „p, t“. Když se blížil první den nástupu na střední nebo vysokou školu, trpěl neurózou už několik dní dopředu. Pan Daniel měl strach i přesto, že se nikdy neseťkal přímo s žádnou negativní reakcí. Avšak v 17 letech

se něco v něm zlomilo a smířil se sám se sebou. Uvědomil si, že vada řeči je jeho součástí.

Pan Daniel se nechal zaměstnat na půl roku v největším obchodním řetězci v ČR, kde pracoval jako pokladní, což znamená, že byl v několik hodin denně ve styku s cizími lidmi. Právě z tohoto období pochází řada vtipných příhod, které se v důsledku vady odehrály. Dodnes s nimi pan Daniel baví společnost na akcích s rodinou a přáteli. Začal si dělat legraci sám ze sebe a tím pádem udělal z „nedostatku“ přednost. V rodinném kruhu, mezi přáteli a kolegy si rád ze sebe udělá legraci a ani mu nevadí, když si z něj udělá legraci i druhá strana. Poté pracoval jako pečovatel v domově pro osoby se zdravotním postižením. Nyní už třetím rokem pracuje jako účetní ve větší firmě v Ústeckém kraji.

Projevy balbuties jsou u pana Daniela velice proměnlivé. Je období, kdy mluví prakticky plynule, a pak je zase období horší. V tuto chvíli už to nijak neřeší, protože se mu to zdá už normální a jeho blízkým také. Nervozita u něj stále přetrvává při představování se někomu cizímu, ale nejistota zmizí hned poté, co začne mluvit. Problém je vždy jen začít mluvit.

13 Kazuistika č.3

Lenka – 27 let, osobní bankérka

Paní Lenka neumí správně vyslovovat hlásky „r, ř“, tzv. ráčkuje. Oficiálně se tato vada řeči nazývá rotacismus. Rotacismus byl u ní diagnostikován už v předškolním věku. Nyní logopeda nenavštěvuje.

V předškolním věku měla paní Lenka problém s výslovností několika hlásek, jako „ž, š, č, t, r, ř“. Navštěvovala logopedickou poradnu, kde se postupně naučila vyslovovat všechny hlásky kromě „r, ř“. Poté logopedka přestěhovala ordinaci do jiného města a jiná nebyla k dispozici. Paní Lenka má staršího bratra a mladší sestru a oni ani nikdo z rodiny vadou řeči netrpí.

V dětství byli chvíle, kdy se paní Lenka cítila trapně, jelikož si z ní spolužáci dělali legraci kvůli její vadě ve výslovnosti. Z toho byla jeden čas velice frustrovaná. Avšak vzdělávání na základní škole probíhalo standardně. Vada řeči ji nějak zvlášť neomezovala. Ovšem nejvíce ji ovlivnila při výběru střední školy. Kdy se hlásila na střední školu pedagogickou. U talentové zkoušky z mluveného projevu ji ale dali učitelky najevo, že s touto vadou nemůže tuto školu studovat. V tu chvíli se před ostatními studenty velmi zastyděla. Nakonec paní Lenka vystudovala všeobecné gymnázium ukončené maturitní zkouškou. Tím, že ji nepřijali na střední pedagogickou školu, vzdala se povolání učitelky v mateřské školce. Což ji velice mrzelo, jelikož už od dětství ji bavila práce s dětmi a několik let také strávila ve skautském oddíle, kde později vedla i svůj oddíl dětí.

V minulosti pracovala jako operátor ve výrobě a nyní vykonává pozici osobního bankěře, aktuálně na rodičovské dovolené.

V dnešní době už se nestydí a nemá problém s tím, že ráčkuje. Je velice komunikativní a má ráda kontakt s lidmi. Bere vadu řeči jako jednu ze svých předností.

14 Kazuistika č.4

Eliška – 30 let, technická pracovnice ve strojírenství

U slečny Elišky byla diagnostikována palatolalie v rámci vrozené vady. Má proto problémy s výslovností několika hlásek. Celý hlas je zastřený (zastřený hlas při rozštěpu patra znamená, že osoba má nejen vadu výslovnosti hlásek, ale i poruchu rezonance) a artikulace hlásek kolikrát nevynikne tak, jak by měla. Občas je tedy problém porozumět a tím dochází i k trapným situacím. Slečna Eliška logopeda nenavštěvuje, jelikož jí logopedi vždy řekli, že s touto vadou ji nemohou pomoci. Snaha byla i se cvičením doma s rodiči, ale úspěch byl vždy jen krátkodobý. Slečna Eliška se věnuje myslivosti, cvičí lovecké psi. S partnerem se přestěhovala do Německa, a život tam ji plně vyhovuje.

Slečna Eliška se narodila s vrozenou vadou, rozštěpem horního patra a rtu. Až do 18 let byla každý měsíc u různých lékařů a v nemocnicích. V dětství ji vada řeči překážela a na základní škole zažila šikanu.

Na základní škole byla zamlklá, bála se komunikovat s cizími lidmi. Často byl i problém jít na vsi do obchodu, přestože ji všichni znali, velice se styděla. Slečně Elišce bylo nejlépe venku v lese se zvířaty. Díky tomu a své rodině si vybudovala vztah k myslivosti. Vše se srovnalo až s nástupem na víceleté gymnázium, také velmi pomohla podpora rodiny a později i partnera. Slečna Eliška dále studovala dvě vysoké školy – obor myslivost a poté zpracování a zneškodňování odpadů. Tyto vysoké školy ale nedokončila. Nyní ještě studuje vyšší odbornou školu – obor právní asistence.

V minulosti vykonávala pozici úřednice na úřadu práce, asistentku jednatele ve strojírenské firmě, administrativní pracovníci v mezinárodní firmě, asistentku firemního právníka a později i vedoucí jeho kanceláře. Dnes pracuje jako technická pracovnice ve strojírenství v Německu, kde připravuje zakázky do výroby, programuje pily a pracuje s interním systémem firmy.

Po dostudování vyšší odborné školy by chtěla být advokátkou zaměřenou na právní pomoc osobám žijícím v zahraničí. Tedy znát německé zákony a pomáhat lidem z Čech a Slovenska, pokud se v Německu dostanou do problémů. Popřípadě si založit v Německu personální agenturu. Slečna Eliška má ráda kontakt s lidmi, ráda hledá

možnosti, jak jim pomoci a popřípadě poradit. Ráda hledá cesty, jak problém vyřešit k oboustranné spokojenosti. Dříve pro ni bylo velice problematické vystupovat na veřejnosti a komunikovat s lidmi, ale nyní už si vadu řeči nepřipouští a neřeší ji.

ZÁVĚR

Praktická část dle mého názoru dokazuje, že lidé, kteří trpí jakoukoli vadou řeči, jsou velmi ovlivněni v osobním i profesním životě. Nejvíce se ukázalo ovlivnění právě ve výběru studia, jelikož dva z mých respondentů se chtěli věnovat učitelství, ale bohužel jim to vada řeči znemožnila. I přesto se nevzdali a našli si obor, který mohou pohodlně vykonávat a naplňuje je. Mezi další fakta, která se potvrdila patří i to, že těmto lidem je nepříjemné mluvit na veřejnosti a s cizími lidmi, kteří o vadě řeči nevědí. Někteří byli právě kvůli své vadě v dětství šikanováni, což je poznamenalo i v dospělosti. Několik dotazovaných mi potvrdilo, že se svou vadou se již smířili, nestydí se za ni a nyní ji berou spíše jakou svou přednost. Myslím si, že všichni mí respondenti žijí úspěšný a zajímavý život. Jsem velice ráda, že se se mnou o své příběhy podělili.

Na druhou stranu bylo velice obtížné najít respondenty, kteří by se mnou sdíleli své osobní a životní příběhy. Jelikož právě téma poruch řeči je nadmíru choulostivé, tak lidi s těžšími poruchami se mi najít bohužel nepodařilo.

Na závěr bych chtěla poznamenat, že zpracování této práce mě obohatilo v mnoha směrech. Jako příklad bych mohla uvést, že vypracování teoretické části bakalářské práce mi pomůže při přijímacích zkouškách na navazující magisterské studium a získala jsem přehled o struktuře narušené komunikační schopnosti. Dále jsem se i seznámila se zajímavými lidmi, s jejich osudy a příběhy. Celá tato problematika je pro mě velmi poutavá a když budu mít možnost, ráda bych se jí věnovala i v budoucnu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

PUBLIKACE

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

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

HOLMANOVÁ, Jitka. Vady a poruchy sluchu z hlediska klinické logopedie. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8546-6.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Logopedie v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. Diagnostika poruch zvuku řeči. In: LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: [klinicko-logopedický aspekt]. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2264-1.

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

KRAHULCOVÁ, Beáta. Dyslalie - patlavost: vady a poruchy výslovnosti. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0.

KUTÁLKOVÁ, Dana. Opožděný vývoj řeči: Dysfázie : metodika reedukace. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-721-6177-6.

LAŠŤOVKA, Milan. Poruchy plynulosti řeči. Praha: Scriptorium, 1999. ISBN 80-861-9713-1.

LECHTA, Viktor a Eva BAXOVÁ-ŠARKÖZYOVÁ. Koktavost...?!. Bratislava: Septima, 2001. ISBN 80-7216-154-7.

- LECHTA, Viktor. Terminologické vymezení palatolalie. In: KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: [klinicko-logopedický aspekt]. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2264-1.
- LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.
- LECHTA, Viktor. Koktavost: komplexní přístup. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8867-8.
- LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LEJSKA, Mojmír. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-731-5038-7.
- LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MIKULAJOVÁ, Marína. Narušený vývoj řeči, jeho etiologie a patogeneze. In: LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.
- NEUBAUER, Karel. Neurogení poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
- PEČEŇÁK, Ján. Mutismus, jeho etiologie a patogeneze. In: LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.
- PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-731-5120-0.
- SOVÁK, Miloš. Logopedie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8546-6.

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek:

Obrázek 1: Modely vzniku symptomatických poruch řeči..... 36

Tabulka:

Tabulka 1: Struktura narušené komunikační schopnosti..... 11

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů – Tomáš Ouzký

Příloha č. 2: Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů – Milan Schulz

Příloha č. 3: Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů – Kateřina Janošová

Příloha č. 4: Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů – Kateřina Macíková

