AFÁZIE U DĚTÍ

Jiřina Klenková

Příspěvek si neklade za cíl postihnout téma afázií v celé šíři, autorčiným záměrem je pouze upozornit speciální pedagogy na problematiku afázií u dětí. O afáziích v dětském věku v naší literatuře nacházíme jen málo informací, podrobné studie z oblasti medicínské i logopedické nejsou u nás dostupné. Proto je v příspěvku citována nejen naše, ale hlavně německá odborná literatura (např. Becker 1986, Grohnfeltd 2001, Bauer 2001 a další).

Vymezení pojmu

Je známo, že definice afázie je ovlivněna tím, z jakého pohledu se na tuto poruchu nahlíží. Setkáváme se s definicemi z pohledu neurologa, neurolingvisty, neuropsychologa, psycholingvisty, logopeda apod. V neurologické literatuře se zdůrazňuje, že jde *o poruchu řeči, jejíž příčinou je ložiskové poškození mozku,* o poruchu již vybudované řeči. Někteří odborníci zdůrazňují, že afázie je porucha používání pojmů jako základních prvků řeči při myšlení. Lurija (1982) definuje afázii jako systémové narušení řeči vznikající při organických poškozeních mozku, zasahující různé stupně organizace řeči. Kiml (1969) afázii charakterizuje jako poruchu některé lingvistické roviny při poškození centrální nervové soustavy. Podle Beckera (1986) lze říci, že u afázie se jedná o následky postižení mozku, na základě kterého impresivní i expresivní složky řeči, řeči mluvené i písemné řečové schopnosti, které před poškozením existovaly, již nejsou k dispozici, nebo jsou silně omezeny. Logoped Cséfalvay (1995) uvádí, že podstatu afázie charakterizují tyto atributy: 1. jde o získané narušení komunikační schopnosti, 2. týkající se poruch symbolických procesů, 3. které vzniká při ložiskových poškozeních mozku, 4. jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.

V německy mluvících zemích i ve Francii je termín afázie užíván pouze tehdy, byly-li již zcela *osvojené řečové funkce* úplně nebo částečně ztraceny. Oproti tomu v anglosaské oblasti je pojem afázie používán také pro těžké řečové poruchy různého původu (srovnej Becker, a kol. 1986). Také přesný význam spojení „po osvojení řečové funkce" podle Bauera (2001) není jednotný. Lze je chápat jako okamžik začátku osvojení si řeči, ale také jako úplně rozvinutou hlasitou a psanou řeč.

V Logopedickém slovníku (Dvořák 2001, s. 11) nalezneme definici, že „*infantilní afázie* je získaná fatická porucha v útlém věku (ve druhém až třetím roce); důležitou diferenciálně diagnostickou okolností je mj. změna v komunikaci mlu-

venou řečí (příp. v chování) i v zájmu o naslouchání řeči (příp. zvuky okolního světa) v určitém časovém období (po horečnatém onemocnění, úrazu hlavy aj.); po určité době (rok) si může dítě řeč opět osvojit, protože se vytvořily mechanismy řeči v druhé hemisféře; po desátém až dvanáctém roce již k úplnému přenosu nedochází; novější výzkumy však prokazují, že poškození mozku u dětí se projevuje spíše izolovanými symptomy, nikoli komplexními poruchami psychických funkcí."

Sovák v učebnici Logopedie (1972, s. 148) zmiňuje, že „...příznaky i následky afázie jsou různě závažné u osob, které měly hotovou řeč již před onemocněním, a různé u dětí s řečí ještě nehotovou. U dětí s dosud nezafixovanou řečí, tj. ve věku do sedmého až osmého roku, se upravuje porucha podstatně snadněji než u osob dospělých. Pro značnou plastičnost vyšší nervové činnosti se u dětí rychleji i snadněji obnovují řečové funkce buď na hemisféře postižené (dominantní), nebo se přesunují na hemisféru protilehlou". Dále Sovák (1981, s. 297) píše, že „...dětská (infantilní), čili vývojová afázie má na rozdíl od afázie dospělých osob své specifičnosti v tom, že jde o porušení fatických funkcí teprve se vytvářejících a ještě nehotových. Příznaky jsou individuálně rozdílné podle toho, v které vývojové fázi řeči byla strukturální základna CNS postižena, dále jakým způsobem a v jakém rozsahu se léze vyskytla. Kromě toho se příznaky řídí i podle rozumové vyspělosti dítěte a v neposlední řadě podle způsobu výchovy".

Etiologie afázie

Je známo, že u dospělých osob je na prvním místě z etiologických faktorů uváděno cévní mozkové onemocnění. Naproti tomu u dětské afázie jsou příčinou úrazy hlavy a mozku, teprve na dalších místech v pořadí lze jmenovat cévní onemocnění, epilepsii, encefalitidy, mozkové abscesy, mozkové nádory, degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy.

Rozdílné projevy afázie u dětí a dospělých

Na rozdíl od afázie u dospělých *afázie u dětí postihuje vyvíjející se řeč.* U dětí jsou poškozeny již rozvinuté, nebo vyvíjející se schopnosti, které však ještě nebyly zautomatizovány tak, jak je tomu u dospělých osob. Dětí s afázií mají před sebou složitý rozvoj – procesy vyzrávání CNS, kognice, rozvoj osobnosti apod. Tento rozvoj však musí být řízen mozkem, který má (na základě poškození, narušení, úrazu, onemocnění) chybnou funkci. Proto se jeví takto narušená komunikační schopnost u dětí, řeč i celkový obraz jedince rozmanitější a více heterogenní než u dospělých.

U dětí stižených afázií nelze jednoznačně určit obraz postižení v závislosti na lokalizaci poškození mozku tak, jak je tomu u dospělých s afázií. Bauer (2001) uvádí výsledky studie Dennise, které ukázaly, že u dětí s ektomií hemisféry (u dětí, kterým

musela být na základě cévních změn v souvislosti s epilepsií odstraněna jedna celá polovina mozku) se nevyskytly žádné velké rozdíly v jejich kognitivních a řečových schopnostech, nezávisle na tom, zda jim byla odstraněna hemisféra pravá, nebo levá. Teprve u specifičtějších úloh týkajících se gramatické složky řeči mohly být některé rozdíly zjištěny. Dále Bauer uvádí, že „...díky plasticitě dětského mozku existuje možnost, že ztráty na řečových schopnostech po lézi uvnitř levé hemisféry mohou být kompenzovány jinými nepoškozenými oblastmi. Pravá polovina mozku v prvním roce života je nadále ještě více zodpovědná za organizaci řeči". Musí být ovšem zohledněn ten důležitý fakt, že u dětí ve studii Dennise byly prováděny ektomie hemisféry ve velmi raném věku, v prvních měsících života dětí, a tak následkem epileptických záchvatů nedocházelo k dalším poškozením mozku.

Symptomy týkající se komunikační schopnosti dětí s afázií

Při obsáhlejším vyšetření těchto dětí lze nalézt velmi často ještě závažné deficity v oblasti porozumění řeči, slovní pohotovosti, nalézání vhodných slov, abstraktnější a diferencovanější slovní zásoby, formulace, struktury vyprávění a sluchové krátkodobé paměti. I když se dítě dokáže dorozumět a komunikuje v každodenních situacích, ve kterých se může obtížným řečovým strukturám lehce vyhnout, neznamená to ještě, že se u něho nevyskytuje žádná porucha komunikační schopnosti. Tyto poruchy se projeví i ve formě školních obtíží, které jsou přičítány nejen problémům ve čtení a psaní.

U dětí se vyskytuje afázie typu motorického, senzorického i globální. Protože do šesti let může vést na rozdíl od dospělých porucha porozumění řeči ke ztrátě schopnosti verbálně komunikovat, je porucha řečové produkce u dětí význačným symptomem nezávisle na typu afázie. K dalším symptomům patří poruchy fluence (neplynulost, váznutí, zadrhávání), dysgramatismy, hledání slov, parafrázie, poruchy artikulace. Ve školním věku jsou to pak poruchy čtení a psaní. Symptom logorey, který se vyskytuje u dospělých se senzorickou afázií, nebyl u dětí pozorován. Rothenberger (1986) dělí symptomy dětské afázie podle věkových zvláštností, a to následovně:

- ve věku od dvou do tří let – nejprve se projeví úplná ztráta řeči, potom začíná osvojení řeči znovu a rychleji;
- ve věku tři až čtyři roky – projevuje se individuální smíšený obraz poruch při afázii;
- ve věku od čtyř do desíti let – globální nebo smíšená senzmotorická afázie.

Situace v edukaci dětí s afázií

U dětí, které měly diagnostikovánu afázii, se ještě několik let po poškozující události mohou i při pozitivním průběhu projevovat problémy v komunikaci. *Dětí mívají problémy v oblastech hledání správných slov, v diferencovanější a abstrakt-*

nější slovní zásobě, formulaci a strukturování vyprávění a částečně porozumění komplexním strukturám a obsahům a schopnosti popsat a porozumět symbolům řeči. Všechny tyto schopnosti jsou rozhodující pro úspěšnou práci nejen v tzv. „jazykových předmětech", jako je mateřský nebo cizí jazyk, ale právě tak téměř ve všech ostatních předmětech, např. v dějepise, matematice.

Již Seeman (1955) zmiňoval, že při rehabilitaci dětí s afázií by byly ideální speciální třídy. Současná situace je pro tyto děti v Německu stejně jako v minulých letech nesmírně obtížná (Bauer 2001). Autorka konstatuje, že takové třídy neexistují a také speciální školy pro děti s vadami řeči kladou vyšší nároky, než aby mohly pro tyto děti, které potřebují velmi diferencovanou a individuální péči, obstarat vhodnou výuku. Tak bývají děti s afázií, pokud se nepodaří zpětný návrat do jejich kmenové školy, umístěny obvykle do speciální školy jiného typu (např. školy pro tělesně postižené, pro děti s poruchami učení, pro sluchově postižené). S takovou situací se můžeme setkat i u nás, děti po prodělaných úrazech mozku s následně narušenou komunikační schopností – afázií nalezneme většinou ve speciálních školách pro tělesně postižené děti, ne ve škole pro žáky s vadami řeči.

Bauer dále uvádí, že tyto děti nebo mladiství se mohou ve svém okolí setkávat s neporozuměním – poškozující událost se přece stala dítěti již před mnoha lety, mluvit umí také docela normálně, chová se nenápadně. Proč by mělo mít takové dítě individuální přístup, nebo nějaká zvláštní pravidla přístupu? Rovněž na poruchu pozornosti, vyskytující se u většiny těchto případů, nebývá přiměřeně reagováno, může být interpretována jinak, např. jako problém motivace, inteligence. Takové hodnocení ve škole působí na dítě negativně, poškozuje jeho sebehodnocení.

Chování dětí s afázií

Následkem organického postižení mozku dochází často u jedinců stižených afázií také k osobnostním změnám a též ke změnám v chování. Často se obtížně rozhoduje, co lze přičítat primárnímu organickému poškození mozku a co sekundárně sníženým komunikačním možnostem. U dětí se navíc přidružuje fakt, že jejich osobnost se teprve vyvíjí. Určité chování je často podmíněno věkově specifickými vývojovými stadii (např. období vzdoru). Změny chování podmíněné afázií jsou v úzké souvislosti s komunikačními schopnostmi a jsou silně závislé na jejich průběhu.

Většinou je situace těchto dětí charakterizována náhlou ztrátou možnosti komunikovat s prostředím. Nejbližší rodinní příslušníci a osoby, které jsou s dítětem v kontaktu a pracují s ním, mají velké těžkosti při navazování komunikačních situací. Dítě nemůže okamžitě sdělit své potřeby, přání, otázky a obavy a také často nerozumí nejjednodušším vysvětlením, souvislostem. Obtížné je sdělit dítěti s afázií, jaký má denní program, co se

bude dít na lékařské prohlídce, zda to bude bolet či ne, natož pak, proč je lékařská prohlídka pro ně důležitá. Dítě tak získává zkušenost, že se ocitá ve zcela nových situacích, na něž není připraveno a které nemůže přijmout a nějak ovlivnit. Následkem toho se u dětí projeví úzkostnost, regrese, depresivní nálada, těžce narušené sebehodnocení, snížená ochota komunikovat (snížený „mluvní apetit"), projevy stereotypů v chování. Právě stereotypy působí u těchto dětí jako zoufalé setrvávání na pravidlech a průběhu, který je známý a dá se předvídat, čímž si mohou děti přinést do svého života strukturu a jistotu. U malých dětí, u nichž strádá porozumění řeči na základě senzorické nebo globální afázie, se můžeme setkat se způsoby chování podobnými chování autistů. Tyto způsoby chování se mohou vyskytovat také u malých dětí s těžkou poruchou porozumění řeči na základě jiné příčiny.

Také u dětí se syndromem Landau-Kleffnera (epileptická afázie) se projevuje afázie a poruchy chování jako typický komplex symptomů obrazu nemoci. U tohoto syndromu probíhají u mnoha dětí také masivní poruchy chování ve smyslu agresivity, chybějící sebekontroly a emoční lability. V důsledku překrývání organicky podmíněných a reaktivních poruch chování je diagnostický odhad dosti nesnadný.

Zatímco v souvislosti s rozvojem komunikačních schopností u dětí stižených afázií dochází ke zlepšení v navazování komunikačních vztahů a mizí úzkostnost, problém sníženého sebehodnocení u těchto dětí často přetrvává delší období. Snížené sebevědomí kvůli ztrátě schopnosti nebo nemožnosti splnění vlastních i cizích očekávání (např. školy) sehrávají důležitou roli. Přitěžující je, že ve většině případů se dítě nemůže vrátit jako po „dětské nemoci" zpět do původní životní situace. Jejich životní situace se mění – buď potřebují speciální zařízení, které bude vhodné pro jejich postižení, nebo ztrácejí na základě onemocnění a rehabilitace tolik času, že sami po návratu do původní školy nemají kontakt se svými vrstevníky. Musí navštěvovat školu s mnohem mladšími dětmi, které odpovídají sice jejich komunikačním a školním výkonům, ale ne jejich emocionálnímu, sociálnímu vývojovému stupni. Pokud se děti stižené afázií dostanou do kontaktu s bývalými kamarády, poznají, že s nimi už v mnoha oblastech nemohou držet krok. Je jasné, že takové změny životních okolností, kruhu přátel a vlastního výkonu a schopností mohou vést k problémům v sebevědomí.

Prognóza

Zabýváme-li se prognózou afázie u dětí, je nutné dbát na upozornění, která varují před široce rozšířenou tezí, že řeč těchto dětí je lehce a dobře vratná a díky tomu má dobrou prognózu (Bauer 2001). Jako prognostická kritéria jsou uváděna: věk, stupeň vývoje řeči, etiologie, těžké poškození mozku způsobené

úrazem, typ afázie a nápadnosti EEG. Podle dnešních vědeckých poznatků se nezdají být věk, kdy k postižení došlo, a ostatní prognosticky rozhodující kritéria důležitá, za *důležitou je vhodné považovat jedině etiologii*. Van Dongen (1988, sec. cit. Bauer 2001) říká, že „...s výjimkou etiologie úrazu nezpůsobí žádná z ostatních proměnných jednoznačně dobrou, nebo špatnou prognózu". Proto mají dětí s afázií, ke které došlo následkem úrazu mozku a lebky, *dobrou prognózu nezávisle na věku,* kdy se úraz stal. Ovšem vyjádření typu „řečové funkce se znovu dobře vytvořily" musí být posuzována s větší opatrností. Na rozdíl od afázie po úrazech mozku, u níž je uváděna dobrá prognóza, *formy afázie senzorické* např. po encefalitidě *jsou hodnoceny nevýhodně.*

Závěrem chci uvést poznámku, že tento článek pojímám jako informační. Je to uvedení do problematiky a námět k diskusi odborníků, kteří se s dětmi stiženými afázií setkávají. Sama se budu touto problematikou dále zabývat, výsledky svých šetření zveřejním.

Literatura:

BAUER, S. Aphasien bei Kindern. In GROHNFELDT, M. (Hrsg.). *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie.* Stuttgart; Berlin; Koln : Kohlhammer, 2001. ISBN 3-17-016661-1.

BECKER, R. (Hrsg.). *Das aphasische Kind.* Berlin : Verlag Volk und Gesundheit, 1986.

CSÉFALVAY, Z. Diagnostika afázie. In LECHTA, V., a kol. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti.* Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-88824-18-4.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník.* Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2001.

KIML, J. *Afasie a reedukace řeči.* Praha : SZdN, 1969.

LURIJA, A.R. *Základy neuropsychológie.* Bratislava : SPN, 1982.

ROTHENBERGER, A. Aphasie bei Kindern. *Fortchr. Neurol. Psychiat.*, 1986, 54, s. 92-97.

SOVÁK, M. *Logopedie.* 2. upravené vydání. Praha : SPN, 1972.

SOVÁK, M. *Logopedie.* 2. vydání. Praha : SPN, 1981.