

Logopedická péče o pacienty s poruchou řeči v subakutním stadiu

Mgr. Zuzana Stančáková

Klinika rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK Praha

Pacienti se získanými poruchami řeči v základním rozlišení trpí buď poruchami fatických funkcí nebo poruchou motorické realizace řeči, dysartrií. Logopedická péče, která je zahájena co nejdříve, je následně poskytována v subakutním stadiu onemocnění v různých rehabilitačních zařízeních, též s ambulantním provozem nebo v rámci rehabilitačního stacionáře. Podrobný diagnostický obraz řečové poruchy, kognitivních a motorických funkcí je předpokladem úspěšné terapie. Optimální nastavení množství a intenzity individuální řečové terapie je podstatné pro vytvoření rehabilitačního programu.

Klíčová slova jsou: afázie, dysartrie, logopedická terapie, intenzita terapie, kognitivní funkce.

Speech therapy for patients with a speech disorder in subacute stage

Patients with acquired speech impairments show either reductions in their phatic functions or impaired motor component of speech (dysarthria). Speech therapy is provided in various types of rehabilitation centres, including ambulant care units, as early as possible after stroke or brain injury. A detailed diagnostic survey of speech impairment and patient's cognitive and motor functions is a prerequisite for successful therapy. Optimal duration and intensity of speech therapy are essential in setting up an individual rehabilitation programme.

Key words: aphasia, dysarthria, speech therapy, intensity of therapy, cognitive function.

Neurol. praxi 2013; 14(3): 131–132

Seznam zkratk

CMP – cévní mozková příhoda

PACE – Promoting Aphasics Communicative Effectiveness

TBI – traumatic brain injury

Logopedická péče o pacienty se získanými poruchami řeči v rehabilitačním zařízení s ambulantním provozem se soustřeďuje na pacienty s lézemi mozku různého původu, především však po úrazech hlavy (TBI – traumatic brain injury) nebo v souvislosti s mozkovou příhodou.

Nejčastější získané poruchy řeči jsou afázie a dysartrie se svými typickými symptomy. Přidruženými bývají verbální apraxie, doprovázené často orální apraxií. Celkový obraz onemocnění může ovlivnit též vizuální agnózie, dysfagie, akustická agnózie, verbální akustická agnózie, dysfonie, neglect syndrom, porucha pravo-levé orientace a jiné.

Afázii lze charakterizovat jako získanou multimodální poruchu řeči zapříčiněnou ložiskovým poškozením oblastí mozku participujících na řeči, obvykle v levé hemisféře. Poškození mozku různého stupně ovlivňují úroveň rozumu, aktivní verbální produkci, s častými přidruženými poruchami lexie a grafie. Poruchy komunikace způsobené paralýzou či nekoordinací svalstva podílejícího se na řeči či výkonu psaní, nebo porucha vidění či slyšení nepatří samy o sobě k fatickým poruchám. Snížení řečových schopností negativně ovlivňuje běžný každodenní život, účast na sociálních,

profesních a volnočasových aktivitách. Lidé trpící fatickou poruchou udávají sociální izolaci, osamělost, ztrátu samostatnosti, omezení aktivit, změnu rolí a stigmatizaci jako těživě pocítované změny ve vztahu k onemocnění (Cherney et al., 2011).

Afázie se objevuje v souvislosti s řadou neurologických onemocnění, ale v největším procentu případů jako následek CMP (European Brain Council). V jednotlivých pracích je odhadován počet pacientů v akutním stadiu po prodělané CMP trpících afázií v rozmezí mezi 20–30 %. Zároveň je afázie uváděna jako nezávislý ukazatel delší hospitalizace a zvýšené nutnosti rehabilitace (Cherney, 2011).

Dysartrie (anartrie) je řečová porucha spojená se slabostí, paralýzou a ztrátou koordinace u svalů podílejících se na řeči. Postižení CNS v průběhu od mozkové kúry přes hlavové nervy až po úroveň nervosvalového přenosu a vlastních artikulačních svalů. Na rozdíl od afázie, kdy předpona vyjadřuje získanou poruchu řeči tj. po ukončení vývoje řeči, dysartrie vyjadřuje částečnou míru poruchy a předpona a- úplnou ztrátu schopnosti vyjadřovat se artikulovanou řečí. V klinické praxi se i částečná ztráta schopnosti komunikovat artikulovanou řečí ještě dále dělí, takže kvantifikace míry poruchy je vyjadřována čtyřmi stupni: 1. lehká dysartrie – postižení řečové produkce, která neomezuje a nenarušuje předávání informací, řeč je vždy srozumitelná; 2. střední stupeň dysartrie – předávání informací je částečně omezeno, řeč je někdy nesrozumitelná;

3. těžká dysartrie – forma, kdy řeč je převážně srozumitelná, je výrazně omezeno předávání informací; 4. posledním stupněm je anartrie, v rámci které zcela chybí schopnost tvořit řeč.

Logopedická terapie u získaných poruch řeči

Podle příčin onemocnění, současného stavu pacienta, osobnosti pacienta a předpokládaného průběhu onemocnění klinický logoped rozhodne, pokud to pracoviště umožňuje, spolu s ostatními členy multidisciplinárního týmu, zda-li je pro pacienta vhodné zahájit rehabilitaci řeči v ambulantním zařízení a vytvoří rehabilitační plán logopedické terapie. Je obvyklé, že pokud se jedná o multidisciplinární tým, jsou ostatní členové rehabilitačního týmu obeznámeni se závěry logopedického vyšetření a na základě zjištěného stavu dodržují základní doporučení pro komunikaci s pacienty se získanými poruchami řeči s ohledem na specifický stav každého pacienta. Především úzký vztah mezi poruchami fatických funkcí a ostatními kognitivními poruchami si vyžaduje návaznost práce ergoterapeuta na logopedickém vyšetření a nelze samozřejmě opomenout i propojení s neuropsychologickým vyšetřením.

Stanovení diagnózy a terapii poruch fatických funkcí na doporučení lékaře provádí klinický logoped. V akutní fázi onemocnění dle individuálního stavu je pacientům předkládán, s ohledem na délku vyšetření a neuvitelnosti pacienta, jeden ze screeningových testů, například Mississippi

Aphasia Screening Test (Nakase-Thompson et al., 2002; Košťálová et al., 2008). Předmětem je zjištění přítomnosti fatické poruchy ve smyslu percepce a exprese řeči. Po tomto orientačním vyšetření následuje základní vyšetření pomocí některého z testů fatických funkcí např. Vyšetření fatických funkcí (Cséfalvay et al., 2003), které se zakládá na, v současné době nejužívanější, Bostonské klasifikaci afázií (Goodglass et Kaplan, 1972). Základním kritériem je rozlišení řečových poruch na fluentní – léze v posteriorní oblasti dominantní hemisféry (přirozená melodie řeči, artikulace intaktní, řeč bez dysgramatismů, narušený význam sdělení), a nonfluentní – léze v anteriorních oblastech (řeč pomalá, namáhavá, ve zkrácené formě, dysgramatismy slovní a větné, narušená prozódie, více významotvorná slova). Test je předkládán v době, kdy klinický obraz jazykových poruch již nemá tak významnou dynamiku změn a pacient je schopen aktivně spolupracovat po celou dobu vyšetření. Logopedickou terapii je vhodné, vzhledem k plasticitě mozku, zahájit dle možností a především dle stavu pacienta, co nejdříve. Diagnostické postupy jsou tudíž v období, kdy klinický obraz afázie má stále ještě proměnlivý trend, doprovázeny terapií řečové poruchy. V České republice je terapie hrazena zdravotními pojišťovnami v rozsahu pěti terapeutických sezení za týden při hospitalizaci či pobytu ve stacionáři a v rozsahu dvou sezení týdně v ambulantních zařízeních. Trvání terapeutického působení je v délce 45 min. Součástí logopedické péče je také spolupráce s rodinou. Úzká spolupráce s blízkými pacienta je využívána jako další možnost působení na obnovu komunikačních schopností, a to především formou průběžných instruktáží a konzultací.

V současné době v terapii afázií dominují dva přístupy. Jedním je kognitivně neuropsychologický přístup, druhým pak pragmaticky neboli funkcionálně orientovaný přístup. U obou přístupů existuje mnoho modifikací postupů, lišících se dle jednotlivých pracovišť. Kognitivně neuropsychologický přístup je zaměřený na obnovu či kompenzaci jazykových procesů dle teoretického modelu jazykových funkcí a sleduje především lingvistické postupy. Pragmaticky orientovaný přístup využívá sociální interakce pro zlepšení komunikace pacientů s fatickou poruchou. Jeden z nejznámějších modelů je PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness) (Davis et Wilcox, 1981). PACE je založen na účelových pravidlech reciprocity. Terapeut a pacient se rovnocenně střídají v přijímání a předávání zpráv. Jak uvádí Davis and Wilcox (1981) je PACE založen na následujících čtyřech principech: 1. výměna nových informací;

2. terapeut nevede, nýbrž s pacientem se rovnocenně podílí na dialogu; 3. volný výběr komunikačních kanálů (mluvení, psaní, kreslení, ukázání na objekt, gestikulace, pantomima); 4. funkční zpětná vazba (functional feedback). Funkční a realistická zpětná vazba pacientovi naznačuje, zda-li jeho zpráva je srozumitelná a tudíž použitelná v běžné každodenní komunikaci.

Logopedická diagnostika dysartrie se zaměřuje na motoriku orofaciální oblasti, respiraci, fonaci, artikulaci, prozódii a srozumitelnost. V češtině je využíván Test 3F (Hedánek et Roubíčková, 2011). Terapie dysartrií je zaměřena na jednotlivé modality účastníci se na řeči dle předchozího vyšetření a současně nácvik kompenzačních strategií zlepšujících srozumitelnost. Pokud je postižení natolik těžké, že řeč je převážně nesrozumitelná, bývá vhodné využít alternativních forem komunikace dle individuálních možností pacienta.

Odhadem až u 30–45 tisíc obyvatel Velké Británie se ročně objeví dysartrie jako následek CMP (Brady et al., 2011). Přestože množství lidí trpících dysartrií je velké, ve vědecké literatuře je tomuto onemocnění věnována mnohem menší pozornost než jiným řečovým poruchám zapříčiněným CMP, jako např. afáziím. Rovněž i otázka kvantifikace efektivity logopedické péče je doposud nedostatečně rozpracována.

Z diferenciatně diagnostického hlediska je třeba odlišit dysartrií a afázii a dysartrií a orální či verbální apraxii, nebo určit podíl výše zmíněných poruch řeči i jiných poruch ovlivňujících obraz řeči.

Vliv intenzity logopedické intervence na obnovení komunikačních schopností

Vliv logopedické terapie na zlepšení řeči a komunikace u pacientů s afázií je předmětem podrobného zkoumání (Basso et Macis, 2011; Cherney et al., 2011; Bhogal et al., 2012). I do dnešní doby někteří autoři zastávají názor, který neshledává větší efekt logopedické terapie oproti spontánní úpravě (Cherney et al., 2011). Současný výzkum je však již především zaměřen na porovnání intenzity poskytované terapie (Bhogal et al., 2003). Negativní studie jsou spíše založeny na porovnávání u logopedických terapií s nízkou intenzitou oproti pozitivním studiím, ve kterých byla zahrnuta logopedická terapie mnohem intenzivnější. Basso a Macis (2011) posuzovali záznamy chronických pacientů, kteří periodicky absolvovali terapii většinou 1 × týdně s 2–3 hodinami domácí práce za pomoci členů rodiny, pod dohledem logopeda. Terapie pokračovala, pokud zlepšování bylo patrné. Výsledky 23 pacientů v chronickém stadiu byly zpracovány, přičemž 10 bylo vyčleněno z důvodu

již žádného pozorovaného zlepšování. U ostatních došlo ke zlepšení v pojmenování a napsání u podstatných jmen a sloves, užití vět v mluvení a psané řeči a v rozumění dle Token testu. Míra postižení řečových funkcí nepredikovala úspěch či selhání. Celkové číslo hodin terapie v pozitivních studiích bylo 98,4 a v negativních studiích 43,6 hodin. Rozdíl byl významný. Celkem bylo posouzeno osm studií, čtyři pozitivní a čtyři negativní. Bhogal et al. (2012) zjistili statisticky signifikantní vliv řečové terapie při 8,8 hodinách za týden po dobu 11,2 týdne oproti neprůkazným výsledkům při 2 hodinách terapie týdně po 22,9 týdne. Studie dále ukazují, že intenzita přináší signifikantní změny, které nejsou pouze behaviorální, ale mohou být i neurofyzilogické a neuroanatomické (Cherney et Patterson, 2011; Meinzer et al., 2008). Tyto nálezy ukazují, že otázka optimálního množství a intenzity logopedické péče je základní pro vytvoření rehabilitačního programu a tudíž nesmírně důležitá jak z pohledu pacienta, tak z hlediska nákladů a kapacit zdravotnického zařízení vynaložených na úpravu řeči u pacientů s afázií.

Literatury

1. Basso A, Macis M. Therapy efficacy in chronic aphasia. *Behav. Neurol.*, 2011; 24: 317–325.
2. Bhogal SK, Teasell R, Speechley M. Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 2003; 34: 987–993.
3. Brady MC, Clark A M, Dickson S, Paton G, Barbour RS. The impact of stroke-related dysarthria on social participation and implications for rehabilitation. *Disab. Rehab.* 2011; 33: 178–186.
4. Cséfalvay Z, Košťálová M, Klimešová M. Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafo: (manuál). 2002; Praha, Asociace klinických logopedů ČR, 2002: 54 s.
5. Davis A, Wilcox J. Adult Aphasia Rehabilitation: Applied Pragmatics. San Diego, College-Hill Press.
6. Cherney LR, Patterson JP, Raymer AM. Intensity of aphasia therapy: evidence and efficacy. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2011; 11: 560–569.
7. Goodglass H, Kaplan E. The assessment of aphasia and related disorders. Philadelphia, Lea & Feibiger, 1972.
8. Hedánek J, Roubíčková J. Dysartrický profil – Test 3F. Praha: Galén 2011.
9. Košťálová M, Bártlová E, Šajgalíková K, Dolenská A, Dušek L, Bednařík J. A standardization study of the Czech version of the Mississippi Screening Test (MASTcz) in stroke patients and control subjects. *Brain Injury* 2008; 22: 793–801.
10. Meinzer M, Flasch R, Breitenstein C, Wienbruch C, Elbert T, Rockstroh B. Functional imaging studies of treatment-induced recovery in chronic aphasia. *Aphasiology* 2008; 22: 1251–1268.
11. Nakase-Thompson R, Manning E, Sherer M, Yablon S. Bed-side screen of language disturbance among acute care admissions: initial psychometrics of the Mississippi Aphasia Screening Test. *Arch. Clin. Neuropsychol.* 2002; 17: 848.

Článek doručen redakci: 10. 11. 2012

Článek přijat k publikaci: 11. 3. 2013

Mgr. Zuzana Stančáková
Klinika rehabilitačního lékařství
VFNa 1. LF UK
Albertov 4, 120 00 Praha 2
zuzana.stancak@centrum.cz

