FACILITAČNĚ SYSTÉMOVÁ TERAPIE

FACILITATION-SYSTEMIC THERAPY

Vilma Mikešová[1]

Vilma Mikešová

Abstrakt

Facilitačně systémová terapie je uceleným terapeutickým systémem, vycházejícím z metodologické báze Lurijovy neuropsychologické školy, opírající se o Lurijovu představu fungování mozku, vychází z jeho odkazu i z díla mnoha jeho kolegů i následovníků. Je zároveň souborem postupů a metod reflektujícím potřeby současné české (a s mírnou jazykovou modifikací) i slovenské klinické logopedické afaziologické praxe.

Vycházíme z přesvědčení, že v soudobé praxi je již všeobecně známo velké množství užitečných metod a pomůcek, které mohou pomoci v překonávání potíží plynoucích z fatických a kognitivních poruch, ale terapeutům v klinické logopedické či neuropsychologické praxi chybí jasné zdůvodnění, kdy a jak které terapeutické metody a pomůcky použít, jak důsledně kauzálně zdůvodnit použití konkrétní metody či přístupu v dané etapě vývoje fatické poruchy či naopak odmítnout určitou metodu v určitém čase pro její možný negativní vliv na reedukaci fatických a kognitivních funkcí. Zdůrazňujeme význam praktického výcviku v diagnostice a terapii z lurijovských pozic, a především nutnost tréninku tzv. soft skills, jež jsou další nezbytnou podmínkou zvyšování efektivity terapeutického procesu.

Klíčová slova

afázie, agnózie, apraxie, klinické neuropsychologické vyšetření, Facilitačně systémová terapie

Abstract

Facilitation-systemic Therapy is a comprehensive therapeutic system, founded on the methodological basis of Luria's neuropsychological school. It is based on Luria's idea of brain functioning, and on his legacy and the work of many of his colleagues and followers. Facilitation-systemic Therapy is also a set of procedures and methods reflecting the needs of contemporary Czech and (with a slight linguistic modification) Slovakian clinical speech therapy aphasiological practice. It is based on the belief that, in contemporary practice, there is already a widely known number of useful methods and aids that can help in overcoming the difficulties arising from fatal and cognitive disorders, but therapists in clinical Speech Therapy or neuropsychological practice lack a clear justification of when and how to use certain therapeutic methods and aids, how to consistently causally justify the use of a particular method or approach at a given stage of development of a phatic disorder or, conversely, how to reject a certain method at a certain time because of its possible negative effect on the re-education of phatic and cognitive functions. We emphasise the importance of practical training in diagnostics and therapy from Luria´s positions and, above all, the need to train what are called the "soft skills", which are another necessary condition for increasing the effectiveness of the therapeutic process.

Keywords

aphasia, agnosia, apraxia, clinical neuropsychological examination, Facilitation-systemic Therapy

Úvod

Afaziologie je rozvíjena v praktické i teoretické rovině po řadu let. S určitým zjednodušením můžeme vytyčit dva základní směry vývoje diagnostiky v afaziologii – kvantitativní (testový) a kvalitativní (klinický). První z nich se zaměřuje na kvantitativní zhodnocení deficitů s pomocí testů (např. WAB) a na vytyčení určitého sémantického okruhu (např. porozumění,

[1] Mgr. et Mgr. Vilma Mikešová, Ambulance klinické logopedie, Neuropsychologické poradenství a diagnostika U Bečvy 2, 750 02 Přerov, Česká republika. E-mail: logopedie@email.cz.

https://doi.org/10.36833/lkl.2022.006 Přijato k recenzi: 14. 3. 2022 Přijato k publikaci: 20. 4. 2022

licensed under CC BY-NC

nominace, psaní), kterému je vhodné se věnovat. Druhý z nich je přístup klinický (např. Lurijův behaviorálně neurologický přístup), který je zaměřen na kvalitativní analýzu pozorovaných obtíží, určení základního faktoru, neuropsychologického syndromu, rozlišování primárního a sekundárního deficitu. Dle Luriji (2018) je nutno konkrétní potíže a projevy podrobit analýze, jejímž cílem je určit vzájemný vztah mezi pozorovanými symptomy a seřadit je do určitého syndromu, obdobně jako je tomu v neurologické diagnostice. Dle jeho pohledu např. primární deficit v rovině kinestetické orální praxe, tj. deficit zpracovávání aferentních signálů, může vyústit v následek – sekundární deficit: obtíže v písemné řeči, které se manifestují záměnami grafém označujících artikulačně blízké hlásky (p-m, c-s). Jiný primární deficit, např. v rovině kinetické praxe, tj. deficit zpracování eferentních signálů, může vyústit v následek – sekundární deficit, manifestující se v písemné řeči např. jako porucha řazení slabik, struktury slova (kalhohy – kalhoty, konenter – kontejner).

Koncept Facilitačně systémové terapie, kterému je věnováno stávající sdělení, vychází bezprostředně z teoretických principů A. R. Luriji a z principů a metod jeho následovníků, představitelů moskevské afaziologické školy L. S. Cvetkovové (2001), V. M. Šklovského a T. G. Vizel (2015).

Lurijova neuropsychologická škola si získala široký respekt, protože je podložena validní teorií činnosti mozku. Většina Lurijových prací byla přeložena do angličtiny, její principy jsou po desetiletí uplatňovány a rozvíjeny v teorii i praxi (Kalita 1979, Sacks, 1993, Goldberg 1990, 2001, Cvetkova 2001, Feliu, 2005, Šochor Trockaja 2013, Šklovskij a Vizel 2015). Lurijovská představa o dynamickém systému psychických funkcí je v souladu i se současnými modely jazykového zpracování v lidském mozku (Libben, 2008) a je potvrzována i moderními zobrazovacími metodami (MR, CT).

Východiska Facilitačně systémové terapie

Základním stavebním kamenem Facilitačně systémové terapie (dále FST) je, v souladu s klasickou lurijovskou koncepcí, analýza agnozií a apraxií (deficitů v rovině kinetické praxe, kinestetické praxe, regulační praxe, akustické gnóze, optické či optickoprostorové gnóze, simultánní gnóze), od nichž se odvíjí základní neuropsychologické syndromy. Správné seřazení symptomů (tj. konkrétních chybných projevů v expresivní a impresivní řeči, v lexických, grafických a kalkulických funkcích) do základního neuropsychologického syndromu je jedním z předpokladů určení typu fatické poruchy a vedení efektivní kauzální terapie z pohledu Luriji i jeho následovníků (Cvetkova, 2001).

Na rozdíl od originálního díla Luriji (2018), kde bývá používáno i několik variant názvů pro jednu poruchu praxie, dáváme přednost jednoznačnému názvu *„kinetická apraxie“*, z kterého lze odečíst, že se jedná o deficity v rovině řazení čili přepojování z jednoho elementu na druhý, tj. obtíže v oblasti eferentních signálů (Mikešová, 2007). Lurija v tomto smyslu často užívá opis „váznoucí kinetická melodie“ či termín „dynamická apraxie“ (Lurija, 2018), který ovšem bývá zdrojem nedorozumění a záměn kvůli podobně znějícímu označení „dynamické afázie“ – jednoho z typů afázie dle Lurijovy klasifikace.

Podkladem dynamické afázie je však dle Luriji (2018) deficit na hlubší, psychické úrovni regulace chování (neverbálního i verbálního). Deficit blízký těmto potížím je u Luriji (2018) většinou popisován jako „váznoucí konfliktní zkoušky“, „váznoucí regulace chování“. U obtíží souvisejících s dynamickou afázií proto volíme jednoznačný, byť zjednodušující termín *„regulační apraxie“* (Mikešová, 2007).

Podkladem aferentní motorické afázie je dle Luriji (2018) „kinestetická apraxie“, neboli „apraxie pózy“ s jeho názorným opisem „ruka jako lopata“, v našem pojetí dáváme přednost pouze jednomu termínu, a to *„kinestetická apraxie“*, z kterého lze odečíst, že se jedná o deficit ve zpracování aferentních, kinestetických podnětů, které jsou důležité pro přesné napodobení požadované pozice a pro sebekorekci prováděného pohybu (Mikešová, 2007).

V souladu s Lurijovým učením (2018) o komplikovaných a provázaných gnostických deficitech zdůrazňujeme nutnost hlubinné analýzy poruch porozumění. Primární poruchy porozumění mohou vznikat v důsledku nejen tradičně akceptované poruchy v rovině akustické gnóze, fonematického sluchu, ale též např. v důsledku deficitního zpracování optické-prostorové informace, váznoucí simultánní gnóze, různých poruch verbální paměti (vštípivosti, objemu informace) aj.

Sekundárním důsledkem různých primárních poruch porozumění je pak rozvoj odlišných fatických poruch – senzorické, sémantické, akusticko mnestické aj., z nichž každá si žádá jiný terapeutický postup v závislosti na primární poruše. Naopak, sekundární poruchy porozumění vznikají druhotně u fatických poruch s převažujícím motorickým deficitem, kde se objevují jako následek vysoké inertnosti mozkových procesů (viz kinetická apraxie u eferentní motorické afázie) či jako následek nepřesné analýzy dostředivých signálů (viz kinestetická apraxie u aferentní motorické afázie) nebo nedostatečné koncentrace (Lurija, 2018).

Obtíže v písemné řeči (lexie, grafie) často doprovázející fatickou poruchu jsou většinou chápány jako sekundární (Cvetkova, 2001, Vizel, 2015, Lurija, 2018) – s redukcí kinetického, kinestetického či gnostického deficitu dochází ke zlepšení verbální produkce a i k postupné regresi chyb v písemné rovině. Jinými slovy, deficity v písemné rovině se rozvíjí ve stejném základním neuropsychologickém syndromu jako deficity verbální produkce. (Například deficit v rovině kinestetické praxe bude mít svůj charakteristický odraz jak v ústní, tak v písemné řeči – záměny artikulačně blízkých hlásek.)

Ve Facilitačně systémové terapii je pamatováno na celou šíři projevů základního neuropsychologického syndromu – snažíme se identifikovat nejen jeho známé důsledky v rovině verbální, ale i predikovat, jak ovlivňuje další kognitivní funkce – pozornost, pracovní tempo, paměť, početní funkce či lingvistickou, psychickou a sociální rovinu (vztah k sobě a k okolí, kritičnost k deficitům, sebehodnocení, emoce). Základní neuropsychologické syndromy se rozvíjí v rámci různých deficitů gnozie a praxie (Lurija, 2018, Cvetkova 2001), a proto lze zákonitě očekávat – u rozdílných deficitů – i odlišné důsledky v psychické, sociální, emoční, kognitivní, lingvistické rovině u jednotlivých typů afázie a predikovat konkrétní projevy u konkrétního pacienta a přizpůsobit jim charakter a průběh terapie a též empatickou podporu.

Třídění fatických poruch při Facilitačně systémové terapii

FST pracuje s širším pojetím fatických poruch – kromě známých typů z Lurijovy klasifikace afázií pracuje i s několika dalšími projevy fatických poruch, rozpracovaných jeho následníky (Šklovskij a Vizel, 2015), a řadí je do následujícího systému:

1. Fatické poruchy s převažujícími expresivními deficity (porozumění vázne sekundárně):

1.a. *Eferentní motorická afázie,* kde centrálním deficitem je kinetická apraxie, ve které je obtížné přepojování z jednoho elementu na druhý, z jedné činnosti na druhou, z jedné artikulační série na druhou. Centrálním mechanismem je dle Luriji (2018) patologická inertnost. Z hlediska lingvistiky vázne programování a schéma věty, tvorba slovesa (Cvetkova, 2001).

1.b. *Aferentní motorická afázie,* kde centrálním deficitem je kinestetická apraxie, kdy jsou porušeny přesné cílené pohyby artikulačních orgánů, projevující se v neschopnosti nalézt určitou žádoucí pozici. Centrálním mechanismem je dle Luriji (2018) porucha zpracování kontrolních signálů. Z hlediska lingvistiky vázne realizace slova (Cvetkova, 2001).

1.c. *Dynamická afázie*, kde centrálním deficitem je porucha aktivní produktivní plánované činnosti (Lurija, 2018), regulační apraxie (Mikešová, 2007). Centrálním mechanismem je porucha psychické úrovně organizace řečového procesu (narušení vnitřní řeči). Z hlediska lingvistiky vázne úmysl a plánování řeči (Cvetkova, 2001).

2. Fatické poruchy s převažujícími analyticko-syntetickými deficity (porozumění vázne primárně):

2.a. *Senzorická afázie* (akusticko-gnostická), kde centrálním deficitem je akustická agnózie, narušení v rovině fonematického sluchu. Centrálním mechanismem je porucha akustické analýzy a syntézy verbální informace (Lurija, 2018).

2.b. *Akusticko-mnestická afázie*, *amnestická afázie, anomická afázie,* případně i opticko-mnestická afázie, kde centrální deficity mají komplikovanější strukturu a porucha porozumění se projevuje často v souvislosti s narůstajícím objemem informace – verbální, optické či opticko-prostorové (např. opticko-prostorová agnozie, vizuokonstrukční apraktoagnozie). Porucha nominace se projevuje např. v souvislosti s deficitním zpracováním optických struktur či snížením kapacity verbální paměti. Centrálním mechanismem je obtížné zpracování verbálních paměťových stop či dalších, např. opticko-prostorových představ o předmětech (Cvetkova, 2001, Vizel, 2015).

2.c. *Sémantická afázie*, kde centrálním deficitem je porucha porozumění logicko-gramatickým konstrukcím (simultánní agnózie) a centrálním mechanismem je porucha simultánního prostorového vnímání (Cvetkova, 2001).

3. Nespecifické poruchy řeči vznikající při postižení podkorových oblastí (nejčastěji bazálních ganglií či oblasti thalamu):

3.a. *Nespecifický řečový syndrom,* kde centrálním deficitem je deficit funkcí prvního funkčního mozkového bloku (tj. bloku regulace tonu a bdění). Je pro něj charakteristická triáda (při zachování originality termínů, nezvyklých v českém prostředí) – inaktivita, aspontaneita, inertnost (Šklovskij a Vizel, 2015), jež mají svůj přibližný korelát v českých pojmech „pasivita, hypospontaneita, nepružnost". Tato triáda, jak vyplývá z naší praxe, může být, zvláště v případech postižení thalamu, doprovázena kterýmkoli jiným deficitem – eferentním, aferentním, simultánním, mnestickým, což si vysvětlujeme těsnými funkčními vztahy s ostatními oblastmi mozku (Mikešová 2007).

Diagnostické postupy Facilitačně systémové terapie

Nedílnou součástí každé terapeutické školy je její metodologická báze, z jejíchž pozic jsou vyhodnocovány pozorované obtíže i dynamika změn v procesu terapie. V rámci FST jsou v diagnostice kromě tradičního základu (odběr anamnézy, studium výsledků zobrazovacích metod aj.) využívány metody Lurijovy neuropsychologické školy – pozorování (ovšem pozorování kvalifikované, vycházející ze solidní teoretické báze), rozhovor, kriteriální zkoušky mapující stav v oblasti praxie a gnozie.

Ve FST jsou vytvořena jednak několikastupňová schémata, jednak zásady provedení zkoušek a vyhodnocování jejich výsledků. Pro představu uvádíme náčrt základního schématu klinického neuropsychologického vyšetření fatických poruch:

1. Orientační oddělení senzorických a motorických obtíží.

1.1. Snažíme se o posouzení, zda je maximum obtíží v expresivní složce (pak pokračujeme bodem 2), či v impresivní složce řeči (pak pokračujeme bodem 3).

2. Vyšetření typu apraxie u expresivních forem afázie.
Vymezení vzájemného podílu aferentního a eferentního, příp. kinetického a regulačního deficitu, určení stupně závažnosti (těžký, střední, lehký stupeň apraxie).

2.1. Vyšetření kinestetické praxe na horních končetinách (dále HKK), vyhledávání projevů kinestetické apraxie ve verbální produkci.

2.2. Vyšetření kinetické praxe na HKK, vyhledávání projevů kinetické apraxie ve verbální produkci.

2.3. Vyšetření regulační praxe na HKK, vyhledávání projevů regulační apraxie ve verbální produkci.

3. Vyšetření primárních příčin poruch porozumění a rozbor poruch procesu porozumění.
Určení stupně závažnosti gnostického deficitu (těžký, střední, lehký stupeň agnozie).

3.1. Vyšetření akustické gnóze u vět, slov.

3.2. Vyloučení inertnosti psychických procesů jako příčiny poruchy porozumění.

3.3. Vyšetření opticko-prostorové orientace a vlivu na fatické funkce.

3.4. Vyšetření optické gnóze a vztahu k fatickým funkcím.

3.5. Vyšetření simultánní syntézy a vztahu k fatickým funkcím.

4. Vyšetření objemu krátkodobé verbální paměti.

Při zjištění problémů v určité oblasti se pak podrobněji zaměřujeme na hlubší analýzu obtíží a systémový dopad na další funkce (např. ústní i písemnou řeč). Není nutno vždy respektovat všechny položky vypsané ve schématu. Při těžších stupních fatické poruchy předpokládáme spíše nutnost vyšetření v bodech 1–3.1, přičemž vyšetření v dalších bodech nebudou ani dostupná.

Metody Facilitačně systémové terapie

Ve FST jsme sestavili více či méně známé postupy a metody – např. nepřímé metody odblokování porozumění, facilitace automatických spojení, zažitých slovních celků, rčení, cílený nácvik větných stereotypů a odpovědí dle předem daných šablon, nácvik komunikačních obratů a strukturovaného dialogu, překonávání poruch v kresbě, v konstrukčních činnostech, v prostorové orientaci, trénink vštípivosti do paměti, trénink funkcí praxie a gnozie

na HKK i ve verbálním projevu, trénink nominativních funkcí, melodických, prozodických faktorů a dramatických dovedností, později i lexie a grafie – do *provázaného, kauzálně zdůvodnitelného systému* tak, aby co nejvíce vyhovovaly soudobé klinické praxi a současné znalosti slovesného odkazu dřívějších generací.

Cílem je odblokovat to, co je uloženo u pacienta v dlouhodobé paměti díky jeho dosavadní individuální zkušenosti, a nalézt cestu k obnově systémově narušených psychických a fatických funkcí. Při překonávání čili redukci určitého základního syndromu očekáváme regresi fatické poruchy a obnovení komunikačních i dalších psychosociálních dovedností.

V centru pozornosti FST nestojí přímý mechanický nácvik vybraných pojmů či snaha upevnit určitá spojení metodou frekventovaného opakování (opírající se pouze o víru v zachovalou kapacitu pracovní verbální paměti – viz např. nácvik nominace předmětu pomocí pouhé demonstrace předmětu a prostého přiřazování názvu k němu: „to je bota“). V centru pozornosti FST jsou snahy o překonávání těch deficitů, které stojí jakoby v pozadí a *jsou podkladem čili příčinou rozpadu* určitých řečových funkcí (např. zlepšení opticko-prostorové gnóze pomocí skládání z geometrických tvarů může přispět k obnově funkce nominace předmětů – ovšem jen tehdy, pokud jsme při vyšetření identifikovali, že za rozpadem nominace stojí právě rozpad opticko-prostorového vnímání a ne jiný deficit – např. kinestetická apraxie; pokud bychom jako podklad určili kinestetickou apraxii, zaměřili bychom se na rozvoj kinestetické praxe a očekávali bychom, že následným efektem bude obnovení nominace).

S ohledem na centrální deficity (tj. apraxie, agnozie) je ve FST sestaveno 7 základních terapeutických souborů zohledňujících nejen různé centrální deficity a mechanismy, ale též předpokládanou dynamiku vývoje fatických poruch vzniklých v důsledku cévních mozkových příhod.

Přeneseně a po nabytí terapeutických zkušeností je pak lze využít i při terapii afázií jiné etiologie (traumatické stavy, nádorová onemocnění), kde bývá poškození mozku více difúzní. Lurijovo učení popisuje zákonitosti vlivu lokálního poškození následně na celý funkční systém, zákonitě tedy očekáváme, že při difúznějším postižení mozku dochází zpravidla k masivnější dezorganizaci fatických funkcí i psychické sféry, a nacházíme více deficitů, které je třeba „odtrénovat“. Při vědomí tohoto může být koncept FST užitečným vodítkem i pro terapii jiných diagnóz či potíží – např. vývojové dysfázie, přidružených potíží pacientů s dysartrií (ohraničená vštípivost do paměti, kinetická apraxie na HKK, bradypsychie) či dalších neurovývojových a neurodegenerativních poruch.

Výcvik v metodách Facilitačně systémové terapie

Cílem praktického výcviku budoucích terapeutů FST je osvojení schopností identifikace centrálního mechanismu a centrálního deficitu fatické poruchy, formulace dílčích cílů kauzální terapie a jejich následné modifikace v závislosti na regresi obtíží pacienta, osvojení návyků výstavby terapeutického plánu, praktické osvojení nekomplikovaných, ale správně a ve správnou dobu prováděných terapeutických postupů. Akcent je kladen nejen na obsahovou stránku verbálního materiálu, ale i na formální stránku tréninku. Dynamická a prozodická rovina může významně ovlivnit efekt terapie, proto jí patří významné místo, na rozdíl od statického vyplňování pracovních listů. FST učí pracovat terapeuty s minimem nutných pomůcek, snaží se využívat přirozené prostředí pacienta a předměty, které jej obklopují, rozvíjet v rámci možností pohybové, rytmické, praktické dovednosti a gnostické funkce. Metody připomínající školní výuku (vyplňování pracovních listů) jsou užívány v omezené míře, jako doplňkové a spíše v pozdějších etapách terapie.

Při výcviku terapeutů FST je velká pozornost věnována jejich individuálnímu rozvoji. Hodně pozornosti je věnováno jak tréninku jemných pozorovacích technik, schopnosti třídění symptomů do syndromů, návykům analýzy základního neuropsychologického syndromu, tak schopnosti výběru adekvátních, kauzálně odůvodnitelných metod. Důležitý je též rozvoj dovednosti detekovat rizikové metody a postupy, jejichž důsledkem může být zablokování fatických funkcí u konkrétního pacienta. Příkladem takových nevhodných postupů mohou být tréninky zaměřené na překonávání projevů verbální apraxie, které jsou realizovány pouze jako přímé opticko-taktilní nácviky deficitně produkovaných hlásek či slov namísto mnohem vhodnějšího odvedení pozornosti od řečového procesu a posilování mimovolní spontánní řečové produkce bez zaměření na preciznost artikulace.

Jedním z významných prvků výcviku ve FST je osvojení souvislostí a vztahů mezi jednotlivými funkčními mozkovými bloky a různými druhy fatických poruch. Považujeme za nezbytně nutné pochopení souvislostí mezi třetím funkčním blokem a s ním svázanými fatickými poruchami – dynamickou, eferentní motorickou afázií – a snažíme se je interpretovat následujícím způsobem: třetí funkční blok je blokem programování, plánování, usměrňování psychické i řečové činnosti; jeho postižení se odráží i v obraze eferentní motorické a dynamické afázie. U těchto poruch váznou procesy plánování, programování, vázne výkonová, exekutivní stránka, zatímco (ve své podstatě „dostředivé“) procesy vnímání, sebekontroly, analýzy a syntézy aj. funkce druhého mozkového funkčního bloku mohou být relativně zachované (Mikešová, 2007). Předpokládáme tedy váznoucí tvorbu souvislého projevu či věty a váznoucí programování za současného uvědomování si svých omezených možností (viz např. zvýšená kritičnost, plačtivost u pacientů s eferentní motorickou afázií, analogicky s Brocovou afázií dle Bostonské klasifikace).

Též je kladen důraz na chápání vzájemného vztahu druhého funkčního bloku a souvisejících fatických poruch – aferentní motorické, senzorické, amnestické a sémantické afázie. Druhý funkční mozkový blok je blokem příjmu, zpracování a uchování informací. Při postižení této oblasti proto můžeme predikovat riziko objevení potíží při zpracování postupující (aferentní) informace – kinestetické, akustické, optické, prostorové aj., a to vše při současném zachování výkonové (eferentní) roviny psychických i fatických funkcí, tj. při zachování bohaté verbální produkce. Výsledkem tedy může být významně snížená přesnost podávaného výkonu (viz chyby a nepřesnosti ve výslovnosti, porozumění souvětím) u výše uvedených fatických poruch, v různé míře doprovázená nadhodnocováním svých schopností či sníženou kritičností ke svému výkonu, případně sníženou schopností detekovat rizika, která pacientovi hrozí (např. nižší úroveň chápání souvětí, gramatických jevů a snížený náhled na tento deficit je rizikový pro vyhodnocování právních úkonů, uzavírání smluv atp.). Jinými slovy – subjekt může sice volně generovat programy různých činností (protože eferentní signály jsou zachovány), ale jeho výkon je negativně ovlivněn deficitní zpětnou vazbou (protože váznou aferentní signály). Pacienti mohou působit aktivnějším, pružnějším dojmem,

mají zachovalé dostatečné pracovní tempo, jejich „zachovalý třetí funkční blok" generuje dostatek programů, které ale nejsou plnohodnotně kontrolovány (Mikešová, 2007).

Diskuse

Užití postupů Facilitačně systémové terapie opírajících se o Lurijovu neuropsychologickou školu předpokládá pečlivou kvalitativní analýzu obtíží s vytyčením primárního a sekundárního deficitu, nikoli jen plošné pozorování a sumarizaci obtíží, typické pro kvantitativní přístupy soustředěné pouze na kvantifikaci pozorovaných nedostatků. Z Lurijova pohledu se jeví tyto kvantifikace jako nedostatečné pro stanovení skutečně kauzální terapie, pro zodpovězení otázek, proč, jak a kdy naplánovat terapii. Fatické poruchy jsou z Lurijova pohledu sekundárním problémem, primárním jsou obtíže v gnozii a praxii. Primárním deficitem může být například porucha kinetické praxe, sekundárním deficitem může být non-fluentní projev, vyplývající z neschopnosti programovat větu a plynule přecházet od jednoho elementu ke druhému. Z pohledu ostatních afaziologických škol je primárním problémem porucha jazykového systému, jejich snahou je vytvořit funkční jazykový model a vytyčit okruhy, které je vhodné trénovat.

Nevýhodou FST je nutnost hlubšího vzdělání v Lurijově neuropsychologické škole. Nároky na teoretickou přípravu i dovednosti terapeuta jsou vyšší ve srovnání s terapeuty užívajícími kvantitativní přístup a kratší či delší testové metody.

FST klade důraz v diagnostice i terapii expresivních fatických poruch na důsledné rozlišování aferentního či eferentního deficitu, které je vlastní výlučně Lurijově klasifikaci afázií (2018) rozlišující dvě rozdílné stránky motorického procesu, a tudíž i dvě formy zcela odlišných motorických afázií. Chápání rozdílů mezi aferentní a eferentní složkou výkonu je podkladem pro zcela odlišné přístupy k terapii různých expresivních fatických poruch s principiálně odlišnými zásadami. U eferentní formy motorické afázie se soustředíme na osvojení schopnosti plynule přecházet od jedné činnosti ke druhé, rozvíjení schopnosti programování, posilování fluence v řeči, obnovování schématu věty cestou výstavby od nižšího k vyššímu celku, přičemž se můžeme opírat o relativně zachované schopnosti opakování, a tudíž i o schopnost vědomé produkce jednoduchých frekventovaných pojmů či hlásek. Postup potřebný u tohoto typu fatické poruchy – postup od jednoduššího ke složitějšímu, od konkrétního k abstraktnímu – je shodný s obecnými pedagogickými postupy, což vysvětluje častou úspěšnost klasických pedagogických metod (skládání slabik, slov, vět) užívaných při reedukaci Brocovy afázie, která může být příkladem právě eferentního deficitu v řeči. Naproti tomu, aferentní motorická afázie si dle Luriji žádá zcela odlišný přístup. Jejím podkladem je aferentní deficit, tj. je poškozena schopnost cíleného výběru přesných artikulačních pozic v důsledku váznoucí tzv. zpětné vazby motorického procesu. Vědomá snaha napodobovat zadané pozice artikulačního aparátu, snaha o opakování izolovaných hlásek je pro pacienta nesrovnatelně obtížnější než mimovolní, tj. spontánní řečová produkce objevující se při odvedení jeho pozornosti. Přílišný akcent na vědomé opakování doprovázené vysokou sebekontrolou může dovést až k zablokování řečového procesu a k totální afázii, kdy je pacient schopen jen např. opakovat kontrastní samohlásky a-u. Lurijova klasifikace afázií jako jediná takto vysvětluje různý charakter expresivních fatických obtíží a kauzálně zdůvodňuje užití místy až protichůdných metod (zvýšení sebekontroly při řazení slov do odpovědi u eferentní motorické afázie a naopak, odvedení pozornosti při tvorbě odpovědí u aferentní motorické afázie). Tento přístup je plně akceptován i ve FST, jelikož jiné klasifikace nenabízejí v tomto směru teoreticky zdůvodnitelné postupy, reflektující odlišné druhy apraxií (aferentních a aferentních) a souvisejících expresivních fatických poruch.

Kromě reedukace afázií známých z klasické Lurijovy klasifikace je v souladu s jeho následovníky ve Facilitačně systémové terapii zaměřena pozornost i na překonávání obtíží plynoucích z poškození prvního funkčního mozkového bloku (blok regulace napětí a tonu). FST se zaměřuje i na nespecifickou celkovou aktivizaci pacienta, využívání prvků bazální stimulace. Snaží se pacienta nespecificky aktivizovat, zapojit do neverbálních a postupně pak i do verbálních činností a úkolů, zapojovat jej dle míry motorického postižení i do sebeobsluhy a do logorytmických cvičení, do jednoduchých kognitivních úloh (hledání chybných zobrazení, hledání dvojic).

Znalost charakteristik příslušného funkčního mozkového bloku dle Lurijovy neuropsychologické školy může významně pomoci terapeutovi v jeho rozhodování, jaké postupy a metody je vhodné použít u konkrétní fatické poruchy, kdy je třeba více trénovat sukcesi, fluenci, schéma projevu a kdy je třeba více trénovat gnostické a analyticko-syntetické schopnosti mozku.

Facilitačně systémová terapie v souladu s Lurijovskou koncepcí poruch porozumění zohledňuje různé příčiny poruch porozumění. Porozumění může být poškozeno nejen při narušení akustické gnoze, fonematického sluchu, ale i v důsledku deficitního zpracování optických, optico-prostorových či simultánních podnětů. Proces porozumění řeči není v Lurijově neuropsychologické škole chápán jen jako pasivní příjem akustické informace, ale jako aktivní proces vyhledávání podstatných momentů, třídění a zpracovávání rozmanitých informací mnoha různých modalit – nejen akustické, ale i optické, opticko-prostorové, vestibulární, taktilní aj. Domníváme se, že Facilitačně systémová terapie může v tomto směru terapeutům v českém prostředí přinést novou inspiraci, jak přistoupit k diagnostice a terapii neurovývojových i neurodegenerativních poruch řeči.

Obsáhlým tématem ve FST a Lurijově přístupu je i metodika obnovování nominativní funkce řeči. Obecně je již dlouho přijato konstatování, že funkce nominace nemá lokalizační hodnotu, protože se na ní podílí koordinovaná spolupráce mnoha mozkových oblastí. Lurijovské přístupy nabízí propracovaný vhled do několika mechanismů podílejících se přímo na tvorbě nominace (zpracování optických, taktilních aj. vstupů, sémantické třídění), a tudíž i možnost kauzální terapie při detekci deficitního okruhu, který je podkladem poruchy nominace.

Významným rysem FST je komplexní přístup ke struktuře pacientova deficitu, zajímá se nejen o kauzální propojení fatických a kognitivních deficitů, ale i o kauzálně související psychosociální a lingvistické charakteristiky jednotlivých druhů fatických poruch a o možnosti jejich ovlivnění teoreticky odůvodnitelnými metodami.

Shrnutí

Domníváme se, že postupy Facilitačně systémové terapie a Lurijovy neuropsychologické školy mohou významně obohatit současnou českou logopedickou praxi. Vývoj v neurovědách a výzkum funkcí mozku v posledních letech ukázal, že klasická Lurijova neuropsychologická škola nabízí nadčasové poznatky. Díky posunu ve vzdělávání a nazírání na komunikační poruchy může být pro současné odborníky mnohem srozumitelnější a přínosnější než v minulosti. Výcvik ve Facilitačně systémové

terapii se může stát užitečným odrazovým můstkem pro studium současných modifikací lurijovského přístupu. Facilitačně systémová terapie se snaží skloubit zkušenosti z českého prostředí i přínos současných Lurijových následovníků v zahraničí.

Literatura

CVETKOVA, L. S., 2001. *Neuropsychologija i afazija: novij podchod.* Moskva: MPSI.

FELIU, M. H., 2005. Neurobehavioral rehabilitation: A program design. In: *Dissertation abstracts International: Section B: Sciences and Engineering.*

GOLDBERG, E., 1990. Tribute to A. R. Lurija. In: Contemporary Neuropsychology and the Legacy of Lurija. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, s. 1-9.

GOLDBERG, E., 1990. Associative agnosias and the functions of the left hemisfere. In: *Journal Clinical and Experimental Neuropsychology,* **12** (4), s. 467-484.

KALITA, N. G., 1979. K voprosu o narušenii myšlenija u bolnych s akustiko-mnestičeskoj afaziej. In: *Problemy afazii i vostanovitelnovo obučenija*. Moskva: MGU, s. 79-88.

LIBBEN, G., 2008. Disorders of Lexis. In: STEMMER, B., WHITAKER, H. A. *Handbook of the Neuroscience of language.* Academic Press.

LURIJA, A. R., 2018. *Vyšije korkovyje funkcii čelověka.* Sankt Peterburg: Piter.

LURIJA, A. R., 2019. *Jazyk i soznanije.* Sankt Peterburg: Piter.

MIKEŠOVÁ, V., 2007. Diagnostika a terapie afázií v koncepci Lurijovy neuropsychologické školy. In: NEUBAUER, K. a kol.: *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých.* Praha: Portál, s. 175-215.

MIKEŠOVÁ, V., 2011. Fatická porucha u pacienta po cévní mozkové příhodě. In: KULIŠŤÁK, P. a kol.: *Případové studie z klinické neuropsychologie.* Praha: UK, s. 103-111.

SACKS, O., 1987. *The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales.* New York: Harper Row.

ŠKLOVSKIJ V. M., VIZEL T. G., 2015. *Vosstanovlenije rečevoj funkcii u bolnych s raznymi formami afazii.* Moskva: Sekačev.

ŠOCHOR-TROCKAJA, M. K., 2013. *Logopedičeskaja rabota pri afazii na ranem etape vosstanovlenija.* Moskva: Kniga po trebovaniju.