

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra českého jazyka

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Analýza agramatismů v afázii
Analysis of Agrammatism in Aphasia

Bc. Bára Hloucalová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Pavla Chejnová, Ph.D.
Studijní program: Učitelství českého jazyka pro 2. stupeň základní a střední školy
Studijní obor: N ČJ-SPG

Odevzdáním této diplomové práce na téma Analýza agramatismů v afázii potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 1. 12. 2023

Děkuji paní docentce Chejnové za ohleduplné a nápomocné vedení mé práce, která jí skutečně spadla náhodou do klína. Beze všeho se jí velmi citlivě ujala a já bych nemohla být vděčnější. Velký dík patří mým klientům v Klubu Afasie, kteří mi kouzlí úsměv na tváři minimálně jednou do měsíce. Jsem Vám vděčná. Vážím si času, který jste mi věnovali pro nahrání Vašich promluv. Zároveň do Klubu posílám ještě jeden ohromný dík Zuzaně Konůpkové, která mě tehdy před pár lety odhodlaně přijala a opatruje mne při této bohužel činnosti. A nakonec vzdávám hold mé rodině. Po všechna ta léta mám díky Vám hlavu stále pevně na svém místě.

ABSTRAKT

Diplomová práce zkoumá mezioborovou spolupráci mezi lingvistikou a logopedií. Zaměřuje se na narušenou komunikační schopnost, konkrétně na neurogenní poruchu řečové komunikace nazývanou afázie. Cílem této práce je integrovat lingvistiku do terapeutické péče o pacienty s afázií a přiblížení jejího efektivního využití v tomto procesu. Praktická část je zaměřena na analýzu afatických promluv. Promluvy jsou lingvisticky rozebírány v daných jazykových rovinách. Jsou identifikovány konkrétní interference dílčích rovin a agramatismy. Tato analýza následně vede k vytvoření modelové terapeutické jednotky, která ukazuje významnou využitelnost lingvistiky v oblasti afázie.

KLÍČOVÁ SLOVA

afázie, agramatismus, typologie, jazykové roviny, neurolingvistika, narušená komunikační schopnost

ABSTRACT

The thesis explores interdisciplinary collaboration between linguistics and speech therapy, focusing on impaired communication abilities – specifically, neurogenic disorders of speech communication known as aphasia. The aim of this work is to integrate linguistics and its effective application in the therapeutic care of patients with aphasia. The practical part is centred around the analysis of aphasic speeches, which are linguistically dissected in various language dimensions. Specific interferences and agrammatism are identified. This analysis subsequently leads to the creation of a model therapeutic unit, showcasing the significant applicability of linguistics in aphasiology.

KEYWORDS

aphasia, agrammatism, typology, linguistic levels, neurolinguistics, speech impairment

Obsah

Úvod	7
1 Terminologie dvou úhlů pohledu	10
2 Neurogenní poruchy řečové komunikace	11
2.1.1 Cévní onemocnění mozku	11
2.1.2 Traumatické postižení CNS	11
2.1.3 Tumory a infekce CNS	11
2.1.4 Degenerativní onemocnění CNS	12
3 Narušená komunikační schopnost	13
4 Afázie.....	15
4.1 Etiologie a symptomatologie	17
4.2 Typologie afázie	18
4.2.1 Brocova (motorická) afázie	18
4.2.2 Wernickeova (senzorická) afázie.....	19
4.2.3 Dysnomická (anomická) afázie	19
4.2.4 Kondukční (centrální) afázie	20
5 Řečové terapie	21
5.1 Lingvistika v kontextu řečových terapií	22
6 Agramatismus.....	23
7 Jazykové roviny v afaziologickém kontextu	25
7.1 Dysnomická afázie	30
7.2 Brocova afázie	31
7.3 Wernickeova afázie	32
7.4 Kondukční afázie.....	33
8 Praktická část.....	35

8.1	Metodologie.....	35
8.2	Kazuistiky.....	39
8.2.1	Klient A	39
8.2.2	Klient B	39
8.2.3	Klient C	40
8.2.4	Klient D	40
8.2.5	Klient E.....	41
8.3	Analýza afatických promluv.....	42
8.3.1	Obecná charakteristika afatických promluv	42
8.3.2	Foneticko-fonologická rovina.....	44
8.3.3	Morfologicko-syntaktická rovina	45
8.3.4	Lexikálně-sémantická rovina.....	50
8.3.5	Pragmatická rovina	56
9	Diskuze	61
	Závěr.....	64
	Seznam použitých informačních zdrojů	66
	Seznam příloh.....	69

Úvod

Inspirací této práce byla touha po propojení mých studovaných oborů českého jazyka a speciální pedagogiky. Obory se protínají ve sféře komunikace a v této práci se zaměřuji na narušenou komunikační schopnost. Řeč patří neodmyslitelně ke schopnostem člověka. Je schopností i dovedností zároveň a utváří obraz o jedinci samotném. V případě narušené komunikační schopnosti tak nedochází pouze k nemožnosti naplno využívat svůj potenciál, ale dochází k roztržení životních jistot. Tato práce je tematicky zaměřena na narušenou komunikační schopnost nazývanou afázie.

Kiml (1969) vymezuje afázii jako medicínsko-psychologicky-sociální problém. Napříč odbornými i veřejnými kruhy zastává označení „úraz osobnosti“. Jedná se o získané organické onemocnění mozku. Věda zabývající se těmito oblastmi se nazývá neurolingvistika. Ve své podstatě je mladou vědou, která se neustále vyvíjí. „Teprve v 70. letech, kdy se výrazněji nově prosadil psychologizující přístup ke zkoumání jazyka, došlo k rozvoji neurolingvistiky a k zesílení zájmu lingvistů o afázie“ (Lehečková, 1984). Už Jakobson sám narážel na problém stále nezachyceného potenciálu propojení věd slovy „nikdo se z lingvistického hlediska nepokusil o interpretaci a systematizaci rozmanitých klinických údajů o různých typech afázie. Překvapuje to tím spíš, že (...) afatický rozklad jazykového systému může jazykovědcům poskytnout nové průhledy do obecných zákonitostí jazyka“ (Jakobson, 1995, s. 56).

„Při hledání fyziologických parametrů jazyka se v zásadě používají tři metody, jimiž jsou testy dichotického poslechu (viz kapitola 4), stimulace určitých částí mozku a studium afázií.“ Studium afázií se jeví jako neplodnější oblast neurolingvistiky širokých rozměrů (Lehečková, 1984). Zasaženy jsou všechny jazykové roviny. Každá z nich je narušena v jiném rozsahu a jejich funkce se projevuje nerovnoměrně. Afatici vykazují různý stupeň poškození v různých variacích jak na poli porozumění, tak i produkci řeči. Jednotlivé lingvisticky zaměřené pohledy se v literatuře nicméně objevovaly. Jeden takový zásadní poznatek akcentuje Lehečková (1984), když píše o lingvistickém přínosu „k popisu spočívajícím v tom, že bylo dokázáno, že nejde o obecnou redukci typů fonémů, jak se domnívali neurologové, ale spíše o rozpad systému fonologických opozic. Tento poznatek poskytl lepší možnosti pro terapii reedukace řeči.“

Od autorů výše zmíněných je doputováno k předpokladu o efektivní rehabilitaci. K takové dochází v případě, že je osvojena znalost jejího předmětu, tedy jazyka jako znakového systému obecně i jazyka jako konkrétního dorozumívacího kódu. Práce má přirozeně interdisciplinární charakter. Propojuje ve své podstatě tři různé sféry – medicínskou, logopedickou a lingvistickou. Samotné zkoumání řečových poruch poskytuje cenné poznatky o fungování jazyka ve své intaktní podobě. Nutno zmínit, že „nepopíratelným faktem je to, že pacient postižený poruchami řeči, které jsou sice i problémem lingvistickým, je problémem medicínským a zodpovědnost za jeho rehabilitaci nese lékař, nikoli lingvista“ (Lehečková, 1984). Rozsah a účel této práce mají zjevně svá ohraničení, nicméně se rýsuje její aktuální přínos pro praxi, což mimo jiné dokazuje mé působení jakožto řečového terapeuta v Klubu Afasie. Terapeutická práce s klienty vychází z lingvistických znalostí, stejně tak jako ze znalostí logopedických.

S ohledem na výše nastíněná východiska není možné vzhledem k rozsahu a především záběru problematiky afaziologie vynášet plošné hypotézy a ověřovat je na omezeném vzorku. Cílem této práce je podtrhnout roviny, ve kterých je dosahováno interdisciplinaritě ve směru lingvistickém. Analyzovat tak autentické promluvy pacientů s afázií, konkrétní optikou skrze agramatismus, který je symptomem narušené komunikační schopnosti – afázie. „Projevuje se převážně změnami v morfosyntaktické struktuře výpovědi, které můžeme interpretovat jako gramatické chyby“ s negativní konotací (Kubík, Stehlíková, 2017, online).

Zároveň můžeme vymezit možnosti vycházející z lingvistických oblastí a jejich aplikovatelnost v terciární prevenci, konkrétně řečových terapií pacientů s afázií. Tímto záběrem akcentujeme další pole působnosti absolventa oborů českého jazyka a speciální pedagogiky s rozšířením o logopedii.

Práce je v části teoretické členěna do kapitol neurogenních poruch řečové komunikace a narušené komunikační schopnosti a na základě toho je definována afázie. Propojují se zde pohledy neurologické a logopedické, na jejichž základě budeme v práci vyvozovat roli lingvistiky. Představíme kontext řečových skupinových terapií, při kterých vznikaly nahrávky promluv afatiků. Následně vymezíme pojmem agramatismus, kterým je

vstupováno do lingvistické části práce, kdy dojde k překlenutí do jazykových rovin, jež jsou vytyčeny v kontextu jednotlivých typů afázie s ohledem na praktickou část a kazuistik daných klientů za cílem plného propojení části teoretické a části praktické. Praktická část se poté zaměřuje na analýzu nahraných promluv afatiků nad vybraným dějovým obrázkem a zamýšlíme se nad využitím získaných poznatků v praxi a následnou realizací konkrétních řečových terapií, nad čímž budeme uvažovat v kapitole diskuze, po které bude dovršeno závěru.

1 Terminologie dvou úhlů pohledu

Interdisciplinarita, která je stanovena již v úvodu, naléhá na koncepčně široký úhel pohledu. Neurologicky je afázie totiž vymezena jako *porucha* vyplývající z konkrétního poškození mozku, logopedicky se však vymezuje jako narušená komunikační *schopnost*. V obou případech se jedná o afázii.

„Pozorování afázie bylo po dlouhou dobu součástí vývoje medicíny. V antice lze nalézt mnoho zmínek o *poruchách* řeči.“ (Flanderková, 2019, s. 34). Kliničtí logopedi Klubu Afasie ji vymezují jako jedno z nejzávažnějších a nejkomplikovanějších *narušení komunikační schopnosti* (Klub Afasie, 2019, online).

Jak vidno, problematika funguje v různých odborných světech, které jsou vzájemně pevně provázané. „Afázie nemohou být pochopeny z pohledu jedné disciplíny“ (Byngová et. al in Flanderková, 2019). Pro pochopení a funkční vymezení afázie jsou představeny pohledy oba¹. Neurologicky se zaměřujeme na konkrétní poškození centrální nervové soustavy a primárně na tomto podkladu je v kapitole 4 (Afázie) stanovena etiologie a symptomatologie. Logopedicky je poté otevřen termín komunikace, což otevírá lingvistické spektrum práce, na které je prakticky navázáno.

V práci zacházíme s oběma termíny s ohledem na zaměření konkrétní kapitoly. Termíny jsou *neurogenní porucha řečové komunikace* a *narušená komunikační schopnost*. Elementárně směřujeme k ucelení obou úhlů a funkčnímu konkretizování s cílovým termínem *afázie*.

¹ S ohledem na strukturu diplomové práce a její rozsah je optika cíleně úzce formovaná.

2 Neurogenní poruchy řečové komunikace

Neurogenní poruchy řečové komunikace u dospělých osob jsou nejčastěji zapříčiněny poškozením mechanismů činnosti centrální nervové soustavy (dále "CNS"). Tradičně jsou vyčleňovány čtyři skupiny (Neubauer, 2018):

- cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody;
- traumatická poškození tkáně CNS;
- tumory a infekce CNS;
- degenerativní onemocnění CNS.

2.1.1 Cévní onemocnění mozku

Toto onemocnění se přímo vztahuje k náhlým cévním mozkovým příhodám. Z 80 % ji způsobuje nedokrvení části mozkové tkáně dané oblasti a z 20 % je příčinou raptura tepny s krevním výlevem do okolní mozkové tkáně. Méně časté je vrozené oslabení cévní cesty, na jehož podkladě může snadno dojít k raptuře tkáně.

S následky cévního onemocnění mozku, v kontextu deficitů řečových a komunikačních, se potýkají osoby až ve více než 60 %. Ty následně trpí určitým stupněm poruchy hybnosti a mentální deficit je v řečových a komunikačních funkcích (Neubauer, 2018).

2.1.2 Traumatické postižení CNS

Trauma, jinak vymezované jako úraz (zde konkrétně mozku), bývá jednou z častých příčin vzniku neurogenních poruch řečové komunikace. „Především mozkové zhmoždění a krvácivé stavy s tvorbou hematomů zapříčiňují vznik chronicky přetrvávajících poruch řečové komunikace na bázi poruch paměti, fatických funkcí či motorických řečových poruch“ (Neubauer, 2018, s. 237).

2.1.3 Tumory a infekce CNS

Tumory s ohledem na lokalizaci a typ mohou zapříčinit poruchy v celém širokém spektru komunikačních poruch a komplikace se projevují zpravidla pozvolna či naopak náhle v kontextu chování tumoru. Infekční onemocnění se vydělují jako meningitidy, encefalitidy, myelitidy a narušují strukturu CNS, což přechází do konkrétní neurogenní poruchy komunikační schopnosti (Neubauer, 2018).

2.1.4 Degenerativní onemocnění CNS

Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza mozkomíšní, formy atrofií mozkové tkáně většinou narušují centrální motorický systém. Degenerace mozkové kůry otevírá půdu pro vznik demence. Ve vztahu k afázii z celého konceptu vychází tzv. primárně progresivní afázie, které se detailně věnuje Cséfalvay v jedné z nejnovějších publikací (2023).

Neubauer (2018) představuje současný koncept neurogenních poruch komunikace u dospělých osob. Ten „je výrazem vyspělého etiologicky zaměřeného přístupu k oblasti především získaných poruch komunikace u dospělých a stárnoucích osob.“ Rozděluje poruchy „na bázi postižení motorických řečových modalit (neurogenní motorická porucha řeči), individuálního jazykového systému (neurogenní jazyková porucha) a kognitivně-komunikačních funkcí (kognitivně-komunikační porucha).“ Z toho vychází přiřazení afázie k poruše užití individuálního jazykového systému, která snižuje jedinci schopnost dekodování či užití smysluplných lingvistických částí, slov, případně větších syntaktických celků (Neubauer, 2018, s.233-234).

3 Narušená komunikační schopnost

Pro plnohodnotné vymezení pojmu narušená komunikační schopnost, který zastřešuje velmi rozsáhlou problematiku, je nutno se opřít o pojem komunikace. Ten může být nastíněn výmluvnou představou „lidské společnosti jako sítě vztahů mezi lidmi. Přeneseně si ji představíme jako rybářskou síť, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi. Ale co vlastně je toto lanová v lidském světě?“ Odpovědí je komunikace (Argyle a Tower, 1979 in Vybíral, 2005, s. 25). V Sociologické encyklopedii je v širokém smyslu vystižena jako „jakýkoliv přenos informace“ (Nešpor, 2017, online). Dle Lejsky (2003) komunikaci instinktivně využíváme k přenosu informací skrze specifické informační kanály (optický, akustický a pachový). Již Maslowem stanovená pyramida potřeb staví komunikaci do svého pevného základu.

Samotný proces komunikace je možné rozčlenit do dílčích etap, zpravidla jsou tři. Čechová (2000) tyto etapy představuje jako komunikační koncepci, vlastní komunikování – lokuci a ilokuci a recepci komunikátu. V každé z těchto etap může dojít ke komunikačnímu šumu. „Za komunikační šum je obvykle považováno vše, co doprovází, narušuje a zkresluje komunikační proces“ (Vymětal, 2008, s. 33) a na základě toho dochází k menším, či větším nedorozuměním.

Když tedy dojde k přetržení pomyslného lana, či se proces dlouhodobě naruší, dojde v tu chvíli k interferenci, kterou můžeme definovat jako narušenou komunikační schopnost, při které je komunikace „narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jazykových projevů působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru jednotlivce“ (Lechta, 2003, s. 17).

Lechta (1990, 2003) dále rozvádí, že z hlediska závažnosti narušení jsou zaznamenávány jak lehké odchylky, tak i úplné ztráty komunikační schopnosti, bez vazby na věk. Projevit se mohou v každém věku jako dominantní, či symptomatologická narušení. Narušená komunikační schopnost se stala předmětem zkoumání pro logopedii. Což je dle definice „věda zkoumající z hlediska příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence“ (Lechta, in Klenková, 2006, s.12) danou narušenou komunikační schopností. V takto nastíněném pojetí je zřejmý prvek interdisciplinarity, čímž se logopedie velmi úzce propojuje s dalšími vědními obory. Z hlediska záběru této diplomové práce ji budeme

propojovat zejména s lingvistikou. Na pozadí „řady jiných interdisciplinárních oborů, jejichž jednou součástí je lingvistika, vznikla v posledních desetiletích i tzv. neurolingvistika, stojící, zhruba řečeno, na pomezí nauky o patofyziologických interpretacích onemocnění, která způsobují poruchy řeči, a lingvistiky“ (Lehečková, 1984, s. 154).

Dle odborných publikací postavení lingvistiky při řešení narušené komunikační schopnosti stále uzrává. Svou interdisciplinaritou dochází ke střetávání množství metodologií a perspektiv v kontextu daného problému, kdy medicínská intervence z podstaty věci převládá nad ostatními. I přes to lingvistika obohatila pole zkoumání řeči, čímž významně přispěla k perfektivizaci diagnostiky a následné terapie. „Ukázala např., že jazyk se skládá z hierarchicky organizovaných rovin, že ne všechny vzorky řeči o stejné délce jsou stejně průkazné pro zjišťování závažnosti poruch řeči, že pořadí osvojování jazykových struktur je v opačném poměru k pořadí jejich rozpadu při určitých typech poruch atd.“ (Lehečková, 1984, str. 154). Narušená komunikační schopnost je komplexním problémem, který postihuje celou osobnost člověka a významně ovlivňuje kvalitu jeho života.

Typologie narušené komunikační schopnosti

Dle Lechty (1990, 2003 in Klenková, 2006, s. 55) se narušená komunikační schopnost člení do 10 základních kategorií.

Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie), získaná orgánová nemluvnost (afázie), získaná psychogenní nemluvnost (mutismus), narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie), narušení plynulosti řeči (balbuties, tumulus sermonis), narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie), narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu (dysfonie) a kombinované vady a poruchy řeči.

4 Afázie

„Moderní afaziologie stojí na průsečíku tzv. neurověd (neuroanatomie, neurofyzilogie, neurobiologie, klinické neurologie aj.), psychologických věd (kognitivní psychologie, klinická psychologie, neuropsychologie), lingvistiky (psycholigvistiky, neurolingvistiky), logopedie, ale v určitém smyslu i biokybernetiky, biofyziky, aj.“ (Cséfalvay, 1996, s. 16).

Afázie je narušená komunikační schopnost – neurogenní porucha řečové komunikace, ke které dochází při narušení centrální nervové soustavy. Je následkem ložiskového poškození mozku v jazykově dominantní hemisféře vycházejícího z komplikací vnitřních procesů. Ty mohou být zapříčiněny cévními mozkovými příhodami, zánětlivým onemocněním apod. a vnějšími vlivy způsobenými traumatem, při operování nádorů apod., které postihují mozek a jeho řečové oblasti. Tímto se afázie vymezuje jako ohraničené poranění mozku. Afázie postihuje kvalitu řeči v celém rozsahu od percepce až po produkci. V každém případě se liší svou závažností a stupněm narušení, které můžeme sledovat ve všech jazykových rovinách (foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické, pragmatické) v čemž se v literatuře shodují např. Cséfalvay a Lechta (Lechta, 2003). Flanderková (2019) afázii dále rozvádí jako plošné narušení, které je rovněž zachycováno v jazykových modalitách. Ty jsou vymezovány jako mluvení, čtení a psaní. Narušení je zaznamenáno v jazykovém vstupu (inputu, porozumění) i výstupu (outputu, produkci, expresi.). Pro svou komplexnost je toto onemocnění poněkud okřídleně nazýváno úrazem osobnosti. Řeč je tímto pohledem „základním nástrojem lidské myšlenky, kultury a pokroku, základním projevem osobnosti. Afázie je úraz osobnosti, trpí homo faber a homo loquens, pracující a hovořící, dorozumívající člověk“ (Kiml, 1969).

„Historie zkoumání afázií je poměrně krátká – něco přes 120 let. Prvním závažným zjištěním v této oblasti bylo, že afázie je výsledkem určitého typu mozkových lézí (tj. postižení nervového systému)“ (Lehečková, 1984, s. 155). V roce 1861 to byl Paul Broca, který popsal konkrétní typ afázie, která byla trasována ke specifické oblasti narušení mozku, „byla konstatována léze ve frontálním laloku levé hemisféry. Oblast následně dostala označení dle svého objevitele Brocovo centrum a typ afázie následně nazýván Brocova afázie“ (Lehečková, 1984, s. 155). Koukolík (2005) shrnuje tento průlom doloženým případem prezentovaným na zasedání antropologické společnosti. Kazuistika prezentovala cévní

mozkovou příhodu muže, který ztratil schopnost intaktní verbální komunikace. Důležitým se stal termín aphémie, míněno ztráta procesu umožňující artikulovanou řeč. Případ nesl název „Případ Tan-tan“. Pojmenování vzešlo z jediných možných vyslovitelných slabik pacienta.

Další řečové centrum bylo objeveno v roce 1874 a jeho objevitelem byl Carl Wernicke. Lokace tohoto centra byla vymezena v levém temporálním laloku. Symptomy narušení jsou v opačném spektru od typu Brocovy afázie (konkrétněji v následující kapitole). Zasažení komunikační schopnosti vychází z receptivní oblasti řeči, nikoli její plynulosti. Tyto typy (Brocova, Wernickeova afázie) jsou mnohdy vymezovány jako protiklady.

Neurolingvistické metody

Lehečková (1984) v zásadě vymezuje tři neurolingvistické metody pro „hledání fyziologických parametrů jazyka“. První z nich je metoda dichotického poslechu, která je využitelná i u zdravých jedinců. Do sluchátek obdrženy testovanou osobou vedou zvukové stimuly, které jsou odlišné levému a pravému uchu. Po určitém časovém úseku má testovaná osoba reprodukovat co největší množství zachycených, zapamatovatelných zvukových stimulů. Pokusy ukázaly, že čteněji byly zachyceny stimuly z ucha pravého. Na základě křížového spojení a uložení řečových center zpravidla v levé hemisféře je prokázáno lepší zpracování inputů z pravého ucha. Další možností je vyvolání reakcí v mozku, což bývá prováděno při jeho operacích. Na medicínských podkladech je doložitelné nakolik je řeč složitou činností, zároveň jak složité je danou činností vyvolat vnější stimulaci. V poslední řadě vymezuje „studium afázií jako nejrozsáhlejší a nejplodnější oblast neurolingvistiky“ (Lehečková, 1984). Jakobson provedl „nejkomplexnější rozbor afázie jako lingvistického problému“ (Jakobson in Lehečková, 1986), a dal tak důraz na lingvistický vhled do problematiky afázie. Takový rozbor vede k přímému počátku objasnění intaktního jazykového systému deduktivní metodou.

4.1 Etiologie a symptomatologie

Etiologie

Afázie je definována jako náhle vzniklá ztráta schopnosti produkovat mluvenou řeč. Dochází k narušení porozumění mluvené a psané řeči, které je způsobené převážně poškozením levé mozkové hemisféry. V této hemisféře se nachází řečové oblasti.

Afázie je získaným onemocněním. Nebudová v publikaci Afázie (et. al, 1997) vyděluje cévní mozkové příhody, které spadají do cévních mozkových onemocnění, jako nejčastější příčinu afázie. Dále může být afázie následkem nádorového onemocnění, traumatu či neurodegenerativní poruchy (viz kapitola 1).

Neubauer (2018, s. 443) představuje na základě šetření výzkumného centra pro afázie z Boston veterans Medical Center procentuální zastoupení skupiny 444 osob s diagnostikovanou afázií: Brocova afázie 24 %, Wernickeova afázie 18 %, dysnomická afázie 18 %, kondukční afázie 9 %².

Symptomatologie

Specifikum problému spočívá u jedince ve ztížení až nemožnosti srozumitelného vyjádření se verbálně, mnohdy včetně neverbální složky řeči. Z důvodu komplikací v percepci a recepci narušení zasahuje i chápání adresovaných slov. Rovněž zasažená je výbavnost slov a základní schopnost práce s individuální slovní zásobou. Za specifické problémy bývá považována *dysnomie* a *parafrázie*.

Dysnomie (anomie) spočívá v obtížnosti pojmenování. Proces výběru slov ze sémantické jazykové sítě není přímočarý a mnohdy dojde ke kompletnímu selhání při snaze o pojmenování daného. Nejedná se však o deficit v paměťové oblasti, nýbrž o neschopnost vybavení si slova. Jak uvádí Neubauer (2018), právě poruchy paměťové funkce mají svůj pevný základ při diferenciální diagnostice a odlišují poruchy individuálního jazykového systému (afázie) od kognitivně-komunikační poruchy (často syndrom demence).

Termín *parafrázie* přímo zastupuje nahrazení specifického pojmu z důvodu narušené výbavnosti jazykového systému. Rozlišujeme fonémické *parafrázie* (žible místo židle,

² Vybrané byly pouze typy afázie v návaznosti na praktickou část této práce.

dochází k záměně fonémů) a sémantické parafrázie (židle nahrazena stoličkou). Sémantické parafrázie jsou slova, která jsou sémanticky spjatá, konkrétně mohou i přecházet v útvarech národního jazyka (příznakové nářečí, slangová zvyklost pacienta). Specifickou skupinou parafrázie tvoří neologismy v afaziologickém kontextu. Za ty jsou považovány slovní tvary beze smyslu, případně novotvary jakožto důsledek nesprávného vybavení slova, označované jako slovní parafrázie (Neubauer, 2018, Flanderková, 2019).

V neposlední řadě jmenujeme *perseveraci*, která rovněž provází jedince s afázií. Doslova se jedná o přetrvávání, ulpění na daném slově. Při komunikaci obsazujeme určité pojmové pozice v řečových oblastech. Pokud afatik tuto pozici obsadí, stává se pro něj obtížné téma (slovo) změnit. Utkívá takzvaně v bludném kruhu, vyslovuje stále stejné, ačkoli se chce v konverzaci posunout. Daný jev v komunikaci přetrvává individuálně dlouho.

4.2 Typologie afázie

Při klasifikaci afázie se v dnešní klinické praxi a literatuře užívá popisu klinických syndromů. „Klinické syndromy afázie tvoří kombinace různých jazykových deficitů i symptomů afázie. Jejich variabilita je značná“ (Cséfalvay, Lechta et al., 2013).

Tradiční polární rozdělení je vztahováno ke dvěma řečovým oblastem v levé hemisféře našeho mozku, jimiž jsou Brocovo centrum a Wernickeovo centrum. „Afázie převážné většiny pacientů se dá podle spontánní řečové produkce spolehlivě rozdělit na dvě podskupiny – fluentní a nonfluentní (zejména narušení produkce řeči – Brocovo centrum)“ (Cséfalvay, Lechta et al., 2013). Následně vymezená typologie vychází z bostonského konceptu klasifikace afázie a je uváděna s ohledem na praktickou část práce a její protínání se s částí teoretickou.

4.2.1 Brocova (motorická) afázie

Tento typ afázie je označován jako nonfluentní. Nový encyklopedický slovník češtiny vymezuje Brocovu afázii jako onemocnění vzniklé poškozením levé hemisféry v Brocově oblasti, případně poškozením této oblasti mozku. Řečová produkce je charakterizována pomalým tempem a značným artikulačním úsilím, zhoršenou artikulací. Z lingvistického hlediska jsou interference vymezovány jako zjednodušená syntax, redukováná délka výpovědi, elize výrazů autosémantických (*verbum finitum*) a volných gramatických

morfémů. I přes množství chyb v řečové produkci jsou ve spontánní produkci zaznamenány korektní výpovědi po gramatické stránce s jistou plynulostí. Funkční porozumění stále zaznamenáváme na úrovni izolovaných slov, gramaticky jednoduchých vět a jedinec je tak schopen konverzovat na základní úrovni. Vede efektivní konverzaci, která má známý rámec a kontext, mnohdy je doplněna o vizuální vjem.

4.2.2 Wernickeova (senzorická) afázie

Nový encyklopedický slovník češtiny definuje Wernickeovu afázii, označovanou také jako fluentní, jako narušení způsobené poškozením zadní části horního spánkového laloku levé hemisféry, kde je lokalizováno Wernickeovo centrum. Řečová produkce bývá rychlá, má rytmus i melodii, dominantním znakem je plynulá řečová produkce, která má ale svá specifika. Obsahuje množství neexistujících slov, afaziologie pracuje s termínem neologismus, ve významu vlastního žargonu. Spontánní produkce řeči má zpravidla nulovou informační hodnotu. Porozumění je problematické na verbální i neverbální úrovni.

Promluvy osob s Brocovou a Wernickeovou afázií jsou ze zřejmých důvodů vymezovány vůči sobě. Brocova afázie se vyznačuje omezenou řečovou produkcí a mnohdy chybí složitější strukturované výpovědi, ale ve smyslu a obsahu má čitelnou intenci. Wernickeova afázie je mimo jiné deficitní také ve zpětnovazební kontrole a neschopnosti reflektovat problémy s porozuměním.

4.2.3 Dysnomická (anomická) afázie

Typ afázie, který bývá označován jako nejmírnější forma. Řečová produkce je plynulá, k intervencím dochází na poli pojmenování. Vyhledávání a výběr slov je narušen. Na základě toho je řeč pomalá, časté jsou pauzy a opisné pasáže (Flanderková, 2019). Anomie je v literatuře vymezena jako porucha výběru daného slova, které ovšem v mentálním lexikonu stále existuje, jeho výbavnost je ale narušena (Goodglass a Wingfield, 1997 in Flanderková 2019). Anomický typ může být diagnostikován samostatně. Anomie samotná se může vyskytovat i u ostatních typů afázií. Na tomto základě není navázána na konkrétní oblast poškození řečových oblastí, ale důsledkem může být jakékoli lokalizační narušení (Flanderková, 2019).

4.2.4 Kondukční (centrální) afázie

Kondukční afázie bývá také nazývána jako převodní typ afázie. Je specifická narušením opakování slyšeného, poškozena je senzoricko-motorická integrace. Neschopnost zopakovat nenarušuje relativní plynulost spontánní řeči, objevují se ale četné parafrázie a zdlouhavé vyhledávání slov. Chybovost je u tohoto typu navázána na jazykovou charakteristiku slov (délka, skladba slova, frekvence výskytu). Lokalizace poranění bývá trasována lézí v levé hemisféře, konkrétně hranicí spánkového a parietálního laloku (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

U všech typů je podstatná role mentálního lexikonu, vyhledávání slov je značně zpomaleno.

5 Řečové terapie

Klub Afasie, z.s. je nezisková organizace působící v České republice od roku 2000. Za účelem podpory osob s afázií organizují konverzační skupiny a terénní péči o ležící afatiky. Terapeuti Klubu pečují o osoby, pro které přestala být řeč samozřejmostí. Působí v oblasti terciární prevence v co nejširším záběru. „Provozují poradnu, publikují, přednáší, dělají vše pro to, aby se lidem s afázií žilo snáz. Sdružení založila afatička paní Viktorie Bartoníčková“, nyní je předsedkyní Klubu klinická logopedka Zuzana Konůpková (Klub Afasie, 2019, online).

Mé působení v Klubu Afasie započalo v roce 2021. Po absolvování náslechů a supervizí jsem přešla k přímému souvislému působení v roli řečového terapeuta a vedení konverzačních skupin na podkladu státních závěrečných zkoušek z logopedie a speciální pedagogiky v kombinaci státních závěrečných zkoušek z českého jazyka na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy.

„Osvědčeným formátem skupinové terapie bývá působení v malé skupině, kde interakční projevy v navozené sociální situaci slouží k uplatnění a upevnění získaných dovedností a komunikačních kompenzačních strategií“ (Neubauer, 2018). Při vedení mých skupin čerpám z lingvistického pohledu na problematiku a vnáším je do realizací jednotlivých setkání. Skupiny vedu dvě a každá z nich je časově dotována hodinou a půl. Konverzační skupiny se početně skládají ze dvou až sedmi klientů. Klienti se nachází v bezpečném prostředí, ve kterém je zprostředkována souvislá a celková podpora jejich osobnosti a schopností. Konverzační skupiny zpravidla nemají pevnou a zcela opakovatelnou strukturu. Soustředíme se primárně na rozvíjení spontánní konverzace, ve které je hlavním aktérem klient. V Klubu působí několik terapeutů a každý má svůj individuální a specifický styl vedení skupin, díky kterému dochází k aktivaci různých podnětů v různých týdnech opět za účelem stimulace klienta.

Tematicky se zaměřuji na ucelené celky a postihnuta jsou nejčastěji neutrální témata jako jídlo, cestování, kultura, počasí, společenský život. Z tohoto pohledu jsou jednotlivé realizované skupiny záměrně tematicky ucelené, ale vychází se vždy z asociací a potřeb klientů. Každá skupina tak začíná realizací spontánní, nepřipravené a neohraničené komunikace (rozhovoru), po které se přechází ke konkrétním cvičením a aktivitám. Při

těchto aktivitách je možné hovořit o rozhovorech strukturovaných, nikoli však zcela řízených.

Při terapiích se s klienty zaměřujeme na oblasti podpory porozumění, verbální exprese (stavby vět, výbavnost slov), fonologické představy, dále představy morfologicko-syntaktické a cvičení čtení, psaní, počítání ad. Provádíme to rozličně na základě sestavených pracovních listů, vybraných stimulujících obrázků (komplikovanějších, siluet, jednotlivin ad.), či kombinací a plně sestavených struktur z terapeutických hlav.

5.1 Lingvistika v kontextu řečových terapií

Skupinové řečové terapie se osvědčují jako účinné v rozvíjení funkčního pragmatického komunikování v běžných životních situacích, které jsou v rámci jejich realizace simulované. Terapeut – lingvista „se snaží zobrazit jazykové schopnosti dané osoby v běžné každodenní komunikační situaci a definovat oblasti jejich možného rozvoje a stimulace“ (Neubauer, 2018, s. 452). Funkční propojení lingvistiky a diagnostiky afázií je stále v souvislém procesu a vývoji, prozatím není žádná ucelená metodika mezioborové spolupráce s převahou lingvistických či neurolingvistických poznatků (Neubauer, 2018).

Podstatou řečových terapií nicméně nadále zůstává konverzační schopnost a funkční schopnost jejího vedení s komunikačním partnerem z různorodých sociálních skupin pacienta. Neodmyslitelně tím lingvistika vstupuje do všech sfér terapeutické péče od zahájení, vedení až po samotné hodnocení aktuální situace pacienta.

6 Agramatismus

Agramatismus bývá definován jako postižení gramatické struktury produkce vět. Otázka, zdali mají agramatické symptomy počátek v reprezentaci jazyka či jsou deficitem jazykových procesů (Bastiaanse, Thompson, 2012), je stále předmětem debat. Na agramatismus je v literatuře nahlíženo jako na průvodní rys afázie. Dříve byl termín úzce spojován s typem Brocovy afázie a následně připisován zejména tomuto typu. Moderní literatura již však agramatismus spojuje s afázií v plošném významu (Flanderková, 2019). Za termínem *agramatismus* stojí německý lékař Adolf Kussmaul, termín *paragramatismus* zavedl německý neurolog a psychiatr Karl Kleist. Paragramatismus spojujeme se senzorickou afázií, při které jsou zachovány syntaktické struktury, naopak koncovky jsou kontaminovány a v rozporu s lingvistickými normami. Agramatismus oproti tomu vymezuje neschopnost spojování morfémů a slov do jazykových celků majících smysl. O rozvinutí termínu a jeho chápání „nikoliv jako poruchy mysli či intelektu, nýbrž jako poruchy jazyka an sich“ se zasloužil pražský psychiatr Arnold Pick (Flanderková, 2019, s. 62). Pro ucelení této práce zahrnu obě interference pod pojem *agramatismus* vztahující se na morfologicko-syntaktickou stránku jazyka. K tomuto rozhodnutí přistupují i další autoři odborné literatury (zejména Lehečková, 1986 i Flanderková, 2019).

Konkrétněji za agramatismus považujeme změnu struktury výpovědi, morfologické deformace, *neologismy*³. Agramatismus má mnoho aspektů a není zakořeněn pouze v jedné jazykové rovině. V kontextu problematiky agramatismu je možné se cíleně zaměřit na jednotlivé jazykové roviny. Kukkonenová (in Lehečková, 1986) vymezuje tři základní hypotézy. Z lexikálního pohledu se u afatiků ztrácí rozdíl mezi slovy gramatickými a plnovýznamovými a z toho vyplývají interference syntaktických operací percepčních i recepčních. Fonologický vzhled má několik úhlů. Pohledem medicínským je důsledkem apraxie (pozn. porucha koordinace pohybů řečového ústrojí) a není tu souvislost s narušením jazykového systému. Dále je pohled veden k rozpadu motorických automatismů. Jedinec ztratil schopnost *vnitřní řeči*. Pohled třetí pokládá za příčinu narušení prozodie řeči. Nepřízvučná slova se vytrácí z promluvy. Syntakticky je agramatismus morfologicko-

³ afaziologický kontext termínu – vymezení viz kapitola 3 Symptomatologie

syntaktickou poruchou. Jednotlivé složky mohou být však narušeny i odděleně, nejedná se tedy pouze o souvztažný problém (Lehečková, 1986, s. 138-147).

Samotný výskyt agramatismů napomáhá hlubšímu vhledu do struktury jazyka z lingvistického pohledu. Na pozadí narušené komunikační schopnosti – neurogenní poruchy komunikace vyvstává systém postupného osvojování si jazyka a jeho funkčnost. „Lingvistické vysvětlení zakládající se na dichotomii paradigmatických a syntagmatických vztahů v jazyce položil R. Jakobson. Zatímco afázie s poruchou paradigmatických vztahů vede k narušení schopnosti vybírat a substituovat jazykové jednotky a ke ztrátě speciálních slov, poruchy syntagmatických vztahů zásobují neschopnost kombinovat jazykové jednotky a tvořit věty“ (Lehečková, 1986).

V češtině se agramatismus projevuje dvěma hlavními způsoby. Správný tvar je v komunikační situaci nahrazen nesprávným a dále jsou vynechávány jazykové jednotky, které jsou jinak pro správnou strukturu výpovědi vyžadovány. Lehečková (2010) opatrně hovoří o tzv. agramatických univerzáliích, do kterých přiřazuje vynechání volných gramatických morfémů, nahrazování morfémů vázaných, tvoření převážně krátkých vět zjednodušené syntaxe, pomalé tempo řeči, nahrazování příznakovějších forem těmi méně příznakovými a převažované častější vynechávání sloves oproti vynechávání substantiv (in Flanderková, 2019) .

7 Jazykové roviny v afaziologickém kontextu

Jazyk je systémem, který jsme schopni členit do jednotlivých rovin. Ty se vzájemně ovlivňují a zároveň na sebe navazují. Jazykovou rovinu Dvořák (2007) definuje jako dílčí systém jazyka, který je charakterizovaný specifickými základními jednotkami. Konkrétně členěné roviny nazýváme jako *foneticko-fonologickou rovinu*, *morfologicko-syntaktickou rovinu*, *lexikálně-sémantickou rovinu* a *pragmatickou rovinu*. Rovinu samotnou lze interpretovat řadou způsobů.

Karcevskij (1927, in Prouzová, 1988) teoretizuje o jazykovém systému jako o vztazích. Ekvivalentní vztahy fungují mezi dvěma množinami vzájemně se odlišujících elementů. Rozlišuje podmíněnost psychických stavů a rozmanitost mluvní aktivity. Obě množiny plně ovlivňují struktury realizované promluvy. Konkretizuje tak elementy na obsahové a formální. „Mechanismus, který obě tyto množiny spojuje, je velmi komplikovaný, spojování s sebou přináší množství přechodných etap. Tak se vytvářejí různé sémiologické plány, jejichž celek tvoří to, co nazýváme jazykem“ (Prouzová, 1988).

Lehečková (1997) rovněž pracuje s pojmem vztah, když rozlišuje syntagmatické a paradigmatické vztahy v jazyce. Jazykové jednotky jsou v určitých vztazích k ostatním jednotkám. Můžeme je rozčlenit do dvou typů, a to syntagmatické vztahy (kombinovatelnost jednotek) a paradigmatické vztahy (substituovatelnost jednotek). V kontextu syntagmatických vztahů jednotky, které se kombinují, nabývají komplexnosti. Takový vztah tvoří syntagma. Navázané vztahy mezi jednotkami se plně podřizují gramatickému systému českého jazyka. Paradigmatický pohled pak cíleně podřizujeme výběru v kontextu a vybíráme ze souboru nám známých gramatických forem jednoho slova (Lehečková, 1997, s. 134).

Dle Achmanovové (1966, in Prouzová, 1988) jeden z pohledů chápání roviny interpretujeme „jako jednu z fází vědeckého zkoumání jazyka určenou vlastnostmi jednotek, které se vydělují při postupné segmentaci řečového proudu od nižších jednotek k vyšším, tj. od hlásky k fonému, morfému, slovu atd.“ Pak je zásadní to, „že jazykové jednotky tvoří síť vztahů, že na sebe vzájemně působí. Tato myšlenka je mj. velmi důležitá pro koncipování výuky jazyka nebo rehabilitaci řeči“ (Lehečková, 1997, s. 136). Rodí se tak teoretický základ plánu praktické části této práce, který spočívá v analýze řečových promluv afatiků

v definovaných rovinách. V následných kapitolách dojde k propojení afaziologické typologie a interferenčních projevů na jednotlivých rovinách.

Foneticko-fonologická rovina

Zvuková stránka je považována za jednu z nejvíce prozkoumaných jazykových rovin narušené komunikační schopnosti. S ohledem na množství a typ získaných materiálů ke zkoumání jsou interference ve své podstatě čitelně rozpoznatelné. Vycházejme ze samotného pojmenování této roviny. V tom případě je třeba vymezit termíny fonetika a fonologie. Encyklopedický slovník češtiny (Karlík, Nekula, Pleskalová, 2002, s. 136-137) definuje fonetiku jako „interdisciplinární obor zabývající se mnohostranným popisem zvukové stavby jazyka a obecnými zákonitostmi jejího fungování řeči“ a fonologii jako „lingvistickou disciplínu soustřeďující se na popis funkčního využití zvukových vlastností struktury jazyka. Zahrnuje jak segmentální, tak prozodickou vrstvu zvukové stavby“.

Krčmová (2006, s. 85) propojuje specifika těchto odborných oblastí jejichž společné pole působení nacházíme ve zvukové stránce jazyka, přičemž „fonetika popisuje všechny zvuky, které jsou v řeči užité a fonologie se zabývá konkrétně těmi, které rozlišují význam, mají distinktivní funkci“.

Foneticky se soustředíme na fyzikální charakteristiky řeči. Pozornost je zaměřena na individuální realizace hlásek. Konkrétně na poli artikulačním zkoumáme, jak se řeč tvoří, a na poli akustickém směřujeme pozornost k percepci, jak řeč zní. Daným zvukům následně v mozku přiřazujeme jejich funkci. Proces přechází k fonologii. V tomto pohledu má foném povahu diskrétní jednotky, je odděleným segmentem zvukového znaku. Foném je rovněž jistou abstrakcí, jakýmsi souborem rysů, z hlediska kterých dochází k rozlišení významu. (Lehečková, 1997). Narušení této roviny jsou dělitelná do skupin:

- a) vypuštění fonému;
- b) přidání nadbytečného fonému;
- c) nahrazení fonému;
- d) asimilace fonému.

Pro formulování zvukové podoby řeči je třeba, „aby se vytvořil dechový proud, aby vznikl hlas a byly artikulované hlásky. K tomu slouží ústrojí dýchací, ústrojí hlasové a konečně

ústrojí artikulační. Porušení kteréhokoli z nich vede k narušení zvukové komunikace, její materiální složky“ (Lehečková, 1997).

Morfologicko-syntaktická rovina

Od minimální jazykové jednotky fonému se v této rovině posouváme k minimální jednotce nesoucí význam – morfému. Ovšem stále se nejedná o samostatnou jednotku. Morfologie je lingvistická disciplína, která „studuje všechny typy morfémů z hlediska jejich kombinatoriky, formy a funkce“ (Osolsobě, 2017). Jedná se o gramatickou strukturu jazyka.

Lechta a Klenková (1990, 2006) primárně akcentují problematiku slovních druhů ve vztahu k narušené komunikační schopnosti. Promluva jedince mnohdy lpí pouze na skladbě sestávající nejčastěji z podstatných jmen, zájmen a sloves. Záměrem terapeutického působení je obohatit individuální aktivní slovní zásobu jedince o variaci předložek a příslovcí (tyto slovní druhy byly výslovně zmíněny autory). Dodávám, že považujeme za samozřejmé sebevědomé pohybování se v celém kontextu slovních druhů a jejich následné užívání.

Symptom afázie *agramatismus* „se obecně projevuje nesprávným užitím morfologických tvarů“ (Lehečková, 1997, s. 143). Jinými slovy dochází k „substituci vázaných gramatických morfémů ze stejné gramatické kategorie za jiné“ (Lehečková in Kubík, Stehlíková, 2017, online). Gramatické koncovky se při řečové produkci vymykají spisovné normě, což v afatickém kontextu nemůže být přisuzováno neznalosti gramatických pravidel. Afatik koncovky slov neopomíná, ale přiřazuje neúplným tvarům slov chybné části (např. *židle* – *židla*). Koncept deklinace nicméně dodržován je. To vede k závěrům, že „informace v mysli jsou organizovány pravděpodobně jako soubor základních prvků a z nich odvoditelných sekundárních jednotek. Za základní formy se považují nejfrekventovanější tvary a osvojeny jsou jako první, v afázii nejčastěji nahrazují správné formy“ (Lehečková, 1987 a 1997).

Při produkci řeči se vychází z gramatických pravidel, která rovněž podléhají psychologickým faktorům. Mluvčí již od dětství častěji dává důraz na obsah, nikoli formu. Na této rovině dle Lehečkové (1997) primárně zodpovídáme otázky: Jaké jsou gramatické formy slova? Jak může být slovo užito ve větě? Vytvářením gramatických konstrukcí – vět přecházíme v syntax.

Věta je plnohodnotnou, pokud obsahuje predikát. Vymežitelná je tedy jako predikát a jeho doplnění. S ohledem na syntagmatické vztahy je predikát podmíněn svou valencí. „Každé sloveso vyžaduje jistý počet obligatorních argumentů (podmět a předměty) a libovolný počet fakultativních doplnění (přísluvečná určení). U afatiků je však vynechávání obligatorních slovesných argumentů běžné“ (Lehečková, 1997, s. 145).

Z hlediska slovosledu, lineárního členění věty, jde o správnou gramatickou hierarchii slov ve větě. Zároveň však můžeme hodnotit jednotlivou závislost užitých jednotek, považovali bychom jednotky (jednotlivá užitá slova) za větné členy tvořící jeden větný celek. Složitost a správnost promluvy hodnotíme z obou hledisek. „Případy afatiků popsané v literatuře ukazují, že pacienti interpretují věty především na základě běžného významu a ne syntaktických vztahů“ (Lehečková, 1997, s. 147).

Zajímavý je pohled na hypersyntax, tedy pořádek vět v promluvě. Interpretovat větu či její části odděleně je totiž nespolehlivé. Komunikace vždy probíhá v kontextu a za určité specifické situace, která zpravidla vyžaduje daný typ formulací a ty jsou na sebe navázány.

V závislosti na výše uvedené je zásadní aktuální užití jazyka. „Z hlediska hypersyntaxe byly poruchy⁴ řeči zatím zkoumány minimálně. Je to dáno mimo jiné těžkou dostupností souvislejších afatických projevů. Vyjadřování pacientů bývá útržkovité a typické prostředky vytvářející souvislý projev buď chybějí, nebo jsou využívány jako vycpávky bez zřejmé funkce odkazovací“ (Lehečková, 1997, s. 151).

Lexikálně-sémantická rovina

Mentální lexikon, který operuje na podstatě významu slova, jenž je dán vztahem ke slovům okolním. Souvisí to s problematikou výbavnosti slov u afatiků, u kterých je tento proces význačně narušen.

V této rovině se soustředíme na slovní zásobu. Tu jsme schopni dělit na část aktivní a část pasivní. A nejčastěji v kontextu logopedie pracujeme s individuální slovní zásobou jedince. Jedinci, kteří mají narušenou obsahovou stránkou řeči, disponují omezenou „individuální slovní zásobou“ (Čechová, 2011, s. 81). Dále můžeme slovní zásobu rozlišovat dle patřičných kritérií. Mistrík (1969, 1993 in Marková, 2009) uvádí vyčlenění individuální a

⁴ neurogenní poruchy řečové komunikace, pozn. autorky

národní, objektivní a subjektivní, stylisticky nepříznačkové a příznačkové, emocionálně neutrální a expresivní. Dochází k propojení myšlení a jazyka a utváří se zamýšlený celek promluvy. Vydělujeme lexikální význam slov a jejich význam gramatický ve smyslu promluvy. Gramatická slova vyjadřují vztahy mezi plnovýznamovými slovy, nebo mezi gramatickými slovy samotnými.

Mluvčí je schopen vytvářet promluvu a identifikovat vztahy mezi slovy. Lexikální významy slov jsou vydělitelné například následovně:

- a) hyponymie – nadřazenost a podřazenost;
- b) synonymie – podobnost významu slov a jejich zaměnitelnost v kontextu;
- c) antonymie – protikladnost slov, schopnost vyjádření kontrastu;
- d) polysémie – mnohoznačnost, jeden lexém má více významů;
- e) homonymie – mnohoznačnost slova stejné formy, ale jiného významu.

„U afatických pacientů je právě schopnost užívat jazyka v netradičních spojeních, produkovat a interpretovat jazykové hříčky či vyjadřovat se o jazyce narušena, a to ve všech typech afázií“ (Lehečková, 1997, s. 154).

Pragmatická rovina

Rovina může být přeneseně označována jako rovina sociální inkluze. Tato rovina přímo souvisí s využitím řeči. Té se ostatně přizpůsobuje a z ní kontextově vychází (Lechta, 1990, Klenková, 2006). Za stěžejní je považována schopnost docílit svého komunikačního záměru. Fungování jazyka v praxi je plně sepjato s jeho užitím v realitě. „Ukazuje se, jak vzdálená je reálná komunikace od teoretického ideálu: autentický jazyk je plný nepřesností, gramatických chyb, nedokončených frází, vycpávek, elips i redundancí“ (Lehečková, 1997, s. 159).

Jazykové zvyklosti afatika jsou stejně jako zvyklosti intaktního jedince různé. Je záhodno klást si otázku spisovnosti a ulpívání na kodifikované normě. Jako terapeut – lingvista procházím těmito úvahami při každé z realizovaných terapií. Ustrnula jsem na názoru, že já jakožto terapeut sloužím jako řečový vzor, stejně jako je dětem řečovým vzorem rodič (či jiný jedinec působící na dítě a schopný řeči). Toto přirovnání nezmiňuji náhodně. U osob s narušenou komunikační schopností, zvláště pak pokud se jedná o získané onemocnění a

v tomto případě o neurogení poruchu komunikační schopnosti, působíme tak, aby byl znovu osvojen jazykový kód v zamýšleném rozsahu.

Avšak je nutno respektovat, že dospělý jedinec si už osvojením jazyka prošel a má tak své specifické zvyklosti, nakolik mohou být nefunkční. Z toho plyne, že musíme zohledňovat komunikační potřeby jedince a aplikovat je na jeho jazykové prostředí. Přistupovat ke klientovi, pacientovi, jedinci s komplexní péčí a v některých případech se odklonit od jazykové normy ve prospěch funkční komunikace. Terapeut – lingvista by měl vždy zohledňovat pacientovu individuální slovní zásobu a navazovat na jeho odhadnutou úroveň jazykových schopností před diagnózou.

Oproti vyčleněné typologii afázie (kapitola 4) platí v této kapitole jiné řazení stanovených typů. Začínám definovat dysnomickou afázii z důvodu nejmenší narušenosti komunikační schopnosti. V konceptu lingvistiky se bude na pozadí nejvíce odrážet jazyková norma. „Platí, že na počátku je třeba co nejpřesněji zmapovat jazykové schopnosti a popsat je na pozadí „normálního“ jazyka. Přitom je nutné věnovat pozornost nejenom těm jednotkám a strukturám, které jsou narušeny, ale i těm, které jsou zachovány“ (Lehečková, 1997, s. 165). Posloupnost se poté opět rovná nastavení v kapitole 4.

7.1 Dysnomická afázie

Dysnomická či anomická afázie ponechává řeč plynulou. Významně narušená je výbavnost slov, tedy fungování mentálního lexikonu. Signifikantní jsou různě dlouho trávající anomické pauzy. Afatik bez obtíží opakuje slyšená slova. Zároveň je jeho individuální slovní zásoba bohatá na synonyma, která v případě potřeby užívá zástupně (ve vztahu k diagnostikované anomii). Anomičtí afatici mají funkční porozumění řeči (Cséfalvay, Lechta, 2013).

Foneticko-fonologická rovina

Po zvukové stránce řeči nedochází k významným odchylkám od české výslovnostní normy. Pokud je detekovaná chybovost, pak je poměrně nízká. Může docházet k běžným odchylkám jako u intaktních jedinců. Za takové bychom považovali špatnou asimilaci znělosti, nedbalou výslovnost, elizi hlásek (konsonantů), nedodržení kvantity a kvality samohlásek. Suprasegmentální jevy jako nesprávné frázování (rytmus) řečové promluvy a přízvuchnost se

dají identifikovat jako lehce narušené. Signifikantní jsou totiž anomické pauzy, ke kterým dochází častěji a členění výpověď do úseků nelogických.

Morfologicko-syntaktická rovina

V této rovině z hlediska morfologického nedochází ke znatelným interferencím. Nevyskytují se zásadně symptomatologické chyby ve vztahu k afaziologickému kontextu. Pokud k chybě dojde, vyvozujeme závěry jako u intaktního jedince, chyby tedy bývají bez zjevné pravidelnosti a nemusí se opakovat. Po stránce syntaktické se struktura vět shledává jako více strohá. Slovosled je každopádně smysluplný.

Lexikálně-sémantická rovina

Mentální lexikon je významně narušen, výbavnost konkrétních slov není automatická. Anomičtí afatici využívají kompenzační strategie, zejména využívají synonymie. Zachována je povědomost o vztahovosti mezi slovy. Kvalita závisí na individuální slovní zásobě jedince. To naráží na úskalí synonymických řad. Afatik za účelem vyhnutí se interference v řečovém projevu obchází sémantickou rovinu a promluva následně pozbývá prvotní myšlenky.

Pragmatická rovina

Afatik s tímto typem je schopen tvořit souvislou delší promluvu, která může být chudší z hlediska syntaktických konstrukcí, ale má stanovenou informační funkci. Při dostatečné časové dotaci je afatik schopen zapojit se do rozhovoru a vést řečovou promluvu s jasným komunikačním záměrem.

7.2 Brocova afázie

Brocova afázie, záměrně obohacována o označení motorická, je nonfluentní typ narušené komunikační schopnosti. Tempo řeči narušené tímto typem je velmi pomalé. Prozódie se nechová dle normy. Spontánní produkce afatika je velmi redukována mnohdy se rovná jednoslovné promluvě. Typicky se opět projevuje anomie. Dochází také k fragmentaci slov, jsou z nich zachované či přímo produkovány jen části. Při souvislé delší promluvě pozorujeme kompenzační strategie pacienta. Ty se specifikují jako opisování hledaného výrazu – cirkumlokuce. Dochází k perseveraci a četným agramatismům. Afatik selhává při tvorbě syntakticky složitějších vět (Cséfalvay, Lechta, 2013).

Foneticko-fonologická rovina

Nonfluentní typ afázie má nejvíce narušenou právě foneticko-fonologickou rovinu řeči. Suprasegmentální jevy řečové promluvy jsou významně narušeny. Promluva postrádá rytmus, vytrácí se přízvuchnost a ráz. Tempo je pomalé, znatelná je až výrazná tenze ve zvukové řeči, dochází také k anomickým pauzám. Artikulace je těžce narušená, afatik mnohdy využívá kompenzační strategie a fyzicky si pomáhá s usnadněním artikulace (prst na bradě, omezení průchodu vzduchu přitlačením nosní dírky při výslovnosti specifických hlásek). Dochází k elizím fonémů, jejich záměně (znělé a neznělé), narušení asimilace a dalším odchylkám proti české výslovnostní normě.

Morfologicko-syntaktická rovina

Četně se vyskytují agramatismy. Slova jsou v neúplných celcích, mnohdy je artikulačně zachována pouze část slova. V určitých případech je původní zamýšlené slovo neidentifikovatelné s jeho vyslovenou formou. Po syntaktické stránce je promluva jednoduchá, úsečná. Mnohdy je její forma jednoslovná, ale má komunikační záměr.

Lexikálně-sémantická rovina

Opět pozorovatelné jsou probíhající kompenzační strategie v kontextu synonym. Pozastavujeme se znovu u synonymických řad a vhodností pacientova užití. Důraz je kladen na předejití ztráty smyslu řečové promluvy.

Pragmatická rovina

Tato rovina bývá problematická z důvodu artikulační náročnosti a rychlé unavitelnosti při delší promluvě afatika. Záměr se mnohdy neslučuje s realizací. Afatik se zdržuje delších řečových promluv a klade větší důraz na spolupráci komunikačního partnera. Důležitá je pro něj časová dotace pro zrealizování vyjádření.

7.3 Wernickeova afázie

Wernickeova afázie nazývaná senzorická, též fluentní, stojí v pomyslné opozici Brocovy afázie. Produkce řeči je plynulá a zároveň dobře artikulovaná. Objevují se četné neologismy, zejména ve spontánní řeči, spolu s parafrází fonemickou a sémantickou. Obsahově jsou promluvy afatiků ploché, hodnota sdělené informace v řeči je nízká, často se vyskytují pouhá tzv. prázdná slova. Prozodicky není řeč zásadně problémová, mnohdy bývá spíše

hyperprozodická. Afatici jsou gramaticky schopní, ke slovům tak funkčně připojují správné gramatické morfémy. O záměrnosti můžeme polemizovat. Reprodukce řeči je narušená a při jejím provádění afatici slova nahrazují a obměňují. Dekódování řeči přisuzujeme stejnému narušení. Pokud vyzveme afatika k hlasitému čtení slov, shledáme, že u někoho je zachováno. Pakliže ale stupňujeme obtížnost, tak přiřazení slova k obrázku vede ve většině případů k selhání (Cséfalvay, Lechta, 2013).

Foneticko-fonologická rovina

Zvuková stránka řeči je zachovaná. Afatik dodržuje dobré tempo, v řečové promluvě realizuje smysluplné pauzy. Dochází však k hyperprozodii, realizovaná slovní zásoba pacienta čítá omezený počet slov, do kterých se snaží zakódovat zamýšlený obsah skrze prozodické faktory. Artikulačně je řeč nicméně na dobré úrovni.

Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologicky je řečová promluva funkční z hlediska zachovaného připojování gramatických morfémů. Syntakticky evidujeme v promluvách prázdná slova, věta nemá správnou strukturu. Systémově narušená je funkce odkazovací, mnohá slova fungují jako vycpávky dané promluvy.

Lexikálně-sémantická rovina

V této rovině identifikujeme tzv. neologismy (vlastní pacientův žargon), u kterého sémantická stránka promluvy není jasná. Z toho důvodu je obsahová stránka spontánní řeči afatika s tímto typem afázie velmi komplikovaná.

Pragmatická rovina

Komplexní narušení na této rovině vymezuje až nesmyslnost afatické promluvy. Zcela chybí informační hodnota a komunikační záměr zůstává nejasný. Ve vztahu k sociální inkluzi evidujeme nemalé komplikace.

7.4 Kondukční afázie

Kondukční centrální afázie se projevuje velmi individuálně ve vztahu k pacientovi. V řeči se vyskytují fonémické parafrázie ve slovech. Pacient si je vědom svých parafrází, ve snaze jejich nápravy nicméně vznikají četnější interference. Z toho vysuzujeme intaktní zpětnou

sluchovou vazbu. Reprodukce řeči je horší než její spontánní produkce. Komunikační schopnost ovlivňuje i výběr slov – dlouhá a málo frekventovaná slova jsou produkčně horší než krátká a vysoce frekventovaná slova. V řeči nejsou detekovány výrazné agramatismy. Syntax je ovšem jednodušší. Gramatické vztahy ve větě zůstávají jasné (Cséfalvay, Lechta, 2013).

Foneticko-fonologická rovina

Fonémické parafrázie komplikují spontánní řečovou promluvu afatika. Ve snaze okamžité nápravy dochází k prodloužení promluvy, narušení plynulého tempa a zvýšení výslovnostní tenze.

Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologická rovina bývá zpravidla nenarušená. Mohou se vyskytovat přerušování následovaná snahou o zpětnou nápravu. Syntaktickým pohledem jsou věty jednoduché, strohé (kratšího rozsahu). Struktura vět dosahuje dobré úrovně s logickým konstruováním slovosledu.

Lexikálně-sémantická rovina

Afatick je zpravidla zacyklen na vhodném výběru slov, tedy na těch, která nezpůsobují nežádoucí komplikace. Individuální slovní zásoba nebývá výrazně bohatá.

Pragmatická rovina

Pragmatická rovina může být zachována na minimální úrovni. Pokud je afatick motivován komunikačním prostředím, je schopen tvořit kratší spontánní řečové promluvy na poměrně funkční úrovni. Individuálně je pak afatick schopen dosáhnout zamýšleného komunikačního cíle.

8 Praktická část

Za vzniknutím této magisterské práce stojí dlouhodobá spolupráce s Klubem Afasie, ve kterém působím jako řečový terapeut – lingvista v klientských skupinách. Tato výjimečná pozice mi umožnila organizování individuálních sezení s pacienty v bezpečném prostředí a psychicky pozitivní atmosféře s cílem nahrání jejich řečových promluv a následné analýzy těchto nahrávek. Celý proces probíhal s uděleným souhlasem zúčastněných.

Cíle práce

Cílem této práce je propojení lingvistiky a její efektivní využití v terapeutické péči pacientů s afázií.

Dílčí cíle práce:

- 1) lingvistická analýza řečových promluv afatiků;
- 2) vyhodnocení projevů afázie v řeči;
- 3) navrhnutí funkční terapeutické jednotky z pohledu terapeuta – lingvisty;
- 4) představení možného dílčího profilu absolventa daných studijních oborů PedF UK.

8.1 Metodologie

Základem je nahrávka částečně strukturovaného (polostrukturovaného) rozhovoru nad popisem obrázku a částečně spontánní řečové promluvy vztahující se k němu. Z pohledu výzkumníka se připravila pouze základní osnova vedení rozhovoru. Tato metoda byla cíleně zvolena pro flexibilnější přístup a individualizaci při nahrávání. Dotazovaný mohl vyjadřovat i spontánní a subjektivní názory, které vyplynuly při vedeném rozhovoru.

V práci je využita metoda selektivního protokolu, jenž zahrnuje dílčí informace z realizovaných nahraných rozhovorů a soustřeďuje se na tzv. plodné části (Hendl, 2008, s. 210) za účelem analýzy jednotlivých rovin a identifikování specifických interferencí. Dle Hendla (2005) selektivní protokol představuje relevantní části z hlediska zaměření zkoumaného. Lze zvolit mezi 6 způsoby redukce získaného materiálu⁵. Z povahy analýzy je k materiálu přistupováno redukčním způsobem vázání. To znamená, že výpovědi, které

⁵ vypuštění, zobecnění, konstrukce, integrace, selekce a vázání

spolu souvisí, jsou uvedeny na jednom místě v textu (Hendl, 2005) – konkrétně kapitola 8.3, ve které promluvy zobrazujeme z hlediska koncepce jazykových rovin.

Příklad uvádíme zde. Pro jasnost volíme záznam tematického celku s motivem *světla* v promluvách klientů.

KB: Ne blatník. Taky. Blatník. Ale teďko sou kola i bes blatníku. Bez blatníku No.

KB: Ale já myslím. To. H. No. Takový malý jak svítí vobčas, když H zvlášť když se jezdí H večer, tak to musí člověk rozsvítit.

a

KD: tady a tady má au... au... H no a nevím proč to tady není potřeba snad tady má pus... otevřený nebo si svítí svítí si.

KD: Ale proč to ukazuje. Dyť ho nepotřebuje teď.

KD: Ted'kon se se ted' ted' tady je vidět všude.

Tímto je umožněno tematické konkretizování aspektů charakteristického jevu s cílem uvedení důrazu na promluvy afatiků, bez autentického přerušování terapeutickými vstupy v nahrávkách (povzbuzení, souhlasné vokální zvuky).

V Klubu Afasie proběhlo dílčí mapování vhodných klientů pro nahrávání promluv. Vybraní klienti byli dotázáni, při kladné zpětné vazbě následovalo získání souhlasu pro realizování rozhovoru a konečné lingvistické zpracování promluv.

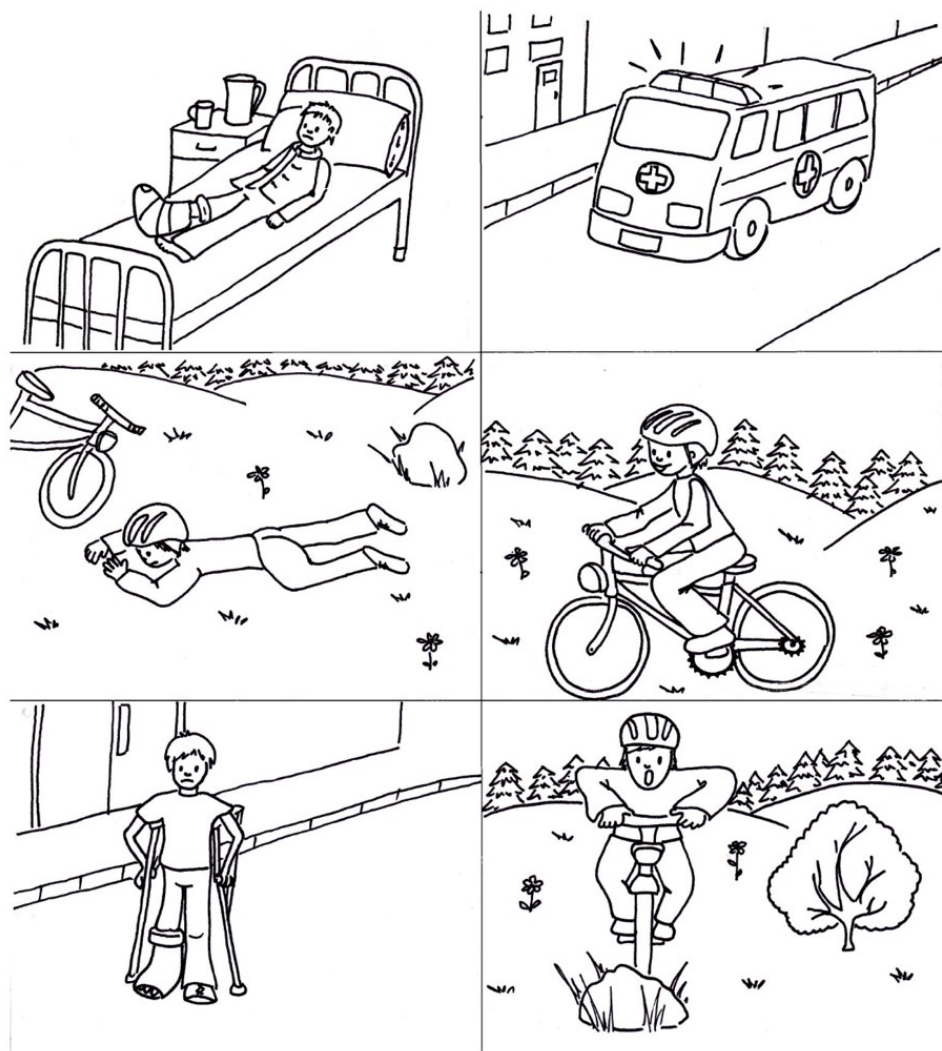
Jednotlivá setkání probíhala individuálně dle domluvy s ohledem na momentální stav a rozpoložení klientů.

Nahrávky byly pořizovány na diktafon v telefonu iPhone 11 Pro. Ten byl položen ve vhodné vzdálenosti od klienta i terapeuta na stole mezi nimi. Stejně tak byla rozložena sada dějových obrázků. Tu měli klienti nejdříve seřadit z hlediska dějové posloupnosti, poté očíslovat a následně komentovat jednotlivé obrázky. Po seznámení se s dějem na jednotlivých obrázcích a porozumění mu probíhala samotná stimulace řečové produkce. Porozumění bylo ověřováno postupnou analýzou dílčích obrázků a popsání jednotlivin, které považoval klient za důležité. Následně měli klienti shrnout probíhající vykreslenou událost.

Záchytné body (část strukturovaná) terapeutka stanovila u obrázku číslo 5 – nemocniční pokoj a konkrétní předměty na obrázku. Dále chlapcův zobrazený výraz, zdali je chlapec bezpečně oblečen a kam vyrazil na projížďku (obr. 1, 2, 3), kde se chlapec nachází. Nad

tento rámec byl rozhovor veden klientem, případně směřován terapeutem, který vyhodnotil situaci a zvolil kroky pro okamžitou stimulaci řečové promluvy klienta.

Zvolený obrázkový materiál vypadá následovně. Jednotlivé obrázky byly nastříhány, promíchány a předloženy klientovi k následné práci. Pro ucelený dojem podáváme materiál v jednotném celku.



OBRÁZKY – DĚJOVÁ POSLOUPNOST⁶

Nahrávky byly manuálně přepsány. Pro funkční přepis a jeho sjednocení stanovujeme značky s odkazovanou legendou. Transkripční technika vychází ze své komentované

⁶ ilustrace Mgr. Klára Krejzová, dostupné z pracovního listu Inovace (Mgr. Jana Pospíchalová, DUMY.cz)

podoby. Zaznamenáváme nonverbální projevy, které jsou označeny závorkami a výstižným vyskytujícím se jevem. Jednotliví účastníci výzkumu jsou anonymizováni pod pojmem Klient A-E. Záměrně není užíván termín pacient, neboť řečové terapie s tímto termínem neoperují. V tomto kontextu užíváme termín klient a tohoto názvosloví se držíme i v praktické části této práce. Označované písmeno značí pouze praktické odlišení, nevztahuje se k žádnému bližšímu faktoru ani jej neoznačuje (viz přílohy).

Výstupem nahrávání je informace o řečové produkci afatika. Z toho vychází cílený lingvistický rozbor v jednotlivých rovinách. Po ustanovení afatických jevů a deficitů stanovujeme možné naplánování terapeutické jednotky.

8.2 Kazuistiky

Komentář k záběru testovaných jedinců

K šetření byli vyzváni klienti Klubu Afasie, ve kterém obecně převažují muži. Osloveni byli vybraní jedinci na základě diagnózy a jejich schopnosti udržení delší řečové promluvy. Zdůrazněn byl především faktor dobrovolnosti. Stalo se, že vznikl genderově homogenní vzorek. U jednotlivých promluv můžeme sledovat větší provázanost právě vzhledem k genderové rovnosti všech zúčastněných a vyvozovat závěry i na podkladu tohoto faktoru.

užitá zkratka "CMP" zastupuje pojem "cévní mozková příhoda"

8.2.1 Klient A

Demografie – Klient je muž, pravák. Má středoškolské vzdělání s maturitou. Testování proběhlo 8. 6. 2023, což je čtyři roky po iktu. Klientovi bylo v době testování 65 let.

Etiologie – Klient utrpěl CMP (ischemická) začátkem ledna 2019. Z lékařské zprávy dále vyvozujeme deprese. U pacienta se projevuje také parkinsonský syndrom.

Diagnóza – Pacient trpí apraxií⁷ řeči.

8.2.2 Klient B

Demografie – Klient je muž, pravák. Má vysokoškolské vzdělání. Testování proběhlo 12. 6. 2023, což je 16 let od první zdravotní komplikace a 6 let od pohotovostního vyšetření na ambulanci (aktuálně prokazatelné řečové deficity). Klientovi v době testování bylo 66 let.

Etiologie – V roce 1998 CMP (přední jádra thalamu), výchozí byla subkortikální afázie. Následně v roce 2007 klient utrpěl trauma následkem pádu. Došlo k traumatickému subarachnoidálnímu krvácení. Dle magnetické resonance temporálně vlevo a diagnostikována byla patrně (řeč popisována manželkou) globální afázie. Poslední zpráva je z roku 2017, ze které vycházíme. Klient navštívil pohotovost po zdravotních komplikacích,

⁷ „Řečová dyspraxie je motorická porucha řečové komunikace na pomezí mezi dysartrií a motorickou afázií. Je předmětem diferenciální diagnostiky“ (Neubauer, 2018, s. 417). Porucha není zapříčiněna motorickým koordinačním deficitem, ale jedná se o poruchu programování řečového artikulovaného projevu. Symptomatologie se projevuje zejména ve spontánní mluvě, kdy dochází k četným elizím hlásek, perseveracím a jejich záměnám (Neubauer, 2018). Tato získaná porucha se rovněž projevuje zejména na bázi cévních mozkových příhod a případně dalších rozsáhlých poranění mozku stanovených v kapitole 2.

projevujících se v řečové produkci. Klientův stav je aktuálně stabilní a probíhají pravidelné časově odstupňované kontroly.

Diagnóza – Klient je hyperchronický. Jeho narušení je již dlouhodobě na přetrvávající jednotné rovině (chroničnost). Stále jsou identifikovány deficity více úrovní (hyper), které ale nejsou v rozporu s běžným životním fungováním. Individuální logopedické šetření uzavřeno na základě stabilizace stavu a málo četných interferencí.

8.2.3 Klient C

Demografie – Klient je muž, pravák. Má středoškolské vzdělání s maturitou. Testování proběhlo 22. 6. 2023. Od iktu to byly zhruba čtyři roky a v době testování bylo klientovi 65 let.

Etiologie – Klient utrpěl CMP v únoru roku 2019. Diagnostikována byla zprvu globální afázie s rychlou progresí do transkortikální motorické afázie, rovněž navazovalo diagnostikování alexie, agrafie a centrální dysartrie. Léze byly lokalizovány frontálně vlevo. V roce 2021 byla zaznamenána recidiva téhož – na CT⁸ lokalizována suplementární motorická oblast.

Diagnóza – Pacient má diagnostikovanou transkortikální motorickou afázii, přičemž se v mnohých případech jeví na spektru anomické afázie.

8.2.4 Klient D

Demografie – Klient je muž, pravák, údaje o ukončeném vzdělání se nepodařilo získat. Testování proběhlo 22. 6. 2023, tedy zhruba 3 roky po iktu. V době testování bylo klientovi 55 let.

Etiologie – Lékařské zprávy se nepodařilo získat. CMP je stanovena na počátek roku 2020. Tvrzení je pravděpodobné, k jednotnému závěru chybí klinickým logopedům podklady a pacient sám si není nejistý.

⁸ CT – počítačová tomografie (computerized tomography), (Dylevský, 2009, s. 23)

Diagnóza – Pacient trpí kondukční afázií. Silné deficity se projevují v lexii, grafii, včetně porozumění řeči. Závěrem klinických logopedů se ale od Wernickeho afázie vymezuje spontánním diskurzem.

8.2.5 Klient E

Demografie – Klient je muž, pravák. Má středoškolské vzdělání. Testování proběhlo 8. 6. 2023. V době testování bylo klientovi 90 let.

Etiologie – Klient utrpěl CMP v roce 2016. V tom samém roce mu byla specificky diagnostikována Brocova afázie.

Diagnóza – Pacient trpí kompenzovanou Brocovou afázií. Deficity se projevují v lexii a grafii. Porozumění je zpravidla na dobré úrovni.

8.3 Analýza afatických promluv

Analýza se zaměřuje na posouzení obsahové i formální stránky mluvního projevu. Zaznamenaná jsou postupně obecně dílčí specifika, která na sebe navazují, jednotlivých promluv. Následně jednotlivé roviny popisují na podkladě nahraného materiálu každého klienta. Vybrány jsou takové části přepisů nahrávek, které zobrazovaly specifický jev. Dané části byly provázány do jednoho tematického celku.

Legenda k přepsaným nahrávkám

(pauza)	5s-10s dlouhé ticho v promluvě
(jev)	popsání dané situace
*	terapeut a klient promluvili najednou
H	hezitační zvuky
...	neúplné slovo

Ukázky transkriptu se nachází v následujících kapitolách.

8.3.1 Obecná charakteristika afatických promluv

Klient A

Řečová promluva je všestranně narušená na foneticko-fonologické rovině. Klient je schopen se rychle zorientovat v tématu obrázků, výbavnost slov je u něj na dobré úrovni. Seřazení a očíslování obrázků probíhá bez sebemenších potíží. Vlastní vyvozování řečové promluvy následně závisí na motorických obtížích. Je přítomna vysoká tenze a únavnost při vytváření delších řečových úseků. S tím souvisí i kolísání srozumitelnosti. Prozódie řeči je naprosto mimo normu. Pauzy a z toho vycházející tempo řeči se neprolíná. V závislosti na fonetické stavbě slova a její artikulační náročnosti jsou jednotlivá vyvození různě problematická. Klient je schopen reagovat na dotazy terapeuta a adekvátně reagovat ve vztahu k tématu. V produkované řeči jsou přítomné agramatismy.

Klient B

Řečová promluva je z nahrávaných zúčastněných nejvíce v souladu s projevem intaktního jedince (soudíme dle spisovné normy a běžných výslovnostních odchylek v řečové

promluvě). Přesto se objevují výraznější odchylky ve stavbě vět (syntax) a mnohdy obtížnější výbavnost slov.

Klient C

Řečová promluva je pomalá a méně aktivní v porovnání s ostatními nahrávanými. Klient je plně schopen opakovat a spoléhá tak na svého komunikačního partnera. Znatelné jsou dlouhé anomické pauzy. Tempo řeči je velmi zpomalené. U klienta v tomto kontextu evidujeme dobrou výbavnost slov. Řečová promluva není bohatá na syntaktické konstrukce a v této části evidujeme četné interference nazývané agramatismy.

Klient D

Řečová promluva je nesamostatná. Klient musí být veden terapeutem. Za soustavné spolupráce je schopen vyprodukovat krátkou souvislejší mluvu. Porozumění je na velmi špatné úrovni. Často se vyskytují slovní parafráze – neologismy. Syntakticky je řečová promluva chudá, klient užívá zástupná slova pro označení celků.

Klient E

Řečová promluva je pomalá a tichá. Hlasitost je významně snížena. Motorické vyvození slova je problematické, mnohdy se prolíná s narušením výbavnosti slov. Klient se cyklí v realizaci zamýšleného a narušenou schopností formulace, případně projevuje zvýšenou snahu o nápravu řečeného. Znatelná je každopádně bohatá individuální slovní zásoba. Na syntaktické rovině se vyskytují agramatismy, morfologicky se však klient zpravidla napraví a řečová promluva je po této stránce stabilnější.

8.3.2 Foneticko-fonologická rovina

U každého klienta došlo v této rovině k narušení. Rozsah narušení je velmi individuální od úplné deformace slov po lehké odchylky z hlediska výslovnostní normy. Nejčastěji se jednalo o narušení kvantity samohlásek, elize souhlásek, protetické v – dle české výslovnostní normy jsou toto identifikovatelné odchylky u intaktních jedinců. Prozodicky byly řečové interference nicméně znatelně narušené. Tempo bylo kolísavé. Produkce slov za minutu (počítáno v nejaktivnější klientově části nahrávané promluvy) byla u klienta A 38 slov, klienta B 102 slov, klienta C 34 slov, klienta D 60 slov a klienta E 49 slov.

U klienta A je značné poškození na rovině foneticko-fonologické, které přímo souvisí s diagnostikovanou apraxií. Poškození je rozsáhlé. Mluva je produkována se znatelnou tenzí, určitá slova není možné rozklíčovat. V kontextu obsah napomáhá formě KA: *(pauza) Chlapec si neubědomil, tbm jak to je nebezptt....* v první části výpovědi je zaměněn foném, znělost je ale udržena. V druhé části dojde k deformaci slova důsledkem artikulace. Počátky promluv bývají obtížnější KA: *Propastil ho z nemocnice*, analyzujeme záměny vokálů, promluva následně pokračuje bez fonetické chybovosti (tenze u výslovnosti zůstává) *Má takovou dlouhou dlouhou (hluboký nádech) anebo se tomu říká chodící sádra*. Zde ve dvou případech evidujeme stejnou elizi vokálu a ta se objevuje i na konci uvedeného úseku KA: *A musí ss se pobyhovat pomocí brlí*. Další specifikum, které můžeme identifikovat, je záměna fonémů ve slově *pobyhovat*. Klient zvolil správné varianty fonémů, jejich pořadí je však nesprávné.

U klienta B na druhou stranu neidentifikujeme větší výkyvy, nežli u intaktního jedince s nedbalou výslovností. Pro materiálově kvalitní promluvu z hlediska četnosti produkce můžeme uvažovat nad příslušností mluvčího k určitému útvaru národního jazyka a část interferencí připisovat příznakovosti KB: *Někdo zavolal sanitku, nevím kdo. To tady s z není vidět. Sanitka ho vodvezla do nemocnice a v tý nemocnici ho (pauza) mu dali gibs na tu jednu nohu a nechali ho ležet f na posteli a až potom ho propustili, celou tu dobu nevím že by měl něký rodiče anebo se ho rodiče vo to starali. Vše H na všech vobrázkách je vidět jenom ten kluk*.

Klient C je na tom obdobně jako klient B. Artikulace je zachována na dobré úrovni. Dochází k nedodržování kvantity hlásek a elizi hlásky ve slově *přechází*. Rozdíl těchto dvou promluv

je specifický z hlediska rovin ostatních. KC: *Tak na prvním obrázku je..de kluk v pohodě na kole. Lesem. Druhým obrázku bourá do kamene. Třetím obrázku leží na zemi. Čtvrtým obrázku sanitka převáží kluka. V pátým obrázku leží v nemocnici na posteli. Má zlomenou nohu. Na šestým obrázku přechází ulici v berlích berlich se zlomenou nohou přechází ulici.*

U klienta D, ačkoli identifikujeme početná narušení foneticko-fonologická, nejsou z hlediska významového posouzení nijak zásadní pro porozumění KD: *nevim co tam mam říct. Tam leži (ukazuje na obrázek – postel) a KD: Jak upad. Jak upad a pak ho vodvezli k doktorovi. Auautem k doktorovi a až sem a sem a sem už potom ho učí no tady to zkoušel pak už vodjel a vodjel no.* Jedná se o nedodržování kvantity, elizi hlásek (*upad*) a identifikování protetického v (*vodvezli, vodjel*).

Klient E je zřetelný příklad snahy o vyvození zamýšleného slova, přičemž dochází k četným interferencím v produkované řeči, která se následně stává méně srozumitelnou KE: *v nemocnici byl byl v nemocnici a teď vy-(nádech)-kračuje, že vy že vyš že on vysko... vycho... vy... vych... H vy... výde... vyšel.* Tempo je tím pádem významně narušené, ale výslovnost se celkově, až na občasné nedodržení kvantity – KE: *a to je (pauza) to nevím,* nepotýká s potížemi.

Interference na foneticko-fonologické rovině až na jeden konkrétní případ (Klient A), který vychází z těžkého motorického narušení, jsou narušení komunikační schopnosti nebráníci porozumění zamýšlené výpovědi. Klient E má sice významně narušenou promluvu s ohledem na tempo, pauzy a ráz – nicméně závěrečné vyvození slova je provedeno správně. Plošně jsou identifikovány elize fonémů, nedodržení kvantity vokálů a výskyt protetického v. Tempo řeči je hodnoceno ve všech případech jako pomalé. Pauzy jsou abnormálně dlouhé, vytrácí se rázovost. V aktivní komunikaci a konverzaci vyvozujeme narušení návaznosti v konverzaci mluvčích z důvodu atypických pauz.

8.3.3 Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologická stránka a syntaktická stránka je rozebírána ve variacích izolovaných vět, tak i kratších konverzačních celcích. U všech klientů pozorujeme schopnost vytvářet kratší kvalitní promluvy. V momentě, kdy se snaží o delší celek, dochází k narušení obou struktur, ne vždy zároveň.

Rozsáhlé motorické narušení řeči u klienta A způsobuje vyvození slov v neúplných celcích, které můžeme vidět v zaznamenaném úseku KA: (pauza) *Chlapec si neubědomil, tbm jak to je nebezptt....* z morfologického hlediska nelze charakterizovat faktickou správnost, zdali bylo zamýšleno správné vyvození *nebezpečné*, či slovo agramatické. Syntakticky jsme ale schopni větě fakticky porozumět. Samotná věta není nikterak dlouhá, ale jedná se o souvětí podřadné s přímou návazností na sebe. Větnému celku, který můžeme hodnotit jako zdařilý, KA: *Jede chlapec na kole, ale přírodou, ne po silnici*, se dá vytknout slovosled v první části promluvy. Opakem poměrně produktivní promluvy je úsek vztahující se k obrázku čtyři:

- KA: *Lůžko.*
- T: *Výborně.*
- KA: *Pití.*
- T: *Ano.*
- KA: *Prtože to je nebezpečný (nádech), (pauza)*
- T: *Ano?*
- KA: *Když se dehydruje.*

Klient zvolil v této části taktiku prostého vyjmenování s neverbálním doprovodem (ukazování na předměty na obrázku) – terapeutkou bylo takové konání vyhodnoceno jako záměrný odpočinek pro následnou formulaci hlubšího záměru a motivu *dehydratace*.

Oproti tomu klient B je ve svých promluvách jistý, tvoří syntakticky dlouhé celky. Morfologicky se interference objevují ale nejsou komplikací pro porozumění dané promluvy. V tomto úseku klient B proměnil z hlediska gramatické kategorie koho za komu KB: *a v tý nemocnici ho (pauza) mu dali gibs na tu jednu nohu*. Zde je pauza ku prospěchu a na syntaktickou změnu může být v konverzaci nahlíženo jako na přirozenou.

Dále je uvedena krátká výměna klienta B a terapeutky, která se snaží o minimální vstup, současně ale nabízí podporu pro pokračování v řečové produkci.

- *KB: Tady to jsme popsali. Tam jsme taky byli, tady de vokolo baráku.*
- *T: Výborně.*
- *KB: Vokolo obytného domu, kterej má. Tam bydlej lidi.*

Klient verbálně popisuje myšlenkový pochod závěrečného procházení obrázků a případné doplnění neřečeného.

Tam jsme taky byli. je problematické ve vztahu volby predikátu, popisovali jsme obrázek, nicméně fakticky jsme „nebyli“. Dále bychom se mohli zamýšlet nad náhlou změnou subjektu ve větách. Klient B se prvně ve dvou případech drží popisujících v první osobě plurálu a následně vztáhne promluvu k třetí osobě singuláru mužského rodu, protože navazuje na protagonistu obrázků – chlapce. Závěrečný úsek promluvy není ze syntaktického pohledu čitelný. Klient B odkazuje k obytnému domu „*kterej má*“, jakožto analyzující nejsme schopni vytušit, jak to mluvčí myslel. Dům má, chlapec má dům – valence predikátu způsobuje komunikační šum v takto podané výpovědi. Nenapomáhá nám v tom ani následné doplnění *tam bydlej lidi*, to samo o sobě popisuje funkci domu a přesouváme se odborností k lexikálně sémantické rovině. Syntakticky je souvětí podřadné končící na podstatné jméno, započato formálně správně, ale obsahově utváří mluvčí nelogický celek.

Následný úsek je zajímavý především pro jedno konkrétní slovo a jeho tvar *kamenu*. *KB: a nedával si pozor na cestu, proto narazil tady do toho kamenu.* Duálová koncovka slova je v tomto případě možná. Tvary kamene i kamenu jsou možné a správné. V následné promluvě již klient B volí variantu s koncovou -e. Nemůžeme s jistotou říci, zdali je mluvčí znalý možnosti obou verzí a její platnosti, jestli záměrně přechází mezi uvedenými variantami, nebo by bylo na místě hodnotit první volbu koncovky -u ve vztahu k specifikám mluvčího jako omyl. V obou případech následného úseku je genitivní tvar s koncovkou -e. *KB: Tadydle je (pauza). Asi jak letěl přes přes řídítka tak a lehnul tady a kolo lehlo vedle tak ten u toho kamene, že narazil do toho kamene a přeletěl ten kámen. Ale zaplat' panbů že měl tu helmu, takže si nezlámал vaz. No. Z tohoto úseku můžeme vyčíst nadměrné užívání spojky a. Klient B toho využívá s cílem vytvoření návaznosti mezi větnými celky. První část*

promluvy je syntakticky význačně narušená. Klient B se snaží popsat vývoj nehody chlapce tak, že jednotlivé děje odsekává do větných celků. Začíná v přítomku, větný celek nedokončí. Následně začíná nový úsek, v němž vede celou zbylou promluvu, v minulosti. Věty jsou zpočátku stručné, syntakticky si vystačí se subjektem, predikátem a adverbialy loci. Jen stěží můžeme klíčovat následný úsek *tak ten u toho kamene*, zda se Klient syntakticky zaměřuje na chlapce, či na kámen není jasné. Pokračování promluvy už z kontextu přisuzujeme chlapci *že narazil do toho kamene a přeletěl ten kámen*. Odizolováním jednotlivých větných struktur čteme poměrně funkční samostatné věty. V momentě, kdy se zaměříme na hypersyntax, promluva do jisté míry ztrácí funkčnost. Nese minimální přesto chronologicky provázanou dějovou linii.

Klient C má morfologicky korektní promluvy. Syntakticky jsou věty strohé, jednoduché a krátké. Na výzvu o shrnutí všech obrázků Klient C reaguje *KC: Kluk jel po louce, narazil na kámen. Přijela sanitka. Leží v nemocnici a (pauza) a H z nemocnice odchází o berlích*. Zde nezaznamenáváme chybu ani syntakticky. Věty mají subjekt i predikát a návaznost je na velmi dobré úrovni. Jazykovým citem však v promluvě evidujeme jistou mechanicitu. Klient C je schopen vést řeč syntakticky jednoduchou.

Promluva klienta D je morfologicky na dobré úrovni, syntakticky však sledujeme strohost větných celků, jednoduchost. Klient D si kompenzuje verbální komunikaci neverbálními gesty – specifickým ukazováním na obrázky a předměty na nich *KD: Nevím co tam mam říct. Tam leží (ukazuje na obrázek – postel)*. U obrázků pět a šest *KD: Už tam sedí a už chodí chodí na tom (ukazuje)*. Klient D není schopen konkretizovat a verbalizovat zamýšlené. Zmíněná kompenzace verbálního projevu neverbálním probíhá ve snaze o jakýkoli ucelený projev. Analyzujeme množství parazitních slov, v afaziologickém kontextu prázdná slova, *KD: No spadnul no tak leží na zemi a (pauza)*.

Klient D staví věty mnohdy na podkladu jednoho slova – substantiva (mnohdy subjekt), případně na predikátu. Zastupují pro něj celou větnou strukturu. *KD: Sanitka a to už je u doktora a pak už pak pak už chodí pak už chodí sám*. Takto shrnul tři po sobě jdoucí dějové obrázky. Na výzvu terapeutky pokračoval následovně:

- *T: O čem to je? Co se tam děje?*

- *KD: Jak upad. Jak upad a pak ho vodvezli k doktorovi. Auautem k doktorovi a až sem a sem a sem už potom ho uči no tady to zkoušel pak už vodjel a vodjel no.*

V první části je syntaktická návaznost dobrá. Z morfologického hlediska identifikujeme vynechání sufixu přičestí minulého. V další části promluvy pacient zcela vynechává predikát a vystačí si opět pouze s odkazujícím výrazem, mnohdy jedné formy *sem*. Dějově časovou návaznost Klient D naznačuje užitím *potom*, v tom momentu věta dostává syntakticky platnou strukturu a krom predikátu má subjekt i objekt. Promluva odkrývá protagonistu obrázku a subjekt je až do konce promluvy přítomen. Od odkazujících výrazů se promluva posunula k funkčnímu predikátu, který ale stejně tak jako předcházející výraz, nese celý významový koncept. Nelze mluvit o celkově správné struktuře. Můžeme identifikovat správné celky, které je klient D schopen vytvořit, ale nedostaneme se k vyvození jakékoli opakovatelné pravidelnosti. Klientova promluva je strohá, syntakticky problematická, kompenzuje ji neverbálními gesty a ukazováním.

Klient E s dostatečnou časovou dotací a přes četná nedokončená slova z morfologického hlediska dojde ke správnému závěru, případně se včas opraví *KE: na tom žádná žádný velký zranění patrně jenom nákej pravá nožka mu (pauza)*, stále je přítomna chyba z hlediska správné rodové koncovky, ale podstatné je zásadní posunutí se v rodě. Pohledem intaktního jedince a mluvčího obecné češtiny by spojení *velký zranění* nebylo hodnoceno jako chybné, spíše jako „přirozené“. *KE: že tam bylo tam bylo asi nákej že to je to ten terén byl terén byl trochu hrbolatý nebo co (smích)* syntakticky komplikovanou a nepřehlednou se promluva stává důsledkem opakování slov a spojení. Obrazně nazváno „nekonečný začátek“ dělá z cíle *terén byl trochu hrbolatý* komplikovaný obraz, bez kterého by ale klient E nebyl schopen promluvu formulovat. Skrze tento proces došel k funkčnímu závěru a formuloval delší větnou strukturu.

- *KE: takže no pod vi... pod H pod kni... knihou kniž... kni... pod H chodníkem*
- *T: Výborně, takže (to) znamená, že to je v té nemocnici nebo jinde?*
- *KE: v nemocnici byl byl v nemocnici a teď vy-nádech-kračuje, že vy... že vyš... že on vysko... vycho... vy... vych... vy... výde... vyšel.*

V následující výpovědi identifikujeme chybnou prepozici *pod*, z hlediska 2D obrázku skutečně postava stojí *pod chodníkem*, ale očekávatelná verze by byla spíše *před*

chodníkem/u chodníku, abychom zachovali vazbu v instrumentálu a zároveň dodrželi lexikum, či vazba *na silnici*, což je z hlediska formy logická vazba. Klient ve své výpovědi zaznamenává i dějový vývoj užitím préterita *byl v nemocnici* a následné změny v prézens *vykračuje*. Avšak poté se vrací zpět k préteritu a uzavírá výpověď verbem *vyšel*.

K zamyšlení zůstávají cílené odchylky od spisovného jazyka, tedy situace, ve kterých je výběr z jiného jazykového kódu záměrný, zamyšlený a je čistou přirozeností mluvčího. Obtížně se na to nahlíží z hlediska narušené komunikační schopnosti, tedy neurogenní poruchy řeči, v kontextu jazykové normy. Mluvčí může mít danou normu osvojenou, nicméně volí jazykový kód jiný, který je deficitní, ale nemusí tomu tak být v této oblasti. Se stejnou důležitostí hovoříme o morfologické rovině i následné lexikální rovině. Zásadní otázka je to jak pro lingvistické analýzy, tak především pro terapeutické působení.

8.3.4 Lexikálně-sémantická rovina

Na této rovině u klientů dochází k variaci opisování pojmenování větnými celky. Jedná se o kompenzační strategie, které klienti volí, aby předešli komplikacím vycházejícím z narušení výbavnosti slov a neefektivního fungování mentálního lexikonu. U mnohých klientů můžeme pozorovat dobrou slovní zásobu, která jim umožňuje kompenzovat toto narušení poměrně funkčně. Z povahy této roviny jsou uváděny delší ukázky včetně terapeutických vstupů. Nejčastěji dochází k opisování pojmenování *nehoda, úraz* větami *spadnul, spadnul přes kámen*. Klienti volí přímo popsání probíhajícího děje.

Za klíčová slova promluv bychom mohli považovat (řazeno dle dějové posloupnosti) u obrázku:

- obrázek č. 1 – chlapec, kolo
- obrázek č. 2 – kámen, narazil
- obrázek č. 3 – spadnul, leží
- obrázek č. 4 – sanitka, doktor
- obrázek č. 5 – nemocnice, sádra
- obrázek č. 6 – venku, berle

U Klienta A můžeme zaznamenat pozitivní faktor slovní zásoby. Nejenže vhodně odpověděl na položené otázky, ale lexikálně identifikujeme znak hyponymie. Klient klade nad sebe výraz *stromy* a *les*. Ve vztahu k obrázku je právě *les* vhodným pojmem.

- *T: Co má za sebou ten chlapec? Co tam vidíme na tom obrázku?*
- *KA: Vidíme stromy, je tam les.*

Klient B zvolil expresivnější výraz, když užil slovo *vlít* v návaznosti na výzvu terapeutky *Jak byste to vyprávěl?* Následně v zaznamenané promluvě pozorujeme korekce vlastní produkce, ke konci se už dokonce ukazuje samotné narušení výbavnosti. Záměrem bylo užít slovo *pozornost*, ke kterému se ale klient B přes veškerou snahu nedostal. Nabíhala mu slova jako *pohled*, *čestnost*, okamžitě je vyhodnotil jako chybná slova a přešel k formulaci větné promluvy, aby došel k zamýšlenému záměru *to že se zaměřil na to dívání vokolo sebe tak nedával pozor na cestu*. Celá replika vypadala takto KB: *Tak Petr do toho vlít. Nejdřív jel přes les a H ne jel přes louku, ale okolo lesa. Díval se na ten les a to mu H bralo (pauza) takovej H pohl..., ne pohled takovou H čestnost, jako nebo ne čestnost to je taky špatně. To že se zaměřil na to dívání vokolo sebe tak nedával pozor na cestu*. Klientovi v tu chvíli neefektivně pracovala výbavnost slov a z toho důvodu byl nucen pro vyjádření komunikačního záměru přistoupit k opsání daného pojmu. Takové konání je nejen časově náročné, ale nastavuje to nepřiměřený tlak na mluvčího i adresáta v případě formování reálné komunikační situace. V expresivnosti klient B pokračoval a jako jediný z mluvčích preferoval cíleně pojem *gibs* před odborným názvem *sádra*.

- *KB: tak to tam nevíme no. Ale zůstal ležet, nevíme kdo zavolal sanitku a proč ta sanitka přijela zrovna k tomu lesu, nebo na tu louku, kde upad. To je takový dost nepravděpodobný. A H mělo by tady bejt někde vylepšený. Pak přijela sanitka, která ho vodvezla do nemocnice, ale asi to bylo taky protože na ten doktor zistil na místě, že chlapec je buď vomráčenej protože asi upad na hlavu nebo tak a když ho přivezli do nemocnice tam ho lékaři vyšetřili, zjistili že má asi zlámanou nohu, tak mu dali gibs, neboli že jo to, no gibs mu dali*
- *T: Sádra?*
- *KB: sádra. Nebo dejme tomu sádra (smích).*
- *T: Ještě něco jiného jste myslel?*

- *KB: Gibs. (smích)*

Je evidentní, že při terapii je i z pohledu lingvisty nutné respektovat řečové a jazykové zvyklosti klientů. Můžeme odvodit, že i před vznikem narušené komunikační schopnosti by klient B preferoval užití expresivního výrazu *gibs*, před ustálenějším termínem *sádra*. Tyto preference je nutné respektovat a pracovat na rehabilitaci s ohledem na kontext klienta.

Klient C je schopen trefně vybrat lexikální jednotky pro potřebné vykreslení zobrazeného. Jeho řečová produkce je ovšem následně izolována pouze na jednoslovné odpovědi.

S ohledem na skupinové terapie bude efektivní podporování označování jednotlivin a stimulování souvislejších celků s takto vyvozenými pojmy.

- *KC: Postel (pauza) podhlavník, chybí tam peřina, noční stolek, na něm konvice a hrnek (pauza)*
- *T: Co má na sobě ten kluk?*
- *KC: Pyžamo.*
- *T: A co má nově?*
- *KC: Sádra.*

Jiný úsek nahrávky.

- *T: Po čem jede?*
- *KC: Loukou.*
- *T: Dojde k čemu?*
- *KC: Narazí do krtince.*

Výraz krtinec podle Českého národního korpusu, užitý nástroj Slovo v kostce (SYN2020), udává hodnotu i.p.m. 0,14. Svědčí to o postavení slova mimo centrální slovní zásobu a jeho nízké frekvenci užívání. Evidujeme tedy specificky expresivní slovní zásobu, bez přípravy vybavené slovo klient C schopně a funkčně užívá v promluvě.

Největší narušení v této rovině byla zaznamenána v promluvě klienta D. Výbavnost slov je na minimální úrovni. Klient D využívá prázdná slova, či nadužívá odkazující výrazy, vyskytují se rovněž slovní parafráze – neologismy (*etak, konpi, kustelet*).

- *T: Zatím. Za ním? To je postel pane X? Tohle? Tohle je postel?*
- *KD: Co je postel?*

- *T: Postel je tohle (ukazuje).*
- *KD: No.*
- *T: A tohle za ním? Tohle? To je taky postel?*
- *KD: Etak.*
- *T: Copak je to?*
- *KD: Postel nojo.*
- *T: Postel je tady to máte pravdu a co je tohle za ním?*
- *KD: Co k tomu mám nevím říct.*
- *T: Předmět. Tohle.*
- *KD: Konpi.*
- *T: Co je to?*
- *KD: Postel. No to je tohle postel. (ukazuje na postel)*
- *T: Ano to máte pravdu. A tohle? Může být židle, stůl, hrneček?*

Terapeutka záměrně přešla ke kompenzační strategii a podpůrnému opatření, aby mohla být stimulována řečová produkce a klient se vymanil z opakovaného komunikačního selhání. Na základě tohoto úspěchu byl motivován produkovat další slova.

- *KD: Sst.*
- *T: (souhlas) H.*
- *KD: Kustele. Kus tele.*
- *T: Kus stolu.*
- *KD: A tam je tam je.*
- *T: (souhlas) H.*
- *KD: A tam je tam, je pipipi... pití.*
- *T: Výborně. Tam je pití. Jedno?*
- *KD: Jed... Jeden.*

V dále zaznamenaném úseku je promluva vystavěná na predikátu a jeho silném sémantickém významu. Lze identifikovat, že množství jednotlivých slov klient ve své slovní zásobě má a v dané situaci je schopen porozumět jejich výrazu. Ukazuje se, že bezpečně slovo berle zná. Nedokáže si jej nicméně vybavit, prvotně je i výslovnost nefunkční, to se ovšem po cílené péči vyrovná.

- *KD: Už tam sedí a už chodí chodí na tom (ukazuje na obrázku – berle)*
- *T: Ano, berle.*
- *KD: Má tam no. No.*
- *T: (pomalu, důraz na artikulaci, klient sleduje ústa) Berle. Berle.*
- *KD: Jo ber. Ber. Berle Berdle.*

Terapeutka v této ukázce vede klienta ke zpracování slova a samotného vyslovení jej. Při specifické podpoře je klient schopen slovo zpracovat a užít.

Úsek promluvy pokračuje popisováním oblečení chlapce. Terapeutka klienta D musela konkrétně navést, aby stimulovala alespoň minimální řečovou produkci.

- *T: Má ho (pozn.: triko) na sobě. Co má na nohou?*
- *KD: Na nohou? Kalhoty.*
- *T: Výborně.*

Jak už bylo stanoveno, klient D není schopen nestimulované samostatné a plně funkční promluvy, ačkoli slova v pasivní slovní zásobě má.

- *KD: Bez toho no. Rozbitý.*
- *T: A toto? Toto (T ukazuje na obrázku chlapcovu botu).*
- *KD: Jedna bota.*
- *T: Tak proč má jednu botu?*
- *KD: Jed jedna dna bota, proože druhá je u dok u toho u (pauza) no tady no u toho, co tam je?*

Výraz *rozbitý* odkazuje na obrázku ke zlomené noze, která je v sádře. Klient D popisováním stavu, následně zachycením odlišností – chlapec má jednu botu, vyvozuje závěr, že chlapec byl u doktora a nohu má v sádře. Sémanticky zaměňuje část za celek a operuje s momentálně vybavenými slovy, která dává do logických vztahů. Bez vědomí kontextu bychom nemohli být schopni konstruovat závěry s ohledem na jazykové roviny. Promluva je deficitní na mnoha úrovních.

U klienta E opět evidujeme narušení výbavnosti slov. Zde jsme schopni poskytnout kompenzační oporu, která je efektivně užita. Klient E musel prokázat porozumění všem slovům a vybrat z nabízeného správný pojem, který sémanticky odpovídá dané potřebě.

- KE: *H tak něk já mám dojem že je on má moc moc pod vo... pod vo... pod hlavou (smích).*
- T: *(smích) má pod hlavou. A co tam má?*
- KE: *A to je (pauza) to nevím.*
- T: *Dám vám na výběr – buď to může být židle, stůl nebo polštář.*
- KE: *No tak polštář.*

Individuální slovní zásoba klienta E je vůbec co do rozmanitosti nejkvalitnější. Přichází s jedinečnými výrazy, které se dají užívat pouze ve specifických komunikačních situacích. Zde správně a co více trefně užil slova *vykoledoval*. Do promluvy vložil expresivnost, která byla záměrná a správně užitá.

- KE: *Neopatrný.*
- T: *Ted' je to ono. (pozn.: reakce na správně vytvořený pojem)*
- KE: *H takže si vyko, vyrko vykoledoval.*
- T: *(smích) ano.*

Na druhou stranu jako výrazně deficitní oproti výše zmíněnému uvádíme následující promluvu.

- KE: *Dostal dali mu H sestřička patrně (smích) mu dala mu dala talí..., H, konev kone... koneč... konec... koneček... konec...*
- T: *Konev. (terapeutka zachytila první správně vyvozené slovo)*
- KE: *Konev s s hrnkem.*

Cílem v tuto chvíli nebylo napravovat sémantickou správnost. Cílem bylo zachytit reálnou řečovou produkci. V kontextu terapií bychom na to poté nahlíželi skrze synonymickou řadu. Na podkladě tohoto využití je záměrem skupině předložit aktivitu. Centrálním pojmem by byla konev. Odvozovali bychom synonyma, ze kterých by byly vytvářeny synonymické řady a každý jeden výraz by byl funkčně podložen reálným užitím v řečové promluvě. Klienti by vytvářeli věty, či situace, ve kterých by dané slovo užili. Cílem by bylo vykreslit rozdíl mezi konví (např. na zahradu) a konvičkou (např. určenou na čaj).

Sémanticky se pohybujeme s výběrem slova *konev* v jiném kontextu než bychom užili s následným *s hrnkem*. Je zcela evidentní, že slovo bylo dlouze a těžce produkováno. Splnilo to svůj účel, ale prvotní myšlenka, a to kam bychom zavedli komunikačního partnera výběrem slova *konev*, se sémanticky neslučuje s uvedeným obrázkem.

Závěrem uvedu nejoriginálnější pojmenování (čistě subjektivně hodnoceno jako nejkrásnější) celé představené situace. Klient E závěrem své promluvy užil pojem *karambol KE*: *Že měl se mu stalo H ten karambol H, protože asi nedával pozor a nebo no H dával někam jinam. Byl tak veselý, že zapomněl že je na silnici nebo (pauza)*. Podle Českého národního korpusu, využito nástroje Slovo v kostce (SYN2020), je hodnota i.p.m. 3,98. To pouze svědčí jak individuální narušení komunikace afázie je. Nacházíme se na okraji centrální slovní zásoby, slovo málo frekventované užije ve své promluvě afatik s ladností a přesností kvalitního publicisty.

8.3.5 Pragmatická rovina

Pragmatická rovina je tou, kde afatici strádají z hlediska začlenění. Rovina sociální inkluze je charakterem narušení těžko zobecnitelná a vždy podléhá nemalému množství faktorů. Problematické je i malé množství zaznamenaných a analyzovaných promluv v odborné oblasti.

Klient A pro svůj typ narušení netvoří samostatně delší promluvy. Důležitá je zde podpora ze strany komunikačního partnera, snaha a ověřování si porozumění.

- *T: A spadnul, výborně. Co se stalo potom? Tady..*
- *KA: Asi mu někdo zablovlal sanitku a (pauza)*
- *T: Perfektní.*
- *KA: A odvezli ho do nemocnice.*
- *T: Pravděpodobně ho potom odvezli do nemocnice. Co se stalo v té nemocnici?*
- *KA: Dabli mu nohu do sádry, ale musil ležet.*

Klientova A produkce se váže k pouze nutnému sdělení. Nemá potřebu dále produkovat. Souvisí to s motorickou náročností tvorby řeči. Dochází k rychlé unavitelnosti, ale nezpůsobuje to nechuť komunikovat. Pouze je celá tendence střídmější. Zvláště pokud přímo proti postavíme promluvu klienta B.

Zejména promluva klienta B byla velmi bohatá, co se pragmatické roviny týká. Z pozice afatika (hyperchronik) byl schopen vést souvislou, strukturovanou promluvu. Sám přidával témata nad rámec uvedeného kontextu, co více objektivně vycházel z podkladu motivu představeného děje a stavěl nad jeho rámec. Bezpečně vztahoval vlastní zkušenost ke

kontextu zobrazeného (zejména ukázka druhá). KB: *tak to tam nevíme no. Ale zůstal ležet, nevíme kdo zavolal sanitku a proč ta sanitka přijela zrovna k tomu lesu, nebo na tu louku, kde upad. To je takový dost nepravděpodobný. A H mělo by tady bejt někde vylepšený. Pak přijela sanitka, která ho vodvezla do nemocnice, ale asi to bylo taky protože na ten doktor zistil na místě, že chlapec je buď' vomráčenej protože asi upad na hlavu nebo tak a když ho přivezli do nemocnice tam ho lékaři vyšetřili, zjistili že má asi zlámanou nohu, tak mu dali gibs, neboli že jo to, no gibs mu dali.* Valná část textu je strukturovaná pouze na základě právě shlednutého obrázku bez jakékoli přípravy.

- KB: *Vypadá neustlaně. Asi má po... potažený ten H polštář. Asi. Na H má tam vedle postele postavenej (nádech) stolek na nějaký občerstvení. A to občerstvení tam má skleničku a H lahev sss nebo lahev (pauza) s vodou nebo s čajem nebo*
- T: *Může být určitě.*
- KB: *Vi bůh.*
- T: *Co byste si dal vy?*
- KB: *Já bych si dal panáka. (smích)*
- T: *A čeho dobrého byste si dal panáka?*
- KB: *Já bych si... to to je právě takový bolestivý pro mě, že já co jsem marodil před těma před pětadvaceti lety, tak mi ne zakázali, ale prostě mi řekli, že není zdravý abych něco pil. Tak to nepiju. A je pokoj.*

Zde se ukazuje, že obrázek s motivem úrazu a nemocnice je pro klienta B stimulující na tolik, že přenáší svou zkušenost do spontánní řečové promluvy a komentuje nynější stav věcí. Ostatně i u zbylých klientů se tento faktor ukázal jako relevantní a na základě toho můžeme vyvozovat funkční podklady pro efektivní skupinovou řečovou terapii. Klientova B promluva je z pragmatického hlediska kvalitní. A jako úsměvný důkaz o zmíněných schopnostech uvádím závěrečný verbální souhlas a rovinu situačního humoru s ohledem na přátelskou atmosféru a dlouhodobé působení terapeutky ve skupinách.

- T: *Tak jo. Mokrát děkuji. Ještě se vás zeptám, jestli souhlasíte s tím, že to můžu použít do své diplomové práce?*
- KB: *Já nevím (smích).*
- T: *Nevíte? (smích) A potvrdíte mi to?*

- *KB: (smích) A tak dobře, tak to teda použijte.*
- *T: (smích) Tak teda mohu. Děkuji.*

Klient C má promluvu obsahově strohou, nicméně výstižnou. Je schopen i s omezenou produkcí a množstvím anomických pauz vystavět pragmaticky zajímavou výpověď. Na otázku *Jak vypadá cyklista?* nečekaně formuluje slovo bezpečně. Rozvádí svou myšlenku a přidává i rovinu situačního humoru, ve které zcela oprávněně naráží na nedokonalosti ztvárnění obrázku a rovinu nefunkčnosti pokud bychom hovořili v kontextu reálného života.

- *KC: Bezpečně.*
- *T: Pročpak?*
- *KC: Má přilbu, dlouhý rukáv, dlouhý kalhoty, světlo (pauza)*
- *T: Takhle by podle vás vypadal bezpečný cyklista?*
- *KC: Tak nemá řetěz (smích).*

Problematická se stává promluva klienta D, ten si nepřímě žádá o pomoc, aby mohl v nastalé situaci plnit svou komunikační roli.

- *KD: Ja nevím jak to jak co.. co říkat.*
- *T: Tak já vám pomůžu. Takže kde asi jede? (pauza) Kde jede?*
- *KD: Kam jede? Jede na kole no a špatně (pauza)*
- *T: Ano, špatně?*
- *KD: Nara... H (pauza)*
- *T: Co se stalo? (důraz na artikulaci, klient sleduje ústa)*
- *KD: Spadnul.*
- *T: A vy jste chtěl říct na? Nara...? (reaguje na nevyvozené předchozí slovo, se záměrem klienta posunout)*
- *KD: Na kole.*

Za pomoci klient D ztrácí prvotní nejistotu a je schopen minimální produkce. V následné ukázce ale propadá do komunikační nechuť. Je zobrazeno, jak komplexní proces je vedení komunikace s afatikem a jaký tlak je na obě strany vytvářen.

Z pohledu řečového terapeuta je nutné nastavit průběh komunikační situace v co největším možném psychickém klidu ve prospěch klienta. Nejde o snahu o bezchybnost, ale o přijetí selhání a pokračování

v komunikaci. Snažíme se s klientem o následnou nápravu. Důležité je postupné stimulování reálné komunikace.

V promluvě jsme schopni identifikovat intaktní zpětnou vazbu – klient D si je vědom svých neúspěšných pokusů. Na základě toho by mohlo dojít k předčasnému ukončení procesu komunikace. Terapeutem je tedy nastavena strategie psychické podpory, kterou klient D vnímá a je schopen opět pokračovat se své snaze tvorby řečové promluvy.

- *KD: Dva es stol. Dvě stol. No. To je blbě (sklesle).*
- *T: Ne ne ne, vůbec ne, máte to*
- *KD: Ale blbě*
- *T: Ale prosím vás, řekl jste mně krásně postel, je tam postel? Je tam postel. No tak vidíte.*

Klient se usmívá.

- *T: No tak (smích) to neříkáte špatně, říkáte to správně. Kolik je tam lidí na tom obrázku?*
- *KD: Kolik je tam lidí? Jeden člověk.*
- *T: Tak. Výborně. Co se děje tady? (ukazuje)*
- *KD: Tam je už už vod doktora*
- *T: Výborně.*

Pragmaticky je promluva velmi komplikovaná, nesamostatná a naprosto bez pochyby ovlivnitelná komunikačním partnerem klienta D.

Klient E se zamýšlí nad kontextem i mimo zobrazený jev a soustředí se i na psychické prožívání daného protagonisty. Nejdříve v první části děje (obrázek 3 dle dějové posloupnosti) *KE: Pak H já mu mu nevidím do obličeje jestli jestli plakal; KE: A nebo nebo nebo no... plekal... a a volal na pomoc* a poté se vrací k prožívání i ke konci děje (obrázek 6).

- *KE: No (pauza). No von tvo no nevím mám dojem, že je takovej-nádech-že je rád, že je že to má za sebou, že to měl za sebou, že to má za se za sebou a*
- *T: Vypadá tak.*
- *KE: a celkem je v pohodě (smích)*

Rovněž je schopen identifikovat ve svém projevu obsahové chyby a upravit na základě toho své tvrzení. Přizpůsobit svou komunikaci konceptu, či komunikačnímu partneru.

- *KE: Jo. Jo. Na silnici. Po silnici?*
- *T: Tak to by jela ta sanitka. A když tady jsou kytičky? Tak po čem asi tak jede on?*
- *KE: Aha tak to je pravda. Tak to je nákej terén. To znamená strom H stromeč...
(pauza)*
- *T: Po.*
- *KE: Mo... Možná možná H v lese.*

Zároveň uvažuje nad ztvárněním daného obrázku a ptá se (řečnický spíše) po důvodu přítomnosti stromu v rohu obrázku a sám dochází k smířlivému závěru⁹. Klient E je schopen konverzace na dobré úrovni.

- *KE: On vlastně (pauza) H patrně patrně vy... vy...H vy... H nazvládl zatá... nas... nezvlá... H ten pom... ten terén nezvládl terén narazil na překážku bez znamení bez kamené kameném. Proč tady je nalevo H ten stromek to nevím.*
- **T: tak to nevím ani já, pravděpodobně dotvoření toho kde ten*
- **KE: že tam*
- **T: ten kluk jede asi*
- *KE: že tam bylo tam bylo asi nákej že to je to ten terén byl terén byl trochu hrbolatý nebo co (smích)*

U všech klientů je podstatné pozitivní klima, ve kterém se komunikace odehrává. Pakliže jsou si vědomi, že jejich komunikační partner doslova „počká“ až dojdou ke komplexnímu vyjádření, jejich snaha o kvalitní promluvu bude významně podpořena.

⁹ Závěr je z lexikálně-sémantické roviny nepřesný (užití synonyma hrbolatý neodpovídá skutečnosti).

9 Diskuze

Výzkum je pojímán jako pilotní v rámci stálé a souvislé mezioborové intervence. „Lingvisté nemají dost dokladů pro to, aby mohli vyvodit obecně platné závěry např. o korelaci mezi určitým typem poranění mozku a manifestací řečové poruchy. Mohou pouze na základě analýzy jednotlivých případů konstatovat míru pravděpodobnosti takové korelace“ (Lehečková, 1997). Tento koncept jsme ještě posunuli a soustředíme se na projevy afázie z lingvistického pohledu a přínos pro terapeutickou praxi z hlediska terciární péče. Získané výsledky jsou základem pro další zkoumání a působení lingvistů jako řečových terapeutů. V praxi se lingvista soustředí na rehabilitaci jazykového systému a rehabilitaci komunikačních schopností.

Z teoretických základů, které byly podloženy výstupy v části praktické, je zřejmé, že afatické projevy jsou deficitní ve všech jazykových rovinách.

Foneticko-fonologická rovina byla nejvýrazněji narušena u klienta A a klienta E. Artikulační intervence způsobovaly nesrozumitelnost zamýšleného sdělení. Tempem a rychlostí vyjádření byl nejslabší klient C. Syntaktická a pragmatická rovina byla nejvíce narušena u klienta D. Projevem nejpodobnější intaktnímu nedbalému jedinci byl klient B. Každý z mluvčích se byl schopen minimálně v části nahrávky autonomně vyjádřit k ději, popsat jednotlivé obrázky a pokusit se shrnout dějovou linii do vlastní spontánní řečové produkce. Z těchto výstupů bylo vycházeno při tvorbě terapeutické jednotky a její možné koncepce obohacené o lingvistickou expertízu.

V nahrávkách můžeme sledovat velké odchylky mezi jednotlivými mluvčími. Specificky můžeme zaznamenat také vývoj promluv samotného klienta v daném čase. A to jak pozitivní vývoj – záměrným cyklením určité slovní zásoby se promluva stává obsahově plynulejší, tak i vývoj negativní – zapříčiněním únavy dochází k oslabení artikulace, což způsobuje četné interference. Každý z mluvčích ale dojde ke kvalitnímu závěru. Motiv nehody a nemocnice mnohým z klientů asocioval vlastní nehodu a jejich následnou rekonvalescenci. Téma je evidentně velmi stimulující.

Klienti reagovali na zvolený zobrazený děj pozitivně. Jak bylo řečeno, řečová promluva byla stimulovaná kvalitně. Na každém obrázku se měli k čemu odkázat, minimálně jeden zobrazený jev má každý z nich v aktivní individuální slovní zásobě. Rozsáhlá podněcující reakce dělá z dějového listu kvalitní podnět pro vedení řečové terapie ve skupinovém složení.

Realizovaná terapie v časové dotaci hodinu a půl by probíhala rovněž započítáním srovnání obrázků dle časové posloupnosti a očíslování jich. Následně by proběhlo popsání jednotlivostí na každém z daných obrázků – psaná podpora na flip chart (shrnutí vyvozené slovní zásoby), následně bychom společně komentovali děj vztahující se pouze k jednotlivým obrázkům, hodnotili bychom přesah prožívání postavy *Jak se tváří?*, asociovali bychom jména pro zobrazenou postavu. Stěžejním cílem by bylo popsání děje v celém kontextu. Meta cíl je vystavěn na podkladu – *vidím nehodu, jsem schopen zavolat a popsat, co se stalo*. Důraz by byl také kladen na znalost důležitých čísel pro pomoc, případně vytvoření systému kartiček, jak mít čísla stále při sobě. Přesahem by poté bylo možné vyvození doporučení, *co by měl kluk dělat, co by mohl udělat lépe pro příští cestu na kole*. Hodnotili bychom jeho vybavení na kolo. Cyklicky se terapeutická jednotka pohybuje stále okolo vyvozené slovní zásoby a navrací se k začátku. Podpora výbavnosti slov a psychická podpora vedou k zažívání komunikačního úspěchu klientů. S klienty je možné otevřít téma naplňování další cesty cyklistovi s ohledem na předejití komplikací. V závěru bychom stimulovali spontánní řečovou produkci otázkou *Co máte v plánu na víkend vy?* Terapeut klientům vytváří prostor pro vlastní projev, každý klient dle vlastního uvážení volí délku a obsah výpovědi. Podnětem může být práce s obrázky a využití vybavené slovní zásoby. Opora je stále k dispozici. Pracujeme s celou složkou osobnosti a vytvoření bezpečného prostředí s cílem zažít komunikační úspěch a stimulace řečových schopností.

Výstupem je tedy struktura terapeutické jednotky ve složení:

- 1) dějová posloupnost – vizuální stimulace;
- 2) popis obrázku – výbavnost slov;
- 3) popis děje – souvislá řečová produkce;
- 4) spontánní konverzace – doporučení, vlastní plánování na tematickém podkladu.

Takto vystavěná příprava vychází z výsledků realizované praktické části, ve které klienti aktivně spolupracovali, byli schopni dle svých možností popsat situaci zobrazenou na obrázcích a zároveň se protínal komunikační přesah a vliv na stimulaci spontánního řečového projevu.

Závěr

V rámci komplexního problému narušené komunikační schopnosti byla touto prací představena neurogenní řečová porucha afázie. Ukázalo se jak funkční propojení oborů českého jazyka a speciální pedagogiky – logopedie může fungovat v praxi. Neurolingvistika je stále v procesu utváření se a čím více výstupů v této oblasti bude k dispozici, tím kvalitnější formování vědy z toho vzejde. Z toho také vycházela projevená snaha. Práce byla postavena na představení komplexního pohledu na narušenou komunikační schopnost lingvistickou analýzou a využití získaných poznatků k realizování vhodné terapeutické jednotky, která by odborně a především cíleně podporovala ztrátové oblasti jednotlivých klientů individuálně i skupinově.

Teoretická část představila kontext terminologických rozdílů neurogenních poruch řečové komunikace a narušené komunikační schopnosti. Výstupem byl širší pohled na afázii a stabilnější ukotvení lingvistického přínosu analýzy tohoto narušení. Předmětem zkoumání byly promluvy pěti klientů Klubu Afasie, ve kterém působím jako řečový terapeut. Vytvořeny byly nahrávky, které byly manuálně přepsány a konkrétní úseky analyzovány v této práci.

Četná narušení byla identifikována ve všech řečových rovinách. Zejména četné obtíže byly na lexikálně-sémantické rovině, což bylo způsobeno narušením výbavnosti slov. Dále se objevovaly chyby v syntaktické rovině, zejména ve skladbě vět. Morfologická rovina se neprokázala jako drasticky narušená, až na Klienta E, u kterého narušená výbavnost slov způsobovala komplikované morfologické struktury. U ostatních byly přítomny jen drobné odchylky. Foneticko-fonologicky byla každá promluva problematická, nejvíce pak promluva Klienta A a Klienta E. Vycházelo to z diagnostikovaného motorického narušení.

Hlavním cílem této práce byla analýza řečových promluv afatiků a jejich vyhodnocení. Následně na tomto podkladu stálo vytvoření funkční terapeutické jednotky. Zároveň se jako dílčí cíl začalo vykreslovat možné profilování absolventů oborů českého jazyka a speciální pedagogiky – logopedie, kteří by mohli své schopnosti využívat k zefektivňování probíhající terapeutické péče. Nebylo záměrem vytvářet plošné hypotézy, protože to vzhledem ke komplexnosti problému afázie, individuálním projevům pacientů a množství analyzovaného materiálu, není možné. Záměrem byl aktuální přínos pro praxi, který je využitelný a funkční.

Terapeutická jednotka, která vznikla na podkladu komplexní analýzy různých afatických promluv, bude vítaným obohacením realizovaných řečových terapií lingvistickým pohledem.

Seznam použitých informačních zdrojů

BASTIAANCE, Roelien a Cynthia K. THOMPSON. *Perspectives on agrammatism. Brain, behaviour and cognition series*. London and New York: Psychology Press, 2012. ISBN 978-1-84872-055-8.

CSÉFALVAY, Zsolt a Pavel TRAUBNER. *Afaziológia: pre klinickú prax*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0377-6.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta KLIMEŠOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál)*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2002. ISBN 80-903312-0-3.

CSÉFALVAY, Zsolt a LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČECHOVÁ, Marie. *Čeština - řeč a jazyk*. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2011. s. 81. ISBN 978-80-7235-413-9.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník. 3. upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum*, 2007. 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.

FLANDERKOVÁ, Eva. *Čeština v afázii: teorie a empirie*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4246-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

JAKOBSON, Roman: *Poetická funkce*. Přel. Červenka, Miroslav. Jinočany: H&H, 1995. S. 55–74.

KARLÍK, Petr; NEKULA, Marek a PLESKALOVÁ, Jana (ed.). *Encyklopedický slovník češtiny*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2002. ISBN 80-7106484-X.

KIML, Josef. *Afasie a reedukace řeči: foniatrická studie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*, 2005. Galén.

KRČMOVÁ, M. *Úvod do fonetiky a fonologie pro bohemisty*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 196 s. ISBN 80-7368-213-3.

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

LEHEČKOVÁ, Helena. *Jazyk, komunikace a řečové poruchy*. In: KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.

LEHEČKOVÁ, Helena. *Neurolingvistika: předmět, metody a historie*. Slovo a slovesnost. 1984, 45(2), 154-157.

LEHEČKOVÁ, Helena. *Jazykové aspekty typologie afázií*. Slovo a slovesnost. 1985, 46(2), 119-126.

LEHEČKOVÁ, Helena. *Agramatismus v afázii*. Slovo a slovesnost. 1986, 47(2), 138-147.

LEHEČKOVÁ, Helena. *Afázie jako zdroj poznatků o fungování jazyka*. Slovo a slovesnost. Praha: Melantrich, 03.2009, 70(1), 23-35. ISSN 0037-7031.

LEHEČKOVÁ, Helena. *Struktura mozku a struktura jazyka: neurolingvistický pohled*. In S. Čmejrková, J. Hoffmannová, & E. Havlová (Eds.), *Užívání a prožívání jazyka*. Praha: Karolinum. 2010, 71-75.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium: teoretická východiska súčasnej logopedie, moderné prístupy*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. 159 s. ISBN 80-7315-038-7.

MARKOVÁ, J. *Úvod do lingvistiky*. In KEREKRÉTIOVÁ, A., et al. *Základy logopédie*. 1. vydanie. Bratislava : Univerzita Komenského, 2009. s. 61-76. ISBN 978-80-223-2574-5.

NEBUDOVÁ, Jaroslava. *Cévní mozkové příhody*. In: KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.

NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

PROUZOVÁ, Hana. *K pojmu rovina v českém lingvistickém myšlení. (K vývoji pojetí některých základních lingvistických pojmů a termínů)*. Slovo a slovesnost, volume 49 (1988), number 4, s. 329-341.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Manažer. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4.

Elektronické zdroje

Český národní korpus. *Český národní korpus* [online]. Dostupné z: korpus.cz

Klub Afasie. *Klub Afasie* [online]. 2019. Dostupné z: klubafasie.com

KUBÍK, Tomáš, STEHLÍKOVÁ, Olga. *Afázie*. In: Petr Karlík, Marek Nekula, Jana Pleskalová (eds.), *CzechEncy - Nový encyklopedický slovník češtiny*. Online, 2017.

NEŠPOR, Zdeněk. *Sociologická encyklopedie*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., online, 2017.

OSOLSOBĚ, Klára. *Morfologie*. In: Petr Karlík, Marek Nekula, Jana Pleskalová (eds.), *CzechEncy - Nový encyklopedický slovník češtiny*. Online, 2017.

Seznam příloh

Příloha 1 – Klient A

Příloha 2 – Klient B

Příloha 3 – Klient C

Příloha 4 – Klient D

Příloha 5 – Klient E

Příloha 6 – Ukázkový záznamový arch odvedených řečových terapií autorky práce

Příloha 7 – Formulář informovaného souhlasu pro klienty

Příloha 1 – Klient A

KA: Tam nějaký chlapec si vyjel na kole.

*T: Výborně, správně a vy už jste to i nádherně srovnal všechno, takže začneme od toho (...)

*KA: Dobře

T: (...) prvního obrázku, takže co vy tam vidíte na tom prvním obrázku?

KA: Jede klápec na kole, ale H přírodou

T: Uhm. Výborně.

KA: Ne po silnici.

T: Výborně, co má za sebou ten chlapec? Co tam vidíme na tom obrázku?

KA: Vidíme stromy, je tam les.

T: Je tam les výborně. Tak pojďme na druhý obrázek, co vidíme na něm?

KA: (pauza) Chlapec si nebuběd..., tbm jak to je nebezptt....

T: Výborně, nebezpečné.

KA: Tak sajel na kámen a (pauza)

T: Přesně tak.

KA: (tenze) H spadl.

T: A spadnul, výborně. Co se stalo potom? Tady. Co se stalo potom. Spadl tedy, to jsme řekli.

KA: Asi mu někdo zablovlal sanitku a.

T: Perfektní.

KA: A odvezli ho do nemocnice.

T: Pravděpodobně ho potom odvezli do nemocnice. Co se stalo v té nemocnici?

KA: (pauza) H

T: Klidně si to posuneme, ať na to vidíme dobře.

KA: Dabli mu nohu do sádry, ale musil ležet.

T: Ano, musel ležet. A co tam ještě vidíme? Kromě té sádry na té noze? Tak co ještě je na tom obrázku všechno? Co ještě tam můžeme vidět?

KA: Lůžko.

T: Výborně.

KA: Pítí.

T: Ano.

KA: Protože to je nebezpečný

T: Ano.

KA: Když se dehydruje.

T: Když je dehydratovaný, tak to může být nebezpečné. Naprosto správně. Tak. Ještě něco tam je vidět?

KA: H Má podložený, aby se mu lépe spalo.

T: H (souhlas)

KA: A H to pití má na nočním stolku.

T: Perfektní. Jak se tváří? Je to tam vidět, co má na obličeji, jak se tváří?

KA: Už je spokojený, ale netěších... se z toho.

*T: Výborně netěší se z toho. Vypadá, že se trochu mračí.

*KA: H

T: Máte pravdu. Ale už se netváří, jak se tvářil před tím. Tak co tady na tom posledním obrázku?

KA: Propastil ho z nXmocnice. Má takovou dlouhou dlouhou a nebo se tomu říká chodící sádra.

T: Výborně.

KA: A musí ss... se pobyhovat pomocí brlí.

T: Perfektní, pomocí berlí. Kolik má berlí? (smích)

KA: Bvě.

T: Dvě má. Berle. Perfektní. (smích) A kde se nachází tady ten náš kluk? Pravděpodobně.

KA: Už je s nemocnice venku a je na voblici.

T: Na ulici je. Super. A jak se nám zase tváří? Tváří se trochu jináč?

KA: Trchu jo, ale (pauza) ale to je takový výraz (pauza), (úsměvně).

T: Nicneříkající máte úplnou pravdu, tak když to porovnáme s tím prvním obrázkem. Je tam rozdíl? S tím prvním obrázkem?

KA: Mně se smál se. A to byl byděšený a moc byl štsný, že se mu nestalo nic horšho.

Příloha 2 – Klient B

T: A teď. Povězte mi, co na těch obrázcích vidíte?

KB: Vidím, že ten chlapec (pauza) byl takovej zanícenej, ne zanícenej, ale jezdil na kole.

T: Ano.

KB: A nedával si pozor na cestu, proto narazil tady do toho kamenu.

T: Souhlasím.

KB: Asi. Upad. Ale tady nevím jak mu zavolali tu sa sanitku, nebo kdo mu ji zavolal. To tu nebylo žejo.

T: Ne. Ne není to tam.

KB: Nicméně sanitka hop vodvezla do nemocnice. Tam mu za sádروali pravou nohu. Jo ale.

T: H (souhlas).

KB: No a potom byl z nemocnice propuštěn a ještě nákej čas chodil s berlemi. S berlíma (smích).

T: (smích) s berlemi, a berlema. Povězte mi, jak se tváří, ten náš chlapec, ten náš kluk? Postupně na těch obrázcích?

KB: F tom. F tý první situaci byl v pohodě, protože jel po hezký přírodě, z lesem. Nénarazil do něčeho, takže se rozhlížel vokolo. Byl. Ten druhý okamžik, když H se zarazil z toho jak narazil na tu H na kámen nebo asi na kámen

T: Je to kámen. Obrovský.

KB: No. Ale byl zřejmě sss vod tý první situace takovej rozl(nedořečeno) Né. Nesoustředěnej na jízdu tak no a proto ho to vylekalo až sebou praštil ale tady není znát, že by si něco zlámal. Prostě tu leželo to kolo a něco

T: Přesně tak.

KB: Někdo zavolal sanitku, nevím kdo. To tady s z neni vidět. Sanitka ho vodvezla do nemocnice a v tý nemocnici ho (pauza) mu dali gibs na tu jednu nohu a nechali ho ležet f na posteli a až potom ho propustili, celou tu dobu nevím že by měl náký rodiče a nebo se ho rodiče vo to starali. Vše H na všech vobrázkách je vidět jenom ten kluk.

T: Výborně. A je skutečně na všech obrázcích?

KB: Není. Není tady na v H. Tady H sanitce.

T: Ano.

KB: Tam je zřejmě ta sanitka a von je vevnitř. Asi jo.

T: Asi zřejmě ano.

(smích)

T: Vypadá to, že se tam nachází. Výborně.

T: Tak. Ještě se vás zeptám co všechno můžeme vidět tady na tom obrázku? Tady na tom? (ťuká na obrázek) Co vše? Co všechno je na tom obrázku? Krom toho našeho kluka?

KB: Je tam postel, která není ustlaná.

T: Vypadá neustlaná?

KB: Vypadá neustlaně. Asi má po potažený ten H polštář. Asi. Na H má tam vedle postele postavenej (nádech) stolek na nějaký občerstvení. A to občerstvení tam má skleničku a H lahev sss nebo lahev (pauza) s vodou nebo s čajem nebo...

T: Může být určitě.

KB: Ví bůh.

T: Co byste si dal vy?

KB: Já bych si dal panáka. (smích)

T: A čeho dobrého byste si dal panáka?

KB: Já bych si... to to je právě takový bolestivý pro mě, že já co jsem marodil před těma před pětadvaceti lety, tak mi ne zakázali, ale prostě mi řekli, že není zdraví abych něco pil. Tak to nepiju. A je pokoj.

T: Mně se nic nestalo, taky mně povídají, že to není zdravé a taky bych to neměla. Takže to máme stejně. (smích)

Příloha 3 – Klient C

T: Budu to nahrávat, je to v pořádku?

KC: Nó. (souhlasně kýve)

T: Výborně. To jsem ráda. Takže vy tady máte obrázky a budu potřebovat abyste je seřadil podle toho jak patří za sebe. To je první úkol.

(klient si obrázky prohlíží, rovná)

T: Krása, to byla rychlost.

KC: Nó. (úsměv)

T: Ted' budu potřebovat je očíslovat.

(klient obrázky čísluje)

KC: Jenda. Dva. Tři. Čtyry. Pět. Šest.

T: A ted' bych ráda věděla, co se na těch obrázcích děje? Co tam je? Jak vypadají?

KC: Tak na prvním obrázku je...de kluk H v pohodě na kole. Lesem. Druhým obrázku bourá do kamene. Třetím obrázku leží na zemi. Čtrtým obrázku sanitka převáží kluka. V pátým obrázku leží v nemocnici na posteli. H Má zlomenou nohu. A v šestým obrázku má přeází ulici v berlích berlích H se zlomenou nohou přechází ulici.

T: Ještě něco?

KC: Ne.

T: Tak ted' pojďme, co má ten kluk na sobě? Za začátku jak vypadá?

KC: Bezpečně.

T: Jakto? Podle čeho můžeme usoudit?

KC: Má prilbu, má dlouhý rukáv, dlouhý kalhoty, světlo. (pauza)

T: Takhle by podle vás vypadal bezpečný cyklista? Je to tak?

KC: No. Tak nemá řetěz (smích).

T: (smích) To je pravda. Ten mu chybí, ten si domyslíme (smích). Tak takhle vypadal trochu nebezpečně, ale co do oblečení bychom mohli říct, že je to všechno v pořádku.

(klient kýve hlavou po celou dobu promluvy T)

T: Mě by zajímalo jak se tváří, když to srovnáte všechny ty obrázky, porovnáte. Jak vypadá, jak se tváří?

*KC: Na prvním usmívá se. Na druhým překvapení, údiv.

*T: Výborně. (potichu)

KC: Na třetím. Zklamání?

T: Mohli bychom říct. Tam je ten obličej špatně vidět, ale asi není rád. Mám pravdu?

KC: Nó. (kýve)

T: Podle situace asi nebude rád. (smích)

KC: (úsměv) Čtvrtým nevím, protože protože nevidím do sanitky.

T: Takže na obrázku je nebo není?

KC: Není. Na patym je zklamanej. A na na šestym taky.

T: Co všechno je tady na tom obrázku (ukazuje) číslo pět? Vy už jste něco řekl, ale pojďme si ho popsat.

KC: (nádech) Postel, podhlavník, chybí tam peřina, noční stolek, na něm konvice a hrnek (pauza).

T: Co má na sobě ten kluk?

KC: Pyžamo.

T: A? A co má nově?

KC: Sádru.

Příloha 4 – Klient D

KD: Ja nevim jak to jak co.. co říkat.

T: Tak já vám pomůžu. Takže kde asi jede? Kde jede?

KD: Kam jede? Jede na kole no a špatně (pauza).

T: Ano špatně.

KD: Nara... Aee...

T: Co se stalo?

KD: Spadnul.

T: Uhm. A vy jste chtěl říct na? Nara...?

KD: Na kole.

T: Na kole a co udělal? Proč spadl ten cyklista? Co je tohle? Co se tam stalo? Na tom druhém obrázku?

(pauza)

KD: H co tam mám říkat?

T: Tak co je tohle myslíte, tohle? Co to je (klepe na obrázek)?

KD: Jede na kole.

T: Jede na kole a spadl.

KD: Spa... spadnul.

T: A co dělá teď?

KD: Spadnul.

T: H A co dělá?

(pauza)

T: Co dělá na tom obrázku?

KD: Leží na zemi.

T: Copak mu asi je? Copak mu je? Copak mu je?

(pauza)

KD: No spadnul no tak leží na zemi a... (pauza).

T: Leží na zemi a?

KD: A čeká H na H na doktora.

T: Výborně. Tak co je tady? Co vidíte tady? (ukazuje na další obrázek)

KD: No lež... sedí H je H ve je vevnitř f tom už je.

T: Výborně. Jak tomu řekneme pane X? Tomu au tu říkáme?

(pauza)

T: S.

KD: Sadou jo to je sadou ta.

T: Ano, ta říkáte správně. Sanit...

KD: Sani... sa...

T: Sani tka.

KD: Sas... a no... no... no...

T: Sanitka. Nic se neděje, nic se neděje. V pořádku. A kdo jste říkal, vy jste tam říkal že je tam lékař.

KD: Tam je lékař. doktor

T: A kdo ještě? Asi? Kdo tam ještě může být? Lékař je tam a kdo?

(pauza)

T: Kdo tam jede?

(pauza)

T: Tak pojd'me od té sanitky od toho auta a pojd'me sem na tenhle obrázek, jo. Tady se chvíličku zastavíme. Tady ten obrázek.

KD: Tam leží leží u doktora.

T: Perfektní. To je správně. Leží u doktora. Co je tohle za předmět? Na čem leží?

KD: Kde leží?

T: Kde? Ukazuje Co je to?

KD: Nevim co tam mám říct.

T: Co je tohle za předmět? Kde? Na čem leží. Na – čem – leží? Tady to, tomu říkáme nějak. Máme to v ložnici, on je tedy u lékaře a říkáme tomu? P... Pos... Postel. Postel tomu říkáme.

KD: Postel no postel ale co?

T: No že tam leží.

KD: Tam leží no.

Příloha 5 – Klient E

T: A tam jsme teď vlastně, na tom dalším obrázku.

KE: Na tom žádná žádný velký zranění patrně jenom nákej pravá nožka mu (pauza)

T: Přesně tak. Co s ní? (smích obou) Copak s tou nožkou je?

KE: Já H nevím. Co jste říkala?

T: Copak je s tou nohou? Že jste to poznal?

KE: Nakonec museli mu dát sádku.

T: Perfektní.

KE: Ty H (pauza) lékaři.

T: Táak.

KE: (smích)

T: Byli to ti kluci. Přesně. Co tam ještě můžeme vidět na tom obrázku, kromě toho kluka s tou sádkou, tak co tam ještě na tomto obrázku je?

KE: No poni... Ne po... ni... No H víš ta ta škola ta min... mič... mi... miničí... čí H (pauza)

T: Já vám klidně pomůžu, když mi ukážete co co myslíte?

KE: No jako ten vlastně ten.

T: Nemocniční.

KE: Nemocniční postel.

T: Výborně. (smích)

KE: (smích) no tak (pauza).

T: Ta tam je, to neodpáreme. Ta nemocniční postel.

KE: Nemocniční postel no.

T: Co je na ní?

KE: H tak náak já mám dojem že je on má moc moc pod vo... pod vo... pod hlavou (smích).

T: (smích) má pod hlavou. A co tam má?

KE: A to je (pauza) to nevím.

T: Dám vám na výběr – buď to může být židle, stůl nebo polštář?

KE: No tak polštář.

T: Bude to polštář.

KE: Polštář. No. (pauza)

*T: Co vidíme za ním?

*KE: Dostal.

T: Ano, odpovězte.

KE: Dostal dali mu H sestřička patrně (smích) mu dala mu dala talí... H konev kone... koneč... konec, koneček, konec.

T: Konev.

KE: Konev s s hrnkem.

T: A na čem to stojí?

KE: A to stojí na tom, na tom mine, na tom H nemocniční, nemocniční H stolek, stolku. Stolku.

T: Perfektní je to přesně tak, na tom nemocničním stolku. Úplně jsme ho vyčerpali tento obrázek. Tak co na tom posledním? Kam se dostáváme?

KE: (pauza) Tak chlapec byl neopra... vně... neopra... neo...

T: Pa.

KE: Neopatře... neopa...

T: Tr.

KE: Co?

T: Říkáte to správně, jenom vám pomáhám neopa...

KE: ...tný

T: (souhlasný zvuk) teď je to ono.

KE: Neopatrný.

T: Teď je to ono.

KE: H takže si vyko... vyrko... vykoledoval.

T: (smích) ano.

(pauza)

KE: Berle.

T: Výborně.

KE: Berle.

T: Kolik jich má těch berlí?

KE: Dvě berle a H (pauza) a on se už učí chodit.

Příloha 6 – Záznamový arch odvedených řečových terapií autorky práce

Vybrán poslední nejaktuálnější arch vedených skupin.

14.9.	Bára	1) konverzace 2) člení slova 3) paronyma - horba státních vlt
14.9.	Bára	1) konverzace 2) nesmyslné věty 3) spojovací pojmy
5.10.	Bára	1) konverzace 2) vylamování slov - slo 3) popis obrázků
5.10.	Bára	1) konverzace 2) práce s obrázkem, popis, pojmy 3) slovní spojování - popis obrázkem
26.10.	Bára	1) popis dějové stránky a dějové posloupnosti 2) vylamování slov 3) rozhovor - lidé 'meduzy'
26.10.	Bára	1) dějový popis obrázků, dějová posloupnost 2) mýtná slova 3) konverzace

Příloha 7 – Formulář – Prohlášení o informovaném souhlasu pro klienty

Prohlášení o informovaném souhlasu

Informace o účastníkovi výzkumu:

jméno a příjmení:

e-mail/telefon:

Prohlášení

Já, níže podepsaný/-á, potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu tohoto výzkumu;
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu a pro účely evidence a archivace;
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.

Potvrzuji, že jsem převzal/-a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis účastníka výzkumu:

Podpis vedoucího výzkumu: