

Desatero úskalí při výzkumu afázií

Eva Flanderková (Praha) – Barbara Mertins (Heidelberg)

TEN PITFALLS IN THE INVESTIGATION OF APHASIA

The paper addresses some of the pitfalls connected with the investigation of the language of aphasic patients. In total, ten pitfalls are presented and briefly discussed: three of them are related to neurological and psycho-social aspects, two to linguistic-empirical aspects, and one to the overall cognitive system. There are also three pitfalls focusing on methodological issues and one addressing the logistics of empirical research on aphasic patients.

KEYWORDS

Czech, aphasia, pitfalls

KLÍČOVÁ SLOVA

čeština, afázie, úskalí

Afázie jsou poruchy jazyka, k nimž dochází v souvislosti s porušením mozku; mají důležitou výpovědní hodnotu pro fungování jazyka u mluvčích s mozkiem neporušeným (v češtině viz Lehečková, 2009).

Experimentální výzkum afázií s sebou nese mnohá úskalí. Cílem tohoto příspěvku je některá z nich představit. Soustředíme se především na taková, která vycházejí z velmi specifického charakteru této klinické populace.

A. ÚSKALÍ NA BÁZI KLINICKÉ NEUROLOGIE A PSYCHOSOCIÁLNÍCH FAKTORŮ:

- 1) „Kolik pacientů, tolik afázií“ (Petržílková, 1995) — každý pacient je jiný, jak z pohledu psychosociálního (individuální osobnost a bytost), tak klinického („žádná léze není stejná“, viz níže). I u pacientů příslušících do téže klinické skupiny (téhož „typu“ afázie) se setkáváme se značnou individuální variabilitou (srov. bod 2).
- 2) Příčina poruch je dynamická: léze se vyvíjí (vstřebává), masivně zejména v prvních dnech (týdnech) od počátku poruchy. Mění se tím i klinický obraz afázie: postupně se profiluje některý z jejích „typů“ (sám pojem „typ“ je rovněž relativní).
- 3) Mozek je živá, adaptabilní tkáň: mluví se o jeho tzv. plasticitě. V některých případech může po jisté době určitá část mozku „převzít“ funkci za část porušenou¹.

1 Stává se tak hojně u dětí.

B. ÚSKALÍ NA BÁZI JAZYKOVÉ EMPIRIE

- 4) Nejen léze, ale i sama jazyková empirie je unikavá, dynamická (srov. body 2 a 3 výše). Jazyková empirie v afázii, zachycená v různý časový moment se může lišit přinejmenším ze dvou důvodů: a) pacienti jsou snadno unavitelní (tuto skutečnost je třeba nanejvýš respektovat a pacienta nepřetěžovat), b) kondice pacientů v průběhu dne kolísá, a proto vyšetření provedená v různou dobu jednoho dne mohou přinést různé výsledky.
- 5) Problém hodnocení jazykové empirie: nesrovnalosti v řeči pacientů s afázií nejsou kvalitativně jiné než nesrovnalosti v řeči neafatických² lidí (srov. Schmiedtová — Flanderková, 2012), avšak liší se z hlediska kvantity. Při (prvotním) hodnocení spontánní řeči terapeut zapojuje v ohledu kvantity „chyb“ především vlastní intuici („chyb a těžkostí je příliš mnoho“) (srov. Daneš, 1993 a Caplan, 1995, s. 332). Problémem je absence normativní opory ve smyslu normy mluveného jazyka.

C. ÚSKALÍ NA BÁZI CELÉHO KOGNITIVNÍHO SYSTÉMU

- 6) Jazyk jako komplexní jev *per se* tvoří součást ještě komplexnějšího kognitivního systému. V případě afatických pacientů je třeba mít na paměti především přidružené poruchy sensorické, např. poruchy paměti a pozornosti, případně zrakového vnímání (může se objevovat např. tzv. *neglect syndrom*). Případné přidružené motorické poruchy ztěžují pacientovi psaní.

D. ÚSKALÍ METODOLOGICKÁ

- 7) Zde je třeba zmínit především rozdíl mezi tzv. případovými studii (kazuistikami) a tzv. studii skupinovými. Přestože „vzorky“ čítající velký počet pacientů bývá obtížné získat, v současné praxi se lze setkat s oběma těmito přístupy. Jak v historii, tak v současnosti kognitivní neuropsychologie a lingvistické afaziologie byly a jsou výhody a nevýhody případových vs. skupinových studií předmětem diskuse (např. Caramazza — McCloskey, 1988; Brownell et al., 2012). Caramazza — McCloskey (1988) považují za metodologicky legitimní pouze výzkum, který je založen na studiích případových. Jen z nich lze podle nich vyvodit validní zjištění o struktuře fungování neafatických kognitivních systémů. Vytýkají skupinovým studiím nedostatečnou záruku homogenity zkoumané skupiny³. Navíc dochází k nebezpečí, že průměrné chování skupiny zatemní teoreticky relevantní individuální odchylky nebo kvalitativně odlišné podskupiny pacientů (Brownell

2 Přívlastkem *neafatický* rozumíme *zdravý*, tj. nestižený afázií.

3 Skupina založená na vlastnostech, podle nichž jsou pacienti seskupeni, vykazuje podle Caramazzy a McCloskeye homogenitu pouze a jen na základě těchto vlastností, jež byly takto stanoveny na počátku. Pro detailní argumentaci srov. Caramazza — McCloskey (1988).

et al., 2012, s. 597). Přestože je neudržitelná myšlenka, že afázie mohou být seskupeny do omezeného počtu identifikovatelných a homogenních „syndromů“, neznamená to, že se v rámci pomyslných skupin nenacházejí žádné podobnosti, ani že některé kombinace symptomů se neobjevují častěji než jiné (srov. Whitworth — Webster — Howard, 2005, s. 6). Jak uvádějí Brownell et al. (2012), při zkoumání celých skupin se lze s výhodou opřít o skupinové proměnné: pacienti mohou být sdružováni do skupin podle řady faktorů (proměnných), např. podle profilu symptomů, jako je agramatická produkce či deficity v porozumění (ibid.).

Lze tedy shrnout, že záleží především na tom, zda zvolená kritéria určující charakter dané skupiny dávají smysl uvnitř nějakého (zvoleného) teoretického rámce, resp. výzkumného paradigmatu. Zároveň je třeba počítat s tím, že jakékoliv seskupování se může zhroutit po zavedení některých dalších, méně relevantních rozdílů (srov. Brownell et al., 2012). Některé přístupy také zároveň začínají umožňovat počítání s individuálními odchylkami (např. Haarmann — Just — Carpenter, 1997).

- 8) Problém aplikace statistických metod: Větší skupiny pacientů jsou pro aplikování statistických metod vhodnější než skupiny menší. Afatická populace přitom bývá zkoumána zpravidla v malých počtech (viz níže bod 10).
- 9) Z problémů nastíněných v bodech 1–8 vyplývá problém vyvozování obecných závěrů: ke generalizaci případných zjištění lze přistoupit jen po důkladném uvážení. K určité, byť třeba převažující evidenci totiž často nacházíme i její „kontraevidenci“.

E. ÚSKALÍ LOGISTICKÁ

- 10) Pacienti s afázií jsou zpočátku hospitalizováni v nemocničních zařízeních, než přejdou do domácí péče a docházejí na logopedickou terapii ambulantně. K výzkumu je třeba souhlas etické komise příslušného nemocničního zařízení, který je zpravidla vázán na určité časové období. Předmětem zkoumání lingvistů obvykle bývá afázie Brocova, a to především proto, že jejím průvodním symptomem je tzv. agramatismus. V důsledku úskalí popsanych v 1–10 vznikají proto častěji studie, které pracují s menšími počty informantů.

Výše jsme uvedli desatero omezení, které s sebou nese výzkum afázií. Se všemi je třeba při plánování výzkumu afázie počítat.

LITERATURA

- BROWNELL, H. — HOYTE, K. J. — PIQUADO, T. — WINGFIELD, A. (2012): Analytic methods for single subject and small sample aphasia research: some illustrations and a discussion. In: FAUST, M. (ed.), *The handbook of the neuropsychology of language*, vol. 2, *Language processing in the brain: clinical populations*. Wiley — Blackwell: Blackwell Publishing, s. 595–618.
- CAPLAN, D. (1995): Issues arising in contemporary studies of disorders of syntactic processing in sentence

- comprehension in agrammatic patients. *Brain and language*, 50, 325–338.
- DANEŠ, F. (1993): O intuici v jazyce a v jazykovědě. In: J. STACHOVÁ — J. NOSEK (eds.), *Intuice ve vědě a filozofii*. Praha: Filozofický ústav, s. 134–146.
- DANEŠ, F. (1999): O intuici v jazyce a jazykovědě. In: ULIČNÝ, O. (ed.), *Jazyk a text I. Výbor z lingvistického díla Františka Daneše*. Praha: Univerzita Karlova, s. 22–29.
- HAARMANN, H. J. — JUST, M. A. — CARPENTER, P. A. (1997): Aphasic sentence comprehension as a resource deficit: a computational approach. *Brain and language*, 59, 76–120.
- LEHEČKOVÁ, H. (2009): Afázie jako zdroj poznatků o fungování jazyka. *Slovo a slovesnost*, 70, 23–35.
- PETRŽÍLKOVÁ, M. (1995): *Jazykové aspekty remediální výuky českých a anglických afatiků*. Diplomová práce FF UK: Praha.
- SCHMIEDTOVÁ, B. — FLANDERKOVÁ, E. (2012): Neurolingvistika: předmět, historie, metody. *Slovo a slovesnost*, 73, 46–62.
- WHITHWORTH, A. — WEBSTER, J. — HOWARD, D. (2002): *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia. A clinician's guide*. Hove — New York: Psychology Press.

Eva Flanderková | Ústav obecné lingvistiky, FFUK | nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1
eva.flanderkova@saga.cz

Barbara Mertins | Institut für Deutsch als Fremdsprachenphilologie Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg | Ploeck 55 D-69115 Heidelberg
mertins@idf.uni-heidelberg.de