# MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky


# Postupy logopedické intervence aplikované u klientů s afázií

*Diplomová práce*

Brno 2010


Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Mgr. Barbora Bočková, Ph.D.

Vypracovala:
Bc. Martina Jahodová, DiS.

## Prohlášení

*„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s autorským zákonem a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“*

.....

V Brně, dne 1. dubna 2010 Bc. Martina Jahodová, DiS.

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Mgr. Barboře Bočkové, Ph.D. za odborné vedení a rady při zpracování této diplomové práce. Dále děkuji klientům Soukromé kliniky LOGO, s.r.o. a Občanského sdružení LOGO a jejich rodinným příslušníkům za ochotu a spolupráci při realizaci výzkumné části práce.

# Obsah

**ÚVOD** ..... **5**

**1 ZÍSKANÉ NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI – AFÁZIE** ..... **7**

1.1 VYMEZENÍ POJMU, ETIOLOGIE AFÁZIE ..... 7
1.2 SYMPTOMATOLOGIE A KLASIFIKACE AFÁZIE ..... 9
1.3 DIAGNOSTIKA AFÁZIE ..... 13

**2 TERAPIE AFÁZIE** ..... **18**

2.1 ZÁKLADNÍ ASPEKTY TERAPIE AFÁZIE ..... 18
2.2 PŘÍSTUPY A SMĚRY V TERAPII AFÁZIE ..... 21
2.3 ZÁSADY TERAPEUTICKÉHO PŘÍSTUPU U AFÁZIE ..... 25

**3 PŘIDRUŽENÉ PORUCHY VYŠŠÍCH KORTIKÁLNÍCH FUNKCÍ** ..... **28**

3.1 VYMEZENÍ PŘIDRUŽENÝCH CENTRÁLNÍCH PORUCH ..... 28
3.2 DIAGNOSTIKA PŘIDRUŽENÝCH CENTRÁLNÍCH PORUCH ..... 30
3.3 TERAPIE PŘIDRUŽENÝCH CENTRÁLNÍCH PORUCH ..... 32

**4 POSTUPY LOGOPEDICKÉ INTERVENCE APLIKOVANÉ U KLIENTŮ S AFÁZIÍ** ..... **37**

4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, METODOLOGIE VÝZKUMU ..... 37
4.2 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ ..... 38
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU, KAZUISTIKY ..... 39
4.4 VLASTNÍ ŠETŘENÍ ..... 48
4.5 ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A NÁVRHY PRO PRAXI ..... 75

**ZÁVĚR** ..... **84**

**SHRNUTÍ** ..... **86**

**SUMMARY** ..... **87**

**SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ** ..... **88**

**SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK** ..... **91**

**SEZNAM PŘÍLOH** ..... **92**

**PŘÍLOHY** ..... **93**

# Úvod

Téma své diplomové práce jsem si vybrala nejen na základě poznatků získaných během studia a v průběhu své odborné logopedické praxe, ale také kvůli praktickým zkušenostem, které jsem získala za dobu, po kterou se v rámci své pozice logopedického asistenta ve specializovaném zdravotnickém zařízení setkávám a denně pracuji s lidmi se získaným narušením komunikační schopnosti – afázií.

Jedním ze základních poznatků, které mi tato práce přinesla, je fakt, že důležitou podmínkou úspěšnosti péče o klienta s afázií je včasný počátek terapeutického procesu. V podmínkách současného zdravotnictví, kdy se výrazně redukuje čas hospitalizace pacientů po cévních mozkových příhodách, je třeba, aby byl co nejdříve navázán kontakt mezi logopedem a jedincem s přetrvávajícími těžkostmi v oblasti komunikace pro včasné zajištění logopedické péče. Zejména u těch klientů, u kterých je onemocnění doprovázeno výrazným omezením celkové hybnosti, a z toho důvodu nemohou navštěvovat logopeda ambulantně, nachází své uplatnění i individuální logopedická péče realizovaná v domácím prostředí klientů.

Hlavním cílem předkládané práce je analyzovat a popsat postupy terapie afázie aplikované v domácí intervenci, tj. v domácím prostředí osob s afázií. Dílčími cíli šetření je popsat průběh logopedické intervence v domácím prostředí a zhodnotit její výsledky, vybrat oblasti zaměření logopedické intervence u klientů pro potřeby šetření, prezentovat materiály pro terapii afázie, analyzovat hodnocení logopedické intervence z pohledu rodinných příslušníků.

Úkolem teoretické části práce je prostřednictvím analýzy odborné literatury vymezit teoretická východiska pro výzkumné šetření realizované v rámci praktické části. První teoretická kapitola vymezuje získané narušení komunikační schopnosti – afázii, její etiologii, symptomatologii, klasifikaci a diagnostiku. Druhá kapitola je věnována terapii afázie a jejím základním aspektům, popisuje užívané přístupy a směry v terapii a definuje zásady terapeutického procesu u afázie. Třetí kapitola se zabývá vymezením přidružených poruch vyšších kortikálních funkcí, jejich diagnostikou a terapií.

Praktickou část práce představuje čtvrtá kapitola. Šetření má formu kvalitativního výzkumu s použitím metody kazuistiky a technik aktivního pozorování, analýzy dokumentů, analýzy výsledků činnosti a řízeného rozhovoru. Na základě realizovaného šetření jsou zde analyzovány a popsány postupy terapie afázie v domácím

prostředí, zpracovány kazuistiky klientů s afázií, popsán průběh a výsledky domácí intervence z hlediska vybraných oblastí zaměření logopedické intervence stanovených pro potřeby šetření. Průběh domácí intervence je zhodnocen rodinnými příslušníky klientů s afázií. Součástí práce je také prezentace materiálů, které mohou být využity v terapii afázie a přidružených poruch vyšších kortikálních funkcí.

# 1 Získané narušení komunikační schopnosti – afázie

## *1.1 Vymezení pojmu, etiologie afázie*

Afázii řadíme k získaným organickým narušením komunikační schopnosti. Vzhledem k široké škále symptomů můžeme afázii považovat za jednu z nejvážnějších a nejkomplikovanějších druhů narušené komunikační schopnosti. Obsáhlou a složitou problematikou afázie se zabývá podobor logopedie – **afaziologie**. Moderní afaziologie využívá poznatků mnoha vědních oborů – jsou to neurovědy, psychologické a lingvistické obory, logopedie aj. Tato interdisciplinarita vnáší do afaziologie mnoho různých pohledů na danou problematiku (Heroutová, 2007).

*První systematické práce o afázii* se objevily již ve druhé polovině 19. století, kdy Paul Broca detailně popsal pacienta s expresivní poruchou řeči s relativně zachovaným porozuměním řeči. V roce 1874 pak Karl Wernicke uveřejnil případ pacienta, jehož produkce řeči byla plynulá, ovšem poruchy se manifestovaly v porozumění mluvené řeči. Oba odborníci se však spíše zabývali příčinami těchto deficitů v mozkové oblasti. Teprve po druhé světové válce je patrná skutečná snaha o poskytnutí systematické pomoci pacientům s lokálním poškozením mozku, jejichž počet po válečných událostech vzrostl. Ve světě se tak na různých místech zformovala odborná pracoviště, z nichž se vyvinuly jednotlivé *afaziologické školy* – např. bostonská (Geschwind, Goodglas, Kaplanová), ruská neuropsychologická (Lurija, Cvetkovová) a německá neurologická (Poeck, Leischner). Mimořádný rozmach v oblasti terapie afázie nastal v posledních třech desetiletích 20. století, kdy se do péče o afatické pacienty zapojili především logopedi, později neuropsychologové, psycholingvisté a jiní odborníci (Cséfalvay, 2005).

Pojem **afázie** je odvozen z řec. phasis – řeč a předpony a- znamenající zápor. Afázie patří spolu s agnózií, apraxií, akalkulií, agrafií, alexií a poruchami pravolevé a prostorové orientace do souboru **vyšších kortikálních poruch**. *„Vyšší kortikální činnosti jsou specificky lidskou aktivitou (...), která zajišťuje nervově psychickou činnost člověka, koordinuje a řídí vnitřní funkce organismu i jeho komunikaci s vnějším prostředím.“* (Čecháčková, 2003, s. 144). Součástí vyšších kortikálních funkcí jsou i kognitivní funkce a jejich složky – receptivní (počitky, vjemy), schopnost zpracování informací (analyticko-syntetická činnost) a expresivní (řeč, gestikulace, grafie, praxie).

Definování afázie je ovlivněno úhlem pohledu, z něhož se na danou problematiku nahlíží: z pohledu neurologického, neuropsychologického, psycholingvistického, neurolingvistického, logopedického aj. Jak uvádí Cséfalvay (2003), neurologická literatura ve svých definicích afázie zdůrazňuje vznik postižení na podkladě ložiskového poškození mozku (tj. liší se od poruch vzniklých při difúzních poškozeních) a také skutečnost, že se jedná o poruchu či ztrátu již vybudované řeči.

Lurija (1982) definuje afázii jako systémové narušení řeči, které vzniká při organických poškozeních mozku a zasahuje různé úrovně organizace řeči. Dále uvádí, že toto postižení ovlivňuje vztah řeči k ostatním psychickým funkcím, vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka a narušuje zejména komunikativní funkci řeči. Označuje afázii za poruchu s intrapsychickými a interpsychickými následky.

Kiml (1969, s. 67) uvádí, že afázie je *„porucha některé lingvistické roviny při poškození CNS.“* Podle Hrnčiarové a Cséfalvaye (1990, s. 191) je afázie *„zložité systémové narušenie reči, ktoré zahrnuje rôzne úrovne reči a postihuje celú psychickú činnosť človeka. Poškodenie sa prejavuje najmä v porušení komunikatívnej funkcie reči, pri ktorej dochádza k dezintegrácii celej psychickej a emocionálno-vôľovej sféry pacienta.“*

Neubauer (2007, s. 53) uvádí, že afázie je *„porucha individuálních jazykových schopností na bázi poškození CNS – je vždy vícemodálním jevem, který ovlivňuje percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexikální a grafické dovednosti i verbálně-mnestické funkce. Dominující bývá zejména nemožnost srozumitelně se vyjádřit verbální řečí, narušení schopnosti chápat signální význam slov, obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů, závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií.“*

Podstatu afázie shrnuje Cséfalvay (2003, s. 203) těmito 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.“*

S afázií se setkáváme také u dětí. **Dětská afázie** vzniká jako *„náhlé přerušení a poškození dosud normálně se vyvíjející CNS“* (Čecháčková, 2003, s. 147). Na rozdíl od afázie u dospělých je postižena „ještě nehotová“ řeč – dochází k poškození vyvíjejících se schopností, které dosud nebyly zautomatizovány. Nejčastější příčinou dětské afázie jsou traumata hlavy a mozku, k dalším etiologickým faktorům řadíme cévní malformace, epilepsii, zánětlivá a nádorová onemocnění mozku a další

(Klenková, 2006). Vzhledem k zaměření této práce se již afázií u dětí nebudeme dále zabývat.

Z výše uvedeného vymezení pojmu a z analýzy odborné literatury vyplývají následující **etiologické faktory afázie**: jedná se o získané postižení doprovázející různá neurologická onemocnění, které vzniká na základě organického ložiskového (ohraničeného) poškození korových a podkorových oblastí dominantní mozkové hemisféry (Čecháčková, 2003, Cséfalvay, 2003, Neubauer a kol., 2007).

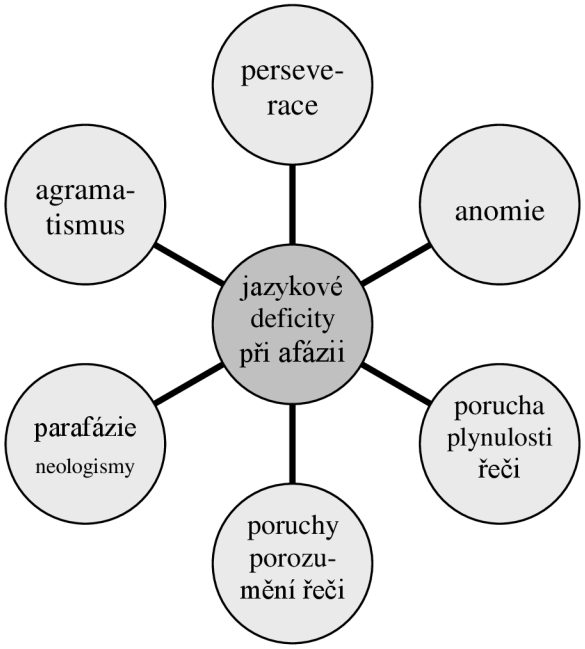
*Klinický obraz afázie* podle Čecháčkové (2003) závisí na povaze patologického procesu, rozsahu a lokalizaci léze a také na věku jedince, ve kterém došlo k poškození mozku. Nejčastější příčinou afázií jsou *cévní mozkové příhody*, a to jak hemoragické, tak ischemické. Cévní příhody hemoragické bývají způsobeny prasknutím tepny s krevním výlevem do okolní tkáně, krvácejícím mozkovým nádorem či úrazem hlavy. Cévní příhody ischemické vznikají v důsledku uzávěru některé z tepen zásobujících krví danou oblast – např. při emboliích (uzavření tepny uvolněnou krevní sraženinou), trombózách (srážení krve v mozkových cévách) či systémové hypoperfuzi (snížení průtoku krve v důsledku srdeční choroby) (Čecháčková, 2003, Carrero, 2004). K dalším příčinám afázie patří *úrazy a poranění mozku* (zejména kontuze a komprese mozku, zlomeniny lebečních kostí), *nádorová onemocnění mozku* (zde nezáleží na povaze, ale na lokalizaci tumoru), *zánětlivá onemocnění mozku a mozkových plen*, *degenerativní onemocnění mozku* a *intoxikace CNS* (Čecháčková, 2003, Neubauer a kol., 2007).

## 1.2 Symptomatologie a klasifikace afázie

Afázie je takovým narušením komunikační schopnosti, které zasahuje všechny modality řeči – expresivní i receptivní, mluvenou i psanou, a také jsou v různé míře postiženy všechny jazykové roviny (Klenková, 2006). **Symptomy afázie** se projevují v různých kombinacích, množství i kvalitě. Příznaky se mohou projevovat v *expresivní* či *receptivní* složce řeči; řeč může být *fluentní* (cca 120 slov/min), *nonfluentní* (cca 50 slov/min) či *hyperfluentní* (nad 200 slov/min) (Čecháčková, 2003).

Z *jazykových rovin* bývá u afatiků dle Cséfalvaye (2007) nejméně narušena pragmatická rovina, přičemž ostatní jazykové roviny mohou být postiženy velmi výrazně. Například při narušení morfologicko-syntaktické roviny vzniká agramatismus, narušení lexikálně-sémantické roviny se projevuje poruchami pojmenování nebo obtížemi s přiřazením významu slyšenému slovu (sémantický deficit). Většina

symptomů se vyskytuje téměř u každé afázie, avšak jejich míra je variabilní, a to i v rámci téhož klinického syndromu u různých pacientů. Nejčastější jazykové deficity vznikající v důsledku poškození mozku uvádí Cséfalvay (2007) v přehledném schématu:




**Obr. č. 1: Nejčastější jazykové deficity vznikající v důsledku léze mozku (Cséfalvay, 2007, s. 17)**

Čecháčková (2003) uvádí následující **základní symptomy afázie**:

- ***parafázie*** – charakteristický symptom, jedná se o deformace slov různého typu a stupně, rozlišujeme tyto typy parafázií: *fonemická* (slovo deformované na úrovni hlásek, často jen záměny fonémů, lze porozumět, např. kvítek – klítek), *žargonová* (těžká slovní deformace, nelze porozumět, např. žduchla – židle) a *sémantická* (nahrazování slov významově podobným slovem nebo opis jeho významu, např. tužka – to, s čím se píše);
- ***parafrázie*** – deformace vět charakteristická pro expresivní afázii, znamená ztíženou schopnost až neschopnost větného vyjádření (např. Přišel jsem dnes za vámi. – Já tady toto teď.);
- ***perseverace*** – ulpívání na předchozím podnětu a odpovědích;
- ***logorhea*** – překotný tok řeči s téměř nulovou informační hodnotou, vyskytuje se u percepční afázie;
- ***anomie*** – poruchy pojmenování, bývají součástí amnestické afázie;
- ***neologismy*** – nesmyslná sdělení na základě chyb v gramatické stavbě, záměn hlásek, slabik, slov;

- ***poruchy porozumění*** – poruchy vnímání, chápání a dekódování mluvené řeči, které nemusí být ihned patrné.

Co se týče **klasifikace afázie**, existuje celá řada klasifikačních systémů, které vycházejí z pojetí jednotlivých afaziologických škol; jednotný systém dosud nebyl vytvořen. Dominantní klasifikací afázie je dodnes tzv. klasická typologie afázií, o níž pojednali již v 19. století Broca a Wernicke. Jak uvádí Cséfalvay (2003, s. 208), v této **Bostonské klasifikaci** jde v podstatě *„o vnitřní diferenciaci afázie založenou na silných a slabých stránkách jednotlivých řečových modalit:*

1. *pojmenování;*
2. *fluence konverzační řeči;*
3. *porozumění mluvené řeči;*
4. *opakování.“*

V této klasifikaci převládá lingvistický aspekt; akceptována je lokalizace léze v mozku, ale není vyšetřována gnozie, praxie, pravo-levá a prostorová orientace (Čecháčková, 2003). Ucelený přehled charakteristik základních řečových modalit u jednotlivých afatických syndromů uvádíme v následující tabulce (srov. Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, Cséfalvay a kol., 2007); následuje stručný popis jejich charakteristických rysů:

| Syndrom | Spontánní řeč | Porozumění mluvené řeči | Opakování | Pojmenování |
|---|---|---|---|---|
| **Brocova afázie** | nonfluentní,agra-matická, parafázie | lehké až středně těžké poruchy | narušené | narušeno |
| **Globální afázie** | absentuje, řečové stereotypie | těžce narušené | těžce narušené | těžce narušeno |
| **Transkortikální motorická afázie** | nonfluentní, echolalická | lehké až středně těžké poruchy | zachované, příp. lehce narušené | narušeno |
| **Smíšená transkortik. afázie** | nonfluentní, řečové stereotypie | těžce narušené | mírně narušené | narušeno |
| **Wernickeho afázie** | fluentní, parafázie, neologismy | těžce narušené | narušené | narušeno |
| **Konduktivní afázie** | fluentní, fonémické parafázie | lehce narušené | těžce narušené | lehce narušeno |
| **Amnestická afázie** | fluentní, anomické pauzy | lehce narušené | zachované | narušeno |
| **Transkortikální senzorická afázie** | fluentní, echolalická | těžce narušené | zachované | narušeno |

**Tab. č. 1: Základní charakteristika klinických syndromů afázie (srov. Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, s. 6, Cséfalvay a kol., 2007, s. 18)**

U ***Brocovy afázie*** je nejnápadnějším příznakem těžce utvářená mluva se zvýšeným výskytem parafázií a parafrázií. Řeč je nonfluetní, její tempo výrazně zpomaleno. Spontánní řečová produkce je velmi namáhavá (motorická afázie), často zredukovaná jen na jednoslovné odpovědi. Objevují se výrazné těžkosti při vyhledávání slova z mentálního slovníku, vyskytují se perseverace. Porozumění mluvené řeči je v porovnání s řečovou produkcí vždy lepší. Alexie a agrafie se u Brocovy afázie vyskytuje velmi často, a to jak při vstupu, tak při výstupu. V klinickém obraze bývá častá hemiparéza až plegie horní a/nebo dolní končetiny (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, Cséfalvay a kol., 2007).

Řeč u osob s ***Wernickeho afázií*** je fluentní, dobře artikulovaná, obsah řeči však bývá nesrozumitelný. Spontánní řečová produkce je často zrychlená (až logorhea), vyskytují se neologismy, parafázie při pojmenování, narušena je schopnost reprodukovat slova. Nejvýraznějším symptomem tohoto typu afázie je porucha porozumění mluvené (ale i psané) řeči (senzorická afázie). Čtení je tedy rovněž výrazně narušeno, někdy bývá zachováno čtení izolovaných slov či slabik, deficit je až na úrovni sémantického systému. Psaní bývá zachováno spíše formálně, spontánní psaní bývá narušeno (Čecháčková, 2003, Cséfalvay a kol., 2007).

***Konduktivní afázie*** (převodová, převodní) je typická výskytem (zejména fonémických) parafázií. Spontánní řeč je však fluentní, objevují se jen lehké poruchy porozumění. Potíže se manifestují v opakování slov a vět, které je výrazně horší než spontánní řeč. Tiché čtení s porozuměním je poměrně dobře zachováno, při hlasitém čtení se mnohdy vyskytují paralexie (obdobně jako parafázie ve spontánním projevu). Rovněž spontánní psaní nebývá výrazně narušeno, potíže se objevují při diktátech (paragrafie) (Cséfalvay a kol., 2007).

***Anomická afázie*** (anomická amnestická) je považována za klinicky nejlehčí typ afázie. Spontánní řeč je fluentní s častými anomickými pauzami pro hledání správného výrazu v mentálním slovníku. Opakování nečiní potíže, rovněž porozumění bývá narušeno vzácně. Obtíže se nejvíce manifestují při pojmenování předmětů a činností. Čtení a psaní bývá postiženo vzácně, může být stigmatizováno pauzami (Neubauer a kol., 2007).

Transkortikální afázie jsou doprovázeny typickým symptomem – opakováním slov či kratších vět, často bez porozumění obsahu (echoláliemi). Při ***transkortikální motorické afázii*** (adynamická) je výrazně narušená spontánní řeč, je tvořena namáhavě, nonfluentně, agramaticky. Porozumění je narušeno méně (např. složitějším větám), také

lexie může být zachována; grafie je poznamenána pomalým tempem. U ***transkortikální senzorické afázie*** (asémantická) je řeč fluentní, ale obsahově prázdná. Opakování slov a vět je zachované, ale opakovanému jedinec nerozumí. Výrazně je narušeno porozumění mluvené řeči. Lexie je bezchybná, ovšem bez porozumění. Tento typ afázie může být přítomen i pouze jako přechodný stav, který do 24 hodin odezní. ***Transkortikální smíšená afázie*** je nazývána jako syndrom izolace řečových zón a je velmi podobná globální afázii, od které se liší tím, že opakování některých slov a automatizovaných frází je relativně zachované. Bývají narušeny všechny komponenty – spontánní řeč, porozumění, opakování, pojmenování (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, Cséfalvay a kol., 2007).

Nejtěžším typem afázie je ***globální afázie*** (totální), jde o velmi vážnou poruchu všech fatických funkcí. Globální afázie bývá přítomna v klinickém obraze v iniciálním stádiu nemoci, po určité době se může zmírnit, či přejít v jiný typ afázie; pokud přetrvává i po několika měsících, jde o tzv. nevratný afatický syndrom se špatnou prognózou (Čecháčková, 2003, Neubauer, 2007).

Mezi další typy klasifikací afázie patří **klasifikace Kimlova, Lurijova, Hrbkova a olomoucká.** Charakteristiky jednotlivých typů afázie dle těchto třídění uvádíme v příloze č. 1 této práce.

## *1.3 Diagnostika afázie*

Diagnostika je považována za nejpropracovanější oblast afaziologie, neboť existuje celá řada metodik vyšetření, testů, testových baterií a zkoušek; v podstatě každé významnější afaziologické výzkumné centrum má vytvořen svůj vlastní přístup, či alespoň svou modifikaci již existujících testů. Samozřejmostí diagnostiky afázie se stává týmová spolupráce odborníků – neurologa, logopeda, foniatra, psychologa, neuropsychologa aj. Navíc podle Cséfalvaye (2003) můžeme také v této oblasti sledovat výraznější posun orientace na pragmatickou rovinu komunikace.

Vzhledem k zaměření této práce nyní podáme základní přehled několika v zahraničí a/nebo u nás užívaných diagnostických testů a baterií z oblasti neuropsychologie, psychologie a lingvistiky; s podrobnějším zaměřením na oblast logopedické diagnostiky. Více se jednotlivými diagnostickými přístupy ve svých pracích zabývají Neubauer (1997, 2007), Hrnčiarová, Cséfalvay (1990), Cséfalvay (2003), Cséfalvay a kol. (2007).

Významné místo v diagnostickém procesu u osob s afázií zaujímají **neuropsychologické metody**, které jsou speciálně zaměřeny na zjišťování poruch podmíněných poškozením CNS, a to ve spojení se standardizovanými **psychologickými metodami** zaměřenými na diagnostiku intelektových a paměťových schopností vyšetřovaného. Mnohé z nich se však u nás běžně nepoužívají (Cséfalvay, 2003, Neubauer a kol., 2007): *Lurijovo neuropsychologické vyšetření* (Lurija, Christensenová, 1975); *Neuropsychologická baterie Halstead – Reitan* (Preiss a kol., 1991); *Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE* (Goodglas, Kaplanová, 1972); *Western Aphasia Battery – WAB* (Kertezs, 1982); *Token Test – TT* (DeRenzi, Vignolo, 1962); *Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia – MTDDA* (Schuellová, 1965) . Stručný popis těchto diagnostických testů je uveden v příloze č. 2 této práce.

Dalším významným směrem v oblasti diagnostiky afázie jsou **psycholingvistické a neurolingvistické zkoušky** zaměřené na oblast pragmatického využití komunikace v životních situacích. Lingvisté se jimi mimo jiné snaží definovat oblasti možného rozvoje komunikace pro každodenní použití; bohužel u nás dosud nebyla vytvořena žádná metodika na základě současných lingvistických poznatků (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003, Neubauer a kol., 2007): *Aachener Aphasia Test – AAT* (Huber, Poeck, Weniger, Willmes, 1983); *Porch Index of Communication Ability – PICA* (Porch, 1979); *Profiling Linguistic Disability* (Crystal, 1982); *Communicative Abilities in Daily Living – CADL* (Holland, 1980); *Functional Communication Profile – FCP* (Sarnová, 1969). Stručný popis těchto testů je uveden v příloze č. 3 této práce.

Nezbytnou součástí diagnostiky v rámci komplexního a týmového přístupu je **diagnostika logopedická**. Neubauer (1997, s. 29) upozorňuje, že *„logopedická diagnostika afázií je zásadně diagnostikou terapeutickou, tedy sloužící ke stanovení počátku a plánu přiměřené logopedické terapie.“* Logopedická diagnostika tedy zajišťuje propojení diagnostického a terapeutického procesu. Ve smyslu týmového přístupu se logoped při diagnostickém procesu opírá o výsledky lékařského (neurologického aj.) a psychologického vyšetření.

Při diagnostickém procesu sledujeme tyto ***cíle logopedické diagnostiky*** (Cséfalvay a kol., 2007, Neubauer a kol., 2007):

→ screening afázie – stanovení přítomnosti či nepřítomnosti řečové poruchy;

→ diferenciální diagnostika – odlišení afázie od jiných poruch řečové komunikace;

→ určení typu a stupně afázie, zjištění úrovně narušení komunikace s okolím;

→ analýza některých specifických symptomů afázie;

→ stanovení individuálního plánu terapie – návrh intervenční strategie;
→ stanovení možné dynamiky procesu úzdravy – prognostická úvaha o potenciálu dalšího obnovení porušených funkcí;
→ zhodnocení výsledů terapie po určitém časovém období.

Kromě těchto diagnostických cílů můžeme stanovit i ***další praktické úkoly***, které doprovází celý diagnostický proces afázie (Neubauer, 1997, 2007): navázání kontaktu s vyšetřovanou osobou, vytvoření pocitu vzájemné důvěry a naděje na výsledek terapie; provedení vyšetření dle možností a celkového stavu pacienta (screeningové, orientační, komplexní); iniciace zapojení dalších odborníků do diagnosticko-terapeutického procesu; motivace rodiny a ošetřujícího personálu ke spolupráci.

***Vyšetřovací postup*** logopeda probíhá ve dvou hlavních etapách – *úvodní rozhovor* (zjištění anamnestických údajů, orientace afatika a jeho těžkostí s komunikací, zrakem, sluchem, pamětí) a *speciální část* (tvořená specifickými úlohami zaměřenými na hodnocení impresivní a expresivní složky řeči, lexii, grafii, akusticko-verbální paměť, praxii a gnozii).

***Vyšetření řeči*** u osoby s afázií by se mělo zaměřit na vyšetření:

1. spontánní řeči;
2. porozumění řeči;
3. opakování;
4. pojmenování.

*Analýza spontánní řeči* má sloužit k základnímu rozlišení – zda je řeč fluentní nebo nonfluentní. Testuje se podle odpovědí pacienta na otázky vyšetřujícího a dle popisu obrázku; hodnotí se také gramatická stránka projevu, obsažnost informací, výskyt parafázií apod. Dále se hodnotí *porozumění* jednoduchým otázkám, slovům, větám i složitějším instrukcím. Pro vyšetření expresivní složky řeči se analyzuje schopnost pacienta *opakovat* hlásky, slabiky, slova a věty různé délky. Při hodnocení nominativní funkce řeči – schopnosti *pojmenování* – je úkolem vyšetřovaného pojmenovat reálné předměty, popř. obrázky, nebo vyjmenovat členy dané kategorie apod.

Podle Cséfalvaye (2003, s. 211) *„hodnocení může být komplexní jen tehdy, neomezí-li se pouze na mluvenou řeč, ale zahrne-li také psanou formu řeči (čtení, psaní).“* Proto je součástí vyšetření afatika i hodnocení grafomotorických

a lingvistických deficitů při psaní, hodnotí se automatické psaní, spontánní psaní, psaní dle diktátu; obdobně se vyšetřuje schopnost čtení vyšetřovaného.

***Screeningové vyšetření*** afázie je zaměřeno na zjištění přítomnosti poruchy fatických funkcí a jejího celkového charakteru. V našich podmínkách jsou pro účely screeningu afázie používány dva diagnostické materiály (Cséfalvay a kol., 2007, Neubauer a kol., 2007):

- *Token test* (do ČJ Preiss, 1996) – zde užit jako screeningový materiál pro vyšetření percepčních schopností a krátkodobé verbální paměti, administrace trvá cca. 10 min.;
- *Screeningová zkouška afázie – AST* (do ČJ Preiss, 1999) – hodnotí obtíže v užití individuálních jazykových schopností a odhaluje poruchy zrakového vnímání, dyspraxie, narušení pravo-levé orientace, orientace na těle apod.; administrace 10 min.

***Orientační logopedické vyšetření*** afázie respektuje nutnost rychle a bez nadměrné zátěže začít s terapií afatika v akutním stádiu, přičemž situace je komplikovaná těžkým celkovým stavem a vysokou unavitelností pacienta. Úkolem vyšetření je zhodnotit aktuální stav řečové komunikace a definovat zachované komunikační schopnosti pro počátek terapeutického procesu. K těmto účelům se u nás používají *krátká diagnostická vodítka* na zhodnocení schopnosti rozumění a expresivní komunikace (Neubauer, 1997, 2007).

***Komplexní logopedické vyšetření*** již díky relativně ustálenému klinickému obrazu afázie (po několika týdnech či měsících – tj. v chronickém stádiu onemocnění) a schopnosti pacienta déle spolupracovat s vyšetřující osobou zahrnuje vyšetření všech oblastí důležitých pro komplexní zhodnocení komunikačního procesu. V našich podmínkách se k tomuto účelu používají tyto testové baterie (Neubauer a kol., 2007):

- *Pražské afaziologické vyšetření – PAV* (Mimrová, Budínová-Smělá, 1964) – umožňuje graficky zaznamenat výkon afatika křivkou, ta zobrazuje procentuální úspěšnost pro jednotlivá centra řeči; hodnocena je spontánní řeč, opakování, porozumění, pojmenování, automatické řady, zpěv, čtení, počítání ústní a písemné, kreslení, psaní.
- *Vyšetření fatických funkcí – VFF* (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002) – komplexní vyšetření afázie, alexie, agrafie kvalitativně orientované a zaměřené na určení typu afázie v souladu s Bostonskou klasifikací; obsahuje 6 částí – vyšetření spontánní řečové produkce, porozumění mluvené řeči, schopnosti reprodukce, nominativních funkcí řeči, čtení a psaní.

- *Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace – VZNPŘK* (Neubauer, 2007) – vyšetření fatických funkcí, lexie, grafie, kalkulie, praxie horní končetiny a orální praxie, motorických poruch řeči, slouží také k diferenciální diagnostice neurogenních poruch komunikace.

V neposlední řadě **diferenciální diagnostika** afázie se snaží odlišit afázii od dalších poruch řečové komunikace – od dysartrie, dále od agnozie, apraxie, alexie či mutismu (Klenková, 2006).

*Afázie je získané organické narušení komunikační schopnosti, které vzniká při ložiskovém poškození mozku. Je důsledkem systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka. U afázie jsou zasaženy všechny modality řeči – receptivní, expresivní, mluvená i psaná – a v různé míře také všechny jazykové roviny. Afázie je složitou systémovou poruchou, při které dochází k narušení nejen komunikační schopnosti, ale celé psychické, emocionální a volní sféry postiženého člověka. Symptomatologie afázie je široká; existují také rozdílné klasifikace afázie. Pro diagnostiku afázie mohou být použity nejrůznější neuropsychologické, psychologické, lingvistické a logopedické metody.*

# 2 Terapie afázie

## 2.1 Základní aspekty terapie afázie

Vzhledem k zachování komplexního charakteru péče, jež je afatikům poskytována, je nedílnou součástí terapie (vedle lékařské, fyzioterapeutické, psychologické a psychoterapeutické) **terapie logopedická**. *„Aktivity terapeuta za účelem restituce (obnovení) komunikačních schopností u pacienta bývají označovány jako reedukace, cvičná léčba, rehabilitace řeči, logopedická terapie anebo jen terapie afázie“* (Čecháčková, 2003, s. 166). *Cílem* takového působení je dosažení maximálních schopností komunikace s ohledem na dané postižení a současné obnovování sociálních vazeb jedince. Systematičnost terapie spočívá v její dlouhodobosti a cílenosti s uchováním kontinuity od počátečního ošetření v akutním stadiu až do období stabilizace. Heroutová (2007) uvádí, že pro moderně chápanou reedukaci afázie je nutné zachovat *konkrétní kritéria terapie* – ta by měla být systematická (cílená), strukturovaná (logicky návazná), adaptovaná (vzhledem ke specifické konstelaci symptomů) a intenzivní.

Za **faktory ovlivňující reedukaci řeči** považuje Čecháčková (2003) rozsah a lokalizaci léze mozku (tj. typ a stupeň léze fatické poruchy), socioekonomický status jedince (příp. i věk), časové stadium poruchy (akutní, následné, stabilizované, chronické) a sociální zázemí afatika v chronickém stadiu.

Neubauer (2007) uvádí tři **základní etapy terapie** afázie (dle Hubera, Springerové a Willmese, 1993):

1. aktivační fáze,
2. symptomově-specifická fáze a
3. konsolidační fáze.

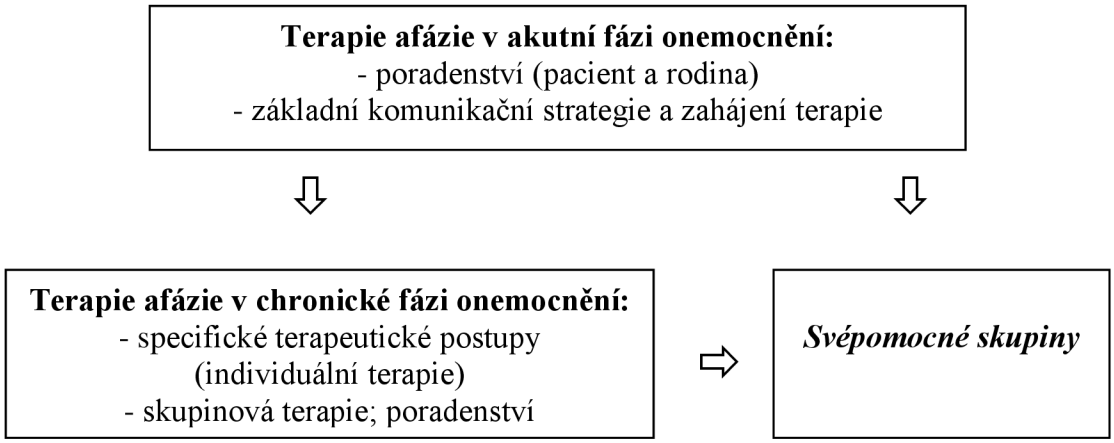
V *aktivační fázi* (iniciální) je cílem podpořit obnovení dočasně narušených jazykových funkcí, aktivizovat řeč pacienta pomocí technik přímé a nepřímé stimulace. Cílem následné *symptomově-specifické fáze* je reedukace narušených lingvistických schopností a strategií zejména pomocí lingvisticky orientovaných přístupů. V závěrečné *konsolidační fázi* jsou aplikovány postupy zaměřené na udržování znalostí znovuzískaných během předchozí fáze, např. pomocí tréninku konverzace.

Terapie u osob s afázií s sebou přináší důležitý moment, a to individuální posouzení počátku systematické péče – je vždy nutné zcela individuálně posoudit stav a možnosti afatika.

**K aspektům terapie v akutním stadiu onemocnění** řadíme následující: rychle se měnící klinický obraz afázie v prvních dvou až třech týdnech od vzniku mozkové léze; provedení orientační logopedické a diferenciální diagnostiky a následné vytvoření základní terapeutické linie; intenzivnější terapie v této fázi je prováděna individuálně; nově vzniklá situace znamená neinformovanost a nepřipravenost okolí i pacienta – důležitost poradenství pro afatika a jeho rodinné příslušníky; zásadním úkolem logopeda je překonání komunikační bariéry mezi afatikem a okolím a vytváření základních komunikačních strategií; nezbytné je udržení, popř. znovunabytí psychické stability pacienta; je nutné respektovat zvýšenou unavitelnost a případné somatické obtíže; cvičení se uskutečňuje v několika krátkých intervalech (5 – 10 min) během dne; terapie realizovány většinou na Jednotkách intenzivní péče (JIP) při neurologických odděleních a klinikách; možné je využití psychoterapie, muzikoterapie, tzv. body therapy (léčba těla s využitím taktilních podnětů) apod.

**Mezi aspekty terapie v chronickém stadiu onemocnění** patří: zaměření terapie více na obnovu porušených sociálních kontaktů; průběh terapie individuální i skupinovou formou; snaha o zapojení nemocného do sociálního prostředí; stanovení obsahu logopedické terapie na základě výsledků předchozí terapie; méně výrazný efekt terapie v této fázi – je proto důležité stanovení reálných cílů; hledání kompenzační strategie (AKK) při přetrvávajících obtížích u těžkých poruch komunikace; významná je i pomoc rodiny formou práce s afatikem v domácím prostředí; trvání nutnosti paralelního poradenství pro jedince s afázií i rodinné příslušníky; možnost využití aktivit občanských sdružení (např. pořádání rekondičních pobytů, setkávání afatiků, sociální poradenství apod.). (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, Cséfalvay, 2005, Heroutová, 2007, Cséfalvay a kol., 2007).

Na následujícím schématu je možné uvést akcenty komplexní logopedické terapie v závislosti na čase od vzniku onemocnění:




**Obr. č. 2: Akcenty komplexní logopedické terapie v čase (Cséfalvay, Košťalová, Klimešová, 2002, s. 43)**

Problematika **efektivity terapie afázie** je jednou *„z nejaktuálnějších otázek afaziologie, poněvadž dodnes (a to nejenom na Slovensku) přetrvává jistý skepticismus, přináší-li cílená terapie afázie očekávaný efekt“* (Cséfalvay, 2005, s. 204). Po celém světě stále probíhají různé výzkumy, které se snaží odpovědět na otázky efektivity terapie, její adekvátnosti vzhledem k vynaloženému úsilí afatika i terapeuta a mnoho dalších podobných otázek. V současnosti již máme k dispozici *„závěry více než dvou set výzkumů, které dokumentují pozitivní vliv intervence“* (Cséfalvay, 2005, s. 204), ovšem specifičtější dotazy dodnes nemohou být považovány za definitivně zodpovězené. Složitost problematiky je ovlivněna (vedle měřitelných komponent afázie) existencí hůře kontrolovaných proměnných – např. osobnostními faktory, a také tzv. funkcionálním výstupem terapie, tj. očekáváním důkazů o pozitivní změně v reálných komunikačních situacích vzhledem k současné změně paradigmatu v afaziologii – posunu na pragmatickou rovinu komunikace.

Hodnotit efektivitu terapie afázie lze několika způsoby. Sama se nabízí možnost *porovnat dvě skupiny osob s afázií*, přičemž jedna z nich představuje kontrolní skupinu bez terapie. Další možností hodnocení efektivity je využití *metaanalýzy* – matematické metody, jíž se syntetizují výsledky nezávislých výzkumů uvedených v literatuře, které jsou v tomto případě zaměřeny na efektivitu terapie afázie. Rovněž tato analýza potvrdila, že terapie u osob s afázií je efektivní (Cséfalvay, 2005). Autor dále uvádí, že nejjednodušším důkazem efektivity terapie je samozřejmě zlepšený *výkon v testech afázie* ve srovnání před terapií a po ní. Pro takové účely je pak nejjednodušším způsobem sestavení vlastní logopedovy verze testu pojmenování nebo popisu dějového obrázku apod. s přesně stanovenými kritérii hodnocení.

## 2.2 Přístupy a směry v terapii afázie

Existuje několik **dělení terapeutických směrů**, můžeme uvést např. dělení dle Chapeyové z roku 1986:

- *stimulační terapeutické přístupy* (techniky kognitivní stimulace, funkcionálně orientované postupy);
- *jiné terapeutické přístupy* (melodicko-intonační terapie, alternativní a augmentativní komunikace);
- *obnovování specifických narušení* (terapie poruch porozumění, čtení) (Klenková, 2006).

Cséfalvay (2007) uvádí dělení terapie vycházející z tzv. IDH klasifikace Světové zdravotnické organizace (WHO). Tato IDH klasifikace (z angl. I – impairment/poškození, narušení; D – disability/narušená schopnost; H – handicap/postižení) umožňuje **dělení terapie afázie do tří rovin**:

1. *terapie zaměřená na obnovení narušené funkce* – terapeutické přístupy soustředěné na některé izolované jazykové funkce, např. pojmenování, čtení, psaní, porozumění řeči (kognitivně-neuropsychologický přístup k terapii afázie, alexie a agrafie);
2. *terapie zaměřená na narušenou komunikační schopnost* – terapeutické přístupy komplexněji orientované, tj. nejen na izolované jazykové funkce (kresba jako komunikační nástroj, konverzační trénink, trénink multimodální komunikace);
3. *terapie zaměřená na zmírnění následků postižení* – terapeutické přístupy jiného charakteru, zaměřené na zmírnění psychosociálních důsledků afázie (skupinová terapie).

V současné době existují v afaziologii dva **dominantní terapeutické směry** – přístup kognitivně-neuropsychologický a pragmatický (funkcionálně orientovaná terapie). První z nich se soustřeďuje na analýzu konkrétního deficitu a vypracování konkrétních strategických postupů, druhý zdůrazňuje vliv narušení na specifické schopnosti člověka s afázií.

***Kognitivně-neuropsychologický přístup*** v terapii afázie je zaměřený na obnovení nebo kompenzaci jazykových procesů. V našich podmínkách se s tímto přístupem setkáváme zřídka, zkušebně se jím zabývá na Slovenku Cséfalvay (Klenková, 2006). Cílem kognitivní neuropsychologie je odhalit zákonitosti fungování kognitivních procesů v normě. Model jazykových procesů vychází z *modulární koncepce kognitivních procesů*, která je založena na ideji, že *„kognitivní procesy dospělého*

*člověka jsou rozděleny do mnohých samostatně fungujících jednotek, tzv. modulů (...). Mezi odborníky v současné době existuje konsensus v tom, že na realizaci kterékoliv kognitivní funkce participuje několik komponentů. Tyto komponenty se v kognitivně-neuropsychologických modelech znázorňují jako obdélníky, zatímco vztahy a interakce mezi jednotlivými komponenty jsou znázorněny šipkami"* (Cséfalvay, Košťalová, Klimešová, 2002, s. 14). Schéma je součástí přílohy č. 4 této práce.

Podstatou přístupu je v diagnostickém procesu detekovat narušené moduly, přičemž tyto informace se stanou východiskem pro vypracování individuální terapeutické strategie. *Úkolem terapeuta* je podle Cséfalvaye (2005) připravit sérii úloh s dílčími zadáními, připravit stimulační materiál (obrázky, slova na kartičkách apod.) a definovat strategie, které budou při terapii použity. Tento postup je nejvíce využíván při terapii poruch pojmenování či získaných poruch čtení a psaní.

Ke kognitivně-neuropsychologickému přístupu v terapii afázie bývají řazeny následující postupy (Neubauer a kol., 2007, Heroutová, 2007):

- *melodicko-intonační terapie – MIT* (Albert, Helmová, Sparkus, 1973) – terapie založená na využití zpěvu u afatiků s těžkou nonfluetní afázií; program je třífázový a spočívá v intonaci frekventovaných frází a následně i komplexních celků podobných běžné řeči, přičemž intonace je doprovázena pohybováním ruky afatika terapeutem;
- *Treatment of Aphasics Perseveration – TAP* (Helmová, Emeryová, Albert, 1987) – intervenční techniky při perseveraci afatiků; spočívají v tlumení perseverací (ulpívání) v řeči afatika vědomou kontrolou vlastní řečové produkce, přičemž terapeut se snaží upřít pozornost jedince právě na tento symptom; pomocí strukturovaného skórovacího systému se ve výkonu afatika hodnotí dva aspekty (správné pojmenování a výskyt perseverací).

***Pragmatický (funkcionálně orientovaný) přístup*** je dalším dominantním směrem v terapii afázie. Ten vychází z předpokladu, že je důležité afatika co nejdříve zařadit do fungování společnosti, poskytnout mu adekvátní možnost komunikace a učinit ho tak soběstačným. Cílem terapie je tedy zlepšení funkční komunikace v přirozeném prostředí. Vychází se z poznatku, že pragmatická rovina bývá u afatiků postižena nejméně, a také z předpokladu, že zažití pocitu smysluplné konverzace je pro člověka s afázií výrazným motivačním faktorem (Heroutová, 2007).

Cséfalvay (2005, s. 223) dále upozorňuje, že *„ve funkcionální terapii je pacient aktivní při stanovení cílů, výběru úkolů. Během komunikace pacient, podobně jako při přirozené konverzaci, mění roli produktora a recipienta informace. Při funkcionální*

*komunikaci se akceptuje každý způsob dorozumívání (mluvenou řečí, psaním, kresbou, gesty anebo jejich kombinací) i agramatická produkce, fonologická parafázie.“*

K nejrozšířenějším pragmaticky orientovaným terapeutickým technikám používaným v zahraničí, ale i v našich podmínkách patří (Cséfalvay, 2005, Neubauer, 2007, Heroutová, 2007):

- *Promoting Aphasics Communicative Efectiveness – PACE* (Davis, Wilcoxová, 1985) – jedná se o techniku *Pomoci pacientům s afázií zefektivnit jejich komunikaci*, která spočívá v modelování přirozených situací; postup terapie se opírá o interakci mezi terapeutem a pacientem, při které probíhá vzájemná výměna nové informace, ale i rolí komunikačních partnerů; samozřejmostí je také volný výběr komunikační modality (mluvená řeč, psaní, gesta, kresba aj.) a přirozená zpětná vazba (porozumění); výkon afatika se zaznamenává do čtvercové sítě (osa y – způsob a kvalita přenosu informace, osa x – recipientovo porozumění);
- *Konverzační trénink* (Hollandová, 1997) – cílem je, aby se afatik snažil využít kompenzační komunikační strategie při vysílání informací; terapie probíhá v několika fázích – přes společnou přípravu scénáře, jeho opakování s terapeutem až po afatikovu reprodukci jiné osobě; komunikace je snímána kamerou a následně analyzována pro hledání účinných „pomocných“ strategií;
- *Podpůrná komunikace* (Kaganová, 1993) – spočívá v přípravě potencionálních komunikačních partnerů (rodina, přátelé, ošetřující personál, lékaři, právník apod.) a jejich přesvědčení o komunikační kompetenci osob s afázií; součástí terapie je užívání speciálního obrazového materiálu – komunikační knihy pro afatiky.

Výčet terapeutických postupů v rámci dvou dominantních afaziologických směrů nyní doplníme o **další specifické intervenční techniky** používané u osob s velmi závažnými projevy afázie:

- *„Zpět ke kreslící tabuli“ – „Back to the Drawing Board“, BDB* (Helmová-Estabrooksová, Albert, 1991) – tj. využití kresby jako komunikačního prostředku u osob s těžkým stupněm afázie, především s výrazným narušením expresivní složky řeči; při levohemisferální lézi jsou tito jedinci schopni provést jednoduchou kresbu a tuto efektivně využít při běžné konverzaci; využívány jsou jednoduché, sériové nebo dějové obrázky pro vyjádření pocitů, potřeb a situací (Cséfalvay a kol., 2007);
- *Vysoce automatizované formy řeči – VFA* (Lezaková, 2004) – tj. sdělení, která vyžadují minimální volní úsilí pro svou produkci (např. číselné řady, řady násobků, série dní v týdnu, měsíců v roce, ročních období, vyjmenovaných slov, dále abeceda,

texty písní, básní, modliteb apod.); opakováním se tyto spoje hluboce fixují a automatizují – jeden prvek ze série stimuluje produkci dalších, čímž dochází ke stimulaci iniciace slov a pojmenování; terapeutický postup je běžně součástí mnoha vyšetřovacích metodik a v české i slovenské praxi je hojně využíván při stimulaci produkce řeči u různých deficitů pojmenování (Košťálová, 2007);

- *neurolingvistické přístupy k afázii na úrovni vět* – významné u těch afatiků, u nichž jsou procesy na úrovni slova relativně intaktní, ale mají problémy právě s porozuměním či produkcí větších celků, tj. frází a vět; podrobněji se jednotlivými terapeutickými přístupy na úrovni vět zabývá Marková (2007), která zde také uvádí příklad aplikace uvedeného přístupu v podrobné kazuistice;
- *Fonematicko-vizuální stimulační metoda* – stimulační program určený pro osoby s těžkou afázií v postakutním období, u kterých není přítomna žádoucí reaktivita na počátek jiné stimulace; terapie užívá vizuálně-fonematické ústní obrazy pro fixaci artikulačního postavení se současnou prezentací karet s písmeny příslušnými daným hláskám; cílem je stimulace bez nutnosti užití těchto obrazů (Neubauer a kol., 2007).

V neposlední řadě je třeba zmínit, že vedle výše popsaných dvou dominantních směrů (kognitivně-neuropsychologického a pragmatického) jsou v terapii afázie známy také **jiné afaziologické směry**, vycházející z učení příslušných afaziologických škol:

- *Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie* – východiskem Lurijovského přístupu k obnovení vyšších psychických funkcí (řeči, čtení, psaní, praxie, gnózie, mnestických funkcí aj.) je skutečnost, že řeč afatika lze obnovit prostřednictvím speciálního obnovovacího cvičení; jedná se o dlouhé systematické učení přestavbou funkčních systémů; principy obnovovacího učení a terapii jednotlivých druhů afázií dle Lurijova přístupu podrobně popisují např. Cvetkovová (1988), Hrnčiarová, Cséfalvay (1991), Neubauer (1997) aj.;
- *Anglo-americká terapeutická koncepce* – může být prezentována pomocí tzv. *Aphasia Therapy a Language-Oriented Treatment* (Jazykově zaměřená terapie), které vycházejí z neurologických a neurolingvistických poznatků a obsahují metodiky na využívání možností pravé mozkové hemisféry, stejně jako další specifické postupy jako je např. využívání gestikulace, symbolů a jiných neverbálních prostředků u osob s těžkou afázií (Neubauer, 1997, Heroutová, 2007);
- *Česká a slovenská metodika terapie afázie* – je zastoupena metodikami Truhlářové (1973, 1984), Hrnčiarové (1985), Mimrové (1997), Čecháčkové (1999) manuálem Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová,

2002), prací Neubauera (2007), které vycházejí z přirozených jazykových pojmových prvků a kladou důraz na obnovování všech složek řečové komunikace s využitím zásad neuropsychologického či neurolingvistického přístupu; základním cílem je *„snaha využít vzájemného kladného působení jednotlivých složek řečové komunikace v procesu obnovování“* (Neubauer, 1997, s. 40), přičemž se využívá všech možností, jak k sobě přiblížit úroveň mluveného projevu, porozumění, čtení a psaní.

## 2.3 Zásady terapeutického přístupu u afázie

**Zásadám terapeutického přístupu** u afatiků se ve svých publikacích věnuje mnoho již výše citovaných autorů. Analýzou odborné literatury lze získat přehled základních aspektů, jež má mít logoped na zřeteli.

Východiskem pro efektivní intervenci je samozřejmě důsledné stanovení typu afázie a přesná analýza řečového projevu s následným vypracováním odpovídajícího plánu reedukace. Klíčovým momentem je také podle Neubauera (2007, s. 121) *„trvalá snaha motivovat postiženou osobu k terapii, připomínat její důležitost a zdůrazňovat úspěchy v komunikaci a terapeutických činnostech.“* Zásadní je rovněž (zejména v institucionální péči) snaha dodržovat terapeutická doporučení a předávat je dále ošetřujícím osobám či případně rodinným příslušníkům. Včasným zahájením reedukace lze předcházet fixaci nesprávných řečových návyků, stereotypů.

Neubauer (2007) v rámci podpory maximálně dosažitelné aktivní komunikace doporučuje věnovat se reedukaci řeči jednou až několikrát denně, a to po dobu 10 – 15 minut. Terapeut má postupovat obecně od jednoduchého ke složitému, přičemž využívá zachovaných prvků řečové komunikace, zapojuje všechny smysly, využívá obrazový materiál přiměřený věku, vyhýbá se přirovnávání terapeutických úkolů ke školní výuce a v neposlední řadě respektuje osobnost jedince.

Je patrné, že v průběhu terapeutického procesu jsou kladeny velké nároky jak na osobu s afázií, tak na ty, kteří s afatikem pracují – logoped, psycholog, neurolog, fyzioterapeut aj. Čecháčková (2003, s.172) uvádí, že *„**osobnost terapeuta**, jeho profesní i lidské kvality jsou jednou z nejdůležitějších součástí reedukace řeči, celkové rehabilitace a následné resocializace pacientů s tímto těžkým postižením schopnosti mezilidské komunikace.“* Terapeut by měl mít vždy jasný vhled do anamnézy a následných aplikovaných terapeutických postupů, důvěru v sebe i osobu s afázií,

empatické schopnosti, osobnostní předpoklady (rozhodnost, důslednost, emoční vyladěnost) a schopnost stanovit reálně dosažitelný cíl.

Jednotlivé směry a možné postupy a intervenční techniky využitelné v terapeutickém procesu u afázie již byly podrobně popsány výše (podkapitola 2.2). Tyto lze aplikovat jak při individuální práci s afatikem, tak v rámci skupinové terapie.

**Individuální terapie** afázie má nezastupitelnou úlohu v terapeutickém procesu afázie, tvoří základní pilíř většiny terapeutických postupů. Spočívá v intenzivní individuální práci logopeda s afatikem, který navštěvuje logopedické pracoviště. Logoped využívá nejrůznější techniky a reedukační materiál pro stimulaci řečových schopností. V praxi se osvědčují společné návštěvy afatika a jeho partnera, neboť ten se tak může přímo podílet na zlepšování dorozumívací schopnosti osoby s fatickou poruchou. Individuální terapie má také jedinečné postavení zejména zpočátku terapie, v tzv. akutní fázi onemocnění. V takovém případě péče probíhá nejčastěji v nemocničním zařízení u lůžka pacienta. V současné době je individuální logopedická péče poskytována také osobám s afázií v jejich domácím prostředí, příp. v jiném pobytovém zařízení (projekt Soukromé kliniky LOGO, s.r.o., který je realizován v Brně a v Praze). Jedná se o poskytování logopedické péče afatikům se současnými závažnými poruchami hybnosti, které jim neumožňují docházet na ambulantní terapie.

V chronickém stadiu onemocnění lze vedle individuální intervence využít i skupinovou formu terapie afázie. **Skupinová terapie** prožívá v současné praxi svou renesanci. Podle Cséfalvaye (2005, s. 228) *„navzdory tomu, že v historii terapie afázie jednoznačně převládala individuální terapie nad skupinovou, v posledním období je znát velmi výrazný posun směrem ke skupinové terapii.“* Přispívají k tomu tato *pozitiva skupinové terapie*: přirozená stimulace interakce mezi členy skupiny, posilování pragmatických dovedností, přirozenější komunikační prostředí než při individuální terapii, širší okruh komunikačních partnerů a podpůrné prostředí pro posilování komunikace. *Úkolem terapeuta* je facilitovat konverzaci a další aktivity, maximalizovat efektivnost komunikace, podporovat vzrůstající nezávislost skupiny na vedení, učení komunikačních strategií, povzbuzení, podpora a vytvoření pozitivní atmosféry. *Skupinové aktivity* mohou být: hraní rolí, simulace reálných situací, technika vedení deníků, technika PACE, konverzační trénink, řešení problémů, formulace názorů, společenské hry apod. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, Cséfalvay, 2005).

Nyní bych ráda pro úplnost doplnila několik **specializovaných pomůcek a PC programů**, jež bývají využívány při individuální, příp. skupinové terapii v logopedické

praxi. Ke *specializovaným materiálům* určeným přímo pro práci s afatiky patří např. slovníky pro afatiky (Truhlářová, 1973, 1984), souhrnné vydání pomůcek a terapeutických metodických grafů (Mimrová, 1997), textová a obrázková cvičebnice (Čecháčková, 1998), diagnostický a terapeutický manuál s pomůckami (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002), soubor pracovních listů (Konůpková a kol., 2009). Metodiky, které jsou k dispozici, jsou rámcové; dávají všeobecné návody, na základě kterých může logoped vytvořit materiál pro konkrétního jedince s afázií. Inspiraci pro tvorbu vlastních terapeutických materiálů lze čerpat také z mnoha *monografií* uvedených v seznamu literatury této práce. Lze také samozřejmě *modifikovat materiály* určené pro práci s lidmi s jinou diagnózou (např. karty pro osoby s Alzheimerovou chorobou, Holmerová, Suchá, 2009). Kromě těchto materiálů lze využít širokou škálu dalších *pomůcek* – předměty denní potřeby, modely potravin, dřevěné modely nábytku, mnohé názorné předměty či jejich fotografická vyobrazení v nejrůznějších sestavách.

Efektivní a kreativní modifikaci terapeutického procesu ve prospěch osoby s afázií představuje zapojení *multimediálního počítačového zázemí* do intervence. Pro stimulaci motorických řečových modalit je využíván program Speech Viewer, pro práci s poruchami kognitivních funkcí zase program Train to Brain. V praxi se při práci s osobami s afázií výborně osvědčil soubor programů MENTIO (Petržílková, 1996, 2005), který je primárně zacílen na osoby s neurogenními poruchami komunikace.

**Úspěch reedukace řeči** závisí na mnoha faktorech – rozsahu, místě a formě poškození mozku, typu a stupni afázie, intenzitě a délce reedukace řeči. Vzdělání, věk, inteligence a osobnost afatika nejsou pro úspěch logopedické intervence určující (Hrnčiarová, Cséfalvay, 1990). Čecháčková (2003) navíc upozorňuje na důležitost kvalitního sociálního zázemí osoby s afázií, zejména v chronickém stadiu onemocnění.

*Nedílnou součástí komplexní péče poskytované lidem s afázií je terapie logopedická, jejímž cílem je dosažení maximálních schopností komunikace s ohledem na dané postižení, a tím i současné obnovování sociálních vazeb jedince. V současné afaziologii existují dva dominantní terapeutické směry – přístup kognitivně-neuropsychologický a pragmatický. První z nich se soustřeďuje na analýzu konkrétního deficitu a následné obnovování či kompenzaci jazykových procesů, cílem druhého je zlepšení funkční komunikace pro brzké opětovné zařazení afatika do společnosti. Terapie afázie má své aspekty v akutním a chronickém stadiu onemocnění; lze ji realizovat individuální a později i skupinovou formou s využitím specifických terapeutických technik a postupů.*

# 3 Přidružené poruchy vyšších kortikálních funkcí

## *3.1 Vymezení přidružených centrálních poruch*

Jak již bylo uvedeno dříve (podkapitola 1.1), afázie představuje centrální poruchu řeči, jedná se o vyšší kortikální poruchu (poruchu fatických funkcí). Do **souboru vyšších kortikálních poruch** řadíme také jiné poruchy, které často afázii doprovázejí nebo se mohou vyskytovat i izolovaně. Bývají označovány jako **přidružené centrální poruchy**, *„neboť ložisko jejich léze se nachází v rámci oblastí, které se považují za oblasti spojené s centrálními jazykovými mechanismy“* (Love, Webb, 2009, s. 248). Patří sem zejména alexie, agrafie, agnozie a apraxie.

Čecháčková (2003, s. 163) uvádí, že **alexie** *„je porucha nebo ztráta schopnosti číst nebo rozumět psané řeči.“* Proces čtení je složitým mechanismem – sestává nejméně ze čtyř navzájem souvisejících složek: analýzy a syntézy vazeb hláska-písmeno, uchování informace, odhadu významu a procesu porovnávání hypotéz, které vznikají při čtení napsaných slov. Z těchto poznatků vychází při klasifikaci alexie Cvetkovová (1985), která rozlišuje *alexii optickou* s poruchami optické analýzy a syntézy písmen, *alexii akusticko-senzorickou* s poruchami akustického vnímání a následného rozlišování hlásek, *eferentní motorickou alexii* s poruchami plynulosti čtení a perseveracemi na základě patologické inertnosti pohybových procesů a *aferentní motorickou alexii* s těžištěm narušení ve složce porozumění čtenému textu.

Neurologové klasifikují alexii na: *alexii bez agrafie (zadní alexie/okcipitální alexie)* – tj. vzácný syndrom projevující se ztrátou schopnosti číst při zachované schopnosti psát spontánně i na diktát, přičemž ostatní jazykové funkce jsou obvykle neporušené; *alexii s agrafií (centrální alexie, parietální alexie)* – tj. syndrom totální poruchy čtení s omezenými schopnostmi psát, jen s minimálními projevy afázie a akalkulie; *frontální alexii (přední alexie)* – tj. alexie vznikající v důsledku poškození frontálního laloku, které způsobuje Brocovu afázii, a projevující se neschopností chápat syntax a zachovat při čtení pořadí slov; a konečně *alexii při afázii* – tj. nejběžnější typ alexie provázející hlavní klinické typy afázie (Love, Webb, 2009).

Z psycholingvistické klasifikace vychází i kognitivně-neuropsychologický přístup k terapii afázie, jímž se velmi podrobně ve svých publikacích zabývá Cséfalvay (2002, 2007). Tato klasifikace rozlišuje: *hloubkovou alexii* projevující se častými sémantickými chybami (např. místo „dítě“ čte pacient „chlapec“) a vizuálními

záměnami čteného textu (např. „pozvání“ místo „pozvánka“), čtenář při čtení míří z psané podoby slova přímo k sémantice slova, aniž by si uvědomoval jeho zvukovou podobu; *povrchovou alexii* projevující se nízkou citlivostí k obsahu čteného textu a obtížností přečíst slova s výslovností neodpovídající napsanému (např. „včela“ čte jako „včela“, nikoliv správně jako „fčela“); *fonologickou alexii* charakteristickou neschopností číst nesmyslná slova a častým výskytem vizuálních chyb; a konečně *čistou alexii* projevující se pomalým tempem čtení a čtením po písmenech (hláskováním) (Love, Webb, 2009, Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Na tomto místě je třeba podotknout, že alexie je často u osob s afázií doprovázena i lehčími či závažnějšími projevy **akalkulie**, tj. poruchou početních představ a operací.

**Agrafie** je ztráta nebo porucha schopnosti psát při zachované motorické funkci ruky, projevuje se potížemi s vybavováním a následnou realizací grafických symbolů. Proces psaní není jen opticko-motorickým úkonem, ale má složitou psychologickou strukturu – psaní má bezprostřední vztah k řeči, stejně jako k akustickému a optickému vnímání. Tato složitá struktura psaní, jeho polymodálnost se projevuje při poruchách psaní.

Cvetkovová (1985) dělí agrafii na dvě skupiny: *agrafie řečové*, které jsou součástí afatického syndromu a mají tedy i společné mechanismy (v souvislosti s výše uvedenou Lurijovou klasifikací afázií tedy můžeme odlišit např. *senzorickou agrafii, aferentní motorickou agrafii, eferentní motorickou agrafii* apod.); a *agrafie gnostické* s odlišným klinickým obrazem – jejich základ tvoří totiž poruchy optického vnímání písmen.

Čecháčková (2003) ve své práci rozlišuje *agrafii totální* – tj. úplná ztráta schopnosti psát; *agrafii disociovanou* – tj. zánik jen některých výkonů psané řeči; *agrafii amnestickou* – tj. porucha nebo ztráta vybavování písmen či slov projevující se jejich vynecháváním; *paragrafie* – tj. deformace slov vznikající chybnou záměnou slabik, písmen; *grafickou perseveraci* – tj. neustálé ulpívání u téhož grafického znaku, často deformovaného a nečitelného a *agrafii konstrukční* – tj. neschopnost nakreslit přímku nebo křivku, zvolit a měnit směr.

Cséfalvay (2002, 2007) v rámci kognitivně-neuropsychologického modelu jazykových procesů rozlišuje *agrafii hloubkovou* vyznačující se neschopností psát nesmyslná slova a častými sémantickými paragrafiemi (např. napíše „lev“ místo „tygr“); *agrafii fonologickou* projevující se těžkostmi při psaní diktovaných pseudoslov a lepším psaním frekventovaných, konkrétních slov; *agrafii povrchovou* s těžkostmi

při psaní slov s obtížným fonémovo-grafémovým převodem a *čistou agrafii* charakteristickou redukcí slov vynecháváním písmen a potížemi v psaní dlouhých slov.

**Agnozie** je ztráta nebo porucha poznávání objektivní reality *„v důsledku poškození kortikálních senzorických asociačních oblastí nebo drah“* (Love, Webb, 2009, s. 253), přičemž lze popsat několik typů této poruchy: *agnozie optická (vizuální)* je ztráta nebo porucha schopnosti identifikovat předměty, objekty, obličeje (tzv. *prosopagnozie*), barvy a děje vnímané zrakem při zachovaném optickém vnímání; *agnozie akustická (auditivní)* je porucha poznávání složitých akustických vjemů při relativně zachovaném sluchovém vnímání; *agnozie taktilní (haptická)* znamená neschopnost rozpoznávat objekty hmatem. Dále bývá do této oblasti řazena tzv. *somatognozie*, tj. porucha vnímání, poznávání, identifikace, pojmenování a uvědomování si jednotlivých tělových segmentů, přičemž bývá porušena i orientace těla v prostoru. *Gerstmannův syndrom* zahrnuje agnozii prstů ruky a poruchu pravo-levé orientace; *neglect syndrom* značí neuvědomování, opomíjení poloviny těla nebo prostoru (Čecháčková, 2003, Love, Webb, 2009).

**Apraxie** je ztráta nebo porucha schopnosti provádět nacvičené pohybové výkony nebo napodobovat pohyby druhé osoby. Čecháčková (2003) vyčleňuje *konstrukční apraxii* projevující se poruchou nebo ztrátou schopnosti vytvářet dle vzoru či na pokyn obrazce a konstrukty při zachovaných pohybových funkcích; *motorická apraxie* představuje ztrátu nebo poruchu dovedností získaných životním nácvikem, projevuje se neplynulostí a nepřesností provedení často i jednoduchých pohybů; *ideomotorická apraxie* se projevuje poruchou vykonávání jednotlivých motorických gest, nikoliv narušením celých motorických plánů; *ideativní apraxie* představuje chybné zpracování přítomných smyslových vjemů a chybnou tvorbu vhodného kreativního plánu pohybu vzhledem k aktuální situaci.

## 3.2 Diagnostika přidružených centrálních poruch

Vyšetření přidružených centrálních poruch je součástí komplexní diagnostiky afázie (podkapitola 1.3). Jak uvádí Cséfalvay (2002, s. 29), cílem vyšetření není *„pouze to, aby se zachytila přítomnost nebo naopak absence jistého příznaku, ale i jeho hlubší kvantifikace.“* Pro sestavení terapeutického plánu je hlubší kvalitativně orientované vyšetření nezbytné, neboť bývá východiskem pro plánování terapie.

Pro diagnostiku přidružených centrálních poruch lze využít materiál ***Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace*** (Neubauer, 2007), jehož součástí je kromě vyšetření spontánní řeči, pojmenování, opakování, porozumění, kognitivně-komunikační funkce a motorických řečových funkcí právě vyšetření lexie, grafie, kalkule a praxie. Pro jednotlivé tyto složky autor stanovuje zadání činnosti a orientačně vymezuje možné užití pomůcky. Součástí tohoto diagnostického materiálu jsou i podrobné diagnostické škály pro hodnocení závažnosti projevu poruchy v pěti stupních, tabulky pro grafický záznam výsledků vyšetření pomocí jejich zanesení formou křivky, která zachycuje tíži a typ poruchy, a konečně záznamový list pro stanovení výstupní diagnózy. Autor vymezuje provedení vyšetření v časové dotaci 45 minut, při unavitelnosti vyšetřované osoby doporučuje vyšetření rozdělit na dvakrát 20 minut v jednom dni. Současně upozorňuje na možnost užití materiálu pro zhodnocení vývoje projevů poruchy řečové komunikace během určitého časového úseku a také na možnost vyhodnocení výsledků ukončené terapie poruchy řečové komunikace.

V praxi je pro diagnostiku afázie velmi často využíváno ***Vyšetření fatických funkcí – VFF*** (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002), které je komplexním vyšetřením afázie, alexie a agrafie a představuje současně i terapeutický materiál. Vychází ze specifik českého jazyka a opírá se o kognitivně-neuropsychologickou teorii (na úrovni slov). Baterie obsahuje manuál s teoretickým vymezením problematiky, popisem diagnostického vyšetření a stanovením terapeutických postupů; dále záznamový list pro vyšetření fatických funkcí, obrazové materiály pro diagnostiku, a několik souborů pracovních listů pro terapii fatických funkcí. Vyšetření čtení zahrnuje čtení písmen a slabik, čtení pseudoslov, lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov, porozumění čteným slovům, čtení slov nahlas a porozumění čtenému textu. Autoři v této souvislosti upozorňují na nutnost průběžné diferenciace dvou aspektů čtení, a to porozumění přečtenému slovu nebo textu a hlasité čtení, neboť tyto procesy nebývají vždy stejně zachované nebo narušené. Vyšetření psaní se skládá z více úkolů, které reprezentují i různé úrovně psaní. Nejsložitějším aktem psaní je spontánní psaní, např. deskripce dějového obrázku nebo volné psaní na určené téma. *„Narušení psaní může vzniknout na dvou úrovních: při deficitech centrálních (kognitivně-lingvistických) mechanismů a při narušení periferních komponentů“* (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, s. 38). Vyšetření psaní v pojetí autorů spočívá v psaní izolovaných písmen, automatizovaných formách psaní, opisování slov a pseudoslov, psaní na diktát, písemném pojmenování obrázků a souvislém psaní. Autoři doporučují

rozdělit administraci VFF do dvou sezení během 24 hodin v případě subakutní fáze onemocnění a do dvou sezení v 1 týdnu u osob s chronickou afázií.

Dalším využitelným diagnostickým materiálem pro vyšetření přidružených centrálních poruch může být ***Vyšetření fatických funkcí*** (Mimrová, 1998), které pro analýzu deficitů využívá výše zmiňovanou Hrbkovu klasifikaci afázie založenou na základním fyziologickém mechanismu řeči. Vyšetřováno je vedle řečových komponentů čtení, počítání ústní a písemné, kreslení a psaní.

U uvedených diagnostických materiálů nepředpokládáme, že tyto úplné verze budou realizovány u osob v akutním stadiu onemocnění. V takových případech bývají využívány screeningové materiály, případně diagnostická vodítka vypracovaná klinickými logopedy logopedických pracovišť právě na základě komplexních diagnostických testů.

Na tomto místě můžeme jako příklad diagnostického materiálu využitelného v akutní fázi onemocnění uvést českou modifikaci amerického screeningového testu The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST, Nakase-Thompson, 2004) ***MASTcz*** (Košťálová a kol., 2008). Záznamový list sestává ze čtyř částí – osobní a anamnestická data; souhrny výsledků pomocí indexu produkce, porozumění a celkového jazykového indexu; normy a devět dílčích subtestů pro vyšetření. Test je možno provádět v omezeném čase s ohledem na snadnou unavitelnost pacientů. Včasné zařazení afatika do péče logopeda pomůže zajistit maximální možný efekt terapie. Záznamový list screeningového testu MASTcz je součástí přílohy č. 5 této práce.

## 3.3 Terapie přidružených centrálních poruch

Terapie přidružených centrálních poruch spadá do komplexní péče o jedince s afázií, je tedy obsažena ve většině terapeutických přístupů v rámci problematiky afázie (podkapitola 2.2). Na mnohých pracovištích věnujících se terapii afázie proto vznikají nejrůznější metodické materiály, pracovní listy, didaktické návody a sady názorných pomůcek pro terapii alexie, agrafie, akalkulie, agnozie i apraxie, které bývají včleňovány do komplexní péče o afatika.

Cvetkovová (1985) upozorňuje na fakt, že způsoby obnovování psaní, čtení a počítání se částečně liší od způsobů obnovování mluvené řeči. Jde o to, že psaní, čtení a počítání jsou na rozdíl od mluvené řeči produktem cílevědomého učení, zatímco řeč se formuje v podmínkách přirozené komunikace dítěte s dospělými. *„Preto pri obnovovaní*

*hovorenej reči je dôležité opierať sa o prirodzené, vedomé formy činnosti pacienta, ktoré ostali zachované, zatiaľ čo pri obnovovaní písania, čítania a počítania má významnú úlohu princíp priameho preštrukturovania poškodenej funkcie na základe intaktných analyzátorov"* (Cvetkovová, 1985, s. 247). Proces obnovování čtení a psaní je nutné započít restitucí konkrétních operací s hláskami a písmeny, na které navazuje využívání významové stránky řeči.

Jak uvádí Neubauer (2007), na provázanosti praktických, gnostických a fatických deficitů a jejich nápravě je založena ***Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie.*** Není omezena jen na reedukaci v rovině řečové, neboť řečové, praktické, gnostické i paměťové procesy jsou neoddělitelně provázány. Pro Lurijův přístup k terapii afázie je typické užívání tzv. nepřímých metod facilitace řečových funkcí – využívaní zachovaných, především neverbálních dovedností těsně souvisejících s deficitem řečovým.

Mikešová (2007) podává ve své práci podrobný popis typů afázie dle Lurijovy klasifikace, k níž připojuje výklad dynamiky klinického obrazu Lurijou vytyčených afatických syndromů. Domnívá se, že *„„očekávaný průběh" proměny klinického obrazu a postupné regrese obtíží (...) může být jedním z ukazatelů adekvátně nasměrované a úspěšné terapie"* (Mikešová, 2007, s 185). Přes tuto proměnlivost dynamického procesu regrese obtíží lze vysledovat stálou základní linii (centrální defekt a centrální mechanismus narušení), která se vine celým procesem uzdravování a na každém stupni vyžaduje adekvátní terapeutický zásah. Vedle centrálního defektu a centrálního mechanismu narušení je zde navíc vymezen neuropsychologický podklad daného typu afázie. Dynamika klinického obrazu a postup terapeutické intervence je u jednotlivých typů popisován z hlediska těžkého, středního a lehkého stupně postižení, přičemž zahrnuty jsou právě i přidružené centrální poruchy.

V našich podmínkách je (samozřejmě kromě metodik již uvedených v podkapitole 2.3) často pro terapii přidružených centrálních poruch využíván diagnosticko-terapeutický materiál ***Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*** (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002), který předkládá několik terapeutických postupů; ty mohou být upraveny podle individuálních potřeb konkrétního afatika. Popsané terapeutické postupy autoři chápou jako návod, podle kterého může terapeut postupovat. Posloupnost kroků navíc ve většině případů znamená i určitou hierarchii náročnosti při řešení dané úlohy. Terapeutický materiál se skládá z několika částí s následujícím algoritmem: název terapeutického postupu, příp. cíl postupu –

charakteristika postupu a specifického cíle cvičení – znění instrukce logopeda – detailní konkrétní postup či jeho instrukce na případu.

*Postupy při obnovování grafomotorických dovedností* jsou určeny (nejen) pro specifický nácvik přechodu na psaní levou rukou (u osob s pravostrannou hemiparézou až hemiplegií). Série různých cvičení ve formě pracovních listů kromě specifického cíle – tréninku grafomotoriky, tj. přípravy na terapii agrafie – také stimulují další vyšší psychické funkce, jakými jsou např. pozornost, vizuální gnozie apod. Metodický postup spočívá v uvolňovacích cvikích a nácviku správného držení psacího náčiní, cvičení na zlepšení koordinace pohybů, zpřesňování pohybů, psaní automatických forem (podpis, číselné řady apod.) a konečně psaní pseudopísmen. Cílem nácviku je dosažení maximální možné úrovně v oblasti rychlosti a rovnoměrnosti tempa psaní a přiměřené velikosti, čitelnosti a vzhledu písma.

*Terapeutické postupy při agrafii* jsou prezentovány na několika úrovních – mohou se totiž vykonávat se současnou aktivizací mentálního lexikonu a sémantického systému i bez této aktivizace. Za nejpodstatnější jsou považována cvičení na úrovni slov a vět – tzv. aktivizace ortografické reprezentace slov, např. pomocí prezentace napsaného slova a jeho následné napsání zpaměti. Další intervenční postupy představuje psaní (opisování) izolovaných písmen, aktivizace ze sémantického systému (prezentace obrázku a jeho písemný popis), psaní zpaměti, skládání slov znázorněných na obrázku, skládání slov z izolovaných písmen apod. Terapeutické postupy jsou zpracovány tak, aby je mohli snadno realizovat i rodinní příslušníci, čímž se samozřejmě zvýší intenzita nácviku. Logoped pak musí věnovat pozornost následnému hodnocení efektivity postupu, příp. jej měnit či modifikovat dle potřeby. Reálným efektem terapie je skutečnost, že pokud se psaní včlení do každodenní komunikace, lze v případě těžkostí při mluvení použít psanou formu řeči.

*Terapeutické postupy při alexii* jsou uspořádány hierarchicky podle postupu při čtení s porozuměním nebo později i při čtení nahlas, přičemž výběr cvičení samozřejmě vychází ze závěrů vyšetření čtení, ve kterém se logoped pokusil identifikovat úroveň, na níž se porucha manifestuje. Intervenční techniky pak tedy zahrnují cvičení vizuální analýzy (identifikace písmen), cvičení na stimulaci ortografického vstupního lexikonu (vyhledávání slov mezi ostatními slovy, vyhledávání slov mezi pseudoslovy, přiřazování popisku k obrázkům), vyhledávání a čtení izolovaných slabik, slov a hlásek a konečně čtení s porozuměním (vyhledávání slov, které do skupiny nepatří, následná interpretace přečteného textu, odpovědi na otázku

vztahující se k textu apod.). Důležité je si uvědomit, že pro některé osoby s alexií může být čtení izolovaných slov a písmen náročnější než čtení textu, neboť se tak nemohou opřít o kontext. V takových případech intervenci zahájíme právě čtením krátkých textů a pokračujeme analyticky až na úroveň jednotlivých písmen.

*Techniky sémantické facilitace* jsou důležitou součástí terapie produkce slov, porozumění, lexie a grafie a spočívají v identifikaci prvků stejné sémantické kategorie, resp. vyčlenění prvku, který do kategorie nepatří; a snaze tyto prvky charakterizovat pomocí významných charakteristických rysů. *Terapeutické postupy při poruchách produkce řeči* slouží pro nácvik strategie při hledání adekvátního slova (iniciaci slova z mentálního slovníku), a to na úrovni slov i vět, aby afatik byl schopen iniciovaná slova aktivně zapojit do větného kontextu (stimulace mluvní produkce). *Terapeutické postupy při poruchách porozumění mluvené řeči* spočívají ve cvičení fonologické analýzy na úrovni hlásek a slabik, cvičení lexikálního posuzování (slovo a pseudoslovo), cvičení segmentace a cvičení porozumění významu slov a vět. Vedle jmenovaných postupů jsou součástí baterie i další *terapeutické materiály* – obrázky, slova, tabulky s abecedou a různá schémata, které může logoped při intervenci využít (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Hrnčiarová, Cséfalvay (1990) doporučují následující ***schématický postup terapie*** *agrafie*: zvukově-písmenná analýza slova – syntéza hlásek do slova – diferenciace hlásek lišících se jedním fonémem – diktát – texty s vynechanými písmeny. Pro terapii *alexie* autoři stanovují toto reedukační schéma: globální čtení slov s pomocí obrázků – globální vnímání písmen – analýza a diferenciace písmen – technika čtení s okénkem na dělení vět a slov na segmenty – hlasité čtení.

Příkladem dalšího publikovaného materiálu využitelného při reedukaci přidružených centrálních poruch je ***soubor cvičných textů pro reedukaci afázie*** (Mimrová, 1998). Soubor je určen pro nácvik a výuku jednotlivých pasáží v komunikačním deficitu pacienta, přičemž materiál je určený pro samostatnou práci afatiků; míru instrukcí a dopomoci stanovuje terapeut dle aktuální potřeby. Řadu cvičení lze rozšířit o obdobné úkoly, pokud reedukace daného jevu vyžaduje delší intervenci. Soubor obsahuje širokou škálu cvičení různého zamření i odlišného stupně náročnosti, a to na úrovni písmen, slabik, slov, vět, ale i celých textů. Na obdobném principu je založena i ***textová a obrázková publikace*** určená pro osoby s afázií (Čecháčková, 1998).

Vedle uvedených publikovaných materiálů může logoped pro terapii přidružených centrálních poruch využít nejrůznější modifikace jiných reedukačních materiálů, příp. na základě individuálních potřeb afatika vytvořit vlastní škálu pracovních listů pro reedukaci alexie, agrafie a akalkulie; stejně jako mnohé pomůcky – didaktické materiály s tematickou slovní zásobou, prostorová vyobrazení písmen a čísel, fotografická vyobrazení předmětů, dějové obrázky apod.

*Afázie je centrální porucha řeči, jedná se o vyšší kortikální poruchu. Do souboru poruch vyšších kortikálních funkcí řadíme také jiné poruchy, jež bývají označovány jako přidružené centrální poruchy. Patří mezi ně zejména alexie, agrafie, agnozie a apraxie. Vyšetření přidružených centrálních poruch je součástí komplexní diagnostiky afázie; cílem vyšetření není jen zachycení přítomnosti či naopak absence příznaků, ale i jejich hlubší kvalitativní posouzení. Terapie přidružených centrálních poruch spadá do komplexní péče o jedince s afázií, a je tedy obsažena ve většině terapeutických postupů. Pozornost při terapii afázie je tedy věnována nejen obtížím řečovým, ale i praktickým, gnostickým, mnestickým, lexikálním, grafickým, kalkulickým a motorickým.*

# 4 Postupy logopedické intervence aplikované u klientů s afázií

## 4.1 Cíle výzkumného šetření, metodologie výzkumu

**Hlavním cílem výzkumného šetření je:**

- analyzovat a popsat postupy terapie afázie aplikované v domácí intervenci, tj. v domácím prostředí osob s afázií.

**Dílčí cíle výzkumného šetření jsou:**

- vybrat oblasti zaměření logopedické intervence u klientů pro potřeby šetření;
- popsat průběh logopedické intervence v domácím prostředí a zhodnotit její výsledky;
- analyzovat hodnocení logopedické intervence z pohledu rodinných příslušníků;
- prezentovat materiály pro terapii afázie.

**Praktická část diplomové práce má formu kvalitativního výzkumu:**

- *procedura* je monografická,
- pro výzkumné šetření byla použita *metoda* kazuistiky a
- dále *techniky*: aktivní pozorování;
  analýza dokumentů;
  analýza výsledků činnosti a
  řízený rozhovor.

**Časový harmonogram práce je znázorněn v následující tabulce:**

| | |
|---|---|
| *1/2009 – 4/2009* | *příprava výzkumu, sběr informací* |
| *6/2009 – 10/2009* | *zpracování teoretické části* |
| *4/2009 – 3/2010* | *vlastní výzkumné šetření* |
| *2/2010 – 4/2010* | *zpracování výzkumného šetření, závěry a návrhy pro praxi* |

**Výběr výzkumného vzorku a následná realizace výzkumného šetření:**

*Pro výzkumné šetření byli vybráni* čtyři klienti Soukromé kliniky LOGO, s.r.o. a Občanského sdružení LOGO s diagnostikovaným získaným narušením komunikační schopnosti – afázií. Všichni tito klienti jsou současně velmi pohybově omezeni, proto

nemohli dále docházet na ambulantní logopedická sezení. Tito absolvovali vstupní logopedické vyšetření na Soukromé klinice LOGO, s.r.o., kde byl logopedem sestaven individuální plán logopedické intervence. Dle tohoto plánu, který byl po průběžných konzultacích s logopedem aktualizován, jsem s klienty pracovala od dubna 2009 do března 2010, což mi umožnilo získat potřebné podklady pro vypracování této diplomové práce.

Současně byly vypracovány *materiály*, které mohou být využity v logopedické intervenci u osob s afázií (ukázky těchto materiálů jsou součástí příloh této práce).

Výzkumné šetření probíhalo na základě *techniky* aktivního pozorování, analýzy výsledků činnosti, analýzy dokumentů zdravotnických zařízení a řízeného rozhovoru s rodinnými příslušníky klientů o jejich subjektivním hodnocení přínosu realizované logopedické péče (znění otázek tohoto rozhovoru je součástí přílohy č. 6 této práce). Pro praktickou část této práce byla rovněž využita *metoda* kazuistiky pro zpracování anamnestických dat a dalších údajů.

Výzkumné šetření probíhalo v rodinném *prostředí* klientů, v jednom případě v pobytovém zařízení pro seniory (domově pro seniory).

## 4.2 Charakteristika zařízení

Realizace výzkumného šetření pro potřeby této práce proběhla na základě mého působení v *Občanském sdružení LOGO*, kde pracuji jako logopedický asistent a podílím se na poskytování logopedické péče v terénu. Občanské sdružení od roku 2002 pomáhá svým klientům překonat jejich znevýhodnění v důsledku narušení komunikační schopnosti a případného vážného narušení hybnosti, a začlenit je tak opětovně do společnosti. V rámci svých služeb poskytuje svým klientům odborné sociální poradenství, sociální rehabilitaci, služby Centra denních služeb a služby rané péče. Vedle toho sdružení realizuje řadu dalších projektů jako jsou např. odborné přednášky, konference a školení, terénní služby fyzioterapeutické a logopedické, terapeutické pobyty, kolektivní terapie pro klienty s diagnózou afázie a dysartrie, profesní poradenství pro rodiče postižených dětí, sobotní provoz dětského stacionáře a mnoho dalších aktivit.

Občanské sdružení LOGO funguje pod odbornou záštitou *Soukromé kliniky LOGO s.r.o.*, se sídlem na Vsetínské 20, Brno, která je vysoce specializovaným

zdravotnickým zařízením pro diagnostiku a terapii poruch komunikace. Již 20 let (od roku 1990) pod odborným vedením zakladatelky kliniky, paní PaedDr. Ilony Kejklíčkové, Ph.D., je zde klientům poskytována komplexní péče v oblastech logopedie, foniatrie, otorinolaryngologie, psychologie, psychiatrie, neurologie, fyzioterapie a interního lékařství. Součástí kliniky je i dětský stacionář a lůžkové oddělení. Pracoviště klade důraz na kvalitu poskytovaných služeb, vysokou odbornou připravenost a sledování nejnovějších poznatků v oblasti poruch komunikace; spolupracuje s mnoha zahraničními partnery. Vysoce odborná péče je klientům k dispozici také na pobočkách v Brně – Merhautova, v Blansku, Židlochovicích a Praze.

*Klientům po cévní mozkové příhodě* je určen komplexní terapeutický program, jehož součástí je neurologické a rehabilitační vyšetření, logopedická diagnostika a následná logopedická péče a psychologická podpora. Klientovi je dle potřeby indikována rehabilitace, ergoterapie, psychoterapie, oxygenoterapie aj., klient dochází na ambulantní logopedická sezení vedená individuální či skupinovou formou. Zejména klienti s vážnými poruchami hybnosti mohou využít terénní logopedickou péči poskytovanou v rámci služeb Občanského sdružení LOGO.

## 4.3 Charakteristika výzkumného vzorku, kazuistiky

*Výzkumný vzorek* tvoří osoby se získaným narušením komunikační schopnosti – afázií, z toho 3 ženy a 1 muž. Tito lidé jsou klienty Soukromé kliniky LOGO, s.r.o. a Občanského sdružení LOGO, kde pracuji jako logopedický asistent. Klienti zde využívají služby terénní logopedie, tj. poskytování logopedické péče v domácím prostředí klienta. Po absolvování vstupního šetření se sociálním pracovníkem a logopedického vyšetření komunikačních schopností provedeného logopedem, příp. klinickým logopedem, je započata péče dle jím navrženého individuálního plánu logopedické intervence. Výsledky terapie jsou průběžně konzultovány supervizorem, tj. logopedem, který navrhne další postup terapie.

*Vlastní charakteristika výzkumného vzorku* je realizována pomocí výzkumné metody – *kazuistiky*.

➢ **Kazuistika č. 1**

**Paní J., narozena 1933**

**RA:** bezvýznamná

**SA:** od března 2006 žije v domově pro seniory; 2 dospělí synové; bývalá úřednice, ve starobním důchodu

**OA:** řadu let v péči kardiologa pro ischemickou chorobu srdeční a arteriální hypertenzi III. stupně; diabetes mellitus 2. typu, depresivní syndrom, bolesti kloubů.

***Z lékařské dokumentace:***

V březnu 1997 prodělala paní J. embolii plic, v dubnu 1998 infarkt myokardu, který byl řešen trombolýzou. Následovaly opakované angioplastické zákroky. V lednu 2009 se objevil parciální ischemický iktus (CMP) lokalizovaný v levé přední mozkové cirkulaci s etiologií tromboembolická. Pozůstatkem léze je pravostranná hemiparéza lehkého stupně a nonfluentní afázie. V březnu 2009 se vyskytla ztráta vědomí s podezřením na recidivu CMP – tato nebyla potvrzena, vyloučen byl též epiparoxysmus.

***Vstupní logopedické vyšetření*:**

Dne 26. 4. 2009 byla paní J. vyšetřena logopedem pro upřesnění diagnózy (v lékařské zprávě uvedena nonfluentní afázie) a sestavení terapeutického plánu. Vyšetření proběhlo 3 měsíce od CMP. Přichází v doprovodu syna, při vyšetření spolupracuje, je orientována v čase i prostoru.

*Expresivní složka řeči:* dominantní narušení plynulosti řeči, znatelné úsilí při realizaci řeči, ale komunikační záměr zřejmý; řeč nonflentní s výraznými perseveracemi a častými parafrázemi; těžký agramatismus, simplexní syntaktická struktura; opakování relativně zachováno; pojmenování narušeno perseveracemi; tempo řeči výrazně zpomalené; používá jednoslovná sdělení a krátké věty, automatizované řady zachované, lexie a grafie se jeví narušeny méně závažně, spontánní psaný projev těžkopádný.

*Impresivní složka řeči:* během vyšetření instrukcím ve většině případů rozumí, dle výpovědi syna nemá výrazné obtíže porozumět okolí, pokud dotyčná osoba mluví jasně a konkrétně; při vyšetření impresivní složky selhává při syntakticky složitých pokynech – pohybových úkonech, celkově se porozumění nejeví těžce narušené.

*Závěr:* nonfluentní Brocova afázie lehčího stupně.

***Plán logopedické péče stanoven logopedem na základě logopedického vyšetření*:**

Logopedickou péči zaměřit na stimulaci produkce řeči, rozvoj plynulého projevu, vytváření přirozených komunikačních situací, využít metodu dokončování vět a slov, zapojení rytmizace či prvků melodicko-intonační terapie, možné též rozvíjet hybnost orofaciální oblasti, trénink kognitivních funkcí, doporučena skupinová terapie.

***Oblasti zaměření pro potřeby výzkumného šetření*:**

Pro potřeby výzkumného šetření, tj. pro analýzu a prezentaci postupů logopedické péče aplikovaných v domácí intervenci, byly vybrány tyto oblasti zaměření:

*1. stimulace produkce řeči na úrovni slov a vět,*

*2. odstraňování dysgramatismů v mluveném projevu.*

Průběh vlastního šetření a hodnocení realizované logopedické intervence je popsáno v následující podkapitole.

***Další vývoj zdravotního stavu*:**

V současné době je paní J. hospitalizována pro vážné urologické obtíže ve Fakultní nemocnici Brno. Po ukončení hospitalizace a stabilizaci zdravotního stavu bude logopedická intervence pokračovat.

➢ **<u>Kazuistika č. 2</u>**

**Pan C., narozen 1946**

**RA:** bezvýznamná

**SA:** žije v domácnosti s družkou; 1 dospělý syn; bývalý učitel hudební školy, invalidní důchodce.

**OA:** řadu let v péči kardiologa pro kardiovaskulární onemocnění – ischemickou chorobu srdeční III. stupně, stav komplikován stafylokokem epidermis na dolní končetině a častými otoky dolních končetin, v anamnéze dále hypertenze, anémie, diabetes mellitus 2. typu.

***Z lékařské dokumentace:***

Od počátku roku 2009 docházelo u pana C. ke zhoršování zdravotního stavu. Z toho důvodu byla plánována operace na únor 2009, tato se nezdařila, proto byl naplánován druhý zákrok. Počátkem března 2009 podstoupil pan C. plánovanou opakovanou operaci srdce – dvojnásobný aortokoronární bypass, našity epimyokardiální elektrody (hospitalizován v Centru kardiovaskulární a transplantační chirurgie ve FN u sv. Anny v Brně). Operace byla velmi komplikovaná, s koncem operace se objevila oběhová zástava, infarkt myokardu, resuscitace trvala 3-5 minut, krevní ztráty byly přiměřené. Pooperační průběh: intubace po dobu 3 dnů, rekonvalescence byla zkomplikována cévní mozkovou příhodou ischemickou kardioembolického charakteru v polovině března s následnou globální afázií a lehkou hemiparézou. Po stabilizaci byl pan C. propuštěn na počátku dubna 2009 do domácího ošetřování, doporučeny byly pravidelné kontroly u kardiologa, lékařem byly indikovány lázně a péče logopeda.

***Vstupní logopedické vyšetření*:**

Dne 9. 4. 2009 byl pan C. vyšetřen logopedem pro stanovení diagnózy a sestavení individuálního plánu logopedické intervence. Přichází zhruba 3 týdny po CMP, chodí sám. Při vyšetření je doprovázen družkou, spolupracuje, je motivován k logopedické intervenci, vyjadřuje přání obnovit řeč co nejdříve. Svůj stav si do jisté míry uvědomuje, ale nechápe, proč mu okolí nerozumí. Orientuje se v čase, v prostoru.

*Impresivní složka řeči:* jeví se částečně zachovaná, porozumění významu slov a velmi krátkých větných celků zvládá, taktéž jednoduché pokyny, obtíže při delších větných sekvencích, latence v plnění pokynů na základě delších sekvencí. Celkově porozumění někdy při několikerém zopakování zvládá (závislé na momentální pozornosti a zejména známosti obsahu). Potíže se manifestují při porozumění významu slov (dle slov partnerky doma velké neshody kvůli nedorozumění s klientem v běžných situacích během dne).

*Expresivní složka řeči:* řeč fluentní, tempo řeči zrychlené až výskyt logorhey, ovšem řeč obsahuje značné množství parafázií (fonémických a žargonových), velmi často i neologismy, což zapříčiňuje až nesrozumitelnost projevu, částečně zachovány automatické řady, hůře je na tom spontánní projev. Lexie a grafie silně narušena (raně subakutní fáze), bylo doporučeno vyšetření později zopakovat.

*Závěr:* afázie fluentní, senzorická, susp. alexie, agrafie, akalkulie, konečná dg. Wernickeho afázie středně těžkého stupně.

***Plán logopedické péče stanoven logopedem na základě logopedického vyšetření*:**

Stimulace slovního projevu – vytváření přirozených komunikačních situací, využití automatizovaných celků; dále rozvoj porozumění v běžné denní frazeologii, trénink kognitivních dovedností, započetí terapie alexie a agrafie s východisky na globální úrovni, vytvořit maximálně podnětné prostředí pro komunikaci, motivovat.

***Oblasti zaměření pro potřeby výzkumného šetření*:**

V případě pana C. byly pro potřeby výzkumného šetření, tj. pro analýzu a prezentaci postupů logopedické péče aplikovaných v domácí intervenci, vybrány tyto oblasti zaměření, jejichž terapie samozřejmě probíhala ve vzájemném prolínání, nikoliv izolovaně:

*1. rozvoj porozumění mluvené řeči,*
*2. rozvoj nominativní funkce řeči (pojmenování) a*
*3. rozvoj slovně-pojmové slovní zásoby.*

Průběh vlastního šetření je popsán v následující podkapitole.

***Další vývoj zdravotního stavu, z lékařské dokumentace*:**

Velmi přínosná a efektivní logopedická péče byla v polovině ledna 2010 přerušena z důvodu náhlého zhoršení zdravotního stavu. Pan C. hospitalizován na Interní kardiologické klinice FN Brno pro infekční endokarditidu elektrovodového systému. Po extrakci elektrod stav na JIP stabilizován, ovšem vzápětí byla hospitalizace komplikována recidivujícími cévními mozkovými příhodami a celkovým motorickým neklidem. Po opětovné stabilizaci stavu na konci ledna 2010 propuštěn do domácího ošetřování, družka odmítla hospitalizaci v LDN při Nemocnici Milosrdných bratří v Brně. Zde několik dní po propuštění recidivující ischemická cévní mozková příhoda, na jejíž následky po převozu do nemocnice pan C. zemřel.

➢ **Kazuistika č. 3**

**Paní Š., narozena 1942**

**RA:** bezvýznamná

**SA:** žije v domácnosti s manželem a dcerou a vnoučetem, 2 děti, 1 vnouče, bývalá dělnice v distribuci tisku, nyní starobní důchodce.

**OA:** po mnoho let léčena pro hypertenzi a vitium cordis (vrozenou organickou srdeční vadu) – aortomitrální vada, z toho důvodu s věkem rozvinutá arteriální hypertenze III. stupně; jinak vážně nemocná nebyla, operace ani úrazy neprodělala.

***Z lékařské dokumentace:***

V únoru 2006 v poledne doma paní Š. náhle upadla s ochrnutím pravostranných končetin, pomočením, křeče nebyly popisovány. Paní Š. byla přijata na JIP Neurologické kliniky FN Brno, po přijetí do půl hodiny se projevila regrese pravostranné hemiparézy se zůstatkem fatické poruchy. Ve večerních hodinách téhož dne nastal opětovný rozvoj pravostranné hemiplegie. V klinickém obraze se vyskytovala plegie pravé horní končetiny, těžká paréza pravé dolní končetiny s pohybem v kyčelním a kolenním kloubu, globální afázie s převahou motorické složky. Závěr: ischemický iktus v levé přední mozkové cirkulaci, kardioembolické geneze, pravostranná hemiplegie, globální afázie. Ischémie v levém povodí trvala měsíc, z toho důvodu stále paní Š. nebyla schopna intenzivní rehabilitace.

Po měsíci od CMP byla klientka přeložena do LDN nemocnice Milosrdných bratří pro postupnou rehabilitaci a ošetřovatelskou péči. Zde byla aplikována intenzivní rehabilitační cvičení a postupná vertikalizace, pravá strana pasivně, levá aktivně. Při propuštění klientka seděla jen s dopomocí. Paní Š. byla propuštěna po 3 týdnech na žádost rodiny vzhledem k psychickému stavu – paní plačtivá, susp. depresivní.

V domácím ošetřování nastalo zlepšení psychického stavu, rodinou byla zajištěna rehabilitační péče – pravidelné lázeňské pobyty a docházky rehabilitační sestry několikrát v týdnu do domácnosti. Také byla snaha o zajištění logopedie – návštěva logopeda celkem třikrát ve třech měsících po propuštění, poté však nulová motivace k další reedukaci řeči . Po dobu 2 let tedy logopedická péče nebyla poskytována.

V září 2008 klientka absolvovala diagnostický a terapeutický pobyt na Soukromé klinice LOGO, s.r.o. v Brně vzhledem k závažnosti poruchy a možnosti došetření poruchy fatických funkcí – zde komplexní vyšetření specialisty zařízení a následná logopedická péče v zařízení jednou za 14 dní, bohužel bez výrazného přínosu v expresivní složce řeči. Na pobytu byla také diagnostikována psychiatrem organická porucha nálady s doprovodnou úzkostí, narušení kognitivních a mnestických funkcí. Následnou léčbou byla dosažena částečná remise. Zlepšení hybnosti do dnešního dne – trvá hemiparéza pravé strany, paréza dolní pravé a plegie horní pravé končetiny, schopna chůze o jedné francouzské holi.

***Vstupní logopedické vyšetření*:**

Logopedické vyšetření 1. 9. 2008 – klientka přichází v doprovodu manžela, je orientována v čase a prostoru, komunikace probíhá přitakáním či zakroucením hlavy, svůj stav si uvědomuje, je proto lítostivá.

*Impresivní složka řeči:* rozumění řeči na úrovni slov, dvouslovných příkazů i jednoduchých vět bez problémů. Delší věty s problémy, u složitějších gramatických struktur a složených pokynů neporozumí – zmatenost, je nutná dopomoc jinak položenou otázkou.

*Expresivní složka řeči:* řeč téměř absentuje, parafázie, perseverace – „dodododo“, „nonono“, „duchuchu“, narušena výbavnost pojmů. Vázne koordinace pohybů při nastavení mluvidel. Daří se jen izolovaně samohlásky a, o, u. Opakování nezvládá, nepojmenuje, automatické řady verbálně nelze. Snaží se komunikovat v rámci možností, i mimicky, nonverbálně.

*Další fatické funkce:* lexie – slabiky nečte, čte slova formou globálního čtení – daří se přikládat některá frekventovaná slova k příslušným obrázkům (předměty denní potřeby), u dalších oblastí slovní zásoby selhává; grafie – snaží se psát levou rukou (před CMP pravák), zvládá psací i tiskací podobu grafémů, opis slov zvládá, diktát slabik – jen minimální výkon; kresba – spontánní projev v normě; kalkulie – odhad množství se daří, písemné sčítání i odčítání do 10 bez problémů, násobilka a dělení nelze, ústní početní výkony nelze.

*Závěr:* globální afázie, těžce narušena expresivní složka.

Logopedické vyšetření před započetím domácí intervence proběhlo rovněž za přítomnosti manžela klientky dne 10. 3. 2009. V expresivní složce řeči není prozatím patrný výrazný efekt terapie – vyvozeny hlásky a, o, u, f, m, vyvozovány hlásky h, d. Jde o chronickou globální afázii (2 roky po CMP). Těžiště terapie přesunuto na rozvoj porozumění – nyní se daří lépe na úrovni vět i složitějším větným konstrukcím, gnostických, kognitivních a mnestických funkcí. Nadále nutno pokračovat v terapii fatických funkcí – lexie, grafie, kalkulie, kde je znatelný mírný progres. Dodržet komplexní přístup založený na zachovaných percepcích, konzultovat s rodinou zavedení AAK systému – zvážit potřeby a aktuální stav komunikace s okolím.

*Závěr:* globální afázie, chronické stadium.

***Plán logopedické péče stanoven logopedem na základě logopedického vyšetření*:**

Pro stimulaci nonverbální mimické komunikace procvičovat motoriku orofaciální oblasti, možno zapojit dechová a fonační cvičení. Rozvíjet aktivní i pasivní slovní zásobu, rozvíjet porozumění řečovému projevu, procvičování kalkulie, lexie, grafie. Rozvíjet sluchové vnímání cvičením fonematického sluchu. Stimulovat zrakovou a sluchovou paměť, kognitivní znalosti, mnestické funkce. Trénovat postavení mluvidel při fonaci jednotlivých hlásek (přes absenci efektu), dokončování vět čtením obrázku. Trénovat pravo-levou orientaci, orientaci v prostoru a čase, znalost hodin, denního a ročního režimu, znalost číslic a jednotlivých hlásek/písmen – důraz na rozvoj lexie pro možnost realizace volnočasových aktivit. Možnost zapojení do ergoterapie, skupinové terapie afázie, společenství seniorů v místě bydliště.

***Oblasti zaměření pro potřeby výzkumného šetření*:**

Pro potřeby výzkumného šetření, tj. pro analýzu a prezentaci postupů logopedické péče aplikovaných v domácí intervenci, byly u paní Š. vybrány tyto oblasti zaměření:

*1. aplikace terapeutických postupů při alexii,*
*2. zavedení alternativního komunikačního systému.*

Na tomto místě podotýkám, že intervencí jsme chtěli dosáhnout především tichého čtení s porozuměním (pro vyplnění volnočasových aktivit klientky), hlasitého čtení by vzhledem k řečovým schopnostem nebylo možné pravděpodobně dosáhnout.

Průběh vlastního šetření je popsán v následující podkapitole.

***Další vývoj logopedické intervence:***

Logopedická péče v domácím prostředí nadále probíhá.

➢ **<u>Kazuistika č. 4</u>**

**Paní H., narozena 1955**

**RA:** bezvýznamná

**SA:** žije v domácnosti se synem, dcerou a její rodinou; 3 děti, 2 vnoučata; nevyučena, bývalá uklízečka, nyní invalidní důchodce.

**OA:** po mnoho let léčena pro hypertenzi III. stupně; v roce 1985 gynekologická operace tumoru, adnexetomie (odnětí vaječníků) a následná chemoterapie a radioterapie; další nemoci neuvádí, vážné úrazy neprodělala.

***Z lékařské dokumentace:***

Paní H. je již 10 let v péči kardiologa pro hypertenzi III. stupně, tato je kompenzována léky. V listopadu 2008 byla paní H. hospitalizována na Neurologické klinice FN Brno pro totální infarkt v levé přední mozkové cirkulaci s následnou globální afázií a pravostrannou hemiparézou s akcentací na horní končetině do plegie, neúspěšně byla podána trombolýzy. V březnu 2009 byla klientka hospitalizována tamtéž pro dva generalizované epi-paroxysmy – diagnostikována symptomatická vaskulární epilepsie. Po cévní mozkové příhodě absolvovala paní H. rehabilitace, nyní rehabilituje doma za pomoci rodiny. Přetrvává těžká paréza pravé horní končetiny (z původně plegického stavu), paréza pravé dolní končetiny, při chůzi paní používá jednoruční chodítko. Stále trvají potíže s krevním tlakem, nyní kolísání hypo- a hypertenze. Z neurologické a psychiatrické dokumentace: přítomna sekundární organická duševní porucha na základě fatické poruchy, stavy afektivní lítosti, pláče, zlosti. Nyní jsou pravidelně podávány léky.

***Vstupní logopedické vyšetření*:**

Logopedické vyšetření realizováno dne 20. března 2009. Klientka je doprovázena synem, od kterého získány anamnestické údaje. Při vyšetření klientka ochotně spolupracuje, silně motivována k terapii. Je orientována místem, časem i osobou. Na logopedické vyšetření přichází 5 měsíců po vzniku mozkové léze, svůj stav si uvědomuje, je proto plačtivá a lítostivá.

*Expresivní složka řeči:* spontánní projev – verbálně komunikace výrazně vázne, pouze perseverace jedné slabiky, orální praxie bez větších potíží. Automatické řady – nelze, opakování – nelze. Lexie: globální čtení ano, na pokyn správně ukáže napsané slovo, slovní spojení – dvě chyby z pěti. Grafie: opíše podle vzoru hlásky, jednoduché slovo, graficky nevyzrálé, podepíše se s nápovědou – vzorem.

*Impresivní složka řeči:* jednoduchým pokynům rozumí, u složitějších porozumění vázne, nutno zopakovat, vysvětlit. Rozumění řeči výrazně lepší než řečová produkce, přesto vážné nedostatky i v této oblasti.

*Závěr:* globální afázie s dominancí narušení v řečové expresi.

***Plán logopedické péče stanoven logopedem na základě logopedického vyšetření*:**

Logopedickou terapii zaměřit na rozvoj pasivní slovní zásoby, asociační cvičení; dále artikulační cvičení se zaměřením na nápodobu a opakování, rozvoj mluvních dovedností – opakování hlásek, prodlužování vokálů, zaměření na správnou artikulaci, postavení čelistního úhlu, procvičení hybnosti orofaciální oblasti; cvičení fonematického sluchu, rozvoj sluchového vnímání, rozlišení znělých a neznělých hlásek; trénink kognitivních funkcí, práce s obrazovým a didaktickým materiálem, nácvik rozumění; procvičování grafie (uvolňování postižené ruky), zvážit možnost přeučení grafie na levou horní končetinu, rozvoj grafomotoriky a následné grafie, rozvoj jemné motoriky.

***Oblasti zaměření pro potřeby výzkumného šetření*:**

Pro potřeby výzkumného šetření, tj. pro analýzu a prezentaci postupů logopedické péče aplikovaných v domácí intervenci, byly u paní H. vybrány tyto oblasti zaměření:

*1. rozvoj grafomotoriky a*

*2. aplikace terapeutických postupů při agrafii.*

Průběh vlastního šetření a hodnocení realizované logopedické intervence je popsáno v následující podkapitole.

***Další vývoj logopedické intervence:***

Logopedická péče v domácím prostředí nadále probíhá.

## 4.4 Vlastní šetření

Výzkumné šetření probíhalo od dubna 2009 do března 2010, kdy jsem s klienty pracovala dle plánu vypracovaného a průběžně konzultovaného s logopedem. Pro potřeby této práce je logopedická intervence u klientů popsána ve čtvrtletích, tj. ve 3, 6, 9, a 12 měsících od počátku výzkumného šetření, a to vždy se zaměřením na konkrétní stanovenou oblast u každého afatika. Pro hodnocení těchto vytyčených oblastí a jejich zápis do výsledné tabulky průběhu intervence bylo použito vždy totéž kontrolní cvičení u daného klienta pro možnost sledování progrese či stagnace vývoje schopností. Popis intervence je navíc doplněn ukázkami materiálů, které byly a nadále mohou být

využity při terapii afázie (uvedeny v příloze práce). Vlastní šetření založené na metodě kazuistiky a na technikách aktivního pozorování, analýzy výsledků činnosti a analýzy dokumentů je doplněno o techniku řízeného rozhovoru s rodinnými příslušníky klientů pro zhodnocení jejich názoru na průběh a efekt logopedické intervence v domácím prostředí.

➢ **Klientka paní J., narozena 1933**

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností na počátku výzkumného šetření (duben 2009):***

*Stanovená diagnóza:* Brocova afázie lehčího stupně.

*Spontánní projev* je nonfluentní, těžkopádný, pomalé tempo řeči působící monotónně; paní používá jednoduchá slovní spojení a krátké (3-4slovné věty) s chybami větné stavby – absence sloves, předložkových vazeb, chybné skloňování, časování, užívání plurálu (na otázku Co jste dnes dělala? odpovídá *„Já jsem šla…no…to…důchod…potom…důchod…ne…vlasy…tady u nás.“*), fluentně používá frekventované fráze (*„Jde to dobře.“, „Ano, to bych řekla.“*); výrazný výskyt perseverací ztěžuje další slovní výpověď. *Porozumění* se nejeví vážně narušeno, místy obtíže s porozuměním delším a složitějším instrukcím. *Opakování* se celkem daří, pojmenování hůře (ulpívá na předchozích prezentovaných obrázcích). *Čtení* je nonfluentní, ale s porozuměním, není narušeno rozpoznávání hlásek, analýza a syntéza slov. V *psaní* se objevuje ulpívání. Celková *hybnost* je narušena jen mírně, paní používá při chůzi francouzskou hůl jako oporu, přítomna lehká paréza pravé končetiny, ale snaží se pravou rukou psát, přeučovat na levou se nechce. Byla zahájena domácí intervence na konci dubna 2009, vždy jednou týdně po dobu 45 – 60 minut dle unavitelnosti klientky. Pro účely této práce budou popsány postupy intervence v rámci oblastí zaměření pro toto výzkumné šetření.

**Hodnocení sledovaných oblastí před započetím intervence:**

Pro hodnocení *produkce mluvené řeči* byl použit jednoduchý situační obrázek rodiny v obývacím pokoji – popis je nonfluentní, paní používá jednoduchá slovní spojení a krátké (3-4slovné věty), fluentně používá pouze frekventované fráze, kterými popis doplňuje (např. „Ještě toto.“). Při slovním popisu jednoduchého obrázku s vyobrazením zahrady je *výskyt dysgramatických jevů* (špatných koncovek, vynechaných předložek, nesprávné stavby věty, vynechání podmětu či přísudku apod.) vysoký – celkem napočítáno 18 dysgramatických jevů. Při vypracování souboru

písemných úkolů zaměřených na gramatickou oblast je napočítáno 22 špatných odpovědí z 35 možných.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 1. čtvrtletí, tj. po 3 měsících od počátku logopedické intervence (červen 2009):***

➢ *stimulace produkce řeči na úrovni slov a vět*

**Popis postupu:**

Při logopedickém vyšetření se ukázalo, že u paní J. je částečně zachována schopnost číst a psát. Dle doporučení logopeda bylo vhodné toto využít při stimulaci produkce řeči, přičemž bylo doporučeno, aby soubor procvičovaných slov během jednoho sezení nebyl příliš velký (max. 8 – 10 slov). Nejprve jsme započali terapii produkce řeči na úrovni slov (ukázka tohoto postupu je uvedena v příloze č. 7), ovšem brzy se ukázalo, že tyto postupy se paní J. daří realizovat bez závažných obtíží (také při běžném hovoru větší potíže činila spíše produkce plynulých vět než iniciace slov), navíc klesala motivace k této činnosti, neboť paní se domnívala, že tato věc ji „netrápí“. Proto jsme po několika sezeních přešli na stimulaci produkce řeči na úrovni vět (ukázka tohoto postupu je uvedena v příloze č. 8). Na konci této fáze intervence se paní J. daří produkce jednoduchých syntaktických struktur (3-4slovných vět), každé sezení byla procvičována jiná věta a navíc se tento postup začalo dařit realizovat i bez struktury na papíře v názorných situacích (komentování prostředí, činností lidí ve společenské místnosti atd.).

➢ *odstraňování dysgramatismů v mluveném projevu*

**Popis postupu:**

Verbální produkce paní J. se kromě nonfluence vyznačovala i agramatickými prvky, paní používala spíše jednotlivá, převážně plnovýznamová slova v základním tvaru nebo fixované fráze a slovní spojení. V projevu dominovala podstatná jména, ostatní slovní druhy byly ve výrazném deficitu, paní navíc nesprávně skloňovala a časovala. Z těchto důvodů byla intervence zaměřena i na odstraňování dysgramatismů v mluveném projevu. Oblast gramatiky je samozřejmě velmi široká, procvičovali jsme tedy nejrůznější oblasti českého jazyka. Tato oblast navíc umožňuje terapeutovi vytvářet cvičení, která může afatik vypracovávat i sám v rámci domácího procvičování. Lze tedy pracovat například s přívlastky živé a neživé přírody, vytvářením protikladů

k přídavným jménům, hledáním slov stejného významu, doplňováním písmen či slabik v textech, doplňováním koncovek podstatných jmen a sloves, rozvíjením vět se základní gramatickou strukturou, hledáním sloves dle nabízených podstatných jmen, seřazováním pořadí slov ve větě, hledáním správného tvaru slovesa do věty apod. (několik takových ukázek cvičení je uvedeno v příloze č. 11).

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 1. čtvrtletí:**

V *mluveném projevu* se spontánně daří výstavba neautomatizovaných vět s jednoduchou syntaktickou strukturou, při kontrolním cvičení paní J. popisuje obrázek jednoduchými stručnými větami. Při volném popisu kontrolního obrázku se vyskytovalo 12 *dysgramatických jevů*, při vypracování písemných gramatických cvičení bylo 15 špatných odpovědí z 35 možných.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 2. čtvrtletí, tj. po 6 měsících od počátku logopedické intervence (září 2009):***

➢ *stimulace produkce řeči na úrovni slov a vět*

**Popis postupu:**

V oblasti stimulace produkce řeči bylo navázáno na postupy užívané v předchozím čtvrtletí, kdy se paní J. dařila produkce 3-4slovných vět, navíc toto dokázala aplikovat i při komunikačních situacích např. se sociální pracovnicí v domově, tamní lékařkou apod. Přistoupili jsme tedy k delším větných konstrukcím – věty s rozvitým podmětem, předmětem a postupně i příslovci (např. Žena sází květiny.-Mladá žena sází květiny.-Mladá žena sází květiny na zahradě.-Mladá žena sází růžové tulipány na zahradě.; ukázka tohoto postupu je uvedena v příloze č. 9). Tento postup navíc paní baví, motivuje ji ke spolupráci; užívány byly nejrůznější obrázky, později i fotografie z fotoalba klientky. Na konci této fáze paní J. popíše rozvitou větou všech 25 procvičovaných karet, navíc se snaží popisovat i fotografie (zde přetrvávají agramatismy kvůli novosti materiálu).

➢ *odstraňování dysgramatismů v mluveném projevu*

**Popis postupu:**

Intervence zaměřená na odstraňování dysgramatismů v mluveném projevu probíhala i nadále s pomocí nejrůznějších pracovních listů. Procvičované jevy jsme zároveň zapojovali i v rámci další logopedické intervence – v oblasti stimulace produkce řeči, reedukace agrafie a alexie apod.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 2. čtvrtletí:**

Při popisu kontrolního obrázku je *produkce* méně nonfluentní, klientka správně používá rozvité věty, trvají pauzy pro promyšlení výroku, místy se vyskytne perseverace. Při slovním popisu vyobrazení zahrady se vyskytlo 5 *dysgramatických jevů*, klientka užívá další slovní druhy (předložky, přídavná jména) a větné členy (předmět, přívlastek, určení způsobu, míry); v písemném cvičení se objevilo 6 špatných odpovědí z 35 možných.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 3. čtvrtletí, tj. po 9 měsících od počátku logopedické intervence (prosinec 2009):***

➢ *stimulace produkce řeči na úrovni slov a vět*

**Popis postupu:**

V oblasti stimulace produkce řeči jsme realizovali takové cvičení, při kterém je úkolem klienta dokončit započaté věty. Vycházeli jsme z více automatizovaných vět – známých přísloví, nejprve s oporou textu, kdy paní vyhledávala dokončení přísloví z nabídky, později samostatné dokončování přísloví. Poté jsme přistoupili k dokončování různých vět, opět nejprve s výběrem z nabídky pro usnadnění; později bylo úkolem paní J. dokončit větu samostatně (ukázky těchto postupů jsou uvedeny v příloze č. 10). Vždy nový materiál jsem začala procvičovat teprve po jistém zvládnutí předchozích úkolů. Na konci této fáze paní J. dokončovala napsané, ale i slyšené části vět, opět zpočátku s mírnými obtížemi v gramatické stavbě věty.

➢ *odstraňování dysgramatismů v mluveném projevu*

**Popis postupu:**

V oblasti odstraňování dysgramatismů v mluveném projevu jsme se nyní pokusili zaměřit na spontánní užívání správných gramatických jevů. Záměrně jsem tedy facilitovala takovou komunikaci, kdy klientka měla za úkol používat procvičované gramatické jevy. V této fázi logopedické péče již byly dysgramatismy v mluveném projevu paní J. výrazně redukovány, klientka je vedena k vědomé stavbě vět s rozvinutým podmětem a přísudkem a také k užívání dalších slovních druhů, pokud možno ve správném gramatickém tvaru.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 3. čtvrtletí:**

V *řečové produkci* klientka užívá rozvité věty, které aplikuje i na další činnosti a běžné komunikační situace, místy se vyskytují anomické pauzy. V kontrolním písemném cvičení se z hlediska *gramatické stránky* vyskytly 2 gramatické chyby, při slovním popisu obrázku 3 špatné koncovky ve skloňování a časování.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností v závěru výzkumného šetření, tj. po 12 měsících od počátku logopedické intervence (březen 2010):***

➢ *stimulace produkce řeči na úrovni slov a vět*

**Popis postupu:**

Stimulace produkce řeči byla v této fázi již na uspokojivé úrovni. Pokud se paní J. nedařila produkce nějakého sdělení, dokázala říci *„Počkejte chvíli, já vím.“*, příp. *„Nevzpomenu si.“*, což výrazně pozitivně ovlivnilo komunikaci s personálem zařízení. Stimulace produkce řeči probíhá do současné doby na úrovni popisu situačních obrázků, případně seřazení a popis dějových obrázků, přičemž novost materiálů vždy působí mírně negativně. Proto jsou vybírány taková vyobrazení, na kterých může paní J. procvičit komunikační situace potřebné pro denní život v domově. Od sociálních pracovnic se mi navíc podařily získat reálné fotografie ze života v domově, v různých prostředích – na zahradě, u lékařky, v obchodě s potravinami, v jídelně apod., což napomáhá rozvoji přirozené komunikace.

➢ *odstraňování dysgramatismů v mluveném projevu*

**Popis postupu:**

V oblasti odstraňování dysgratismů v mluveném projevu již v této fázi nijak významně nepoužíváme pracovní listy, ale snažíme se využívat nejrůznější slovní hry a hříčky pro stimulaci gramaticky správné verbální produkce (např. slovní fotbal na podstatná jména, vytváření pamětných řad na slovesa v určité osobě a čase, přesmyčky, slovní kvízy apod.).

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 4. čtvrtletí – závěrečné:**

*Řečová produkce* je narušena občasnými pauzami při hledání adekvátního pojmenování, ovšem jinak je srozumitelná a celkově dostačující. *Dysgramatismy* se v mluveném projevu objevují sporadicky, při kontrolním gramatickém cvičení

se objevil 1 jev z 35 možných. Celkové hodnocení průběhu výkonů klientky ve sledovaných oblastech během intervence je uvedeno v následující tabulce:

| **Klientka paní J.** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sledované oblasti:** | **Výkony v kontrolních cvičeních:** | | | | |
| | *Vstupní hodnocení:* | *Po 1. čtvrtletí:* | *Po 2. čtvrtletí:* | *Po 3. čtvrtletí:* | *Po 4. čtvrtletí – závěrečné:* |
| *produkce řeči* | slovní spojení, 3-4 slovné automatizované věty | fixována produkce málo užívaných vět jednoduchých | používá i věty s rozvitým podmětem a dalšími větnými členy | používá rozvité věty spontánně i v dalším projevu | používá rozvité věty spontánně i v dalším projevu |
| *dysgramatismy* | slovní popis obr. – 18 jevů; písemné cvičení 22/35 | slovní popis obr. – 12 jevů; písemné cvičení 15/35 | slovní popis obr. – 5 jevů; písemné cvičení 6/35 | slovní popis obr. – 3 jevy; písemné cvičení 2/35 | slovní popis obr. – 2 jevy; písemné cvičení 1/35 |

**Tab. č. 2: Výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách (čtvrtletích) u paní J.**

**Výtah z rozhovoru s rodinnými příslušníky klienta**:

Rozhovor proběhl se zaměstnanci domova pro seniory, kde klientka bydlí. Sociální pracovnice potvrdila celkové zlepšení vyjadřování, které vedlo ke smysluplné komunikaci při vyřizování záležitostí, jenž jsou v jejím popisu práce. Dále vidí pozitivní přínos zejména v tom, že klientka se nyní neobává znovu zapojit do některých akcí domova (opětovně se přihlásila např. do kroužku ergoterapie, který se obávala od návratu z nemocnice navštívit). Zdravotní sestra zase pozitivně hodnotí zejména možnost získat odpovědi na otázky podávání medikace, klientka navíc dokáže mnohem lépe popsat své zdravotní potíže. Obě pracovnice domova dále chválí úroveň porozumění klientky jejich výpovědím. Pozitivní přínos domácí logopedické intervence vidí v usnadnění oboustranné komunikace s klientkou, dorozumí se s ní nyní celkově vyhovujícím způsobem. Další terapii vidí mimo jiné také jako způsob celkové aktivizace klientky, od terapie očekávají úbytek pauz v projevu a latencí při odpovědích na otázky.

➢ **Klient pan C., narozen 1946**

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností na počátku výzkumného šetření (duben 2009):***

*Stanovená diagnóza:* Wernickeho afázie středně těžkého stupně.

Potíže se manifestují v oblasti *porozumění* (zejména méně frekventovaným a složitým větným konstrukcím; v konkrétních názorných situacích rozumí; na úrovni

slov se problémy projevují zejména v běžné komunikaci s okolím – v konkrétních odpovědích na otázky týkající se příjmu tekutin a potravin, činností během dne apod.), *opakování* (při soustředění zopakuje krátká slova, příp. automatizované výpovědi, nedaří se delší slova a slovní spojení, věty), *pojmenování* (zejména vědomá nominace při odpovědích na konkrétní otázky, výskyt četných sémantických parafázií v kombinaci s fonémickými – namísto chléb říká *„housla“* apod.). *Spontánní projev* je žargonový, plný neologismů, a tedy až nesrozumitelný (na otázku Jak se dnes máte?: *„Jooo tekla ma uput.“*), často užívá „prázdná“ slova a spojení, která jsou pro okolí čitelná (*„no jo no“*; *„dá se“* apod.). *Čtení* narušeno, spontánní *psaní* fluentní, ovšem se závažnými záměnami hlásek a slabik, které si neuvědomuje a neopravuje. *Hybnost* pana C. není těžce narušena, zdravotní stav je komplikován ischemickou chorobou srdeční a přítomností stafylokoka v organismu. Byla zahájena logopedická intervence dle terapeutického plánu, 1x – 2x týdně po dobu 1 hodiny. S ohledem na cíle této práce budou dále popisovány sledované oblasti zaměření.

**Hodnocení sledovaných oblastí před započetím intervence:**

Pro hodnocení oblasti *porozumění mluvené řeči* bylo vybráno cvičení, kdy úkolem pana C. bylo identifikovat 10 dějových vyobrazení dle slyšené věty a 15 obrázků dle slyšených slov. Na počátku intervence samostatně identifikoval správně 3 dějová vyobrazení a 4 obrázky.

Hodnocení *nominativní funkce řeči* probíhalo na základě cvičení identifikace a pojmenování 12 obrázků dle písemné definice a samostatné pojmenování 20 obrázků (samostatná iniciace). Na počátku intervence klient samostatně pojmenoval 2 obrázky dle písemné definice a pojmenoval (samostatně inicioval pojmenování) 4 obrázky, přičemž při hodnocení jsme byli tolerantní k výskytu parafázií, které nečinily pojmenování nesrozumitelným.

Pro hodnocení oblasti *slovně-pojmové slovní zásoby* jsme nepřistoupili k žádnému konkrétnímu cvičení, zejména proto, že by toto pak opětovně „měřilo“ nominaci, produkci apod., nikoli faktickou znalost/výbavnost termínů. Slovně-pojmová slovní zásoba byla na počátku intervence prakticky pasivní, klient adekvátně užíval naprosté minimum slov ze svého mentálního slovníku.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 1. čtvrtletí, tj. po 3 měsících od počátku logopedické intervence (červen 2009):***

➢ *rozvoj porozumění mluvené řeči*

**Popis postupu:**

Při prvotních sezeních se ukázalo, že u pana C. je relativně zachována schopnost přiřazovat napsané věty k obrázkům (přiřazování individuálních slov selhávalo). Tyto věty pan C. hlasitě sám správně přečíst nedokáže (výrazné paralexie a záměny i celých slov), ale celkem se mu daří přiřadit je k vyobrazení. Pokud byly věty prezentovány v mluvené formě (tedy přečetla jsem je), chybovost přiřazování se výrazně zhoršila. Po konzultaci s logopedem jsem tedy při obnovování rozumění mluvené řeči stavěla právě na této zachované schopnosti. Nejprve byla logopedická intervence v této oblasti stavěna na úrovni vět. Pracovali jsme se souborem kartiček – obrázků a napsaných vět. Namísto obrázku jsme nejprve zkoušeli i používat reálné fotografie, ovšem zásadní rozdíl oproti obrázkům kresleným jsem nezaznamenala. Úkolem pana C. bylo nejprve přiřazovat napsanou větu k obrázku, přičemž počet vět a obrázků se postupně zvyšoval a později i obměňoval. Po 3 měsících pan C. přiřadil bezchybně až 25 takových dvojic, postupně jsem začala napsané věty i doprovázet mluveným projevem, aby si pan C. uvědomoval jejich zvukovou podobu. Zhruba 8 vět již umí přiřadit i jen na základě slyšeného vjemu. Ukázka souboru obrázku využitelného při obnovování porozumění řeči na úrovni vět je uvedena v příloze č. 12 této práce.

➢ *rozvoj nominativní funkce řeči*

**Popis postupu:**

Při práci s materiály pro rozvoj rozumění mluvené řeči se samozřejmě současně stimulovala nominativní funkce řeči – schopnost pojmenování. Pokroky v této oblasti jsme mohli sledovat provázaně již od počátku terapie. Na počátku intervence se u pana C. v řeči vyskytovaly četné neologismy a parafázie (žargonové, sémantické i fonémické). V běžné komunikaci byl znatelný zejména problém s parafáziemi sémantickými, tedy záměny významově blízkých slov; fonémické parafázie tolik nenarušovaly porozumění okolí – např. místo „Já jsem to dal na stůl.“ řekl „Já ta dudu na pastele.“, přičemž tímto myslel postel, což bylo čitelné vzhledem k fonémické parafázii, ale neadekvátní vzhledem k sémantické parafázii a tedy skutečnému úmyslu sdělení pana C. Proto jsme přistoupili ke stimulaci nominativní funkce řeči na základě

sémantického významu slov. Záměrně byla nejprve vybrána slova potřebná pro běžnou denní komunikaci s klientem, přičemž v prvotní fázi jsme zkoušeli stimulovat nominaci neuvědomovaně, tedy při různých činnostech bez předchozího upozornění na daný jev. Využívali jsme různé společenské hry – např. pexeso, loto, domino, kdy jsem hru přirozeně komentovala a při tom pojmenovávala jednotlivé kartičky. O to se pokoušel i pan C., přičemž zprvu parafázie činily jeho pojmenování bez znalosti obsahu kartičky nesrozumitelným. S procvičováním stále stejného souboru slov se ale jejich pojmenování začalo brzy zlepšovat. Na konci tohoto čtvrtletí pan C. již na první pokus pojmenoval např. telefon jako „telefén“, což již bylo pro okolí srozumitelné.

➢ *rozvoj slovně-pojmové slovní zásoby*

**Popis postupu:**

Rozvoj slovně-pojmové slovní zásoby v této fázi probíhal v provázanosti s ostatními činnostmi během sezení, záměrně jsem se na tuto oblast nezaměřovala vzhledem k potížím s porozuměním a k projevu plném parafázií. Prvoplánový rozvoj této oblasti byl plánován až na další fázi domácí intervence.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 1. čtvrtletí:**

Při hodnocení oblasti *porozumění mluvené řeči* pan C. samostatně správně identifikoval 8 z 10 možných dějových vyobrazení dle slyšené věty a 6 z možných 15 obrázků dle slyšených slov. Potvrdil se tak očekávaný lepší výkon v oblasti porozumění mluvené řeči na úrovni vět (vzhledem k realizované terapii), nicméně mírné zlepšení se prokázalo i na úrovni slov.

Při hodnocení *nominativní funkce řeči* pan C. samostatně pojmenoval 6 z možných 12 obrázků dle písemné definice a pojmenoval (samostatně inicioval pojmenování) 9 z možných 20 obrázků, přičemž při hodnocení jsme byli tolerantní k přetrvávajícímu mírnému výskytu parafázií. Lépe se mu dařilo pojmenování více frekventovaných slov.

V oblasti *slovně-pojmové slovní zásoby* se klientovi lépe daří slovně-pojmová realizace slov z mentálního slovníku, zejména těch, které užívá častěji či těch, která jsou procvičována v rámci intervence. Pokroky v této oblasti jsou přisuzovány celkovému pozitivnímu průběhu domácí intervence.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 2. čtvrtletí, tj. po 6 měsících od počátku logopedické intervence (září 2009):***

➢ *rozvoj porozumění mluvené řeči*

**Popis postupu:**

V oblasti obnovování porozumění mluvené řeči se panu C. daří zvládat další kroky – přes ukázání napsané věty dle slyšené (mnou řečené) a následně její přiřazení k obrázku, začal sám přirozeně ukazovat obrázek již po uslyšení řečené věty (začal vynechávat identifikaci věty v napsané podobě). V této fázi byl klient velmi motivován svými úspěchy, proto jsem věty obměnila a pro ztížení úkolu i zkrátila na několikaslovné. Na konci tohoto období pan C. přiřadí i tří-slovné věty dle slyšeného vjemu k jejímu vyobrazení. Současně začínáme se cvičeními na úrovni slov.

➢ *rozvoj nominativní funkce řeči*

**Popis postupu:**

Pro stimulaci nominativní funkce řeči jsem po konzultaci s logopedem začala využívat konkrétní vytvořený materiál. Nejprve byl tento materiál zaměřen na rozlišení napsaného slova mezi dalšími prvky na sémantickém základě – přičemž zprvu pan C. vybíral ze souboru slov z velmi odlišným významem o malém počtu prvků, poté byl počet prvků zvyšován. Dalším krokem byl výběr ze souboru slov s příbuzným (podobným) významem opět o malém, později větším počtu prvků. Následným krokem bylo rozlišení napsaného slova mezi dalšími prvky na základě fonémickém (slova znějící podobně). V příloze č. 15 je uveden příklad postupu stimulace nominativní funkce řeči s oporou v psaném textu. Pokračováním postupu je trénink nominace bez opory psaného textu, tedy nejprve dle sluchového vjemu a konečně aktivní vyhledání slova z mentálního slovníku a jeho vyslovení afatikem. Na konci této fáze správně pojmenoval pan C. nejen obrázky, se kterými jsme pracovali, ale i reálné předměty a věci v domácnosti, přičemž místy přetrvával výskyt fonémických parafázií.

➢ *rozvoj slovně-pojmové slovní zásoby*

**Popis postupu:**

Pro rozvoj slovně-pojmové slovní zásoby v této fázi logopedické intervence již byly používány konkrétní soubory fotografií a vyobrazení s tématickými skupinami slovní zásoby. Využívány byly např. metodiky Truhlářové (1984), Čecháčkové (1998),

ale také ilustrované knihy klienta apod. Variabilita využití těchto materiálů je široká – seskupování, třídění, hledání prvků ze stejné kategorie, skládání dějových linií, vyhledávání dle instrukce, identifikace dle slovního popisu apod.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 2. čtvrtletí:**

Při hodnocení oblasti *porozumění mluvené řeči* pan C. samostatně správně identifikoval 10 z 10 možných dějových vyobrazení dle slyšené věty a 8 z možných 15 obrázků dle slyšených slov. Potvrdil se tak výborný výkon v oblasti porozumění mluvené řeči na úrovni vět (vzhledem k realizované terapii), nicméně mírné zlepšení se prokázalo i na úrovni slov, na které jsme již započali některá cvičení.

Při hodnocení *nominativní funkce řeči* pan C. samostatně pojmenoval 10 z možných 12 obrázků dle písemné definice a pojmenoval (samostatně inicioval pojmenování) 15 z možných 20 obrázků. Mnohem lepší výkon přisuzuji cíleným postupům v rámci intervence, které jsme zavedli v tomto čtvrtletí.

V oblasti *slovně-pojmové slovní zásoby* se klientovi lépe daří slovně-pojmová realizace slov z mentálního slovníku; dá se říci, že klient si vybavuje a užívá slova ze slovníku adekvátně vzhledem ke komunikační situaci. K tomu nepochybně přispěla přímá intervence v této oblasti popsaná výše.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 3. čtvrtletí, tj. po 9 měsících od počátku logopedické intervence (prosinec 2009):***

- *rozvoj porozumění mluvené řeči*

**Popis postupu:**

V oblasti obnovování porozumění mluvené řeči jsme se přes úroveň vět dostali na úroveň jednotlivých slov. Zpočátku bylo nutné vybírat slova z různých oblastí (příklad takého souboru je uveden v příloze č. 13), teprve po dvou měsících jsem začala záměrně vybírat i slova ze stejné sémantické kategorie (příklad takového souboru je uveden v příloze č. 14). Postup byl obdobný jako při práci s celými větami – nejprve pan C. přiřazoval napsané slovo k jeho vyobrazení, poté ukazoval napsané slovo dle sluchové percepce a nakonec ukazoval obrázky přímo podle toho, jaká slova jsem vyslovila. Lépe se prozatím daří delší slova, zejména podstatná jména. Používáme také slova automatizovaná (názvy měsíců, dnů, číslovek apod.). Výrazné zlepšení nastalo i v oblasti produkce řeči, zmenšil se počet neologismů, poklesl také počet žargonových

a sémantických parafázií, celkově se spontánně produkovaná řeč stává více srozumitelnější.

➢ *rozvoj nominativní funkce řeči*

**Popis postupu:**

Stimulace nominativní funkce řeči byla dále prováděna modifikací užívaných materiálů – pojmenování prvku, který do souboru nepatří, pojmenování a rozdělení prvků do významových kategorií, identifikace prvku ze souboru a jeho pojmenování dle slovního popisu apod. Ukázka takového příkladu postupu je uvedena v příloze č. 16 této práce. Na konci této fáze domácí intervence byl klient schopen správně pojmenovat fotografie, ilustrační vyobrazení i reálné předměty, což významně přispělo k celkové lepší spontánní produkci řeči.

➢ *rozvoj slovně-pojmové slovní zásoby*

**Popis postupu:**

Současně s výše uvedenými postupy byla dále rozvíjena oblast slovně-pojmové slovní zásoby na základě osvědčených materiálů, přičemž oblasti zaměření byly ztíženy na méně frekventovaně užívané kategorie (zvířata v zoo, evropské státy, zahradnické nářadí apod.).

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 3. čtvrtletí:**

Při hodnocení oblasti *porozumění mluvené řeči* pan C. opětovně samostatně správně identifikoval 10 z 10 možných dějových vyobrazení dle slyšené věty a také 12 z možných 15 obrázků dle slyšených slov. Potvrdilo se tak námi očekávané zlepšení v oblasti porozumění mluvené řeči na úrovni slov (vzhledem k realizované terapii).

Při hodnocení *nominativní funkce řeči* pan C. samostatně pojmenoval 12 z možných 12 obrázků dle písemné definice a pojmenoval (samostatně inicioval pojmenování) 18 z možných 20 obrázků. Jedná se opět o významný pokrok ve výkonu klieta.

V oblasti *slovně-pojmové slovní zásoby* se klientovi daří slovně-pojmová realizace slov z mentálního slovníku adekvátně vzhledem ke komunikační situaci.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností v závěru výzkumného šetření, tj. po 12 měsících od počátku logopedické intervence (březen 2010):***

Slibně se vyvíjející logopedická intervence (popsána výše a souhrnně naznačena v tabulce níže) byla bohužel přerušena náhlým zhoršením zdravotního stavu (viz kazuistika). Pan C. na konci ledna 2010 zemřel, poslední hodnocení nebylo realizováno.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí – závěrečné:**

| **Klientka pana C.** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sledované oblasti:** | **Výkony v kontrolních cvičeních:** | | | | |
| | *Vstupní hodnocení:* | *Po 1. čtvrtletí:* | *Po 2. čtvrtletí:* | *Po 3. čtvrtletí:* | *Po 4. čtvrtletí – závěrečné:* |
| *porozumění řeči* | samostatná identifikace slyšených vět – 3/10; slov 4/15 | samostatná identifikace slyšených vět – 8/10; slov 6/15 | samostatná identifikace slyšených vět – 10/10; slov 8/15 | samostatná identifikace slyšených vět – 10/10; slov 12/15 | --- |
| *nominace* | identifikace a pojmenování obr. dle písemné definice 2/12; iniciace pojmenování obrázků 4/20 | identifikace a pojmenování obr. dle písemné definice 6/12; iniciace pojmenování obrázků 9/20 | identifikace a pojmenování obr. dle pís. definice 10/12; iniciace pojmenování obrázků 15/20 | identifikace a pojmenování obr. dle pís. definice 12/12; iniciace pojmenování obrázků 18/20 | --- |
| *slovní zásoba* | adekvátní užívání slov z mentálního slovníku minimální | realizace často užívaných a cvičených slov z mentálního slovníku | adekvátní realizace slov z mentálního slovníku | adekvátní realizace slov z mentálního slovníku | --- |

**Tab. č. 3: Výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách (čtvrtletích) u pana C.**

**Výtah z rozhovoru s rodinnými příslušníky klienta**:

V průběhu logopedické intervence v domácím prostředí byl pan C. i jeho družka velmi motivováni pro další intervenci. Zlepšování komunikace v domácím prostředí se objevilo již po 2 měsících terapie, ustoupila nervozita klienta, neboť okolí častěji porozumělo jeho mluvnímu projevu, což výrazně ovlivnilo atmosféru v rodině. Motivován prvními úspěchy pan C. začal opět hrát na piáno – překvapivě si pamatoval celé árie skladeb, doprovázel se i sám zpěvem, přičemž zde byla exprese zachovalejší než při běžné řeči. Průběh terapie byl však bohužel náhle ukončen zhoršením zdravotního stavu a následnou smrtí klienta. Polostandardizovaný rozhovor o efektu domácí logopedické intervence s jeho družkou již tedy v závěru výzkumného šetření nebyl realizován.

➢ **Klientka paní Š., narozena 1942**

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností na počátku výzkumného šetření (duben 2009):***

*Stanovená diagnóza:* globální afázie, chronické stadium.

*Spontánní produkce* klientky je minimální – klientka není schopna slovně sdělit jakoukoli obsahovou informaci, užívá jen prvky nonverbální komunikace, slovní produkce je omezena na opakování slabik (dochocho, no, dodo) ve stereotypních spojeních. Tato produkce se objevuje i při *opakování* slov a slabik či u *pojmenování* předmětů. *Porozumění* na úrovni vět je zachováno – nejlépe v oblasti frekventovaných jednoduchých vět, instrukcí a frází, jinak celkově narušeno, ovšem i tak předpokládáme možnost osvojení náhradní strategie komunikace. Je-li instrukce provázena gestem, reakce se jeví jako přiměřené. *Lexie a grafie* jsou výrazně narušeny, jeví se zachováno globální čtení (daří se identifikace obrázku k popisku a dle pokynu identifikace některých slov v textu), psaní zachováno parciálně – schopna opisu a přepisu, selhává při delších slovech u pamětného psaní, diktát se daří minimálně, spontánní produkce psaní absentuje. V oblasti *kalkulie* se daří základní početní úkony, při dalších selhává. Celková *hybnost* vážně narušena na pravé polovině těla, paní používá při chůzi francouzskou hůl, přítomna plegie pravé horní končetiny – úspěšná snaha psát levou rukou. Stav trvá i po 3 letech od CMP, přičemž systematická logopedická péče je nyní poskytována teprve půl roku. Z toho důvodu byla s rodinou konzultována možnost hledání náhradní komunikační strategie, tato je manželem vítána. Byla zahájena domácí intervence v dubnu 2009, jednou až dvakrát týdně po dobu 45 – 60 minut dle unavitelnosti klientky. Pro účely této práce budou popsány postupy intervence v rámci oblastí zaměření pro toto výzkumné šetření.

**Hodnocení sledovaných oblastí před započetím intervence:**

Pro hodnocení oblasti *terapie alexie* bylo vybráno cvičení o 3 částech, kdy úkolem klientky bylo nejprve doplnění 20 obrázkových ikon na správná místa v textu (globální čtení na úrovni vět), dále určování 15 reálných slov mezi pseudoslovy (globální čtení na úrovni slov) a konečně vyhledávání 15 názvů rostlin ve shlucích písmen (analyticko-syntetické čtení na úrovni písmen). Na počátku intervence byly výkony klientky poměrně nízké (lepší na globální úrovni) – správně přiřadila 7 ikon do textu, určila s jistotou 5 reálných slov a nalezla jistě 5 názvů rostlin ve shlucích písmen.

Pro *zavedení alternativního způsobu komunikace* jsme se rozhodli na základě vyšetření a následné konzultace s manželem a dcerou klientky, kteří popisovali časté

a nepříjemné situace, kdy klientka se jim snaží sdělit nějakou informaci, ale oni nejsou ani na základě gest schopni obsah sdělení pochopit. Klientka používala v rámci nonverbální komunikace mimiku a gesta, mnohdy však až příliš obecná a v konkrétních situacích pro okolí nečitelná.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 1. čtvrtletí, tj. po 3 měsících od počátku logopedické intervence (červen 2009):***

- *aplikace terapeutických postupů při alexii*

**Popis postupu:**

Vzhledem k tomu, že logopedické vyšetření prokázalo do jisté míry zachovanou lexii na globální úrovni, započatá intervence stavěla právě na těchto základech. Nejprve jsme tedy přistoupili k aplikaci terapeutických postupů alexie na úrovni vět – pracovali jsme s celými texty, kdy úkolem klientky bylo např. přiřadit dějové obrázky k jejich písemnému situačnímu popisu, seřadit dějové popisky a vyobrazení dle posloupnosti, doplňovat vhodná chybějící slova a vhodné ikony do textu, seřazovat věty dle dějové posloupnosti apod. Nejprve se osvědčilo používat materiály s velmi rozdílným obsahem (politika, automobilový průmysl, zahrádkaření apod.), poté bylo možné postupně zapojovat texty ze stejné oblasti a tedy i s podobnými či totožnými slovy vyskytujícími se v textu (jarní květiny, květinářství, okrasná zahrada apod.). Tato cvičení navíc klientku pozitivně motivovala, neboť se jí postupně práce dařila. Na konci této fáze intervence již neměla větší potíže s porozuměním čtenému textu na úrovni vět – nepochybně pomáhal obsažený kontext. Ukázka terapeutického postupu založeného na globálním čtení na úrovni vět je uvedena v příloze č. 17 této práce.

- *zavedení alternativního komunikačního systému*

**Popis postupu:**

Jako alternativní komunikační systém byla po konzultaci s rodinou logopedem vybrána komunikace pomocí kreslených vyobrazení – obrázkových ikon opatřených písemným popisem. Piktogramy se vzhledem k omezenému chápání abstrakce u klientky nezdály být vhodné. Postupně jsme začali vytvářet jakousi komunikační knihu klientky – obrázky s popisem byly tříděny do kategorií a zakládány do fólií v ucelených tabulkách, neboť nebylo nutné členit prvky jednotlivě a z nich tvořit výstavbu věty, klientka jednoduše listovala listy a nalézala vhodné obrázky. Jako první

kategorie byla zvolena oblast bolestí a nemocí, která byla rodinou vnímána jako jedna z nejdůležitějších (klientka sama neukázala co ji bolí, nebo kde bolest pociťuje, jen mimikou naznačovala utrápený výraz). Současně se zaváděním kategorií obrázkové zásoby jsme trénovali adekvátní výběr obrázku – např. přímými dotazy a odpověďmi, nebo přiřazováním adekvátního obrázku k jinému (na fotografii chlapec upadl při jízdě na kole – úkolem klientky bylo ukázat v knize, co ho bude bolet).

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 1. čtvrtletí:**

V kontrolním cvičení vybraném pro hodnocení sledované oblasti *aplikace terapeutických postupů při alexii* byly po 1. čtvrtletí realizované intervence dosaženy tyto výkony: klientka správně do textu přiřadila 15 ikon z možných 20, určila s jistotou 8 reálných slov z 15 možných a nalezla jistě 7 z 15 možných názvů rostlin ve shlucích písmen. Vyšší výkon v oblasti čtení na rovni vět jsme očekávali vzhledem k realizované terapii, mírné zlepšení je však patrné i v oblasti čtení na úrovni slov a písmen.

Postupy při *zavádění alternativního komunikačního systému* spočívaly především v osvojení si slova/obrázku, tedy v uvědomování si možnosti použít tento prvek – vědět o jeho existenci v knize, a dále v seznámení s mechanismem výběru odpovědi na položenou otázku. Po 1. čtvrtletí klientka ovládala základní oblasti slovní zásoby – bolesti, potřeby a přání.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 2. čtvrtletí, tj. po 6 měsících od počátku logopedické intervence (září 2009):***

- *aplikace terapeutických postupů při alexii*

**Popis postupu:**

Po zlepšení čtení s porozuměním na úrovni vět jsme přistoupili k aplikaci postupů založených na globálním čtení na úrovni slov. K takovým postupům patří např. určování reálných (tj. existujících) slov mezi pseudoslovy (tj. vymyšlenými), rozčleňování spojených slov na jednotlivá slova, určování nesprávně přiřazených popisků k vyobrazení, určování, které slovo do skupiny slov nepatří, výstavba věty z předložených slov apod. Poslední uvedené cvičení nám navíc umožnilo posoudit, zda aplikované postupy umožní klientce lépe se vyjadřovat psanou formou jazyka, což bylo vedlejším (nikoliv však podřadným) výsledkem realizované intervence. Na konci tohoto čtvrtletí klientce nedělala výrazné obtíže ani modifikovaná cvičení s neznámým

obsahem. Ukázka terapeutických postupů založených na globálním čtení na úrovni slov je uvedena v příloze č. 18 této práce.

➢ *zavedení alternativního komunikačního systému*

**Popis postupu:**

Při zavádění alternativního komunikačního systému jsme pokračovali v postupném rozšiřování slovní zásoby v komunikační knize a nácviku jejího vědomého užívání při uměle navozených komunikačních situacích. Vzhledem k potížím v užívání mnestických funkcí byla zejména druhá část náročná na čas, klientce trvalo, než si zvykla na existenci obrázku v knize (např. vyobrazení „vzít si léky“ mohla používat několikrát denně, ale trvalo, než si uvědomila, že místo nevýmluvné gestikulace je snazší nalézt a ukázat kartičku v knize).

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 2. čtvrtletí:**

V kontrolním cvičení, které bylo na počátku intervence vybráno pro hodnocení sledované oblasti *aplikace terapeutických postupů při alexii,* byly po 2. čtvrtletí realizované intervence dosaženy tyto výkony: klientka správně do textu přiřadila 16 ikon z možných 20, určila s jistotou 12 reálných slov z 15 možných a nalezla jistě 8 (z 15 možných) názvů rostlin ve shlucích písmen. Potvrdilo se námi očekávané zlepšení výkonu v oblasti čtení na úrovni slov.

Při osvojování nového *alternativního komunikačního systému* byla rozšířena slovní zásoba obsažená na vyobrazeních v komunikační knize zejména v oblasti potravin a nápojů, oblečení, orientace v místě bydliště. Zavádění nových termínů vyžaduje mnoho pozornosti, nicméně se vyplácí ve spontánních pokusech o vedení rozhovoru s blízkými příbuznými klientky.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 3. čtvrtletí, tj. po 9 měsících od počátku logopedické intervence (prosinec 2009):***

➢ *aplikace terapeutických postupů při alexii*

**Popis postupu:**

Dalším postupem v této oblasti byl přechod na čtení izolovaných písmen a slabik, tedy na rozvíjení schopnosti analyticko-syntetického čtení, což v počátcích terapie činilo klientce velké obtíže. Současně s předchozími postupy byla navíc procvičována a upevňována znalost písmen české abecedy, protože při vstupním

vyšetření se ukázalo, že tato schopnost vymizela. To nám umožnilo pracovat na cvičeních jako je např. hledání písmen a slabik dle slyšeného pokynu, skládání slov z písmen (nejprve z omezené skupiny prvků, poté z celého fondu abecedy), skládání nových slov z písmen obsažených v daném slově apod. Aplikované postupy se zaměřovaly na rozvoj schopnosti analýzy, syntézy nebo rozvoj analyticko-syntetické činnosti současně. Ukázka těchto terapeutických postupů je uvedena v příloze č. 19 této práce.

➢ *zavedení alternativního komunikačního systému*

**Popis postupu:**

V osvojování komunikačního systému jsme pokračovali rozšiřováním slovní zásoby a aplikací termínů v komunikačních situacích. Snažíme se komunikační knihu užívat i nepřímo, tedy při jiných činnostech. Efektivita domluvy s manželem klientku nadále motivuje rozšiřovat komunikační karty, dle slov manžela je teď klientčina snaha komunikovat nesrovnatelně větší než před zahájením péče.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 3. čtvrtletí:**

V kontrolním cvičení zvoleném pro hodnocení sledované oblasti *aplikace terapeutických postupů při alexii* byly po 3. čtvrtletí realizované intervence dosaženy tyto výkony: klientka správně do textu přiřadila 18 ikon z možných 20, určila s jistotou 13 reálných slov z 15 možných a nalezla jistě 10 z 15 možných názvů rostlin ve shlucích písmen. Potvrdilo se námi očekávané zlepšení výkonu v oblasti čtení na úrovni slabik a slov, ovšem posun ve výkonu nebyl nijak velký.

Dále pokračujeme v rozšiřování slovní zásoby *alternativního komunikačního systému* – město, vesnice, příroda apod., daří se využívat komunikační knihu i nepřímo, při jiných činnostech. Tím je klientce „potvrzován“ prospěch jejího užívání pro komunikaci s okolím.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností v závěru výzkumného šetření, tj. po 12 měsících od počátku logopedické intervence (březen 2010):***

➢ *aplikace terapeutických postupů při alexii*

**Popis postupu:**

Aplikované postupy pro rozvoj globálního a poté i analyticko-syntetického čtení byly v poslední fázi podpořeny komplexními cvičeními s úkoly na několika rovinách, kdy klientka pracovala s úvodním textem a následně jeho částmi. Konečným úkolem

bylo pokusit se cvičený text samostatně zapsat. Zapojovány byly i nejrůznější známé „hříčky“ se slovy, jako jsou přesmyčky, kris-krosy apod. Tyto realizované postupy navíc klientku bavily, protože před vznikem onemocnění byla vášnivou luštitelkou křížovek, což bylo po vzniku afázie velmi obtížné. Nyní se dle slov manžela klientka pokouší denně číst noviny či časopisy a pokouší se také luštit některé menší křížovky. Některá sdělení je navíc schopna částečně napsat, ovšem rychlejší je prý volba obrázku v komunikační knize a příp. následné odpovědi na položené doplňující otázky. Nicméně zlepšení lexie umožnilo klientce lépe vyplnit svůj volný čas, kdy je v bytě sama a jedinou dřívější činností bylo sledování televize.

➢ *zavedení alternativního komunikačního systému*

**Popis postupu:**

Ukázalo se, že již byly vytvořeny komunikační karty pro běžnou denní komunikaci s okolím, na popud klientky byly do knihy zařazovány doplňující materiály, které se ale ukázaly velmi přínosnými. Byly to například fotografie z klientčiny minulosti, které tak nabízely další využitelný rozměr pro komunikaci.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 4. čtvrtletí – závěrečné:**

V kontrolním cvičení vybraném pro hodnocení sledované oblasti *aplikace terapeutických postupů při alexii* byly po 4. čtvrtletí, tj. v závěru výzkumného šetření, dosaženy tyto výkony: klientka správně do textu přiřadila 19 ikon z možných 20, určila s jistotou 13 reálných slov z 15 možných a nalezla jistě 11 (z 15 možných) názvů rostlin ve shlucích písmen. Je patrné, že výkon se v jednotlivých oblastech za poslední čtvrtletí nijak výrazně neposunul, a to ani přes intenzivní terapii; stále navíc trvá jistá chybovost v realizovaných cvičeních. Nicméně přínos postupu aplikovaný v praxi má nepopiratelný pozitivní efekt. Nyní bude s logopedem konzultován další postup práce v této oblasti.

Zavedený *alternativní komunikační systém* je hodnocen manželem klientky jako velmi přínosný, umožňuje zapojit se klientce při rozhodování na chodu domácnosti, vyjádřit její přání a potřeby, zeptat se svým blízkých na jejich práci, činnosti ve škole apod. Efekt zavedeného systému byl rovněž pozitivně hodnocen psychologem při psychoterapeutickém sezení. Celkově tak zavedení systému vedlo ke zlepšení možností komunikace klientky s jejím okolím.

| Klientka paní Š. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sledované oblasti:** | **Výkony v kontrolních cvičeních:** | | | | |
| | *Vstupní hodnocení:* | *Po 1. čtvrtletí:* | *Po 2. čtvrtletí:* | *Po 3. čtvrtletí:* | *Po 4. čtvrtletí – závěrečné:* |
| *terapie alexie* | správné přiřazení ikon do textu 7/20; určení reálných slov mezi pseudoslovy 5/15; nalezení názvů rostlin 5/15 | správné přiřazení ikon do textu 15/20; určení reálných slov mezi pseudoslovy 8/15; nalezení názvů rostlin 7/15 | správné přiřazení ikon do textu 16/20; určení reál. slov mezi pseudoslovy 12/15; nalezení názvů rostlin 8/15 | správné přiřazení ikon do textu 18/20 určení reál. slov mezi pseudoslovy 13/15;nalezení názvů rostlin 10/15 | správné přiřazení ikon do textu 19/20; určení reál. slov mezi pseudoslovy 13/15; nalezení názvů rostlin 11/15 |
| *alternativní komunikace* | neverbální komunikace na úrovni mimických projevů a gest; žádný funkční kom. systém | osvojování obrázků zařazených do knihy, nácvik mechanismu výběru odpovědi na otázku | rozšiřování slovní zásoby v knize, nácvik uměle vytvořených jednoduchých kom. situací | další rozšiřování slovní zásoby v komunikač-ní knize, její přímé i nepřímé užití | užívání kom. systému k běžnému každodennímu dorozumění se s blízkými |

**Tab. č. 4: Výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách (čtvrtletích) u paní Š.**

**Výtah z rozhovoru s rodinnými příslušníky klienta**:

Z rozhovoru s manželem klientky vyplynula spokojenost rodiny s průběhem terapie, zejména se zavedením alternativního komunikačního systému, který výrazně pozitivně ovlivnil dorozumívání se s klientkou. Další zlepšení vidí manžel klientky v jejím celkově lepším psychickém ladění, nepochybně způsobeném možností srozumitelně se vyjádřit a reagovat na položené otázky. Zlepšení terapie nepřinesla v mluvené řeči, klientka stále není schopna vyslovit celé jedno slovo. Posouzení smyslu další terapie přenechá na logopedovi, osobně se domnívá, že mluvit se paní již nenaučí, ale jistě existují další oblasti, které mohou být dále rozvíjeny – např. psaní, počítání, kde pokroky sice jsou, ale ne tolik výrazné jako u čtení.

➢ **Klientka paní H., narozena 1955**

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností na počátku výzkumného šetření (duben 2009):***

*Stanovená diagnóza:* globální afázie s dominancí narušení v řečové expresi.

*Spontánní projev* téměř absentuje, verbální komunikace tak velmi významně vázne, klientka perseveruje pouze jednu slabiku („ni“). Taková produkce se vyskytuje i při snaze o opakování nebo u pojmenování reálných předmětů a obrázků. Taktéž produkce automatických řad je nulová. Deficity se manifestují také v oblasti

*porozumění mluvené řeči*, kdy klientka reaguje jen na elementární výzvy. *Lexie a grafie* jsou rovněž výrazně narušeny, spontánní hlasité čtení absentuje, při tichém (globálním čtení) se daří přiřadit některé popisky k obrázkům, na pokyn vybere napsané slovo. Lépe se zdá být zachováno psaní, kdy klientka s dopomocí napíše své jméno, při spontánním psaní napíše alespoň některá písmena daného slova, přičemž přítomny jsou dále perseverace. Opis se obsahově daří, formálně je ale na nízké grafické úrovni, pamětné psaní selhává – klientka si správně zapamatuje jen jedno až dvě první písmena slova. V oblasti *kalkulie* se daří základní početní úkony, při dalších selhává. Celková *hybnost* vážně narušena na pravé polovině těla, paní používá při chůzi jednoruční chodítko, přítomna paréza pravé horní končetiny, jejíž hybnost se do vzniku mozkové léze zlepšila, přetrvává těžká paréza pravé dolní končetiny. Postižení hybnosti pravé ruky bohužel klientce nedovoluje psaní, proto se pokouší psát levou rukou, což výrazně ovlivňuje formální vzhled písma. Byla zahájena domácí intervence v dubnu 2009, jednou až dvakrát týdně po dobu 45 – 60 minut dle unavitelnosti klientky. Pro účely této práce budou popsány postupy intervence v rámci oblastí zaměření pro toto výzkumné šetření.

**Hodnocení sledovaných oblastí před započetím intervence:**

Sledované oblasti budou v případě paní H. popsány z hlediska dosaženého stupně grafomotorických a grafických schopností, žádné „měřitelné“ cvičení jsme nestanovili. V oblasti *grafomotoriky* chybí celková koordinace pohybů levé končetiny, což znemožňuje cílené pohyby při psaní. V oblasti *grafie* je nevyhovující jak formální – nerovnoměrnost tempa, nečitelnost a nepřiměřená velikost písma, tak obsahová stránka grafického projevu – spontánní psaní absentuje, při pamětném opisu písma paní H. napíše první písmeno, přítomny jsou grafické perseverace.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 1. čtvrtletí, tj. po 3 měsících od počátku logopedické intervence (červen 2009):***

- *rozvoj grafomotoriky*

**Popis postupu:**

U mnoha osob po cévních mozkových příhodách zůstává hybnost horních a dolních končetin více či méně omezena. U paní H. byla krátce po vzniku mozkové léze přítomna plegie pravé horní končetiny, což zcela znemožnilo psaní. Po cílené rehabilitaci přešlo postižení hybnosti pravé ruky v parézu těžšího stupně, nicméně psaní

nebylo stále možné realizovat. Proto jsme u paní H. přistoupili ke specifickému nácviku přechodu psaní na levou ruku, což vyžadovalo trénink grafomotorických dovedností (zejména jako přípravu na vlastní terapii agrafie). Taková cvičení bývají většinou sestavena tak, aby je mohl po potřebném zácviku klient realizovat i samostatně. Je předtím také nutné posoudit stávající stupeň úrovně grafomotoriky, na kterém bude terapie zahájena, a také uvážit typ písma – většinou s ohledem na čitelnost volíme nejprve hůlkové písmo. Důležitou součástí je i nácvik správného držení psacího náčiní v původně nedominantní ruce. Na počátku intervence jsme nejprve procvičovali celkovou hybnost levé končetiny (pohyby celé paže, pohyby předloktí a zápěstí, pohyby prstů) – ať už na papíře či „ve vzduchu"; dále jsme aplikovali cvičení na koordinaci pohybů a jejich zpřesňování (nejrůznější grafomotorická cvičení spočívající v obtahování, napodobování, spojování různých tvarů, bodů apod.). Tato cvičení lze samozřejmě realizovat v nepřeberných variantách a modifikacích, ukázka je uvedena v příloze č. 20 této práce.

➢ *aplikace terapeutických postupů při agrafii*

**Popis postupu:**

K aplikaci cílených terapeutických postupů při agrafii jsme z pochopitelných důvodů přistoupili teprve po realizaci grafomotorických cvičení, a to ve druhé fázi domácí intervence.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 1. čtvrtletí:**

V oblasti *grafomotoriky* jsme realizovali velké množství grafomotorických cvičení. Na konci této fáze se klientce daří adekvátně plnit cvičení na uvolnění ruky (např. obtahování velkých tvarů) a cvičení na koordinaci pohybů (obtahování různých tvarů různé velikosti, spojování bodů, kličkování mezi body, napodobování křivky apod.), ve cvičeních na zpřesňování pohybů jsou zatím výkony nevyrovnané. V oblasti *grafie* zatím na doporučení logopeda nerealizujeme konkrétní cvičení, pohybujeme se stále v oblasti grafomotoriky.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 2. čtvrtletí, tj. po 6 měsících od počátku logopedické intervence (září 2009):***

➢ *rozvoj grafomotoriky*

**Popis postupu:**

V oblasti grafomotoriky jsme dále realizovali taková cvičení, jejichž úkolem je zpřesňování grafického projevu, zrychlování jeho provedení a dodržení vymezeného prostoru a naznačené velikosti (např. obtahování předepsaných tvarů od jednoduchých ke složitějším, cílené spojování bodů různými tvary kličky apod.). Do oblasti grafomotorických cvičení jsme také zařadili psaní (opis) písmen abecedy, číslic a automatických forem dle předlohy (bez aktivizace sémantického systému).

**Popis postupu:**

- *aplikace terapeutických postupů při agrafii*

Teprve po zvládnutí výše uvedených základních grafomotorických cvičení a tedy po formálním nácviku psaní původně nedominantní končetinou jsme mohli přistoupit k vlastní terapii agrafie. Jako cílené terapeutické postupy při agrafii byla použita cvičení na psaní izolovaných písmen (s aktivizací sémantického systému – např. psaní prvních písmen ve slově dle jejich vyobrazení, psaní písmen na diktát apod.), opisy popisků po jejich přiřazení k obrázku klientem, psaní zpaměti (s aktivizací ortografického sytému z krátkodobé paměti – např. různé opisy slov podle dříve prezentovaného vzoru) aj. Ukázky takových postupů jsou uvedeny v příloze č. 21 této práce.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 2. čtvrtletí:**

Na konci této fáze intervence se v oblasti *grafomotoriky* klientce daří realizovat náročnější grafomotorická cvičení na zpřesňování pohybů při psaní, klientka opíše prvky hůlkového písma, písmena, číslice a některé automatické formy dle vzoru adekvátním způsobem. V oblasti *grafie* se daří vědomé opisy dle vzoru, samostatné psaní většiny izolovaných písmen a také pamětné psaní kratších slov dle předchozí prezentace vzoru.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností po 3. čtvrtletí, tj. po 9 měsících od počátku logopedické intervence (prosinec 2009):***

- *rozvoj grafomotoriky*

**Popis postupu:**

V oblasti rozvoje grafomotoriky jsme pracovali na cvičeních, jejichž obsahem byly opisy krátkých textů hůlkovým písmem (pro zlepšení formální podoby písma –

tvaru, velikosti, úhlednosti, tempa, dodržení liniatury apod.). Dále jsme započali psaní prvků psacího písma – zátrhy, oblouky, kličky aj. Pro upevňování nabytých grafomotorických dovedností byla nadále aplikována modifikovaná grafomotorická cvičení z počátku intervence.

➢ *aplikace terapeutických postupů při agrafii*

**Popis postupu:**

V oblasti grafie jsme realizovali postupy pro samostatné psaní některých slov procvičovaných i v rámci reedukace porozumění mluvené řeči, stimulace řečové produkce atp., a to proto, že tato slova byla používána frekventovaně a tedy klientkou více osvojena ve vizuálně-grafické podobě. Dále byly zařazeny postupy skládání a následné psaní slov a vět z izolovaných prvků, doplňování chybějících samohlásek či souhlásek, psaní víceslabičných slov po předchozí prezentaci zpaměti, dokončování rozepsaných slov, dopisování chybějících slov do textu s výběrem z nabídky apod. Některé ukázky těchto postupů jsou uvedeny v příloze č. 22 této práce.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 3. čtvrtletí:**

Na konci této fáze intervence se klientce v *grafomotorické* oblasti daří formálně adekvátní opisy předlohy hůlkovým písmem (přijatelný vzhled písma, čitelné), pokouší se o psaní prvků psacího písma v odpovídající velikosti. V oblasti *grafie* se daří samostatné psaní některých slov užívaných frekventovaně při logopedické intervenci, dokáže s oporou nabídky plnit taková cvičení, jež vyžadují písemné vyplnění.

***Stav komunikačních schopností a jiných dovedností v závěru výzkumného šetření, tj. po 12 měsících od počátku logopedické intervence (březen 2010):***

➢ *rozvoj grafomotoriky*

**Popis postupu:**

V oblasti grafomotoriky byla klientkou (již zcela samostatně v rámci domácího procvičování) realizována další grafomotorická cvičení – k práci je motivována mimo jiné i tím, že na cvičeních pracuje spolu s vnučkou předškolního věku, což pozitivně ovlivňuje její pocit „přínosu“ v rodině. Postupy jsou i nadále zaměřeny na zpřesňování grafického projevu, zlepšování a upevňování formální stránky projevu. Klientka také z vlastní iniciativy vypisuje školní písanky psacím písmem, to je ovšem stále poměrně kostrbaté a často bez předlohy nečitelné.

➢ *aplikace terapeutických postupů při agrafii*

**Popis postupu:**

V rámci aplikace terapeutických postupů při agrafii byla intervence zaměřena především na samostatnou iniciaci psaní (ilustrace postupu je uvedena v příloze č. 23 této práce). Pracováno bylo stále se stejným souborem slov, do budoucna je tento nutno rozšířit. Nadále pracujeme na psaní automatických forem – číselných řad, jména, adresy, podpisu apod., kde se spontánní psaní daří již velmi pěkně.

**Výstupní hodnocení sledovaných oblastí po 4. čtvrtletí – závěrečné:**

Na konci této fáze intervence se klientce daří koordinovaná a přesná realizace *grafomotorických* cvičení, přičemž formální stránka hůlkového písma je vcelku vyhovující (přetrvává pomalé tempo, nicméně písmo je velikostně vyvážené, čitelné), nadále probíhá nácvik psaní psacím písmem. V oblasti *grafie* klientka učinila velké pokroky zejména co se týká samostatné iniciace psaní plnovýznamových slov, která na počátku intervence zcela chyběla. Paní H. se daří psát většina slov a i některá slovní spojení, pokouší se dokonce písemnou formu zapojit při těžkostech v komunikaci se svým okolím.

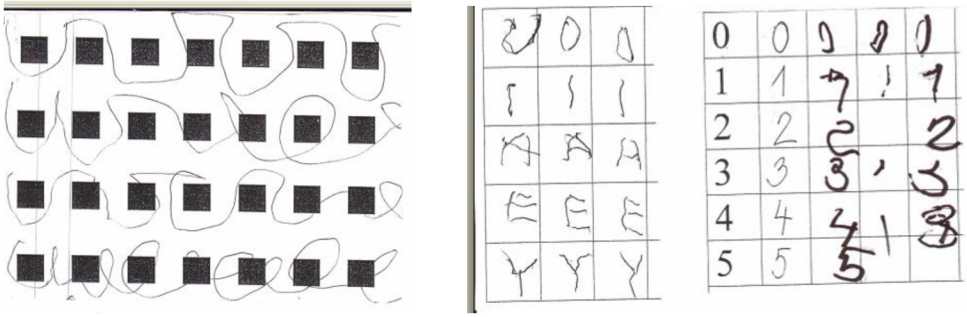
| **Klientka paní H.** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sledované oblasti:** | **Výkony v kontrolních cvičeních:** | | | | |
| | *Vstupní hodnocení:* | *Po 1. čtvrtletí:* | *Po 2. čtvrtletí:* | *Po 3. čtvrtletí:* | *Po 4. čtvrtletí – závěrečné:* |
| *grafomotorika* | chybí koordinace pohybů | daří se uvolňovací cviky a grafická cvičení na koordinaci pohybů při psaní, probíhá zpřesňování pohybů | další zpřesňování pohybů při psaní, nácvik psaní tvarů písmen, daří se psaní automatických forem | daří se opisy krátkých textů hůlkovým písmen, snahy o psaní prvků psacího písma | daří se koordinovaná a přesná realizace grafomotorických cvičení,vyhovující formální stránka hůlkového písma, probíhá nácvik psacího písma dle předlohy |
| *terapie agrafie* | formální i obsahová stránka grafického projevu nevyhovující | grafie na úrovni cvičení grafomotoriky | daří se opisy a samostatné psaní izolovaných písmen, pamětné psaní slov | daří se samostatné psaní některých procvičovaných slov, sestavení a napsání vět s nápovědou | daří se samostatné psaní slov a některých slovních spojení hůlkovým písmem |

**Tab. č. 5: Výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách (čtvrtletích) u paní H.**

**Ukázky výkonů paní H. v oblasti grafomotoriky a grafie v průběhu intervence:**

**a) ukázky z počátku intervence**

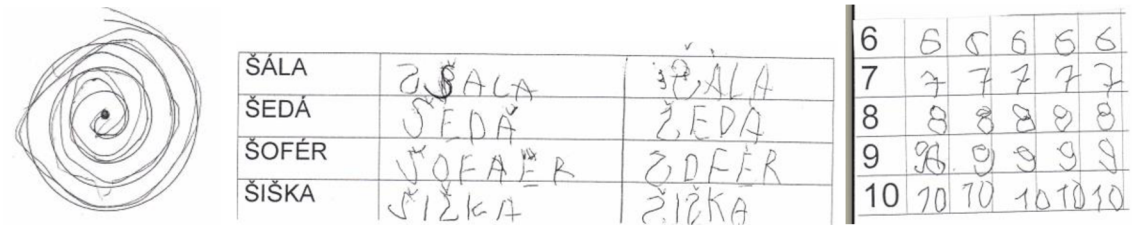
(grafomotorické cvičení – vlnovka mezi body, grafie – psaní samohlásek; psaní čísel)



**Obr. č. 3: Ukázky výkonu paní H. v oblasti grafomotoriky a grafie z počátku intervence**

**b) ukázky z průběhu intervence**

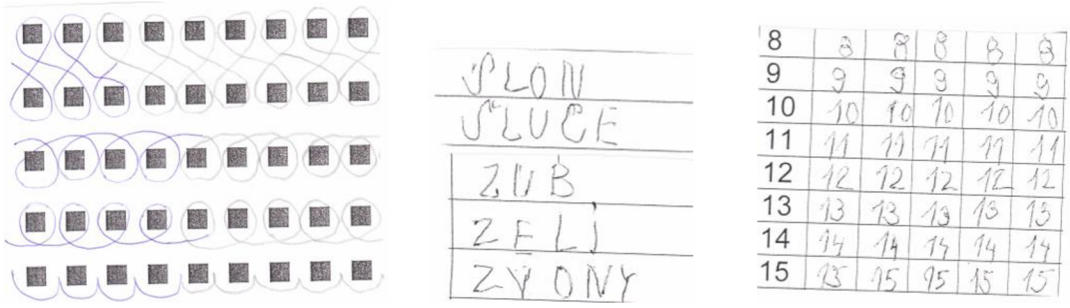
(grafomotorické cvičení – spirála, grafie – opis slov a jejich psaní zpaměti; psaní čísel)




**Obr. č. 4: Ukázky výkonu paní H. v oblasti grafomotoriky a grafie z průběhu intervence**

**c) ukázky ze závěru intervence**

(grafomotorické cvičení – kličky mezi body, grafie – samostatný popis obrázků; psaní čísel)




**Obr. č. 5: Ukázky výkonu paní H. v oblasti grafomotoriky a grafie ze závěru intervence**

**Výtah z rozhovoru s rodinnými příslušníky klienta**:

Z rozhovoru s rodinnými příslušníky klientky (dcerou a synem, kteří žijí s klientkou ve společné domácnosti) vyplynulo, že celkově jsou se stále probíhající terapií spokojeni. Zlepšení v komunikačních schopnostech se prý prakticky projevilo zhruba 3 měsíce po počátku terapie, kdy si začali více všímat komunikačních snah své matky, kterým porozuměli. To, že se mohli lépe dorozumět, výrazně ovlivnilo občas napjatou atmosféru v rodině. Nyní navíc s potěšením zjišťují, že se maminka uklidnila po psychické stránce a k záchvatům lítosti a pláče dochází již jen sporadicky. Zlepšení dle jejich názoru přinesla terapie také v oblasti čtení a psaní, klientka je svými úspěchy motivována i k jiným činnostem než sledování televize. Dle slov dcery se na počátku terapie domnívali, že se jejich maminka „naučí“ mluvit po několika sezeních, nyní si teprve uvědomují, jaký kus práce stojí za pokroky maminky (pozn.: rodina se klientce velmi věnovala a významně se podílela na intervenčním procesu). Jsou motivováni k dalšímu pokračování terapie, očekávají další zlepšení ve všech oblastech, nejvíce vítají pokroky v produkci mluvené řeči.

## *4.5 Závěry výzkumného šetření a návrhy pro praxi*

**Výzkumné šetření** bylo realizováno na základě techniky aktivního pozorování, analýzy výsledků činnosti, analýzy dokumentů zdravotnických zařízení a další lékařské dokumentace a řízeného rozhovoru s rodinnými příslušníky klientů o jejich subjektivním hodnocení průběhu a přínosu realizované logopedické péče v domácím prostředí. Výzkumný vzorek tvořili čtyři klienti Soukromé kliniky LOGO, s.r.o. a Občanského sdružení LOGO, u nichž byl logopedem diagnostikován některý z typů afázie a následně sestaven terapeutický plán pro domácí intervenci. Pro charakteristiku výzkumného vzorku byla využita metoda kazuistiky pro zpracování anamnestických dat a dalších údajů. Dále byly vypracovány materiály, které mohou být využity v logopedické intervenci u osob s afázií (ukázky těchto materiálů jsou součástí příloh této práce). Výzkumné šetření probíhalo v rodinném prostředí klientů, v jednom případě v pobytovém zařízení pro seniory (domově pro seniory), a to v období od dubna 2009 do března 2010.

**Klientka paní J., narozena 1933, dg. Brocova afázie**

➢ ***stav komunikačních schopností na počátku intervence:***

První sledovanou osobou byla paní J., u které byla logopedem diagnostikována *nonfluentní Brocova afázie lehčího stupně*. Nejnápadnějším symptomem je narušení expresivní složky řeči – řeč byla nonfluentní, těžkopádná, namáhavě tvořená, ale s jasným komunikačním záměrem. Verbální produkce byla navíc poznamenána značnými perseveracemi a častými parafráziemi, kdy klientka tvořila pouze simplexní gramatické struktury s četnými dysgramatismy. Porozumění se nejevilo výrazně narušené, při opakování a pojmenování se negativně projevovalo ulpívání na předešlé výpovědi.

➢ ***sledované oblasti zaměření logopedické intervence pro potřeby šetření:***

Pro účely výzkumného šetření byly v případě paní J. v logopedické intervenci vybrány a sledovány oblasti *stimulace produkce řeči na úrovni slov a vět* a *odstraňování dysgramatismů v mluveném projevu*.

➢ ***průběh logopedické intervence v domácím prostředí a její výsledky:***

Terapeutická sezení byla realizována v domácím prostředí (domově pro seniory) jednou týdně. Po krátkém období *stimulace řeči na úrovni slov*, které bylo pro klientku demotivující kvůli subjektivnímu nespatřování potíží v této oblasti, jsme se věnovali *stimulaci verbální produkce na úrovni vět*. K tomuto byly využity postupy pro tvoření jednoduchých vět se simplexní gramatickou strukturou, poté věty rozvité, které umožňují velkou variabilitu modifikací. Současně se stimulací produkce řeči na úrovni vět se na základě práce s psanými texty přirozeně začalo zlepšovat užívání správných gramatických tvarů, proto jsme přistoupili ke konkrétním cvičením pro *odstraňování dysgramatismů* nejrůznějších mluvnických kategorií. Prací na těchto materiálech se zase opětovně stimulovala přirozená *verbální produkce*. Podrobněji je průběh intervence popsán v podkapitole 1.4, kde je také v tabulce č. 2 uvedeno výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách intervence.

➢ ***prezentace materiálů pro terapii afázie:***

Ukázky postupů využitých v logopedické intervenci u paní J. jsou prezentovány *v příloze č. 7 – 11 této práce*. Jedná se o postupy pro stimulaci řeči na úrovni slov a vět a postupy pro reedukaci dysgramatismů v mluveném projevu.

➢ ***analýza hodnocení logopedické intervence z pohledu rodinných příslušníků:***

V případě paní J. proběhl rozhovor s pracovníky pobytového zařízení, kde klientka žije. Ti potvrzují celkové zlepšení vyjadřování, které vede ke smysluplné komunikaci s klientkou, k lepšímu získání odpovědí na položené otázky, a také k opětovnému zapojení klientky do společenských aktivit domova. Podrobnější analýzu rozhovoru lze nalézt v podkapitole 1.4 této práce.

➢ ***návrhy dalších opatření v případě paní J.:***

Návrhem dalších opatření v případě paní J. je nejprve *provedení kontrolního diagnostického vyšetření* pro posouzení změn v klinickém obrazu, neboť Brocova afázie často v průběhu vývoje přechází do jiných typů, např. transkortikální, kondukční nebo anomické. Na základě tohoto vyšetření bude u klientky nadále probíhat *logopedická péče* (pravděpodobně s dominantním zaměřením na oblast nominace – redukce anomických pauz a reedukace pojmenování), neboť je její přínos dle hodnocení pracovníků tamního domova pro seniory velmi pozitivní.

**Klient pan C., narozen 1946, dg. Wernickeho afázie**

➢ ***stav komunikačních schopností na počátku intervence:***

Druhou sledovanou osobou byl pan C., u něhož byla stanovena diagnóza *Wernickeho afázie středně těžkého stupně*. Tato se projevuje dominantním narušením porozumění mluvené řeči, dále poruchou opakování a pojmenování. Spontánní řeč pana C. byla fluentní, ovšem s četnými neologismy a parafáziemi, tempo řeči zrychlené, místy až logorhea, což činilo řeč nesrozumitelnou a obsahově prázdnou.

➢ ***sledované oblasti zaměření logopedické intervence pro potřeby šetření:***

Pro účely výzkumného šetření byly v logopedické intervenci v případě pana C. sledovány *oblasti rozvoje porozumění*, *stimulace nominativní funkce řeči* a *rozvoj slovně-pojmové slovní zásoby.*

➢ ***průběh logopedické intervence v domácím prostředí a její výsledky:***

Terapeutická sezení se uskutečňovala v domácím prostředí jednou až dvakrát týdně. Již po několika sezeních se projevilo zlepšení v *porozumění větám*, klient je identifikoval dle sluchového vjemu a přiřadil jejich písemnou podobu k obsahovému vyobrazení. S pokračováním intervence se zlepšovalo i *porozumění na úrovni slov*. Tyto pokroky se brzy pozitivně projevily i v *produkci řeči*, přičemž tato byla dále stimulována rozvojem *nominativní funkce řeči* přes sémantický podklad až na

fonémickou úroveň, a i rozvojem *slovně-pojmové slovní zásoby*. Pan C. se celkově zklidnil, neboť mu již okolí častěji porozumělo a nedocházelo ke stresovým situacím; ke cvičení byl silně motivován (mimo jiné i zjištěním, že mu zůstala zachována schopnost hry na piáno a jeho zpěvní projev se s postupem intervence nadále zlepšoval). Velmi pozitivní vývoj intervence (také dle hodnocení partnerky klienta) však byl přerušen po 10 měsících výrazným zhoršením zdravotního stavu pana C. a ukončen jeho následnou smrtí. Podrobněji je průběh intervence popsán v podkapitole 1.4, kde je také v tabulce č. 3 uvedeno výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách intervence.

➢ ***prezentace materiálů pro terapii afázie:***

Ukázky postupů využitých v logopedické intervenci u pana C. jsou prezentovány *v příloze č. 12 – 16 této práce*. Jedná se o postupy pro obnovování porozumění mluvené řeči na úrovni slov a vět a o postupy pro stimulaci nominativní funkce řeči.

➢ ***analýza hodnocení logopedické intervence z pohledu rodinných příslušníků:***

Z důvodu úmrtí pana C. již nebyl rozhovor s jeho rodinnými příslušníky v závěru šetření realizován.

➢ ***návrhy dalších opatření v případě pana C.:***

Z důvodu úmrtí pana C. nenavrhujeme další opatření.

**Klientka paní Š., narozena 1942, dg. globální afázie**

➢ ***stav komunikačních schopností na počátku intervence:***

Třetí sledovanou osobou byla paní Š. s *globální afázií*, u které byla započata systematická péče teprve 2 a půl roku po vzniku postižení, tedy v chronickém stadiu onemocnění. Globální afázie je velmi zavážným narušením komunikačních schopností. Spontánní produkce klientky je minimální – klientka není schopna slovně sdělit jakoukoli obsahovou informaci, užívá jen prvky nonverbální komunikace, slovní produkce je omezena na opakování slabik (dochocho, no, dodo) ve stereotypních spojeních. Porozumění na úrovni vět bylo částečně zachováno – nejlépe v oblasti frekventovaných jednoduchých vět, instrukcí a frází, jinak ale celkově narušeno.

➢ ***sledované oblasti zaměření logopedické intervence pro potřeby šetření:***

Pro účely výzkumného šetření byly v logopedické intervenci v případě paní Š. sledovány oblasti *zavedení alternativního komunikačního systému* a *aplikace terapeutických postupů při alexii.*

➢ ***průběh logopedické intervence v domácím prostředí a její výsledky:***

Po roce a půl realizované systematické terapie jak v domácím prostředí, tak individuálně při sezeních s logopedem, není efekt terapie v oblasti *produkce* výrazně pozitivní (daří se jen vědomá izolovaná realizace vokálů a, o, u a bilabiálních hlásek p, m). Bylo proto přistoupeno k zavedení *alternativního komunikačního systému* (první sledovaná oblast) založeného na užívání názorných vyobrazení s textovým popisem, což významně přispělo ke zlepšení dorozumívání mezi klientkou a jejími blízkými. Druhou sledovanou oblastí pro realizované výzkumné šetření byla aplikace *terapeutických postupů při alexii*. Jejich cílem bylo zlepšení relativně zachovaného *globálního čtení na úrovni vět* pro účely efektivnějšího využívání volného času klientky (četba, luštění hádanek, jednoduchých křížovek). Postupy byly aplikovány sestupně, tj. od globálního čtení na úrovni vět a následně slov k *analyticko-syntetickému čtení* na úrovni slabik a písmen. Domácí intervence probíhala jednou až dvakrát týdně od dubna 2009 do března 2010, v současné době nadále probíhá. Podrobněji je průběh intervence popsán v podkapitole 1.4, kde je také v tabulce č. 4 uvedeno výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách intervence.

➢ ***prezentace materiálů pro terapii afázie:***

Ukázky postupů využitých v logopedické intervenci u paní Š. jsou prezentovány *v příloze č. 17 – 19 této práce*. Jedná se o terapeutické postupy použitelné při terapii alexie.

➢ ***analýza hodnocení logopedické intervence z pohledu rodinných příslušníků:***

Z rozhovoru s manželem klientky vyplynula celková spokojenost s průběhem terapie, zejména se zavedením alternativního komunikačního sytému, který výrazně pozitivně ovlivnil dorozumívání se s klientkou. Podrobnější analýzu rozhovoru lze nalézt v podkapitole 1.4 této práce.

➢ ***návrhy dalších opatření v případě paní Š.:***

Návrhem dalších opatření v terapii u klientky paní Š. je nejprve provedení *kontrolního diagnostického vyšetření* pro posouzení změn v klinickém obrazu, neboť globální afázie často v průběhu vývoje přechází do jiných typů, např. motorické Brocovy afázie. Tomu nasvědčuje zejména rozvoj oblasti porozumění verbálnímu projevu u klientky, které se již nezdá být těžce narušeno. Na základě tohoto vyšetření bude u klientky nadále probíhat *logopedická péče* dle doporučení logopeda.

**Klientka paní H., narozena 1955, dg. globální afázie**

➢ ***stav komunikačních schopností na počátku intervence:***

Poslední sledovanou osobu byla paní H., u které byla započata systematická logopedická péče pět měsíců po vzniku mozkové léze. U paní H. byla diagnostikována *globální afázie*, spontánní projev absentoval, paní perseverovala pouze jednu slabiku. Nedařilo se jí ani opakování automatických forem. V oblasti porozumění paní rozuměla jednoduchým pokynům, u složitějších porozumění vázlo. Výrazně byla také narušena oblast lexie a grafie – ta navíc byla výrazně negativně ovlivněna parézou pravé končetiny a tedy nutností přeučení psaní na levou ruku (do počátku terapie paní psát vůbec nezkoušela).

➢ ***sledované oblasti zaměření logopedické intervence pro potřeby šetření:***

Pro účely výzkumného šetření byly v logopedické intervenci v případě paní H. sledovány oblasti *obnovování grafomotoriky* a *aplikace terapeutických postupů při agrafii.*

➢ ***průběh logopedické intervence v domácím prostředí a její výsledky:***

Na doporučení logopeda byla zahájena terapie jednou až dvakrát týdně v domácím prostředí, současně paní H. jednou za 14 dní docházela na individuální logopedické sezení ke klinickému logopedovi. Nejprůkaznějším efektem realizované terapie je stávající snaha klientky o *využití písma* při těžkostech ve slovní produkci (nadále trvá výrazná nonfluence). Daří se *samostatná iniciace psaní* plnovýznamových slov, která jsou čitelná a po formální stránce adekvátně graficky provedená. To považuji za výstupní efekt realizovaných *grafomotorických cvičení* zaměřených na postupné uvolnění původně nedominantní končetiny, koordinaci grafického pohybu a jeho další cílené zpřesňování. Podrobněji je průběh intervence popsán v podkapitole 1.4, kde je také v tabulce č. 5 uvedeno výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách intervence.

➢ ***prezentace materiálů pro terapii afázie:***

Ukázky postupů využitých v logopedické intervenci u paní H. jsou prezentovány *v příloze č. 20 – 23 této práce*. Jedná se o terapeutické postupy využitelné při rozvoji grafomotoriky a terapii agrafie.

➢ ***analýza hodnocení logopedické intervence z pohledu rodinných příslušníků:***

Z rozhovoru s rodinnými příslušníky vyplynula celková spokojenost s dosud probíhající terapií. Zlepšení rodina vidí ve snahách klientky komunikovat s použitím

písma, oceňují především její psychické zklidnění přicházející s pokroky v terapii. Podrobnější analýzu rozhovoru lze nalézt v podkapitole 1.4 této práce.

➢ ***návrhy dalších opatření v případě paní H.:***

Návrhem dalšího opatření u klientky je *opětovné provedení diagnostiky* s cílem *posouzení změn v klinickém obraze* a pokračování v *poskytování systematické logopedické péče* dle nových doporučení logopeda. Z hlediska sledovaných oblastí bude vhodné nadále pokračovat ve stávajících postupech při terapii agrafie – rozvoj psaní psacím písmem a trénink spontánní iniciace psaní jako odpovědi na otázku pro další využití v běžné komunikaci.

Na základě realizovaného výzkumného šetření můžeme shrnout, že domácí logopedická intervence představuje plnohodnotnou složku komplexní péče o klienta s afázií. Jedná se o poskytování logopedické péče v domácím prostředí, které probíhá na podkladě logopedického vyšetření (klinickým) logopedem a v souladu s jím vypracovaným individuálním terapeutickým plánem. **Logopedická intervence realizovaná v domácím prostředí** umožnila poskytování potřebné logopedické péče těm klientům s afázií, kteří pro své závažné postižení hybnosti nemohou navštěvovat logopeda ambulantně. U sledovaných osob bylo ve vytyčených oblastech sledováno výrazné zlepšení, celkově došlo k žádoucímu rozvoji komunikačních schopností klientů. Byl tedy potvrzen pozitivní přínos domácí intervence pro klienty s afázií.

Realizované výzkumné šetření podložené analýzou odborné literatury nám dovoluje stanovit některé **obecné návrhy pro praxi** v případě sledovaných typů afázie, tj. Brocovy, Wernickeho a globální. Samozřejmě je však vždy nutné vycházet z individuálního klinického obrazu každého konkrétního klienta s afázií.

**Návrhy pro praxi v případě dg. Brocova afázie**

Na základě realizovaného výzkumného šetření můžeme potvrdit, že při terapii Brocovy afázie spočívá těžiště logopedické intervence v *terapii produkce slov*. Výběr postupu závisí na aktuálních schopnostech osoby s afázií (v našem případě jsem využili relativně dobře zachovanou schopnost číst a psát). Dále je třeba *vycházet z diagnostiky expresivní složky řeči* a započít tedy terapii na úrovni slov nebo vět. Při terapii *produkce řeči na úrovni slov* doporučujeme, aby počet procvičovaných slov nebyl v jednom sezení příliš velký (max. 10 slov), neboť postup je efektivnější při procvičování

a opakování menšího počtu slov než při jednorázovém procvičování několika desítek slov během jednoho sezení. Stejně tak postupujeme k dalším slovům teprve poté, co afatikovi již nečiní potíže produkce aktuálně procvičovaných slov. Tato nacvičená izolovaná slova se dále snažíme zapojovat do kontextu v rámci dalších postupů. Stimulace *produkce řeči na úrovni vět* může rovněž probíhat na několika úrovních, kdy afatik nejprve tvoří věty a odpovídá na otázky větami s jednoduchou syntaktickou strukturou podmět-přísudek, poté pomocí otázek větu rozvíjí. Využíváme přitom nejrůznějších dějových obrázků, a dbáme na to, aby afatik nepoužíval jen izolovaná slova, ale snažil se vyjadřovat např. i o vztazích mezi jeho prvky. Současně s postupy pro stimulaci verbální produkce je třeba zaměřit pozornost i na *reedukaci narušené morfologicko-syntaktické stránky projevu* (agramatismů, parafrázií apod.), *stimulaci nominativní funkce řeči* či *schopnost opakování*. Ukázky možných postupů logopedické intervence u osoby s Brocovou afázií jsou ***prezentovány v příloze č. 7 – 11 této práce***.

**Návrhy pro praxi v případě dg. Wernickeho afázie**

Výzkumné šetření potvrdilo, že primárním úkolem terapie Wernickeho afázie je rozvoj dominantně narušeného *porozumění mluvené řeči*, přičemž vycházet lze z oblastí které zůstaly méně narušeny (v našem případě to byla částečně zachovaná schopnost přiřazování psaného textu k vyobrazení). Deficity v oblasti porozumění mohou být různé – od neschopnosti správně diferencovat fonémy (tedy rozlišit podobná či odlišná slova) po deficity v oblasti významu slov, z toho důvodu je nezbytná *přesná diagnostika* obtíží u konkrétních osob s afázií. Vhodné je *použití více postupů* a podle charakteru deficitu akcentovat taková cvičení, která jsou pro dané narušení specifická. Zlepšení v oblasti porozumění se brzy projeví i v *řečové produkci afatika*, ovšem terapie musí být dále více či méně cíleně zaměřena na *snížení výskytu neologismů a parafázií* (žargonových, sémantických i fonémických), na *upravení tempa řeči*, rozvoj *nominativní funkce řeči* či rozvoj *slovně-pojmové zásoby* pro její snazší využívání v každodenní komunikaci. Ukázky možných postupů logopedické intervence u osoby s Wernickeho afázií jsou ***prezentovány v příloze č. 12 – 16 této práce***.

**Návrhy pro praxi v případě dg. globální afázie**

Výzkumné šetření prokázalo, že vzhledem k závažnosti klinického obrazu je terapie globální afázie náročným a složitým procesem**.** Diagnóza s sebou přináší těžké narušení *produkce mluvené řeči*, která mnohdy u těchto lidí absentuje a tak je jim

zcela znemožněna komunikace s okolím; dále těžké narušení *porozumění*, které se může s postupem terapie více či méně zmírňovat (zřejmě i spontánně); a v neposlední řadě i těžké narušení *hybnosti*, které tak osobu s globální afázií prakticky společensky izoluje. Navzdory systematické logopedické intervenci u mnohých klientů s globální afázií zůstává spontánní řečová produkce nadále velmi omezená, což činí dorozumění s rodinnými příslušníky problematickým. Z toho důvodu může být u těchto klientů přistoupeno k *alternativnímu způsobu komunikace*, který může zefektivnit život klienta i jeho blízkých. Ze stejného důvodu má své důležité místo i terapie alexie. *Terapeutické postupy při alexii* je vždy třeba stavět na zachovaných schopnostech klienta zjištěných při diagnostice, přičemž je důležité si uvědomit, že čtení izolovaných slov a písmen je pro některé osoby s afázií náročnější než čtení uceleného textu, kde se mohou opřít o kontext. Proto je nutné zvážit individuální postup práce. U klientů s globální afázií musíme mít také na paměti, že tiché čtení s porozuměním má pro život klienta větší přínos než hlasité čtení izolovaných slabik. Ukázky těchto postupů logopedické intervence u osoby s globální afázií jsou ***prezentovány v příloze č. 17 – 19 této práce***.

Výzkumné šetření nám dále potvrdilo, že u osob s globální afázií, tj. velmi těžkým získaným narušením komunikační schopnosti, je výrazně postižena *hybnost* – často je přítomna hemiparéza nebo až hemiplegie (většinou s akcentací na horní končetině), čímž je omezena až znemožněna *schopnost psát*. Kromě tohoto centrálního mechanismu je narušena i schopnost používat původně dominantní končetinu ke psaní či kreslení. Většina afatiků s pravostrannou hemiparézou je proto nucena při psaní používat druhou – levou – ruku. Tento přechod není automatický a vyžaduje *specifický nácvik*, což spadá do kompetence logopeda, který s afatikem pracuje. Většina takových postupů zaměřených na *rozvoj grafomotoriky* i samotné *grafie* se obvykle navrhuje tak, aby na jejich realizaci mohl afatik pracovat samostatně, příp. s rodinnou, přičemž úkolem terapeuta je průběžně hodnotit efektivitu postupů a udělat případné změny. Nácvik také zahájíme teprve tehdy, až je klient již schopen držet *psací náčiní*, i když jen s dopomocí pomůcek proti vyklouznutí. Samotnou terapii je přitom nutné započít na té úrovni, kterou afatik zvládá, a dále *postupovat k náročnějším úlohám*. Zadáváme *přiměřené množství* samostatné práce a snažíme se, aby jednou úlohou bylo stimulováno nepřímo *více oblastí* (psaní např. spolu se čtením, mestickými či kognitivními funkcemi, zrakovým vnímáním apod.). Ukázky dalších možných postupů logopedické intervence u osoby s globální afázií jsou ***prezentovány v příloze č. 20 – 23 této práce***.

# Závěr

Afázie je získané organické narušení komunikační schopnosti, které vzniká na základě ložiskového poškození mozku – nejčastěji kortikálních oblastí dominantní hemisféry. Afázie představuje centrální poruchu řeči, jedná se o vyšší kortikální poruchu – poruchu fatických funkcí. Do souboru vyšších kortikálních poruch řadíme také jiné poruchy, které bývají označovány jako přidružené centrální poruchy (alexie, agrafie, agnozie a apraxie).

Mezi nejčastější příčiny afázie patří cévní mozkové příhody, dále úrazy a poranění mozku, nádorová, zánětlivá a degenerativní onemocnění mozku, intoxikace centrální nervové soustavy.

Afázie je takovým narušením komunikační schopnosti, které zasahuje všechny modality řeči – expresivní i receptivní, mluvenou i psanou; a také jsou v různé míře postiženy všechny jazykové roviny. K základním symptomům afázie řadíme poruchy řečové fluence, poruchy porozumění řeči, poruchy pojmenování, poruchy opakování, výskyt parafázií, agramatismů, echolálií, řečových automatismů a perseverací. Tyto příznaky se projevují v různém množství, kvalitě a kombinaci.

Z hlediska klasifikace afázií je v současné světové afaziologii nejužívanější dichotomické dělení afázií na fluentní a nonfluetní typ a v jeho rámci dále na subtypy podle tzv. Bostonské klasifikace. Fluentní (percepční, receptivní, senzorické) typy afázie jsou zastoupeny Wernickeho, konduktivní, amnestickou a transkortikální senzorickou afázií; nonfluentní (expresivní, motorické) typy představují Brocova, transkortikální motorická, transkortikální smíšená a globální afázie.

Diagnostika je považována za nejpropracovanější oblast afaziologie, mohou při ní být využity nejrůznější neuropsychologické, psychologické, lingvistické a logopedické vyšetřovací postupy. Podrobná diagnostika je podmínkou zacílení rehabilitačního postupu na projevy konkrétních komunikačních obtíží u daného jedince.

Cílem terapie afázie je maximalizace komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života člověka s afázií. V současné afaziologii existují dva dominantní terapeutické směry – přístup kognitivně-neropsychologický zaměřený na analýzu konkrétního deficitu a následné obnovování jazykových procesů a přístup pragmatický, jehož cílem je zlepšení funkční komunikace pro brzké opětovné zařazení afatika do společnosti.

Analýza odborné literatury a následné realizované šetření ukázalo, že prvotní podmínkou úspěšnosti péče je včasný a neodkladný počátek terapeutického procesu, což umožňuje maximalizaci dynamiky obnovování porušených funkcí. Již v akutní a raně subakutní fázi onemocnění je důležité vytvoření komunikačně podnětného prostředí s častými stimuly, přiměřenými aktuálním potížím a míře unavitelnosti osoby s afázií. Po stabilizování zdravotního stavu je třeba realizovat počátek dlouhodobého procesu reedukace řeči. Logopedická terapie v chronickém stadiu onemocnění může být realizována individuální nebo skupinovou formou. Zejména u osob s těžkými typy afázie a současným závažným narušením celkové hybnosti, které zcela znemožňuje ambulantní návštěvy logopeda, nachází své uplatnění i individuální logopedická intervence realizovaná v domácím prostředí osoby s afázií. Pro efektivní logopedickou péči je třeba využít obnovovací postupy a především pomůcky s přiměřeným motivujícím obsahem, který je nutné přizpůsobit dospělé osobě, a který musí stavět na principech každodenně využitelné funkční komunikace. Zacílení terapeutických postupů musí odpovídat typu a stupni narušení u konkrétní osoby, nezbytná je tedy tvorba individuálního terapeutického plánu u každého jedince s afázií. Neméně důležitou součástí procesu terapie je samostatná práce afatika a spolupráce rodiny. Velký význam má tedy i kvalitní sociální zázemí osoby s afázií v chronickém stadiu onemocnění.

Realizované výzkumné šetření má formu kvalitativního výzkumu, procedura byla monografická. Pro výzkumné šetření byla použita metoda kazuistiky pro zpracování anamnestických dat a dalších údajů, dále techniky aktivního pozorování, analýzy výsledků činnosti, analýzy dokumentů zdravotnických zařízení a řízený rozhovor s rodinnými příslušníky klientů.

Na základě realizovaného výzkumného šetření byl popsán průběh logopedické intervence v domácím prostředí a její výsledky u čtyř klientů s afázií, byly zpracovány kazuistiky těchto klientů a na jejich podkladě byly vybrány oblasti zaměření logopedické intervence pro potřeby výzkumného šetření. Současně s popisem vlastního šetření byly prezentovány materiály, které mohou být využity v terapii afázie. Rodinnými příslušníky klientů byl zhodnocen jejich pohled na průběh a výsledky realizované logopedické péče v domácím prostředí. Byly stanoveny závěry výzkumného šetření u jednotlivých klientů i v obecných rovinách u jednotlivých sledovaných typů afázie a navrženy postupy pro praxi. Realizované výzkumné šetření nám umožnilo analyzovat a popsat postupy terapie afázie aplikované v domácí intervenci. Cíle práce byly splněny.

# Shrnutí

Moje diplomová práce „Postupy logopedické intervence aplikované u klientů s afázií“ se zabývá terapií získaného narušení komunikační schopnosti – afázie. Teoretická část práce nejprve vymezuje etiologii, symptomatologii, klasifikaci a diagnostiku afázie. Poté je pozornost zaměřena na terapii afázie – její základní aspekty, terapeutické směry a zásady terapeutického přístupu u afázie. Dále se zabývám přidruženými poruchami vyšších kortikálních funkcí – diagnostikou a terapií alexie, agrafie, agnozie a apraxie. V rámci výzkumného šetření jsem se zaměřila na analýzu a popis postupů terapie afázie aplikovaných v domácí intervenci, a to z hlediska oblastí zaměření stanovených pro potřeby výzkumného šetření. Součástí práce je prezentace materiálů, které mohou být využity v terapii afázie. Tyto jsou navrženy především jako ilustrace možného postupu a mohou být předlohou pro další modifikaci a užití v logopedické praxi. Pro praktickou část práce byla využita metoda kazuistiky a techniky aktivního pozorování, analýzy dokumentů, analýzy výsledků činnosti a řízený rozhovor s rodinnými příslušníky osob s afázií.

# Summary

My diploma theses “Speech Therapy Intervention Methods Applied to Clients with Aphasia” deals with therapy of acquired communication disorder – aphasia. The theoretic part first defines the etiology, symptomatology, classification and diagnostics of aphasia. Then I pay attention to the aphasia therapy process – its primary aspects, therapeutic ways and principles of therapeutic approach. Then I am engaged in associated disorders of higher cortical functions – diagnostics and therapy of alexia, agraphia, apraxia and agnosia. Within the research project I focused on the analysis and description of speech therapy intervention methods applied to clients with aphasia in their home environment with the view of the supervised areas for research purposes. Presentation of possible therapeutic materials is a part of my thesis. These materials can by modified and used in the speech therapy work experience. The research is based on the case reports method and on the techniques of active observation, documents analysis, activity products analysis and interview with relatives of clients with aphasia.

# Seznam použitých zdrojů

**Seznam literatury:**

CSÉFALVAY, Z. Diagnostika afázie. In LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5

CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1

CSÉFALVAY, Z. Terapie afázie. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

CSÉFALVAY, Z., KOŠŤÁLOVÁ, M., KLIMEŠOVÁ, M. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie (manuál).* Praha: AKL ČR, 2002. ISBN 80-903312-0-3

CVETKOVOVÁ, L. S. Neuropsychologická rehabilitácia. In KONDÁŠ, O. a kol. *Psychoterapia a reedukácia.* Martin: Osveta, 1985. ISBN 80-217-0014-9

ČECHÁČKOVÁ, M. *Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí - afázií.* Olomouc: FN, 1998.

ČECHÁČKOVÁ, M. Získané organické poruchy řečové komunikace. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80–7178–546–6

HEROUTOVÁ, M. Terapie afázie v širším kontextu. In KLENKOVÁ, J. a kol. *Terapie v logopedii.* Brno: MU, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Cvičte si svůj mozek: pracovní karty pro pacienty s kognitivní poruchou I., II., III.* Praha: ČALS, 2009.

HRNČIAROVÁ, A., CSÉFALVAY, Z. Afázia. In LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitórium.* Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9

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

KLENKOVÁ, J. *Logopedie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9

KLENKOVÁ, J. Logopedie. In PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0

KONŮPKOVÁ, Z. a kol. *Pracovní listy pro reedukaci afázie.* Praha: OS Klub afázie, 2009.

KOŠŤÁLOVÁ, M. Vysoce automatizované formy řeči: možnosti jejich využití v intervenci neurogenních poruch řeči. In CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1

KULIŠŤÁK, P. a kol. *Afázie.* Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5

LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitórium.* Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

LOVE, R., WEBB, W. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9

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

MARKOVÁ, J. Neurolingvistické přístupy k terapii afázie na úrovni vět. In CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1

MIKEŠOVÁ, V. Diagnostika a terapie afázií v koncepci Lurijovy neuropsychologické školy. In NEUBAUER, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4

MIMROVÁ, M. *Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie.* Praha: Triton, 1998. ISBN 80-85875-81-0

NEUBAUER, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4

NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob.* Praha: AKLČR, 1997.

POKORNÁ, V. a kol. *Šimonovy pracovní listy 9: Grafomotorika a kreslení.* Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-279-9

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník.* Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8

PUMPRLA, J. *F, V – soubor obrázků k hláskám.* Zábřeh: LOGOS – RP, 2009.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80–7178–546–6

TRUHLÁŘOVÁ, M. *Obrázkový slovník pro afatiky.* 5. vyd. Praha: Avicenum, 1984.

WAGNEROVÁ, J. a kol. *Učíme se číst: pracovní sešit k 1. dílu učebnice.* Praha: SPN, 2002. ISBN 80-7235-196-6

WHO, kolektiv autorů. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky.* Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3

**Seznam internetových zdrojů:**

*Nakase-Thompson, R. (2004). The Mississippis Aphasia Screening Test* [online]. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury [accessed February 28, 2010]. Available on World Wide Web: <http://www.tbims.org/combi/mast>

*Screening afázie: MASTcz* [online]. FN Bohunice, Brno, [cit. 2010-03-01]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.fnbrno.cz/Article.asp?nDepartmentID=1355&nArticleID=2298&nLanguageID=1>

# Seznam obrázků a tabulek

**Seznam obrázků:**

Obr. č. 1: Nejčastější jazykové deficity vznikající v důsledku léze mozku (Cséfalvay, 2007, s. 17)

Obr. č. 2: Akcenty komplexní logopedické terapie v čase (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, s. 43)

Obr. č. 3: Ukázky výkonu paní H. v oblasti grafomotoriky a grafie z počátku intervence

Obr. č. 4: Ukázky výkonu paní H. v oblasti grafomotoriky a grafie z průběhu intervence

Obr. č. 5: Ukázky výkonu paní H. v oblasti grafomotoriky a grafie ze závěru intervence

Obr. č. 6: Kognitivně-neuropsychologický model jazykových procesů (upraveno podle Leaderové a Perkinsové, 1999 a Beesonové a Hillisové, 2001 in Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, s. 17) – uveden v příloze č. 4

**Seznam tabulek:**

Tab. č. 1: Základní charakteristika klinických syndromů afázie (srov. Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, s. 6, Cséfalvay a kol., 2007, s. 18)

Tab. č. 2: Výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách (čtvrtletích) u paní J.

Tab. č. 3: Výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách (čtvrtletích) u pana C.

Tab. č. 4: Výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách (čtvrtletích) u paní Š.

Tab. č. 5: Výstupní hodnocení sledovaných oblastí v jednotlivých etapách (čtvrtletích) u paní H.

Tab. č. 6: Charakteristika afázií dle Kimlovy klasifikace (dle Čecháčkové, 2003) – uvedena v příloze č. 1

Tab. č. 7: Charakteristika afázií dle Lurijovy klasifikace (srov. Hrnčiarová, Cséfalvay, 1990, Cséfalvay, 2003) – uvedena v příloze č. 1

# Seznam příloh

Příloha č. 1: Charakteristika dalších klasifikačních systémů afázie
Příloha č. 2: Neuropsychologické a psychologické diagnostické testy afázie
Příloha č. 3: Psycholingvistické a neurolingvistické diagnostické testy afázie
Příloha č. 4: Kognitivně-neuropsychologický model jazykových procesů v pojetí kognitivně-neuropsychologického přístupu v terapii afázie
Příloha č. 5: Záznamový list screeningového testu afázie MASTcz (Košťálová a kol., 2008)
Příloha č. 6: Otázky polostandardizovaného rozhovoru s rodinnými příslušníky klientů o jejich subjektivním hodnocení průběhu a přínosu realizované logopedické péče v domácím prostředí
Příloha č. 7: Stimulace produkce řeči na úrovni slov
Příloha č. 8: Stimulace produkce řeči na úrovni vět – jednoduché syntaktické struktury
Příloha č. 9: Stimulace produkce řeči na úrovni vět – rozvité syntaktické struktury
Příloha č. 10: Stimulace produkce řeči na úrovni vět – dokončování vět
Příloha č. 11: Ukázky cvičení pro reedukaci dysgramatismů v mluveném projevu
Příloha č. 12: Soubor obrázků pro obnovování porozumění řeči na úrovni vět
Příloha č. 13: Soubor obrázků pro obnovování porozumění řeči na úrovni slov
Příloha č. 14: Soubor obrázků pro obnovování porozumění řeči na úrovni slov – kategorie nádobí
Příloha č. 15: Stimulace nominativní funkce řeči s oporou v psaném textu – výběr ze souboru prvků
Příloha č. 16: Stimulace nominativní funkce řeči – identifikace a pojmenování obrázku dle písemné nebo slovní definice
Příloha č. 17: Terapeutické postupy při alexii – čtení na úrovni vět (globální čtení)
Příloha č. 18: Terapeutické postupy při alexii – čtení na úrovni slov (globální čtení)
Příloha č. 19: Terapeutické postupy při alexii – čtení na úrovni slabik a písmen (analyticko-syntetické čtení)
Příloha č. 20: Obnovování grafomotorických dovedností – cvičení na koordinaci pohybů
Příloha č. 21: Terapeutické postupy při agrafii – psaní izolovaných písmen a slov
Příloha č. 22: Terapeutické postupy při agrafii – skládání slov a vět z izolovaných prvků a jejich psaní
Příloha č. 23: Terapeutické postupy při agrafii – iniciace psaní

# Přílohy

## Příloha č. 1: Charakteristika dalších klasifikačních systémů afázie

Dalším typem klasifikace afázií (vedle Bostonské) je **Kimlova klasifikace**, která respektuje lokalizaci léze, a u níž rovněž převládá lingvistický aspekt. Jde o dělení ponejvíce užíváno foniatry. Klasifikaci afázie dle Kimla (1969) můžeme přehledně vyznačit v následující tabulce:

| Afázie (aphasia) | typ | charakteristika |
|---|---|---|
| **motorická (a. motorica)** | *typ jargon* | neologismy, žargonové parafázie, porušeno chápání složitých větných pokynů, porucha grafie a kalkulie; nelze rozumět výpovědi |
| | *typ anartrie* | neschopnost artikulovaně hovořit, chápání mluvené řeči uchováno |
| **senzorická (a. sensorica)** | *typ jargon* | neologismy, žargonové parafázie, narušeno rozumění řeči; lze porozumět výpovědi |
| | *typ dyslogický* | tzv. slovní zmatenost, řeč beze smyslu |
| | *typ amnestický* | poruchy pojmenování, vázne výbavnost |
| **totální (a. totalis)** | --- | narušení všech složek řeči, neschopnost vyjádřit se a rozumět řeči druhých |

**Tab. č. 6: Charakteristika afázií dle Kimlovy klasifikace (dle Čecháčkové, 2003)**

Další třídění afázií, které zahrnuje komplexní pohled na funkci celé centrální nervové soustavy, vypracoval A. R. Lurija. **Lurijova klasifikace** nepojímá afázii izolovaně, ale jako součást tzv. funkčního systému, do kterého se neustále zapojuje celá řada aferentních (přinášejících) a eferentních (výkonných) složek. Klasifikace je založena na koncepci funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Důležitým poznatkem uváděné klasifikace je podle Čeháčkové (2003, s. 153) *„vzájemná součinnost zón mozkové kůry a podkorových struktur. Činnost funkčního systému je zabezpečována koordinovanou činností určitých mozkových lokalit.“* Typ postižení závisí na lokalizaci léze, podstatná je i kvalitativní analýza deficitu – je třeba blíže určit poruchu dané funkce.

Nyní uvádíme přehlednou tabulku klasifikace afázie podle A. R. Luriji se stručnou charakteristikou jednotlivých typů (srov. Hrnčiarová, Cséfalvay, 1990, Cséfalvay, 2003):

| Lokalizace léze | afázie | charakteristika |
|---|---|---|
| **Precentrální lokality** (přední oblasti mozku) | *dynamická* | porucha iniciace řeči, narušení vnitřní řeči, neschopnost vyjádřit myšlenku, echolálie, poruchy orientace; zachováno pojmenování předmětů a opakování slov, lexie, grafie |
| | *eferentní motorická* | neschopnost plynulého přechodu artikulace z jedné hlásky na druhou (porucha inervace), narušena organizace pohybů; perseverace, agramatismus, dysprozódie, alexie, agrafie |
| **Postcentrální lokality** (zadní oblasti mozku) | *aferentní motorická* | neschopnost najít polohu jazyka a rtů při artikulaci, neschopnost aktivně ovládat řeč; částečně zachované automatizované formy řeči (zpěv, jména); perseverace, agrafie |
| | *akusticko-amnestická* | porucha verbálně-akustické paměti, neschopnost zapamatovat si sled slov; lehké poruchy porozumění, pojmenování, opakování; parafázie; mluví plynule, vede dialog,bez logorhey |
| | *senzorická* | porucha fonematického sluchu, narušení rozumění řeči; parafázie, agramatismus, logorhea, narušení lexie a grafie |
| | *sémantická* | narušení vnímání logicko-gramatických struktur, rozpad početních operací; agramatismus, apraxie, akalkulie |

**Tab. č. 7: Charakteristika afázií dle Lurijovy klasifikace (srov. Hrnčiarová, Cséfalvay, 1990, Cséfalvay, 2003)**

Rovněž **Hrbkova klasifikace** řadí afázii k poruchám kortikálních funkcí – kromě lingvistického aspektu tedy zahrnuje i poruchy grafie, lexie, kalkulie, gnozie, poruchy prostorové a časové orientace atp. Hrbkovo třídění je kritizováno kvůli jeho popření Wernickeova sluchového centra, za přínos je považováno zdůraznění parietálního (temenního) laloku. Zde Hrbek umísil svůj proprioceptivně logestetický analyzátor. Hrbek předpokládá (Čecháčková, 2003, s. 154), že *„mozkovou kůru tvoří komplex specifických analyzátorů a neuroefektorů. Endoceptivní analyzátory (...) mají úlohu tzv. integrátoru.“* Do jejich korových polí přichází vzruchy z ostatních analyzátorů, vytváří se zde paměťová stopa a tvoří plán nové aktivity. Endoceptivní (proprioceptivní) analyzátor je spojen s motorickou korovou oblastí asociačními drahami.

***Základní fyziologický mechanismus řeči*** podle Hrbka je tvořen soustavou šesti korových okrsků a jejich spojů (Čecháčková, 2003):

- *proprioceptivně logestetický okrsek* (PL) – hlavní programátor vnitřní řeči, iniciátor spontánní mluvy, koordinátor dalších korových funkcí (např. grafie, lexie, kalkulie, gnozie); při jeho úplné destrukci vzniká totální afázie, při částečné obraz senzorické i motorické afázie různého stupně;
- *proprioceptivně grafestetický* (PG) – tvoří plán písma, převádí logestetické a optické podněty; při jeho narušení vzniká čistá agrafie (ztráta spontánního psaní);
- *logomotorický* (LM) – řídí výkonnou část mluvené řeči; při jeho destrukci se projeví motorická afázie;
- *grafomotorický* (GM) – řídí výkon písma; při jeho narušení vzniká agrafie;
- *akustický* (A) – vnímání slyšené mluvy; jeho destrukcí vzniká senzorická afázie akustická;
- *optický* (O) – vnímání písma; jeho narušení se projeví jako senzorická afázie optická.

***Základní výkony řeči*** lze vyjádřit v několika schématických spojeních: spontánní řeč → A – PL – LM, opakování → A – PL – LM, rozumění → A – PL – M, pojmenování → O – PL – LM, automatické řady → A – PL – LM, zpěv → A, čtení → O – PG – PL – LM, ústní počítání → A – PL – LM, písemné počítání → O – PG – GM, kreslení → O – PG – GM, psaní → O – PG – PL – GM (Hrnčiarová, Cséfalvay, 1990).

Neurologická klinika FN v Olomouci užívá vlastní dělení, které vychází z Hrbkovy klasifikace; ta ovšem je doplněna o dlouhodobé zkušenosti tamních odborníků. Podle této tzv. **olomoucké klasifikace** je *„léze lokalizovaná v určitém mozkovém laloku charakterizována specifickými symptomy“* (Čecháčková, 2003, s. 155). Na základě těchto poznatků jsou rozlišovány následující typy afázie: ***expresivní*** (parafázie, parafrázie, tzv. slovní trosky, agrafie, alexie), ***integrační*** (narušení zpracování informací na základě paměťových záznamů a následné vytváření impulzů k výkonu), ***percepční*** (narušeno dekódování a rozumění řeči, logorhea, nízká informační hodnota projevu, perseverace, neologismy), ***amnestická*** (nejlehčí forma, prodlevy pro rozpomínání na daný výraz, anomie, lehčí poruchy grafie, rozumění neporušeno) a ***globální*** (nejtěžší porucha postihující všechny kortikální funkce, jako akutní postižení po CMP přechází v jiný typ afázie, při rozsáhlé lézi může přetrvávat) (Čecháčková, 2003).

**Příloha č. 2: Neuropsychologické a psychologické diagnostické testy afázie**

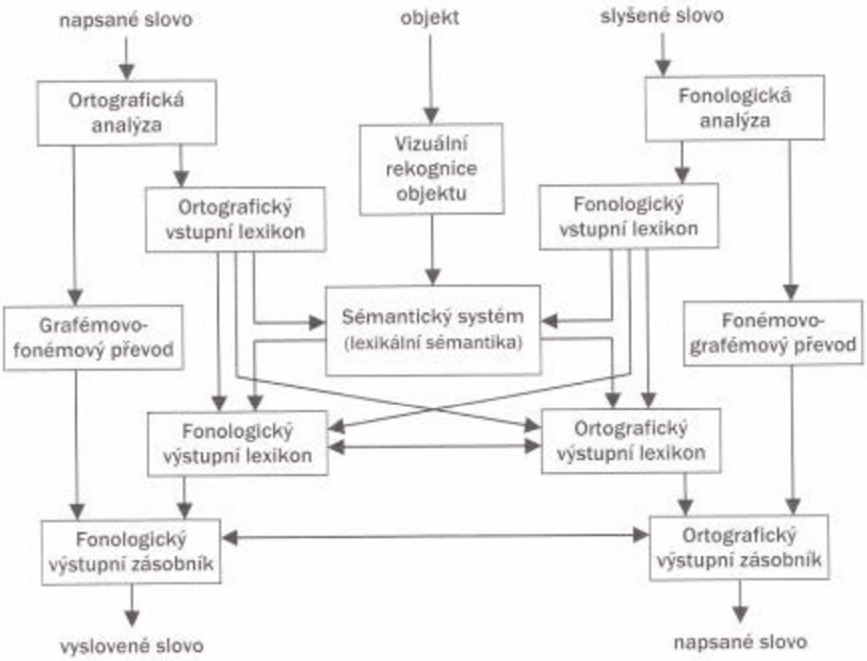
- *Lurijovo neuropsychologické vyšetření* (Lurija, Christensenová, 1975) – kvalitativní vyšetření jazykových schopností, gnózie, praxie, kalkulie, paměťových a intelektových funkcí; obsahem je úvodní rozhovor a 11 testů se svými subtesty, administrace vyšetření je 2,5 hod.;
- *Neuropsychologická baterie Halstead – Reitan* (Preiss a kol., 1991) – testy měřící vstupy a výstupy do/z CNS, míru pozornosti, koncentrace a paměti, verbální schopnosti, prostorové, sekvenční a manipulační dovednosti, schopnosti abstrakce, dedukce, logické analýzy a tvorby pojmů; součástí baterie je i Wechslerova intelektová škála a dotazník na vyšetření osobnosti; administrace testu je 2 – 3 hod.;
- *Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE* (Goodglas, Kaplanová, 1972) – hodnocení slovní a řečové produkce, rozumění mluvenému a psanému jazyku, psaní, čtení, nelingvistické úkoly na zjištění možné apraxie, agnózie, akalkulie a dezorientace; 5 částí testu s několika subtesty; administrace 1-3 hod.;
- *Western Aphasia Battery – WAB* (Kertezs, 1982) – skladbou podobná BDAE, zásadní rozdíl ve způsobu kvantifikace – zde zavedení sumárního skóre (kvocient afázie – AQ, jazykový kvocient – LQ, index kortikálního poškození – CQ), dle získaného skóre lze určit typ afázie; 8 subtestů – vyšetření spontánní řeči, porozumění řeči, pojmenování, opakování, psaní, čtení, praxie, kalkulie, konstrukční schopnosti (prostorové vidění);
- *Token Test – TT* (DeRenzi, Vignolo, 1962) – hodnotí zejména míru poruchy porozumění mluvené řeči a krátkodobou verbální paměť; vyšetřovaný ukazuje a manipuluje dle pokynů s geometrickými tvary různé formy, velikosti a barvy; užíván u lehčích forem afázie; test byl již několikrát modifikován;
- *Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia – MTDDA* (Schuellová, 1965) – rozsáhlá testová baterie (595 položek) rozdělená do 6 částí s mnoha subtesty; zaměřen na zjištění „silných a slabých“ článků jazykových funkcí a získání informací pro výběr vhodné terapie; hodnocení auditivních, vizuálních a čtecích, řečových a jazykových, vizuálně-motorických, numerických poruch a orientace na vlastním těle.

**Příloha č. 3: Psycholingvistické a neurolingvistické diagnostické testy afázie**

- *Aachener Aphasia Test – AAT* (Huber, Poeck, Weniger, Willmes, 1983) – metodika rozšířená v Německu, obsahuje 6 částí (spontánní řeč, Token Test, opakování, psaná řeč, pojmenování, porozumění), její zkrácenou a modifikovanou verzí je *AAT-BT (Bedside Test)*, který se používá u pacientů v akutním stádiu nemoci;
- *Porch Index of Communication Ability – PICA* (Porch, 1979) – má 18 subtestů, zaměřen na použití předmětů denní potřeby; úlohy řazeny od nejtěžších po nejlehčí; kritizován pro komplikovaný skórovací systém a absenci vyšetření spontánní řeči;
- *Profiling Linguistic Disability* (Crystal, 1982) – lingvistická analýza pacientova souvislého projevu; složité zpracování výsledků;
- *Communicative Abilities in Daily Living – CADL* (Holland, 1980) – testuje praktickou schopnost osoby komunikovat v běžných denních situacích;
- *Functional Communication Profile – FCP* (Sarnová, 1969) – hodnocení komunikace afatiků v reálných komunikačních situacích.

**Příloha č. 4: Kognitivně-neuropsychologický model jazykových procesů v pojetí kognitivně-neuropsychologického přístupu v terapii afázie**

Na obrázku je znázorněno schéma modelu jazykových procesů:




**Obr. č. 6: Kognitivně-neuropsychologický model jazykových procesů**
**(upraveno podle Leaderové a Perkinsové, 1999 a Beesonové a Hillisové, 2001 in Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, s. 17)**

Jednotlivé moduly znázorněné ve schématu přitom plní *dvojí úlohu* – jsou rezervoárem, tj. skladem daných informací, ale zároveň i místem, kde se tyto specifické informace zpracovávají. Centrální modul tvoří *sémantický systém*, jehož narušení má vliv na všechny procesy (např. porozumění čtení, produkce, psaní slov aj.). Informace do sémantického systému přicházejí především dvěma cestami – skrze *mluvený nebo psaný jazyk*, a odcházejí rovněž dvojím výstupem – *vysloveným* (nebo nahlas přečteným) *nebo napsaným slovem*. Mezi výstupem a vlastní realizací existuje několik komponentů, které se celkového procesu také účastní (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

**Příloha č. 5: Záznamový list screeningového testu afázie MASTcz (Košťálová a kol., 2008)**

*MASTcz– záznamový list*

| **Jméno pacienta** | Rodné číslo | Věk | Bydliště | Vzdělání ZŠ SŠ VŠ<br>Lateralita P L A |
|---|---|---|---|---|
| Před NO: mateřský jazyk ČJ jiný<br>vývojové poruchy<br>stav kognitivních, jazykových a řečových funkcí<br>sluch<br>zrak - brýle na čtení používá ano ne | NO:<br>anartrie, dysartrie, apraxie, agnozie, nově vzniklé poruchy zraku, hemiparéza PHK<br>perseverace, automatizmy, echolálie, agramatizmy, neologizmy, parafázie sémantické - fonemické, anomie, … | | | Datum vzniku fatických poruch<br>Jméno investigátora I. a II. vyš.<br>Datum vyšetření I. a II. vyš. |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INDEX PRODUKCE | 50 | | | INDEX ROZUMĚNÍ | 50 | | | **NORMY** | | | | |
| 1. Automatická řeč | 10 | | | 6. Rozumění alternativním otázkám | 20 | | | CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX | INDEX PRODUKCE | INDEX ROZUMĚNÍ | | |
| 2. Pojmenování | 10 | | | 7. Rozumění slovu- Identifikace objektů | 10 | | | ZŠ a SŠ vzdělání ≥ 93 | ≥ 45 | ≥ 46 | | |
| 3. Opakování | 10 | | | 8. Rozumění verbální instrukci | 10 | | | VŠ vzdělání věk do 60 let > 98 | = 50 | > 48 | | |
| 4. Fluence při popisu | 10 | | | 9. Rozumění čtené instrukci | 10 | | | VŠ vzdělání věk nad 60 let ≥ 96 | ≥ 49 | ≥ 47 | | |
| 5. Psaní na diktát | 10 | | | **CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX** | **100** | | | | | | max. | I. | II. |
| **1. Automatická řeč** (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre 0 - 10) | | | | | | | | | | | **10** | | |
| *Počítejte po jedné do deseti* (nápověda „jedna" nutná - skóre 1 bod) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) | | | | | | | | | | | 2 | | |
| *Vyjmenujte po sobě dny v týdnu* (nápověda „pondělí" nutná - skóre 1 bod) (pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, sobota, neděle) | | | | | | | | | | | 2 | | |
| *Dokončete následující přísloví: Jablko nepadá daleko od …* (stromu.) | | | | | | | | | | | 2 | | |
| *Dokončete následující přísloví: Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až …* (se ucho utrhne.) | | | | | | | | | | | 2 | | |
| *Dokončete následující přísloví: Jak se do lesa volá, tak …* (se z lesa ozývá.) | | | | | | | | | | | 2 | | |
| **2. Pojmenování** (2 body: správně, 1 bod: nápověda nutná, 0 bodů: nesprávně, skóre 0 -10): Ukažte objekt a zeptejte se: *„Co je to?"* Časový limit pro pojmenování jednoho stimulu bez nápovědy 5 s. | | | | | | | | | | | **10** | | |
| **Klíče** | | | **brada** | | | **tužka** | | | **malíček** | | **hodinky** | | |
| **3. Opakování** *„Opakujte přesně to co řeknu:"* (2 body: začne v limitu 5 s a zopakuje správně, 0bodů: nesprávně, skóre 0 - 10). Zakryjte si ústa. | | | | | | | | | | | **10** | | |
| *Dort* | | | | *skříňka* | | | | *vizitka* | | | 6 | | |
| *Vedle velkého železného stolu.* | | | | | | | | | | | 2 | | |
| *Bylo by se tu třpytilo slunce na jezerní hladině.* | | | | | | | | | | | 2 | | |
| **4. Fluence při popisu fotografie**: ukažte fotografii po dobu 10 s, přitom řekněte: *„Ukáži vám fotku, prohlédněte si ji a nyní mi řekněte vše, co se děje na obrázku, mluvte prosím, dokud neřeknu dost. Začněte teď."* Od zahájení mluvené produkce začněte měřit 10 s během kterých zapište všechny srozumitelné výrazy nebo proveďte nahrávku a poté ji vyhodnoťte. Počítejte srozumitelné výrazy včetně neologizmů např. „To tedy nevím …krak …no vluk sení …tady" produkce osmi výrazů = 5 bodů; (0 až 5 výrazů = 0 bodů, 6 až 10 výrazů = 5 bodů, 11 a více výrazů = 10 bodů) | | | | | | | | | | | **10** | | |

I.vyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:

Informační hodnota sdělení:

II.vyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:

Informační hodnota sdělení:

| | max. | I. | II. |
|---|---|---|---|
| **5. Psaní na diktát** (2 body: správně, 1 bod: jedna chyba, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) *„Napište slova, která vám budu diktovat."* | **10** | | |
| *řve* \| *mrzne* \| *čtvrtka* \| *útočiště* | 8 | | |
| *„Nyní napište větu:" (nejprve přečtěte celou větu a poté dvě a dvě slova z věty diktujte)* | 2 | | |
| *Naše broskvoň již plodí.* | | | |
| **6. Rozumění alternativním otázkám** *„Budu se vás ptát, prosím odpovídejte ano nebo ne." (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně,* skóre subtestu 0 - 20) Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce, mluvte hlasitě a zřetelně. | **20** | | |
| *Jmenujete se Novák/ová? (uveďte jiné příjmení, než je správné příjmení pacienta/ky)* | 2 ne | | |
| *Jmenujete se ...? (uveďte správné příjmení pacienta/ky)* | 2 ano | | |
| *Bydlíte v Praze? (uveďte jiné místo, než to, ve kterém žije)* | 2 ne | | |
| *Bydlíte ...? (uveďte správné místo)* | 2 ano | | |
| *Ukazuji vám čelo? (vyšetřující se dotýká ucha)* | 2 ne | | |
| *Máte na hlavě klobouk?* | 2 ne | | |
| *Je kráva větší než koza?* | 2 ano | | |
| *Přichází podzim po zimě?* | 2 ne | | |
| *Je snídaně dříve než oběd?* | 2 ano | | |
| *Oblékáte si nejdříve kabát a potom košili?* | 2 ne | | |
| **7. Rozumění slovu - identifikace objektů:** předložíme uvedené objekty a vyšetřovaný je vždy pouze 1x vyzván, aby ukázal jmenovaný objekt: *„Ukažte kde je:"* (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce. | **10** | | |
| *Vidlička* \| *bonbón* \| *knoflík* \| *kámen* \| *papír* | | | |
| **8. Rozumění mluvené instrukci** *„Udělejte, co vám řeknu!"* (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Pouze 1x zadaná instrukce. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce, mluvte hlasitě a zřetelně. | **10** | | |
| *Ukažte na vaši bradu!* | 2 | | |
| *Otevřete ústa!* | 2 | | |
| *Ukažte vaší levou rukou vaše pravé oko! (x Ukažte vaší pravou rukou vaše levé oko!)* | 2 | | |
| *Ukažte na podlahu a potom na váš nos!* | 2 | | |
| *Dříve než otevřete ústa, dotkněte se ucha!* | 2 | | |
| **9. Rozumění čtené instrukci** *„Udělejte, co je tady napsáno!"* (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 – 10) Pacient si přečte instrukci pouze 1x. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund. | **10** | | |
| **Zamávejte rukou.** | 2 | | |
| **Zatněte pěst.** | 2 | | |
| **Ukažte rukou na podlahu a potom na strop.** | 2 | | |
| **Položte vaši levou ruku na vaše pravé rameno.** (x Položte vaši pravou ruku na vaše levé rameno.) | 2 | | |
| **Než se podíváte na okno, dotkněte se vašeho levého ucha.** | 2 | | |
| Poznámky | | | |

**Příloha č. 6: Otázky polostandardizovaného rozhovoru s rodinnými příslušníky klientů o jejich subjektivním hodnocení průběhu a přínosu realizované logopedické péče v domácím prostředí**

1. Můžete říci, že vidíte zlepšení v komunikačních schopnostech Vašeho partnera/matky/klientky?

2. V jakých oblastech vidíte zlepšení? V jakých oblastech nedošlo dle vašeho názoru k žádnému pozitivnímu posunu?

3. Je pro vás nyní snazší dorozumět se s Vaším partnerem/matkou/klientkou?

4. Jak hodnotíte průběh terapie?

5. Vidíte smysl v pokračování logopedické péče? Co dalšího očekáváte od terapie?

**Příloha č. 7: Stimulace produkce řeči na úrovni slov (ilustrace postupu zpracována dle Cséfalvaye, Košťálové, Klimešové, 2002)**

1. Ukážeme obrázek kartáčku a ptáme se:

**„Řekněte, co je to?"** ⇨ „kartáček" (správně, další obrázek)

nesprávná nebo žádná odpověď

⇩

2. Ptáme se:

**„Řekněte mi, co s tím děláme? Na co to používáme?"** ⇨ „používáme ho k čištění zubů" (správně, zpět na krok 1)

nesprávná nebo žádná odpověď

⇩

3. Nabídneme informaci o předmětu a ptáme se:

**„Vymáčkneme na to pastu a používáme to k čistění zubů, co je to??"** ⇨ „kartáček" (správně, zpět na krok 1)

nesprávná nebo žádná odpověď

⇩

4. Začneme větu, která končí na cvičené slovo:

**„K čištění zubů používáme zubní pastu a zubní ...?"** ⇨ „kartáček" (správně, zpět na krok 1)

nesprávná nebo žádná odpověď

⇩

5. Napovíme první hlásku, příp. slabiku cvičeného slova:

**„Začíná to na k- (kar-) ..."** ⇨ „kartáček" (správně, zpět na krok 1)

nesprávná nebo žádná odpověď

⇩

6. Řekneme „kartáček" a afatik několikrát opakuje:

**„Opakujte slovo – kartáček."** ⇨ „kartáček" (správně, zpět na krok 1)

**Příloha č. 8: Stimulace produkce řeči na úrovni vět – jednoduché syntaktické struktury (ilustrace postupu zpracována dle Cséfalvaye, Košťálové, Klimešové, 2002)**

**Věta:** **Žena sází květiny.**

1. Ukážeme obrázek a ptáme se:

**„Co se děje na obrázku?"** ⇨ „Žena sází květiny." (správně, další obrázek a otázka)

neúplná nebo žádná odpověď

⇩

2. – 4. Ukážeme obrázek a ptáme se:

**„Řekněte, kdo je to?"** ⇨ „žena" (správně, další otázka)

**„Co dělá žena?"** ⇨ „sází květiny" (správně, další otázka)

**„Co se děje na obrázku?"** ⇨ „Žena sází květiny."

neúplná nebo žádná odpověď

⇩

5. Zopakujeme postup 2. – 4. a současně vyložíme na stůl 3 prázdné kartičky, které symbolizují slova ve větě. ⇨ správně, zpět na krok 1

nesprávná nebo žádná odpověď

⇩

6. Zopakujeme postup 2. – 4. a současně vyložíme na stůl 3 kartičky s napsanými slovy ve větě „žena" „sází" „květiny", které afatik čte jako odpověď. ⇨ správně, zpět na krok 1

nesprávná nebo žádná odpověď

⇩

7. Zopakujeme postup 2. – 4. a současně vyložíme na stůl 3 kartičky s napsanými slovy „žena" „sází" „květiny", přečteme první slovo věty a afatik se pokusí větu dokončit sám. Několikrát společně opakujeme celou větu. ⇨ správně, zpět na krok 1

**Příloha č. 9: Stimulace produkce řeči na úrovni vět – rozvité syntaktické struktury (ilustrace postupu zpracována dle Cséfalvaye, Košťálové, Klimešové, 2002)**

Připravíme si karty dle počtu slov ve větě, z jedné strany prázdné, na druhé straně s napsaným slovem. Afatik odpovídá na otázky, my současně ukazujeme na příslušnou kartu. Černě jsou označeny karty, které má afatik jmenovat.

**Věta:**

**Mladá žena sází květiny na zahradě.**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Kdo je to? | | | | |
| 2. Co dělá žena? | | | | |
| 3. Kde žena sází květiny? | | | | |
| 4. Jaká žena sází květiny? | | | | |
| 5. Co dělá mladá žena? | | | | |
| 6. Kdo sází květiny? | | | | |
| 7. Co dělá mladá žena? | | | | |
| 8. Co se děje na obrázku? | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Kdo je to? | | žena | | |
| 2. Co dělá žena? | | | sází květiny | |
| 3. Kde žena sází květiny? | | | | na zahradě. |
| 4. Jaká žena sází květiny? | Mladá | | | |
| 5. Co dělá mladá žena? | | | sází květiny | |
| 6. Kdo sází květiny? | Mladá | žena | | |
| 7. Co dělá mladá žena? | | | sází květiny | na zahradě. |
| 8. Co se děje na obrázku? | Mladá | žena | sází květiny | na zahradě. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Kdo je to? | Mladá | [redacted] | sází květiny | na zahradě. |
| 2. Co dělá žena? | Mladá | žena | [redacted] | na zahradě. |
| 3. Kde žena sází květiny? | Mladá | žena | sází květiny | [redacted] |
| 4. Jaká žena sází květiny? | [redacted] | žena | sází květiny | na zahradě. |
| 5. Co dělá mladá žena? | Mladá | žena | [redacted] | na zahradě. |
| 6. Kdo sází květiny? | [redacted] | [redacted] | sází květiny | na zahradě. |
| 7. Co dělá mladá žena? | Mladá | žena | [redacted] | [redacted] |
| 8. Co se děje na obrázku? | [redacted] | [redacted] | [redacted] | [redacted] |

## Příloha č. 10: Stimulace produkce řeči na úrovni vět – dokončování vět

### a) automatizované (známá přísloví)

Úkolem afatika je dokončovat známá přísloví, nejprve výběrem z nabídky v psané podobě, poté spontánně mluveným projevem.

| | |
|---|---|
| **Jablko nepadá** | **slunce nesvítí.** |
| **Bez práce** | **přítele.** |
| **Nové koště** | **dál doskáče.** |
| **V nouzi poznáš** | **daleko od stromu.** |
| **Pro jedno kvítí** | **nejsou koláče.** |
| **Ranní ptáče** | **dobře mete.** |

| | |
|---|---|
| **Boží mlýny** | **…** |
| **Komu se nelení,** | **…** |
| **Jak se do lesa volá,** | **…** |
| **Lepší vrabec v hrsti,** | **…** |
| **Kdo jinému jámu kopá,** | **…** |
| **Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu,** | **…** |

### b) nahodilé

Úkolem afatika je dokončovat nahodilé věty započaté terapeutem, nejprve dokončuje věty s naznačenou možností odpovědi, poté věty otevřené, s větší variabilitou dokončení.

| | |
|---|---|
| **Bolí mne v krku a mám teplotu, proto …** | **Vezmu si tužku a …** |
| **Dnes musím uklidit byt, protože …** | **Dnes jsem šla …** |
| **Půjdu do potravin a …** | **Dnes budu …** |
| **Rád bych navštívil …** | **Včera jsem …** |

**Příloha č. 11: Ukázky cvičení pro reedukaci dysgramatismů v mluveném projevu**

**a) přídavná jména, přívlastky** (spojování psaného textu, doplňování přívlastku k podstatnému jménu a naopak z mentálního slovníku či výběrem z nabídky)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| voňavá | zralé | studené | rezavá | tvrdý | divoký |
| vysoká | horký | mladá | kravské | chlupatý | fialový |
| tlukoucí | pletený | ledová | linkovaný | | |

liška věž mléko čaj srdce ruce žena svetr káva

jablko pes sešit zajíc kosatec kámen růže

**b) skloňování podstatných jmen** (doplňování správného tvaru, stavba věty jednoduché – výběr z nabídky či z mentálního slovníku)

| | | |
|---|---|---|
| Vařím … | košili | (kávu, polévku, knedlíky, …). |
| Umývám … | květiny | (si ruce, podlahu, stůl, …). |
| Sázím … | dopis | (růže, petržel, brambory, …). |
| Píšu … | oběd | (perem, báseň, knihu, …). |
| Oblékám si … | okna | (šaty, kalhoty, ponožky, …). |

Snídám chléb s … (máslo, paštika, marmeláda, šunka).

Dnes půjdu do … (město, banka, práce, obchod).

Bydlím v … (Praha, Brno, Zlín, Plzeň).

Letadlo letí nad … (pole, les, vesnice, moře).

Vysok- dům má šed- střech-. Pod dub- rost- červen- muchomůrk-. Hladov- srna běžela kolem les-. Napsan- dopis jsem zanesl na pošt-. Lišč- kožich je rezav-.

Kousek od našeho domu je rozlehlý . Často do chodím na procházky. V rostou listnaté i jehličnaté stromy. Pomalu procházím celým . Za je malý rybník, odkud mám jako na dlani. Dívám se k a kochám se. Obzvlášť, když nad zapadá slunce, je tu moc hezky. Na louce u rostou první sněženky. Z vyběhl divoký zajíc. Bez by to u nás nebylo tolik hezké. O našem lidem vyprávím rád.

**c) časování sloves** (doplňování správného tvaru, stavba věty jednoduché – modifikace infinitivu z nabídky či výběr z mentálního slovníku)

Hřebenem se … (česat se).

Mýdlem … (mýt se).

Perem … (psát).

Nožem … (krájet).

Pilou … (řezat).

Kartáčkem … (čistit si zuby).

Jarem … (mýt nádobí).

Pan Pešek … (jít) na procházku. … (vzít) s sebou svého psa Alíka. Alík po cestě vesele (poskakovat). Pan Pešek si tiše … (pohvizdovat). Slunce na obloze jasně … (svítit). Nad polem … (létat) první vlaštovky. Z lesa … (vyběhnout ) zajíc.

**d) doplňování samohlásek do souvislého textu**

Ž-v-t – zdr-v- př-dst-v-j- pr- čl-v-k- t- n-jc-nnějš- h-dn-t-. Zdr-v- n-zn-m-n-j-n-m n-př-t-mn-st n-m-c-, -l- c-lk-v- st-v t-l-sn- - d-š-vn- p-h-d-. Pr- udrž-n-ž-v-tn- p-h-d- b-ch-m m-l- - sv- zdr-v- p-č-v-t – sn-ž-t s- d-drž-v-t z-s-d-zdr-v-h- ž-v-tn-h- st-l-.

**e) rozšíření věty jednoduché na rozvitou** (výběr z nabídky či z mentálního slovníku)

**Žena a muž šli do lesa.**

| Jaká žena? | Jaký muž? | Jak/kudy šli? | Do jakého lesa? |
|---|---|---|---|
| štíhlá | vysoký | pomalu | hlubokého |
| pěkná | mladý | rychle | tmavého |
| dlouhovlasá | tlustý | z kopce | blízkého |
| sousedova | kouřící | po poli | listnatého |

**f) větná stavba** (skládání slov do věty)

dva | našel | trávě | v | lesa | u | Na | krásné | jsem | louce | suchohřiby.

**Příloha č. 12: Soubor obrázků pro obnovování porozumění řeči na úrovni vět (zdroj obrázků: Toto je loto – Roční období, Ditipo)**

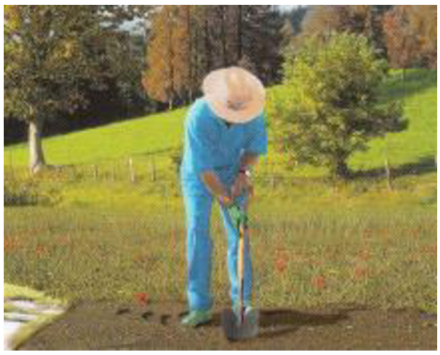
Úkolem afatika je na základě přečtení psaného textu přiřadit popisek k obrázku; poté terapeut dané věty předčítá při počínání afatika nahlas; později je úkolem afatika identifikovat daný dějový obrázek pouze na základě sluchového vjemu.

Malý chlapec pouští papírového draka.

Lyžaři sjíždějí kopec na lyžích.

Děti sedí na lehátkách na pláži u moře.

Dva koně se pasou na louce u lesa.



Muž ryje na zahrádce záhon rýčem.

Na obloze letí velký barevná balón.

**Příloha č. 13: Soubor obrázků pro obnovování porozumění řeči na úrovni slov (zdroj obrázků: Toto je loto – Kam s tím?, Ditipo)**

Úkolem afatika je na základě přečtení psaného textu přiřadit popisek k obrázku; poté terapeut daná slovní spojení a později slova předčítá při počínání afatika nahlas; nakonec je úkolem afatika identifikovat daný obrázek pouze na základě sluchového vjemu.

červené nůžky

nůžky

hrací kostky

kostky

dámský klobouk

kloubouk

ramínko na šaty

ramínko

mobilní telefon

telefon

modrý míč

míč

dětské autíčko

auto

otevřená kniha

kniha

pánský deštník

deštník

**Příloha č. 14: Soubor obrázků pro obnovování porozumění řeči na úrovni slov – kategorie nádobí (zdroj obrázků: Toto je loto – Kam s tím?, Ditipo)**

Úkolem afatika je na základě přečtení psaného textu přiřadit popisek k obrázku; poté terapeut daná slovní spojení a později slova předčítá při počínání afatika nahlas; nakonec je úkolem afatika identifikovat daný obrázek pouze na základě sluchového vjemu. Užití sémanticky příbuzných slov je náročnějším úkolem.

pánev

hrníček

konvice

hrnec

nože

příbor

talíř

sklenice

kelímek

**Příloha č. 15: Stimulace nominativní funkce řeči s oporou v psaném textu – výběr ze souboru prvků**

Úkolem afatika je vyhledat dané pojmenování obrázku mezi sémanticky a fonémicky podobnými slovy. Nejprve může pracovat s oporou v psaném textu, později může opakovat správné slovo dle výběru z nabídnutých možností terapeutem na základě sluchového vjemu.

Toto je ...

**a) v rovině sémantické**

ruka – hruška – láhev

deštník – kniha – počítač – hřeben – hruška – žirafa – tužka – láhev

pomeranč – hruška – broskev

jablko – ananas – švestka – meruňka – hruška – ryngle – kiwi – banán

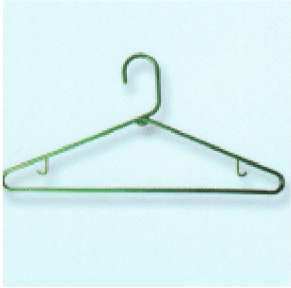
**b) v rovině fonémické**

služka – hruška – muška

tužka – stužka – puška – hruška – stružka – hrušeň – hrášek – hračka

**Příloha č. 16: Stimulace nominativní funkce řeči – identifikace a pojmenování obrázku dle písemné nebo slovní definice (zdroj obrázků: Toto je loto – Kam s tím?, Ditipo)**

Úkolem afatika je identifikovat a pojmenovat dané předměty dle písemného či slovního popisu užití.



| |
|---|
| Předmět, který používáme ke psaní na papír. |

| |
|---|
| Předmět, který je ostrý a používáme ho ke stříhání papíru. |

| |
|---|
| Předmět, který je součástí oblečení a slouží v zimě k zahřátí rukou. |

| |
|---|
| Předmět, který slouží k zavěšení oblečení do skříně. |

| |
|---|
| Předmět, který je součástí nádobí a slouží k přípravě jídla. |

| |
|---|
| Předmět, který je součástí nádobí a slouží ke konzumaci jídla. |

**Příloha č. 17: Terapeutické postupy při alexii – čtení na úrovni vět (globální čtení)**

**a) skládání vět dle dějové posloupnosti**

Úkolem afatika je po přečtení správně seřadit jednotlivé věty tak, aby byla vytvořena posloupnost dějového obsahu.

| |
|---|
| Do hrnku s vodou vložím pytlík čaje. |
| Posadím se do křesla a s chutí čaj vypiji. |
| Napustím vodu do konvice a dám ji vařit. |
| Čaj osladím medem. |
| Mám chuť na dobrý čaj. |
| Naliji uvařenou vodu do hrnku. |
| Připravený čaj míchám a čekám, až vychladne. |
| Do oslazeného čaje přidám kousek citrónu. |

**b) doplňování vhodné ikony a/nebo slova do textu**

Úkolem afatika je po přečtení správně včlenit do textu jednotlivé ikony a/nebo slova, která se do jeho obsahu hodí.

Dnes odpoledne jsem přišel ☐ (domů) a v ☐ (poštovní schránce) na mne čekal ☐ (dopis). Nasadil jsem si ☐ (brýle) a dopis přečetl. Byl od mé ☐ (přítelkyně), a tak jsem se rozhodl hned odepsat. Vzal jsem si ☐ (papír) a ☐ (pero) a začal psát. Napsaný dopis jsem vložil do ☐ (obálky) a zalepil. Zítra jej zanesu na poštu. Jen doufám, že nebude ☐ (pršet), ale bude svítit ☐ (slunce), protože do ☐ (města) to mám daleko.

**Příloha č. 18: Terapeutické postupy při alexii – čtení na úrovni slov (globální čtení)**

**a) posuzování reálných slov mezi pseudoslovy**

Úkolem afatika je vyhledat a zakroužkovat reálná slova mezi pseudoslovy, tj. vymyšlenými slovy.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| vrata | lopata | lokyta | parník | lásma | níkle |
| cibule | blouk | pero | sova | mrým | jablko |
| stroj | pore | tavra | vaso | sojtr | rým |
| cilebu | sláma | slunečnice | kro | rok | slučetnice |

**b) rozčlenění spojených slov**

Úkolem afatika je rozdělit spojená slova v řádcích na jednotlivá slova a uvést jejich počet na řádku do čtverečku.

číslo|raketa|předmětrákosjahodaslonlaskavostpřítelláskaramenokoupelna ☐

dirigentnemluvněsalátšroubekkeřjabloňmotocyklpísmenoautotelefonrýč ☐

okokonevsakožupantygrslivovicevlaštovkasklenicepenálprstenžidlekniha ☐

**c) určování slov, které do skupiny nepatří**

Úkolem afatika je podtrhnout to slovo, které do dané skupiny nepatří, a to na základě různých klíčů, např. dle významu, počtu slabik, gramatického jevu apod.

kráva – koza – slepice – tygr – vepř – husa (tygr není domácí zvíře)

Praha – Liberec – Nitra – Náchod – Jihlava – Zlín (Nitra není české město)

rak – lak – studna – mák – lis – tis – mys – míč (studna není jednoslabičné slovo)

žena – růže – lavička – sklenice – stůl – pračka (stůl není mužského rodu)

**Příloha č. 19: Terapeutické postupy při alexii – čtení na úrovni slabik a písmen (analyticko-syntetické čtení)**

### a) analytická činnost

Úkolem afatika je vyhledat a zakroužkovat písmena a slabiky dle slovní instrukce terapeuta: „Najděte písmeno/slabiku …“ Pracovat můžeme s celými texty, slovy nebo se shluky písmen a slabik.

Když v kalendáři nalistujete Velikonoce, je jisté, že se příroda budí ze zimního spánku a rok se láme do jara. Mělo by to být vidět i na sváteční výzdobě. Znáte snad půvabnější dekoraci stolu než tu s jarními květy tulipánů, narcisů, kosatců a macešek? Bez čerstvé zeleně a barevných květů se svátky jara neobejdou.

FAaJgFkKlHoLvUnIgNeKrBtOk
BuNiTlKvEfReOsWaEcTvAbVn
Am,MkOuiPoBgEfTrRuUoThJg
LvFaKsFdUdZfOgHhJkBmMnK

LA MA KU LI PO NU RE TO DO VE
la li nu do be ne ul er bu de ni dy
KU LU SE SY RY TU TR KL PR DR TA
vý lo po kl ir rá pá ně le ny pr kr na

### b) syntetická činnost

Úkolem afatika je najít a podtrhnout názvy 15 rostlin ve shluku jednotlivých písmen.

NJVUKEOLSFIALKALUPCNUKELOMAKOPRETINAJABKOLLANDAKONVALINKAFIAJ
UKEOLEJNIGHUGERBERARUČNKAANTOŠKAJNICKARAFIÁTLÁDKAREŠTAUŘANÍK
TUPÍNULTUŽBUTULIPÁNRUSTRAASTRARAMERUKPETRKLÍČŘIJEČKOUJIŘINALE
MARNITAKROSRSAKKROKUSHVUJDIVKKOSATECFIALOVKOUFRAKFRÉZIELŮŽOČ
TRAMPRŮŽETROUGKTUJCHRPACHRAPĚLOVNÍKNARCISRSASTRKIFORPLEWUIO

### c) analyticko-syntetická činnost

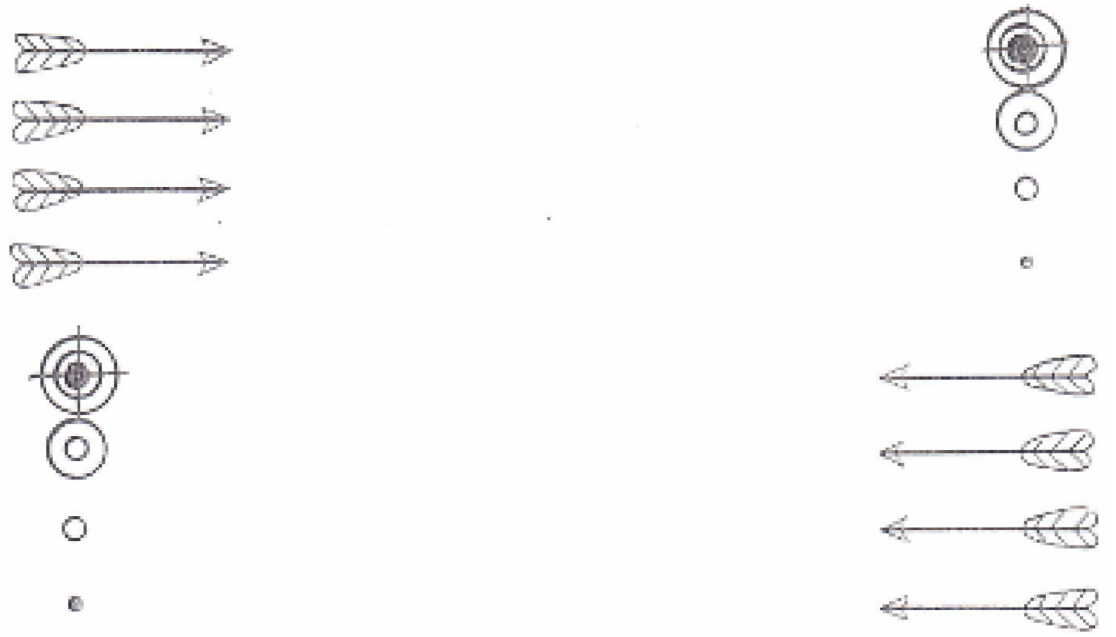
Úkolem afatika je z písmen obsažených ve slově „kopretina“ aj. vytvořit co nejvíce nových dalších slov, přičemž nemusí být použita všechna písmena.

| | |
|---|---|
| KOPRETINA | (ret, kopr, kapr, kop, poker, renta, pot, nit, …) |
| BRATISLAVA | (tis, trs, lis, vlast, vlas, list, Vlasta, val, litr, …) |
| ANTARKTIDA | (rada, karta, kra, trk, dar, Tatar, drak, rak, …) |

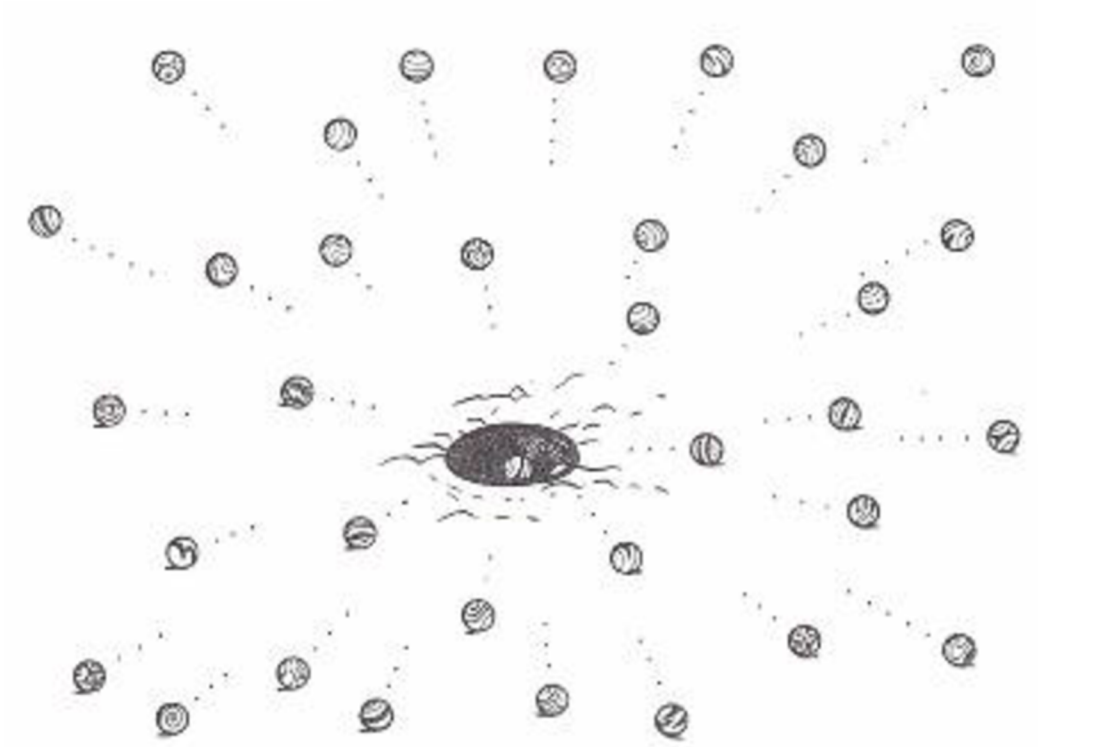
**Příloha č. 20: Obnovování grafomotorických dovedností – cvičení na koordinaci pohybů (upraveno dle Pokorné a kol., 2007)**

Úkolem afatika je vypracovat pracovní listy zaměřené na koordinaci pohybů – provést koordinovaný grafický pohyb s dodržením směru a adekvátním započetím a zacílením jeho ukončení.

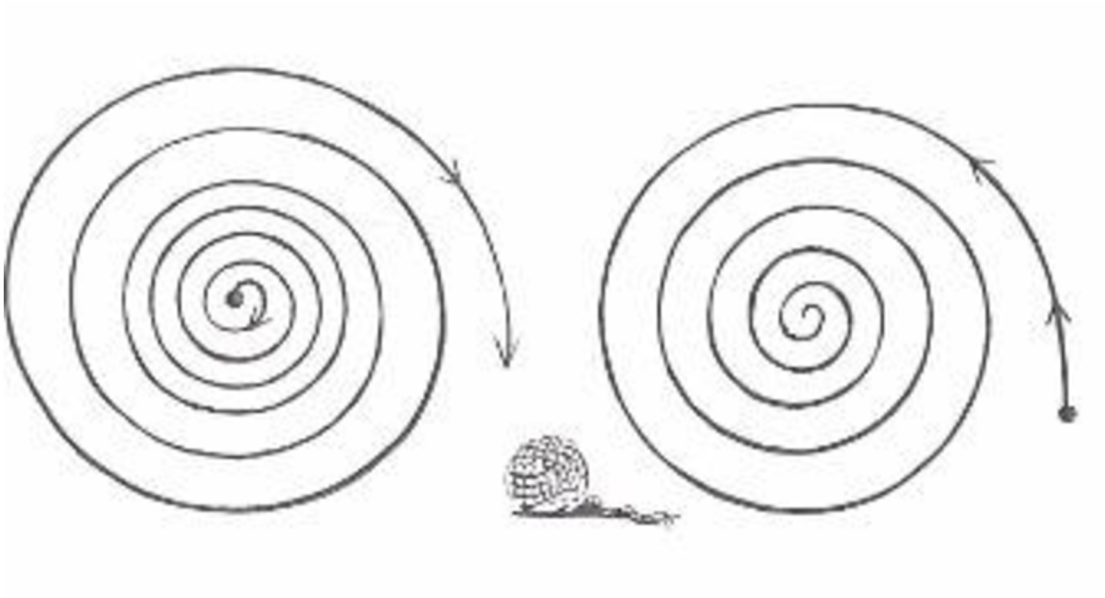
**a) horizontální čára oběma směry**



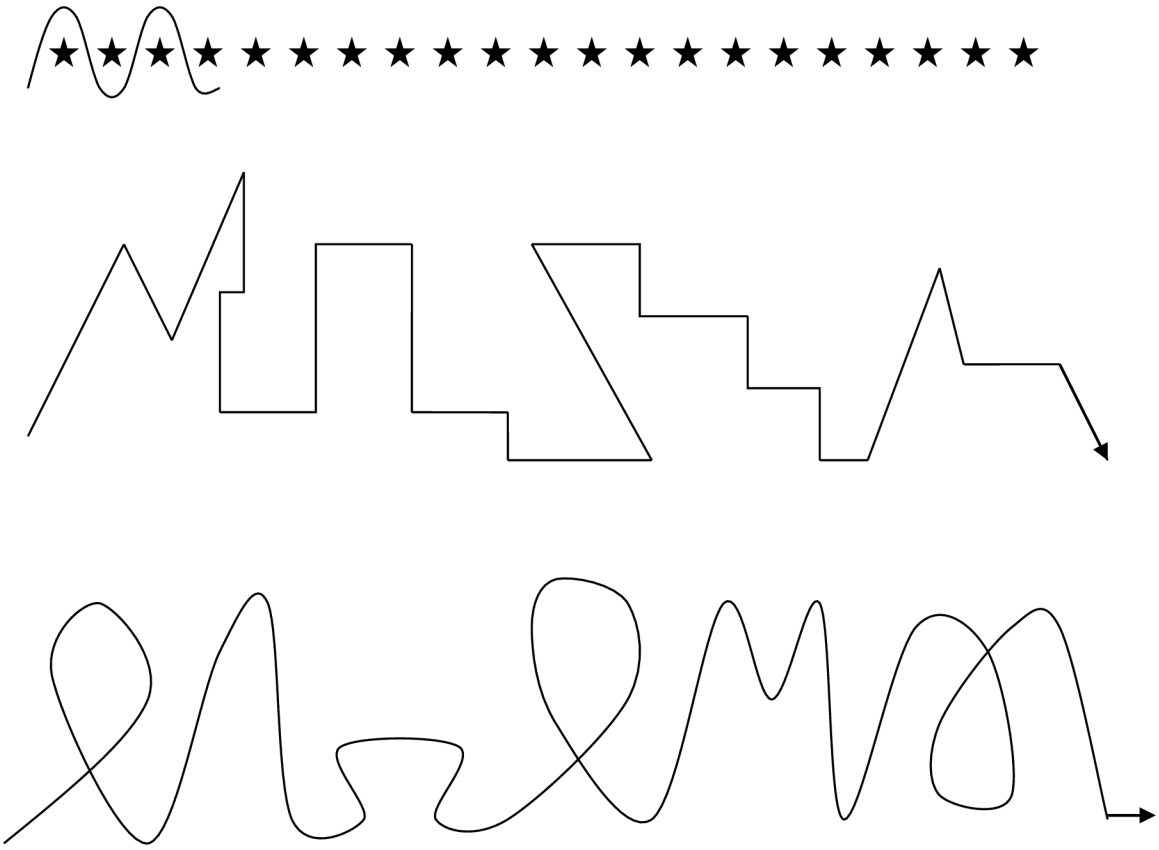
**b) dostředivá čára vedená všemi směry**



**c) odstředivá a dostředivá spirála (obtahování a příp. samostatná realizace)**



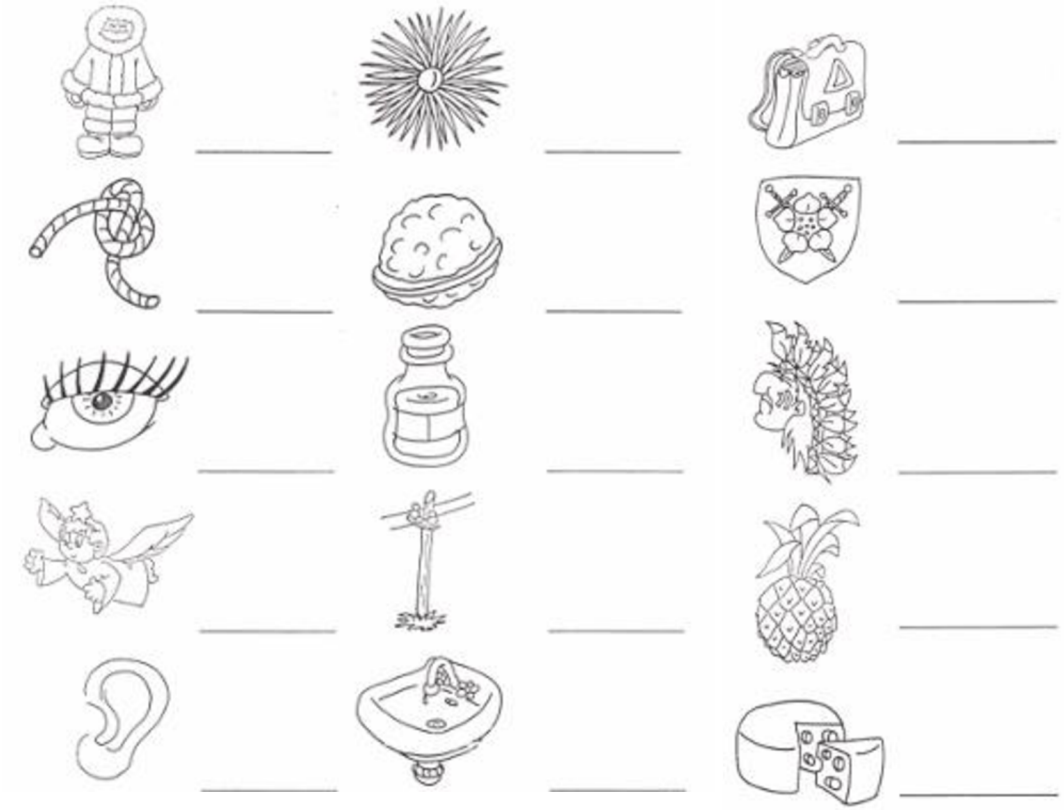
**d) vedení klikaté čáry (obtahování a příp. samostatná realizace)**



## Příloha č. 21: Terapeutické postupy při agrafii – psaní izolovaných písmen a slov

### a) psaní izolovaných písmen (aktivizace ze sémantického systému)

Úkolem afatika je napsat počáteční písmena slov znázorněných na obrázku – zde cvičení zaměřené na identifikaci a diferenciaci samohlásek (zdroj obrázků: Wagnerová a kol., 2002).



### b) psaní slov (aktivizace ortografické reprezentace slov z krátkodobé paměti)

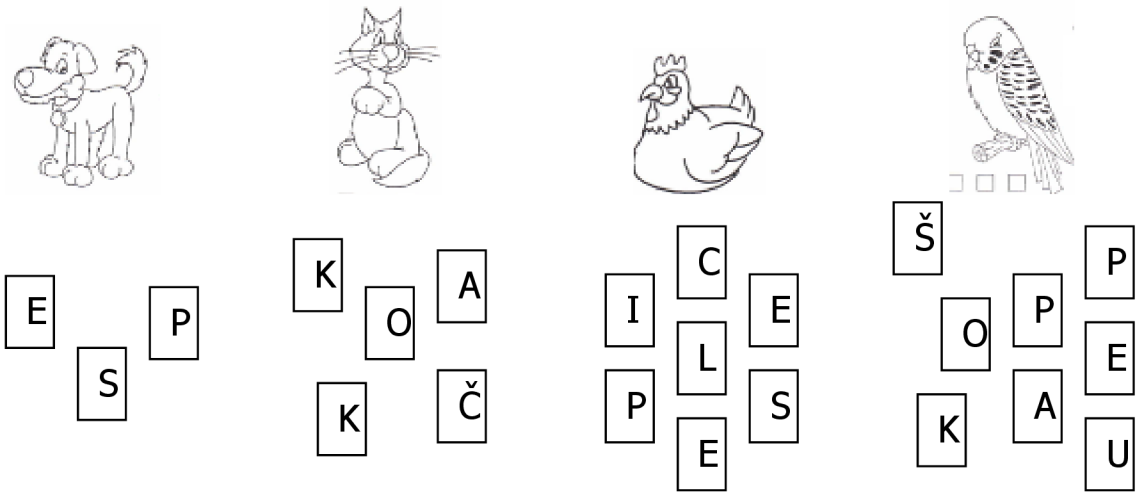
Úkolem afatika je nejprve dvakrát napsat slovo při stálé prezentaci vzoru, poté napsat stejné slovo zpaměti. Nejprve pracujeme s frekventovanými jednoslabičnými slovy, poté zvyšujeme náročnost z hlediska počtu slabik i frekvenci užití v běžné komunikaci.

| | | | |
|---|---|---|---|
| OKO | _____ | _____ | _____ |
| UCHO | _____ | _____ | _____ |
| PUSA | _____ | _____ | _____ |
| RUKA | _____ | _____ | _____ |
| MUŽ | _____ | _____ | _____ |
| ŽENA | _____ | _____ | _____ |
| RODINA | _____ | _____ | _____ |

**Příloha č. 22: Terapeutické postupy při agrafii – skládání slov a vět z izolovaných prvků a jejich psaní**

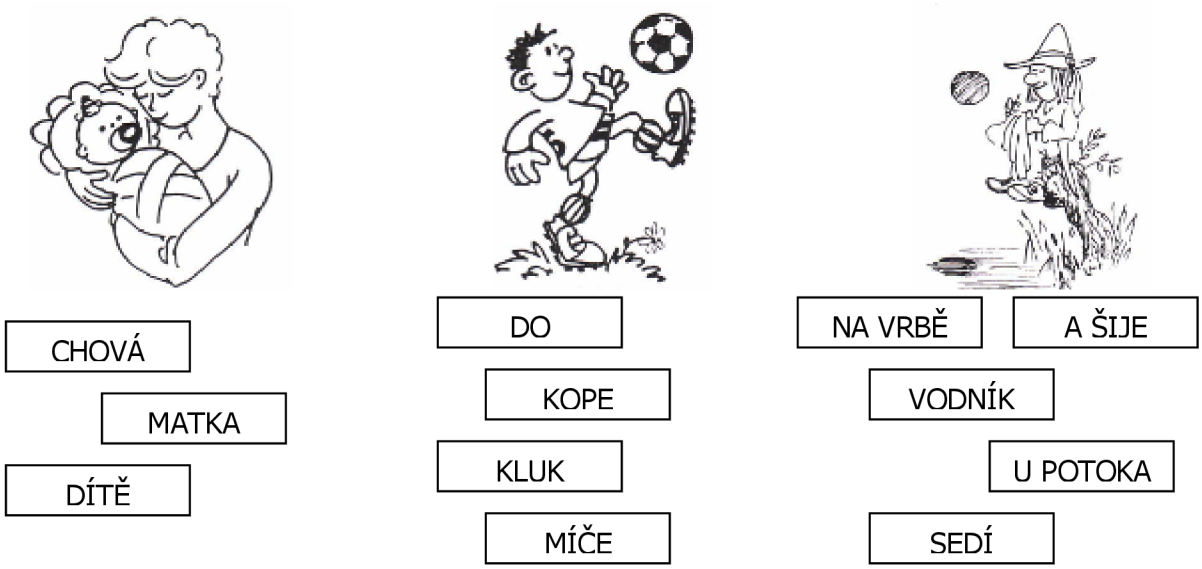
## a) skládání slov z izolovaných písmen a jejich psaní

Úkolem afatika je při současné prezentaci obrázku poskládat z nabídnutých izolovaných písmen v libovolném pořadí slovo, které znázorňuje obrázek, a toto pak napsat. Jedná se o předstupeň samostatného psaní slov s aktivizací ze sémantického systému (zdroj obrázků: Wagnerová a kol., 2002).




## b) skládání vět z izolovaných slov a jejich psaní

Úkolem afatika je při současné prezentaci dějového obrázku poskládat z nabídnutých izolovaných slov v libovolném pořadí větu, která popisuje děj na obrázku, a tuto pak napsat. Jedná se o předstupeň samostatného psaní vět s aktivizací ze sémantického systému (zdroj obrázků: Pumprla, J., 2009).



**Příloha č. 23: Terapeutické postupy při agrafii – iniciace psaní (ilustrace postupu zpracována dle Cséfalvaye, Košťálové, Klimešové, 2002)**

1. Ukážeme obrázek knihy a požádáme:

**„Napište, co to je!"** ⇨ správně (píšeme ještě 2-3x, poté další obrázek)

nesprávná nebo žádná odpověď
(tj. psané slovo)
⇩

2. Ukážeme kartičku s napsaným slovem „kniha":

**„Podívejte se pozorně na toto slovo!"** ⇨ správně (píšeme ještě 2-3x, poté další obrázek)

Poté vzor odebereme a požádáme:

**„Napište, co to je!"**

nesprávná nebo žádná odpověď
(tj. psané slovo)
⇩

3. Ukážeme kartičku s napsaným slovem „kniha":

**„Podívejte se pozorně na toto slovo!"** ⇨ správně (píšeme ještě 2-3x, poté další obrázek)

Necháme vzor před afatikem a požádáme:

**„Opište toto slovo!"**

nesprávná nebo žádná odpověď
(tj. psané slovo)
⇩

4. Ukážeme kartičku, na které je slovo napsané nesprávně (např. záměna jednoho písmene, vynechání písmene apod.), a požádáme: ⇨ správně (píšeme ještě 2-3x, poté další obrázek)

**„Je toto slovo napsané správně? Opravte chybu!"**

⇩

Pokud afatik sám neopraví chybu, ukážeme vzor slova a společně ji opravíme. Potom požádáme, aby slovo opsal (nebo napsal zpaměti).