



Stručný průvodce problematikou narušené komunikační schopnosti

*Jana Horynová
Karolína Rybková*



PEDAGOGICKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

Stručný průvodce problematikou narušené komunikační schopnosti pro pedagogy a studenty Univerzity Karlovy

*Jana Horynová
Karolína Rybková*



PEDAGOGICKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

Metodická publikace byla připravena v rámci projektu Projekt ESF pro VŠ II na UK, registrační číslo: CZ.02.2.69/0.0/0.0/18_056/0013322, je realizován v rámci Operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání (2020–2022).

Publikace je určena ke vzdělávacím a metodickým účelům.

Anotace publikace:

Metodická příručka je věnována problematice narušené komunikační schopnosti u studentů vysokých škol. Je určena pracovníkům i studentům Univerzity Karlovy. Jejím záměrem je stručně seznámit s jednotlivými druhy narušené komunikační schopnosti a důsledky, které tato narušení mohou znamenat pro vysokoškolské studium svých nositelů. Příručka představuje specifika studia při řečovém či jazykovém postižení a nabízí rady a tipy pro komunikaci se studenty s daným znevýhodněním.

Autoři publikace:

Mgr. Ing. Jana Horynová

Mgr. Karolína Rybková

Recenzoval:

doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Dílo „Stručný průvodce problematikou narušené komunikační schopnosti“ autorek Jany Horynové a Karolíny Rybkové (Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta) je vydáno pod licencí Creative Commons BY-SA 4.0.

Obsah

Úvod	5
Narušená komunikační schopnost – terminologická východiska	7
Klasifikace narušené komunikační schopnosti	7
Vybraná narušení motorické realizace řeči.....	11
Poruchy plynulosti řeči	11
Koktavost.....	11
Breptavost	15
Přetrvávající poruchy artikulace a fonologické poruchy.....	16
Dysartrie	18
Poruchy hlasu	20
Vývojová a získaná narušení fatických funkcí.....	23
Vývojová dysfázie	23
Afázie	25
Specifika práce se studentem s fatickou poruchou, rady a tipy pro komunikaci	26
Kognitivně-komunikační poruchy	29
Závěr	33
Literatura	35

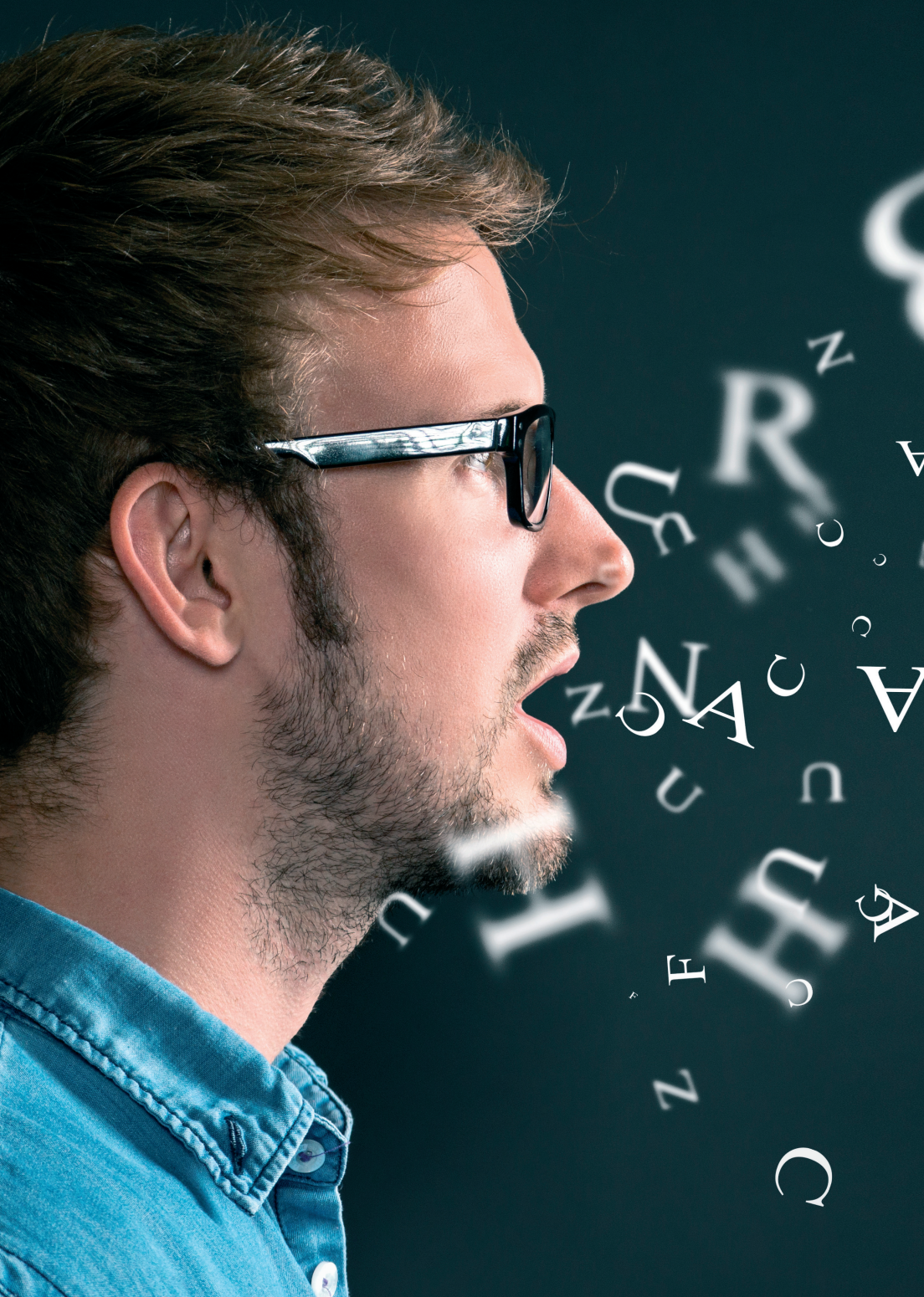


Úvod

Narušená komunikační schopnost představuje rozsáhlou a velmi různorodou problematiku řečových či jazykových narušení, vývojových i získaných.

V tomto průvodci vás seznámíme se základními informacemi o jednotlivých druzích narušené komunikační schopnosti, jejich základních symptomech v dospělém věku a případných speciálních studijních potřebách studentů vysokých škol s narušenou komunikační schopností. Hlavní pozornost věnujeme těm narušením, která zásadněji vstupují do života vysokoškolského studenta, ovlivňují jeho studium a jsou důvodem pro uplatňování speciálních vzdělávacích potřeb. Představíme vám možné přístupy k těmto studentům, tipy a rady pro komunikaci, ať již z pozice vyučujícího či spolužáka.

Předkládaný text jistě není vyčerpávající, ale věříme, že bude cenným informačním zdrojem pro základní orientaci v problematice a získání praktických rad a doporučení.



Narušená komunikační schopnost – terminologická východiska

Problematikou narušené komunikační schopnosti se zabývá logopedie, mladá vědní disciplína, pohybující se na pomezí různých vědních oborů, především speciální pedagogiky, medicíny, psychologie a jazykovědy.

Termín narušená komunikační schopnost vyjadřuje a zdůrazňuje holistické pojetí současné logopedie, kdy se naše pozornost upíná na komunikační schopnost v celé její šíři a úlohu komunikujícího jedince v mezilidských vztazích.

Lechta (2007, s. 23) definuje narušenou komunikační schopnost jako stav, kdy *některá rovina projevů jedince (případně i několik rovin simultánně nebo sukcesivně) působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru*. Rozlišujeme čtyři základní jazykové roviny: Lexikálně-sémantická jazyková rovina se zabývá aktivní a pasivní slovní zásobou, tedy porozuměním významu slov, foneticko-fonologická jazyková rovina je rovinou zvukovou a zkoumá formální stránku řeči, tj. výslovnost, ale také fonologické vnímání mluvené řeči, morfologicko-syntaktická jazyková rovina je rovinou gramatickou, sleduje tvarosloví a větnou stavbu a pragmatická jazyková rovina představuje úroveň sociálního užití jazyka, tedy způsobů, jakými vstupujeme do interakce se svým okolím, jak dokážeme docílit svého komunikačního záměru, navázat vztah, střídat se v dialogu (Klenková, 2006).

Pro bližší pochopení klasifikace narušené komunikační schopnosti je zapotřebí zdůraznit rozdíl mezi obsahem pojmů řeč a jazyk. Řečí zde rozumíme tzv. fyzikální realizaci jazyka, tedy motorické funkce řeči zajištěné souhrou dýchání, fonace, rezonance, prozodických faktorů a artikulace. Termínem jazyk máme na mysli individuální nakládání s jazykem jako systémem konvenčních znaků a pravidel (Neubauer, 2007).

Klasifikace narušené komunikační schopnosti

Na narušenou komunikační schopnost a možnosti jejího třídění můžeme nahlížet z mnoha různých hledisek. Především rozlišujeme, zda se jedná o narušení vývojová, vzniklá v pre-, peri- či raném postnatálním období života, či

získaná. Dále můžeme rozlišovat narušení dle toho, zda se jedná o dominující projev, či zda se jedná o symptom jiného dominujícího onemocnění. Narušení můžeme členit též podle tíže postižení. V neposlední řadě nás bude zajímat, zda je podklad daného narušení funkční či organický (Lechta, 2007).

Hlavními klasifikačními hledisky nejčastěji uváděnými v odborných zdrojích je hledisko symptomatické (Lechta, 2007, Klenková, 2006) a hledisko etiologické (Neubauer, 2018a). Právě hledisko příčin konkrétních narušení komunikačních schopností nabývá v současné době na důrazu, a to zejména proto, že umožňuje přesnější diagnostiku a zacílení terapie daného narušení.

Klasifikaci narušené komunikační schopnosti z hlediska etiologie nabízí Neubauer (2018a), který rozlišuje:

- 1) **Poruchy na bázi narušení zrakové a sluchové percepce** – jedná se o tzv. sekundárně narušenou komunikační schopnost v důsledku těžkého zrakového či sluchového postižení.
- 2) **Poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu** – zahrnují respirační insuficience, poruchy polykání (dysfagie) i orální apraxie, tedy poruchy programování volního pohybu mluvidel.
- 3) **Poruchy motorické realizace řeči** – rozsáhlá a velmi různorodá skupina narušení vývojových i získaných, z nichž stručně představujeme následující:
 - **Poruchy plynulosti řeči**, mezi které patří breptavost a především koktavost, jedno z nejtěžších narušení komunikační schopnosti, se kterým se u studentů vysoké školy setkáváme. Proto jí dále věnujeme samostatnou subkapitolu.
 - **Poruchy artikulace** – přetrvávající artikulační poruchy neboli poruchy výslovnosti jsou nejčastějším narušením komunikační schopnosti u studentů vysokých škol. Tomuto narušení je opět věnována samostatná subkapitola. Artikulační poruchy zpravidla nezakládají vznik speciálních vzdělávacích potřeb na vysoké škole, ale mohou být určitým limitem pro studenty konkrétních oborů či volbu budoucího povolání.
 - **Poruchy zvuku řeči** – jinak také nazývané rinofonie či huhňavost. Jedná se o jev, kdy je porušena rovnováha mezi oralitou (ústní rezonancí) a nazalitou (nosní rezonancí) mluvního projevu. V případě patologicky zvýšené nosovosti hovoříme o otevřené huhňavosti, v případě patologicky snížené nosovosti o zavřené huhňavosti. Setkat se můžeme také se smíšenými formami. Příčiny zavřené huhňavosti jsou nejčastěji organické, překážky průchodu vzduchu nosem z nejrůznějších důvodů. Příčinami otevřené huhňavosti jsou především orofaciální rozštěpy či obrny měkkého patra

v rámci získaných neurogenních poruch komunikace. Setkáváme se však i s funkčními poruchami zvuku řeči (Klenková, 2006).

Symptomem rinofonie je, jak napovídá název, především změna zvuku řeči, ale také poruchy artikulace. Významnější narušení výslovnosti můžeme zaznamenat především u otevřené huhňavosti, jejíž příčinou je tzv. velofaryngeální insuficience, tedy nedostatečný patrohltnanový uzávěr. Pozorujeme nepřesnou výslovnost zejména závěrových hlásek a sykavek, případně hlásky R (Kerekrétiová, 2008).

- **Dysartrie** – vývojové či získané narušení motorických řečových modalit, jako je dýchání, tvorba hlasu, rezonance, artikulace či užití prozodických faktorů v důsledku poruch inervace svalstva orofaciální soustavy, které se v těžších formách může projevit až velmi obtížnou srozumitelností řečového projevu či přímo neschopností mluvené řeči (Neubauer, 2007; Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013). Vzhledem k závažnosti problematiky věnujeme dysartriím samostatnou subkapitolu.
- **Řečová dyspraxie** – vývojová či získaná porucha programování řečového artikulovaného projevu. Typické jsou pro ni nekonstantní potíže ve spontánní řečové produkci, poruchy plánování tvorby jednotlivých hlásek, slabik, řazení těchto slabik do slov, záměny či vynechání slabik pokaždé trochu jiným způsobem (Neubauer, 2018b).
- **Poruchy hlasu** představují rozsáhlou skupinu akutních i chronických obtíží, organických či funkčních, které dle své závažnosti a doby trvání různou měrou zasahují též studium a budoucí profesi vysokoškolského studenta. O hlasových poruchách stručně pojednává subkapitola Poruchy hlasu.

4) Poruchy individuálního jazykového systému – řadíme mezi ně vývojovou dysfázii, specifické poruchy učení a afázii, získané organické narušení komunikační schopnosti. Problematice specifických poruch učení je věnována samostatná příručka, oběma fatickým poruchám pro jejich důležitost a závažnost věnujeme samostatnou subkapitolu.

5) Poruchy kognitivně-komunikační – u studentů vysokých škol se může jednat zejména o poruchy získané po úrazu centrální nervové soustavy či nemoci nebo kognitivně-komunikační poruchy u psychogenních poruch. Blíže s těmito poruchami seznamuje kapitola Kognitivně – komunikační poruchy.

6) Psychogenně podmíněné poruchy řeči a komunikace představují skupinu různorodých narušení, mezi které patří především poruchy komunikace v důsledku pervazivních vývojových onemocnění, psychických onemocnění

a tzv. mutismus. Problematicke poruch autistického spektra je věnována samostatná příručka, zde dále stručně představujeme mutismus.

- **Mutismus** je nejčastěji definován jako oněmění, ztráta řečových projevů, které již byly vyvinuty. Jedná se o funkční poruchu, na jejímž pozadí jsou psychické příčiny. Tzv. elektivní mutismus, o kterém se odborná literatura zmiňuje nejčastěji, je definován jako ztráta schopnosti komunikovat v určitých situacích nebo s určitými lidmi. Typický je jeho počátek a výskyt zejména v předškolním či raném školním věku, ale můžeme se setkat s projevy mutismu v adolescenci či dospělosti. Vznik mutismu může ovlivňovat řada faktorů, mezi které řadíme tzv. predispoziční faktory (zvýšená úzkostnost, pocity viny), akutní psychotrauma a udržovací faktory (nevhodné chování okolí, sociální izolace, nucení k mluvení) (Preissová, 2018).

U studentů vysokých škol se s elektivním mutismem v jeho plné symptomatologii setkáme spíše ojediněle. Určité symptomy však mohou přetrvávat do dospělosti. Jedná se především o ostych a obavy z mluvního projevu, možné adaptační poruchy, zvýšenou úzkostnost, sociální izolaci a vyhýbání se sociálním kontaktům (Hartmann, Lange, 2008; Vitásková, 2014).

Z pozice vysoké školy můžeme studentovi pomoci především poskytnutím adekvátní podpory, zařazením studenta mezi studenty se speciálními vzdělávacími potřebami a realizací funkční diagnostiky pro zjištění a nastavení individuálních podpůrných opatření. Studenti mohou využít též služeb psychologického poradenství v rámci Akademické poradny Univerzity Karlovy.

Vybraná narušení motorické realizace řeči

Poruchy plynulosti řeči

Porucha fluence řeči (řečová dysfluence) je narušená komunikační schopnost velmi heterogenní kategorie. Vnímání pojmu dysfluence je velice rozmanité a přesná terminologie není doposud ustálena, což je dáno také tím, že žádná řeč není stoprocentně plynulá. Dysfluence můžeme u komunikačního partnera zaznamenat při hledání správného významu, při přechodu mezi dvěma větami, při artikulování komplikovaných slov se shluky souhlásek nebo přerušování řeči situačně při trémě či únavě. Tyto fyziologické dysfluence ale odlišujeme od tzv. specifických dysfluencí, které jsou nápadnou součástí klinického obrazu dospělých osob s koktavostí a breptavostí.

Koktavost

Terminologie a etiologie

Rozlišujeme tři typy koktavosti, a to vývojovou koktavost, neurogenní a psychogenní koktavost. Vývojová koktavost je chápána jako komplexní neurovývojová porucha s počátkem v dětství a s možným pokračováním až do dospělosti. Oproti tomu neurogenní a psychogenní koktavost lze označit jako koktavost získanou. Neurogenní koktavost vzniká důsledkem poranění nebo onemocnění centrální nervové soustavy. Po traumatickém zážitku jako symptom či důsledek primárního psychiatrického onemocnění může vzniknou psychogenní koktavost (Pospíšilová, 2018).

Etiologie vývojové koktavosti není dosud jednotná. Nejvíce je v dnešní době skloňovaný tzv. multifaktoriální model, který se skládá ze čtyř komponent: fyziologické faktory, řečové a jazykové faktory, psychologické faktory a faktory prostředí (Yairi, 2013). U fyziologických faktorů se jedná především o silný dědičný předpoklad. Nové výzkumy u dospělých a dospívajících poukazují na strukturální a funkční změny aktivity mozkových center (De Nil, Jokel a Rochon, 2006). Dále jsou to snížené komplexní oromotorické dovednosti, jazykové dovednosti a pohlaví. Až čtyřikrát častěji je zadrhávající osobou jedinec mužského pohlaví. Do faktorů prostředí a psychologických faktorů spadá komunikace blízkých osob s již zadrhávajícím člověkem, obavy rodičů

o plynulost komunikace jejich dítěte, celkové ladění jedince, jeho temperament a uvědomování si obtíží.

Symptomatologie

Kompletní klinický obraz syndromu koktavosti lze popsat třemi skupinami symptomů: dysfluence v řeči, nadměrná fyzická námaha při komunikaci a psychická tenze během promluvy. V oblasti řeči zaznamenáváme (Lechta, 2004):

- repetice (části slov nebo slabik *ba-ba-ba-basketbal* / celých slov *Kolik ti je je je let?* / slovních zvrátů *já jsem já jsem já jsem byl doma*),
- prolongace (*ppppppojďme domů*),
- interjekce (na úrovni hlásek, slabik *já hm..hm..mám problém* / celých slov *já mám, ano, takový problém* / slovních zvrátů *já mám, je to prostě, problém*),
- tiché pauzy (*já jsem byl.....v obchodě*),
- nekompletní slovní zvraty,
- nápadné opravy části vět.

K symptomům zvýšené námahy se řadí tzv. bloky, charakteristické viditelným napětím, zastavením fonace nebo výdechového proudu vzduchu. Je pozorovatelný tremor lokalizovaný ve svalech artikulačních orgánů. Patří sem také Fröschelsův symptom neboli roztahování nosních křídel těsně před započatím mluvy nebo i během ní. A o zvýšené fyzické námaze svědčí i různé vegetativní projevy, jako je zrychlený srdeční tep, arytmie, zvýšené prokrvení a s ním spojené zčervenání, návaly tepla, pocení a jiné (Lechta, 2004).

Při opakovaném negativním prožitku z komunikace může postupně docházet ke zhoršení do obrazu neurotické poruchy – logofobie. Vyhýbání lze rozdělit na slovní vyhýbání, kdy se balbutik snaží nepoužívat hlásky nebo slova, u kterých vypořádal časté zadrhávání. Tato strategie vede k časovému tlaku při hledání vhodných synonym a mluva působí více neplynulým dojmem. A vyhýbání situační, kdy se dotýčný odmítá vystavit komunikační situaci, ve které byl neúspěšný (Blomgren, 2013). Dále se setkáváme s narušeným koverbálním chováním (vyhýbání se zrakovému kontaktu, nevhodné mimické projevy, kývání, zakrývání si úst, sahání si na krk, hra s prsty, vlasy apod.), jež působí rušivě na komunikačního partnera.

Výše uvedené symptomy se pochopitelně promítají také do vysokoškolského studia jedince s koktavostí. Stručně lze typické projevy studenta s koktavostí při výuce charakterizovat takto:

- student říká daleko méně, než by sám chtěl,
- vynechává složitá slova (odborné názvosloví) a volí slova pro něj jednodušší

- vyhýbá se situacím – prezentování, zapojení se do diskuze, skupinové práce,
- před těžkými slovy užívá výplně – ehm apod.,
- mohou se u něj vyskytovat také duševní potíže – extrémní izolace, deprese.

Mezi náročné řečové situace patří:

- úvod do akademických nebo sociálních situací
- mluvení před skupinou na přednášce nebo semináři
- používání telefonických nebo online výukových přístupů, které se spoléhají pouze na verbální interakci
- ústní zkoušky, zejména pak ústní zkoušky s časovým limitem.

Specifika práce se studentem, rady a tipy pro komunikaci

U studentů je důležité, aby byl pedagog či spolužáci obeznámeni s jejich vlastním postojem k zadrhávání. Jsou studenti, kteří si úspěšně zvládli vytvořit copingové strategie pro své neplynulosti a komunikace jim nečiní obtíže. Stejně tak jsou i tací, pro které je komunikace s okolím stále stresová, především v novém vysokoškolském prostředí. Proto jsou potřeby jednotlivých studentů velmi individuální a jejich podporu nelze generalizovat. Přesto je důležité znát i obecná doporučení a rady, které pak můžeme modifikovat ve spolupráci s konkrétním studentem.

Obecné zásady komunikace s osobou s koktavostí (Peutelschmiedová, 1994, Lechta 2010):

- nedoplňujte slova za balbutika, nenapovídejte slova (předejdete tak nedorozumění ohledně sdělované informace),
- udržujte přirozený zrakový kontakt, zájem o obsah sdělovaného,
- poskytněte dostatek času na dokončení sdělení,
- nevyvolávejte pocit časové tísně, zdůrazněte zájem o to, co komunikační partner říká, ne jak to říká,
- mluvejte pomalu, ale přirozeně,
- vynechte dobře míněné rady: „Nadechni se.“, „Uvolni se.“, „Ještě jednou.“, čím více se balbutik zaměří na vlastní mluvní projev, tím hůře mluví,
- respektujte osobnost člověka s koktavostí.

Konkrétní rady a tipy pro komunikaci a podporu studenta vysoké školy s koktavostí

Jak může pomoci pedagog:

- znát okolnosti, které ovlivňují plynulost řeči,
- poskytnout dostatek času,

- užití jmenovek namísto úvodního seznamovacího kola,
- udržení zrakového kontaktu, pozornosti,
- eliminace ústních prezentací, případně odstranění časových limitů na prezentaci,
- vyhýbání se přímým dotazům,
- při zkoušení kombinace písemných odpovědí spolu s ústním doplněním,
- preference osobních rozhovorů před skupinovým prezentováním/zkoušením,
- v případě online výuky využití oddělených místností, funkce chatu,
- užívání technologií k podpoře účasti studentů na výuce,
- při práci ve skupině:
 - volit práci ve dvojici, malé skupince,
 - předem domluvený podíl práce a způsob přispění ke splnění zadání,
 - delegování konkrétní role v projektech spolupráce – preferovaný komunikační kanál,
 - zadání rolí a jejich střídání tak, aby se na každého dostalo,
 - podpora diskuzí jeden na jednoho, zařazení studenta do skupiny vrstevníků, se kterými se cítí dobře.
- prezentování:
 - méně formální způsob – u stolu,
 - užití audiovizuálních pomůcek k odvedení pozornosti od prezentujícího,
 - natočení, nahrání prezentace v soukromí a následné přehrání na semináři.

Jak může pomoci univerzita:

- dobře dostupné informace o plnění předmětů,
- aktualizované náplně konkrétních seminářů a podmínky pro jejich úspěšné splnění,
- poskytnutí materiálů předem,
- letáčky, brožurky pro ostatní studenty pro lepší pochopení problematiky koktavosti,
- informovanost o univerzitních službách pro studenty se speciálními vzdělávacími potřebami,
- důležitost „Otevřených dveří“ a prezentace podpůrných služeb, seznámení s klíčovými pracovníky, kontaktními osobami.

Breptavost

Terminologie a etiologie

Terminologické vymezení breptavosti není stále uzavřeno, při definici této diagnózy se jedná spíše o výčet symptomů. Charakteristiku breptavosti předkládá Daly (1992, s. 107): *„Breptavost je porucha řeči a jazykových schopností, která rezultuje v zrychlenou, nerytmickou, kolísavou, neuspořádanou a frekventovaně nesrozumitelnou mluvu. Akcelerace řeči není vždy trvale přítomná, ale téměř vždy je patrná porucha ve formulování přiměřeného jazykového obsahu.“*

Nejčastěji se vzhledem k etiologii breptavosti uvažuje o dědičnosti a organickém poškození centrální nervové soustavy. Ale pouze u 50 % osob s breptavostí byly prokázány EEG nálezy, které by tyto abnormality mohly jednoznačně potvrdit (Lechta, 2010). Mezi příčiny breptavosti patří narušení schopnosti vytvářet si určitý program činnosti a potom ho dodržovat, což má za následek potíže s pochopením pořadí podnětů následujících po sobě a neschopnost reprodukovat předkládané pořadí jevů. Dále jsou to problémy s auditivním zpracováním informace způsobené poruchami pozornosti, které reflektují obtíže se zapamatováním akustických informací (Neubauer, 2018c).

Symptomatologie

Typickým příznakem je rychlé a nerovnoměrné tempo řeči. Jsou přítomny akcelerace jak uvnitř slov, tak mezi slovy, u delších slov může docházet až k redukci prostředních slabik. Ve vysokém tempu mluvy klesá kvalita artikulace. Nejnápadněji se obtíže manifestují v dlouhých slovech a větách. Vlivem překotného tempa mluvy na koordinaci respirace a fonace mohou vznikat nepravidelnosti v dechovém rytmu. Vědomí vlastního nadměrného tempa promluvy je sníženo, nicméně při snaze je osoba s breptavostí schopna tempo korigovat. Časté je přidružení dysmúzie a dysprozódie, řeč je monotónní, má kolísavý rytmus a porušený dynamický přízvuk. Dále jsou zaznamenány odchylky v užití jazyka, především v narativních a pragmatických dovednostech. U osob s breptavostí je podložen vyšší výskyt poruch pozornosti a projevů hyperaktivity, taktéž specifických poruch učení (Neubauer, 2018c).

Specifika práce se studentem, rady a tipy pro komunikaci

Vzhledem k velmi malému zájmu odborné i laické veřejnosti o problematiku této narušené komunikační schopnosti, napříč vyspělými zeměmi světa, je

komplikované nalézt přesná doporučení pro práci se studenty na vysoké škole. Mezi základní zásady práce a komunikace patří:

- zpomalení vlastního tempa řeči, lehké prodloužení samohlásek,
- práce s hlasem – pauzy, melodie, relaxovaná mluva s měkkými hlasovými začátky,
- udržení zrakového kontaktu,
- aktivní naslouchání, dostatek času pro formulaci myšlenek,
- reprodukce sděleného pro ujištění pochopení informace,
- po domluvení studenta je vhodné ponechat chvíli čas – možnost pokračování, doplnění,
- pozitivní zpětná vazba.

Přetrvávající poruchy artikulace a fonologické poruchy

U studentů vysokých škol se můžeme setkat s různými poruchami artikulace, jež jsou typické vadnou výslovností některé z hlásek. Vzhledem k tomu, že vývoj artikulace byl již dokončen, nemůžeme očekávat autokorekci vadné výslovnosti. I v tomto věku však lze za pomoci cílené logopedické terapie artikulaci zkorigovat. Nejčastěji se jedná o vadné tvoření vibrant, tedy hlásek R, Ř a L. Další problematickou skupinou bývají sykavky obou řad, tedy hlásky S, C, Z a Š, Č, Ž. Může se také jednat o oslabení znělosti při verbální produkci, u zahraničních studentů pak neadekvátní užívání měkčení.

Terminologie a etiologie

V rámci potřeby nalezení vhodné metody terapeutické pomoci rozlišujeme dvě hlavní kategorie odchylek výslovnosti. První skupinou jsou artikulační poruchy, kdy jedinec produkuje konstantní záměny či odchylky v limitovaném množství fonémů, není zde rozdíl mezi spontánní produkcí a opakováním. Dominující je tedy fonetická úroveň odchylky. Dotyčná osoba tvoří jednu či více hlásek způsobem motoricky, vizuálně a nejčastěji zvukově nápadným od kodifikované a uznávané formy výslovnosti. Nejčastějšími jsou sigmatismy (odchylná artikulace sykavek) a rotacismy (odchylná artikulace vibrant) (Neubauer, 2018d).

Druhou kategorií tvoří fonologické poruchy, které jsou procentuálně významně zastoupené ve skupině narušení foneticko-fonologické roviny. Jedná se o neschopnost naučit se pravidla používání hlásek v řeči. Přetrvávají vývojové fonologické procesy typické pro mladší věk, případně se mohou vyskytovat pato-

logické fonologické procesy, kdy srozumitelnost řeči není adekvátní věku. Dodd (2006) rozděluje fonologické poruchy na opožděný vývoj fonologického rozlišování, stabilní fonologické poruchy (typické u osob se syndromem vývojové dysfázie) a nekonstantní fonologické poruchy (osoby s projevy řečové dyspraxie).

Nejčastěji uváděnými příčinami jsou souvislosti s psychomotorickým vývojem dítěte, percepčními poruchami či poruchami vývoje a neurofyzilogie centrální nervové soustavy. Avšak není zde přímý vztah v rozlišování zvukových řečových prvků mezi dětmi s obtížemi v jejich vývoji a intaktními dětmi. Na vznik odchylek ve vývoji artikulace je zdůrazňován vliv vícero činitelů, především vliv prostředí, organických obtíží v orofaciální oblasti, schopnost nápodoby a opakování vzoru apod. (Guthová, 2009).

Symptomatologie

U dospělých osob se můžeme setkat s vadnou výslovností sykavek. Sykavky ostré řady (hlásky C, S, Z) mohou být vyslovovány interdentalně (mezizubně), addentalně s nesprávnou polohou hrotu jazyka na alveole nebo laterálně s boční polohou jazyka. Dále se při fonologické poruše může vyskytovat záměna znělé hlásky Z za neznělou hlásku S, případně záměna hlásky C za S. U sykavek tupé řady (hlásky Č, Š, Ž) se jedná o obdobné artikulační či fonologické poruchy, nicméně interdentalní výslovnost nebývá tak markantní jako u ostré řady (Neubauer, 2018d).

Odchylný vzor u hlásky L vzniká nejčastěji chybějícím zdvihem jazyka k patru, nebo pouze částečným pohybem či umístěním hrotu jazyka při pohybu mezizubně. Velární rotacismus vzniká rozkmitáním části okraje měkkého patra či uvulární rotacismus při rozkmitání čípku měkkého patra. Jednokmitné R taktéž působí nevýrazně, na druhou stranu delší vibrace jsou rovněž rušivé a nápadné. Rotacismus bohemicus je také tvořen v oblasti měkkého patra. Časté je tvoření hlásky Ř modifikací hlásek Š a Ž, setkáváme se i s laterální polohou jazyka v souvislosti s přítomným laterálním sigmatismem, nebo fixované realizace hlásky bez kmitu jazyka (Neubauer, 2018d).

Specifika práce se studenty, rady a tipy pro komunikaci

Studenti jsou si většinou své vadné výslovnosti vědomi. Někteří se snaží vyhýbat v řečovém projevu slovům obsahujícím problematickou hlásku, mluvní projev pak způsobuje značný psychický dyskomfort (Mlčáková, 2014). Artikulační poruchy zpravidla neznamenají pro studenty vznik speciálních vzdělávacích

potřeb. Obecně platí, že v komunikaci se studenty, např. při ústní zkoušce, na poruchu artikulace neupozorňujeme. Poněkud jiná situace je v případě, že student studuje obor, který intaktní výslovnost k úspěšné realizaci vyžaduje. Pak je jistě na místě citlivě se studenta zeptat, zda si je narušené komunikační schopnosti vědom a zda dochází na logopedickou terapii. V opačném případě, nebo též pokud pedagoga student osloví s prosbou o pomoc, lze studenta nasměrovat na Akademickou poradnu UK, která zajišťuje též logopedické poradenství.

Oproti konstantním artikulačním poruchám mohou fonologické poruchy významněji zasahovat do studia, často jsou spojeny se specifickými poruchami učení a dalšími projevy, jako je zhoršené sluchové zpracování řečového signálu, pomalejší psychomotorické tempo a jiné. Speciální vzdělávací potřeby jsou pak nastaveny na základě funkční diagnostiky, často v rámci kategorie specifických poruch učení (ad též podkapitola Vývojová dysfázie).

Dysartrie

Terminologie a etiologie

Dysartrie představuje vývojové či získané narušení motorických řečových modalit v důsledku slabosti nebo poruchy koordinace svalstva mluvidel (Košťálová, Bednařík, Mechl, Vohánka, 2006). Anartrie označuje nejzávažnější poruchy, projevující se praktickou ztrátou schopnosti verbální komunikace s okolím, často spojenou s afonií, neschopností tvořit hlas (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

Definice dysartrie, kterých v literatuře nalezneme celou řadu, zpravidla zdůrazňují tyto základní atributy:

- Dysartrie vzniká při organickém poškození centrální či periferní nervové soustavy.
- Jedná se o komplexní narušení, které různou měrou zasahuje všechny subsystémy podílející se na realizaci řeči (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013; Neubauer, 2007).

Dysartrie (anartrie) může vzniknout v kterémkoli věku člověka. Z hlediska etiologie rozlišujeme dysartrie vývojové, jejichž příčiny můžeme rozlišit na pre-, peri- a raně postnatální, a získané. Nejčastější příčinou vývojové dysartrie je mozková obrna (Klenková, 2006). Hlavními příčinami získané dysartrie jsou podobně jako u ostatních získaných neurogenních poruch komunikace cévní

mozkové příhody, v mladém věku pak především úrazy a poranění mozku, nádory na mozku, infekční onemocnění mozku. U starších dospělých se setkáváme s dysartriemi rovněž na podkladě degenerativních onemocnění, jako je Parkinsonova nemoc, amyotrofická laterální skleróza, roztroušená skleróza a další (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

Symptomatologie

Klinický obraz dysartrie závisí na lokalizaci a rozsahu léze centrální či periferní nervové soustavy a bývá velmi variabilní. Vždy se setkáváme s celým komplexem symptomů, které různou měrou zahrnují poruchy respirace (dýchání), fonace (tvorby hlasu), rezonance (zvuku řeči), artikulace (výslovnosti) a prozodických faktorů řeči. Symptomy se u jednotlivých modalit liší dle konkrétního typu dysartrie (Neubauer, 2018d).

Poruchy dýchání se mohou projevovat spasticitou dýchacích svalů, zvýšenou námahou, oslabením intenzity a rozsahu výdechového proudu, častými vdechy v klidu i během hovoru, dyskoordinací mluvy a dýchání. S poruchami dýchání úzce souvisejí **poruchy fonace**, tedy tvorby hlasu. Hlas jedince s dysartrií v závislosti na konkrétním typu dysartrie může být výrazně oslabený, a to v síle i rozsahu, může být spastický, tvořený s námahou, kolísavý, s přítomným šelestem, tremorem, dyšností, slábnoucí s délkou promluvy až do bezhlasého projevu. U **poruch rezonance**, tedy zvuku řeči, posuzujeme především nosovost řeči, která při dysartrii bývá zpravidla patologicky zvýšená. Hovoříme pak o tzv. hypernazalitě. **Poruchy artikulace** se u dysartrií mohou projevovat již při výslovnosti izolovaných hlásek, nebo až při zapojení v mluvním celku. Narušena bývá především výslovnost těch hlásek, při kterých potřebujeme dobrou hybnost jazyka a rtů. Dle míry postižení inervace artikulačních svalů bývá řeč jedince s dysartrií plně srozumitelná, lehce narušená, až těžce zasažená s velmi obtížnou srozumitelností. Prozodické neboli modulační faktory řeči představují zvukové neverbální projevy, jako je tempo řeči, přízvuk, intonace, které dotvářejí význam sdělení. Tzv. **dysprozódie** se projevují nepravidelností mluvního projevu, zrychlením či zpomalením, monotónností a poruchami přízvuku (Neubauer, 2007).

Specifika práce se studentem, rady a tipy pro komunikaci

Studenti s dysartrií, ať již vývojovou či získanou, mohou mít hlavní obtíže s dosažením srozumitelnosti svého mluvního projevu. Student s vývojovou

dysartrií již velmi pravděpodobně má osvojené určité komunikační strategie, případně je zvyklý používat kompenzační pomůcky, pomůcky augmentativní a alternativní komunikace, na vysokou školu přichází s konkrétními podpůrnými opatřeními a doporučeními. Oproti tomu student se získaným narušením v průběhu studia vysoké školy zažívá řadu obtíží s návratem ke studiu. Nově se účastní procesu funkční diagnostiky a získává statut studenta se speciálními vzdělávacími potřebami. Kromě řečového narušení často řeší i další obtíže spojené se získaným poškozením mozku, jako např. poruchy hybnosti.

Zásady komunikace se studenty s dysartrií:

- individuální přístup dle konkrétní dohody se studentem,
- zrakový kontakt,
- poskytnutí dostatku času, trpělivý přístup,
- tolerance kratších formulací,
- dáváme najevo snahu porozumět, trpělivost,
- nepředstíráme, že rozumíme, pokud tomu tak není,
- hlídáme si dvojznačnost našeho sdělení (rozpor mezi verbálním a neverbálním sdělením),
- využíváme všech modalit, které student ke komunikaci využívá.

Vhodná studijní opatření:

- umožnit využití prostředků alternativní a augmentativní komunikace, případně psané formy,
- poskytnout dostatek času na vyjádření, v rámci výuky i atestací, nedávat časové limity,
- poskytovat studijní podklady k výuce, umožnit nahrávku přednášek.

Poruchy hlasu

Terminologie a etiologie

Hlasové poruchy můžeme rozdělit dle jejich příčin, a to na poruchy organické a funkční. Organické poruchy zahrnují změny ve struktuře hlasivek a poruchy jejich hybnosti. Jedná se např. o akutní či chronickou laryngitidu, tumory v oblasti hrtanu, traumatická poškození hrtanu, endokrinní poruchy týkající se především sekrece hormonů štítné žlázy. V neposlední řadě sem patří poruchy inervace, ať již periferní nebo centrální, vzniklé v důsledku poškození hlavových nervů. Funkční hlasové poruchy

jsou charakterizovány jako poruchy bez zjevné organické příčiny, nejčastěji se jedná o hyperkinetickou dysfonii, psychogenní dysfonii nebo afonii a poruchy mutace (Černý, 2018).

Hyperkinetická dysfonie je chronické onemocnění hlasu, které je výsledkem nadměrného zatěžování hlasu. To může být buď čistě funkční nebo na podkladě organických příčin, jež omezují hlasovou výkonnost. Jedná se o chronické alergie, reflux, chronické infekce, endokrinní změny nebo zhoršený práh sluchu. V dospělém věku se hyperkinetická dysfonie vyskytuje zejména u hlasových profesionálů s rizikovými faktory zánětů a nesprávné hlasové techniky (Černý, 2018).

Méně častou funkční poruchou hlasu je psychogenní dysfonie nebo afonie, jejíž příčinou je konflikt a způsob jeho zpracování, který vede k psychosomatizaci. Vyvolávající příčinou bývají záněty horních cest dýchacích, ale i po jejich odeznění trvá porucha hlasu (Kučera, Dršata, Chrobok, 2011).

Symptomatologie

Typickými znaky narušení hlasu jsou chrapot, drsnost, dyšnost, tvrdé hlasové začátky, tlačení hlasu, hlasová slabost, nestabilita hlasu, bolest hrtanu, spazmy hrtanu nebo hlasivek. Můžeme obvykle nalézt i nevhodnou dechovou techniku. Hlas je rychle unavitelný (Kučera, Frič, Halíř, 2010).

Specifika práce se studenty, rady a tipy pro komunikaci

Při přetrvávajících hlasových obtížích je vhodné podstoupit foniatrické vyšetření a postupovat dle lékařského doporučení. Vhodné je omezit rizikové hlasové aktivity a započít reedukaci hlasové techniky u hlasových terapeutů, kteří se zaměřují na dechové techniky a rezonanci hlasu. V případě organické příčiny jsou doporučena režimová a medikamentózní opatření, případně později chirurgické řešení. Dominantním terapeutickým postupem při psychogenních dysfoniích je psychoterapie.

Lehké či středně těžké hlasové poruchy, se kterými se nejčastěji u studentů setkáváme, žádné specifické přístupy či speciální vzdělávací potřeby nezakládají. V případě, že to situace vyžaduje, respektujeme aktuální hlasovou indispozici studenta, jeho potřebu dočasného hlasového klidu. Těžké chronické hlasové poruchy či afonie pak vyžadují speciální přístup, který je nastaven individuálně v rámci funkční diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb studenta. Zpravidla tyto poruchy bývají symptomem jiného dominantního onemocnění, např. dysartrie.



Vývojová a získaná narušení fatických funkcí

Fatické funkce řadíme spolu s praktickými a gnostickými funkcemi mezi tzv. symbolické funkce, jsou výsledkem vyšší nervové činnosti. Patří mezi ně exprese i recepce mluvené řeči, lexie, grafie, kalkule. Narušeny mohou být již v průběhu svého vývoje nebo se můžeme setkat se získanou formou narušení fatických funkcí, tedy náhle vzniklou poruchou po dokončení jazykového a řečového vývoje.

Následující subkapitoly představí problematiku vývojové dysfázie, tedy vývojového narušení individuálního jazykového systému, a afázie, získaného narušení fatických funkcí. U studentů vysokých škol se s uvedenými narušeními nepotkáváme často, nicméně se jedná o narušení, která mají významný dopad na vzdělávání a studijní potřeby studentů.

Vývojová dysfázie

Terminologie a etiologie

Vývojová dysfázie neboli specificky narušený vývoj řeči představuje centrální vývojové narušení komunikační schopnosti, které přesahuje rámec jazykové poruchy a projevuje se nerovnoměrným vývojem celé osobnosti jedince (Klenková, 2006). Definovat ji můžeme jako specificky narušený vývoj řečových a jazykových schopností, ke kterému dochází, přestože podmínky pro rozvoj řeči jsou dobré, dítě vyrůstá v podnětném prostředí a nemá žádné jiné dominující onemocnění (Škodová, Jedlička, 2007; Mikulajová, 1993; Pospíšilová, 2018).

Etiologii vývojové dysfázie můžeme označit jako multifaktoriální (Klenková, 2006; Mikulajová, 1993, 2020). Současné výzkumy především poukazují na vliv dědičnosti jako významného faktoru vzniku specificky narušeného vývoje řeči (Bishop, 2006). Uvedené narušení lze sice jeho příznaky lokalizovat do centrální sluchové oblasti levé hemisféry, avšak nejedná se o ložiskové poškození mozkové kůry. Sledujeme spíše jemné odchylky vývoje mozkové kůry, které lze charakterizovat jako difúzní postižení centrální nervové soustavy. (Pospíšilová, 2018).

Symptomatologie vývojové dysfázie se zřetelem k dospělému věku

Symptomy vývojové dysfázie můžeme rozdělit na řečové a neřečové. Narušení řečové komunikace se promítá do všech jazykových rovin. Typické je opoždění nástupu řeči, chudá slovní zásoba, dysgramatismy, ale také poruchy rozumění. Časté jsou poruchy fonetické a fonologické realizace hlásek. Mezi neřečové symptomy řadíme narušení zrakové a sluchové percepce, paměti, pozornosti, orientace v čase a prostoru, narušení motoriky, koordinace pohybu. Častý je výskyt komorbidit s poruchami pozornosti, vývojovou dyspraxií, koktavostí a jinými. U dětí školního věku se pak s vývojovou dysfázií často pojí specifické poruchy učení, dyslexie a dysortografie. Vzhledem k náročnosti komunikace a soustředění bývají děti s vývojovou dysfázií zvýšeně unavitelné. Komunikační selhání či školní neúspěchy, které žáci s vývojovou dysfázií nezřídka zažívají, tito žáci těžce nesou, bývají zvýšeně úzkostní, depresivní (Škodová, Jedlička, 2007; Mikulajová, 1993, 2020; Pospíšilová, 2018, 2019).

U adolescentů a dospělých s vývojovou dysfázií bývá řeč zpravidla rozvinuta. Přetrvávají obtíže ve výbavnosti méně častých pojmů, nižší slovní zásobě, užití gramatiky. Jazykový cit osob s vývojovou dysfázií je oslabený. Poruchy percepce u dospělých s vývojovou dysfázií se projevují zejména u delších sdělení, složitých gramatických konstrukcí či při poslechu příliš rychlého tempa řeči. Dospělí s vývojovou dysfázií působí nejistě, mají strach z komunikace. Obtíže s výbavností slov mohou způsobovat určité zpomalení řeči. Artikulace řeči vysokoškolských studentů s vývojovou dysfázií bývá zpravidla v normě. I v dospělém věku přetrvává u osob s vývojovou dysfázií zvýšená unavitelnost. Typické pro adolescenty a dospělé s vývojovou dysfázií jsou poruchy exekutivních funkcí, tedy samostatného plánování a dokončení úkolu, které jsou pro školní i pracovní úspěšnost velmi důležité (Pospíšilová, 2018; Mlčáková, 2014).

Na vysokých školách se převážně setkáváme se studenty s rezidui vývojové dysfázie, studují nejčastěji umělecké či technické obory. Symptomy reziduální poruchy jsou podobné výše popisovaným, jen v mírnější formě. Student s reziduální vývojovou dysfázií může mít obtíže zachytit delší sdělení, zapsat si podstatné informace. Náročné je pro něj čtení delších textů s porozuměním, potřebuje se k textu opakovaně vracet (Mlčáková, 2014).

Afázie

Terminologie a etiologie

Afázie patří mezi získaná organická narušení komunikační schopnosti. Jedná se o tzv. poruchu vyšších kortikálních funkcí, poruchu fatických funkcí (Čecháčková, 2007).

Cséfalvay (2003, s. 203) definuje afázii takto: „1. Jde o získané narušení komunikační schopnosti; 2. týká se poruch symbolických procesů; 3. vzniká při ložiskovém poškození mozku; 4. je důsledkem systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce.“

Neubauer (2007a, s. 19) charakterizuje afázii jako „poruchu užití individuálního jazykového systému, jako vícefaktorovou sníženou schopnost dekodovat nebo používat smysluplné lingvistické části, slova a větší syntaktické celky“.

Příčinou vzniku afázie jsou ložiskové léze převážně mozkové kůry, tedy poškození získaná v rámci cévních mozkových příhod, kraniotraumat, nádorových či zánětlivých onemocnění, neurodegenerativních onemocnění (Cséfalvay, 2003; Čecháčková, 2007; Neubauer, 2007b, 2018b). Nejčastější příčinou u studentů vysokých škol, tedy v mladém věku, bývají kraniotraumata, poranění mozku po pádech či autonehodách.

Symptomatologie

Pro afázie je typická velká rozmanitost a širší symptomů, zasahující všechny jazykové roviny. Obtíže sledujeme v oblasti exprese, percepce mluvené řeči, lexie, grafie i sluchové paměti. Klinický obraz vždy závisí na charakteru organického poškození centrální nervové soustavy, na lokalizaci a rozsahu léze, ale i na věku jedince atp. (Čecháčková, 2007; Neubauer, 2007).

Mezi nejčastější symptomy afázie patří poruchy fluence (plynulosti) řeči, poruchy pojmenování (anomie a dysnomie), parafrázie (fonemické, žargonové, sémantické) – deformace slov různého typu a stupně, parafrázie – snížená schopnost až neschopnost větného vyjádření, neologismy (novotvary), perseverace – ulpívání na předchozím podnětu, echolálie – automatické opakování slov či vět po druhém, agramatismy, poruchy rozumění, logorhea – překotná, rychlá, často nesrozumitelná mluva, alexie, agrafie a akalkulie. Dále jmenujme deficity gnostické, tedy deficity sluchové a zrakové percepce, a tzv. verbální apraxie, tedy obtíže s programováním hlásek (Neubauer, 2018e).

Na vysokých školách se setkáváme spíše se studenty s tzv. reziduální anomicou afázií, která se vyznačuje obtížemi v pojmenování a výbavnosti méně častých slov, abstraktních pojmů. Výslovnost jedince s reziduální afázií narušena zpravidla nebývá. Úspěšnost studia studentů s fatickou poruchou mohou komplikovat obtíže v krátkodobé sluchové paměti, které ovlivňují schopnost porozumět vícenásobným pokynům a delším sdělením, tedy zachytit plynulý tok řeči přednášejícího. Porozumění osob s lehkou a reziduální afázií může rovněž vykazovat oslabení v oblasti rozumění složitějším gramatickým konstrukcím. Poruchy lexie a grafie bývají u studentů s reziduální afázií spíše mírné. Student dokáže číst a psát, může mít však potíže se zapamatováním si detailů z textu. Poruchy grafie v lehké formě se projevují pomalejším tempem psaní, student s afázií si více promyslí strukturu věty, kterou chce napsat. Zpravidla užívá jednodušší, kratší věty. V psaném projevu můžeme zaznamenat mírné paragrafie, specifické chyby v podobě vynechání či záměny hlásek. Fatické poruchy bývají často doprovázeny i dalšími kognitivními obtížemi, které ztěžují vysokoškolské studium. Máme na mysli zejména reziduální poruchy exekutivních funkcí, narušení plánování, dokončení určitého úkolu. Nová životní situace po získaném poškození mozku a s ní související bariéry způsobují u jedince s afázií vznik nejistoty, úzkostí, strachu a obav z komunikace (Vitásková, 2014).

Specifika práce se studentem s fatickou poruchou, rady a tipy pro komunikaci

Jak vývojová dysfázie, tak afázie představují narušení individuálního jazykového systému, tedy fatických funkcí. Přestože se etiologie těchto poruch liší, v mnohém se symptomy a potřeby studentů vysokých škol s jedním z těchto narušení podobají. Na vysokých školách se setkáváme především s reziduální formou těchto znevýhodnění.

Rady pro komunikaci se studenty s fatickou poruchou

Jak může pomoci pedagog:

- zpomalit tempo řeči, zařazovat pauzy, odmlky,
- neužívat dlouhá a složitá souvětí, volit kratší věty s důrazem na klíčová slova,
- hlídat si jednoznačnost formulací, pokynů, vždy se ujistit, že student správně porozuměl,
- poskytnout dostatek času na odpověď či vyjádření studenta,
- udržovat zrakový kontakt,

- zaměřovat se především na obsah sdělení, tolerovat jednodušší formulace, určitou stylistickou neobratnost.

Vhodná studijní opatření:

- vizualizace, poskytnutí písemných podkladů, materiálů,
- písemné zadávání úkolů a prací,
- možnost pořizování nahrávky přednášek,
- rozložení zkoušek do delšího období,
- dále dle závěrů funkční diagnostiky.

K vývojové dysfázii se často pojí specifické poruchy učení a studenti s rezidui vývojové dysfázie na vysoké škole jsou pak evidováni častěji jako studenti se speciálními vzdělávacími potřebami v důsledku specifických poruch učení. Příslušná doporučení pro výuku a přístup k těmto studentům pak vycházejí z funkční diagnostiky v rámci této kategorie znevýhodnění.



Kognitivně-komunikační poruchy

Kognitivně-komunikační poruchy představují rozsáhlou skupinu různorodých narušení, která se projevují především vývojovými či získanými deficity kognitivních funkcí a z nich pramenící komunikační obtíže. Neubauer (2018f) u osob dospělého věku rozlišuje kognitivně-komunikační poruchy:

- v důsledku traumatické léze centrální nervové soustavy,
- v důsledku onemocnění demencí,
- v souvislosti s pravoemisferálními lézemi centrální nervové soustavy,
- u osob s vývojovým mentálním deficitem.

U vysokoškolských studentů se můžeme setkat především s kognitivně-komunikačními poruchami v důsledku traumatické léze centrální nervové soustavy a pravoemisferálních lézí, proto se v následující části budeme věnovat primárně těmto narušením.

Terminologie a etiologie

Traumata mozku jsou jednou z nejčastějších příčin vzniku neurogenních poruch komunikace u mladých dospělých, tedy i u vysokoškolských studentů. Jedná se o úrazy mozku různé závažnosti z důvodu dopravních nehod, pádů z výšky a jiných příčin. Kromě již zmiňovaných neurogenních poruch, jakými jsou afázie či dysartrie, se u osob po traumatické lézi setkáváme také s kognitivními poruchami a poruchami projevujícími se změnami v sociálním chování a osobnosti jedince (Neubauer, 2018f). Poruchy komunikace tak úzce souvisejí také s těmito změnami.

Kognitivně-komunikační poruchy vzniklé při pravoemisferální lézi představují poruchy způsobené poškozením pravé hemisféry mozku z různých příčin, mimo jiné v rámci úrazů mozku, cévních mozkových příhod, nádorových onemocnění či zánětlivých procesů (Neubauer, 2018f).

Symptomatologie

Specifické poruchy komunikace u osob po úrazech mozku se projevují především v pragmatické jazykové rovině, tedy rovině sociálního užití jazyka. Typické bývají četné konfabulace, zabíhavé myšlení, nízký obsah sdělení. Případně

poranění a poškození prefrontální mozkové kůry může způsobovat kognitivní poruchy ve smyslu poruch pozornosti, snížení motivace, sebeovládání. Časté a významné bývají také poruchy paměti (Neubauer, 2018f).

Poškození pravé hemisféry mozku může vést ke vzniku řady kognitivních deficitů zasahujících jazykové i mimojazykové oblasti. Jedná se o poruchy vizuální orientace, afektivity, pozornosti, integrativních funkcí. U osob s poškozením pravé hemisféry jsou časté tzv. nelingvistické poruchy, jako je jednostranný neglect syndrom (jedinec si neuvědomuje levou stranu těla a její okolí), vizuoprostorové percepční deficity a jiné. Z kognitivních deficitů sledujeme především obtíže ve verbální paměti, cílené pozornosti, diferenciaci sluchové a zrakové, ale také narušení exekutivních funkcí, potíže s plánováním průběhu a dokončení činnosti. Na bázi výše uvedených deficitů může dotýčný mít narušeny též jazykové funkce, zejména čtení, psaní, konfrontační pojmenování, někdy zhoršené porozumění složitějším gramatickým strukturám. Hlavní komunikační obtíže u osob s lézí pravé hemisféry mozku však vznikají v důsledku tzv. extralingvistických poruch. Jedná se o obtíže v hodnocení tzv. alternativních významů (porozumění i vyjádření emocí, ironii, humoru, metaforám), v porozumění prozodickým faktorům druhých a užití správné prozodie ve vyjádření informativního obsahu. Osoby s těmito deficity se v komunikaci často zaměřují na nedůležité detaily, odbíhají od tématu, neudržují zrakový kontakt (Roubíčková, 1999, Neubauer, 2018f).

Specifika práce se studentem, rady a tipy pro komunikaci

Studenti, kteří utrpí úraz a poranění mozku, se k vysokoškolskému studiu vrací zpravidla v momentě, kdy jsou jejich jazykové, řečové i kognitivní obtíže spíše reziduální. Výše popisované symptomy kognitivně-komunikačních poruch ve velmi lehké formě by neměly výrazněji zasahovat do studijních kompetencí studentů, přesto mohou být příčinou některých komunikačních nedorozumění. Pro komunikaci se studenty je dobré, aby byl pedagog seznámen s uvedenými symptomy, bral zřetel na případné projevy, jako je např. dysprozodie, odbíhání od tématu, snížená distribuce pozornosti apod.

Jak může pedagog pomoci:

- zpomalit tempo řeči,
- hovořit jednoznačně, v kratších větách, neužívat obrazná vyjádření,
- vždy se ujistit, že student rozuměl,

- poskytnout dostatek času na odpověď či vyjádření studenta, zároveň však při příliš obšírném sdělení a odbíhání od tématu studenta umět přerušit a vrátit k tématu,
- udržovat zrakový kontakt,
- tolerovat sníženou schopnost konfrontačního pojmenování, umožnit studentovi opsat termín, pokud si jej nevybaví.

Vhodná studijní opatření:

- vizualizace, poskytnutí písemných podkladů, materiálů,
- písemné zadávání úkolů a prací,
- možnost pořizování nahrávky přednášek,
- dále dle závěrů funkční diagnostiky.



Závěr

Problematika narušené komunikační schopnosti v dospělém věku je velmi široká a rozmanitá, zahrnující vývojové i získané poruchy, z nichž některé mohou výrazněji ovlivňovat úspěšnost studentů na vysoké škole, jiné příliš jejich studium nezasahují.

Pro studium vysoké školy, stejně tak pro pozdější pracovní uplatnění, je pochopitelně dobrá úroveň komunikačních dovedností zcela zásadní. Podpora studentů s jazykovými či řečovými poruchami ze strany vysoké školy může přispět nejen k tomu, aby mohli uplatnit své schopnosti a znalosti v plné šíři, ale také k tomu, aby se podařilo eliminovat či zmírnit projevy jejich komunikačních obtíží. K tomu směřují snahy podpůrných opatření a speciálních vzdělávacích potřeb, které jsou ve spolupráci se studenty nastaveny v rámci procesu funkční diagnostiky.

Tato metodická příručka je součástí nepřímé podpory našich studentů. Nabízí pedagogům, zaměstnancům i studentům Univerzity Karlovy základní přehled narušení komunikačních schopnosti, se kterými se mohou u studentů vysoké školy setkat. Upozorňuje na specifika nejčastějších či nejzávažnějších poruch a na speciální vzdělávací potřeby z nich plynoucí. Poskytuje základní doporučení pro komunikaci a přístup ve výuce studentů s jednotlivými druhy narušené komunikační schopnosti. Pochopitelně není v možnostech publikace postihnout všechny možné situace a potřeby, které se v praxi mohou vyskytnout. Čtenářům nabízíme, aby se v případě nezodpovězených otázek či specifických situací, které by chtěli konzultovat, obrátili na Akademickou poradnu Univerzity Karlovy, kde s nimi rády budeme řešit individuální dotazy.

Úspěšnou komunikaci a mnoho spokojených studentů
přejí autorky

Literatura

- Bishop, D. V. M. (2006). What Causes Specific Language Impairment in Children? In *Current Directions in Psychological Science*. 2006 Oct; 15(5): 217–221.
- Cséfalvay, Z. (2003). Diagnostika dysartrie. In LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti* (s. 237–250). Portál.
- Cséfalvay, Z., Mekyska, J., Košťálová, M. (2013). Diagnostika dysartrie. In Cséfalvay, Z., Lechta, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých* (s. 117–143). Portál.
- Čecháčková, M. (2007). Získané organické poruchy řečové komunikace: Afázie. In Škodová, E., Jedlička, I. *Klinická logopedie* (s. 147–180). Portál.
- Černý, L. (2018). Hlas – fyziologie a patologie. In Neubauer, K., *Kompendium klinické logopedie* (s. 562–574). Portál.
- Daly, D. (1992). Helping The Clutterer: Therapy Considerations. In MYERS, F., ST. LOUIS, K. *Cluttering: A Clinical Perspective* (s. 107–121). Singular Publishing Group, Inc.
- Dodd, B. (2010). Children with speech disorder: defining the problem. In DODD, B. (Ed). *Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder* (s. 3–24). Whurr Publishers Ltd.
- Gúthová, M. (2009). Dyslálie. In Kerekrétiová, A., et al. *Základy logopedie* (s. 136–155). Univerzita Komenského v Bratislave.
- Hartmann, B., Lange, M. (2008). *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Triton.
- Kerekrétiová, A. (2008). *Velofaryngeální dysfunkce a palatolalie*. Grada Publishing.
- Klenková, J. (2006). *Logopedie*. Grada.
- Košťálová, M., Bednařík, J., Mechi, M., Vohánka, S. (2006). *Multimediální výukový atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí* [CD]. Masarykova univerzita v Brně.
- Kučera, M., Dršata, J., Chrobok, V. (2011). Psychogenní poruchy hlasu. In Dršata, J. et al. *Foniatrie – hlas* (s. 242–251). Tobiáš.
- Kučera, M., Frič, M., Halíř M. (2010). *Praktický kurz hlasové rehabilitace a reedukace*. MUDr. Martin Kučera, ORL ambulance – Centrum hlasových poruch v Rychnově nad Kněžnou.
- Lechta, V. (2004). *Koktavost, Komplexní přístup*. Portál.

- Lechta, V. (2007). Základní vymezení oboru logopedie. In Škodová, E., Jedlička, I. *Klinická logopedie* (s. 17–28). Portál.
- Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup*. Portál.
- Mikulajová, M., Rafajdusová, I. (1993). *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči*. Vlastním nákladem.
- Mikulajová, M. (2020). Narušený vývin reči. In Kerekreťiová, A. *Logopédia* (s. 13–35). Univerzita Komenského v Bratislave.
- Mlčáková, R. (2014). Poruchy a odchylky výslovnosti, fonologické poruchy a rezidua vývojové dysfázie. In Vitásková, K., Mlčáková, R. *Student s narušenou komunikační schopností na vysoké škole* (s. 28–32). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Neubauer, K. et al. (2007). *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Portál.
- Neubauer, K. (2018a). Diferenciální diagnostika poruch řečové komunikace. In Neubauer, K. et al. *Kompendium klinické logopedie* (s. 74–76). Portál.
- Neubauer, K. (2018b). Dysartrie a řečová dyspraxie. In Neubauer, K. et al. *Kompendium klinické logopedie* (s. 416–441). Portál.
- Neubauer, K. (2018c). Breptavost (tumultus sermonis). In Neubauer, K. et al. *Kompendium klinické logopedie* (s. 402–415). Portál.
- Neubauer, K. (2018d). Vývojové a přetrvávající poruchy artikulace a fonologického rozlišování hlásek. In Neubauer, K. et al. *Kompendium klinické logopedie* (316–341). Portál.
- Neubauer, K. (2018e). Afázie. In Neubauer, K. et al. *Kompendium klinické logopedie* (s. 442–469). Portál.
- Neubauer, K. (2018f). Kognitivně-komunikační poruchy. In Neubauer, K. et al. *Kompendium klinické logopedie* (s. 470–512). Portál.
- Peutelschmiedová, A. (1994). *Čtení o koktavosti*. Portál.
- Pospíšilová, L. (2018). Vývojová koktavost. In Neubauer, K., *Kompendium klinické logopedie* (s. 372–390). Portál.
- Pospíšilová, L. (2018). Vývojová dysfázie. In Neubauer, K., *Kompendium klinické logopedie* (s. 283–315). Portál.
- Pospíšilová, L. (2019). Vývojová dysfázie současnosti. *Listy klinické logopedie*, 2019 (1), 48–54.
- Preissová, I. (2018). Psychogenně podmíněné poruchy řeči a komunikace. In Neubauer, K., *Kompendium klinické logopedie* (s. 514–535). Portál.
- Roubíčková, J. (1999). Kognitivně-komunikační poruchy pravé hemisféry. *Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Ročník II., 12–15.

- Škodová, E., Jedlička, I. (2007). Poruchy vývoje řeči. In Škodová, E., Jedlička, I. *Klinická logopedie* (s. 147–180). Portál.
- Vitásková, K. (2014). Získané fatické poruchy – afázie. In Vitásková, K., Mlčáková, R. *Student s narušenou komunikační schopností na vysoké škole* (s. 33–37). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vitásková, K. (2014). Získané neurotické a psychogenní formy narušené komunikační schopnosti – mutismus. In Vitásková, K., Mlčáková, R. *Student s narušenou komunikační schopností na vysoké škole* (s. 23–25). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Yairi, E. (2013). Defining stuttering for research purpose. In *Journal of Fluency Disorders*, 38, 3, 294–298.

Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy
Akademická poradna PedF UK
<https://pages.pedf.cuni.cz/poradna/>



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
OP Výzkum, vývoj a vzdělávání

MSMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY