

10 Poruchy hlasu a řeči

Obecná foniatrie

10.1 Poruchy hlasu (též 8.2, 8.3, 8.4)

10.1.1 Hlasivkové dyskineze

10.1.2 Mutační a hormonálně podmíněné poruchy hlasu

10.1.3 Profesionální poruchy hlasu

10.1.4 Tremor hlasivek

10.2 Poruchy řeči (viz též prezentace 15.14, více teorie, neurolinguistika, sociolinguistika)

10.2.1 Opoždění vývoje řeči

10.2.2 Poruchy výslovnosti

10.2.2.1 Funkční poruchy výslovnosti

10.2.2.2 Organické poruchy výslovnosti

10.2.3 Neurodynamické poruchy řeči

10.2.4 Dysfázie – Afázie – Akustická agnosie řeči

10.2.5 Dysartrie

10.3. Doplnky

Problémy laryngektomovaných s tvorbou hlasu a řeči viz 8.6.5.

10.3.1 Hlasové a řečové problémy při Parkinsonově nemoci (viz též 10.1.4)

10.3.2. Kateřina Jehličková: Logopedické pojetí poruch lidské komunikace (formálně upraveno I. Hybáškem)

10.3.2.1 Vývojová nemluvnost – dysfázie

10.3.2.2 Získaná orgánová nemluvnost – afázie

10.3.2.3 Získaná neurotická nemluvnost – mutismus

10.3.2.4 Narušení člankování řeči (dyslalie, dysartrie)

10.3.2.5 Narušení plynulosti řeči – balbuties – tumultus sermonies

10.3.2.6 Narušení grafické stránky řeči – specifické vývojové poruchy školních dovedností

10.3.2.7 Narušení zvuku řeči

10.3.2.8 Symptomatické poruchy řeči

Z historie

Alexander Graham Bell (1847-1922) studoval původně medicínu a v té době se věnoval pokusům v akustice. Vztah k tomuto oboru podnítil asi jeho otec, který byl učitelem dětí se sluchovými vadami a také matka, která byla téměř hluchá. Po studiu se věnoval zkoumání fonetických vlastností lidských mluvidel a získal profesuru v oboru fyziologie lidské řeči. Do základu vzniku sluchadel patří i jedna z jeho prvotin – ušní fonoautograf, založený na mechanickém přenosu zvukových vln. Následovala pak snaha o přeměnu zvukového vlnění v elektrické, což dalo základ elektroakustice a mj. také telefonu. V tomto oboru a v téže době nebyl ale



jediný, mj. k nim patřil i Ital Antonio Meucci, kterému byl za více jak století připsán vynález telefonu přímo americkým kongresem.

A.G. Bell s prvním přístrojem

(foto Profimedia)

T.G.Masaryk (1850-1937): „Otázka sociální“ (1898)

„Varoval bych odpůrce socialismu, aby z krize v marxismu nečerpali naděje pro své strany – z této krize může naopak vyrůst socialismu značná síla...“

„Naše nynější krize“ (1895)

„Nesdílím-li konečné teorie Marxovy právě tak, jak nesdílím učení jeho odpůrců, sdílím přece úplně přesvědčení těch, kteří vůkol sebe v naší společnosti vidí mnoho a mnoho nespravedlnosti a kteří proto hlásají, že musíme spravedlnosti zjednat průchod. Vyložil jsem v České otázce, že humanitní ideál, ideál český, je dnes ideálem sociální reformace, to znamená, že se musí dostat spravedlnosti těm, jichž se jí podle našich nynějších řádů nedostává, kteří jsou vyloučeni od svobodné práce. Protože nesouhlasím s Marxem, nejsem k tomu slep, že naši dělníci jsou utlačováni.“

PATHOLOGIE UND THERAPIE
DER
SPRACHANOMALIEN

FÜR
ÄRZTE UND STUDIRENDE

VON

DR. RAFAEL COËN,
PRAKT. ARZT IN WIEN.

MIT 3 HOLZSCHNITTEN.

WIEN UND LEIPZIG.
URBAN & SCHWARZENBERG.
1886.

Titulní strana učebnice poruch hlasu a řeči z r. 1886. Má 246 stran a dole uvedený její obsah naznačuje rozsah tehdejších znalostí, jistě pro mnohé překvapující. Autor, vídeňský lékař, připomíná že jeho dílu předcházela Kussmaulova publikace „Versuch einer Pathologie der Sprache“.

(Z obsahu: šišlavost, patlavost, dyslalie, lalofobie, koptavost, alalie, hluchoněmost aj.)

Historii české foniatry a jejímu zakladateli prof. Seemanovi byla věnována pozornost v Předmluvě eORL v kapitole 00 – Obsah...

INHALT.

	Seite
Einleitung	1
Erster Theil: Die Anomalien der Sprache:	
I. Articulationsstörungen der Sprache:	
Das Lispeln	7
Das Schnarren	17
Das Dahlen	23
Das /-Stammeln	25
Das Stammeln	27
Das Näseln	36
II. Functionsstörungen der Sprache:	
Das Poltern	41
Das Gaxen	43
Aphthongie und Lalophobie	45
Das Stottern	50
Zweiter Theil: Die Sprachlosigkeit:	
I. Hörstummheit	227
II. Taubstummheit	231

Problematikou poruch hlasu a řeči se zabývá foniatrie, která je nastavbovým oborem otorinolaryngologie. Mimo otorinolaryngologa je nejbližším spolupracovníkem foniatra logopéd. Klinická logopedie je směr speciálního učitelství, který se zabývá, po stanovení diagnózy foniatrem a v rámci komplexní foniatrické péče, rehabilitací poruch lidské řeči. Foniatrie má úzké vztahy k psychologii a psychiatrii, neurologii, stomatologii, fonetice, pediatrii, akustice aj.

Obecná foniatrie.

Odkazují na příslušné pasáže kapitoly 1, 2, 3 obecné otorinolaryngologie a připomínám:

Mluvní komunikace:

- je podmíněna sociálně, tj. komunikující společností.

- je založena na sluchové percepci

na schopnosti CNS poznávat zvuky, analyzovat je, přemýšlet o jejich významu a reagovat na ně expresí, fonační a artikulační realizací

na zpětné vazbě sluch – CNS atd.

• Obecně o hlase

Foniatrie vyšetřuje hlas otorinolaryngologicky

akusticky (z hlediska kvality, rozsahu, spektrální skladby)

mechanicky (elektrofyzilogicky, aerodynamicky)

sociálně

Poruchy hlasu mohou být organické – artrogenní poruchy hybnosti

myogenní poruchy – svalové dystrofie

neurogenní – poruchy inervace n. X

změna hmoty – otoky, záněty, nádory

funkční – z přetížení a chybné tvorby hlasu (dynamiky),

tj. hyperkinetické a profesionální dysfonie

neurologicky podmíněné – spastické a symptomatické

(Parkinson, myastenia), paradoxní dyskineze

psychicky podmíněné – neurotické fonastenie, afonie,

somatoformní.

Základními příznaky onemocnění hlasu jsou

- chrapot – raucedo, nečistota hlasu

- hlasová nevykonnost, zkrácená doba fonace, zúžený rozsah hlasu

- hlasový dyskomfort – hrtanové parestézie, pocit suchosti, kašel, dechový stres, unavitelnost, hlasové vyčerpání, selhání hlasu.

Z toho plyne posuzování hlasových parametrů

- kvality hlasu: čistoty, barvy a rozsahu

- výkonnosti hlasu

- komfortnosti tvorby hlasu.

Obecné léčebné postupy:

- hlasová rehabilitace, reedukace, hlasová pedagogika:
- cvičení dechové, fonační (a artikulační) koordinace.
- výcvik náhradních hlasových mechanismů: vestibulární hlas, tzv. jícnový hlas, umělý hlas – elektrolarynx, bukální šepot.

Laryngochirurgie viz též laryngologie, kapitola 8:

- mikrolaryngochirurgické a endoskopické ošetření lézí
- funkčně rekonstrukční laryngochirurgie
 - úprava dýchacích cest
 - úprava fonace – fonochirurgie
 - tvorba náhradního hlasu po laryngektomii – neoglottis a tzv. hlasové protézy.

● **Obecně o řeči**

Řeč je vrozený lidský prostředek komunikace.

Jazyk je konkrétní komunikační způsob, kterému se člověk učí.

Mluva je konkrétní sdělení.

Lingvistika (sociolingvistika) se zabývá analýzou jazyka

Pedagogika vyučuje jazyky, speciální pedagogika s přihlédnutím k tělesným a duševním hendikepům. **Logopedie** věnuje svoji vědní pozornost poruchám komunikace, ve své klinické praxi se pak především zabývá nápravou poruch řeči (viz 10.3.2). Řeč úzce souvisí s filozofií, informatikou a široce se všemi vědními činnostmi.

Lékařství studuje biologickou podstatu řeči a její patologii a terapii.

Biologické předpoklady řeči jsou

- **organické** – sluch a dráhy, CNS a periferní nervy a jejich koordinace, fonační a artikulační ústrojí, tj. hrtan a mluvidla,
- **funkční** – vyšší nervová činnost, zpětná vazba akustická a motorická,
- **sociální** – komunikační stimulace se děje jen v rámci společnosti.

10.1 Poruchy hlasu

Na tvorbě hlasu se účastní dýchání a fonace. Poruchy hlasu mohou mít původ organický nebo funkční. Organické poruchy hlasu jsou působeny nerovnostmi na hlasivkách na podkladě zánětů, nádorů a objemovými rozdíly mezi hlasivkami (viz 8.2 a 8.3). Funkční poruchy mají svůj původ v neuropatických a myopatických obrnách a v hlasivkových dyskinezích (viz 8.4).

10.1.1 Hlasivkové dyskineze

Funkční porucha tvorby hlasu se projevuje někdy hyperfunkcí a spasticitou, jindy hypofunkcí až atonií.

Hyperkinetická dysfonie je vyvolána neúmyslnou nadměrnou kontrakcí fonačního svalstva, včetně zevního svalového závěsného aparátu hrtanu, a často též dýchací a

artikulační svaloviny. Postihuje děti i dospělé. Hlas je chraptivý, tlačенý, s tvrdým nasazením, nemocní pociťují různé parestázie a hlas je snadno unavitelný. Extrémní formu hyperkinetické dysfonie představuje tvorba hlasu uzávěrem vestibulárních řas.

Dysphonia spastica je podobná, je však řazena již mezi hlasové (psycho)neurózy. Při laryngoskopii je hlasová štěrbina sevřená, při snaze o fonaci nejsou stroboskopicky patrné kmity, je patrné stažení epiglottis a arytenoidních hrbolů směrem do vestibula hrtanu, který se vysouvá k bradě. Často při zpěvu nález mizí. Jednotka se blíží níže uvedeným dyskinezím, které mají psychogenní původ.

Hypokinétická dysfonie je charakterizována atrofíí m. vocalis a následkem je poloměsíčitě nebo vřetenovitě zející štěrbina mezi hlasivkami při fonaci. Nález připomíná obrnu m. vocalis. Vzniká místní nebo celkovou tělesnou slabostí a vyčerpáním při konzumpčních poruchách a nemocech látkové výměny, při oběhových a respiračních chorobách a může být konečným důsledkem hyperkinetické dysfonie. Hlas je nevýrazný, nezvučný, dyšný až šeptavý.

Fonastenie se projevuje unavitelností hlasu se snížením jeho dynamiky a zúžením frekvenčního rozsahu. Přitom je laryngoskopický nález normální a soudí se, že jde rovněž spíše o psychogenně navozené obtíže.

Hysterická (psychogenní) obrna hlasivek je funkční centrální porucha, která vzniká častěji u žen po nadměrných emočních podnětech. Projevuje se afonií při uchování zvučnosti reflexních hlasových projevů, jako je kašel, pláč a smích.

Psychogenní původ mají též vzácnější **dyskineze hlasivek**: při pokuse o tvorbu hlasu zůstávají hlasivky v abdukci a výsledný šepot je obtížně slyšitelný, často jsou vyřazena afonická slova nebo jen slabiky. Tento stav bývá kombinován s inspirační křečí hlasivek s nádechovým stridorem, který nemocní někdy využívají k tvorbě hlasu (viz též 8.4.2).

10.1.2 Mutační a hormonální poruchy hlasu

Mutační poruchy hlasu vznikají častěji u chlapců, u nichž dochází v pubertě vlivem růstu hrtanu a zejména délky hlasivek k fyziologickému snížení hlasu a zúžení jeho rozsahu, dočasně až o jednu oktávu. Výjimečně jde o poruchy organické, endokrinní, častěji o opoždění mutace. V léčbě je důležité nevyčkávat na samovolnou úpravu, fixací fistulkového hlasu vzniká nejen psychický stres, ale často i druhotné organické poškození hlasivek. Časná rehabilitace je i rychle úspěšná.

Hormonální poruchy hlasu vystupují častěji do popředí u žen v souvislosti s endokrinními výkyvy v pubertě, těhotenství a menopauze, méně výrazně v průběhu ovulačního cyklu. Hlas ovlivňuje podávání androgenů a testosteronů (např. při medikamentózní léčbě hormonálně závislých nádorů), hormonálních kontraceptiv, předávkování tyreostatik, a dále změny u akromegalie, hypertyreózy, při poruchách nadledvin aj.

V léčbě hlasových poruch je zaměřena pozornost k prvotním i následným zánětům, chirurgicky se odstraňují nerovnosti hlasivek, jizvy, uzlíky, polypy. Kauzálně jsou

léčeny zjištěné hormonální příčiny, odstraňovány chyby v hlasové hygieně aj. Na počátku léčby je nařízen naprostý hlasový klid. Pak jsou zvnějšku prováděny masáže svaloviny galvanickým proudem za současného hlasového cvičení. Podle okolností jsou zapojovány do fonační funkce nebo naopak z ní vylučovány zevní fonační a prelaryngeální svaly. Cvičením je zlepšována dechová technika, nasazení hlasu a jeho výšky, artikulace vokálů a konsonantů. Psychické trauma je často podkladem nebo důsledkem nemoci a je proto nezbytná povzbudivá psychoterapie. Podávání sedativ a psychofarmak má podpurný význam. U dětí je využívána též aktivní muzikoterapie.

10.1.3 Profesionální poruchy hlasu

Činitelé, kteří vedou k profesionální poruše hlasu, mají povahu organickou, funkční a psychickou, často sdruženou. **Organické poškození hlasivek** vzniká působením prostředí s prašností, s plyny a výpary, zejména ve spojení se zvýšeným hlasovým úsilím. Hlasové přetížení a duševní stres mohou vyvolat poruchu funkční.

Hlasové přetížení vzniká jednak u hlasových profesionálů, jednak u pracovníků v nadměrném hluku, kdy jsou na intenzitu mluvy kladeny mimořádné nároky. Tak je tomu např. v textilním a strojírenském průmyslu. Hlas je běžně přetěžován při překonávání hlukové kulisy v dopravě a na diskotékách. U hlasových profesionálů, herců, zpěváků, učitelů a politiků, spolupůsobí nezřídka **emoční a psychické faktory**. Vzniká pestrý obraz hyperkinetických a hypokinétických dysfonií a hrtanových změn.

V jejich **prevenci** je důležitá foniatriká porada při výběru povolání a pěstování zásad hlasové hygieny. V **léčbě** zpěvácích uzlíků, kontaktních ulcerací hlasivek, vleklých otoků a pachydermií jsou používány inhalace, chirurgická léčba a zejména hlasová edukace. Ke vzniku poruch hlasu přispívají kouření, pití alkoholu, užívání hormonálních kontraceptiv, vleklé infekce dýchacích cest aj.

10.1.4. Tremor hlasivek

Tremor hlasivek je příznakem řady neurologických onemocnění, ale vyskytuje se i v esenciální podobě, bez neurologických příznaků.

Jde o rytmické mimovolní oscilační pohyby hlasivek, které interferují s volní tvorbou hlasu a vedou k fluktuaci amplitudy a základní frekvence hlasu. Postihují především vnitřní a někdy i zevní hrtanovou svalovinu, samostatně nebo ve spojení nejčastěji s tremorem svalů měkkého patra, bránice, hrudní a břišní stěny.

Hlasový tremor přichází:

1. Jako doprovodný jev Parkinsonovy nemoci a s ní přidružených syndromů (např. při multisystémové degeneraci), dále u myasthenia gravis, u ataxií, hrtanové dystonie a též hypertyreózy.
2. Na podkladě funkčních hlasových poruch a spastické dysfonie.
3. Samostatně bez jiných neurologických poruch jako esenciální.

Patofyziologie: Svalovina hrtanu pro svoji multifunkčnost má složité neurologické řízení. Při tremoru se uplatňuje více patofyziologických mechanismů, mj. např. porucha v interakci mezi centrálním oscilačním zdrojem a periferní reflexní zpětnou vazbou.. Tremor obecně zpravidla pramení z lézí postihujících extrapyramidální systém a mozeček. Přitom svaly, podílející se na tvorbě hlasu a artikulaci, mohou být postiženy v různých kombinacích, na rozdíl od spastické dysfonie, která postihuje jen vnitřní hrtanovou svalovinu. Esenciální hlasový tremor vychází z cerebelloolivárního systému a často souběžně postihuje i větší část horního aerodigestivního traktu.

Hrtanové dystonie jsou častější u žen než mužů (asi 1 : 4), sdružují se ve vysokém procentu se spastickou dysfonií. Esenciální tremor přichází nejčastěji ve 2. a pak až v 6. deceniu, u lidí nad 55 roků obvykle ve spojení s Parkinsonovou nemocí a dysfonie patří i k prvním příznakům této nemoci. Asi u poloviny **esenciálních tremorů** lze zjistit autozomálně dominantní dědičnost. Esenciální tremor je charakterizován posturálním a kinetickým tremorem horních končetin a hlavy, který se výrazně mírní po požití alkoholu. Hlasový tremor stupňuje úzkost, stres a mírní alkohol.

Léčba spočívá v léčbě základních neurologických onemocnění.

- Parkinsonovy nemoci L-dopa terapie ve spojení s behaviorální léčbou, zkouší se hloubková mozková stimulace.
- U adduktorové spastické dysfonie je na dobu 3-4 měsíců účinná topická injekční aplikace botulotoxinu A
- Esenciální hlasový tremor: farmakoterapie propranololem, primidonem i methazolamidem mají výsledky nejisté.
- Dobré výsledky, byť přechodné, lze někdy docílit hlasovou a mluvní edukací.

Diagnostika a léčba musí být výsledkem spolupráce otorinolaryngologa, neurologa, foniatra a logopeda.

10.2 Poruchy řeči (též prezentace 15.14)

Mluva představuje speciální koordinovanou jednotu funkcí slyšení, paměti, fonace, dýchání a artikulace. Porucha kterékoli z uvedených funkcí se projeví poruchou mluvené řeči.

Podle věku je můžeme rozdělit na poruchy vývoje řeči a poruchy vzniklé po vyvinutí řeči, orientačně na poruchy dětské a dospělé řeči.

Poruchy dětské řeči:

- **Dyslálie, patlavost.**
- **Prostý opožděný vývoj řeči:** pozdní nástup řečových schopností bez funkční nebo organické poruchy mluvidel, CNS, smyslů, intelektu a stimulujícím životním

prostředím Projevuje se s ohledem na věk malou slovní zásobou, tvorbou jednoduchých vět a často dyslálií.

- **Vývojová dysfázie**, tj. porucha kognitivních a exekutivních funkcí při lehké mozkové dysfunkci. Tento termín vyjadřuje etiologii poruchy a v logopedii je dáována přednost popisu projevů syndromu, kterými jsou porucha pozornosti a hyperaktivita (Attention deficit hyperaktivity disorder - ADHD; hyperaktivitu mj. doprovází často též impulzivnost, vztahovačnost a nepřiměřené reakce). Často se k této formě dysfázie přidružují další psychické poruchy, jako např. dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie atd. Vývojová dysfázie je projevem deficitu mezi řečovou produkcí a abnormalitou řečové percepce. Může být perceptivní, když vnímání řeči zaostává za intelektem, nebo expresivní, když vyjadřovací schopnost zaostává za intelektem.

- **Vývojová dysartrie**, tj. porucha řečového projevu při dětské mozkové obrně, ojedinelé je anartrie, často dysfázie. Je přítomen závažný neurologický nález.

- **Opožděný vývoj řeči u pervazivních (všepřonikajících) poruch**: primární je narušení sociálních vztahů a dovedností (s projevy deficitu sociálního citění, abnormální komunikace a stereotypního chování). **Autismus** má patofyziologický podklad v postižených limbických strukturách, včetně neokortikálních a kmenových. Většinou je spojen s mentální retardací (tzv. nízkofunkční autismus). Vzniká interakcí genetických a vývojových faktorů.

- **Opožděný vývoj řeči při postižení rozumových schopností** – defektu intelektu, mentální retardaci. Jeho etiologie může být pre, peri a postnatální. Určení stupně retardace vyplývá z kvality, jakou dítě zvládá nároky životního prostředí. Je snížena schopnost abstraktního a logického myšlení, často při zachované dobré mechanické paměti a vizuálně motorické dovednosti.

- **Organicky podmíněná porucha vývoje řeči** při vadách mluvidel, např. při rozštěpech. Sem patří např. rhinophonia clausa a aperta.

- **Sluchově a zrakově podmíněná porucha vývoje řeči**. Extrémem je **hluchoslepota** s návaznými potížemi při komunikaci, sociální a funkční interakci s okolím. Hluchoslepota brání postiženému, aby si zajišťoval vlastní potřeby a mohl se smysluplně začlenit do společnosti.

- **Sociálně podmíněná porucha vývoje řeči** (sociální vyřazení, deprivace, komunity hluchých). Defekt sociálního prostředí v oblasti mluvní komunikace, chybí mluvní vzor.

- **Narušení plynulosti řeči - neurodynamické poruchy řeči: koktavost a breptavost**. Jde o porušení funkcí mechanismů koordinace tvorby řeči, zejména fonace, artikulace a výdechu se sensorickými vjemy, především sluchovými.

Vážnými poruchami řeči trpí děti asi v 8 %, z toho vývojové poruchy řeči tvoří 5-7 % a koktavost 1-2 %. Dyslaliemi – lehkou poruchou řeči trpí v předškolním věku až 40 %.

Podrobnosti viz dále.

Poruchy vyvinuté řeči (u dospělých):

- **Afázie** při a po cévních mozkových příhodách, úrazech a u nádorů.
- **Dysartrie** z těchto příčin, s poruchami artikulace, polykání a další neurologickou symptomatologií.
- **Jiné neurologicky podmíněné**, např. u Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci, při demenci, roztroušené skleróze, úrazech CNS apod. s fatickými, artikulačními a polykacími poruchami.
- **Psychicky podmíněné** při poruchách myšlení, emocí aj.

10.2.1 Opožděný vývoj řeči

Časové údaje vývoje řeči zdravého dítěte lze shrnout takto:

- do 6. týdne života období křiku
- od 6. týdne do 6. měsíce rozvoj vazby sluch - hlas, 1. období žvatlání
- od 6. do 9. měsíce na vazbu sluch - hlas se napojuje artikulace, 2. období žvatlání, na konci stadia napodobování a první rozumění slovům, období ozvěny
- od 9. do 12. měsíce počátek účelových slovních projevů
- od 12. do 15. měsíce zpřesňování významu slov, řeč jako funkce symbolů
- od 15. do 18. měsíce jednoslovní věty, kolem 20. měsíce fyziologická fáze koktání
- od 18. měsíce do 2 roků dvojslovní věty a agramatické víceslovní věty, začátek období dotazů
- kolem druhého roku delší agramatické oznamovací věty, upevnění symbolů v paměti
- ve třetím roce formované víceslovní věty, přebírání gramatických vztažných prostředků
- ve čtvrtém roce druhé období dětských otázek, budování logických a emocionálních vztahů, zdokonalování procesu paměť – řeč.

(Vývojová stadia řeči z hlediska lingvistiky: pragmatizace do 1 r. věku, segmentace a sémantizace do 2 r., lexemizace ve věku 3 až 4 r., gramatizace ve věku 4 až 5 r., intelektualizace od 5 r.)

Opožděný vývoj řeči má své **příčiny** v poruchách sluchu, intelektu, mozkových ústředí pro řeč a expresivních nervových drah. Sluchové ústrojí představuje pro řeč nejdůležitější vjemový orgán, a proto podle stupně a druhu nedoslýchavosti vzniká kusý a opožděný vývoj řeči nebo němota. Včasným zjištěním stavu sluchu dítěte určíme způsoby rehabilitace řeči. Při poruchách intelektu se vyvíjí řeč opožděně, výrazově a obsahově deformovaná. Vývoj řeči vážne u slyšících dětí v rodinách s omezenou mluvní komunikací, např. při hluchotě, intelektuální nebo sociální

nedostatečnosti rodičů. (Vyhledávání sluchově postižených novorozenců a kojenců – metodika viz 3.13.4)

10.2.2 Poruchy výslovnosti

Poruchy výslovnosti vznikají z příčin organických, jsou-li porušena mluvidla, sluch nebo intelekt, nebo z příčin funkčních.

10.2.2.1 Funkční poruchy výslovnosti

Jde většinou o jednoduché a často dočasné, sociální vývoj dítěte nehendikepující poruchy chybné fonetické realizace hlásek, při které se může patologicky fixovat jednodušší fonetická varianta hlásky.

Patlavost - dyslalie je charakterizována vynecháváním nebo nesprávným vyslovováním a tvořením hlásek. Samohlásky jsou postiženy zřídka, souhlásky často.

Šišlavost - sigmatismus je nesprávný způsob tvorby sykavek **s, c, z**, vzácněji **š, č, ž**. Vada často souvisí s nedoslýchavostí ve vysokých tónech a fyziologicky je organická při dočasné ztrátě prvních řezáků. **Ráčkování - rotacismus** vzniká tím, že dítě nedovede vytvářet kmity špičkou jazyka a obvykle zaměňuje **r** za **l**, nebo tvoří náhradní kmit rty, tváří, měkkým patrem a pod. Vadná výslovnost **ř** je rotacismus bohemicus, **l** lambdacismus atd.

10.2.2.2 Organické poruchy výslovnosti

Organické poruchy výslovnosti vznikají při anatomických a funkčních změnách artikulačního aparátu, např. při poruchách hybnosti jazyka, měkkého patra, dolní čelisti, poruchách v rozměrech, vzdušnosti a průchodnosti rezonančních prostor a poruchách v celistvosti a tvaru patra a stavu chrupu. Dále vznikají při nedoslýchavosti a hluchotě a mentální poruše.

Huhňavost - rhinolalia a rhinophonia vzniká buď neprůchodností horních dýchacích cest a je pak označována jako **uzavřená - clausa**, nebo naopak při nedostatečném patrohltanovém uzávěru při rozštěpech nebo obrnách patra - **palatolalie** - a je pak označována jako **otevřená - aperta**. Uzavřená huhňavost se vyznačuje nesprávným zněním nosovek: **m** zní jako **p** nebo **b** a **n** jako **d** nebo **t**. Při otevřené huhňavosti je podstatně zkreslen přirozený zvuk řeči změnou rezonancí a podle okolností poruchou artikulace na úžině patrohltanové a jazykopatrové. Řeč může být až nesrozumitelná.

Poruchy výslovnosti při nesprávném skusu (otevřený skus, předkus) vedou především k šišlání.

Léčba záleží v odstranění organických závad a v nápravných cvičeních, která zejména u dětí s rozštěpy patra musí být intenzivní a soustavná. Při nesprávném skusu se radíme s ortodontem. Je-li příčinou porucha sluchu, napravujeme ji podle okolností sluchadly, chirurgicky nebo rozvíjíme řeč za pomoci náhradních metod.

Prevence poruch výslovnosti spočívá v předcházení organickým vadám a poruchám a v jejich včasném léčení a v důsledné výchově ke správné výslovnosti v předškolním věku. To vyžaduje správný vzor řeči v rodině a mateřské školce. Ideální by bylo, kdyby pedagogové předškolní výchovy ovládali základy logopedie a po případě totéž učitelé základních škol.

10.2.3 Neurodynamické poruchy řeči

Jde o poruchy ve vyšší nervové činnosti.

- **Koktavost - balbuties** vzniká převážně v dětství, častěji u chlapců. **Příznaky** jsou tělesné a duševní. Prvé se projevují nadměrnou námahou, vyjádřenou křečovitými stahy dýchacího, fonačního a artikulačního svalstva a poruchou koordinace jejich činnosti a též tiky. To znemožňuje nemocnému souvislý slovní tok jehož příznaky jsou protahování slov, opakování, vsuvky, zrychlené tempo, pomlky atd. Dysfluence řeči je pak překonávána zvýšenou mimikou a gestikulací. Duševní příznaky jsou charakterizovány psychickou tenzí: strachem před určitými hláskami, slabikami a slovy (logofobie), kterým se snaží nemocný ve svém mluvním projevu vyhnout. Koktavost má své psychosociální důsledky, nemocní jsou ostýchaví, samotářští a trpí pocity méněcennosti. **Léčba** v dětském věku je dlouhodobá, a aspoň částečně úspěšná, v dospělosti bývají výsledky skromnější. Spočívá ve cvičné léčbě, podávání sedativ, anxiolytik, myorelaxancií a v psychoterapii. Koktavost má zřejmě organický podklad v oblasti mozkového kmene, ale na jejím projevení se podílí nesprávné výchovné prostředí s psychickou a fyzickou traumatizací.
- **Breptavost - tumultus sermonis** - je charakterizována postižením tempa řeči, která je překotná, zbrklá a v důsledku spolykaných koncovek zkomolená a nesrozumitelná. Koktavost a breptavost se mohou kombinovat.
- **Mutismus** může svojí dramaticností imitovat poruchy řečových ústředí. Nejčastěji se vyskytuje u dětí. Vzniká po nadprahových afektech u neuropatických osob. Ztráta mluvního projevu se může vztahovat jen k určité osobě, (elektivní mutismus) může trvat krátce, ale i několik roků. U totálního mutismu chybí jakékoliv zvukové projevy, např. intonování, kašel a kýchání (podobně jako u hysterické afonie.) **Surdomutismus** představuje ztrátu řeči s útlumem sluchového vjemu. Nemocní přitom jednájí logicky, mají zachovanou vnitřní řeč a jsou nápadní schopností "odezírat". Příčiny jsou stejné jako u předešlých stavů. (Nezaměnit za surdomutitas, tj. hluchoněmost) .
- **Mluvní negativismus** charakterizuje neochota či nechut' ke komunikaci obecně, nemocný nechce ani nahrazovat řeč neverbální, např. písemnou podobou.

10.2.4 Dysfázie – afázie

Systematika:

- **Motorická – expresivní – Brocova afázie.**

Při poruše motorických korových ústředí řeči vzniká **dysphasia** až **aphasia motorica**. Jde o poruchu v mluvním vyjadřování, plynulosti řeči. Doprovází mozkovou mrtvicí s hemiparézou, nádory aj. patologií v oblasti kortexu lobus insularis a přilehlé oblasti dominantní hemisféry. Nemocný je si vady vědom.

- **Mírná forma - dysfázie:** Mluví málo, agramaticky, obtížně artikuluje, řeč je výrazově chudá, redukována až na jednoslovné vyjádření. Je zvýšená hlasitost, tempo řeči je zpomalené, jsou projevy zadržávání.

- **Těžká forma – afázie:** Nemocný nemluví, ale rozumí, posunky naznačuje souhlas nebo nesouhlas s řečeným a podle toho i vyhoví žádostem mluvčího.

- **Senzorická – percepční – Wernickeova afázie – Akustická agnosie řeči**

Akustická agnosie řeči je jednou z forem centrální poruchy sluchu v důsledku postižení mozkové kůry v oblasti sluchového analyzátoru. Vzniká porucha chápání lidské řeči, nemocný nerozezná hlásky, slabiky, slova a obecně známé zvuky. To má za následek postupný rozpad řeči a vzniká **dysphasia sensorica**. Řeč se stává tichou a setřenou, pro poruchu jednoty zvuku a jeho významu nedovede nemocný ani opakovat, ukázat nebo pojmenovat. Je porušeno rozumění řeči i v psané podobě. Nemocný si poruchu neuvědomuje, na dotazy a výzvy adekvátně nereaguje. Vzniká při patologii v oblasti fossa Sylvii dominantní temporální (event. temporoparietální) krajiny.

- **Mírná forma:** Nemocný mluví jakoby plynně, hodně, ale „ne k věci“, artikulace nevázne.

- **Těžká forma:** Nemocný mluví s přesmyky písmen či slov (nahrazuje je nesprávnými), takže řeč je zmatená.

- Současně jsou různou mírou vyjádřeny projevy alexie, agrafie, často hemianopsie a poruchy parietální senzibility.

- **Úplná – globální – totální afázie**

Je kombinací obou předchozích a doprovází rozsáhlejší léze frontoparietální a horní temporální oblasti mozku. Současně bývá hemiplegie, hemihypestézie a hemianopsie.

- **Kondukční afázie**

Řeč je relativně plynulá s početnými parafráziemi, nemocný vcelku rozumí dobře, při těžší formě obtížně opakuje. Vzniká obvykle jako projev reparace percepční afázie a nebo při lézích v parietálním laloku a v oblasti horní části fossa Sylvii.

- **Amnestická – amnesticko-dysmonická afázie**

Nemocný zapomíná pojmy, nedovede pojmenovat i běžné předměty, popisuje je, ví k čemu slouží, z nabídnutých termínů vybírá správně, rozumění je správné. Vzniká při patologii hlubších struktur dominantního temporálního laloku mozku.

10.2.5 Dysartrie

Dysartrie představují poruchu výslovnosti při postižení CNS v oblasti mluvního aktu. Mluva vzniká činností mluvidel v souhře s hlasovým a dechovým ústrojím a stojí pod kontrolou sluchu a propioceptivního systému mluvidel. Dysartrie dělíme podle úrovně nervové integrace na **kortikální, z poruch bazálních ganglií a mozečku**. Dysartrie doprovází celou řadu neurologických diagnóz, poměrně často cévní mozkové příhody. Podle etáže postižení se dysartrie kombinují s poruchou sluchu, žvýkání, polykání, tvorby hlasu a koordinace mluvního projevu.

Poruchy artikulačních, fonačních a koordinačních ústředí s následnou dysartrií, fonastenií a koktáním mohou vzniknout vlivem neurotoxinů (beryllium, kysličník uhelnatý, sirouhlík, mangan, rtuť aj.).

Diagnostika a léčba afázií a dysartrií se děje ve spolupráci s neurologem, mutismů s psychiatry. Prognóza je závislá na vývoji organického podkladu stavů.

10.3. Doplnky

(Problémy mluvní komunikace u laryngektomovaných viz 8.6.5)

10.3.1 Hlasové a řečové problémy při Parkinsonově nemoci

Viz též 10.1.4

Porucha hybnosti hlasivek a problémy s artikulací a rezonancí patří k základním projevům Parkinsonovy nemoci, kterou obecně charakterizuje rigidita a tremor svalů.

Rozlišují se tři formy:

- Idiopatická Parkinsonova nemoc (IPN) bude podrobně probrána dále.
- Sekundární Parkinsonova nemoc (SPN): svými projevy je shodná s IPN, ale její příčinou jsou některá farmaka (tremor je např. dobře známý u některých myorelaxancií) a úraz nebo nádor CNS.
- Parkinsonismus plus syndrom (PPS). Manifestuje se symptomy IPN, základem syndromu je geneticky podmíněný defekt a specifické patologické změny, např. mnohočetná systémová atrofie, degenerace kortikobazálních ganglií a supranukleární progredující obrna.

Idiopatická Parkinsonova nemoc začíná třesem, patrným nejdříve na prstech a tech. Třes mizí při aktivním pohybu končetin nebo celého těla. Obličej je zpravidla

jakoby strnulý do podoby masky, v pozdějších stádiích je patrné slintání, třes víček až mrkání, chůze je šouravá, je ztížený výstup z auta, později vstávání z lůžka či židle, ruce se stávají neobratné, ale na druhé straně vykazují tuhost při pasivních pohybech pažemi. Vyhasínání posturálních reflexů vede ke strnulému postoji a při chůzi k pádům. Přichází nejčastěji po sedmdesátce a u starších osob je nejčastější příčinou pohybových problémů.

Z hlediska ORL, foniatrie a logopedie je nejzávažnější narůstající neschopnost mluvní komunikace.

Mluvní problematika: Tento druh manifestace je zpravidla druhotný, ale s postupem nemoci si více jak polovina nemocných stěžuje na třes hlasu (a podstatně častěji pak okolí na „chrapot“, nedynamičnost, monotónnost). Nejméně třetina nemocných problém mluvní komunikace považuje za hlavní problém své nemoci. Přes naléhavost hlasových symptomů je jen část nemocných vyšetřena laryngologem či foniatrem a rehabilitována logopedem.

Vedoucí problematikou při mluvení je:

- Hypokinetická dysfonie a dysartrie
- Monotónnost, neznělost, tremor hlasu až chraptivost, diplofonie
- Nepřesná artikulace, opakování slov
- Omezená mluvní mimika obličeje i gestikulace

Patologie

PN je důsledkem ztráty pigmentovaných dopaminergních neuronů. Výpadek dopaminu vede ke vzrůstu inhibujících podnětů z globus pallidus: následuje hypokineze.

Diagnostika

používá tradiční ORL a foniatické metody, zejména ilustrativní je stroboskopie pomocí flexibilní transnazálně zavedené optiky.

Klinický nález.

Tremor je patrný jak v klidovém respiračním postavení hlasivek, tak při fonaci. (Na končetinách je patrný tremor v klidu). Hrtanový tremor je prvotně patrný jako vertikální pohyb hrtanu asi u 50 % postižených. U PPS je častější, asi u 2/3 nemocných, a maximum projevu je na arytenoidních hrbolech. Při stroboskopii klasické IPN je vidět vřetenovitý až ovoidní tvar fonační štěrby, zpravidla fázově nesouměrný. Postupem nemoci pozorujeme atrofii hlasivek a s tím pak souvisí klesající síla hlasu a zkrácená fonační doba. Současně se objevují i poruchy senzitivity hrtanového vchodu s následnými aspiracemi. S úplnou obrnou se setkáváme u PPS.

Terapie.

Základní léčba je **neurofarmakologická**, jejíž výsledek je nejlépe patrný na končetinách a již méně na hlasivkách. Hlavními léky jsou levodopa a carbidopa, dále agonisté dopaminu a anticholinergní látky.

Neurochirurgická léčba: jako účinnou se ukázala jen hluboká stimulace subthalamického jádra, která někdy působí i pozitivně na tremor hlasivek a

artikulaci. Běžné stereotakticky vytvářené léze nebo takto zavedené stimulační elektrody do thalamu, globus pallidus nebo subthalamického jádra mohou řeč dokonce zhoršit.

Funkční laryngochirurgie (fnochirurgie) využívá mediopozice, obvykle injekční instilací příslušných biokompatibilních látek. Artikulační problémy jsou chirurgicky neřešitelné.

Foniatrická a logopedická rehabilitace se ukazuje jako nejúspěšnější, byť dočasně. Léčba je zaměřena na zvýšení intenzity hlasu, melodičnost, zvučnost a náročný objem cvičení může připomínat rehabilitaci u koktavých: provádí se po dobu nejméně jednoho měsíce ve 3 až 4 sezeních týdně. Cvičí se koordinace výdechu s fonací a obojí s artikulací, rehabilituje se uzávěr hlasivkové štěrbině, cvičí se polykání bez aspirací atd.

Následující kapitolu zařazuji proto, abych představil klinickou logopedii. Logopedi, jak výše uvedeno, patří k blízkým spolupracovníkům foniatrů a otorinolaryngologů. Faktické rozdíly nejsou podstatné, rozdíly jsou v systematicce a je v zájmu ORL i logopedů, ale také jejich pacientů, aby se rozdíly pojetí sblížovaly, i to patří, jako prostředek rozumění, do lidské komunikace. (Ovšem největší překážkou v mezioborovém a obecně mezilidském rozumění jsou odborné slangy, které někdy trpí přímo „obžerstvím“ v užívání cizích slov i tam, kde jsou odpovídající české pojmy: snad se jejich tvůrci domnívají, že tím nabývají na nějaké kvalitě či dokonce vědeckosti. Další potíží jsou terminologické proměny v čase: posuny v poznání přináší náhrady starších termínů novějšími v tempu, že si přestávají rozumět mladší se staršími: jedni neví, o čem hovoří druzí. Vůbec nejhorší pak jsou situace, kdy pro nemoc dávno popsanou a pojmenovanou někdo vymyslí zcela nový termín, protože starší literaturu nečetl a tento termín, i když je nesmyslný, se dokonce ujme.

10.3.2. Kateřina Jehličková: Logopedické pojetí poruch lidské komunikace (formálně upraveno I. Hybáškem)

Narušená komunikační schopnost

Předmětem zájmu logopedie je člověk s **narušenou komunikační schopností** (NKS). Tento termín je širší než termín „porucha řeči“. Komunikační schopnost je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Přitom může jít o rovinu foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou nebo pragmatickou, resp. může jít o slovní i neslovní, písemnou nebo mluvenou podobu vzájemné komunikace, její expresivní i impresivní složku.

NKS dělíme do 10 okruhů:

- Vývojová nemluvnost (dysfázie)
- Získaná orgánová nemluvnost (afázie)
- Získaná neurotická nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus)
- Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
- Narušení plynulosti řeči (balbuties, tumultus sermonis)
- Narušení grafické stránky řeči (specifické poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie)
- Narušení zvuku řeči (palatolalie, rinolalie)
- Symptomatické poruchy řeči
- Kombinované vady řeči představují různé souběhy předchozích
- Poruchy hlasu (viz 10.1)

10.3.2.1 Vývojová nemluvnost - dysfázie

Vývojová dysfázie spadá do okruhu specifických poruch řeči a jazyka. Představuje velice komplikovanou oblast logopedie, zejména kvůli množství příčin a symptomů. Vývojovou dysfázií, neboli specificky narušený vývoj řeči, lze charakterizovat jako strukturální a systémové narušení, zasahující v různé míře jednu nebo více úrovní komunikační schopnosti. Vývojová dysfázie se projevuje ztíženou schopností až neschopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.

Jsou předpokládány několikeré **příčiny vzniku**, např. difuzní poškození tzv. řečových zón mozku v časných stádiích, poruchy centrálního zpracování řečového signálu, aj.

Charakteristické příznaky vývojové dysfázie řadíme do těchto oblastí:

- **specifické obtíže ve sluchové percepci** (nerozlišování fonologických opozic znělost/neznělost, tvrdost/měkkost, délka/krátkost),
- **obtíže při sluchové analýze a syntéze**, tzv. artikulační neobratnost a specifické asimilace),
- **poruchy uchování zpracované informace** (poruchy v krátkodobé, verbálně akustické paměti, poruchy rytmických schopností),
- **poruchy jazykových schopností** (dysgramatismy, chybné časování, skloňování, určování rodu, nepřesné užívání předložkových vazeb, zvrtných zájmen).

K dalším symptomům se řadí deficity v kresbě, hrubé a jemné motorice, oromotorice, orientaci v čase a v prostoru, pozornosti.

10.3.2.2 Získaná orgánová nemluvnost - afázie

Afázie je získaná porucha tvorby a rozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku. Rozlišujeme různé stupně afázie, rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a místo poškození mozku. Nejzávažnější afázie vznikají u rozsáhlých lézí zasahujících fronto-temporo-parietální oblasti mozku, především v korové oblasti, nejčastěji při stenóze nebo okluzi a. cerebri media. Můžeme se s nimi setkat i při lézích níže uložených oblastí mozku, spojených s korovými oblastmi, které se podílejí na jazykových procesech.

Etiologickými faktory afázie jsou cévní mozkové příhody (ischemické i hemoragické), traumata mozku, mozkové expanze, encefalidity, degenerativní onemocnění mozku, aj.

Klasifikace afázií je různorodá, v klinické praxi se nejvíce užívá základní, i když značně zjednodušené rozdělení – **motorická afázie** (Brocova, expresivní), **senzorická afázie** (Wernickeova, receptivní) a **totální afázie** (globální). V akutní fázi onemocnění (2-3 týdny) se klinický obraz často mění, **příznaky** se prolínají, ustupují nebo vyplouvají na povrch.

Základní příznaky: poruchy plynulosti, přízvuku, melodie, tempa, přestávek i hlasitosti řeči (prozódie), poruchy pojmenovávání předmětů, řečové automatismy, opakování slov, agramatismy, snížená schopnost až nemožnost větného vyjádření (parafrázie), poruchy rozumění, poruchy čtení a psaní, logorhea (překotná rychlá

mluva se sníženou srozumitelností).

10.3.2.3 Získaná neurotická nemluvnost – mutismus

Mutismus spadá do oblasti získaných poruch řeči na funkčním podkladě, jde o problém na hranici logopedie, psychologie, psychiatrie a foniatrie. Jde o nepřítomnost řečových a zvukových projevů již osvojené řeči v různých prostředích a situacích. Největší výskyt mutismu se uvádí v období předškolního věku, v dospělosti se objevuje jako součást jiné dominující poruchy (fobie, úzkosti, aj.).

Příčinami vzniku mohou být psychické (traumata, strach ze ztráty blízké osoby, stresové situace, strach ze selhání) nebo organické faktory (vývojové poruchy, psychózy, genetické predispozice).

Mutismy se dělí na totální a elektivní mutismus, či selektivní mutismus.

Totální mutismus je **charakteristický** úplnou ztrátou řečových a zvukových projevů (chybí i zvukové projevy doprovázející kašel, kýchání), jedinec nekomunikuje s žádnou osobou a v žádné situaci. **Elektivní mutismus** je typický nemluvností jen v určité skupině lidí nebo v určitých situacích, které si ale jedinec nevybírá. Od mutismu je nutné odlišit **mluvní negativismus**, kdy jde o nechuť k dorozumívání, jedinec nemluví a není ochoten používat ani neverbální komunikaci (zatím co u mutismu se snaží kompenzovat verbální řeč neverbální formou).

10.3.2.4 Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)

- **Dyslalie**

Jde o neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem.

Nejčastěji užívanou **klasifikací** je klasifikace dle vývojového hlediska:

- **fyziologické obtíže v řeči** (3-5 let) – hovoříme o nesprávné výslovnosti, kdy dítě tvoří hlásky nepřesně, vynechává je nebo je nahrazuje artikulačně jednoduššími hláskami

- **prodloužená fyziologická dyslalie** (5-7 let) – nedošlo ke spontánní úpravě v průběhu vyzrání CNS, fonemického rozlišování, motoriky artikulačních orgánů (nezahrnuje vadnou výslovnost)

- **dyslalie – vadný mluvný stereotyp se zafixoval, dítě tvoří hlásky vadným způsobem, na jiném artikulačním místě.**

Etiologie je rozličná, příčiny mohou být organické (narušení nervových drah, centra řeči) nebo funkční (neobratnost mluvidel, nesprávné slyšení zvuků).

V rámci dyslalie mluvíme o **vadné výslovnosti**, když dítě vyslovuje hlásku (hlásky) na jiném artikulačním místě, dochází k jiným způsobům tvoření, nebo hlásku (hlásky) vynechává. Pokud dítě hlásku vynechává, jedná se o **eliminaci** (deleci). Pokud dítě neumí fyziologicky vyslovit hlásku a pravidelně ji zaměňuje za jinou (artikulačně jednodušší), nazýváme tento jev **substitucí** (dříve paralálií).

- **Dysartrie**

Dysartrie má podobu vývojovou a získanou: **vývojová dysartrie** má svůj podklad ve vrozené lézi CNS, **získaná dysartrie** v dětství či v dospělosti je následkem traumat, infekcí a expanzí v CNS. Podrobnější dělení na podtypy využívá hledisko lokalizace léze, dysartrii rozlišujeme na kortikální, pyramidovou, extrapyramidovou, cerebelární, bulbární a kombinovanou.

Jak vývojové tak získané dysartrie charakterizují obtíže při hláskování, vyslovování (nikoli výslovnosti, kdy jsou porušeny jen některé hlásky), narušena je i prozódie řeči (přízvuk, melodie řeči, tempo řeči, pauzy i hlasitost).

Etiologicky jde o neurologickou poruchu řeči, která vzniká v důsledku ochrnutí, slabosti nebo poruchy koordinace svalstva podílejícího se na tvorbě řeči.

Vývojová dysartrie postihuje řeč v oblasti vlastní realizace, chybný plán motorické realizace se promítá do artikulace, dechových poměrů, fonace, intonace a rezonance. Může být spojována s dysfagií, velice často se objevuje u dětí s DMO (ICP).

10.3.2.5 Narušení plynulosti řeči – balbuties – tumultus sermonis

- **Balbuties – kóktavost**

Dnešní vymezení balbuties zahrnuje komplexnost problematiky etiologie a symptomatologie: jde o syndrom narušení soustavy koordinace orgánů, podílejících se na řeči, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným rozdrobením plynulosti řeči, což narušuje komunikační záměr.

Etiologické faktory jsou dodnes nejasné a neustále diskutované, nicméně převažují názory o organickém podkladu v oblasti CNS.

Kóktavost charakterizuje **triáda příznaků**:

- nedobrovolné a nekontrolovatelné dysfluence (repetice – opakování, prolongace – prodlužování, interjekce – vkládání, přerušovaná slova, tiché pauzy, opravy a nekompletní slovní zvraty), kterou doprovází
- nadměrná námaha při artikulaci (narušené koverbální chování – kývání ze strany na stranu, kolébání se, zrychlená, překotná motorika, nápadně neklidný spánek, motorická nejistota v gestikulaci) a dále
- psychická tenze během promluvy (vyhýbavé chování, tiky, manipulace s oblečením nebo vlasy, vrcholem je logofobie).

Klasifikace kóktavosti:

- **vývojová dysfluence** (fyziologické neplynulosti bez nadměrné námahy a psychické tenze, které se vážou na předškolní věk a spontánně zaniknou)
- **hraniční kóktavost** (má znaky vývojové dysfluence, ale pozorujeme vyšší frekvenci opakování částí slov a jejich prolongací – může trvat několik týdnů, po té se řeč může stát opět fluentní nebo se rozvine v kóktavost)
- **incipientní kóktavost** (průnik dysfluencí a nadměrné námahy)
- **chronická kóktavost** (průnik triády symptomů – dysfluence, nadměrná námaha a psychická tenze, často doprovázeno logofobií)
-

- **Tumultus sermonis – breptavost**

U koktavosti je narušena dynamika řeči, **u braptavosti je pozměněno (akcentováno) tempo řeči**. Breptavost je **charakteristická** tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, verbální i nonverbální.

Příčiny nejsou zcela objasněny, poslední výzkumy dokazují organický podklad (drobné změny na EEG nálezu, narušena zpětnovazební reakce ve striopalidární oblasti bazálních ganglií).

Hlavní **příznaky** jsou patrné nejen v řečovém projevu, ale i v celkovém chování. Vlivem rychlosti mluvy a snížené preciznosti artikulace dochází k interverbální akceleraci (zrychlení tempa se projevuje i uvnitř jednoho slova, dochází k vynechávání hlásek, slabik v rámci jednoho slova), redukci souhláskových skupin, nápadná je i celková motorika, chůze, časté nádechy při řeči, respirační dysrytmie aj.

10.3.2.6 Narušení grafické stránky řeči – specifické vývojové poruchy školních dovedností (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie atd.)

Pojmem specifické vývojové poruchy školních dovedností (SVPŠD) označujeme nesourodou skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení a psaní, naslouchání a matematiky. Tyto vady mají individuální charakter a vznikají na podkladě deficitu CNS. Ačkoliv problémy učení mohou být v souběhu s jinými handicapujícími podmínkami (např. sensorická postižení, mentální retardace, poruchy chování) nebo zevními vlivy (kulturní odlišnosti, nedostatečná, popř. nepřiměřená výchova), nejsou poruchy učení přímým následkem těchto podmínek nebo vlivů.

SVPŠD **klasifikujeme (podle MKN 10)** na specifické poruchy čtení, psaní, počítání, smíšené poruchy školních dovedností, jiné poruchy školních dovedností a vývojové poruchy školních dovedností nespecifikované. V této klasifikaci nalezneme i diagnózu – nedostatky v českém jazyce (matematice) způsobené nedostačující výukou.

Dnes se přikláníme k multifaktoriální **etiologii** - dysfunkce CNS, vliv genetických predispozic, korových morfologických abnormalit, odchylek v organizaci mozkových aktivit, vjemových deficitů, laterality, poruch exekutivních funkcí, poruchy fonologického zpracování, aj. Existují i exogenní příčiny, které mohou komplikovat či umocňovat vnitřní predispozice (didaktogenní vlivy, postoj rodičů), ale sami o sobě SVPŠD nezpůsobují.

Příznaky dělíme na specifické (vztahují se ke konkrétnímu typu SVPŠD) a nespecifické. Nespecifické příznaky jsou přítomny i u jiných specifických vývojových poruch, řadíme k nim deficity pozornosti, zvýšenou unavitelnost, deficity paměti, motorické deficity, obtíže v prostorové orientaci a ve vnímání posloupnosti, obtíže v pravolevé orientaci, v jazyce a řeči, emoční labilitu a psychomotorickou nerovnováhu, poruchy aktivity a smyslové integrace.

10.3.2.7 Narušení zvuku řeči

Palatolalie

Orofaciální rozštěpy jsou orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní a orgány velofaryngeálního závěru.

Rozlišujeme rozštěp rtu, rozštěp patra a rozštěp patra a rtu, které mohou být jednostranné nebo oboustranné (podrobnosti 4.1.1.2).

Tyto rozštěpy působí jako **prvotní příčina palatolálie**, nejsou-li operativně upraveny (popř. se nepodařilo vytvořit dostatečný velofaryngální závěr a vznikla tak velofaryngální insuficience). Další příčinou vzniku může být proděravění patra (traumata, záněty, nádory), rozpad švu patra atd., kdy při artikulaci uniká vzduch otvorem do dutiny nosní.

Mezi základní **symptomy** patří velofaryngeální insuficience, poruchy nazality, nesprávná artikulace, poruchy hlasu a sluchu, narušené koverbální chování (mimika, chování, které doprovází komunikaci). Při artikulaci samohlásek je typické hypernazální zabarvení, u souhlásek je slyšitelný únik vzduchu nosem, často dochází k posunu artikulační báze vzad. Deformity při artikulaci se mohou vzájemně kombinovat, což výrazně narušuje i srozumitelnost řeči. V nejtěžších případech jedinec tvoří souhlásky omezeně nebo vůbec a řeč je tvořena jen nazalizovanými samohláskami.

Rhinolalia aperta (hypernazalita), rhinolalia clausa (hyponazalita)

Nazalita sama o sobě je fyziologická, při řeči se v různé míře uplatňuje rezonance dutiny ústní, nosu a nosohltanu.

Patologicky zvýšená je nosovost tehdy, když je velofaryngeální mechanismus nedostatečný, nebo je přítomen defekt patra a vzduch ve vyšší míře uniká do rezonanční dutiny nosu a nosohltanu. V tomto případě znějí všechny hlásky nosově. Příčinou nemusí být jen rozštěpy, ale i krátké, málo pohyblivé nebo ochablé patro. Je tedy nutné patro vyšetřit a případně doporučit operativní výkon na patře a logopedickou péči (myofunkční terapie).

Patologicky snižená je tehdy, když se zmenší prostor rezonančních dutin, nebo když je nepřiměřeně zvýšená činnost velofaryngeálního mechanismu. Vzniká v důsledku vrozených nebo získaných vad, které mohou být přechodné či trvalé a způsobují zúžení nebo neprůchodnost dutiny nosní či nosohltanové. Naprostá neprůchodnost nosní dutiny vede k tzv. denazalitě

V důsledku **zbytnělé hltanové mandle** (tzv. adenoidní vegetace) se může u dítěte přechodně vyskytnout hyponazalita. V řeči se projevuje tak, že hláska M zní jako P nebo B, hláska N zní jako T nebo D a hláska Ň zní jako Ť nebo Ď. Po adenoidektomii je nutné s dítětem cvičit dýchání nosem, dbát na zavřená ústa během dne (např. při hrách, ale i v předškolním a školním zařízení), trénovat orální výslovnost hlásek apod. Rinolálie mohou být organické nebo funkční, jako **nejčastější organickou příčinou** je zánět nosní sliznice při akutní a chronické rýmě, dalšími příčinami jsou vybočení nosní přepážky, nádory nebo polypy v nosní dutině, zvětšené patrové mandle, nádory nosohltanu atd. Funkční huhňavost vzniká nejčastěji při obrnách měkkého patra.

10.3.2.8 Symptomatické poruchy řeči

Narušenou komunikační schopnost doprovázejí jiná, dominující postižení, popřípadě vady, poruchy a onemocnění. Mohou být příznakem začínajících, velmi vážných onemocnění. Projevují se ve všech jazykových rovinách (foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, pragmatická). Na vzniku se podílí vlivy prenatálního, perinatálního a postnatálního poškození CNS, smyslových či pohybových orgánů nebo jiných vlivů působících během dalšího života (degenerativní onemocnění, úrazy, apod.). Symptomatologie se odvíjí od vedoucího postižení - zahrnuje mnoho různorodých příznaků od lehkých odchylek od normy až po úplnou nemluvnost.

Kategorie somatických poruch řeči je velmi pestrá. Nejčastěji zahrnuje narušenou komunikační schopnost u dětí s mentálním postižením, ICP a jiným somatickým postižením, sluchovým nebo zrakovým postižením. Většina takto postižených dětí potřebuje logopedickou péči, avšak charakteristika narušené komunikace u jednotlivých typů postižení svým rozsahem a pestrostí se vymyká poslání této kapitoly

(Když jsem v r. 2008 publikoval první verzi eOtorinolaryngologie, doufal jsem, že získám spolupracovníky mezi mladšími kolegy, kteří mne budou upozorňovat na „překlepy“, rozpad textu, nepatřičné „samoopravy“ slov počítačem, posuny a překrývání obrazové dokumentace a další formální chyby. Ale hlavně, že mne upozorní na již zastaralé a současným znalostem vědy neodpovídající údaje, či přímo nabídnou ucelené nové a pro praxi užitečné kapitoly. Mgr. Jehličková za ta léta byla jediná a patří jí za to mé díky. Učebnice má v současnosti (2016) již více jak 1000 stran a přes 500 snímků v prezentacích a ročně z ní studuje přes 6 tisíc čtenářů.)

Pro srovnání novější foniatrické klasifikační schéma (Dlouhá 2012)

1. Dyslalie – artikulační chyby jako součást vývoje řeči
2. Vývojová dysfázie (senzorická, expresivní a smíšená)
3. Vývojová dysartrie a kombinované formy (dysfázie, dysartrie)
4. Pervazivní vývojové poruchy řeči (např. autismus)
5. Získané afázie u dětí
6. Poruchy plynulosti řeči (např. koktavost)
7. Poruchy řeči u morfologických vad mluvidel (rozštěpy)
8. Vrozené vady řeči (syndromové vady)
9. Dysartrie
10. Vývojové poruchy řeči při mentální retardaci
11. Opožděný vývoj řeči u smyslových vad (sluch, zrak)
12. Opožděný vývoj řeči při sociální deprivaci