

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Návrh a realizace reedukační pomůcky pro osoby s afázií

Bc. Tereza Pražská

Katedra speciální pedagogiky
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Durdilová, Ph.D.
Speciální pedagogika (N SPPG)

2014

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra speciální pedagogiky



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉHO ÚKOLU
akademický rok 2013/2014

Jméno a příjmení studenta: Bc. Tereza Pražská

Studijní program: Speciální pedagogika (N SPPG)

Studijní obor: Speciální pedagogika

Název tématu práce v českém jazyce: Návrh a realizace reedukační pomůcky pro osoby s afázií

Název tématu práce v anglickém jazyce: Project and realisation of reeducational aid for people with aphasia

Pokyny pro vypracování: Opatření děkana č.17/2010 Čj 9633/2010

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Lucie Durdilová, Ph.D.

Předpokládaný rozsah diplomové práce: 65 – 75 s.

Datum zadání práce: 12. 6. 2013

Předběžný termín odevzdání práce: 20. 6. 2014

V Praze dne: 19. 6. 2014

.....
vedoucí katedry

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Návrh a realizace reedukační pomůcky pro osoby s afázií* vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17. června 2014

.....

Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila poděkování vedoucí diplomové práce Mgr. Lucii Durdilové, Ph. D. za odborné konzultace a podnětné připomínky. Rovněž bych chtěla poděkovat OS Klub afasie a jeho vedení za vstřícnost a za nabídku spolupráce na tak zajímavém projektu. V neposlední řadě chci věnovat poděkování všem figurantům, kteří se na realizaci projektu podíleli, bez nich by pomůcka nevznikla.

NÁZEV:

Návrh a realizace reedukační pomůcky pro osoby s afázií

AUTOR:

Bc. Tereza Pražská

KATEDRA (ÚSTAV)

Katedra speciální pedagogiky (Pedf UK)

VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Lucie Durdilová, Ph.D.

ABSTRAKT:

Diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na současnou problematiku afázie v kontextu různých vědních disciplín a afaziologických směrů. Zabývám se zde klasifikací afázií, diagnostikou, terapií a využíváním pomůcek v terapii afázie. Praktická část se týká projektu – návrhu a realizace reedukační pomůcky pro osoby trpící afázií s názvem Soubor sekvencí dějových obrázků. V závěrečné kapitole se pak věnuji bližšímu popisu této pomůcky a příkládám ji k nahlédnutí v příloze. Cílem mé diplomové práce bylo rozšířit nabídku reedukačních materiálů pro osoby s afázií v našich podmínkách.

KLÍČOVÁ SLOVA:

afázie, reedukační pomůcky, Soubor sekvencí dějových obrázků

TITLE:

Project and realisation of reeducational aid for people with aphasia

AUTOR:

Bc. Tereza Pražská

KATEDRA (ÚSTAV)

Katedra speciální pedagogiky (Pedf UK)

VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Lucie Durdilová, Ph.D.

ABSTRAKT:

The diploma thesis is divided into two parts – the theoretical and the practical one. The theoretical part deals with contemporary issues of aphasia in the context of various scientific disciplines and aphasia access. I analyze aphasia classifications, diagnostics, therapy and using of the aids in aphasia therapy. The practical part describes my work - project and realisation of reeducational aid for people with aphasia, which name is Soubor sekvencí dějových obrázků. I devote to detailed description of this aid in the final chapter. The aim of the diploma thesis was to widen offer reeducational material for people with aphasia in our conditions.

KLÍČOVÁ SLOVA:

aphasia, reeducational aids, Soubor sekvencí dějových obrázků

Obsah

1	Afázie.....	10
1.1	Vymezení pojmu afázie.....	10
1.2	Význam multidisciplinární spolupráce v péči o klienty s afázií.....	11
1.2.1	Neurologie.....	11
1.2.2	Neuropsychologie.....	12
1.2.3	Neurolingvistika.....	12
1.2.4	Lingvistika.....	13
1.2.5	Psychologie.....	16
1.2.6	Psycholingvistika.....	18
2	Etiologie.....	19
2.1	Příčiny vzniku afázie.....	19
2.2	Anatomie jednotlivých typů afázie.....	24
3	Symptomatologie a klasifikace.....	29
3.1	Nástin historického vývoje afaziologie.....	29
3.2	Klasifikace afázií.....	30
3.2.1	Bostonský klasifikační systém afázií.....	32
3.2.2	Lurijova klasifikace afázií.....	37
3.2.3	Klasifikace afázií podle Kimla.....	39
3.2.4	Klasifikace afázií podle Hrbka.....	39
3.2.5	Klasifikace podle Čecháčkové (Olomoucký klasifikační systém).....	40
4	Diagnostika.....	42
4.1	Diferenciální diagnostika.....	42
4.2	Screeningové testy afázie.....	43
4.3	Komplexní testy afázie.....	43
4.3.1	Kvantitativně orientované testy.....	43
4.3.2	Kvalitativně orientované testy.....	44
4.3.3	Testy funkční komunikace.....	45
4.4	Speciální testy afázie.....	46
4.5	Neurologická diagnostika.....	46
5	Terapie afázií.....	47
5.1	Vybrané možnosti terapie osob s afázií.....	48
5.2	Individuální a skupinová terapie.....	52
5.3	Klient s afázií a jeho rodina.....	54

5.4	Psychoterapeutické působení v procesu terapie afázií	56
6	Pomůcky a přístroje v logopedii.....	58
6.1	Rozdělení pomůcek a přístrojů v logopedii.....	58
6.2	Pomůcky a přístroje používané při terapii afázie.....	62
7	Návrh a realizace reedukační pomůcky pro osoby s afázií	68
7.1	Teoretické pozadí realizace projektu	68
7.2	Realizace projektu.....	70
7.3	Charakteristika Souboru sekvencí dějových obrázků	71
	Závěr	78
	Literatura.....	79
	Seznam obrázků	84
	Příloha.....	85

Úvod

S každým rokem stoupá počet osob trpících afázií. Přestože je v povědomí laické veřejnosti i některých odborníků vnímána primárně jako řečové postižení, zdaleka se netýká pouze této oblasti. Jedná se o postižení komplexní, které zasahuje do struktury celé osobnosti jedince s afázií. Cílem teoretické části mé diplomové práce je seznámit čtenáře s širší této problematiky, která předpokládá zájem, zapojení a v neposlední řadě spolupráci mnoha vědních disciplín i jiných subjektů.

Podstatnou část věnuji charakteristice afaziologických přístupů. Těm, které mají svůj pevný historický základ, ale i těm, které se teprve vyvíjejí v návaznosti na aktuální potřebu najít řešení, jež budou lépe reflektovat současný stav společnosti. Optikou těchto různých přístupů se pokusím nahlížet oblasti klasifikace afázií, diagnostiky a terapie. Zaměřím se na současná teoretická východiska terapie afázie a některé novější trendy, které v sobě zahrnují možnosti využití psychoterapie a snaží se eliminovat rizika sociální izolace.

Nedílnou součástí terapie narušených komunikačních schopností jsou pomůcky a přístroje, kterými logoped ve své praxi disponuje. Existuje nepřehledné množství logopedických pomůcek, které jsou určeny primárně pro děti předškolního nebo mladšího školního věku. Jedná se však o materiál, který je svým charakterem pro práci s dospělými klienty nevyhovující. Přestože se situace vlivem moderních technologií postupně zlepšuje, odpovídajícího reedukačního materiálu pro starší klienty s narušenou komunikační schopností je stále nedostatek. V návaznosti na tuto skutečnost jsem se rozhodla vytvořit reedukační pomůcku pro osoby s afázií s názvem *Soubor sekvencí dějových obrázků*, o kterém bude blíže pojednáno v závěrečné kapitole.

Hlavním cílem praktické části mé diplomové práce je snaha podílet se touto cestou na zkvalitnění péče o osoby s afázií, popřípadě o dospělé osoby s jinou narušenou komunikační schopností.

1 Afázie

„Nikdy nebudu jako dřív. Mám jistotu jenom v rodinném kruhu, jinak jsem bázlivá a stydlivá. Bojím se, aby mě někdo neoslovil, protože nechci vidět jeho zděšení, že normálně nemluví. Pravidla češtiny a slovosled jsou pro mě španělskou vesnicí. Opakovaně se mi vrací těžká deprese. Teď už opravdu s určitostí vím, že nikdy nebudu zcela v pořádku, nikdy nebudu úplně normálně mluvit ani úplně normálně rozumět, psát a počítat, nikdy si nezaspívám písničku ani nebudu moci vnučce bezchybně přečíst pohádku, a rozhodně nikdy nebudu mluvit žádným cizím jazykem.“ (Bartoničková, 2009, s. 99)

1.1 Vymezení pojmu afázie

Pojem *afázie* je světu znám od 19. století, kdy lékaři Paul Broca a Karl Wernicke objevili pacienty s tímto typem poruchy – nadlouho se tak ustálilo pojmenování Brocova afázie (porucha zejm. expresivní složky řeči) a Wernickeho afázie (porucha receptivní složky řeči).

Podle Cséfalvaye (2002) mělo stěžejní význam pro tuto problematiku období po druhé světové válce, kdy došlo k velkému nárůstu počtu afatiků v důsledku poranění mozku. Na různých místech světa tak začala vznikat centra, zabývající se systematickou pomocí těmto osobám. Jmenovat můžeme například bostonskou afaziologickou školu, ruskou neuropsychologickou školu a německou neurologickou školu.

Termínem afázie označujeme ztrátu již nabyté schopnosti řeči (na rozdíl od dysfázie, kdy hovoříme o vývojové poruše). Jedná se tedy o získanou poruchu řeči. Cséfalvay (1996, s. 15) definuje afázii takto: *“Jde o získané narušení komunikačních schopností zasahující všechny modality řeči (expresivní a receptivní, mluvenou a psanou řeč) a v různé míře také všechny roviny jazykového systému (foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, a také pragmatickou). Afázie vzniká při ložiskových poškozeních mozku jako následek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.“*

A. R. Lurija (1965 cit. In: Lechta, 2002, s. 19) definuje afázii jako: *„Systémové narušení řeči, které vzniká při organických poškozeních mozku, zasahující rozličné úrovně organizace řeči. Toto poškození ovlivňuje vztah řeči k ostatním psychickým funkcím, vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka s narušením především komunikační funkce řeči. Jde o poruchu s intrapsychickými i interpsychickými následky.“*

Podle *Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR*, tvořili afatici za rok 2013 přibližně 44,9 % klientů nad 18 let, kteří jsou v péči logopedických pracovišť. Lidé s afázií jsou celkově čtvrtou nejpočetnější skupinou klientů s NKS (dyslalie, opožděný vývoj řeči, dysfázie, afázie,...). Jejich počet byl odhadován z evidence 97,5% registrovaných logopedických pracovišť v roce 2013 na přibližně 5 830 občanů ČR. Je však nutné připočítat celou řadu lidí s afázií, kteří nejsou v péči logopedů, celkový počet těchto osob bude pravděpodobně mnohem vyšší. Množství afatiků s každým rokem vzrůstá. Příčinou je stále se zvyšující prevalence cévních mozkových příhod (CMP) a nárůst obyvatel seniorského věku (*Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]*).

Toto postižení se týká v převážné většině případů starších osob, můžeme se s ním ale setkat i u dětí, nejčastější příčinou dětské afázie bývají kraniocerebrální traumata. Nezřídka je afázie v poslední době detekována u lidí v produktivním věku, za její vznik vděčíme cerebrovaskulárním onemocněním způsobeným například užíváním antikoncepce, kouřením apod. (Čecháčková 2007).

1.2 Význam multidisciplinární spolupráce v péči o klienty s afázií

Problematika afázie se netýká pouze reedukace řeči, šíře tohoto postižení vyžaduje zájem a péči mnoha dalších odborníků. Podle Cséfalvaye (2002) má mezioborová spolupráce v péči o afatiky, která se rozvinula v posledních desetiletích 20. století, zásadní význam. Kromě lékařů se do ní zapojili i logopedi, neuropsychologové, psycholingvisté, psychologové, jazykovědci apod.

1.2.1 Neurologie

Neurologie je lékařský obor zabývající se studiem onemocnění a poruch nervové soustavy především na organickém podkladě. Zabývá se diagnostikou a léčbou všech problémů centrální, periferní a autonomní nervové soustavy (*Wikipedia – Neurologie [online]*).

Neurolog je zpravidla první odborník, který zahájí péči o pacienta. Na základě diagnostických postupů určí příčinu vzniku poruchy symbolických funkcí. Neurologická diagnostika se skládá z vyšetření pacienta s komplexním posouzením jeho anamnestických údajů (osobní a rodinná anamnéza). Je zde zahrnuto vyšetření všeobecného stavu pacienta, při kterém se hodnotí objektivní nález a poté hodnocení současného neurologického nálezu, při kterém neurolog hledá příčinu a místo poruchy. Dále lékař na základě analýzy anamnézy a objektivního vyšetření posuzuje tzv. semiologickou diagnózu, která je souhrnem

patologických příznaků, které potom dává do souvislosti s anatomickými a funkčními jednotkami. Dohromady pak vytváří diagnózu trojího typu – **syndromologickou diagnózu**, **etiologickou diagnózu** zaměřenou na příčinu a **topickou diagnózu**, při které určuje místo poškození (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Brázdil (2004) hovoří o nedostatečné pozornosti věnované neurology vyšetřením vyšší nervové činnosti, tedy systémům kognitivním a behaviorálním (paměti, pozornosti, gnostickým funkcím, nálady atp.). Apeluje na neurologickou obec, aby se při diagnostice pacientů rovněž zaměřila na oblast kognitivně behaviorální a nabídla jednoduché vyšetřovací postupy, které uvede v praxi. Diagnostika vyšších psychických funkcí by se tak měla stát nedílnou součástí neurologického vyšetření.

Přestože i neurologové využívají některé testy k posouzení vyšších psychických funkcí jako je například test Mini-mental state examination (MMSE) hodnotící psychický stav pacienta, v popředí zájmu stojí však spíše vyšetření týkající se funkční zdatnosti, míry aktivity a soběstačnosti, stavu hybnosti, poruchy čítí aj.

1.2.2 Neuropsychologie

Neuropsychologie si oproti neurologii všímá toho, jak onemocnění nervového systému působí na pacientovu psychiku, jak mohou být v souvislosti s onemocněním narušeny psychické funkce a ve vztahu k afaziologii také funkce řečová. Může navrhnout vhodný terapeutický postup (Schmiedtová, Flanderková, 2004).

Neuropsychologie se začala vyvíjet v souvislosti s výzkumy Paula Brocy a Carla Wernicka a je považována za poměrně nový obor. Využívá testy, které se používají pro výzkum mozkových funkcí a v klinické praxi pro diagnostiku deficitů a poruch v různých částech mozku (Wikipedia – Neuropsychologie [online])

„Cílem neuropsychologického vyšetření pacientů s fatickou poruchou je zhodnocení stavu všech tzv. vyšších psychických funkcí (VPF), jež mohly být proběhlým patologickým procesem porušeny. Nejen tedy řeči – fáze, ale i funkcí gnostických, mestických a praktických.“ (Kulišťák, 1997, s. 177)

1.2.3 Neurolingvistika

Zatímco v popředí zájmu neuropsychologie stojí zkoumání mozkové aktivity ve vztahu k mysli, neurolingvistika se zabývá navíc souvztažností těchto aspektů k přirozenému jazyku. Využívá nejmodernějších neurofyziologických metod v kombinaci s lingvistickými, neurobiologickými a neuropsychologickými poznatky v laboratorních

podmínkách. Příkladem výzkumných otázek může být: V jakém pořadí se zpracovává sémantická a syntaktická informace? V jaké části mozku se tyto informace zpracovávají? apod. (Schmiedtová, Flanderková, 2011).

1.2.4 Lingvistika

Lingvistika neboli jazykověda je věda zkoumající přirozený jazyk. Lze ji dělit na obecnou lingvistiku, aplikovanou lingvistiku a jazykovědy jednotlivých jazyků nebo jejich skupin. Vztah řečové terapie a lingvistiky může být v mnohém obohacující. Přestože mají oba obory jiná východiska i cíle, jejich zaměřením je jazyk. „*Přínos jazykovědy pak spočívá v tom, že dostatečná znalost organizace a normálního fungování jazyka pomůže terapeutovi zvolit co nejúčinnější postup rehabilitace. Poruchy řeči, přes svou individuální specifiku, totiž nejsou pouhým shlukem nahodilých symptomů. Projevují se v nich obecné rysy a tendence, pro jejichž odhalení, popis a využití při rehabilitaci je důležitá znalost základů lingvistiky.*“ (Lehečková, 1997, s. 127)

Terapeut může využít lingvistických poznatků:

- pro kvalifikované posouzení řečové poruchy pacienta (konkrétnější popis poruchy)
- pro stanovení posloupnosti rehabilitačních kroků (například pro určení vzájemné podmíněnosti jevů)
- pro zhodnocení výsledků rehabilitace, specifikace vývoje

Lehečková dále uvádí, že nelingvistické disciplíny posuzují afatické pacienty na základě poruchy produkce, percepce, čtení, psaní nebo počítání. Lingvistický přístup se snaží o charakteristiku poruchy na jednotlivých jazykových rovinách. Pochopení charakteristiky jednotlivých jazykových rovin a jejich význam v řečovém procesu nám může být mimo jiné nápomocí při přípravě podpůrných rehabilitačních materiálů. V této kapitole se pokusím stručně popsat jednotlivé jazykové roviny a uvést do souvislosti s problematikou afázie, popřípadě s její terapií.

Foneticko-fonologická rovina

Fonetika a fonologie se zabývají zvukovou stránkou řeči. *Artikulační fonetika* zkoumá zvukovou stavbu jazyka z hlediska fyziologického (biologického), *akustická fonetika* z hlediska akustického (fyzikálního) a *fonologie* z hlediska lingvistického (společenskovedního) Erhart (2001). Autor vymezuje rozdíl mezi fonetikou a fonologií

takto: „*Fonetika pracuje exaktními metodami přírodních věd, detailně zkoumá vlastnosti hlásek, kdežto fonologie odhlíží od podružných artikulačních a akustických vlastností a všímá si jen těch, kterými se foném liší od jiného fonému, zacházejíc přitom dost volně s fonetickou terminologií.*“ (Erhart, 2001, s. 18)

Zjednodušeně řečeno *fonologie* je nauka o funkci hlásek. Zkoumá, jak jednotlivé fonémy¹ ovlivňují významy slov, naproti tomu *fonetika* se zabývá fyzikálními charakteristikami řečových zvuků, tj. jak se jednotlivé zvuky tvoří, jaká je akustická podstata řeči a jak je vnímán při komunikaci zvuk řeči.

Zejména logopedi jsou vděční za vědecké poznatky, které jim fonetika přináší. Zásadní význam pro ně představuje znalost mechanismu tvorby jednotlivých hlásek, související s artikulací, fonací a koordinací dýchání. Při terapii afázie se však v první řadě zaměřujeme na obnovu jiných, důležitějších, funkcí než je správná artikulace. Když přihlédneme k širší problémů, které se s afázií pojí, je nesprávná výslovnost hlásek zjednodušeně řečeno pouze kosmetickou vadou.

Větší pozornost je věnována prozodickým (suprasegmentálním) jevům, jako je například rytmus, tempo, intonace. Cséfalvay (2007) uvádí, že někteří klienti, u kterých došlo ke ztrátě řeči, mají zachovanou schopnost zpívat nebo produkovat melodii. Melodie a intonace jsou zprostředkovány pravou hemisférou, jejich posilováním a upevňováním můžeme pozitivně působit na deficity spojené s poškozením levé hemisféry. Z těchto poznatků vychází tzv. melodicko-intonální terapie (MIT), založená na zhudebnění mluveného projevu. Tento typ terapie je vhodný především pro nonfluentní afatiky s minimální produkcí řeči omezenou na perseveraci slabik a neologismy. Prvky MIT jako je rytmizace slov a vět se v terapii afázie využívají běžně. U klientů s afázií dochází vlivem parézy rovněž velmi často k problémům s respirací a fonací, které jsou během terapie posilovány dechovými a fonačními cviky.

Marková (in Cséfalvay, 2007) popisuje narušení fonologické analýzy u afatiků. Deficit v této oblasti znemožňuje dekodování přijaté informace při zachovalé schopnosti slyšet. V takovém případě zaměřila autorka terapii na obnovu porozumění řeči, nejprve na úrovni vět, poté na úrovni jednotlivých slov. Další oblastí, která bývá u klientů narušena je fonemický sluch, tedy sluchové rozlišení hlásek, které hraje roli při porozumění řeči.

Lexikálně-sémantická rovina

¹ Foném je nejmenší zvuková jednotka, která odlišuje slova mezi sebou.

Lexikálně-sémantická rovina jazyka se orientuje na kvalitu pasivní i aktivní slovní zásoby. Na schopnost jedince porozumět významu slov, na jeho schopnost realizovat rozhovor, chápat instrukce a orientovat se v užívaných pojmech (Klenková, 2006 cit. In: Bendová, 2011).

U klientů všech typů afázie je problematická schopnost užívat jazyka v netradičních spojeních a v produkci a interpretaci jazykových hříček narušena. Jedním z prvních ukazatelů řečové poruchy je ztráta jazykové kreativity (Lehečková, 1997).

U pacientů s afázií nalézáme deficity v porozumění řeči (může mít také souvislost s narušením foneticko-fonologické roviny řeči, viz výše), v oblasti výbavnosti slov při spontánní řečové produkci, ale i při pojmenování. Často se v jejich řeči vyskytují neologismy a paraafázie.

Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologicko-syntaktická rovina představuje gramatiku daného jazyka. Ta se skládá ze dvou základních oblastí – morfologie a syntaxe (Marková, 2008). Morfologie stojí nad rovinou hláskosloví, zkoumá tvary slov. Zabývá se jejich ohýbáním (skloňování, časování) a jejich tvorbou. Každé slovo se skládá z menších jednotek, tzv. morfémů. Foném je nejmenší jazykovou jednotkou rozlišující význam, morfém je nejmenší jazykovou jednotkou nesoucí význam. Morfém sám o sobě ještě však není samostatnou jazykovou jednotkou, tou je až slovo (Lehečková, 1997).

Erhart (2001) popisuje dělení morfémů na lexikální a gramatické. Lexikální morfémy (lexémy) představují základní plnovýznamové znaky, kdežto gramatické morfémy představují pouze pomocné znaky označující vlastnost, okolnost nebo gramatický vztah. Morfémy lze dále dělit na tzv. samostatné morfémy (kořeny slova) a nesamostatné morfémy (afixy). Jeden ze symptomů afázie, označovaný jako **agramatismus**, se mimo jiné vyznačuje nesprávným užitím morfologických tvarů. U češtiny se tato porucha projevuje například nahrazováním gramatických koncovek nesprávnými tvary.

Schmeidtová 2011 do často používaných agramatismů mezi afatiky v oblasti morfologie řadí deflektivizaci, tj. tendence neohýbat slovesa a podstatná jména.

Lidé trpící afázií mají rovněž značné problémy se syntaxem (skladbou vět). Rozhodujícím faktorem pro organizaci věty je sloveso v určitém tvaru. Každé sloveso vyžaduje určitý počet obligatorních argumentů (podmět a předměty) a libovolný počet fakultativních doplnění (přísluvečná určení). Jak uvádí Lehečková, u afatiků je vynechávání obligatorních slovesných argumentů běžné. Rovněž Schmeidtová hovoří v souvislosti

s agramatismem u těchto pacientů o tzv. elizi tj. nevyjádření/vypouštění obligatorních lingvistických kategorií tam, kde by měla být. Uspořádání slov ve větě má v češtině svá pravidla. Afatici užívají chybných kombinací slov ve větě. Často také interpretují věty na základě běžného významu a ne syntaktických vztahů. Autorka uvádí příklad neschopnosti odlišit dvě syntakticky odlišné věty:

Pes kouše kočku.

Kočka kouše psa.

Agramatičtí pacienti přiřazují oběma formám obrázků odpovídající obvyklejší situaci (první věta). Dochází u nich k prolínání oblastí sémantiky a syntaxe.

Pragmatická rovina

Vztahem jazyka a reality – jak funguje jazyk v praxi se zabývá pragmatika. Ze všech jazykových rovin je u afatiků nejméně narušena, rozhodně by se však nemělo v terapii na tuto oblast zapomínat. Jazyk by měl být především funkční, terapie by měla směřovat k využití komunikace jakýmikoliv prostředky v běžných denních situacích, k vyjadřování přání a potřeb a v neposlední řadě ke zmírnění „sociální propasti“ mezi afatikem a jeho okolím. *„Terapie není orientována na izolované jazykové deficity, ale jejím cílem je zmírnit důsledky těchto narušení na komunikaci jako celek. Jedním z nejvýraznějších negativních důsledků ztráty schopnosti komunikovat po mozkovém poškození je i to, že se tyto lidé dostávají do sociální izolace. Tato izolace přináší nedostatek komunikačních příležitostí, nedostatek možností rozvíjet existující schopnosti a dovednosti. Tím se vytvoří „začarovaný kruh“, který výrazně stigmatizuje každého pacienta s afázií.“* (Cséfalvay, 2007, s. 67)

V klinické afaziologii se tak setkáme s pragmaticky orientovanými terapiemi, které kladou důraz na zlepšení funkční komunikace v každodenní komunikaci. Je také velmi vhodné, jak uvádí autor, zařadit pacienta do skupinové terapie, která přirozeně posiluje pragmatické dovednosti.

1.2.5 Psychologie

Vznik tak závažného onemocnění s sebou nese i řadu psychických obtíží. Afázie přichází náhle bez předchozího varování, nejčastěji v důsledku CMP. Pro pacienty představuje silné emoční trauma. Tuto situaci umocňuje fakt, že se na ní nemohli, jako v případě dlouhodobě působícího postižení, připravit. Často se také s pojmem *afázie* a se vším, co tato diagnóza obnáší, seznamují vůbec poprvé. *„Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl života, nový cíl svého směřování, s tím souvisí změna jeho životních hodnot i jeho*

sebepečetí. Choroba, event. úraz s trvalými následky obvykle původní identitu rozbije. Obnova přijatelného sebepečetí vyžaduje stejné úsilí jako rehabilitace somatických funkcí, někdy bývá i delší a obtížnější. Jde o vymezení nové identity, pochopení, kým je člověk nyní.“ (Vágnerová, 2004, s. 181)

Zkušenosti logopedů, se kterými jsem se setkala, potvrzují, že ve většině případů propadají klienti depresím a úzkostným stavům, nezřídka tak vyhledávají pomoc u odborníků psychologů. Pro práci logopeda je zásadní mít tento fakt neustále na paměti, v kontaktu s klientem být empatický a chápavý. Je třeba pamatovat i na citlivou volbu pomůcek v terapii. Když jsem připravovala reedukační materiál pro svou diplomovou práci, musela jsem zvážit, jaká témata dějových sekvencí užiji, a která raději vynechám. Například fotografie s tematikou vánoc nebo úrazu by mohly v některých klientech vzbuzovat negativní pocity,

Paní Bartoníčková, afatička, která se nebála otevřeně promluvit a popsat své pocity v knize *Cesta z mlčení*, uvádí: „*Ted' vnímám všechno úplně jinak, skutečně se nemůžu depresí zbavit, trvale ve mně zůstávají. Je to pořád těžší a těžší. Můj mozek si se mnou totiž dělá, co chce. Absolutně nerozumím, téměř nemluví, vůbec nepíšu, neumím počítat, většinou nevím, kolik je hodin, nejsem schopná telefonovat, ztratila jsem orientační smysl, neumím se podepsat, necítím vůni, teplo ani zimu, zapoměla jsem se smát, nerozumím vtipům, zato jsem hodně přecitlivělá.*“ (Bartoníčková, 2009, s. 57)

Deprese nevzniká pouze v důsledku náhlého postižení jako reakce na životní změnu, ale často bývá průvodním jevem afází. Vzniká na podkladě organických změn v mozku způsobených postižením. Sladká (2001) uvádí, že endogenní deprese se vyskytuje ve větším procentu u těch onemocnění, která postihují levou hemisféru, zpravidla frontálně, přičemž neplatí korelát mezi stupněm postižení a hloubkou deprese. U cévních mozkových příhod začínají deprese mnohdy latentně. Může se stát, že nejsou rozpoznány i několik týdnů, snižují tak spolupráci pacienta při rehabilitaci a zvyšují mortalitu.

Z dalších změn z okruhu psychických procesů můžeme u pacienta pozorovat například poruchy paměti, soustředění, percepce a myšlení. Úbytek těchto schopností vyvolává v klientech psychické napětí a pocity méněcennosti, které se promítají v jeho negativním sebehodnocení. Terapeut musí být s těmito změnami seznámen a kromě rozvoje řečových schopností věnovat pozornost i nácviku paměťových dovedností, rozvoji myšlení, prodlužování koncentrace apod. Neměl by při tom zapomínat na přiměřenost úkolů a povzbuzování při jejich plnění (Piperková, 2006).

1.2.6 Psycholingvistika

Psycholingvistika je od 50. let 20. století samostatnou vědní disciplínou. Snaží se postihnout způsob, jakým v mozku probíhají procesy produkce a porozumění řeči. Zkoumá, k jakým mentálním procesům dochází v oblasti osvojování mateřského jazyka a nabývání cizího jazyka a v oblasti jazykové patologie.

V současné psycholingvistice můžeme sledovat dva hlavní přístupy – komunikační tj. zaměřený spíše na vnější situační podmínky, na kontext komunikace a kognitivní, který je zaměřen spíše na vnitřní procesy a kognitivní operace probíhající v mluvčího mysli. V našem prostředí je uplatňován zejména přístup komunikační (Schmiedtová, Flanderková, 2004).

2 Etiologie

Afázie je získané postižení, vzniká na podkladě organické léze mozku. Rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a lokalizace této léze. Nejzávažnější afázie vznikají při rozsáhlých lézích zasahujících fronto-temporo-parietální oblasti mozku, nejčastěji při uzavření nebo zúžení střední mozkové tepny (artérie cerebri media), která se nachází mezi frontálním a temporálním mozkovým lalokem. Afázie vznikají při ložiskových poškozeních mozku, především v kortikální oblasti, ale i při lézích níže uložených oblastí mozku, spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech (Cséfalvay, 2007). Toto poškození je nejčastěji lokalizováno v dominantní hemisféře, u většiny lidí v levé mozkové hemisféře.

Klinický obraz afázie pak podle Čecháčkové (2007) závisí na:

- povaze patologického procesu,
- rozsahu a lokalizaci léze,
- věku pacienta.

2.1 Příčiny vzniku afázie

Příčiny vzniku afázie jsou různé, v převážné většině případů postižení vzniká na podkladě CMP. Dále to jsou traumatická poranění centrální nervové soustavy (CNS), onkologická onemocnění CNS, zánětlivá onemocnění mozku, degenerativní choroby CNS a intoxikace mozku.

Cévní mozkové příhody

Seidl, Obenberger (2004 cit. In Neubauerová, 2011, s. 41) uvádějí: „*Náhlé cévní mozkové příhody (CMP) jsou oprávněně jedním z nejobávanějších onemocnění dospělé populace na celém světě a třetí nejčastější příčinou smrti ve všech státech Evropy a ve většině vyspělých států. Výskyt onemocnění je nejčastěji uváděn číslem 200 případů CMP na 100 000 obyvatel.*“

CMP můžeme dělit podle příčiny na:

I. Získané postižení mozkových cév

1. lokální změny cév – způsobují lokální snížení nebo přerušeni prokrvení a vedou k lokální, ložiskové ischemii a způsobují encefalomalacii – infarkt mozku
2. generalizované změny cévní – způsobují generalizované ischemické postižení a vedou k víceložiskovým ischemickým změnám, eventuálně k atrofii mozku
3. krvácení – hemoragie mozková – způsobuje zničení nebo utlačení mozkové tkáně výronem krve z prasklé cévy při arterioskleróze a hypertenzi

II. Příčina sníženého prokrvení mozku (ischémie), je extracerebrální

1. embolie – vmetek sraženiny krevní ze srdce (při srdečních vadách) nebo z karotidy v oblasti na krku
2. snížení prokrvení mozku při nedostatečné činnosti srdeční

III. Vrozené postižení mozkových cév

1. aneurysma – tepenná výduť – vrozené zeslabení a vydutí stěny cévní, která může prasknout a krev se tak dostává do subarachnoideálního prostoru
2. arteriovenózní malformace – zkrat – může jednak mozek okrádat o krev a působit lokální nebo difúzní hypoxii mozku, jednak může prasknout a způsobit krvácení jak do subarachnoidálního prostoru, tak do mozku, protože stěny malformovaných cév jsou tenké (Nebudová, 1997).

Infarkt mozku

Mozkové infarkty, jak je uvedeno výše, vznikají na podkladě uzávěru či zúžení mozkové tepny. Na vině bývá nejčastěji ateroskleróza, embolie, trombóza, různé infekce nebo genetická onemocnění. Čím je postižená céva větší, tím je větší rozsah ischémie. Funkce mozku je závislá na přísunu kyslíku a glukózy krví. Pokud poklesne průtok krve o více než 50%, projeví se hypoxie klinicky výpadovými jevy, avšak pokud zůstává průtok nad 10%, mozkové buňky neodumírají a jsou schopny plně obnovit svou funkci, když se průtok vylepší. Buňky odumírají při snížení průtoku na 10% po dobu 4 minut a více. Symptomatologie se většinou nevyvíjí bleskově, ale pozvolně, často během spánku. Do klinického obrazu patří slabost či ochabnutí poloviny těla, porucha symbolických funkcí, závrať, výpadky zorného pole, popř. další symptomy dle lokalizace léze.

Podle časového průběhu dělíme mozkové infarkty na:

- TIA – transitorní ischemická ataka, kdy klinická symptomatologie plně odezní do 24 hodin, prokrvení nekleslo pod 10%.

- RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit, úprava symptomatologie nastane do několika dní, také zde neklesl průtok krve pod 10%. Trvá déle než 24 hodin, odeznívá do dvou týdnů.
- Progredující CMP při které symptomatologie ustupuje, ale neupraví se úplně, v části ložiska pokleslo prokrvení pod 10%.
- Dokončený iktus, kdy náhle dojde k výraznému postižení, které spontánně neustupuje. Stav se může zlepšit jen částečně rehabilitací, reedukací řeči, apod. (Kalita, 2006).

Mozkové krvácení

Nejčastější příčinou krvácení je hypertenze. Může prasknout tepenná výduť – aneurysma, po úrazu hlavy může vzniknout krevní výron – hematoma, který začne utlačovat okolní tkáň nebo se krvácením projeví mozkový nádor. Důsledkem toho začínají narůstat obtíže, nastává syndrom nitrolební hypertenze, kdy se zpomaluje tep, zvyšuje krevní tlak, dostavuje se spavost, ztráta vědomí, oslabení končetin. Krvácení může vzniknout v kterékoliv oblasti mozku, nejčastěji však do bazálních ganglií, do mozkových laloků, kmene a mozečku, nebo mezi mozkové pleny (Čecháčková, 2007).

Embolie

V případě embolie se jedná o zavlečení pohyblivého předmětu do místa krevního řečiště, kde zúžení brání jeho dalšímu pohybu a vzniká tak ischemie – místní nedokrvění mozkové tkáně. Embolus může být tvořen trombem, shlukem buněk, tukem, vzduchem nebo cizím tělesem (Podhorec, 2012).

Ischemické cerebrální léze při poruchách srdeční činnosti

Dochází k nim zejména při poruchách srdečního rytmu a při výrazném poklesu krevního tlaku (infarkt myokardu). Hypoxie je většinou generalizovaná, takže nečastěji dochází ke ztrátě nebo k poruchám vědomí, cerebrální symptomatologii však předchází srdeční obtíže. Mluvíme o neobstrukční ischemické lézi (Nebudová, 1997).

Úrazy a poranění mozku

„Poranění mozku dělíme na krytá a otevřená, přičemž u krytých poraněních nedochází k poškození tvrdé pleny a při otevřených zraněních je poranění mozku provázeno současným roztržením tvrdé pleny mozkové.“ (Neubauerová, 2011, s. 48) Při otevřených poraněních

mozku prognóza bývá špatná až letální. Neubauerová dále uvádí dělení poranění na *primární* a *sekundární*. Primární poranění mozku jsou uvedena níže, sekundární poranění mozku vzniká v návaznosti na úraz. Patří sem komplikace úrazu hlavy jako jsou hematomy, edémy mozku, hypoxie atd.

Mezi krytá poranění patří otřesy mozku (tzv. komoce) a zhmoždění mozku (tzv. kontuze) Otřes mozku je krátká ztráta vědomí, která většinou nezpůsobí fatickou poruchu. Nedochozí zde k anatomickým změnám mozku. Jako průvodní jevy se vyskytují bolesti hlavy, závratě, poruchy paměti.

Zhmoždění mozku může mít podle Čecháckové (2007) podobu:

- středně těžkého poranění, kdy sice bývá afázie přítomna, ale s dobrou prognózou
- těžkého úrazu hlavy, kdy bezvědomí trvá až 6 hodin
- dlouhodobých stavů bezvědomí, při kterých dochází k rozvoji apalického syndromu²

Mozkové nádory

Afázie může vzniknout i v důsledku přítomnosti nádoru. Záleží na tom, kde je nádor lokalizován (není podstatné, zde je zhoubný, či nikoliv), a jestli dochází k útlaku mozkových center. Podle Neubauerové (2011) je třeba kromě lokálního působení brát v úvahu možnost funkčních poruch vzdálenějších struktur následkem edému a masových posunů.

Zánětlivá onemocnění a intoxikace mozku

Nejfrekventovanější neuroinfekční onemocnění jsou purulentní meningitis, absces mozku a encefalitidy. Klinický obraz je tvořen bolestmi hlavy, teplotami, epileptickými záchvaty (zejména netypickým průběhem větších záchvatů) a meningeálním syndromem. Při meningeálním syndromu dochází k projevům nevolnosti až zvracení, světloplachosti, neschopnosti některých pohybů hlavy a končetin atp. **Purulentní meningitidy**, neboli hnisavé záněty mozkových blan, jsou nejzávažnější a vždy život ohrožující onemocnění, mortalita se pohybuje v řádu 10-40% případů. Meningitidy způsobují bakterie, které přicházejí na plenu krevní nebo lymfatickou cestou. Mechanismus příčiny je často nejasný. Bakterie způsobující mozkový absces se do mozkové tkáně dostávají embolizací bakterií ze vzdálených zánětlivých procesů v různých částech těla. **Absces** způsobuje zvýšení

² Apalický syndrom je stav bdělého bezvědomí, kdy má nemocný otevřené oči. Budí dojem bdělého, jsou zachovány vegetativní funkce, není však schopen komunikace (Neubauerová, 2011)

nitrolebního tlaku, otok mozku a tlakovou atrofií přilehlé mozkové tkáně (Duniewicz, 1999).

Encefalitidy neboli záněty mozku se dělí na primární a sekundární. Primární jsou způsobena neurotropními viry, při sekundárních encefalitidách je mozek postižen jako komplikace celkového základního onemocnění. Nejčastěji diagnostikovaným onemocněním tohoto druhu je klíšťová encefalitida (Bartoušek, 2006).

Intoxikace CNS je stále častější příčinou vzniku afázie. Mozek může být infikován jedovatými plyny (například oxidem uhelnatým) nebo stále častěji alkoholem a drogami (Čecháčková, 2007).

Degenerativní onemocnění CNS

Demence - z latinského de (bez) a mens (mysl, vědomí, rozum) - je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí je doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace a jsou narušeny každodenní aktivity (zaměstnání, společenské kontakty, osobní život). Demenci předchází mírná kognitivní porucha (Hort, 2007).

Demence bývá podle Neubauera (2007) považována za „tichou epidemii“ dnešní doby a zřejmě nejzávažnější zdravotně-sociální problém ve vyšším věku. Celková prevalence demenčního syndromu stoupá s vyšším věkem, nejvíce obtíží se vyskytuje v populaci nad 60 let. Nejčastěji udávaný údaj je 3-5% osob s demencí ve věku 65-75 let a 20% osob ve věku nad 80-85 let, přičemž tyto údaje jsou vztahovány nejčastěji na příznaky středně závažné až těžké demence.

Neubauer uvádí základní dělení demence podle její etiologie na:

- primární (atroficko-degenerativní demence),
- sekundární (schemicko-vaskulární demence a ostatní sekundární demence).

V 60-70% případů dominuje Alzheimerova choroba, která je považována za nejčastější příčinu vzniku demence vůbec. Jedna až dvě třetiny demenčních pacientů s Alzheimerovou chorobou mají podle některých neuropatologických studií přítomnou i vaskulární patologii, mluvíme o tzv. smíšené demenci (Konrád, 2008).

Přestože poruchy komunikace provázejí s různými projevy a intenzitou všechny typy a stadia demence, nelze je zaměnit s afázií jako takovou. Přítomnost afázie u pacientů

s degenerativním onemocněním CNS je nutné diferenciatně rozlišit. Neubauer (2007 in Škodová, s. 182) uvádí: „*Projevy poruch fatických funkcí, apraxie a agnózie u osob s demencí nelze hodnotit jako izolovanou poruchu řečové komunikace. Jsou součástí obrazu globální poruchy činnosti mozkové kůry u degenerativně-atrofických chorob mozku, např. u Alzheimerovy nemoci: proto je užíváno výrazu afázie při demenci či jazykové poruchy u demencí (language of dementia). Situace může být komplikována přítomností izolovaných a zároveň progresivních poruch funkcí u dílčích atrofii částí mozkové tkáně, vyvolávajících tzv. pozvolně progredující afázie.*“³

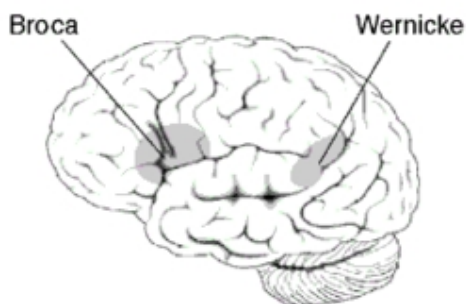
Autor dále popisuje, že existuje celá řada znaků, na jejichž základě lze diferencovat afázii od demence. Počátek afázie je zpravidla rychlý s následným zlepšením, u demence je tomu právě naopak, vývoj onemocnění je plynulý, progredující. Patrný rozdíl je zejména v běžném chování a v chování při komunikaci. Zatímco u pacienta s afázií převládá přiměřené, odůvodnitelné chování, na své obtíže má náhled a při komunikaci je vůči projevům partnera empatický se snahou zachovat kontakt, pacient s demencí náhled na své chování postupně ztrácí. Často se chová sociálně nepřiměřeně situaci a v komunikačním procesu bývá egocentrický, se slabou motivací kontakt udržet.

2.2 Anatomie jednotlivých typů afázie

V předchozí kapitole jsme si uvedli základní příčiny a mechanismy vzniku organického poškození mozku způsobujícího poruchu fatických funkcí. Nyní se pokusím stručně popsat souvislosti mezi vznikem léze a klinickými projevy u pacientů s afázií.

Řečové funkce jsou u praváků a většiny leváků lateralizovány v levé mozkové hemisféře. Nacházejí se v Sylviově rýze (rozmezí čelního a spánkového laloku) a jejím okolí. Na produkci a percepci řeči se podílí tři rozsáhlé neurokognitivní sítě v čelním, spánkovém a temenním laloku. Koukolník (1997) popisuje mapu řečových funkcí jako navzájem spolupracující neurokognitivní síť s dvěma póly: „synteticko-artikulačním pólem“, jímž je Brocova oblast a „lexikálně-sémantickým pólem“, jímž je oblast Wernickeova, viz obrázek laterální plochy hemisféry níže.

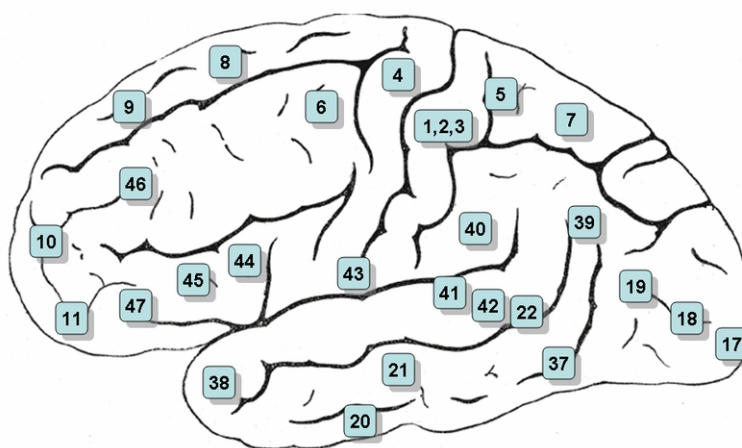
³ **Pozvolná progredující afázie** na bázi izolované atrofie mozkové tkáně se projevuje anomii pojmů, či poruchami percepcie jazykových struktur mluvy. Řečový výkon nebývá motoricky narušen. (Neubauer, 2007)



Obr.1 - Brocovo a Wernickeho centrum

Součástí sítě jsou i zrcadlové oblasti pravé hemisféry podílející se na tvorbě prozodie, dále některé oblasti bazálních ganglií a thalamů. Vzhledem k tomu, jak velké množství oblastí se na tvorbě řeči podílí, je podle Koukolíka chápání významu Brocovy a Wernickeho oblasti ve smyslu center nepřesné. Lépe bychom je mohli nazývat procesory, které s okolím spolupracují. Motoricko-expressivní i senzorio-receptivní funkce řeči se účastní obě (Koukolník, 1997).

Mozková kůra, jakožto fylogeneticky nejmladší část CNS, je podle Brodmanna⁴ rozdělena na 11 okrsků a 52 oblastí, tzv. Brodmannovy arey.



Obr. 2 - Brodmannovy arey

Brodmannovy arey (BA) jsou specifické svou buněčnou stavbou a nezastupitelnou funkcí. Brodmannovy arey z oblasti čelního, spánkového a temenního laloku se podílí na tvorbě

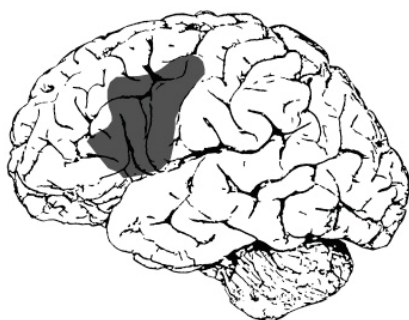
⁴ Korbinian Brodmann byl německý neurolog 19. a počátku 20. století, který popsal 52 oblastí mozkové kůry, tzv. Brodmannovy arey. http://en.wikipedia.org/wiki/Korbinian_Brodman

řeči. Léze v některé z těchto oblastí s sebou nese specifický klinický obraz pacienta a napomáhá v diagnostice konkrétního typu afázie (Wikipedia – Mozková kúra [online]).

Tento názor zastává tzv. bostonská klasifikace, v našich podmínkách nejčastěji používaná klasifikace afázií. Předpokládá úzký vztah mezi lézí a typem afázie, resp. jejím specifickým klinickým obrazem (Cséfalvay, 2007).

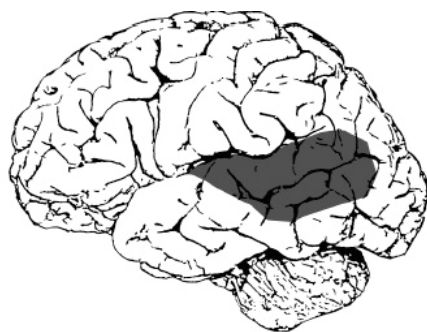
Pro větší názornost zde přikládám grafické vyobrazení lézí u jednotlivých typů afázií a Koukolíkův (2012) přesný popis lokalizace poškození:

Při **Brocově afázii** (motorické afázii), nebo tzv. afázii Brocovy oblasti (afémií), která se projevuje artikulační poruchou, dochází k poškození zadní třetiny levého dolního čelního závitu (BA 44, 45) společně se sousedícími korovými poli (BA 6, 8, 9, 10 a 46), přilehlou bílou hmotou a případně bazálními ganglii. Při tomto typu afázie je porušena bílá hmota, nikoli vyjmenované korové oblasti. Brocova oblast neslouží jen k tvorbě řeči, její poškození má za následek snížení aktivace aritmetických operací a poruchu zpracovávání hudby. Podílí se mimo jiné na chápání jazyka a pochopení akce druhých lidí.



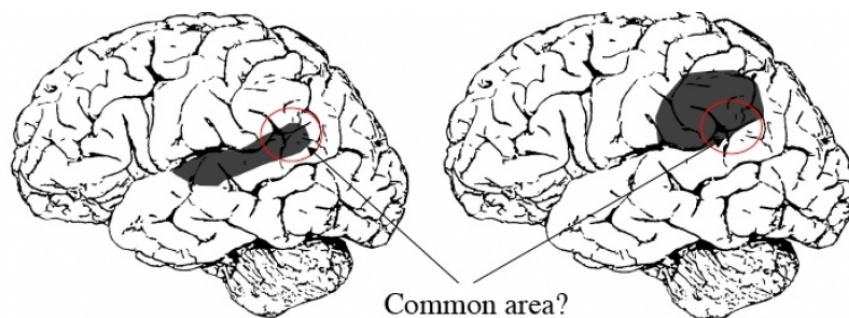
Obr. 3 - Brocova afázie

Wernickeova afázie (senzorická afázie) je nejčastějším důsledkem poškození zadní části sluchové asociační kůry (BA 22). V mnoha případech jsou poškozena i sousední korová pole (BA 37, 39, 40).



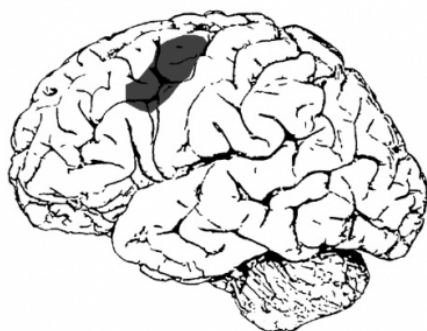
Obr. 4 - Wernickeova afázie

Při **konduktivní afázii** dochází k poškození gyrus supramarginalis (BA 40), který se nachází v temenním laloku a horní části laloku spánkového. Může dojít k poškození stejnostranné insuly a sluchové kůry.



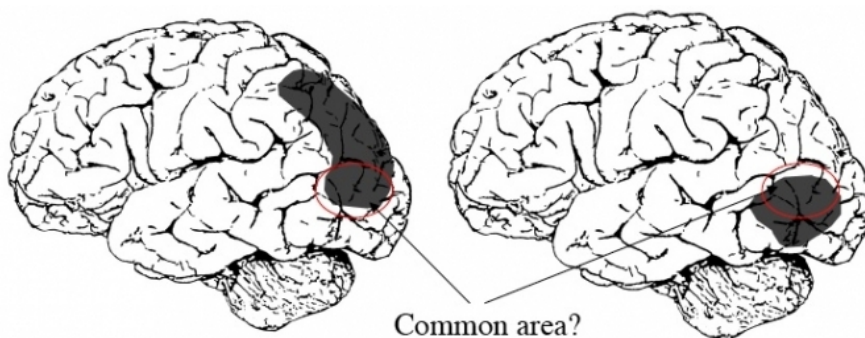
Obr. 5 - Konduktivní afázie

Transkortikální afázie se objevují při poškození korových oblastí, případně bílé hmoty sousedící s Brocovou nebo Wernickeho oblastí. Dělíme je na transkortikální motorickou afázii, která se projevuje při odpojení motorické oblasti (BA 6) od oblasti Brocovy (BA 44, 45), transkortikální senzoryckou afázii a transkortikální smíšenou afázii.



Obr. 6 - Transkortikální motorická afázie

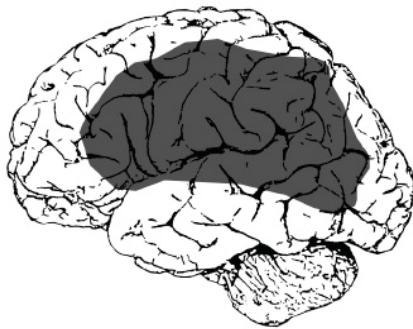
Příčinou druhého typu, tedy transkortikální senzorycké afázie, je přerušení svazků vláken, která propojují spánkový lalok s dalšími částmi mozku.



Obr. 7 - Transkortikální senzorycká afázie

Posledním příkladem je transkortikální smíšená afázie, která je buď důsledkem velmi rozsáhlého poškození levé hemisféry nebo poškození tvořeného dvěma ložisky, jednoho v čelním laloku, druhého na pomezí spánkové a temenní kůry.

Globální afázie je výsledkem rozsáhlého levostranného hemisferálního poškození, obvykle Brocovy i Wernickeovy oblasti, přilehlé bílé hmoty, infarkt a bazálních ganglií. Klinický obraz globální afázie je směsí ostatních typů a mívá nejhorší prognózu (Koukolník, 2012).



Obr. 8 - Globální afázie

3 Symptomatologie a klasifikace

Klinický obraz afázie je charakteristický rozmanitostí svých projevů. Na základě popisu jednotlivých projevů afázií dělíme na několik typů, přičemž každý tento typ tvoří poměrně ustálený komplex symptomů.

Stejně tak, jako samotné postižení, je i jeho klasifikace značně variabilní. Různorodost klasifikačních systémů pramení jak z terminologie, tak z odlišného pojetí syndromů. Dle Kertesze (1979 cit In: Cséfalvay, 1996) však tato variabilita nemusí být v kontraindikaci, naopak, může se vzájemně doplňovat a obohacovat.

3.1 Nástin historického vývoje afaziologie

První zmínky o popisech klinických obrazů afázie se objevují již v 18. století. Toto období, které je charakterizováno jako předvědecké, se vyznačuje myšlenkou propojování mozku jako materiálního substrátu pro jednotlivé psychické funkce, včetně řeči. Počátky systematického zkoumání afázie datujeme do období let 1800 – 1860. K nejznámějším průkopníkům této éry patří vědec Franz Josef Gall (1758–1828). Gall považoval mozek za centrum vyšších mentálních aktivit. Popsal a lokalizoval 27 struktur na povrchu lebky, které odpovídaly určitým schopnostem. Čtrnáctá z nich zahrnovala smysl pro slova, smysl pro jména, paměť pro slova a verbální paměť. Formálně odlišoval tuto strukturu od smyslu pro jazyk a řeč. V tomto období se také stále častěji objevovaly práce, které popisovaly vztah mozkové léze k řečovým poruchám. Jmenovat můžeme Jeana-Baptistu Bouillauda, který prokázal, že řeč je funkcí mozku a lokalizoval ji do přední části frontálního laloku. Na základě tohoto zjištění provedl několik výzkumů poukazujících právě na příčinný vztah narušení čelního laloku a řeči (Obereignerů, 2012).

Další etapu zkoumání afázie označujeme jako klasickou afaziologii, jejímiž hlavními představiteli byli Paul Broca a Karl Wernicke. Broca lokalizoval řečové centrum do zadní třetiny levého čelního laloku. Poruchu, kterou léze v této části mozku vyvolává, označil za afémii. O několik let později uveřejnil svoje pozorování Wernicke. Zjistil, že při lokálním poškození zadních oblastí levého mozkového laloku mohou vznikat poruchy řeči, které se projevují obtížemi při porozumění řeči. Díky závěrům obou vědců se na dlouho ustálily pojmy Brocova a Wernickeho afázie (Cséfalvay, 1996).

Jak popisuje Breathnach (1991 cit In: Obereignerů, 2012), lokalizacionismus měl ve své době i řadu odpůrců. Mezi nejvýznamnější z nich patří anglický neurolog Henry Head. Head zastával názor, že složité psychické funkce jsou zabezpečovány propojením více center. Své názory opírá o poznatky z oblasti lingvistiky. Afázií dělí na verbální,

sémantickou, nominální a syntaktickou. Moderní zobrazovací metody přinesly důkazy o oprávněnosti Headových řečových zón, které se překrývají s dalšími řečovými funkcemi.

Výrazný kvalitativní posun v pohledu na afázii přineslo podle Cséfalvaye (1996) období po druhé světové válce. Výzkum se rozšířil mezi nemedicínské vědní disciplíny, jako jsou psychologie, neuropsychologie, psycholingvistika, lingvistika a neurolingvistika. Pozornost se zaměřila především na pacienta a na možnosti jeho léčby. Velký vliv na to měl nárůst lidí trpících tímto postižením v důsledku událostí po druhé světové válce.

3.2 Klasifikace afází

Období po druhé světové válce, které označujeme za tzv. moderní afaziologii, vneslo do problematiky řadu otázek týkajících se klasifikace afází a jejich vymezení.

Čecháčková (2007) uvádí, že dosud nebyl vytvořen jednotný klasifikační systém. „*Nejednotnost v klasifikaci afází je podmíněna jednotlivými afaziologickými školami a také rozmanitostí symptomů, které tvoří více či méně ustálené syndromy.*“ (Čecháčková 2007 in Škodová, s. 153). V klasické afaziologii převládají dva hlavní proudy. Podle prvního, typického pro bostonskou klasifikaci, jsou určité soubory symptomů, které charakterizují konkrétní syndromy afázie. Druhý proud zastává názor existence společné příčiny různě se manifestujících poruch (agnozie, agrafie, atp.). Příkladem je Lurijova a Hrbkova klasifikace. Autorka dále představuje stanovisko současného kognitivního neuropsychologa A. Caramazza, jenž kritizuje oba názorové proudy klasické afaziologie. Podle něj má význam pouze rozbor symptomů konkrétního pacienta s afázií. Tyto symptomy blíže popisuje ve své publikaci Cséfalvay (1996). Podle něj je většina afatiků schopna určité, více nebo méně obměněné komunikace, ve které se vyskytují tyto symptomy afázie.

Poruchy fluence a prozódie řeči

Normální tempo řeči je hodnocené více než 90 slovy za minutu. Například lidé s expresivní afázií mají tempo výrazně zredukované, řeč je pomalá a těžkopádná. Afázii můžeme dělit na fluentní a nonfluentní.

Anómie

Anómie, neboli porucha pojmenování, je přítomná u každého typu afázie. U klienta se projevuje hledáním adekvátního označení předmětu, činnosti atp., přičemž používá různých strategií, jak se tomuto problému vyhnout, nejčastěji opisem.

Řečové automatismy

Při těžkých stupních afázie klient stereotypně opakuje slabiky, neologismy nebo fráze. Jejich užívání je mimovolné.

Perseverace

Čecháčková (2007) popisuje tento jev jako ulpívání na předchozím podnětu i při dalších odpovědích, kdy daný podnět již nepůsobí. Perseverace se liší od echolálie, která se projevuje opakováním slov nebo jejich částí po druhých.

Agramatismy

Nejčastěji jde o poruchy časování nebo skloňování, věty jsou zredukované a všímáme si zde i výrazné dysprozódie.

Parafázie

Tato porucha se nejčastěji vyskytuje u klientů trpících expresivní afázií. Jedná se o záměny hlásek, slabik nebo slov. Dělíme je na fonemické a sémantické parafázie. Při fonemických parafáziích dochází k vynechání, záměně nebo přidání jedné či více hlásek ve slově. Při sémantické parafázii klient nahrazuje slova ve větě jinými slovy podobného významu nebo tvoří slova nesmyslná tzv. neologismy.

Poruchy porozumění řeči

Vyskytuje se v různé míře ve všech typech afázií. U některých klientů se manifestují až při detailním vyšetření, jindy jsou zjevné již při prvním kontaktu s ním (například při senzorní afázii).

Poruchy psaní a čtení

Jsou téměř vždy totožné s chybami a komplikacemi, s jakými se klient potýká při mluvené řeči (Cséfalvay, 1996).

Podle Obereingerů (2012) se na první pohled klasifikace afázií sice může zdát nejednotná, ale při globálním pohledu na jednotlivé klasifikační systémy zjistíme, že podstatné klinické symptomy jsou zahrnuty vždy. Autor uvádí tři hlavní přístupy v klasifikaci afázií. První je orientovaný symptomově, jednotlivé typy afázie jsou zde charakterizovány podle určitých lingvistických kritérií. Cséfalvay (1996) uvádí příkladem tzv. minnesotský přístup

(Schuellovo dělení), který vychází z předpokladu, že afázie je generalizovaná porucha řeči s různými variacemi poruch řečových modalit. Druhý typ klasifikačního systému se opírá o lokalizaci léze (topiky) ve vztahu k symptomatologii. Takovým příkladem je podle Obereingerů *bostonská afaziologická škola*. Třetí typ klasifikace posuzuje kromě symptomatologie a topiky význam primárního defektu v klinickém obrazu afázie. Jedním z nejvýznamnějších zástupců tohoto přístupu je *Lurijův klasifikační systém*.

Jak bylo řečeno, klasifikačních systémů afázie je celá řada. Zmíním zde některé z nich, přičemž se blíže zaměřím na dva nejznámější – bostonský klasifikační systém afázií a Lurijovu klasifikaci afázie.

3.2.1 Bostonský klasifikační systém afázií

Dřívější značně zjednodušené dělení afázií na *motorickou* a *senzorickou* je pro potřeby logopedů a dalších odborníků, majících v péči klienta s afázií, nedostačující. Dnes se nejčastěji využívá právě bostonské dělení, které je vyhovující především pro svou přehlednost a snadnou aplikovatelnost v praxi. Jak uvádí Cséfalvay (2007) bostonská klasifikace je v našich podmínkách mezi lékaři a logopedy užívána stále častěji, její nespornou výhodou je právě usnadnění interdisciplinární komunikace.

Bostonská klasifikace hodnotí čtyři základní percepčně-kognitivní schopnosti:

- pojmenování na základě zrakové percepce
- fluenci spontánního řečového projevu (fluentní a nonfluentní afázie)
- porozumění mluvené řeči
- schopnost opakovat verbální projev

Vyšetřovací algoritmus hodnotí uvedené roviny, z nichž jsou odvozeny jednotlivé typy afázií (Obereingerů, 2013).

Helms-Estabrooks (1991 in Cséfalvay, 1996) uvádí možnost zařaditelnosti do některého z těchto typů afázie až v 80% případů. Čecháčková (2007) vidí slabinu bostonské klasifikace ve výrazné dominantě lingvistického aspektu. Systém podle ní opomíjí vizuoprostorovou a pravo-levou orientaci, praxi, gnozii apod. Zařazení do určitého syndromu pak nemusí přesně odpovídat klinickému obrazu klienta.

Bostonská klasifikace představuje celkem osm typů afázie - Brocova, Wernickeova, kondukční, transkortikální motorická, transkortikální sensorická, anomická, globální a smíšená transkortikální afázie.

Brocova afázie (též motorická, expresivní afázie)

Řeč klienta s Brocovou afázií je nonfluentní, což může být příčinou obtížného vyhledávání slov z mentálního slovníku, tzv. aktualizací slov. Spontánní řeč je tvořena s námahou, někdy je zredukována na jednoslovné promluvy. Tempo je výrazně zpomalené váháním, pauzami a fonemickými chybami, v jejichž důsledku můžeme u klienta pozorovat zmíněné parafázie. Jedním z hlavních znaků je **agramatismus**. „*V řeči pacientů s afázií se vyskytují především substantiva, často v základním či nesprávném gramatickém tvaru. Výskyt sloves ve spontánní řeči je výrazně zredukován. Totéž platí i pro výskyt neplnovýznamových slov, jichž je ve spontánní produkci minimum.*“ (Cséfalvay, 2007, s. 19.) Koukolník (1997) tento fakt vysvětluje poškozením neurokognitivní sítě, která uspořádává jak fonémy do slov, tak slova do vět podle gramatických pravidel (podrobně je o agramatismu pojednáno v kapitole 1.2.4). Funkční porozumění řeči během rozhovoru je narušeno jen mírně, klient je schopen řadu informací vyrozumět z kontextu. Obtíže nastávají při chápání syntakticky složitějších vět nebo vět v pasivním tvaru (například ve větě *Petr byl osloven Janem*. není zřejmé, kdo je činitelem děje) Obereingerů (2013).

Velmi často se vyskytují alexie a agrafie. Chyby ve čtení a psaní bývají většinou korelátém chyb v orální řeči. Koukolník (1997) jev připisuje neuroanatomickým změnám v mozku, kdy důsledky elektrického dráždění Brocovy oblasti způsobují současně potíže při tvorbě mluvené řeči a při čtení nahlas.

Velmi často se u klienta s Brocovou afázií vyskytuje pravostranná hemiparéza nebo hemiplegie s převahou postižení horní končetiny a centrální obrnou lícního nervu (Cséfalvay, 2007).

Je zde nutné dodat, že klinický obraz Brocovy afázie je značně proměnlivý i v rámci sledování jednoho případu. Klient prochází jednotlivými stádii, kdy na počátku nemusí mluvit téměř vůbec a postupem času, zejména díky včasné logopedické intervenci, se jeho stav rapidně lepší.

Wernickeova afázie (též sensorická, receptivní afázie)

Produkce řeči u tohoto typu afázie je plynulá, dobře artikulovaná. Ve spontánní řeči se vyskytují neologismy a parafázie. Čecháčková (2007) uvádí přítomnost tzv. logorhey (překotného toku řeči), v některých případech se objevuje hyperprozódie, kdy je narušeno zejména tempo a rytmus mluvy.

Z hlediska gramatiky jsou poměrně dobře zachované oblasti morfologie a syntaxe, problematické se zde naopak jeví záměny podstatných jmen za parafázie. Řeč klienta může

v některých případech připomínat téměř až nesrozumitelný žargon (Obereigerů, 2013). Dominujícím symptomem tohoto typu afázie je porušené **porozumění řeči**. Pacienti s těžkým stupněm poruchy nereagují adekvátně ani na základní instrukce. Na otázky odpovídají dlouhými větami plnými nadbytečných slov, které nezapadají do kontextu. V důsledku poruchy porozumění řeči u klientů vzniká i porucha opakování. Názory na možný patomechanismus porozumění řeči se rozcházejí. Nejčastěji se předpokládají poruchy v sémantické rovině. Lehčí porucha porozumění nemusí být na první pohled tolik zjevná, často také bývá diagnóza zaměněna za poruchy chování, popř. demenci. Je proto nutné provést důkladnou diferenciální diagnostiku (Cséfalvay, 1996). U Wernickeovy afázie bývá přítomna anozognozie poruchy řeči, kdy si pacient není vědom svých potíží (Kertesz a kol., 1982 cit In: Obereigerů, 2013).

Cséfalvay (2007) uvádí výrazné narušení lexie. Grafie může být po formální stránce v pořádku, potíže jsou viditelné ve spontánním písemném projevu, kde se vyskytují pragrafie a zkomoleniny.

Konduktivní afázie (též centrální afázie)

Dominujícím symptomem konduktivní afázie jsou obtíže při **opakování** předříkaných slov a vět. Naproti tomu podle Čecháčkové (2007) je spontánní řečový projev i porozumění mluvené řeči intaktní. Cséfalvay (2007) uvádí, že slova ve spontánní mluvě se skutečně mohou vyskytovat bez obtíží. V projevu, kde se však klient na svou řeč musí více koncentrovat, se vyskytují fonémické parafázie. V některých případech může dokonce i spontánní řeč působit jako nonfluentní, zejména tehdy, pokud je zde snaha provádět korekci vzniklých parafází. Klient s konduktivní afázií si je svého deficitu vědom natolik, nakolik je jeho sluchová zpětná vazba intaktní. Podle Neubauera (2007) má tento typ afázie dobrou prognózu, úprava bývá úspěšná nebo přetrvávají anomická rezidua.

Transkortikální motorická afázie (též echolalická, adynamická afázie)

Základním znakem tohoto syndromu je, že opakování je oproti nonfluentní spontánní řeči méně narušeno. Pro transkortikální afázie obecně platí, že je poměrně dobře zachována schopnost reprodukovat slova i celé věty. Mluva působí adynamicky. Spontánní řeč je spíše minimální, často se v ní vyskytují slova, která zazněla v otázce komunikačního partnera, což dává řeči echolalický charakter. Porozumění řeči je méně narušeno. Lexie je téměř v pořádku, grafie je poznamenána pomalým tempem (Cséfalvay, 2007).

Transkortikální senzoričká afázie (též echolalická, sémantická afázie)

Řadí se mezi fluentní poruchy řeči. Svým charakterem se nejvíce přibližuje Wernickeho afázii, přičemž opakování je opět zachováno. Ve spontánní řeči pozorujeme sémantické parafázie a neologismy. Zajímavostí je čtení, které je sice plynulé, ale pacient nerozumí sdělení (Čecháčková, 2003 cit In: Obereignerů, 2013).

Smišená transkortikální afázie (též syndrom izolace řečových zón)

Klinický obraz je velmi podobný globální afázii, opět s tím rozdílem, že je tu poměrně dobře zachována schopnost opakovat slova, v některých případech i kratší věty. Spontánní řeč i porozumění řeči jsou však těžce narušeny (Cséfalvay, 1996).

Anomická afázie

Mluva je plynulá, avšak přerušovaná častými anomickými pauzami. Největší obtíže mají klienti u pojmenování předmětů a činností, dominuje porucha vyhledávání slov v mentálním slovníku. Problém může být zprvu nerozpoznán díky využívání synonym, jakožto kompenzační strategie klienta. Rozumění je na dobré úrovni (Neubauer, 2007). Mnoho afázií svým vývojem směřuje do fáze anomické afázie (Obenberger, 2007).

Globální afázie (též totální afázie)

Produkce i porozumění řeči je u tohoto typu afázie výrazně narušeno. Klienti mají problém s plánováním řeči, které se projevuje perseverací slabik nebo stereotypně se opakujícími neologismy. Porucha porozumění řeči se manifestuje již při prvním kontaktu s klientem, u některých těžších případů selhává možnost dorozumět se i skrze obrázky či piktogramy. „*Globální afázie bývá přítomna v klinickém obraze onemocnění v iniciálním stádiu nemoci, po kratší či delší době se může zmírnit buď spontánně, anebo po zahájení farmakoterapie. U některých pacientů bohužel globální afázie zůstává jako trvalý jev.*“ (Cséfalvay, 2007, s. 19-20)

Primární progresivní afázie

Často se objevuje u pacientů, kteří trpí onemocněním CNS, nejčastěji Pickovou chorobou. Někteří odborníci se dokonce domnívají, že jejím substrátem je určitá varianta Pickovy choroby. V prvních stádiích onemocnění se mohou objevit anómie, postupná redukce fluentní řeči, postupné zhoršení porozumění řeči a nezřídka také poruchy opakování.

V některých případech může být primární progresivní afázie předznamenáním globální demence (Cséfalvay, 1996).

Neklasické afázie

Dříve se nepředpokládalo, že léze nižších mozkových struktur mohou mít vliv na řečové funkce. Existují však neklasické afázie, které se objevují při poškození bazálních ganglií a thalamu, tedy při nekortikálním poškození mozku. Koukolník (2012) popisuje afázie při poškození **levostranných bazálních ganglií**, kdy se klinický obraz podobá transkortikální motorické afázii a tzv. přechodnou afázii s přetrvávající slovní amnézií, která vzniká po infarktu **levého thalamu**. Autor dále uvádí typ **zkřížené afázie**, která se objevuje jen velmi zřídka (u 1-2% afází). Jedná se buď o anatomicky zrcadlový obraz klasických afází, kdy pravák po poškození pravé hemisféry vykazuje příznaky Brocovy nebo Wernickeho afázie, nebo jsou anatomicky anomální.

Přidružené poruchy symbolických funkcí

K afázii se ve většině případů přidružují i další poruchy symbolických funkcí, k nimž řadíme **alexii, agrafii, akalkulii, agnozii a apraxii**. Mohou se vyskytovat buď současně s afází, nebo izolovaně. Poruchy symbolických funkcí vznikají na základě léze v oblasti, která je funkčně spjata s centrálními jazykovými mechanismy. Narušení gnostických funkcí významně ovlivňuje kvalitu života jedince v dnešním světě (Obereignerů, 2013).

Alexie je porucha nebo ztráta schopnosti číst, obvykle se projeví u klientů s Wernickeho afází. „ *Při lézích okcipitálních oblastí vznikají poruchy lexie, jejichž základ je v poruše vizuální percepce. U parietálních lézí vážně pochopení přečteného, ale mohou vyvolat i poruchu lexikální exprese.*“ (Čecháčková, 2007)

Cetková (1985 cit In: Obereignerů, 2013) definuje čtyři navzájem související složky, které vznikají při čtení napsaných slov – analýzu a syntézu vazeb hláska-písmeno, uchování informace, odhad významu a proces porovnávání hypotéz. Na tomto základě dělí alexii na:

- alexii optickou, která se vyznačuje optickými poruchami analýzy a syntézy písmen
- alexii akusticko-senzorickou, projevující se poruchami akustického vnímání a následného rozlišování hlásek
- eferentní motorickou alexii, kdy má klient problémy s plynulostí čtení a perseveracemi
- aferentní motorickou alexii, která se projevuje těžkým narušením porozumění čtenému textu.

Alexii obvykle doprovází **agrafie**, vzácně se vyskytuje samostatně. Při agrafii klient není schopen psát, přestože jsou jeho senzory i motorické funkce, stejně jako zraková zpětná vazba a znalost slov, zachovány (Koukolník, 2012). Mezi symptomy agrafie řadí Obereignerů (2013) například potíže s identifikací písma, snížené tempo psaní, perseverace, agramatismus, paragrafie sémantické a grafemické, neologismy, nečitelnost, nedostatky ve formální stránce písemného projevu apod.

Akalkulie je pojem pro získanou poruchu schopnosti počítat. Obvykle doprovází afázii, Neglect syndrom (jednostranné prostorové opomíjení), demenci nebo je součástí Gerstmannova syndromu⁵ (Koukolník, 1997).

Agnozie je podle Čecháčkové (2007) ztráta nebo porucha poznávání objektivní reality. Uvádí dva hlavní druhy agnózií – optickou a akustickou. Optickou agnózií dále dělí na:

- agnozie předmětů či objektů, kdy klient nepozná předměty vnímané pouze zrakem
- agnozie barev
- prosopagnozie – agnozie fyziognomií, což je ztráta schopnosti identifikovat obličej a jejich emoční výrazy

Akustická agnozie je neschopnost rozpoznávat složité akustické vjemy při alespoň částečně zachovaném akustickém vnímání.

Autorka zmiňuje ještě další dvě poruchy, které mohou koexistovat s afázií. První je somatognozie. Jedná se o narušení v oblasti vnímání, poznávání, identifikace, pojmenování, aktivace a uvědomování si jednotlivých tělových segmentů jako složek celku. Druhou je Neglect syndrom, který značí neuvědomování, opomíjení poloviny těla nebo prostoru okolo.

Apraxie je ztráta nebo porucha schopnosti vykonávat pohyby ve smyslu nápodoby nebo stereotypních či účelných pohybových úkonů (Obereigerů, 2013).

3.2.2 Lurijova klasifikace afází

Vznik a rozvoj Lurijovy neuropsychologické školy je datován do období 30. až 50. let 20. století. Vychází z tradic ruské psychologické školy, především z idejí Vygotského a Leontěva, a z tradic francouzské školy Piageta.

Již v první polovině 20. století si zastánci tohoto proudu uvědomovali, že řeč nelze chápat pouze jako prostý proces asociace obrazu a zvukového označení slova, že slovo samo o sobě je složitou jednotkou v systému kódování informace, její analýze apod.

⁵ Klinický obraz Gerstmannova syndromu je kombinací akalkulie, agrafie a agnózie. Klient má poruchu pravo-levé orientace a nerozezná od sebe jednotlivé prsty na ruce.

V dnešní době se k myšlenkám Lurijova učení vracejí zastánci teorie funkčních modulů řeči a zastánci kognitivně-neuropsychologického přístupu k afáziím (Mikešová, 2007 in Neubauer).

Lurijova klasifikace je specifická tím, že nepojímá afázií izolovaně, ale jako součást tzv. **funkčního systému**. Zaměřuje se na komplexní pojetí funkcí CNS, na vzájemnou spolupráci korových a podkorových oblastí. „*Do každého funkčního systému se neustále zapojuje řada aferentních (naladujících) a eferentních (realizujících) složek. Struktura funkčních systémů se mění podle podmínek a charakteru úlohy: proto je nazýváme dynamickými funkčními systémy.*“ (Cséfalvay, 1996, s. 104)

Podle Luriji systém, který reprezentuje určité psychické procesy může pocházet z odlišných mozkových oblastí, stejně tak může mít konkrétní léze dopad na více psychických funkcí současně. Model funkčního systému zahrnuje hierarchicky uspořádané jednotky mozku. (Obereignerů, 2013). Mikešová (2007) shrnuje Lurijovo hierarchické pojetí následovně: **primární korová oblast** přijímá modálně specifické podněty, analyzuje je. Jedná se například o centrální, korovou část sluchového, zrakového a hmatového analyzátoru. **Sekundární oblast** analyzuje a syntetizuje zpracovávané informace. **Terciální oblasti** zabezpečují propojení mezi jednotlivými analyzátory a tudíž propojování informací různých modalit. Autorka dále uvádí, že v dospělém věku vznik poruchy nižších korových oblastí nemá dezintegrující vliv na funkci vyšších korových oblastí. „*Příkladem může být senzorická afázie, kdy zůstává relativně zachován systém abstraktních pojmů a vztahů, majících vazbu ke konkrétnímu slovu, jenž je v důsledku narušení fonemického sluchu zcela v rozpadu.*“ (Mikešová, 2007 in Neubauer, s. 183)

Z hlediska neuropatologie je nutné uvést Lurijovo dělení mozku na tři funkční bloky:

- 1 Blok regulace tonu a bdění, jehož funkcí je regulace stavu vědomí jako základní podmínky jakékoliv mentální činnosti člověka. Lokalizuje je především do podkorových oblastí, mozkového kmene a limbického systému.
- 2 Blok přijímání, analýzy a zpracovávání informací je tvořen spánkovými, temenními a týlními laloky.
- 3 Blok programování, regulace a kontroly rozličných aktivit je tvořen čelními laloky a limbickým systémem.

Fatické poruchy vznikají při organickém poškození druhého a třetího bloku (Cséfalvay, 1997).

Stejně jako v případě bostonského klasifikačního systému i Lurijův vymezuje několik typů afázií:

Léze lokalizované do předních oblastí mozku

- **Dynamická afázie** – klient není schopen vyjádřit myšlenku, pojmenování slov a opakování není narušeno
- **Eferentní motorická afázie** – narušena je organizace pohybů, což způsobuje poruchu plynulého přechodu artikulace z jedné hlásky na druhou
- Léze lokalizované do zadní oblasti mozku
- **Aferentní motorická afázie** – dominuje neschopnost najít správné artikulační postavení mluvidel
- **Akusticko-mnestická afázie** – vyznačuje se poruchami sluchovo-řečové paměti
- **Senzorická afázie** – typická je porucha fonematické diferenciacie a porozumění řeči
- **Sémantická afázie** – jedná se o poruchu dekodování logicko-gramatických struktur a rozpad početních operací (Čecháčková, 2007).

3.2.3 Klasifikace afázií podle Kimla

Kimlovo dělení je syndromologické, vychází z patofyziologie poruch základních funkcí řeči. Zaměřuje se tedy pouze na lingvistický deficit. Kiml dělí afázie na:

- **Motorickou afázií**
 - o **typ jargon**, kdy převažuje výskyt neologismů
 - o **typ anartrie**, při které má klient narušenou schopnost artikulovat
- **Senzorická afázie**
 - o **typ jargon**, kdy je narušeno porozumění řeči
 - o **typ dyslogický**, který se vyznačuje slovní zmateností, klient produkuje řeč beze smyslu
 - o **typ amnestický**, kdy je narušena výbavnost při pojmenování
- **Totální afázie** představuje narušení všech složek řeči

Toto dělení se nejvíce ujalo mezi foniatry, nebo na počátku praxe klinických logopedů (Čecháčková, 2007).

3.2.4 Klasifikace afázií podle Hrbka

Hrbkova klasifikace kromě deficitu lingvistického zahrnuje do klinického obrazu také poruchy symbolických funkcí, pravo-levé orientace apod. Hrbek vychází z předpokladu, že základní fyziologický mechanismus řeči tvoří funkce soustavy šesti korových oblastí a

jejich vzájemné propojení, jsou to: propioceptivně-logestetická (PL), propioceptivně-grafestetická (PG), logomotorická (LM), grafomotorická (GM), akustická (A) a optická oblast (O). Propojení těchto oblastí se projeví při základních řečových výkonech, jako je například spontánní řeč (PL-LM), porozumění slyšeného (A-PL), opakování (A-PL-LM) atp. (Cséfalvay, 1996).

Hrbek dále dělí charakter poškození na nukleární a na disjunktivní. Nukleární vznikají při poškození jádra kortikální oblasti, disjunktivní při narušení spojů mezi jádry (Čecháčková, 2007). „*Hrbkovy teorie zůstaly neověřeny moderními zobrazovacími metodami. Soudobý výzkum je aplikován především v rámci bostonského klasifikačního systému.*“ (Obereignerů, 2013, s. 124)

3.2.5 Klasifikace podle Čecháčkové (Olomoucký klasifikační systém)

Podle Obereignerů (2013) je zařaditelnost afázií tímto klasifikačním systémem v porovnání s Bostonskou klasifikací výrazně přesnější. Má mnohem širší záběr vyšetřované symptomatiky a to zejména vlivem zohlednění kognitivního deficitu v oblastech gnozie, praxe, pravo-levé a prostorové orientace.

Čecháčková (2007) dělí afázie na:

Expresivní afázii

Tento typ vzniká při lokalizaci léze na parietofrontálním a frontotemporálním pomezí, přičemž větší část musí zasahovat do frontálního laloku. Vyznačuje se těžkostmi při utváření jednotlivých slov, parafráziemi a parafráziemi. Klient mívá narušenou grafii i lexii s porušením porozumění obsahu větného celku. Rozumění řeči bývá v pořádku, v komunikaci více lidí naráz je však snížena schopnost orientace v hovoru.

Integrační afázii

Trpí jí až 80% klientů s afázií. Vyznačuje se narušenou integrační funkcí parietálního, parietotemporálního a parietofrontálního pomezí. Vznikají obtíže se sjednocováním multisenzorického přítoku vzruchů z korových polí ostatních analyzátorů, s vytvářením a uchováváním paměťových stop a s plánováním budoucí aktivity. Základní charakteristikou bývá Gerstmannův syndrom (viz výše), dále může být narušena lexie, kresba a výbavnost slov. Rozumění řeči není porušeno, obtíže se mohou opět projevit při poslechu mluvy více lidí současně.

Percepční afázii

Dominuje narušení dekodování a rozumění řeči. Objevuje se logorhea a anosognosie, časté jsou perseverace. Dále bývá těžce narušena grafie, lexie i kresba. Léze je lokalizována v zadní části horního temporálního závitu a temporoparietálního pomezí.

Amnestickou afázii

Je nejlehčí formou afázie. Projevuje se neschopností pojmenovávat a mírnými poruchami v grafii. Lokalizace léze bývá v parietálním laloku.

Globální (totální) afázie

Tento typ afázie je naopak nejtěžší poruchou, která postihuje všechny kortikální funkce. *„Pacient nerozumí mluvené řeči, je dezorientován časem, místem i vlastní osobou, není schopen žádné řečové produkce.“* (Čecháčková, 2007 in Škodová, s. 161)

4 Diagnostika

„Diagnostický proces slouží k určení , upřesnění nebo diferenciaci patologických stavů i nepatologických jevů. Zjištění projevů a rozsahu řečové poruchy slouží k prognóze a predikci následného vývoje. Umožňuje včasné zahájení přiměřené logopedické péče. Nezanedbatelná je také lokalizační hodnota, která má význam pro specifikaci rehabilitačního postupu.“ (Obereignerů, 2013, s. 131)

4.1 Diferenciální diagnostika

Afázie bývá nejčastěji zaměňována s dysartrií. V případě dysartrie se vždy jedná o poruchu mluvní motoriky, fonace a respirace, nebývají zde porušeny symbolické funkce jako je například grafie a lexie a klient nemá problém s porozuměním řeči, jeho mluva je sice těžce tvořená, ale vždy plynulá. Setkáváme se také se záměnou globální nebo senzoričké afázie za apraxii, kdy klient s afázií nereaguje nebo reaguje neadekvátně na slovní podnět, protože mu nerozumí. Podobně u agnózií klient nereaguje na pobídku, protože ho nepoznává (Čecháčková, 2007). Další častou záměnou za afázií bývají demence a jiná degenerativní onemocnění CNS. O diferenciaci obou postižení je blíže pojednáno v kapitole 2.1.5.

Cséfalvay (2007) uvádí, že v dnešní době je na diagnostiku poruch fatických funkcí kladen velký důraz. Díky široké řadě diagnostických postupů jsou logopedi schopni detekovat mechanismus poruchy a zmapovat klinický obraz konkrétního typu afázie. Takový přístup je podstatný zejména v souvislosti se správnou volbou terapeutické intervence. Autor dále popisuje různé cíle, které můžeme při diagnostice sledovat:

- zhodnocení přítomnosti afázie v klinickém obraze (screening afázie)
- určení typu a stupně afázie, zjištění mechanismu poruchy
- zmapování úrovně každodenní komunikace klienta
- analýza specifických symptomů afázie (například opakování)

Na základě těchto cílů rozdělil Cséfalvay diagnostické testy afázie na:

- Screeningové testy afázie
- Komplexní testy afázie
 - o Kvalitativně orientované testy
 - o Kvantitativně orientované testy
- Testy funkční komunikace
- Speciální testy afázie

4.2 Screeningové testy afázie

Screeningové testy umožňují zjistit přítomnost afázie již v akutním stádiu onemocnění. Jejich nespornou výhodou je časová nenáročnost. U nás se nejčastěji používá *Screeningová zkouška afázií – AST (Aphasia Screening Test)* a česká verze testu *MAST (Mississippi Aphasia Screening Test)*. Testování trvá v obou případech přibližně 10 minut. Při AST zaznamenáváme obtíže nejen v jazykových, ale i nelingvistických schopnostech spojených s neurogenní poruchou, jako je vizuální opomíjení části zrakového pole, dyspraxie, porušená pravo-levá orientace či přítomná dysgnózie tělesného schématu (Neubauer, 2007). MAST je screeningový test na vyšetření fatických funkcí. Hodnotí se devět oblastí, mezi které patří například pojmenování, opakování, porozumění aj. Administrace testu je standardní a trvá 5-15 minut (Cséfalvay, 2007). MAST test je určen nejen klinickým logopedům, ale i dalším odborníkům, kteří se ve své praxi setkávají s klienty s fatickými poruchami. Jeho provedení i vyhodnocení je velmi snadné. Je volně dostupný, ke stažení například na webových stránkách Asociace klinických logopedů.

4.3 Komplexní testy afázie

Komplexní afaziologické testy se provádí zpravidla po několika týdnech až měsících, kdy se klient nachází v tzv. chronickém stádiu onemocnění. Podmínkou je relativně ustálený klinický obraz bez větších změn. V současné době jsou podle Obereigerů (2013) testovací metody orientovány spíše kvantitativně. Dominuje bostonský procesuální přístup, zaměřený na procesy kognice a přistupující k řeči multidisciplinárně, z pohledu vývojové psychologie, lingvistiky a kognitivní psychologie. Výhodou je vysoká popisná hodnota a značná flexibilita uplatnění, nevýhodou pak relativně omezený přístup k normativním datům pro kvalitativní nálezy. Heben a Milberg (2009 cit In: Obereigerů, 2013) uvádí, že předpokladem pro práci s tímto typem testů jsou dobré pozorovací schopnosti a nezbytnost specifického výcviku.

4.3.1 Kvantitativně orientované testy

Nejnámějším a nejpoužívanějším testem této kategorie je *Western Aphasia Battery (WAB)*. Vychází z komplexního testu bostonské afaziologické školy *BDAE*. WAB obsahuje osm subtestů zaměřených na vyšetření řeči (1-4), čtení a psaní, apraxie, konstrukční vizuoprostorové a kalkulační schopnosti. V klinické praxi se aplikují zejména první čtyři subtesty (spontánní řeč, porozumění řeči, opakování a pojmenování), pomocí nichž může

logoped klasifikovat osm klinických syndromů afázie. Na základě hodnocení výkonů v těchto subtestech můžeme vypočítat tzv. kvocient afázie (AQ) (Cséfalvay, 2007).

Jiným, v praxi využívaným testovacím materiálem, je *Budínové-Smělé a Mimrové vyšetřovací schéma*, které bylo poprvé publikováno v roce 1964 jako *Pražské afaziologické vyšetření – PAV* (Neubauer, 2007). Autorky jej zhotovily na podkladě Hrbkovy neurofyziologické teorie. Testováno je jedenáct modalit: spontánní řeč, opakování, rozumění, pojmenování, automatické řady, zpěv, čtení, počítání ústní, počítání písemné, kreslení a psaní. Při konstrukci vyhodnocovací tabulky vychází autorka ze spekulace, která jednotlivá funkční centra (šest korových center viz kapitola výše) se na té které činnosti podílejí. Výsledky testu stanoví počáteční míru poškození a uchování jednotlivých segmentů komunikace a jejich vzájemný vztah a stává se východiskem pro volbu metodického postupu. Vyšetření trvá přibližně 30-45 minut a klient by, dle autorčiných slov, měl při úvodním testování zažít pocit úspěchu, aby byl dobře motivovaný pro následnou logopedickou intervenci. „*Vycházíme zásadně z funkcí lépe zachovaných, kde je větší pravděpodobnost úspěchu hned od počátku terapie.* (Mimrová, 1997, s. 30)

4.3.2 Kvalitativně orientované testy

Hlavním představitelem kvalitativně orientovaného vyšetření je A. R. Lurija – *Lurijovo neuropsychologické vyšetření*. Na jeho základě určujeme neuropsychologický syndrom a typ fatické poruchy, její centrální defekt a mechanismus. Provedení předpokládá hlubokou znalost Lurijovy koncepce vyšších kortikálních funkcí, která je teoretickým podkladem celého testování. Strategie vyšetření je zaměřena na konkrétního klienta, proto neexistuje jeden univerzální postup, patří tedy do skupiny nestandardizovaných testů. Vyšetření lze aplikovat nezávisle na době vzniku postižení, jeho etiologii nebo stupni závažnosti (Mikešová, 2007). Vyšetření se skládá ze dvou hlavních etap – úvodní diagnostický rozhovor a speciální část. V první části se zaměřujeme na základní orientaci klienta a na spontánní řeč při získávání anamnestických údajů. Druhá část se skládá z vyšetření impresivní a expresivní složky řeči, lexie, grafie, akusticko-verbální paměti, praxie, gnózie, paměťových a intelektových funkcí (Cséfalvay, 1996).

Podobný Lurijově koncepci je i tzv. *kognitivně-neuropsychologický přístup*. Při vyšetření analyzujeme výkony klienta. Na základě této analýzy identifikujeme intaktní a narušené mentální moduly, které se účastní fungování různých jazykových procesů, zejména pak těchto procesů – porozumění slyšeným slovům, produkce slov, čtení a psaní

slov. Vzhledem k podrobné diagnostice je možné naplánovat specifickou terapii pro konkrétního klienta (Cséfalvay, 2007).

Vyšetřovací postup je zaměřen na velmi podrobnou syndromovou analýzu. Lurija poukazuje na skutečnost, že příčinná léze ovlivní více psychických funkcí najednou podle toho, nakolik je daný dynamický funkční systém obsažen (Obereignerů, 2013).

„Ačkoliv je současný trend zaměřen k integrativnímu přístupu ve výběru posuzovacích metod, je kvalitativní klinické hodnocení neodmyslitelnou součástí přístupu k pacientům.“ (Obereignerů, 2013, s. 170-171)

Dalším, v našich podmínkách hojně užívaným testovacím materiálem, je *Vyšetření fatických funkcí – VFF*. Vzniklo v roce 2002 ve spolupráci autorů Cséfalvaye, Košťálové a Klimešové na základě kognitivně-neuropsychologického vyšetření. Zaměřuje se na určení typu afázie v souladu s Bostonskou klasifikací afázií, na charakteristiku úrovně komunikace po vzniku poškození a na detekci intaktních a narušených složek jazykového systému. Obsah klinického vyšetření se skládá ze šesti částí – vyšetření spontánní řeči, porozumění mluvené řeči, schopnosti reprodukce slov a vět, vyšetření nominativní funkce řeči, vyšetření čtení a psaní (Neubauer, 2007).

4.3.3 Testy funkční komunikace

Obereignerů (2013) uvádí výčet testů funkční komunikace, které byly přeloženy do češtiny, popř. slovenštiny. Nejznámějším z nich je test nazvaný *Komunikační aktivity v každodenním životě – CADL-2*, který v roce 1997 zhotovila Andrey Holland a kolektiv. Autorka na modelových situacích zkoumá, jak jsou klienti schopni komunikovat v běžném životě. Zaměřuje se při tom na vyšetření čtení, psaní a počítání, komunikační poslušnost, sociální interakce, reakce na mylné informace a rčení, nonverbální komunikaci, orientaci v kontextu komunikace a rozpoznání humoru, metafor atp. Dalšími testy této kategorie jsou *Index účinnosti komunikace* (Lomas a kol., 1989) a *Analýza konverzačního profilu u osob s afázií* (Whitworth a kol., 1997).

„V roce 2012 vznikla na Neurologické klinice LF MU a FN Brno ve spolupráci s PedF MU Brno zcela nový diagnostický materiál zaměřený na diagnostiku stavu funkcionální komunikační schopnosti u pacientů s afázií, alexií a agrafií. Jedná se o Dotazník funkcionální komunikace (DFK).“ (Košťálová, Ulrichová, Poláková, Klenková, Lasotová, Bednařík cit. In: 2012 Šmíd, 2013, s. 34) Mezi jeho nesporné výhody patří, podle autora, především jeho časová nenáročnost.

4.4 Speciální testy afázie

Tyto testy se používají ke zhodnocení specifické oblasti. V Čechách se používá *Bostonský test pojmenování* a známý *Token Test*, neboli *Žetonový test*, který je zaměřen na hodnocení auditivního porozumění a identifikaci receptivní jazykové dysfunkce. Cséfalvay (2007) uvádí, že kromě publikovaných a standardizovaných testů se v praxi používá velké množství metodik, které byly vytvořeny pro specifické potřeby výzkumů.

4.5 Neurologická diagnostika

Většinu výše uvedených testovacích baterií používají ve své praxi kliničtí logopedi. Do jejich péče se však zpravidla dostávají klienti, kteří nejprve prodělali vyšetření neurologické, které odhaluje příčinu vzniku poruch symbolických funkcí. Ve své publikaci z roku 1996 popisuje Cséfalvay podobu neurologického vyšetření jako souhrn anamnestických údajů a objektivního vyšetření prováděného na základě laboratorního testování.

K zobrazovacím metodám využívaným při diagnostice afázií v laboratorních podmínkách patří výpočetní tomografie – CT a magnetická rezonance - MR, které detekují anatomickou lézi. Funkční zobrazovací metody, kam řadíme pozitronovou emisní tomografii – PET a jednofotonovou emisní tomografii – SPECT, jsou využívány méně s výjimkou demencí způsobujících afázií (Obenberger, 2007).

Povědomí o diagnostice a terapii poruch fatických funkcí se v neurologické obci stále zlepšuje, přesto řada logopedů hodnotí interdisciplinární komunikaci (prostřednictvím lékařských správ) jako nedostačující. Podle slov klinické logopedky Zuzany Konůpkové stále platí, že se neurologové ve své praxi více soustředí na jiné oblasti (například motorické funkce). Také Kulišťák (2011) tvrdí, že v České republice zatím objektivní léčba afatických poruch po CMP podléhá současným podmínkám ve zdravotnictví, hlavní důraz je kladen na motorickou složku rehabilitace. Problematika fatických funkcí je oproti nim v pozadí. Nedostatečná schopnost hodnotit řečové modality se projevuje v diagnostice, kdy v naprosté většině případů je afázie označena za smíšený typ. Velkou výhodou je, podle Konůpkové, přítomnost klinického logopeda v řadě pražských neurologických pracovišť, efektivní je spolupráce těchto odborníků u pacientů na akutních lůžkách a lůžkách následné péče, naopak na lůžkách dlouhodobě nemocných (LDN) je logopedická intervence bohužel nepoměrně menší.

5 Terapie afázií

Logopedickou terapii lze v širokém slova smyslu charakterizovat jako specifickou aktivitu, která je realizována specifickými metodami ve specifické situaci záměrného učení. „*Jde v podstatě o tzv. řízené učení, probíhající pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda v organizovaných podmínkách logopedických zařízení, příp. i mimo ně; může ho popřípadě realizovat i sama osoba s NKS (resp. s rodiči, příbuznými) pod supervizí logopeda.*“ (Lechta, 1990, in Lechta 2005, s. 22)

Čecháčková (2007) tuto definici doplňuje o další cíl terapeutického působení – obnovování sociálních vazeb.

Autorka dále uvádí faktory ovlivňující reedukaci řeči, jsou to:

- rozsah a lokalizace mozkové léze a z toho vyplývající typ a stupeň fatické poruchy
- socioekonomický status pacienta a věk
- sociální zázemí klienta v chronickém stádiu
- časové stádium poruchy:
 - o akutní
 - o následné
 - o stabilizované
 - o chronické

Výběr terapeutického postupu závisí na fázi, kdy je terapie aplikována. V **akutní fázi onemocnění** se klinický obraz afázie často rychle mění. Terapie je intenzivnější se zaměřením na resuscitaci fatické poruchy a udržení klientovy psychické rovnováhy. Podle Neubauera (2007) umožňuje terapie v tomto stádiu maximalizaci dynamiky obnovování porušených funkcí. Včasný začátek logopedické intervence je prvotní podmínkou úspěšnosti péče. Terapie je prováděna individuálně a je zaměřena převážně rehabilitačně. **Chronické stádium onemocnění** vzniká minimálně 12 měsíců od vzniku onemocnění. Je charakterizováno relativním ustálením klientova zdravotního stavu s minimem spontánních změn, vedoucích ke zmírnění poruch řeči. Terapeutické působení je zaměřeno více na obnovu sociálních kontaktů a rozvoj konverzace v každodenním životě. Vhodné je kombinovat individuální terapii se skupinovou (Čecháčková, 2007). Přes zjevnou stagnaci klinického obrazu afázie v chronickém stádiu, se cílená terapie jeví jako efektivní. „*Nové výzkumy potvrzují zjištění z praxe, že pozitivní změny v obraze afázie mohou nastat i*

několik let po vzniku mozkového onemocnění.“ (Cséfalvay, 2006, s. 180). Často také zjišťujeme, že i klienti navzdory těžkému deficitu v oblastech produkce a porozumění řeči mají poměrně dobře zachované pragmatické schopnosti, které jim umožňují zvládnout komunikaci s okolím. Pragmatiku řeči lze velmi úspěšně rozvíjet právě prostřednictvím skupinové terapie (Cséfalvay, 2006).

IDH klasifikace Světové zdravotnické organizace (WHO) dělí terapii afázie do tří rovin:

- terapie zaměřená na obnovu narušené funkce, realizované prostřednictvím stimulace a reedukace
- terapie zaměřená na narušenou komunikační schopnost, která podporuje kompenzační mechanismy komunikace
- terapie zaměřená na zmírnění psychosociálních následků, které jsou realizovány zejména prostřednictvím skupinových setkávání (Cséfalvay, 2007)

5.1 Vybrané možnosti terapie osob s afázií

Stejně tak, jako v případě klasifikace afázie a diagnostiky, se při terapii setkáváme se značnou variabilitou jejích možností. Tato rozmanitost je výsledkem existence velkého množství odborných přístupů k afázii, a do značné míry ovlivňována osobností logopeda, který volí terapeutické postupy dle svých možností, znalostí a zkušeností. Svou roli zde hraje i přístup logopedů k poznatkům z této oblasti. Neméně důležití jsou také odborníci, kteří tyto informace logopedům zprostředkovávají. Prezентují většinou určitý terapeutický rámec, vycházející z konkrétního afaziologického směru. U nás se například budoucí kliničtí logopedi v průběhu předatestační přípravy účastní kurzů pořádaných Asociací klinických logopedů. Garanty kurzů zaměřených na problematiku afázie jsou v současné době paní doktorka Miloslava Čecháčková, reprezentující Olomoucký klasifikační systém a profesor Zsolt Cséfalvay s doktorkou Milenou Košťálovou, kteří reprezentují kognitivně-neuropsychologický přístup.

Podle Cséfalvaye (2006) jsou v současné době v Čechách a na Slovensku dominujícími terapeutickými směry *kognitivně-neuropsychologický přístup* a *pragmatický (funkcionálně orientovaný) přístup*. Tento fakt potvrzuje zakladatelka OS Klub Afasia, klinická logopedka, Zuzana Konůpková. Logopedi, podle jejích slov, při terapii využívají nejčastěji kombinace níže popsaných terapeutických metod, vždy s přihlédnutím k individuálním možnostem klienta. Nepoměrně menší množství klinických logopedů pak

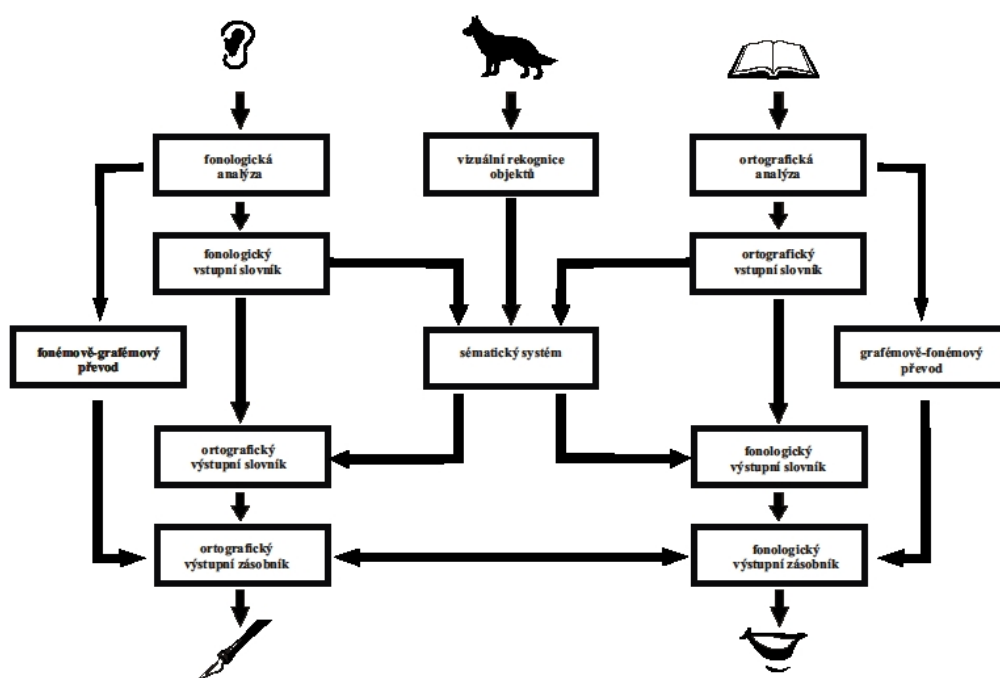
ve své praxi aplikuje Lurijovu neuropsychologickou koncepci obnovovací terapie. Používání Lurijovy koncepce terapie klade na logopedy příliš vysoké požadavky, týkající se náročné teoretické průpravy a časových možností terapie. Kromě pochopení samotného obsahu této koncepce, který spočívá ve znalosti dynamického funkcionálního systému, jsou důležité i osobnostní předpoklady logopeda-terapeuta. „*Naučit se pozměňovat strategii a sestavit co nejefektivnější postup pro vyšetření konkrétního pacienta je jedním z úkolů praktického zácviku, kterým by měl zájemce o Lurijovu metodiku projít.*“ (Mikešová in Neubauer, 2007, s. 203) Mikešová dále uvádí pružné verbálně-logické a rozvinuté kombinační a asociační myšlení jako schopnosti, kterými by měl klinický logoped při aplikaci tohoto směru disponovat. O šíření Lurijovy koncepce se zasadili zejména slovenští kliničtí logopedi Cséfalvay a Hrnčiarová.

V této kapitole se nyní pokusím stručně popsat některé terapeutické postupy, přičemž se blíže zaměřím na dva dominující směry.

Kognitivně-neurologický přístup (dále jen KN přístup) v terapii afázie

Jak uvádí Mikešová (2007) KN přístup svými principiálně obdobnými představami vychází z Lurijovy neuropsychologické koncepce. Totožně zdůrazňují nutnost kvalitativní analýzy porušených funkcí mozku a hledají základní příčiny narušené funkce. „*Přináší také terapeutické techniky touto terapií formované, které umožňují cílenou a diferencovanou terapeutickou činnost ve prospěch pacienta.*“ (Neubauer, 2007, s. 145) Autor na druhé straně spatřuje nedostatky tohoto přístupu oproti Lurijovské koncepci v zjednodušené znalosti CNS a v omezeném repertoáru terapeutických možností v případě organicky podmíněné léze.

Základním předpokladem KN teorie je to, že na realizaci jakýchkoliv kognitivních funkcí participuje několik komponentů. Na základě kvalitativní analýzy získáváme hypotézu o předpokládané funkcionální lézi narušeného modulu/modulů (viz níže).



Obr. 9 - Kognitivně-neuropsychologický model jazykových procesů

„V kognitivně-neurologické koncepci se narušení vnímá buď jako degradace v samotném modulu nebo jako problém v přístupu do modulu. Je třeba však upozornit na to, že ve většině případů nejde o totální degradaci funkce daného modulu.“ (Cséfalvay, 2007, s. 113)

Po identifikaci postižených a intaktních modulů následuje výběr série úloh, pomocí nichž se logoped snaží obnovit narušenou funkci nebo stimulovat využívání nenarušených modulů (Cséfalvay, 2003). Terapeutické techniky se pak zaměřují na obnovu **narušené funkce pojmenování, porozumění řeči při afázii, alexii a agrafii** (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003).

Pro ilustraci zde uvádím příklad aplikace KN přístupu v případě klientky s anomickou afázií, který ve své publikaci popisuje Cséfalvay (2007). Po důkladné analýze vznikla hypotéza o těžišti problémů v postdémantické oblasti (resp. narušení ortografického výstupního slovníku, ortografického výstupního zásobníku, fonologického výstupního slovníku a fonologického výstupního zásobníku). Při terapii se logoped mohl opřít o dobře fungující sémantický systém a zachovaný přístup k slyšeným informacím fonologickou cestou. Pozornost byla soustředěna na poruchy v ústním a písemném pojmenování, tedy na postsémantické fonologické a ortografické procesy. Jako podpůrný terapeutický materiál byly zvoleny sady obrázků, které sloužily k ústnímu a písemnému pojmenování. Jednotlivé

obrázky byly procvičovány tak dlouho, dokud jejich ústní a písemné pojmenování nebylo 100% úspěšné. Postupem času docházelo k redukci anomických pauz. Opakovaná vyšetření testem WAB potvrdila zmírnění poruch v oblasti pojmenování.

Cséfalvay (2003) přes všechny výhody, které KN přístup v terapii poskytuje, připouští i jeho omezení. Kritika často, kromě jiného, poukazuje na složitou verifikaci schopnosti používat naučené strategie v reálném životě.

Pragmaticky orientovaná terapie afázie

To, co je vyčítáno KN přístupu, se snaží prostřednictvím různých terapeutických technik obsáhnout pragmaticky orientovaná terapie. Základem tohoto směru je snaha o zlepšení funkcionální komunikace klienta s afázií v každodenní komunikaci. *„Funkcionálně orientované terapeutické techniky vycházejí z diagnostiky pragmatických schopností osoby s afázií a jsou vedeny snahou o navození praktické obousměrné komunikace mezi terapeutem a klientem. Jejich součástí je i přesah do skupinových aktivit, ...“* (Neubauer, 2007, s.147)

Terapie není orientována na izolované jazykové deficity, jak tomu bylo v předchozím případě, ale snaží se o podporu komunikace jako celku ve všech jeho komunikačních modalitách. Při terapii se opíráme o pragmatickou rovinu řeči, která bývá oproti ostatním, u klientů s afázií nejméně narušena a o kompenzační strategie, které při komunikaci často spontánně užívají (Cséfalvay, 2000).

Lehečková (1997) mluví o tzv. rehabilitačních komunikačních postupech, při nichž se vychází z pacientových vlastních kompenzačních strategií, které se modifikují do co nejrozmanitější formy.

K neznámějším funkcionálně orientovaným technikám intervence patří PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness). Jedná se o modelování konverzační situace, kdy dochází k výměně nové informace mezi klientem a terapeutem. Oba mají volný výběr komunikační modality, mohou se dorozumívat mluvenou řečí, psaním, gesty apod. (Neubauer, 2007). Pragmaticky orientovaný přístup se osvědčil především ve skupinové terapii.

Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie

„Východiskem terapie podle Luriji je určení neuropsychologického syndromu, ve kterém se afázie rozvíjí, a vytyčení centrálního defektu a mechanismu. Základním úkolem terapie afázií je zmírnění nebo ještě lépe překonání centrálního defektu a mechanismu.“

Předpokládáme, že souběžně s jejich regresí a při adekvátním komplexním tréninku se bude dostavovat i regres řečových obtíží.“ (Mikešová in Neubauer, 2007, s. 212)

Tento přístup klade v terapii velký důraz na propojování řečových a neřečových modalit, důležitost připisuje také stimulaci neverbální komunikace, myšlení a vnímání (Mikešová, 2007).

Psycholingvisticky orientované terapie

Cílem této terapie je obnova řečové komunikace ve všech jejích složkách. *„Základním cílem terapeutického postupu je snaha využít vzájemného kladného působení jednotlivých složek řečové komunikace v procesu obnovování. Využíváme tedy všech možností, jak k sobě přiblížit úroveň mluveného projevu, rozumění, čtení a psaní.*“ (Neubauer, 2007, s. 146)

V terapii je hojně využíván obrazový a názorný materiál vycházející z frekventované slovně-pojmové zásoby. Mezi metody terapie řadíme například terapii na úrovni slova a terapii na úrovni vět (Marková in Cséfalvay, 2007).

Specifické terapeutické postupy

Používají se při výrazných poškozeních expresivní složky. Nejvýraznějším zástupcem této kategorie je Melodicko-intonační terapie (MIT). Jedná se o klinický postup, při němž klient iniciuje řečovou komunikaci za využití melodické struktury věty a rytmického poklepávání (Neubauer, 2007).

Vysoce automatizované formy řeči (VAF) jsou podle Cséfalvaye (1996) součástí většiny vyšetřovacích postupů. Automatizované formy řeči jsou sdělení, která vyžadují jen minimum úsilí. Většina terapeutů je ve své praxi užívá intuitivně. Převedení této mimovolní produkce řeči na volní, je z pohledu neuropsychologie vnímáno jako intrasystémová přestavba. Mezi automatizované formy řeči řadíme například číselné řady, série dnů v týdnu, měsíců, texty písní, přísloví apod. Tato terapie je vhodná i pro klienty v akutním stádiu afázie (Košťálová in Cséfalvay, 2007).

Mezi další specifické terapeutické postupy řadíme využití kresby jako komunikačního prostředku nebo fonematicko-vizuální stimulační metody určené pro klienty s těžkou globální afázií.

5.2 Individuální a skupinová terapie

Individuální terapie je užívanější formou péče o klienty s afázií. Nejčastěji je realizována v ambulantních a rehabilitačních zařízeních, nepoměrně méně pak v domácím prostředí

klienta s afázií. Tzv. terénní logopedické služby určené osobám, převážně se sníženou schopností mobility, jsou poskytovány ve velmi omezené míře zejména vlivem jejich nedostatečného finančního zabezpečení. Zdravotní pojišťovny, které jsou ve smluvním vztahu s logopedickými zařízeními hradí nanejvýše 45 minutové terapie⁶, nezahrnují tedy náklady spojené s dopravou logopeda.

Individuální terapie je uplatňována v akutním stádiu onemocnění, v chronickém stádiu je vhodné kombinovat individuální a skupinovou terapii.

„Pacienti s afázií v chronické fázi se často dostávají do sociální izolace. Dlouhodobá individuální terapie má omezené možnosti při osvojování komunikačních dovedností v reálném životě.“ (Lasotová, Košťálová, 2011, s.34) Skupinová terapie v návaznosti na individuální formu terapie je vhodnou možností procesu obnovování sociálních vztahů. Autorky dále uvádějí *„...v zahraničí je systém svépomocných skupin a center pro osoby s afázií široce rozšířený. V ČR je existence skupin nejčastěji realizována v rámci několika občanských sdružení. Iniciátory vzniku skupin bývají zpravidla kliničtí logopedové, ...“*

Jedním ze sdružení nabízejících možnost skupinové terapie je OS Klub Afasia, kam jsem docházela na praxi v období od září 2012 do února 2013 v rámci teoretické přípravy ke své diplomové práci. Do programu jsou zapojeny dvě skupiny, které se střídavě scházejí jednou týdně. Skupiny jsou otevřené – do terapie se může klient zapojit během celého roku. Zájem o tuto službu je ale natolik velký, že skupinu tvoří poměrně ustálený počet klientů. Průměrně se terapie každý týden účastnilo osm osob. Přestože terapii vedlo střídavě několik logopedů, struktura každého sezení byla velmi podobná, dělila se na neřízenou a řízenou část. Během příchodu klientů se vařila káva a čaj, probíhalo spontánní navazování konverzace mezi členy skupiny. Atmosféra byla vždy velmi příjemná a přátelská. Poté, co se klienti usadili, iniciovala logopedka volnou rozpravu nad aktuálními společenskými tématy (například volby, sportovní šampionáty apod.). Nejprve se slova ujímali komunikačně zdatnější klienti, poté se terapeutka snažila do rozhovoru zapojit i ostatní členy skupiny. Klienti, kteří měli výrazně zasaženou expresivní složku řeči přirozeně užívali jiných forem komunikace, mezi nejčastější patřila gestikulace. Při vyjádření svého sdělení používali i různý vizuální materiál (například digitální mapu na svém smartphonu, aby

⁶ Dle vyhlášky 493/2005 Sb. je 45 minutová terapie uváděna pod kódem 72213 jako *Logopedická terapie zvláště náročná prováděná klinickým logopedem á 45 min.* Výkon může vykázat pouze klinický logoped s 10 lety praxe. (více na

<http://www.bodnik.cz/sezview/top.php?screen=detail&verze=16&zum=off&kom=off&om=V&novela=off&odbornost=903>)

ukázali místo, kde byli o víkendu). Logopedka je ve využívání alternativních forem komunikace maximálně podporovala. Následovala řízená část terapie, která se skládala z kontroly úkolů udělených při minulém setkání a práce s materiálem určeným k tréninku konverzace a posilování dílčích schopností. Sezení bylo zakončeno zadáním a důkladným rozbořem domácího úkolu, který si klienti měli napříště vypracovat.

Pro zajímavost uvádím odpověď jedné z logopedek-terapeutek na dotaz - Čím je, podle vás, skupinová terapie pro klienty s afázií nejpřínosnější? „Skupinovou terapii vnímám jako podpůrný sociální prostředek. Největším úspěchem pro nás bylo setkání, které se z důvodu absence terapeuta vlastně ani neuskutečnilo. Klienti si ho však rozhodli zrealizovat sami v nedalekém restauračním zařízení...“

Skupinová terapie podle Cséfalvaye (in Lechta, 2005) prožívá v současné době svou renesanci, mimo jiné i proto, že tvoří dobrý rámec nového paradigmatu terapie – pragmaticky orientované terapie. Mezi její nesporné výhody patří posílení psychosociální integrace, nabídka většího množství komunikačních příležitostí v bezpečném prostředí a širšího okruhu komunikačních partnerů, navázání nových sociálních kontaktů, sdílení zkušeností, vyrovnané zastoupení obou složek komunikace apod.

5.3 Klient s afázií a jeho rodina

Řada klientů má po vzniku onemocnění možnost vrátit se do svého domácího prostředí, mezi svou rodinu. Nově vzniklá situace je nesmírně náročná nejen pro samotného klienta, ale také pro celou jeho rodinu. Většina lidí trpících afázií jsou staršího, důchodového věku. Mají odrostlé děti a vnoučata, kteří žijí mimo domov. Péči o nemocného tak z velké části zajišťuje životní partner/partnerka, který o existenci onemocnění zvaném afázie má buď minimální nebo vůbec žádné představy. Jeho úloha je však velmi důležitá, kromě prvořadé psychické podpory se pro klienta stává hlavním komunikačním partnerem, který významnou měrou přispívá ke zlepšení jeho stavu řeči a jiných fatických funkcí a ovlivňuje tak úspěšnost celé terapie.

Housarová (2001) poukazuje na řadu výzkumů prokazující závislost efektu reedukace na dobré spolupráci rodiny s logopedem. Řada klinických logopedů přechází z tzv. biomedicínkého modelu, kdy měl v terapii odborník-logoped dominující postavení, k vyrovnanějšímu modelu spolupráce, který se vyznačuje zejména respektem individuality rodiny. Během několika sezení, by měl být logoped schopen uvést rodinné příslušníky do problematiky afázií, případně jim nabídnout kontakty na další logopedická nebo rehabilitační pracoviště (skupinová terapie, lázeňské pobyty, psycholog, aj.), seznámit je

s omezením a možnostmi daného pacienta a nastínit průběh reedukace. Dále se logoped často dostává do role „psychoterapeuta“, který poskytuje rodině emoční podporu v této složité životní situaci. Schopnost empatie a citlivého zacházení by měly být samozřejmostí. Cséfalvay (2006) upozorňuje na jeden poměrně běžný efekt, kdy se rodina vůči klientovi začne chovat hyperprotektivně. Těžkosti ve vyjadřování klienta často u jejich komunikačních partnerů vyvolávají dojem, že absence okamžité odpovědi zároveň znamená absenci myšlenky. Ujímají se tak často vedení celé komunikace. Tento stav u klienta nazýváme naučenou pasivitou. Logoped by měl během rodinných setkání dávat dostatek prostoru samotnému klientovi, aby plně projevil svou kompetenci a demonstroval tím ostatním členům rodiny charakter onemocnění, které nespočívá v neschopnosti přemýšlet. Logoped se svým působením snaží o tzv. compliance chování, což znamená dodržování pravidel a přizpůsobení se režimu stanovenému odborníkem. Respektování pokynů podporuje návrat k žádoucímu stavu. „*Při práci s rodinou by logoped měl mít vybudovanou strukturovanou představu, poslušnost cílů a strategii postupů, která vychází jak z teoretických znalostí, tak ze znalostí rodiny.*“ (Housarová, 2001, s. 8)

Housarová dále uvádí některé principy komunikace rodiny s klientem, které by měl logoped zmínit. Výčet těchto principů obecně v komunikaci s lidmi s afázií považuji jako klíčový nejen pro rodinné příslušníky, ale i například pro pracovníky nejrůznějších zařízení, které klient využívá. Jsou to:

- aktivní naslouchání a střídání komunikačních rolí
- redukce zdroje rozptylování (televize, rádio)
- využívat všechny prostředky neverbální komunikace (gestikulace, atd.)
- využívat opakujících se komunikačních situací
- nepřecházet do komunikačních stylů s dítětem
- respektování (úcta) komunikačního partnera
- být pozorný k signálům (nejen komunikačním) jedince s afázií (co nejpřesněji signály interpretovat), poskytovat přirozenou zpětnou vazbu
- v oblasti řeči naopak vysílat jasné, zřetelné signály
- zjednodušit výpovědi (používáním krátkých nekomplikovaných vět)
- opakovat klíčová slova
- nemluvit o přítomné osobě ve třetí osobě
- vyhnout se opravování chyb
- vyhýbat se dvojsmyslným situacím
- prodloužit časový faktor

- dokončovat věty

Logoped by měl zároveň rodině ukázat směr, jak vytvářet modelové komunikační situace (například v kontaktu s listonoškou, sousedem) a tím přispívat k udržování sociálních kontaktů klienta.

V roce 1997 vyšel článek, který přináší výsledky průzkumu uskutečněného na rekondičním pobytu osob po CMP. Autor v něm podrobil zkoumání vzorek mužů a žen trpících afázií. Testoval u nich poruchy fatických funkcí screeningovým testem AST. Z výsledků výzkumu mimo jiné vyplývá, že ženatí potřebovali logopeda méně než rozvedení a ovdovělí, což znovu potvrzuje nezanedbatelný význam rodinných příslušníků v procesu terapie afázie. Objevily se také statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami v hloubce afázie v neprospěch mužů, přestože věk, hloubka depresivity a premorbidní intelekt byly vyrovnány (Preiss, 1997).

5.4 Psychoterapeutické působení v procesu terapie afázií

O psychických obtížích, které s sebou afázie přináší a o nezbytnosti jejich řešení je blíže pojednáno v kapitole výše. Nyní se krátce zaměřím na některé možnosti psychoterapeutického působení v rámci logopedických pracovišť i mimo ně.

Co rozumíme pod pojmem psychoterapie? „Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že usnadňuje navození žádoucích změn, či tyto změny přímo vyvolá, a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem.“ (Vymětal, 2004, s. 20)

Psychoterapie je nedílnou součástí péče o pacienty ve všech medicínských oborech. V logopedii je vnímána jako podpůrná terapie, která vede k odlehčení sociálních důsledků. Valušková (1997) uvádí, že mladší klienti s afázií potřebují pomoci většinou v rodinných vztazích, starší klienti se zase potýkají s pocitem osamocení, izolace a s neochotou bojovat s nepřízní osudu. Logoped bývá často jediným člověkem, se kterým si může klient v klidu pohovořit o svých problémech. Nezřídka se tak stává, zejména v počátcích léčby, že je logopedické působení zaměřeno převážně psychoterapeuticky. Valušková k tomuto tématu provedla výzkum na neurologickém oddělení fakultní nemocnice v Olomouci. Pacienti docházeli na skupinová sezení, jejichž náplní byla činnost v různých oblastech - výtvarná činnost, muzikoterapie, společné řešení aktuálních problémů apod. Z výsledků šetření je

patrné, že dlouhodobá psychoterapeutická sezení přinesla klientům pozitivní efekt a určitým, i když omezeným způsobem, je začlenila do společnosti.

Jiný příklad psychoterapeutického působení na klienty s afázií představuje Stejskalová (2001). Popisuje práci klinické logopedky při vedení režimové psychoterapeutické komunity pacientů po CMP. Cílem práce s klienty je především obnova jejich mnohdy ztracené sebeúcty, prostřednictvím aktivní formy komunikace. Předpokladem úspěšnosti je pochopení nonverbální komunikace, jakožto základu dorozumění. Hra je, dle autorky, vhodná terapeutická technika pro zpracování konkrétní životní situace a vlastního rozhodování, které je ovlivňováno příjemným pocitem. Jinou možností je psychodrama k posilování schopnosti empatie. Technika dovoluje zapojit i klienty, kteří mají hrubý deficit exprese. Stejskalová nestaví na první místo nácvik exprese. Nesprávné sdělování správných myšlenek je, podle ní, v osobním prožitku klienta zpracováváno jako kognitivní deficit. V rámci skupinové práce se snaží navozovat takové situace, kdy je možné nesprávnou expresi přijímat jen jako chybu, která samotné komunikaci nebrání.

Také arteterapie je cenným a užitečným doplňkem logopedické intervence. Kresba může být, podle Klimešové (2001), užívána mimo jiné jako přímá forma náhradní nebo podpůrné komunikace. Pomocí výtvarné produkce dochází k přirozenému navození kontaktu mezi klientem a terapeutem (v našem případě logopedem). Kreativní proces posiluje klientovu vnitřní motivaci o výsledku práce verbálně či neverbálně komunikovat, vyjadřovat své pocity. Arteterapie je zároveň vhodnou formou katarzivního odreagování vnitřních tenzí, v praxi jí můžeme použít jako relaxační prvek. Za nespornou výhodu považují její socializační význam, zejména pak při skupinové terapii. *„Zkušenost jednoho člena se stává společnou zkušeností a majetkem skupiny celé. Jedinci se následně dostává sociálního ocenění a obdivu.“* (Klimešová, 2001, s. 14)

Tyto a mnohé další přínosy arteterapeutického působení jsem měla možnost poznat při práci s klientkou z domova seniorů, kam jsem docházela jako dobrovolník občanského sdružení Logo. Výtvarné artefakty, vzniklé v průběhu setkávání, mohou mimo jiné posloužit k soukromému zhodnocení vývoje psychoterapeutické intervence.

6 Pomůcky a přístroje v logopedii

Využívání pomůcek a přístrojů tvoří nedílnou součást logopedické péče o osoby s narušenou komunikační schopností (dále jen NKS). Podle Lechty (1990) usnadňují logopedickou intervenci a zvyšují její efektivitu. Považuje je také za významný motivační činitel, který zejména u dětí, podněcuje ke spolupráci s logopedem.

V posledních letech, vlivem stále se zdokonalujících technologických možností, došlo k nárůstu speciálních výchovně vzdělávacích a diagnostických počítačových programů. Na trhu je jich k dostání velké množství. Jedním z významných úkolů poskytovatele logopedické péče je orientace v klasických i moderních typech pomůcek a přístrojů. Úspěšnost terapie NKS také do značné míry závisí na jejich vhodném výběru, na osobních zkušenostech a na schopnosti logopeda být při jejich uplatňování kreativní. To vše předznamenává jejich plné využití.

Vitásková (2005) uvádí některé faktory, které se podílí na výběru a aplikaci pomůcek, jsou to:

- diferenciaci pomůcek dle věku, popřípadě dle pohlaví,
- přítomnost či absence přidruženého postižení,
- dosavadní zkušenost s přístrojovou technikou a s pomůckami, základní znalost manipulace a ovládání počítačové techniky,
- ekonomický faktor (limitace v podobě finanční nedostupnosti dané pomůcky).

6.1 Rozdělení pomůcek a přístrojů v logopedii

Lechta (1990) dělí skupiny pomůcek a přístrojů na: stimulační, motivační a didaktické, derivační, podpůrné, názorné, registrační, víceúčelové a diagnostické. Vitásková (2005) tento výčet doplňuje o pomůcky a přístroje netechnického i technického charakteru, které slouží k augmentativní a alternativní komunikaci (dále jen AAK).

Stimulační pomůcky

Stimulační pomůcky podněcují klienta k nápodobě. Využívají se například při rozvoji respirace, sluchové percepce, fonace a praxie v orofaciální oblasti.

Konkrétními příklady pomůcek zaměřených na usměrnění výdechového proudu ústy mohou být *větrníky*, *bublifuky*, *pírka* a jiný lehký materiál, *píšťalky*, *dechové hudební nástroje*, *spirometry*, *tyčinky na prodloužení délky výdechu*, *klipy na nos*, *slámky* při foukání

do vody, *pingpongové míčky* pohybující se pomocí výdechového proudu nahoru po šikmé plošině apod. Pomůckami zaměřenými na výdech nosem jsou například *nosní píšťalky*. K nácviku nádechu můžeme využít různý aromatizovaný materiál.

Cvičení na rozvoj sluchového vnímání můžeme realizovat prostřednictvím nahrávek. V současnosti je na trhu nepřeberné množství *CD s nahrávkami různých zvuků* k posílení diferenciaci nebo sluchové paměti. Pro rozvoj fonemického sluchu slouží *kartičky s obrázky*, jejichž zvuková podoba se liší jediným fonémem (například pes – les). V praxi se také často setkáváme s používáním *sluchových pexes, zvukových hraček* nebo s běžně dostupným materiálem v podobě zvonků či *hudebních nástrojů*.

Mezi pomůcky podporující rozvoj fonace můžeme zařadit *elektronické pomůcky s hlasovým výstupem*, z těch netechnických pak například *echo mikrofon*, nebo *obrázky k nápodobě hlasu zvířat*.

Pro stimulaci orofaciální oblasti v rámci podpůrných cvičení využíváme různé *masážní pomůcky* technického i netechnického charakteru, ke zvýšení citlivosti v ústech pak běžně dostupné *štětečky* a *kartáčky*. V rámci provádění tepelné a chuťové stimulace lze aplikovat *gelové polštářky* na zahřátí či ochlazení konkrétní oblasti, *termostimulátory*, popřípadě led apod.

Motivační a didaktické pomůcky

Své uplatnění kromě logopedických zařízení nalézají nejčastěji ve školním nebo domácím prostředí. Podle Vitáskové (2005) je u těchto pomůcek důraz kladen na ilustrativnost, estetičnost, všestrannost využití, udržovatelnost, bezpečnost a životnost. Autorka dále uvádí, že v této skupině pomůcek a přístrojů převládá materiál určený pro děti předškolního a mladšího školního věku ...*výrazně pociťujeme absenci pomůcek využitelných u adolescentů a dospělých osob...* (Vitásková, 2005, s. 117).

Mezi tyto pomůcky řadíme obrazový materiál, například *oromotorické kartičky, karty s ilustrovanými obrázky* nebo *fotografiemi* určené k pojmenování či rozšiřování slovní zásoby, a *sekvence dějových obrázků*. Dále do této kategorie spadají *cvičné logopedické texty*, nebo *logopedické stolní hry*.

Derivační pomůcky

Derivační pomůcky mají za cíl odpoutat klientovu pozornost od jeho řečového projevu. Uplatňují se nejčastěji pro korekci balbuties. Lechta (2005) u těchto případů uvádí techniku *bílého šumu* nebo užití *metronom* v rámci metody operačního podmiňování. Bílý šum je

náhodný signál s rovnoměrnou výkonovou hustotou. Mezi přírodní bílé šумы řadíme například zvuk silného deště nebo vodopádu. Umělé šумы produkují přístroje v domácnosti jako je digestoř, větrák nebo fén. Některé firmy dokonce nabízejí přístroje produkující bílý šum, které využívají nejčastěji lidé s poruchami spánku.⁷

Podpůrné pomůcky

Podle Vitáskové (2005) se jedná zejména o pomůcky podporující orální řeč. Nejvýraznějšími zástupci této kategorie jsou *špátle*. Ty se využívají při nácviku nové hlásky nebo při korekci chybně vyvozované hlásky nejčastěji u dětí s dyslalií. Vyvozování nové hlásky se může podle Kutálkové (2005 in Lechta) realizovat také mechanickou cestou mimo jiné právě pomocí špátlí. Důležitým pomocníkem jsou i při myofunkčních terapiích orofaciální oblasti v případě palatolalie, velofaryngeální dysfunkce, dyslalie nebo dysartrie. Zde se používají na posilování svalů dílčích mluvidel. Při myofunkčních terapiích lze také využít *vibrační přístroje*. Existuje celá řada vibrátorů, které jsou určeny pro stimulaci a posílení svalů a pro zvýšení povědomí o orofaciální oblasti vně i uvnitř úst. Na vibrátor se nasazují různě tvarované nástavce, nebo tyčinky máčené do tekutin a potravin. Nejznámějším vibrátorem je *rotavibrátor* používaný k navozování hlásky „R“. K navozování hlásek slouží dále *logopedické soničky*. Jinými pomůckami této kategorie mohou být intraorální *gumové kroužky* určené k posílení svalstva jazyka a nácviku orální fáze polykání, *knoflíky* nebo *závěsná ruční váha* pro vytváření síly retného uzávěru, různé *kousací či žvýkací gumové pomůcky* a *stabilizátory čelistí*.

Do této kategorie dále můžeme zařadit i protetické pomůcky tzv. řečové protézy. V případě velofaryngeální dysfunkce uvádí Kerekrétiová (2005 in Lechta) využití *zdvíhače patra* a *řečového obturátoru s balbusem*. Řečové obturátory se používají u klientů, kteří nemají vytvořeno potřebně dlouhé měkké patro k dostatečnému velofaryngeálnímu uzávěru pro řeč. Zdvíhač patra zvedá velum a udržuje ho v poloze, při níž je patrohltanový uzávěr nejsnadněji dosažitelný. Vitásková (2005) uvádí také přechodné řečové protézy používané při realizaci logopedické intervence u dítěte s dyslalií v době výměny dentice.

V této skupině se podle Lechty (1990) dále nachází *pomůcky na bázi Lee-efektu* tzv. umělého echa. Jedná se o reprodukci opožděné akustické zpětné vazby, která se využívá pro zpomalení řeči u klientů s balbuties nebo s tumulus sermonis.

Názorné pomůcky

⁷ http://cs.wikipedia.org/wiki/B%C3%AD%C3%BD_%C5%A1um

..k názorným pomůckám a přístrojům se již tradičně řadí přenosné logopedické zrcadlo a různě citlivé indikátory, které pomáhají osobě s NKS vnímat rozdíly své mluvní produkce...“ (Vitásková, 2005, s. 117) takovým příkladem může být *Speech Viewer*, který vizualizuje mluvenou řeč za využití sluchové a zrakové zpětné vazby, nebo *instrumentální biofeedback*. Biofeedback (biologická zpětná vazba) je terapeutický postup, který zahrnuje měření osobních fyziologických veličin v reálném čase a jejich prezentaci ve vhodné formě klientovi. Předpokládá se, že osoba je schopna do jisté míry tyto procesy ovlivnit vůlí a na základě této metody se je naučit ovládat. Metodu biofeedback nabízejí některá logopedická zařízení v rámci terapie poruch komunikace. Jako terapeutická technika se v současnosti podle Kerekrétiové (2005 in Lechta) velice často doporučuje instrumentální, přístrojový *biofeedback* pro uvědomování si velofaryngeálních pohybů. Dále jej lze využít při terapii poruch hlasu, balbuties, tumulus sermonis apod.

Názorných pomůcek je celá řada, jsou běžně dostupné na českém i zahraničním trhu. K nejznámějším patří například *Van Riper*, napomáhající rozpoznání vlastní koktavosti nebo *PILP 200*. Ten je podle firmy audionika, která produkt nabízí, použitelný jako terapeutický prostředek pro řadu řečových problémů. Vychází ze zásad reálného záznamu řeči na obrazovce počítače a na principech využití řečové zpětné vazby (biofeedbacku) při zobrazení základních parametrů řeči.⁸

Registrační pomůcky

Do této kategorie řadíme různá záznamová zařízení (*videokamery, diktafony*), *archy a tabulky*, které terapeutovi umožňují reflektovat a hodnotit průběh terapie. Modernější přístroje kombinují audiovizuální záznam a následnou analýzu pomocí počítačového softwaru. Vitásková (2005) v této oblasti vidí potřebu většího propojení logopedie s již užívanými metodami záznamu v jazykovědném výzkumu.

Víceúčelové pomůcky

Tato skupina zahrnuje pomůcky, které sdružují více funkcí a nemusí být primárně určeny pro logopedickou péči. Urbancová (2007) uvádí například *Orffovy hudební nástroje*. Dále zde můžeme uvést *obrázkové knížky*, tzv. *malované čtení, básničky, říkadla, písničky* apod.

Diagnostické pomůcky

⁸ <http://www.audionika.cz/pilp/stranka/pilp-200>

Jedná se o nejrůznější pomůcky a přístroje určené k hodnocení komunikačních schopností. Vitásková (2005) uvádí *testové materiály, fonendoskop* apod.

Pomůcky a přístroje sloužící k augmentativní a alternativní komunikaci

„Cílem AAK je umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání, to je zprostředkovávání, usnadnění a rozšíření komunikace těm osobám, jejichž mluvená řeč je jen málo srozumitelná nebo je jim znemožněna.“ (Janovcová, 2010, s. 16) Systémy augmentativní komunikace jsou podle autorky zaměřeny na podporu již existujících komunikačních možností a schopností. Zvyšují kvalitu porozumění řeči a usnadňují vyjadřování. Naproti tomu systémy alternativní komunikace jsou používány již jako náhradní forma mluvené řeči.

Mezi nejužívanější pomůcky sloužící k AAK řadí Beerová (2005) *zástupné předměty* (klient vyjadřuje danou potřebu například podáním konkrétního předmětu), *fotografie, obrázky, piktogramy, písmo, vlastní symboly, symboly systémů Bliss, Makaton, PCS*. Janovcová (2010) dále uvádí *soubory obrázků s textem* pro nácvik globálního čtení nebo *komunikační pomůcky s hlasovým výstupem – komunikátory*. Samostatnou kapitolu autorka vyčlenila výčtu speciálních počítačových programů, které jsou v současné době velmi významným doplňkem logopedické péče. K neznámějším z nich patří výše zmíněný *Speech Wiever*, který je založen na animaci ovládané hlasem. Programy *Brepta a FONO* určené především k rozvoji sluchového vnímání a řečových schopností. Program *Altík* umožňuje vytvářet komunikační tabulky, ale také nacvičovat skládání jednoduchých vět. Z dalších, v našich podmínkách hojně užívaných počítačových programů, můžeme jmenovat *Sym Writer*, který funguje jako textový editor s automatickým zobrazováním symbolů a obsahuje syntetický hlas, nebo například *Mentio* původně určený pro osoby s afázií. Jejich nespornou výhodou je silně motivující aspekt, který usnadňuje logopedickou intervenci zejména u dětských klientů.

6.2 Pomůcky a přístroje používané při terapii afázie

Materiály a pomůcky používané v terapii pro dospělé by měly být přiměřené věku a životní situaci klienta. Převážná většina logopedických pomůcek a reedukačních materiálů, které jsou k dostání na českém trhu, je určena pro děti předškolního a mladšího školního věku. Kliničtí logopedi, mající v péči klienty s afázií, se shodují, že materiálu určeného pro dospělou populaci je nedostatek a proto si ho velmi často musí vytvářet sami.

Kutálková (2007) uvádí návrhy pomůcek pro rozvoj dílčích narušených oblastí u osob s afázií. Dělí je do skupin dle pole působnosti na: pomůcky určené k rozvoji artikulace, čtení a psaní, pomůcky určené k reedukaci počítání, pomůcky k rozvoji slovní zásoby, stavby vět a vyjadřovacích schopností, pomůcky užívané v případě vizuální a akustické agnozie a počítačové programy.

V oblasti **artikulace, čtení a psaní** lze uplatnit tyto pomůcky:

- *obrázky se znázorněním přírodních zvuků a písemným záznamem vokálu,*
- *karty s jednotlivými písmeny,*
- *karty s jednotlivými slovy (mohou být psány různými typy písma),*
- *karty se slovy, v nichž jsou vynechány některé vokály (například ROD.N.), karty, v nichž jsou vynechány všechny vokály (mohou být psány různými typy písma),*
- *sady obrázků bez nápisu a kartičky s příslušnými slabikami zvlášť,*
- *obrázky předmětů s nápisem na kartě a odděleným nápisem,*
- *obrázky předmětů s odděleným nápisem,*
- *obrázky předmětů s nápisem tří slov, z nichž pouze jedno odpovídá obrázku,*
- *obrázky předmětů s řadou vlastností, z nichž jedna nebo více k předmětu nepatří,*
- *dvojice obrázků s odděleným nápisem (například hledání logických dvojic jako je chleba – nůž apod.),*
- *dvojice, trojice obrázků podobně znějících slov,*
- *obrázkové série s oddělenými nápisy.*

Při nácviku **počítání** můžeme užít *domino s puntíky nebo hrací kostku s puntíky* (kdy k číslům přiřazujeme stejný počet předmětů), nebo doplňování *číselných řad*. Pro rozvoj **slovní zásoby, stavby vět** a obecně **vyjadřovacích schopností** klienta, můžeme využít *série dějových obrázků* obsahujících příběh nebo pracovní postup, Jako pomůcky je lze předkládat v těchto variantách: *jednoduché věty rozstříhané na jednotlivá slova*, nebo *jednoduchý příběh rozstříhaný na jednotlivé věty*. V případě **vizuální agnozie** lze využít postupy běžné u dysfatiků. Jsou to například:

- *obrázky ke složení,*
- *dva jednoduché obrázky (jeden kompletní, druhý dokreslit),*
- *spojování teček pomocí čar,*
- *slova ukrytá v nepřerušené řadě písmen,*
- *dvou- až čtyřslabičná slova rozstříhaná na slabiky,*
- *jednoduché křížovky,*
- *věty rozstříhané na jednotlivá slova, apod.*

Při **akustické agnózii** využíváme například *hudební nástroje* nebo *nahrávky různých zvuků*.

Jedním z nejnámějších terapeutických materiálů je *Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie*, jehož autorkou je Milada Mimrová. Jedná se o souhrn cvičení, textů a obrázků určených k reedukaci narušených fatických funkcí. Autorka podrobně popisuje terapeutické metody a postupy pro jednotlivé oblasti: artikulace, slovo a jeho význam, vizuální agnózie, akustická agnózie, alexie, agrafie a akalkulie. Mimrová uveřejnila materiál v publikaci *Afázie* (1997), kde jej navíc doplnila o vlastní vyšetřovací schéma, vypracované na podkladě Hrbkovy neurofyziologické teorie.

Další běžně dostupnou a hojně využívanou pomůckou pro klienty s afázií je *Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií* od Miroslavy Čecháčkové. Cvičebnice je rozdělená na osm oddílů:

1. Obrázková abeceda
2. Samohlásky (utváření artikulačního postavení slabik a jejich zařazení ve slovech na vizuálním základě)
3. Část A – utváření artikulačního postavení souhlásek a slabik, spojování slabik do slov a jejich užití. Část B – procvičování zapracovaných hlásek ve slovech a větách.
4. Soubor vět k obrázkům
5. Artikulační a dechová cvičení
6. Obrázky pro nácvik fonemického sluchu
7. Pojmenování prstů, pravo-levá orientace, doplňování slov do vět apod.
8. Ukázky článků pro reprodukci čteného textu

Cvičebnice byla publikována v roce 1998.

Pro práci s osobami s afázií je velmi důležitý obrazový materiál. V roce 1973 vydala Marie Truhlářová *Obrázkový slovník pro afatiky*. V roce 1984 jej rozšířila o další obrazové přílohy. Soubor se skládá z těchto skupin obrázků:

1. Samohlásky
2. Číslice
3. Některé části lidského těla
4. Dům
5. Bytové zařízení
6. Části lidského těla
7. Různé
8. Druhy jídel a nápojů

9. Ovoce, zelenina
10. Dopravní prostředky
11. Zvířata
12. Květiny a stromy
13. Barvy
14. Činnosti
15. Kontrasty
16. Popis děje (Truhlářová, 1984)

Obrázkový slovník představuje velmi obsáhlou a praktickou pomůcku. Protože je ale téměř 30 let starý (3. vydání), některé pojmy neodpovídají současné realitě. Jaroslav Salač v roce 2010 vytvořil modernější verzi obrázkového slovníku s názvem *Afatický slovník* na CD. Slovník obsahuje ilustrované obrázky i fotografie z různých oblastí. K dispozici je 344 podstatných jmen, 120 sloves, 56 přídavných jmen a 20 životních situací.

V roce 2002 vydal kolektiv autorů prostřednictvím Asociace klinických logopedů ČR publikaci s názvem *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie* (Cséfalvay, Klimešová, Košťálová, 2002). Publikace je tvořena částí věnující se diagnostice a částí obsahující terapeutický materiál, který je rozdělen na:

1. Postupy při obnovování grafomotorických dovedností
2. Techniky sémantické facilitace
3. Terapeutické postupy při poruchách produkce řeči
4. Terapeutické postupy při poruchách porozumění mluvené řeči
5. Terapeutické postupy při alexii
6. Terapeutické postupy při agrafii
7. Terapeutické materiály: obrázky, slova, abeceda, schémata

Publikace je orientována kognitivně-neurologickým přístupem a opírá se o bostonskou klasifikaci afázií.

Z novějších pomůcek mohu jmenovat například *Pracovní listy pro reedukaci afázie I, II*, které připravil kolektiv klinických logopedů z OS Klubu Afázie ve spolupráci s MgA. Martinou Kupsovou. Soubor obsahuje cvičení zaměřená na podporu porozumění řeči, verbální exprese (výbavnosti, stavby věty), fonologických představ, paměti, čtení a psaní.

Výrazným zástupcem z řad počítačových pomůcek je program *Mentio*. Jehož autorkou je Marta Petržílková. „*Koncepce tohoto programu se v praxi velmi osvědčila, a to nejenom u dospělých osob s neurogenními poruchami řečové komunikace. A právě na tyto osoby byl program primárně specializován. První titul vznikl v roce 1996 a od té doby je*

tento komplex počítačových programů kontinuálně rozšiřován.“ (Neubauer, Pteržilková, 2007, s. 154) V současné době je na trhu k dostání program Mentio v těchto variantách:

- *Mentio Slovní zásoba* – základní slovní zásoba a cvičení pro logopedickou praxi
- *Mentio MM (Memory Management)* – soubor úloh pro procvičení paměti
- *Mentio Skládačky* – cvičení zrakové percepce
- *Mentio Slovesa* – dějové posloupnosti pro logopedickou praxi
- *Mentio Nakupování* – početní úlohy podporující samostatnost v obchodě a při zacházení s penězi
- *Mentio Hádanky*- úkoly na kontrolu rozumění textu a rozvoj logického myšlení
- *Mentio Zvuky* - rozpoznávání zvuků a trénink sluchové paměti
- *Mentio Hlas* - program pro nácvik fonace a modulace hlasu

Program umožňuje vytištění reedukačního materiálu i práci na počítači v domácím prostředí. Dále umožňuje zhodnocení výsledků terapie (Neubauer, Petržilková, 2007).

Také komunikační pomůcky výše zmíněné AAK mohou představovat pro osoby s afázií velkou podporu. Cséfalvay (in Lechta, 2005) uvádí příkladem *Komunikační knihu pro afatiky*. Komunikační kniha byla sestavena na základě mnohaletých zkušeností pracovníků z centra pro afatiky v Torontu. Obsahuje několik set lehce pochopitelných černobílých piktogramů, které usnadňují komunikaci mezi klientem s afázií a komunikačním partnerem. Moderní technologie umožňují využití lehce přenositelného iPadu v rámci AAK. Na českém trhu je k dostání například komunikační aplikace *VOXkom* od firmy Petit. Mezi jeho výhody patří snadné používání, nastavitelnost pro individuální možnosti klienta a mobilita (aplikaci lze použít i pro mobilní telefony).

U klientů s afázií lze také využít metodu *EEG Biofeedbacku*, kterou popisují ve svém příspěvku Novotný a Tušerová (2004). Autoři reagují na nedostatečné ošetření psychického stavu pacientů po CMP. Pozornost je podle nich věnována především logopedické a rehabilitační intervenci, naopak v pozadí stojí terapie komunikačních schopností a psychiky. Metodu EEG Biofeedbacku, kterou využívají k reedukaci afázií, můžeme označit za metodu aplikované psychofyziologie a psychoterapie. Kombinuje biologickou zpětnou vazbu, kognitivně behaviorální přístupy a principy rodinné terapie. Biologická zpětná vazba je zajištěna EEG přístrojem pomocí speciálního softwaru, pracuje se s operativním podmiňováním a instrumentálním učením pomocí elektrofyziologických aktivit mozku zobrazených Gáborovou transformací. Kognitivně behaviorální přístup je zaměřen na systém okamžité odměny a zvyšování sebedůvěry klienta. Rodinná terapie umožní změnu struktury dosavadních rodinných vazeb a nácvik nových rolí.

V zahraničí je výběr materiálu pro dospělé klienty nepoměrně širší. Na webových stránkách americké National Aphasia Association nalezneme řadu odkazů na organizace nabízející produkty určené pro osoby s afázií. Množství těchto pomůcek obsahuje bohatý obrazový materiál určený dospělé populaci (například *ICOON Picture Dictionary*, který lze aplikovat v našich podmínkách), tištěné i elektronické komunikátory, PC programy nebo aplikace pro tablety a smartphony. Velký objem těchto produktů tvoří CD a publikace věnující se této problematice. Zajímavé jsou autobiografické zpovědi lidí s afázií, které mohou být pro ostatní motivací a návodem, jak se vypořádat s postižením. Dále zde nalezneme CD a publikace pro rodinné příslušníky, nevyjímaje knížky o afázii určené dětem (National Aphasia Association [online]) V Čechách vyšla knižně v roce 2009 autobiografická zpověď paní Bartoníčkové s názvem *Cesta z mlčení*. Ve snaze rozšířit problematiku afázie mezi širší veřejnost vznikl film *Afázie* ve spolupráci OS Klubu Afasie a Cittadella production, který představuje osudy tří lidí trpících afázií.

7 Návrh a realizace reedukační pomůcky pro osoby s afázií

V této kapitole se budu zabývat realizací svého projektu – návrhem a výrobou reedukační pomůcky pro osoby s afázií s názvem *Soubor sekvencí dějových obrázků*. Nejprve zde popíši přípravnou fázi. Uvedu důvody, které mě ke tvorbě pomůcky přiměly a předpokládané cíle mého projektu. V druhé části se pokusím stručně popsat postupy samotné realizace pomůcky. Dále se zaměřím na charakteristiku Souboru sekvencí dějových obrázků a na možnosti jeho využití v praxi. Přiložím zde i některé postřehy z řad klinických logopedů, kteří si pomůcku opatřili. Protože se mi však podařilo získat odpovědi pouze pěti respondentů z plánovaných patnácti, uvedu je pouze jako doplněk kapitoly. Vypovídající hodnota dotazníků je nedostačující pro širší zhodnocení problematiky. V příloze pak přikládám závěrečnou verzi Souboru sekvencí dějových obrázků k nahlédnutí.

7.1 Teoretické pozadí realizace projektu

Teoretická příprava k praktické části mé diplomové práce probíhala v čase od září 2012 do února 2013. V září 2012 jsem poprvé oslovila Mgr. Konůpkovou z OS Klub afasie s návrhem realizace svého projektu, který by nějakým způsobem podpořil aktivity sdružení. Byla mi nabídnuta praxe v zařízení na Praze 6, kde probíhají skupinová setkání osob s afázií, abych se s klienty blíže seznámila. Svou praxi jsem zde započala rovněž v září 2012 a ukončila v únoru 2013, abych se mohla soustředit na samotnou výrobu pomůcky, která byla časově velmi náročná. Do přípravy mohu zahrnout rovněž intenzivní odborné konzultace s logopedy sdružení a studium reedukačních materiálů určených pro práci s klienty s afázií. Nesmím opomenout ani konzultace s profesionálními fotografy a grafiky, kteří svými postřehy a náměty přispěli k výsledné podobě Souboru sekvencí dějových obrázků.

Ještě před tím, než jsem si zvolila téma své diplomové práce, bylo mým hlavním požadavkem, aby měla praktické uplatnění. Za tímto účelem jsem oslovila právě OS Klub afasie, prostřednictvím Mgr. Zuzany Konůpkové, kterou jsem znala z přednášky na Pedagogické fakultě. Problematika afázie mi byla blízká, v té době jsem zároveň pracovala v OS Logo jako dobrovolník v péči o klienty s afázií. V rámci své dobrovolnické praxe jsem každý týden docházela k paní R., která v důsledku CMP trpí pravostrannou hemiparézou a Brocovou afázií.

OS Klub afasie je nezisková organizace, která funguje na dobrovolnických principech. Jedním z jeho cílů je výroba a prodej reedukačních materiálů. Výtěžkem z prodeje je poté financováno fungování organizace. Toto sdružení mi umožnilo spolupráci

formou realizace reedukační pomůcky pro osoby s afázií. Z rozhovorů s pracovníky sdružení vyplynulo, že v praxi citelně chybí obrazový materiál určený dospělé populaci. Dohodli jsme se tedy, že zhotovím karty s obrázky dějových posloupností.

Během praxe v zařízení, která probíhala v pondělních odpoledních, jsem se postupně seznámila s osmi klienty a všemi pracovníky (logopedy, klinickými logopedy), které setkání vedli. Skupinu tvořili klienti ve věku od 55 ti let, sedm mužů a jedna žena. Diagnostické rozpětí bylo široké. Měla jsem možnost poznat onemocnění v chronickém stádiu v podobě Brocovy (motorické) afázie, Wernickeovy (senzorické) afázie, konduktivní afázie, anomické afázie a afázie jako symptomatického postižení při degenerativním onemocnění (tzv. afázii při demenci). Během terapie pracovali všichni tito klienti se stejným reedukačním materiálem. Samozřejmě bylo vždy přihlíženo k individuálním možnostem každého z nich. Důraz byl kladen na variabilitu využití konkrétních pomůcek. Dalším požadavkem, který vyplývá z terapie tohoto typu, je potřeba neustále se obměňujícího reedukačního materiálu. Materiálu, který bude pro klienty vyššího věku důstojný, ale zároveň zajímavý a zábavný, pro práci motivující. Jak už jsem výše zmínila, pomůcek určených pro dospělou populaci není mnoho, pracovníci si tak často vytvářeli pomůcky vlastní. Tato situace pro ně, jak shodně popisovali, nebyla příznivá. Tvorba reedukačního materiálu je časově velmi náročná a omezuje tak přípravu samotných setkání. Nákup pomůcek, například ze zahraničí, je zase limitován dostupností finančních prostředků. Většinou se jedná o nepřiměřeně vysoké částky, které by mohli být investovány efektivnějším způsobem, i z tohoto důvodu logopedi volili cestu realizace vlastních pomůcek.

Součástí přípravné fáze byly také odborné konzultace týkající se podoby realizované pomůcky. Často jsme vedli rozhovory na téma obsahu příběhů. První série dějových obrázků vznikaly na základě požadavku zobrazit každodenní, rutinní situace a činnosti (například příprava kávy, domácí práce apod.). Po zhotovení několika takto orientovaných příběhů jsme dospěli k závěru, že bude lepší vnést do děje trochu více akčních prvků. Na to jsem reagovala zhotovením sérií *Nevěra*, *Krádež v tramvaji*, *Útěk z hospody bez placení*. Přestože jsme tyto série nakonec použili, rozhodli jsme se, že nejlepším řešením pro náměty na dějové sekvence bude hledání kompromisu mezi těmito protipóly. Postupně tedy vznikaly série sezónních prací a každodenních situací vycházejících ze zkušenosti mnohých z nás (nepovedený účes *U kadeřníka*, *Pozdní příchod do práce* apod.). Zásadním požadavkem byla mimo jiné citlivá volba tematiky. Mohlo se totiž stát, že některé situace (oslava vánoc, úrazy apod.) budou u klientů vzbuzovat negativní pocity nebo zážitky.

Protože jsem tvořila materiál pro přibližně o dvě generace starší klienty, velmi mi pomohla skupinová setkání, kde jsem se s nimi mohla blíže poznat.

Dalším velkým tématem k diskuzi byla grafická podoba fotografií. V případě klientů (zejména těch s vizuální agnózií) mohlo dojít, vlivem většího množství objektů na snímku, k nerozpoznání hlavního momentu. První série fotografií jsem proto upravovala v programu Photoshop. Zachovala jsem hlavní námět obrázku a pozadí rozostřila. Ukázalo se však, že snímky jsou příliš abstraktní a neodpovídají skutečné realitě. U následujících sérií jsem se tedy snažila upravovat okolí tak, aby se na snímku objevilo co nejméně rušivých podnětů, popřípadě jsem vybírala takové prostředí, které to umožňovalo.

Úplně na počátku padl návrh vytvořit ilustrovanou formu materiálu. Po zvážení všech kladů a záporů jsme ale nakonec zvolili formu fotografie. Protože samotná režie jednotlivých příběhů při procesu realizace vyžaduje značné úsilí, oslovila jsem amatérského fotografa Petra Vrabce, který mi pomohl většinu snímků nafotit. Původním plánem bylo vytvořit barevnou verzi fotografií, velmi záhy se však ukázalo, že to není v našich možnostech. Focení v exteriérových a interiérových podmínkách si žádalo konstantní osvětlení, což vlivem mnoha okolností spjatých s neateriérovým fotografováním, nebylo možné splnit. Nakonec jsme tedy zvolili černobílou variantu, která se v závěru ukázala jako vhodné řešení pro náš projekt. Náklady na tisk se tím mnohonásobně snížily a sdružení je bylo schopné pokrýt z vlastních zdrojů.

7.2 Realizace projektu

Celý proces práce probíhal následovně. Nejprve jsem po konzultacích s vedením sdružení vybrala námět příběhu. Poté jsem si připravila scénář a oslovila figuranty-modely z řad mých přátel a příbuzných. Většinu scénářů jsem připravila předem, vznikaly ale i takové situace, kdy jsme museli improvizovat (špatné osvětlení, členění prostoru apod.). Po nafocení příběhu, které bylo často velmi časově náročné (focení na více místech v rámci jednoho příběhu), následovala fáze úpravy fotografií. V této fázi vývoje pomůcky jsem viděla největší překážku. Práce v Photoshopu pro mě byla velmi náročná a protože jsem v tomto programu pracovala poprvé, musela jsem se vše učit od začátku. Jednalo se o úpravy kontrastů, světla a stínů tak, aby bylo zachováno jednotné ladění každé série. Součástí bylo i ořezávání fotografií do čtvercového formátu. Vzhledem k tomu, že mé amatérské grafické zásahy byly přeci jen zjevné, pomohla nám s výslednou podobou profesionální grafička.

Fotografování dějových obrázků probíhalo od ledna 2013 do září 2014. Během této doby vzniklo 24 sérií, ze kterých bylo vybráno a ve výsledné podobě použito 15. Soubor sekvencí dějových obrázků byl vydán v nákladu 100 kusů. Cena tisku byla zpoplatněna částkou 7 885Kč. Všichni, kdo se na realizaci pomůcky podíleli, pracovali jako dobrovolníci bez nároku na honorář. Aby sdružení maximalizovalo své zisky, přihlásila jsem se spolu se dvěma kolegyněmi, které vytvářely Pracovní listy pro reedukaci afázie, do programu Think Big nadace O2. Think Big je určen mladým lidem do 26 let, kteří se rozhodnou realizovat nějaký obecně prospěšný projekt. Na základě přijetí bylo možné získat částku v hodnotě až 70 000Kč. Protože jsme splnili všechny podmínky přijetí, naše přihláška byla zařazena do užšího výběru. Přestože se komisi projekt líbil, rozhodla se jej nakonec nepodpořit. Doporučení hodnotící komise v případě podání přihlášky do další výzvy bylo zveřejnit pomůcky na internetu, aby si je zájemci mohli stáhnout. To však bylo v rozporu s naší představou uvést pomůcku na trh a z jejího výnosu pak financovat aktivity sdružení. Částka na tisk nakonec nebyla tak vysoká, jak jsme předpokládali, zaplatila se tedy z rezervních prostředků sdružení.

Na trhu se poprvé objevil Soubor sekvencí dějových obrázků v listopadu 2013. Cena jednoho souboru je 380Kč, lze si jej objednat na internetových stránkách OS Klub afasie.⁹ Ke dni 1.6. 2014 se prodalo celkem 61 kusů této pomůcky. Podle dostupných informací se dostala do rukou logopedů a osob s afázií po celé České republice.

7.3 Charakteristika Souboru sekvencí dějových obrázků

Soubor je tvořen 15 foto-příběhy s tematikou každodenního života (svatba, křtina, oslava narozenin, zabijačka, sběr brambor, příprava dřeva, nákup na trhu a vaření, u kadeřníka, návštěva lékaře, focení, pozdní příchod do zaměstnání, nevěra, útěk z restaurace bez placení, nákup saka – zapomenutá cedulka, okradení v tramvaji). Devět příběhů je složeno ze čtyř fotografií a šest se skládá ze šesti snímků. Fotografie jsou čtvercového formátu (11cm x 11cm) v černobílém provedení. Na zadní straně je vždy číslo konkrétní série a pořadí daného snímku v příběhu (například 1/1, 1/2,...) viz příloha.

Pomůcka slouží klinickým logopedům a rodinným příslušníkům, kteří pečují o osobu s afázií k reedukaci narušených fatických funkcí. V případě využití pomůcky v domácím prostředí je důležitá konzultace klinického logopeda, který rodinným členům vysvětlí, jakým způsobem s pomůckou pracovat.

⁹ http://www.klubafasie.com/index.php?option=com_content&view=article&id=39&Itemid=31

Nyní se zde pokusím stručně nastínit možnosti jejího využití. Samozřejmě existuje celá řada dalších postupů a variant, jak s pomůckou naložit a nejsou zde uvedeny. Předpokládám, že uživatelé pomůcky (logopedi, kliničtí logopedi) ji použijí podle individuálních možností svých klientů. Níže uvedené návrhy vyplývají z mých osobních zkušeností, které jsem nasbírala během praxe v OS Logo a OS Klub afasie.

Pojmenování a výbavnost

- Pojmenování jednotlivých obrázků (*Co dělá? „Krade“ Kdo to je? „Zloděj“*),
pojmenování zájmenem (*on, ona, oni*)
- Popis děje na obrázku slovem nebo celou větou
- Doplnění slov ve větě (*Zloděj krade... „peněženku“*)
- Skladba věty pomocí dvojice obrázků – nejprve...,poté... (*Nejprve si oběť vyhlédl, poté jí okradl*)

Pomůcka obsahuje množství pojmů – podstatných jmen a sloves, které v kontextu děje mohou klientovi usnadnit jejich výbavnost. Protože jsou jednotlivé příběhy inspirovány každodenním životem, může si klient některá slovní spojení nebo krátké věty snaže vybavit v reálných situacích (například: *napsat, vyzvednout recept, navštívit doktora, zapomenout si klíče, vybrat si z bankomatu peníze, připít si na zdraví* apod.)

Porozumění

- Porozumění jednotlivým slovům (*Ukažte mi, kde je zloděj, oběť, peněženka...*)
- Porozumění větám
 - Klient má před sebou kartičky jedné série. Logoped čte nahlas jednoduché věty charakterizující jednotlivé obrázky (například *Zloděj číhá na oběť. Zloděj krade peněženku. Zloděj utíká.*). Klient postupně ukazuje popisované obrázky.
 - Logoped čte pravdivá a falešná tvrzení (věty) o situaci na předloženém obrázku, popřípadě celé jedné sérii. Klient určuje, zda logoped mluví pravdu, či nikoliv.
 - Logoped čte slova opisem (*Ukažte mi, kde je věc, kam se dávají peníze.*)
- Porozumění, prostorová a pravo-levá orientace – klient ukazuje nebo odpovídá na otázky *Co je vlevo, vpravo popř. nahoře, dole, vzadu, ...*

Opakování

- Logoped předřikává slova nebo věty, klient po něm opakuje. Obrázky zde mohou posloužit jako vizuální opora.

Čtení a psaní

- Čtení na úrovni slova
 - Klient přiřazuje karty s napsanými slovy (podstatná jména, zájmena, slovesa) k odpovídajícím obrázkům. Lze využít různých typů písma.
 - Klient má k dispozici více sérií, přiřazuje k nim odpovídající názvy.
 - Výběr správného slova – na kartě umístěné pod obrázkem jsou tři slova, z nichž pouze jedno odpovídá danému obrázku.
 - Výběr správného slova – klient má před sebou několik obrázků a kartu, kde je napsán protiklad k pojmu na jedné z karet. Klient musí provést tři operace. Nejprve slovo přečte, poté si vybaví jeho antonymum a nakonec přiřadí ke správnému obrázku.
 - Počáteční písmeno – klient má před sebou obrázek předmětu a karty s jednotlivými písmeny. K obrázku přikládá počáteční písmeno názvu předmětu. (vybíráme buď karty, kde je pouze jeden objekt například *brambory*, *jitrnice*, nebo zvýrazníme předmět na obrázku, kde je více objektů).
- Čtení na úrovni vět
 - Klient přiřazuje karty s napsanými větami k odpovídajícím obrázkům. Používáme jednotlivé obrázky nebo celé série, popřípadě více sérií najednou. Lze využít různých typů písma.
 - Klient má k dispozici více vět k jednomu obrázku. Vybírá jednu z možností
 - Klient dostane větu, v níž chybí slovo, popř. více slov. Na kartičkách má napsána jednotlivá slova. Vybírá odpovídající slovo podle kontextu děje na obrázku (například Zloděj [*mele, krade, maluje*] paní [*obraz, peněženku, mouku*]).
- Psaní slov nebo vět podle předlohy s vizuální oporou v podobě obrázku. Lze využít různých typů písma
- Dopisování písmen do slov charakterizujících předmět na obrázku
- Dopisování slov do vět charakterizujících situaci na obrázku

- Napsat slovo nebo větu charakterizující obrázek, popř. popsat celý jeden příběh vlastními slovy.

Paměť

- Klientovy je na krátkou chvíli ukázán jeden či více obrázků z určité série. Poté je mu předložena kompletní série, ve které je obsažen i dotyčný obrázek/obrázky. Klient je má za úkol najít a označit.
- Klientovi je na krátkou chvíli představen obrázek/obrázky, poté vybírá z několika možností totožné obrázky (nutné udělat kopii obrázků).
- Paměť a čtení – klientovi je ukázán obrázek, který je po chvíli zakryt. Na papírku dostane napsané předměty nebo osoby, které se vyskytují nebo nevyskytují na daném obrázku. Zaškrtně ty správné.
- Paměť, výbavnost slov, psaní – klientovi je krátce představeno několik obrázků činností. Po chvíli jsou zakryty a klient musí na papír napsat konkrétní slovesa (*běží, vaří, nese*, apod.), které popisují jednotlivé obrázky.

Zraková percepce

- Výběr obrázků – klient vybírá stejný obrázek podle předlohy
- Skládání obrázku – klient dostane rozstříhanou kopii daného obrázku. Skládá je buď přímo na předlohu, vedle předlohy nebo bez předlohy.
- Doplnování chybějící části obrázků.
- Označení opakujících se objektů/osob v rámci jedné série (například *paní s dlouhými vlasy*)
- Logoped graficky znázorní jeden předmět ze série obrázků (například *peněženku*), klient jí pak hledá na obrázcích, apod.

Organizování verbálního projevu, orientace v čase a podpora plánování

- Řazení dějové posloupnosti - klient dostane obrázky jedné série v přeházeném pořadí, následně je složí správně. „*Řazení obrázků a vět, výběr a přiřkládání vět k obrázkům a opačně jsou postupy umožňující zásadní dynamizaci procesu obnovování jazykových schopností osoby s afázií. Jsou oblastí přechodu od slov k větám, od popisu jednotlivostí k popisu děje, k čtení krátkého textu, k reprodukci dějové linky příběhu apod.*“ (Neubauer, Petržílková, 2007, s. 156)

Spontánní řečová produkce

- Klient popisuje obrázek nebo celý příběh dané série vlastními slovy.
- Klient popisuje vlastní zkušenosti inspirované jednotlivými sériemi („*Máte i vy podobnou zkušenost? Zúčastnil jste se někdy zabíjačky, jaké to bylo?* apod.)

V rámci praktické části své diplomové práce jsem zamýšlela posoudit Soubor sekvencí dějových obrázků prostřednictvím jejich uživatelů. Jak už jsem výše zmínila, z důvodu malého počtu vyplněných dotazníků nelze provést obecnější zhodnocení. Příkládám zde pro zajímavost odpovědi pěti klinických logopedů (resp. 4, jedna respondentka pomůcku zatím ještě nevyužila). Odpovědi jsou označeny *a), b), c), d), e)*

1) Jakým způsobem pomůcku při svých terapiích používáte, resp. jaké oblasti prostřednictvím pomůcky rozvíjíte?

- a) Řazení posloupnosti děje, tvorba vět - trénink výbavnosti, gramatické správnosti, vystižení hlavní zápletky, schopnost udržení konsekvence děje. Trénink porozumění – ukazování daného obrázku, daných objektů na obrázku.*
- b) Rozvoj lexikálně-sémantické a morfologicko syntaktické jazykové roviny, orientace v čase a prostoru.*
- c) K rozvoji schopnosti tvorby vět (asi i výbavnost sloves by se dala), samostatné narativy a především organizace ml. projevu, dalo by se asi i paměťová, pozornost cvičení.*
- d) Skládání posloupnosti, procvičení grafie, lexie.*

Pokud pomůcku nepoužíváte, proč tomu tak je, popř. co by vedlo k tomu, abyste ji používala?

- e) Ještě nebyl čas pomůcku pořádně prozkoumat, v těchto dnech máme velmi nabitý program.*

2) Dokážete odhadnout, jak často pomůcku při svých terapiích používáte?

- a) Přibližně dvakrát týdně, někdy častěji, někdy méně – podle složení pacientů v daném týdnu.*
- b) obden*
- c) 10% času*
- d) 2-3krát týdně*

3) Jaké jsou, podle Vás, hlavní přednosti Souboru sekvencí dějových obrázků?

- a) *Dá se využít nejen u afatiků, ale i u školních dětí s dysfázií, u balbutiků.*
- b) *Přirozené fotografie, vhodná velikost formátu.*
- c) *Vyplnění mezery na trhu, příběhy určené pro dospělou klientelu, přehlednost a jednoduchost, umožňující kopírování.*
- d) *Může obohatit škálu pomůcek u chronických pacientů.*

4) Jaké jsou naopak jeho nedostatky?

- a) *Některé dějové posloupnosti jsou nepravděpodobné (u nevěry se manželka objeví v okamžiku, kdy víno už je téměř vypité, přitom se vrací od auta pro klíče), u některých nejsou vyladěné detaily (ženich při krájení dortu má na sobě džínny a tričko apod.).*
- b) *K souboru bych přiložila jednoduché až rozvité věty k jednotlivým obrázkům – buď ze zadu, nebo volně, tak aby bylo možné věty přiložit ke správné fotografii*
- c) *Asi to čb provedení, které trochu mate.*
- d) *Někteří klienti nemají obrazový materiál příliš v oblibě. Při komunikaci v neznámém prostředí s neznámými lidmi afatik musí užít okamžitou úroveň komunikace, kterou má v daném okamžiku k dispozici, byť je omezená.*

5) Doporučila byste tuto pomůcku rodinám, které mají ve své péči příbuzného s afázií? Pokud ne, z jakého důvodu?

- a) *Ano po zácviku rodinných příslušníků, jak s pomůckou pracovat.*
- b) *doporučila*
- c) *Těm, kteří jsou právě k rozvoji narativy, resp. organizace ml. projevu indikováni – to nejsou zdaleka všichni, tedy i dalším.*
- d) *Ano*

6) Setkala jste se někdy v minulosti s podobnou pomůckou? Pokud ano, tak jakou?

- a) *Ano se sadami od amerického autora na jiném pracovišti, byly však cenově přemrštěné.*
- b) *Dějových sekvencí je nespočetně – ale většinou jsou kreslené, takže opět výhoda realistických fotografií*
- c) *Ano, jsou tu zahraniční soubory, co prodává XY, jsou profesionální, ale taky 4x tak drahé...*
- d) *ANO – jednodušší forma od B.Truhlářové – tématické obrázky*

7) S jakými problémy se obecně setkáváte při výběru pomůcek pro klienty s afázií?

- a) *Chybí jim metodika a náměty, jakými způsoby je možné s nimi pracovat.*
- b) *Většina pomůcek, co mám, jsou adekvátně připravené – nevidím v nich problém.*
- c) *Lepší se to, ale stále je toho málo, chce to širší výběr, protože pro každého je třeba hodně vybírat, tak aby bylo z čeho...*
- d) *Málo pomůcek pro dospělé.*

Závěr

Soubor sekvencí dějových obrázků má široké využití u osob v chronickém stádiu onemocnění. Lze s ním pracovat při reedukaci mírných i těžších forem postižení a upravovat jej dle individuálních možností klienta. Prosté řazení dějové posloupnosti pomocí obrázků může některým klientům s těžším stupněm postižení dodat tolik potřebné sebevědomí. Pomůcka našla své uplatnění při individuální i skupinové terapii. Zejména při práci ve skupině vidím její velký přínos. Klienti se často rozhovoří na dané téma a navzájem mezi sebou diskutují o svých zážitcích a pocitech. Věřím, že lze pomůcku využívat jako jeden z podpůrných prostředků terapie napříč všemi afaziologickými přístupy.

Hlavním cílem mého projektu byla snaha o praktický přínos logopedické obci ve smyslu rozšíření nabídky reedukačního materiálu pro osoby s afázií. Mým záměrem bylo realizovat všestranně využitelnou logopedickou pomůcku, která najde své praktické uplatnění jak v logopedických zařízeních, tak v domácím prostředí klientů s afázií. Pevně věřím, že se mi tyto cíle podařilo naplnit, a že jsem alespoň částečně přispěla ke zkvalitnění logopedické péče v našich podmínkách.

Velmi si vážím práce neziskových organizací, jakým je právě OS Klub afasie. Jsem ráda, že jsem jim mohla touto cestou pomoci v realizaci jejich obecně prospěšných aktivit.

Literatura

- BARTONÍČKOVÁ, Viktorie a Alžběta DVOŘÁKOVÁ. *Cesta z mlčení: Příběh o vůli překonat ztrátu řeči po cévní mozkové příhodě*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-531-8.
- BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3853-6.
- BEEROVÁ, Edita. Aktuální stav užívání prostředků augmentativní a alternativní komunikace. *Speciální pedagogika*. 2005, roč. 15, č. 2, s. 104-113.
- CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: Teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
- CSÉFALVAY, Zsolt a Pavol TRAUBNER. *Afaziológia pre klinickú prax*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0377-6.
- CSÉFALVAY, Zsolt a Milena KOŠTÁLOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál)*. Překlad Marta Klimešová. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2003. ISBN 80-903-3120-3.
- CSÉFALVAY, Zsolt. Pragmatické přístupy v intervencii afázie. *Diagnostika a terapie poruch komunikace*. 2000, roč. 3, č. 4, s. 3-10.
- CSÉFALVAY, Zsolt. Efektivita a akcenty terapie pacientů s chronickou afázií. *Rehabilitacia*. 2006, roč. 43, č. 3, s. 179-183.
- CSÉFALVAY, Zsolt. Aplikácia kognitívno-neuropsychologického prístupu v terapii afázie: Možnosti a limity. *Diagnostika a terapie poruch komunikace*. 2003, roč. 6, č. 1, s. 12-16.
- CSÉFALVAY, Zsolt. Súčasný pohľad na diagnostiku a terapiu afázie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2007, 70/30, č. 2, s. 118-128.
- ČECHÁČKOVÁ, M., *Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií*, Olomouc : Fakultní nemocnice, 1998
- ČECHÁČKOVÁ, M., *Získané organické poruchy řečové komunikace*. In *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, Kapitola 12, s. 141-173. ISBN 978-80-7367-340-6.
- DUNIEWICZ, Milan a Pavel ADAM. *Neuroinfekce*. [1. vyd.]. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 1999, 309 s. ISBN 80-858-0072-1.
- ERHART, Adolf. *Úvod do jazykovědy*. Brno: FF MU, 2001. ISBN 80-210-2669-3.
- HOUSAROVÁ, Blanka. Edukační činnost s rodinou afatického klienta staršího věku. In: KOŠTÁLOVÁ, Milena. *Acta aphasiologica II: [II. afaziologický seminář : Brno, 21.*

- června 2001 : sborník příspěvků. 1. vyd. Brno: Neurologická klinika Fakultní nemocnice Brno, 2002, s. 8-11. ISBN 80-238-8536-7.
- HRŮZOVÁ RYCHTAŘÍKOVÁ, Lenka. Využití arteterapie v logopedii u dospělých v rámci zdravotnického zařízení - kazuistika. *Arteterapie*. 2010, č. 25, s. 12-15.
- JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2003, 48 s. ISBN 80-210-3204-9.
- KALITA, Z. a kol.: *Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie a management*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 978-80-8591-226-5
- KLIMEŠOVÁ, Marta. Arteterapie v logopedii. In: KOŠŤÁLOVÁ, Milena. *Acta aphasiologica II: [II. afaziologický seminář : Brno, 21. června 2001 : sborník příspěvků*. 1. vyd. Brno: Neurologická klinika Fakultní nemocnice Brno, 2002, s. 12-16. ISBN 80-238-8536-7.
- KOUKOLÍK, František. *O vztahu lidského mozku a chování: strukturální a funkční podklady některých neuropsychiatrických chorob*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-718-4276-1.
- KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2012, ISBN 978-80-7262-771-4.
- KULIŠŤÁK, Petr, Helena LEHEČKOVÁ, Milada MIMROVÁ a Jaroslava NEBUDOVÁ. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
- KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. *Palatolalie a afázie: Metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-241-3.
- LASOTOVÁ, Naděžda a Milena KOŠŤÁLOVÁ. Pragmaticky orientovaná terapie afázie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, Suppl. 1, s. 34.
- LECHTA, Viktor, CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie narušené komunikační schopnosti: Terapie afázie*. Praha: Portál, 2005, s. 203-233. ISBN 80-7178-961-5.
- LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-8063-100-X.
- MIKEŠOVÁ, Vilma. *Diagnostika a terapie afázií v koncepci Lurijovy neuropsychologické školy* In Neurogení poruchy komunikace u dospělých. Praha: Portál, 2007. Kapitola 11, s. 175-227. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NEUBAUER, Karel a spol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NEUBAUER, Karel. *Syndrom demence a poruch komunikace* In Klinická logopedie. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, Kapitola 12, s. 180-206. ISBN 978-80-7367-340-6.

- NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, 133 s. Recenzované monografie, 8. ISBN 978-807-4351-099.
- NOVOTNÝ, Miroslav a Martina TUŠEROVÁ. Příspěvek k léčbě afázií pomocí metody EEG-Biofeedback. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2004, roč. 100, S1, s. 54-57.
- OBENBERGER, Jiří. *Neurologické zobrazovací metody v diagnostice afázií a diferenciálních poruch řeči* In Neurogenní poruchy komunikace u dospělých. Praha: Portál, 2007. Kapitola 4, s. 35-43. ISBN 978-80-7367-159-4.
- OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-802-4437-378.
- PREISS, Marek. Poruchy řeči u pacientů s cévní mozkovou příhodou. *Klinická logopedie v praxi*. 1997, roč. 4, č. 2, s. 4-12.
- STEJSKALOVÁ, Jitka. Působení klinického logopeda v psychoterapeutické komunitě. In: KOŠŤÁLOVÁ, Milena. *Acta aphasiologica II: [II. afaziologický seminář : Brno, 21. června 2001 : sborník příspěvků]*. 1. vyd. Brno: Neurologická klinika Fakultní nemocnice Brno, 2002, s. 44-46. ISBN 80-238-8536-7.
- ŠKODOVÁ, Eva, a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-340-6.
- TRUHLÁŘOVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky*. 3. nově ilustrované vyd. Praha: Avicenum, 1984.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
- VALUŠKOVÁ, Lucie a Eva SLEZÁKOVÁ. Psychoterapeutické působení logopeda na pacienty gerontologického oddělení FN v Olomouci. *Klinická logopedie v praxi*. 1997, roč. 4, č. 4, s. 3-9.
- VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 182 s. ISBN 80-244-1088-5.
- VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd., rozš. a přeprac. Praha: Grada, 2004, 339 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-247-0723-3.

Elektronické zdroje

BARTOUŠEK, Jan. *Infekční a zánětlivá onemocnění CNS*. OUP FN Olomouc, 2006.

Dostupné z: http://public.fnol.cz/www/urgent/Seminare/20060608/Inf_CNS.pdf

BRÁZDIL, Milan. Kognitivní a behaviorální neurologie. In: *Neurologie pro praxi* [online]. 2004 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/neu/2004/04/02.pdf>

HORT, Jakub. *Léčba kognitivní poruchy a demence - novinky ve výzkumu*. Neurologická klinika UK, 2.LF a FN Motol, Praha, 2007. Dostupné z:

<http://www.kognice.cz/prednasky/kpd5/hort.pdf>

KONRÁD, Jiří. *Časté demence z pohledu psychiatra, možnosti a smysl jejich klinické diferenciální diagnostiky*. Psychogeriatrické odd. PL Havlíčkův Brod, 2008. Dostupné z:

<http://www.kognice.cz/prednasky/kpd5/konrad.pdf>

OBEREIGNERŮ, Radko. Poruchy řeči – fatické poruchy, afázie. In: *Portál: Informační servis Univerzity Palackého* [online]. Olomouc, 2012 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z:

<http://pfyziol.fup.upol.cz/castwiki/?p=3884>

PIPERKOVÁ, Irena. *Logopedická intervence u dospělých osob s cerebrovaskulárním onemocněním (akusticko – mnestická afázie)* [online]. Brno, 2006 [cit. 2014-05-18].

Dostupné z: http://is.muni.cz/th/65913/pedf_m/Diplomova_prace_-_Irena_Piperkova.pdf

Diplomová práce. MU Brno.

PODHOREC, Ján. Embolie. *Medica* [online]. 2012 [cit. 2014-03-19]. Dostupné z:

<http://cs.medixa.org/nemoci/embolie>

SCHMIEDTOVÁ, Barbara a Eva FLANDERKOVÁ. *Produkce řeči v afázii: kazuistika* [online]. 2004 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: [http://www.idf.uni-](http://www.idf.uni-heidelberg.de/mitarbeiter/schmiedtova/unterverzeichnis1/KOGNICE_2010_Schmiedtova_Flanderkova.pdf)

[heidelberg.de/mitarbeiter/schmiedtova/unterverzeichnis1/KOGNICE_2010_Schmiedtova_Flanderkova.pdf](http://www.idf.uni-heidelberg.de/mitarbeiter/schmiedtova/unterverzeichnis1/KOGNICE_2010_Schmiedtova_Flanderkova.pdf)

SCHMIEDTOVÁ, Barbara a Eva FLANDERKOVÁ. Předmět, otázky a úskalí neurolingvistiky. In: *Portál: Informační servis Univerzity Palackého* [online]. Olomouc 2011 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: [https://portal.upol.cz/wps/PA_upoldms-](https://portal.upol.cz/wps/PA_upoldms-war/ResourceServlet?pid=94%203%20ICM4%20LSDB18%20STUDIJNI_MATERIALY59%2026%20A1001001A11E12B25143H1506818%20A11E12B25143H150681%20)

[war/ResourceServlet?pid=94%203%20ICM4%20LSDB18%20STUDIJNI_MATERIALY59%2026%20A1001001A11E12B25143H1506818%20A11E12B25143H150681%20](https://portal.upol.cz/wps/PA_upoldms-war/ResourceServlet?pid=94%203%20ICM4%20LSDB18%20STUDIJNI_MATERIALY59%2026%20A1001001A11E12B25143H1506818%20A11E12B25143H150681%20)

SLADKÁ, Jaroslava. Organická deprese kontra primární depresivní porucha. *Medicina* [online]. 2001, č. 6 [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: [Http://www.zdrava-](http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0601/med0618.html)

[rodina.cz/med/med0601/med0618.html](http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0601/med0618.html)

- ŠMÍD, Petr. *Využití terapeutického materiálu v logopedické intervenci funkcionální komunikace* [online]. Brno, 2013 [cit. 2014-05-1]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/329283/pedf_m/Diplomova_prace_Petr_Smid.pdf. Diplomová práce. MU Brno.
- URBANCOVÁ, Zuzana. *Pomůcky a přístroje v současné logopedické praxi* [online]. Brno, 2007 [cit. 2014-05-28]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/84507/pedf_m?info=1;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DUrban%20pom%C5%AFcky%26start%3D1. Diplomová práce. MU Brno.
- Aphasia Aids. *National Aphasia Association* [online]. 2011 [cit. 2014-06-17]. Dostupné z: <http://www.aphasia.org/content/aphasia-aids>
- Činnost logopedických pracovišť v ČR v roce 2013. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2014 [cit. 2014-05-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-logopedickyh-pracovist-cr-roce-2013>
- Mozková kůra. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2014 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Mozkov%C3%A1_k%C5%AFra
- Neuropsychologie. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-2014 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Neuropsychologie>
<http://www.klubafasie.com/>

Seznam obrázků

Obr. 2 - Brodmannovy arey	25
Obr. 3 - Brocova afázie.....	26
Obr. 4 - Wernickeova afázie	26
Obr. 5 - Konduktivní afázie	27
Obr. 6 - Transkortikální motorická afázie	27
Obr. 7 - Transkortikální sensorická afázie.....	27
Obr. 8 - Globální afázie	28
Obr. 9 - Kognitivně-neuropsychologický model jazykových procesů	50

Příloha

.

Příloha

Soubor sekvencí dějových obrázků náhled pomůcky, úvodní strany



OBČ NSKÉ
SDRUŽE Í
KLUB
AFASIE

A

N

SLOW &
WADGE

Občanské sdružení Klub afasie
info@klubafasie.com / www.klubafasie.com

Soubor sekvencí dějových obrázků

Soubor sekvencí dějových obrázků je určen klinickým logopedům a logopedkám, kteří ve své praxi pracují s dospělými klienty s narušenou komunikační schopností (NKS). Autoři předpokládají, že v odborných rukou kolegů bude publikace užita v souladu s profesní erudiicí i etikou.

Občanské sdružení Klub afasie se snaží rozšířit nabídku materiálů využitelných v terapii dospělých osob s NKS. Sekvencí dějových obrázků se v klinické praxi palčivě nedostává, přestože možnosti jejich využití jsou bohaté a velmi cenné.

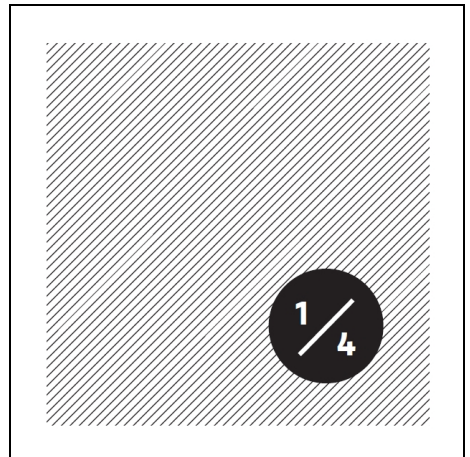
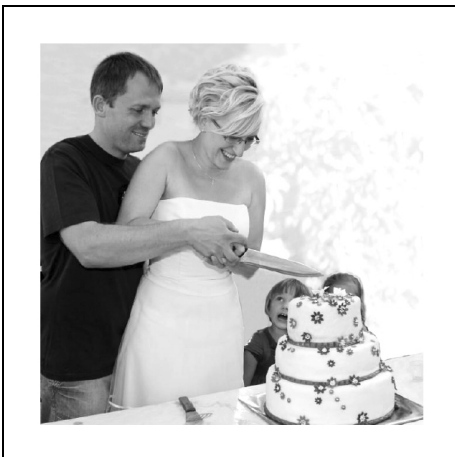
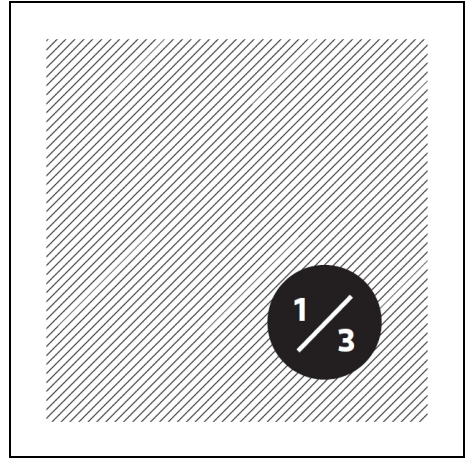
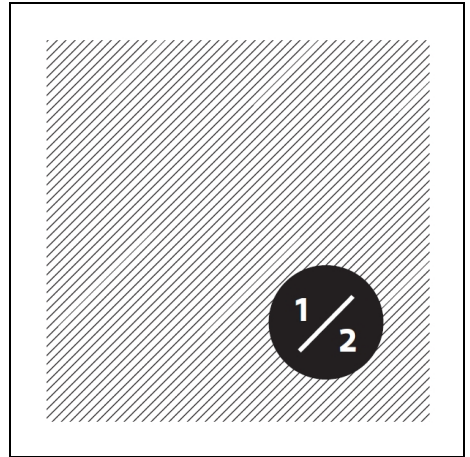
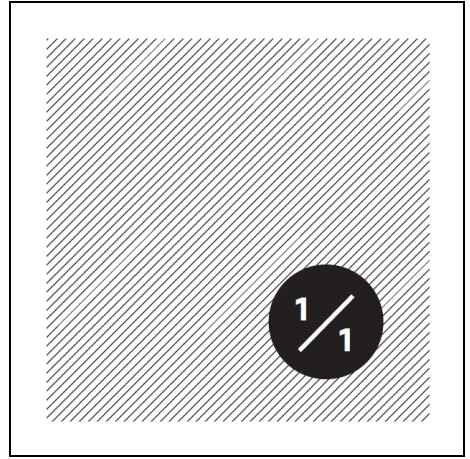
Díky spolupráci s Terezou Pražskou, která projevila během realizace praktické části své diplomové práce nadstandardní zájem i dovednosti, Vám předkládáme soubor 15 foto-příběhů, jež, jak doufáme, obohatí možnosti terapie afázie např. v oblasti podpory výbavnosti, tvorby vět, samostatného vyprávění, resp. organizace verbálního projevu. Další využití, a to i při práci s klienty s jinou NKS, je pochopitelně plně v kompetenci odborníků – klinických logopedů.

Soubor obsahuje 15 foto-příběhů, z nichž devět je složeno ze čtyř fotografií a šest se skládá ze šesti snímků. Pro přehlednost jsou jednotlivé příběhy označeny číslem (před lomítkem), pořadí obrázku v příběhu pak ukazuje číslo za lomítkem na zadní straně každé karty.

Soubor sekvencí dějových obrázků

vydalo
Občanské sdružení Klub afasie

Autor:
Bc. Tereza Pražská
Fotografie:
Bc. Tereza Pražská, Petr Vrabec
Vedoucí diplomové práce:
Mgr. Lucie Durdílová
Odborné konzultace:
Mgr. Zuzana Konůpková, MgA. Martina Kupsová
Grafické zpracování:
MgA. Martina Kupsová
Praha 2013

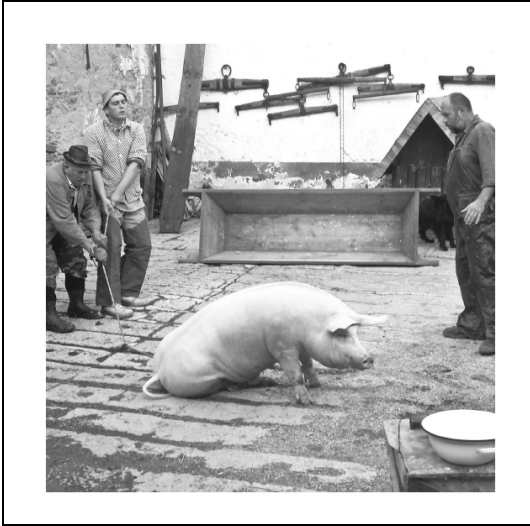




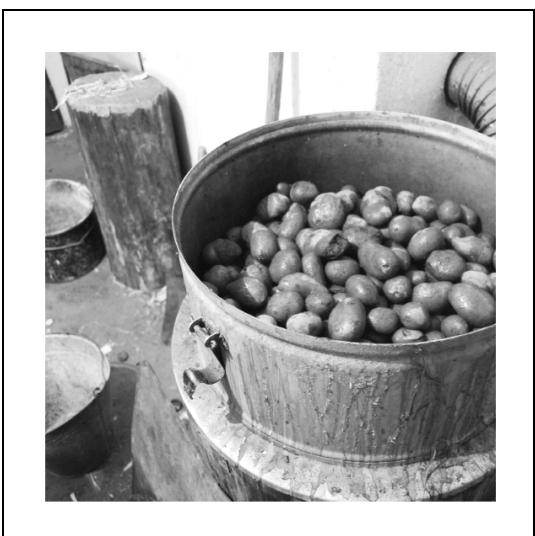
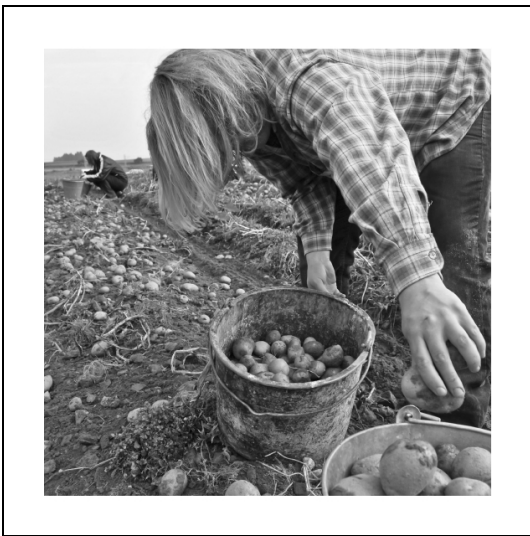
Křtiny



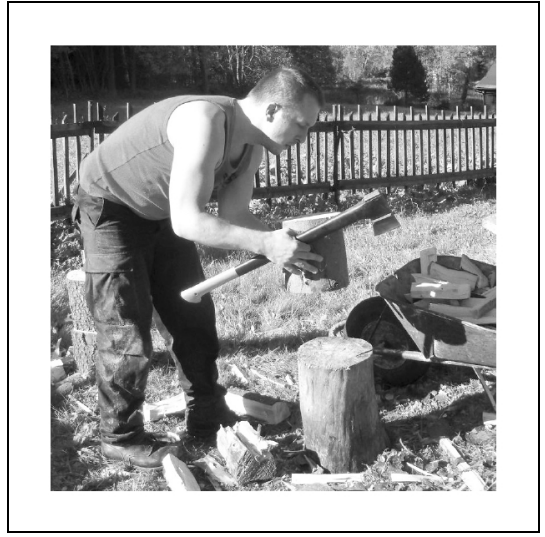
Oslava narozenin



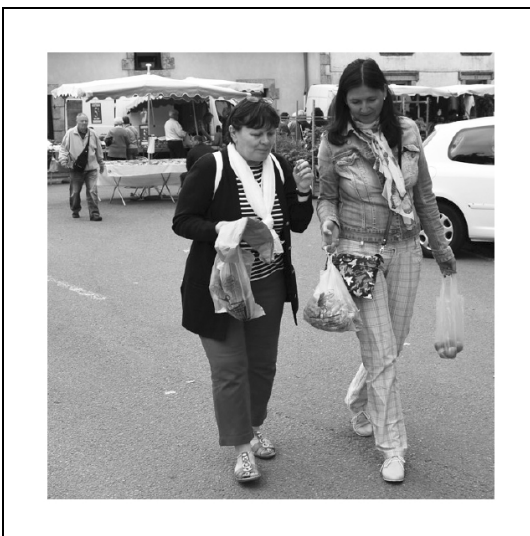
Zabijačka



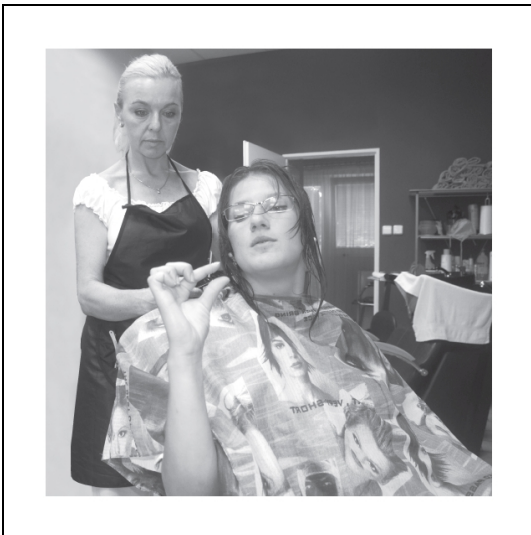
Brambory



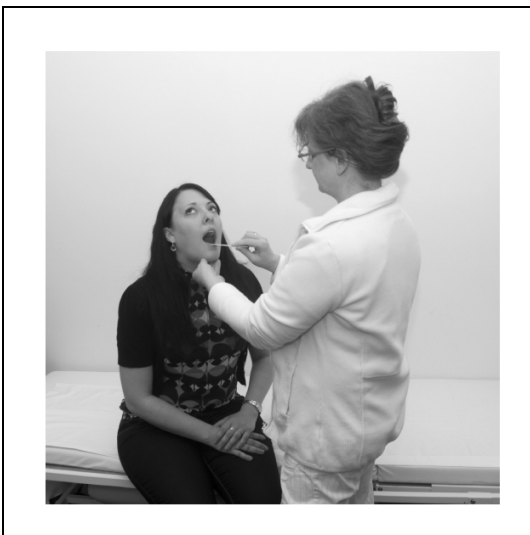
Dřevo



Nákup na trhu a vaření



U kadeřníka



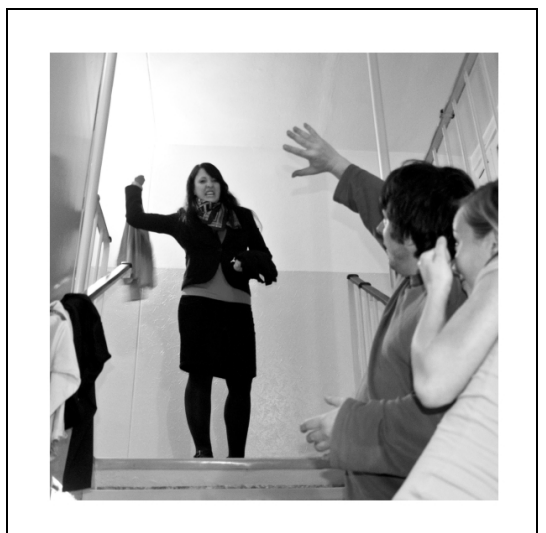
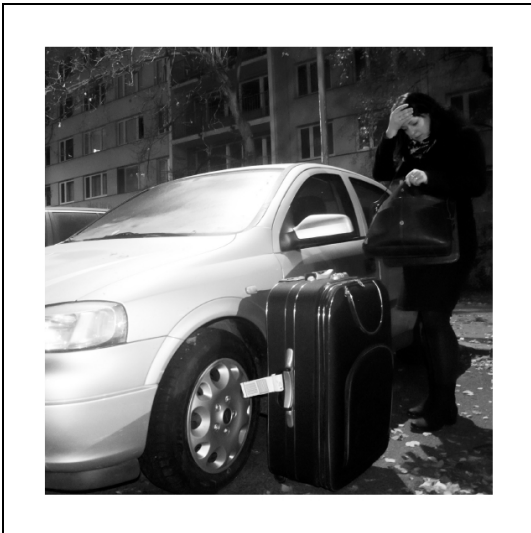
Návštěva u lékaře



Focení



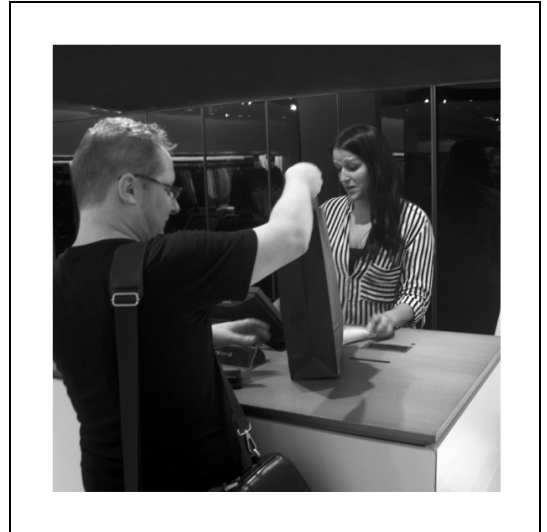
Pozdní příchod do zaměstnání



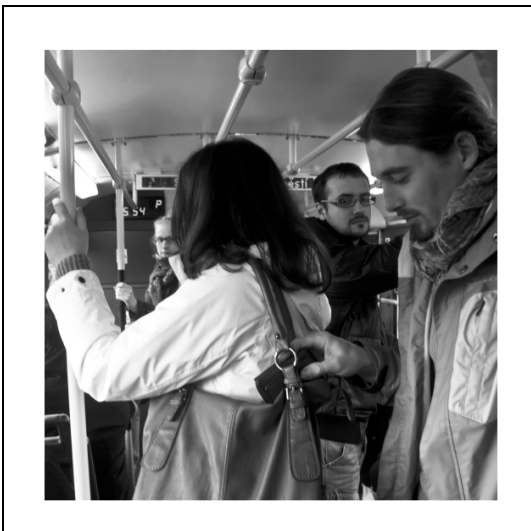
Nevěra



Útěk z restaurace bez placení



Nákup saka – zapomenutá cedulka



Okradení v tramvaji