



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra českého jazyka a literatury

Bakalářská práce

K problematice afázie a její terapie u dospělých

Vypracoval: Karolína Lindlová
Vedoucí práce: PhDr. Milena Nosková, Ph.D.

České Budějovice 2014

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 29. dubna 2014

.....
Karolína Lindlová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, PhDr. Mileně Noskové, Ph.D., za cenné rady, odborný dohled a také za projevenou vstřícnost a ochotu. Děkuji také nejmenované klinické logopedce a sociální pracovníci, které umožnily zpracování praktické části.

Anotace

Tématem bakalářské práce je problematika afázie. Práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část má charakter kompilátu a jejím cílem je přiblížit pojem afázie a příčiny jejího vzniku. Dále se zabývá klasifikací a diagnostikou afázie a možnostmi její terapie. Spojuje poznatky z oboru zdravotnictví s poznatky speciální pedagogiky.

Praktická část obsahuje podrobnou kazuistiku afatické pacientky a popis jedné z možností aktivizačních činností pro afatiky.

Klíčová slova: afázie, porucha řeči, klasifikace afázie, diagnostika afázie, terapie afázie

Annotation

The theme of the Bachelor's thesis is the issue of aphasia. The thesis consists of a theoretical and practical part. The theoretical part has the character of a compilation and its aim is to define the concept of aphasia and the causes of its origin. Further the thesis deals with the classification and diagnostic of aphasia and the possibilities of its therapy. The thesis combines the knowledge of the field of health care with knowledge of special education.

The practical part includes the detailed casuistry aphasic patient and a description of one of the possibilities motivational activities for aphasic patients.

Key words: aphasia, communication disorder, classification of aphasia, diagnostic of aphasia, aphasia therapy

OBSAH

ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Klíčová terminologie pro vybranou problematiku.....	12
1.1 Definice pojmu „komunikace“ a jeho charakteristika.....	12
1.2 Definice pojmů „řeč“ a „jazyk“.....	13
1.3 Definice a problematika pojmu „jazyková porucha“.....	14
2 Mozek a řeč.....	16
2.1 Nástin anatomie mozku z hlediska jazyka a řeči.....	16
2.2 Poranění mozku.....	18
2.3 Vznik řečových poruch.....	19
2.3.1 Cévní onemocnění mozku.....	19
2.3.2 Traumatické postižení centrální nervové soustavy.....	20
2.3.3 Nádory a infekce centrální nervové soustavy.....	20
2.3.4 Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy a demence.....	21
3 Afázie.....	22
3.1 Vymezení pojmu „afázie“.....	22
3.1.1 Afázie a dysartrie – dvě rozdílné poruchy řeči.....	23
3.2 Předpoklady vzniku afázie.....	23
3.3 Příznaky afázie.....	24
3.4 Klasifikace afázie.....	27
3.4.1 Bostonská klasifikace.....	28
3.4.1.1 Brocova afázie.....	29
3.4.1.2 Wernickeova afázie.....	30
3.4.1.3 Konduktivní afázie.....	30
3.4.1.4 Anomická afázie.....	31
3.4.1.4 Globální afázie.....	31
3.4.1.5 Transkortikální afázie.....	32
3.4.2 Kimlova klasifikace.....	33
3.4.2.1 Motorická afázie.....	33
3.4.2.2 Senzorická afázie.....	34
3.4.2.3 Totální afázie.....	34
3.4.3 Lurijova klasifikace.....	34

3.4.3.1 Precentrální lokality (léze v předních oblastech).....	35
3.4.3.2 Postcentrální lokality (léze v zadních oblastech).....	35
3.4.4 Další klasifikace.....	35
4 Diagnostika afázie.....	36
4.1 Diagnostika v akutním stádiu onemocnění.....	36
4.2 Diagnostika v dalších stádiích onemocnění	38
4.3 Diferenciální diagnostika.....	39
5 Terapie afázie	40
5.1 Terapeutické směry	42
5.1.1 Kognitivně-neuropsychologický směr	42
5.1.2 Pragmatický (funkcionální) směr.....	43
5.2 Výběr vhodné terapie	44
5.2.1 Počítačová terapie	45
5.2.2 Skupinová terapie	45
5.3 Efektivita terapie	45
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	47
6 Kazuistika.....	48
6.1 Diagnóza.....	48
6.2 Terapie.....	49
6.2.1 Terapie pomocí výukového programu Mentio	50
6.3. Vývoj a současný stav	51
7 Aktivizační činnosti pro afatiky	54
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	58
PŘÍLOHY	59
Příloha č. 1: Řečová centra.....	59
Příloha č. 2: Ukázky výstupů z logopedických sezení.....	60
Příloha č. 3: Ukázky z prac. listů z výuk. programu Mentio	62

ÚVOD

Afázie je poruchou řeči, jež vzniká na základě určitého poškození zodpovědné oblasti v mozku. Její vznik tedy může zapříčinit prakticky každý úraz, který nějakým způsobem zasáhne mozek. Nejčastěji afázie vznikají jako následky cévních mozkových příhod či různorodých úrazů hlavy. Afázie je tedy řečovou poruchou získanou, nikoliv vývojevou.

Předkládaná bakalářská práce, jež se věnuje tématu afázie, je rozdělena do dvou částí– teoretické a praktické. Část teoretická vznikala jako kompilát a jejím cílem je přiblížit problematiku afázie, část praktická je založena na dvou rozhovorech s osobami, které pracují s afatiky.

Teoretická část ve svém úvodu nejprve velmi stručně přibližuje pojem komunikace a nabízí vymezení vztahu mezi pojmy řeč a jazyk, které jsou vzhledem k dalšímu obsahu předkládané bakalářské práce považovány za důležité, neboť se s nimi, především s pojmem řeč, dále pracuje. Velmi důležité je rovněž nastínění anatomie mozku s ohledem na centra vyšších kortikální funkcí, která v případě svého narušení způsobují obtíže při snaze o komunikaci s okolím. Na základě velmi zestručněných poznatků o anatomii mozku je možné vymezit specifickou poruchu řeči, která se stala ústředním tématem bakalářské práce, tedy afázií.

Afázie je velmi komplikovanou poruchou řeči, neboť se v jejím rámci objevují také často přidružené poruchy grafie, lexie či kalkulie. To vše hraje velkou roli při práci s afatickými pacienty, protože velmi často dochází k tomu, že dva pacienti se stejným typem afázie mají v odlišné míře narušeny různé fatické funkce.

Diagnostika afázie je rovněž složitou záležitostí, kterou se zabývají specialisté ze všech koutů světa již po dlouhé roky. Na diagnostiku jsou kladeny v různých podmínkách různé nároky, předkládaná bakalářská práce nabízí poznatky, které jsou při diagnostice uplatňovány v obecné rovině, a také poznatky, jichž se využívá při diagnostice afázie v jednotlivých stádiích onemocnění.

Kvalitní a přesná diagnostika je základním stavebním kamenem pro vytváření terapie. V současné době jsou v České republice využívány dva terapeutické směry, které ovlivňují reedukaci řeči afatiků. Tyto směry využívají rozličných metod, které logoped pacientovi doporučuje na základě znalosti jeho stavu a předpokládaných

možností dalšího vývoje, volí tedy takovou terapii, která podle něj umožní pacientovi co nejefektivněji bojovat s afázií.

Praktická část, zejména kazuistika, která je poměrně podrobná, pak přibližuje pohled na konkrétní terapeutické možnosti u sledované pacientky. Kazuistika se zabývá diagnózou, která byla pacientce po přijetí na jednotku intenzivní péče stanovena ošetřujícím lékařem a logopedem, dále sleduje terapii afázie, alexie, agrafie a akalkulie od samotných počátků až po současný stav. Průběh afázie je, stejně jako průběh terapie, zachycen od počátku jejího výskytu až po aktuální stav.

Cílem předkládané bakalářské práce je přiblížit problematiku afázie a nastínit možnosti její terapie.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Klíčová terminologie pro vybranou problematiku

1.1 Definice pojmu „komunikace“ a jeho charakteristika

Problematikou mezilidské komunikace se zabývají jazykovědné a psychologické disciplíny, které svým spojením daly vzniknout oblasti psycholingvistického výzkumu řečové komunikace. Výsledky a východiska tohoto výzkumu jsou součástí diagnostiky a terapie v oblasti neurogenních poruch řečové komunikace (Neubauer et al., 2007).

Klenková (2006, s. 25) definuje komunikaci následovně:

„Komunikace (z lat. communicatio, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a přestování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vzájemných vztahů.“

Klenková (2006) dále uvádí, že lze komunikaci v obecné rovině chápat jako proces, při kterém dochází k výměně informací. Základem tohoto procesu jsou čtyři stavební prvky, které jsou ve vzájemné interakci:

- komunikátor, tím je osoba, která sděluje něco nového a je tudíž zdrojem informace,
- komunikant, tím je osoba, která je příjemcem informace a nějakým způsobem reaguje,
- komuniké je novou informací, tedy samotným sdělením,
- komunikační kanál je nezbytnou podmínkou k tomu, aby si obě strany úspěšně vyměnily informace a došlo k porozumění, obě strany musí používat předem dohodnutý kód.

Mezi základní složky jazykového kódu podle Neubauera et al. (2007) patří:

- složka sémantická, která zahrnuje význam a rozsah částí jazykového kódu, v případě verbálního kódu se jedná především o rozsah a výbavnost aktivní a pasivní slovní zásoby,

- složka syntaktická, jež zahrnuje adekvátní strukturu větších celků, tedy stavbu vět a souvětí,
- složka fonologická, ta se týká abstraktní lingvistické úrovně individuálního zvukového systému, jímž se jazykový kód realizuje, v orální řeči je pak dominantní rozlišovací hodnota jednotlivých fonémů,
- složka pragmatická, která se týká užití jazyka v sociální komunikaci a efektivity jeho užití nebo možností individuálního výběru slov.

Každá komunikace plní jednu funkci, která je více či méně zjevná, ke každému z komunikačních aktů je člověk něčím motivován, zrealizováním funkce dostává komunikace svůj smysl, dané sdělení nabývá jistého významu (Klenková, 2006).

Klenková (2006) dále rozlišuje šest fází komunikace:

- ideovou genezi, tj. vznik myšlenky či obsahu mysli komunikátora,
- zakódování, tj. vlastní vyjádření myšlenky v symbolech, slovech, znacích či pohybech,
- přenos, tím se myslí pohyb symbolů od vysílajícího k příjemci, vedení vysílaného obsahu,
- příjem, okamžikem, kdy symboly dojdou k příjemci,
- dekodování, tj. proces, při kterém příjemce interpretuje přijaté symboly,
- akci, která znamená činnost příjemce vyvolaná přijatou zprávou, tedy využití informace, které vyvolává expresivní či opoziční chování.

1.2 Definice pojmů „řeč“ a „jazyk“

Klenková (2006, s. 27) definuje řeč takto:

„Řeč je specificky lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání, myšlenek. Tato schopnost nám není vrozená, na svět si však přinášíme určité dispozice, které se rozvíjejí až při verbálním styku s mluvícím okolím. Řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč). Úzce souvisí s kognitivními procesy a myšlením.“

Zevní řeči se pak, podle Klenkové (2006), rozumí schopnost člověka užívat sdělovacích prostředků vytvářených mluvidly, která se realizuje mluvením. Za **vnitřní**

řeč pak považuje chápání, uchovávání a vyjadřování myšlenek pomocí slov, to však může být verbálně i graficky, vnitřní řeč má složku motorickou a symbolickou.

Neubauer et al. (2007, s. 15) definují **řeč** takto:

„Řeč je fyzikální realizací jazyka, je to užití signálů, které vznikají lidskou respirací, fonací, artikulací a rezonancí.“

Klenková (2006) definuje **jazyk** jako soustavu zvukových a druhotných dorozumivacích prostředků znakové povahy, schopnou vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky. Dále uvádí, že je-li **řeč** výkonem individuálním, pak **jazyk** je jevem a procesem společenským.

Jazyk tedy chápeme jako schopnost ovládat a používat jistý symbolický vyjadřovací systém, naproti tomu **řeč** či **promluva** je jeho skutečné použití, tedy aktualizace této schopnosti. O tom, že spolu tyto pojmy souvisí, svědčí fakt, že aby mohl člověk mluvit například česky (řeč), musí česky umět (jazyk) (Klenková, 2006).

Jiná definice jazyka hovoří o tom, že **jazyk** je komunikační kód, který se skládá z přesně odlišených a selektovaných signálů, znaků či symbolů, které reprezentují každý aspekt tohoto kódu (Neubauer et al., 2007).

Neubauer et al. (2007) také zmiňují, že Cséfalvay a Traubner (1996) uvádějí specifický terminologický problém, který se týká nedostatečného rozlišení pojmu „řeč“ a „jazyk“ v naší odborné terminologii, tvrdí, že zahraniční literatura rozdílnost těchto pojmů jednoznačně rozlišuje

1.3 Definice a problematika pojmu „jazyková porucha“

V našich podmínkách existují výhrady k pojmu „jazyková porucha“.

Lechta (2003), citovaný Neubauerem et al. (2007, s. 16) uvádí:

„Jde o to, že jazyk (jako společenský kód) jednoduše ani nemůže mít – v logopedickém smyslu – nějaké poruchy, či dokonce patologie a každý jazykovědec čtoucí o ‚poruchách jazyka‘ či ‚patologii jazyka‘ jako o předmětu logopedie (!) musí zákonitě protestovat, dále je zde zbytečně zdůrazňována ruptura, mezera mezi jazykem a řečí, která a priori neguje dialektickou spjatost jazyka s řečí...“

Podle Neubauera et al. (2007) je možné pojem „jazyková porucha“ více zúžit zpřesňujícím užitím pojmu „individuální jazykový systém“ či „poruchy individuálních jazykových schopností člověka“. Dále však uvádějí, že vzhledem k tomu, že neexistuje žádný užívaný pojem zabývající se poruchami národního jazyka je obsah tohoto pojmu

ve vyspělém světě již tradičně ohraničen a užívá se již desítky let v oblasti oborů, které se věnují diagnostice a terapii osob s poruchami řečové komunikace.

Pojem „jazyková porucha“ definuje skutečnost, že při primárně nepoškozených motorických modalitách dochází k obtížím v užití jazykového vyjádření u postiženého člověka, tyto obtíže vedou k projevu, který je nápadně odlišný od kodifikované normy jazykového vyjadřování v daném sociálním prostředí a mohou znamenat ztížení či znemožnění dorozumění se s okolím (Neubauer et al., 2007).

2 Mozek a řeč

Schopnost, dorozumívat se pomocí mluveného slova, je vlastní pouze lidem. Nervové mechanismy, které nám dar řeči umožňují, se vyvíjely po tisíciletí, vývojové změny daly vzniknout nezvyklému uspořádání nervových struktur a procesů, které se staly základem lidského komunikačního nervového systému (Love a Webb, 2009).

2.1 Nástin anatomie mozku z hlediska jazyka a řeči

Lidský mozek, který je umístěn v části kostry hlavy zvané cranium, se skládá z velkého mozku, mezimozku, mozkového kmenu a mozečku. Velký mozek je největší částí mozkové hmoty, je rozdělen na dvě části - hemisféry, jež jsou spojeny bílou hmotou, tzv. corpus callosum. Hemisféry tvoří mozkové laloky a bazální ganglia¹ (Love a Webb, 2009).

Kůru hemisfér dělí Love a Webb (2009) na čtyři laloky²: frontální, temporální, parietální a okcipitální. Laloky lze na povrchu mozku určit podle závitů (gyrů) a podle rýh (sulků).

Frontální lalok³ je ohraničen Sylviovou rýhou (vpředu) a Rolandickou rýhou (vzadu) je sídlem primárního motorického kortexu⁴, který je odpovědný za volní kontrolu kosterního svalstva. Různé části těla zde mají různě velká kortikální⁵ zastoupení, největší kortikální zastoupení mají takové části, jež vyžadují preciznější motorickou kontrolu, jedná se například o ústa. Ve frontálním laloku můžeme najít i Brocovu areu⁶, která hraje u většiny lidí hlavní roli při produkci plynulé a správně artikulované řeči. Pokud dojde k odstranění této oblasti v nedominantní hemisféře, nemá to na jedincovu řeč výraznější vliv (Love a Webb, 2009).

František Koukolík (2012) uvádí, že pokud má jedinec standardní dominanci hemisfér (praváctví), je vazba propoziční řeči na levou hemisféru.

¹ „Jádra šedé hmoty v mozku patří k extrapyramidovému systému a podílejí se na koordinaci pohybů.“ (Vokurka et al. 2004, s.43)

² Mozkové laloky, které jsou základními částmi velkého mozku oddělené hlubokými brázdami, nazýváme je podle lebečních kostí. (Vokurka et al. 2004, s. 290)

³ „Čelní (frontální) lalok (lobusfrontalis) leží před centrální brázdou (gruscentralis). Závit ležící těsně před ní (gyruspraecentralis) je centrem vůli ovládaných pohybů celého těla (motorické centrum), dále před ním leží centrum řeči.“ (Vokurka et al. 2004, s. 290)

⁴ Kortex je kůra určitého orgánu, např. mozku. (Vokurka et al. 2004, s. 240)

⁵ Kortikální znamená korový, jedná se o adjektivum ze slova kortex (kůra). (Vokurka et al. 2004, s. 240)

⁶ Brocova oblast souvisí s tvorbou řeči (Powell 2010, s. 89).

Parietální lalok⁷, ohraničený Rolandickou rýhou (vpředu), zadním koncem Sylviovy rýhy a pomyslnou hraniční čarou (vzadu), je centrem primární sensorické (somestetické) arey, která přijímá somestetické vjemy jako například bolest, teplo či dotek. Oblastí parientálního laloku vedou mj. i dva gyry, jejichž poškozením mohou vzniknout poruchy jako je anomie⁸, alexie⁹ a agrafie¹⁰ (Love a Webb, 2009).

Centrem sluchového zpracování je temporální lalok¹¹, který je vymezen Sylviovou rýhou a pomyslnou hranicí, která jej odděluje od okcipitálního laloku. V temporálním laloku sídlí mj. i tzv. Heschlovy závity, jež jsou kortikálním centrem slyšení, a v neposlední řadě také Wernickeho area¹², která je sluchovou asociační areou a hraje důležitou roli při vývoji a užívání jazyka (Love a Webb, 2009).

Love a Webb (2009) připomínají, že pod oblastí styku temporálního, parientálního a frontálního laloku se nachází insula, která je kortikální areou. Léze insuly může také do určité míry způsobit narušení komunikační schopnosti.

Čtvrtým lalokem je okcipitální lalok¹³, který je vymezen spíše pomyslně, nachází se za parientálním lalokem a jeho úkolem je zpracování zrakových vjemů (Love a Webb, 2009).

V mozku existují dva typy vláken. Prvním typem jsou asociační vlákna, která spojují různé arey v rámci jednotlivých hemisfér, druhým typem jsou komisurální vlákna, jež propojují arey levé hemisféry s areami hemisféry pravé. Asociační vlákna vytvářejí asociační trakty, asociační trakt zvaný fasciculus arcuatus, nacházející se v temporálním laloku, může v případě narušení způsobit kondukční afázii (Love a Webb, 2009).

Love a Webb (2009) zmiňují také komisurální dráhu (corpus callosum), která propojuje analogické oblasti hemisfér, je hlavním spojením hemisfér, hraje důležitou roli z hlediska řečové a jazykové funkce.

⁷ „Temenní (parientální) lalok (*lobus parietalis*) leží za centrální brázdou, závit ležící těsně za ní (*gyrus postcentralis*) je centrem kožní citlivosti z celého těla (senzitivní centrum).“ (Vokurka et al. 2004, s. 290)

⁸ Anomie je ztrátou schopnosti pojmenování. Vzniká na základě organického poškození určité oblasti mozku (Dvořák, 2001).

⁹ Alexie rovněž jako anomie vzniká na základě organického poškození mozku, které způsobuje ztrátu již naučené schopnosti číst (Dvořák, 2001).

¹⁰ Agrafie, stejně jako anomie a alexie, vznikne, pokud dojde k narušení organických oblastí mozku. Člověk s agrafií ztratil již naučenou schopnost psát (Dvořák, 2001).

¹¹ „Spánkový (temporální) lalok (*lobus temporalis*) je od čelního a temenního oddělen postranní brázdou (*sulcus lateralis*). Je v něm uloženo např. centrum sluchu.“ (Vokurka et al. 2004, s. 290)

¹² Díky Wernickeho oblasti jsme schopni rozumět řeči druhých (Powell, 2010).

¹³ „Týlní (okcipitální) lalok (*lobus occipitalis*) leží za temenním, od něhož je oddělen hlubokou brázdou (*sulcus parietooccipitalis*). Je v něm umístěno zrakové centrum.“ (Vokurka et al. 2004, s. 290)

2.2 Poranění mozku

Poranění mozku je takové poranění, kdy dojde k poškození živé mozkové tkáně. Mozek může být porušen na základě vnějších mechanických sil nebo v důsledku vnitřní příčiny, může se jednat o mozkovou mrtvici, nádor na mozku či virové onemocnění. Nejčastěji k poškození mozku dochází v následku dopravních nehod, úrazů při práci či sportu nebo při fyzickém napadení. V průběhu vlastního poranění také často dochází ke změněnému stavu vědomí či amnézii¹⁴ po různě dlouhou dobu. Poškození tkáně, ke kterému při úrazu dojde, nepříznivě ovlivňuje schopnosti a dovednosti jedince v fyzické, psychické i emoční rovině (Powell, 2010).

Powell (2010, s. 29) upozorňuje na řadu poranění:

„Poškození mozku obvykle sestává z celé řady poranění. K primárnímu poranění dojde při prvotním nárazu, který vede přímo k poškození mozku. Sekundární poranění, jež nastává v následujících minutách, bývá způsobeno nedostatečným okysličením mozku. Terciární poranění vzniká v následujících dnech až měsících a je následkem krvácení, pohmožděnin a otoků, poškozujících mozkovou tkáň.“

Primární poranění, ke kterému dojde bezprostředně po úrazu, lze dále rozdělit na otevřené a uzavřené poranění. Otevřené poranění většinou vede ke specifickým postižením, protože mozek je porušen ostrým předmětem, který roztrhne či propíchně měkkou tkáň. Uzavřené poranění, které je mnohem běžnější než otevřené, vzniká při prudkém nárazu. Na mozku se při prudkém otřesu naruší křehká spojení mezi výběžky nervových buněk a přeruší se komunikační dráhy, často také dochází k poškození spánkového a čelního laloku. Při nárazu je nebezpečné odrážení mozku o stěny lebky (zejména se jedná o pohyb dopředu a pak dozadu), náraz pak může rovněž způsobit to, že pevné cévy v mozku přilehnou k tkáni, stane-li se tak hovoříme o tzv. „efektu kráječe sýra“ (Powell, 2010).

O sekundárním poranění mluvíme v souvislosti s přerušením přítoku krve do mozku, tedy v souvislosti s nedostatkem kyslíku. Mozkové buňky umírají, protože nemají dostatek výživy. K takovému poranění dochází například při masivním krvácení kdekoliv na těle, které zapříčiní snížení krevního tlaku (Powell, 2010).

K terciálnímu poškození dochází až několik hodin či dnů po nehodě, kdy se objevují pohmožděnin, krevní sraženiny, chemické změny či otoky. Nashromážděná

¹⁴ „amnésie - částečná nebo úplná ztráta paměti, často v souvislosti se ztrátou vědomí (vyvolanou úrazem, onemocněním mozku nebo otravou).“ (Vokurka et al. 2004, s. 16)

krev z protržených vlásečnic a směs dalších tělních tekutin vytvoří otok. V mozku vznikne tlak, protože se měkká mozková tkáň tlačí na tvrdé lebeční stěny. Otokem zvětšený mozek tlačí také na hlavní tepny a tím dochází k přerušení či zastavení krevního oběhu. Větší cévy či tepny mohou také prasknout, v případě jejich prasknutí uniká krev, ze které se stane krevní sraženina, jež dále poškozuje okolní tkáň. Uvnitř lebky může na základě tlaku otoků či krevních sraženin dojít k tzv. nitrolebnímu tlaku, který po překročení určité hranice může znamenat smrt (Powell, 2010).

2.3 Vznik řečových poruch

Neubauer et al. (2007) uvádějí čtyři nejčastější příčiny vzniku řečových poruch poškozením činnosti centrální nervové soustavy:

- cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody
- traumatická poškození tkáně centrální nervové soustavy
- nádory a infekce centrální nervové soustavy
- degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy

2.3.1 Cévní onemocnění mozku

Jednou z nejčastějších příčin poškození mozku je cévní mozková příhoda¹⁵, která pacienta zasáhne nečekaně. Nejčastěji je zapříčiněna ischemií¹⁶ mozkové tkáně v následku toho, že některá z tepen přestane určitou oblast mozku zásobovat krví. Další, méně běžnou, příčinou je prasknutí tepny, jež zapříčiní vylití krve do mozku. Třetí příčinou, která je nejméně častá, avšak také velmi závažná, je krvácení při prasknutí oslabené oblasti cévy, přičemž se často jedná o oslabení vrozené. Cévní mozková příhoda může mít za následek těžké poruchy hybnosti končetin i těla a ztrátu schopnosti

¹⁵ „cévní mozková příhoda (zkr. CMP) – postižení určitého okrsku mozkové tkáně na podkladu poruchy cév, tj. jejich neprůchodnosti s následnou ischemií (mozkový infarkt) nebo poruchy celistvosti cévní stěny s následným krvácením do mozkové tkáně (mozkové krvácení). Projevy jsou od dočasných poruch hybnosti a řeči až po bezvědomí, ochrnutí a smrt.“ (Vokurka et al. 2004, s. 61).

¹⁶ Ischemie je místní nedokrevnost tkáně a orgánu, která vede k jejich poškození až odumření. Je způsobena nedostatkem kyslíku a živin ve tkáni spojeným s hromaděním odpadních produktů (Vokurka et al., 2004).

řečové komunikace. Druh a rozsah postižení závisí na tom, jaká část mozku ¹⁷ a v jakém rozsahu byla poškozena (Neubauer et al., 2007).

Do cévních onemocnění mozku řadí Neubauer et al. (2007) také tzv. ischemicko-vaskulární demence¹⁸, které mohou být příčinou vzniku dalších demencí.

2.3.2 Traumatické postižení centrální nervové soustavy

Jak zmiňují Neubauer et al. (2007), poškození mozku v následku úrazu je druhou nejčastější příčinou vzniku poruch řeči. K takovýmto závažným úrazům dochází především při autonehodách. Velmi často v jejich průběhu dojde k otřesu mozku či k jeho zhmoždění a krvácení s možnou tvorbou traumatického intracerebrálního hematomu¹⁹. Všechna tato poranění často vedou ke vzniku řečových poruch.

2.3.3 Nádory a infekce centrální nervové soustavy

Pokud se u pacienta vyskytuje nádor na mozku, opět velmi záleží na tom, jaké oblasti jsou jím zasaženy. Vzhledem k tomu, že nádorové bujení je obvykle postupné, dochází většinou k pozvolnému nástupu poruchy. Tímto způsobem často vzniká tzv. primárně progresivní afázie. V rámci infekčních onemocnění centrální nervové soustavy mluvíme nejčastěji o encefalitidě²⁰, jež může také způsobit poruchy řečové komunikace (Neubauer et al., 2007).

¹⁷Powell (2011) uvádí, že mozková mrtvice postihuje buď Brocovu nebo Wernickeho oblast, ovšem úraz hlavy může poškodit obě oblasti zároveň.

¹⁸ Vokurka et al. (2004, s. 76) definují demenci jako chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností. Za vznik demence zodpovídají tři skupiny onemocnění mozku. Jednou skupinou je ischemicko-vaskulární demence, ta je důsledkem aterosklerózy (ukládání tukové látky v tepnách) s poruchami prokrvení mozku.

¹⁹ „hematom – rozsáhlý uzavřený krevní výron v hlubších tkáních (podkoží, svaly) spojený s otokem. Příč.: úraz, krvácivé poruchy.“ (Vokurka et al. 2004, s. 157)

²⁰ Encefalitida je zánět mozku. Nejčastější je virový původ zánětu (např. klíšťová encefalitida). Může být sdružena se zánětem mozkových blan. Projevuje se horečkami, bolestí hlavy, poruchou mozkových funkcí, v nejtěžších případech i poruchami vědomí. (Vokurka et al. 2004, s. 104)

2.3.4 Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy a demence

Mezi degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy patří Parkinsonova choroba²¹ a syndromy s atrofií²² mozkové tkáně. Tato degenerativní onemocnění zapříčiňují vznik dysartrie²³ a dyspraxie²⁴. Velká část onemocnění tohoto druhu postihuje centrální motorický systém, nedochází tedy k postižení kognitivní a fatické funkce (Neubauer et al., 2007).

²¹ „Parkinsonova nemoc – onemocnění nervového systému (bazálních ganglií mozku), jehož nápadným příznakem je převážně klidový stres (tremor). Současně je zvýšená svalová ztuhlost (rigidita), pohybová chudost (hypokineza), maskovitý obličej, změněná řeč a chůze (s nebezpečím pádu).“ (Vokurka et al. 2004, s. 334)

²² „atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu, na němž se podílí úbytek jeho buněk nebo zmenšení jejich velikosti.“ (Vokurka et al. 2004, s. 37)

²³ Dysartrie je poruchou řeči, při níž je porušena výslovnost z nervových příčin. Slova i obsah řeči dávají postiženému smysl, problémem je pro ně artikulace (Vokurka et al., 2004).

²⁴ Dyspraxie je definovaná jako vývojová odchylka hybnosti a motoriky (Dvořák, 2001). Neubauer et al. (2007) uvádějí, že osoba postižená dyspraxií má porušené programování řeči samotné, tedy že dyspraxie nevzniká pouze porušením oblastí, které jsou napojeny na činnost primárního motorického kortexu, ale jedná se spíše o spojení s premotorickými asociačními oblastmi.

3 Afázie

3.1 Vymezení pojmu „afázie“

Afázie patří stejně tak jako například apraxie²⁵, alexie či akalkulie²⁶ do souboru vyšších kortikálních poruch²⁷, řadíme ji k získaným organickým narušením komunikační schopnosti (Klenková, 2006).

Kejklíčková (2011) uvádí, že:

„Afázie je ztráta již nabyté schopnosti komunikace mluvou. Označení pochází z řečtiny (aphatos = němý, nemluvící). Projevuje se neschopností tvořit řeč a/nebo jí rozumět. Mluvidla přitom nejsou poškozena, jejich inervace²⁸ také ne.“

Koukolík (2012) definuje afázii jako poruchu, jež postihuje vyjadřování a chápání jazyka v důsledku poškození mozku. Člověk, trpící afázií, nemusí dokázat přesně převést své mentální reprezentace do symbolů a gramatického uspořádání jazyka nebo mu může činit problém proměna slyšených či čtených vět do mentální reprezentace.

Jiná definice hovoří o tom, že afázie je poruchou mnohotvárnou a její závažnost je dána lokalizací a rozsahem základního onemocnění, může tedy docházet k nepatrným výpadkům, které komunikaci neznemožňují, nebo se může objevit afázie smíšeného typu, při níž dochází k potížím při porozumění i při samotném mluvení (Kutálková a Palodová, 2007).

Podle Neubauera et al. (2007) je afázie poruchou užívání individuálního jazykového systému, pacient s afázií dokáže velmi obtížně dekodovat nebo používat slova a věty.

Škodová et al. (2007) upozorňuje na termín dysfázie, který dříve poukazoval na částečné narušení a termín afázie, který se používal v souvislosti s poškozením úplným,

²⁵ Apraxie je, jak uvádí Dvořák (2001), ztrátou již naučených a zautomatizovaných pohybových stereotypů.

²⁶ Akalkulie je ztrátou již naučené schopnosti počítat. Vzniká na základě léze v korových oblastech mozku (Dvořák, 2001).

²⁷ Podle Klenkové (2006) jsou vyšší kortikální činnosti výhradně lidskou aktivitou, která se stará o psychickou činnost člověka, koordinuje a řídí vnitřní funkce organismu a zajišťuje komunikaci s vnějším okolím. V rámci vyšších kortikálních funkcí rozlišujeme i kognitivní funkce, které můžeme dále dělit na receptivní složku (zahrnuje vnímání a třídění informací), na schopnost zpracování informací (myšlení analytické a syntetické) a na složku expresivní (výsledek zpracování informací, například řeč).

²⁸ „inervace – zásobování části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu.“ (Vokurka et al. 2004, s. 199).

tn. předpona dys- signalizovala poškození částečné a předpona a- poškození úplné. Dnes je již předpona dys- používána pro označení vývojových poruch, nikoliv pro míru poškození.

3.1.1 Afázie a dysartrie – dvě rozdílné poruchy řeči

Pro snadnější vymezení pojmu „afázie“ je možné ji stručně porovnat s jinou poruchou řeči, která vzniká také na základě poškození mozku, ale liší se svou podstatou.

Vokurka et al. (2004, s. 6) definují afázii právě za pomoci využití dysartrie následovně:

„Afázie – porucha tvorby a porozumění řeči. Je způsobena poruchou dominantní hemisféry (mozkové polokoule). Liší se od dysartrie, při níž je ztížena artikulace (výslovnost), zatímco vlastní tvorba řeči je normální.“

Také Powell (2010) upozorňuje na rozdílnost afázie a dysartrie. I přesto, že se obě poruchy projevují při řečovém aktu pacienta, je důležité uvědomit si, že dovednost tvořit řeč a porozumět jí je odlišná od schopnosti výslovnosti a artikulace. Pokud má pacient nesrozumitelnou a hlasitostně nepřiměřenou řeč, na vině mohou být zejména ochromené svaly v krku a ústech, za těchto okolností se nejedná o afázii, nýbrž o dysartrii. Příčiny obou poruch jsou taktéž rozdílné, dojde-li u pacienta k poškození mozkového kmene, mluvíme o dysartrii. Afázie vzniká na základě poškození mozkové kůry (Powell, 2010).

3.2 Předpoklady vzniku afázie

Afázie může vzniknout, dojde-li k organické lézi mozku. Poškození se může vyskytovat ložiskově, v tom případě mluvíme o poškození ohraničeném, nebo difuzně, kdy se jedná o rozptýlené poškození. Rozhodující roli v tom, jak se afázie bude projevovat, v jakém bude rozsahu i v tom, jak bude probíhat následná terapie, hraje zejména povaha patologického procesu, při kterém došlo k poškození, rozsah a lokalizace původu poškození, tedy kde se léze nachází, a jak velkou oblast pokrývá. Určitý vliv má také věk pacienta i jeho samotná osobnost (Škodová et al., 2007).

Vznik afázie je podmíněn narušením korových center řeči v rámci pacientovy dominantní hemisféry. Jedná se o Brocovu areu, jež je motorickým centrem, které se

aktivuje při tvorbě řeči a o Wernickovu areu, sensorické centrum, které je odpovědné za porozumění řeči (Kejklíčková, 2011).

Afázii způsobují stejné příčiny, které jsou uvedeny v podkapitole 2.3. Pokud budeme hovořit o žebříčku četnosti výskytu určitých příčin, na prvním místě zcela jednoznačně figurují cévní mozkové příhody, jež způsobují afázii až u 80 % pacientů, trpících touto poruchou řeči. Druhou nejčastější příčinou bývá úraz hlavy, který je doprovázen traumatizací mozku, způsobující afázii u 10 % pacientů, u 7 % pacientů se afázie objevila v důsledku mozkových tumorů. Zbývající 3 % afatických pacientů trpí afázií příčinou zánětlivého onemocnění centrální nervové soustavy, mozkové atrofie či hypoxie (Kejklíčková, 2011).

Škodová et al. (2007) poukazují také na možnost vzniku afázie v důsledku intoxikace mozku, ke které může dojít po požití drog, alkoholu nebo následkem otravy jedovatými plyny.

3.3 Příznaky afázie

Afázie se nemusí týkat pouze narušení produkce a porozumění řeči mluvené, často se vyskytují problémy také v rámci řeči psané, tištěné nebo kreslené. Pacientovi se po úrazu může zhoršit paměť, vzpomínání či vybavování. Zvláštností je, že například zpívání může zůstat neporušeno u pacienta, který má potíže produkovat řeč nebo pokud pacient hovořil více jazyky, může být míra poškození u každého jednotlivého jazyka odlišná (Kejklíčková, 2011).

Afatictí pacienti se při produkci řeči nejsou schopni vyvarovat určitých zvláštností, které afázii signalizují. Mezi nejběžnější příznaky podle Škodové et al. (2007) patří:

Parafázie

Jedná se o charakteristický symptom u afázie, který se projevuje deformací slov. Logopedové rozlišují tři typy. Pokud pacient ve slově zamění foném a slovo do jisté míry zdeformuje, avšak stále je možno pochopit jeho význam, protože slovo obsahuje také prvky správné, hovoříme o **parafázii fonemické**. Používá-li pacient slova natolik zdeformovaná, že jim nelze téměř vůbec porozumět, mluvíme o **parafázii žargonové**. Posledním typem parafázie je **parafázie sémantická**, která je charakteristická tím, že slovo, které má pacient na mysli, ale nemůže si jej vybavit, nahradí synonymem či

opisem významu. Je důležité znát druh parafrázie a stádium onemocnění, ve kterém se pacient nachází, protože jedině na základě toho, lze říci, zda-li se pacientův stav zlepšuje či zhoršuje (Škodová et al., 2007).

Anomie

Anomií trpí pacient, který není schopen najít vhodné slovo pro označení určitého předmětu, může se snažit pomoci si sémantickou parafrází (Škodová et al., 2007).

Parafrázie

O parafrázi hovoříme tehdy, upozorujeme-li, že má pacient problém v úrovni tvoření vět, například používá-li jedno slovo v různých obměnách (Škodová et al., 2007).

Perseverace

Dalším průvodním jevem u pacienta trpícího afázií může být perseverace. Typickým projevem perseverace je to, že pacient ulpěl na předchozím podnětu, i přesto, že podnět již přestal působit. Jedná se například o neustálé opakování totožné odpovědi, i přesto, že se jedná o různé otázky. Dochází tedy k tomu, že pacient opakuje sám sebe (Škodová et al., 2007).

Kejklíčková (2011, s. 46) nabízí následující vysvětlení perseverace:

„... neúmyslné a nepřiléhavé opakování už vyřčené věty, její části nebo slova s nesrozumitelnou souvislostí ...“

Logorhea

Pacient, jež je stížen tímto symptomem, se vyznačuje rychlou mluvou, která bývá často jen velmi obtížně srozumitelná. Logorhea je také nazývána překotným tokem řeči (Škodová et al., 2007).

Kejklíčková (2011, s. 46) používá termín logorea a definuje ji následovně:

„... nekontrolovaná, nebržděná, přehnaná mluvní produkce, kterou lze jen ztěží přerušit, a to na jakoukoliv jednoduchou otázku ...“

Poruchy rozumění

U pacientů s afázií se mj. objevuje i porucha rozumění řeči druhých. Tato porucha nemusí být zpočátku zcela snadno rozpoznatelná, neboť pacient je často na základě kontextu schopen pochopit, co se po něm vyžaduje a adekvátně na to reagovat.

Je však velmi důležité odhalit, že pacient není schopen porozumět, protože schopnost percepce hraje výraznou roli v dalších krocích vyšetření. Pokud by nedošlo k odhalení poruchy, může být další hodnocení afázie zkreslené a to především proto, že by mohl například vzniknout dojem, že má pacient narušenou pravo-levou orientaci, i přesto, že tomu tak nemusí být, chyba mohla vzniknout z toho důvodu, že pacient ani z kontextu neporozuměl úkolu, který mu byl zadán (Škodová et al., 2007).

Další příznaky uvádí Kejklíčková (2011):

Echolalie

Pro echolalii je typické opakování části nebo celku řeči druhé osoby (Kejklíčková, 2011).

Plané frázování

O planém frázování hovoříme tehdy, objevuje-li se v pacientově promluvě velké množství slov, které nenesou v rámci sdělení žádný obsah (Kejklíčková, 2011).

Stereotypie

Pokud pacient ulpívá na opakování určitého slova ve spojení se slovy jinými, které se slovem prvním nijak logicky nesouvisí, hovoříme o stereotypii (Kejklíčková, 2011).

Mluvní automatizmus

Mluvní automatizmus se vyznačuje používáním totožných výrazů v naprosto odlišných situacích. Pacient při odpovědi na různé otázky volí tutéž zautomatizovanou odpověď, která se může lišit pouze melodií či doprovodnou mimikou (Kejklíčková, 2011).

Agramatizmus

Agramatizmus může mít v produkci řeči různé formy, většinou pacient není schopen dostát gramatické správnosti (Kejklíčková, 2011).

Paragramatizmus

Paragramatizmus se objevuje ve snaze pacienta o dlouhé, složitější souvětí, v rámci kterého dochází k nelogickému uspořádání vět či chybnému užívání slov, popřípadě jejich tvarů (Kejklíčková, 2011).

Deformace slov

Pacient ve své spontánní řeči může některé výrazy různě deformovat nebo je nahrazovat vlastními neologismy (Kejklíčková, 2011).

Permanentní interupce

Permanentní interupce se projevuje v řeči afatika různě dlouhými pauzami, které zpomalují tempo řeči (Kejklíčková, 2011).

Zsolt Cséfalvay (2007) výše uvedené příznaky zahrnuje do šesti deficitů, kterými mohou pacienti afázie trpět, jedná se o:

- poruchu fluence,
- poruchu percepce,
- parafázie
- agramatizmy
- perseverace
- anomie.

Tyto deficity se projevují v různé míře zpravidla v rámci každého typu afázie. Odlišnosti deficitů je možné pozorovat i u stejného typu afázie, tedy i u pacientů, kteří trpí stejnou afázií, avšak míra jazykových deficitů je u nich rozdílná (Cséfalvay et al., 2007).

3.4 Klasifikace afázie

Afázie je porucha lingvistická, neurogení a kognitivní, je tedy předmětem více vědních disciplín. Její problematikou se zabývá neurologie, klinická logopedie, klinická psychologie, neuropsychologie i lingvistika.

V klinické praxi se užívá základní dělení a to na **afázií motorickou**, někdy také označovanou jako Brocovu či expresivní afázií, dále na **afázií senzorickou**, která bývá označována jako afázie Wernickova či receptivní, a na **afázií totální**, nebo-li globální.

Toto dělení vychází z toho, zda-li je u pacienta porušena produkce řeči (motorická afázie) nebo její percepce (senzorická afázie), popřípadě obojí (totální afázie). Tato klasifikace afázie je však velmi zjednodušená, neboť nedokáže zcela jednoznačně určit, která složka při produkci či percepci je konkrétně postižena (Škodová et al., 2007).

Kejklíčková (2011) uvádí nepatrně podrobnější obecné dělení, jedná se o afázií:

- a) **motorickou**, pro kterou je typické, že pacient má potíže při produkci řeči (spontánní řeč i opakování), avšak jeho porozumění zůstává nepoškozeno,
- b) **senzorickou**, která se projevuje neschopností porozumět řeči druhých a rovněž neschopností komunikovat, pacient je sice schopen mluvit, ale jeho řeč obsahuje mnoho prvků, které jeho okolí nedávají smysl,
- c) **amnestickou**, jež pacientovi nezabraňuje rozumět ostatním, ale způsobuje mu potíže při tvorbě vlastní řeči, která je narušena hledáním správného výrazu,
- d) **sémantickou**, která nenarušuje komunikaci natolik, aby pacient nebyl schopen mluvit či rozumět běžným sdělením, narušuje ji v případě dekódování abstraktních pojmů, metafor či jiných náznaků,
- e) **smíšenou**, pro kterou je charakteristická kombinace příznaků více typů afázií, v různé míře je narušena schopnost rozumět, mluvit, chápat či číst nebo psát,
- f) **totální**, tato afázie pacientovi absolutně znemožňuje možnost komunikace, neboť není schopen sám mluvit ani porozumět ostatním.

Cesáľalvay et al. (2007) uvádějí v souvislosti s dělením afázií čtyři parametry, vyskytující se v řeči, které vytvářejí základní charakteristiky různých typů afázií. Jedná se o řečovou produkci, porozumění řeči, schopnost pojmenovat a schopnost opakovat. Řečová produkce může být plynulá nebo neplynulá, která vzniká při lézi mozku především v laloku frontálním. Porozumění řeči je závislé na lokalizaci léze, pokud má pacient lézi mozku v jeho přední oblasti, mívá větší problém rozumět syntaktickým strukturám, pokud je léze lokalizována v zadní oblasti mozku, způsobuje potíže již v rámci porozumění významu slov. Schopnost pojmenovat může být narušena v různé míře u všech typů afázie, schopnost opakovat je zachována především u pacientů, kteří nemají lézi v oblasti kolem sulcuslateralis.

3.4.1 Bostonská klasifikace

Bostonská klasifikace je klasifikací, která sleduje plynulost či neplynulost řečového projevu, velkou roli hraje také rozsah schopnosti zopakovat řeč. Dále sleduje

Bostonská klasifikace také to, jak je pacient schopen pojmenovat viděné a porozumět tomu, co slyší. Pozornost klasifikace se vztahuje také na vyšetření případné agrafie. Pro Bostonskou klasifikace je typické, že se zajímá o to, na které části mozku se u pacienta léze nachází. V rámci klasifikace je stěžejní lingvistický aspekt. Praxie, gnozie ani orientace v prostoru není v této klasifikaci předmětem vyšetření (Škodová et al., 2007).

Bostonská klasifikace rozlišuje 6 hlavních typů afázií – Brocovu, Wernickeovu, konduktivní, anomickou (amnestickou), globální a transkortikální, jež je dále rozdělena na motorickou, senzoryckou a smíšenou.

3.4.1.1 Brocova afázie

Brocova afázie se projevuje těžce tvořenou řečí, která se vyznačuje nonfluencí a výrazně zpomaleným tempem řeči, což může být ještě umocněno, pokud se vyskytuje navíc také dysartrie nebo apraxie řeči. Pacient většinou využívá velmi krátké promluvy, jejichž produkce ho stojí velkou námahu. Často se objevuje problém při hledání správného výrazu. Pacient má rovněž potíže při reprezentaci slov, v rámci slova zaměňuje fonémy, apod. U těžšího stupně Brocovy afázie se též objevuje perseverace a agramatismus. Afatik své promluvy realizuje povětšinou pouze substantivy, naopak verba jsou používána jen výjimečně (Cséfalvay et al., 2007).

Škodová et al. (2007) zmiňují také pacientovu snahu se opravovat, u těžkého postižení se pak objevuje také snaha o němé artikulační postavení.

Porozumění řeči u pacientů s Brocovou afázií bývá postiženo podstatně méně než samotná produkce řeči. Pacienti jsou schopni v rámci možností dobře porozumět, často jim v porozumění pomáhá také kontext. Nemívají problém s identifikací předmětů na základě slovní instrukce. Jednoduchým větám jsou schopni porozumět bez větších problémů, problémy se objevují většinou až při snaze dekodovat složitější věty, ve kterých například není prvním slovem podmět (Cséfalvay et al., 2007).

Cséfalvay et al. (2007) připomínají, že Brocova afázie bývá doprovázena alexií a agrafií, které se projevují v totožných symptomech, jaké pacient prokazuje v mluvené řeči.

3.4.1.2 Wernickeova afázie

Pacienti, u nichž byla diagnostikována Wernickeova afázie, se vyznačují fluentní řečí tvořenou větami, které však obsahují neologismy, parafázie a parafrázie. Často také do vět vkládají slova bezvýznamná pro samotný obsah jejich sdělení. Tempo řeči je oproti běžnému tempu zrychlené, hovoříme o tzv. překotném tempu řeči. Pacient je schopen volit vhodné gramatické prostředky. Problémem je opakování, při němž jsou slova původní pacientem nahrazována slovy jinými. Narušena je také schopnost pojmenování, pacient při snaze pojmenovat používá parafázie (Cséfalvay et al., 2007).

Porozumění řeči pacientům s Wernickeovou afázií činí velké obtíže, porozumí druhým jen stěží (Cséfalvay et al., 2007).

Škodová et al. (2007) podotýkají, že problémy vyskytující se při percepci řeči mohou být způsobeny poruchou fonemického sluchu nebo poruchami v rámci sémantiky.

Porozumět čtenému je pro pacienty trpící Wernickeovou afázií obtížné, ačkoliv jsou sami schopni dobrého čtení, vyskytuje problém při chápání významu slov. Schopnost psát zůstává většinou zachována, i když psaný projev je pro okolí, rovněž jako projev mluvený, plný nejasností (Cséfalvay et al., 2007).

3.4.1.3 Konduktivní afázie

Pacient s konduktivní afázií produkuje řeč tvořenou fonémickými parafáziemi v rámci slov, tyto parafázie se vyskytují ve spontánní řeči méně, pokud se na ní pacient nesoustředí, v opačném případě může velký výskyt parafázií vést až k neplynulé řeči. Pacient je schopen si v některých případech chyby uvědomit a může projevovat snahu o jejich nápravu. Největší problém činí pacientovi opakování po druhých, a to zejména, pokud má zopakovat slova delší nebo slova, která mu nejsou příliš známa. V řeči se téměř neobjevují agramatismy, neboť se pacient snaží svůj projev zjednodušovat v rámci syntaktické roviny (Cséfalvay et al., 2007).

Konduktivní afázie nezpůsobuje pacientům problém s percepcí řeči druhých, umožňuje jim také vlastní tiché čtení, kterému jsou schopni porozumět. Obtíže nastávají v případě, že se snaží o čtení nahlas, totéž platí i pro psaní, které se zhoršuje, pokud se pacienti více soustředí na jednotlivé hlásky v rámci slov (Cséfalvay et al., 2007).

Škodová et al. (2007) připomínají, že afázie konduktivní, bývá nazývána také jako afázie převodová.

3.4.1.4 Anomická afázie

Vlastní produkovaná řeč pacienta s anomickou afázií je spíše fluentní, brzdí ho pouze hledání vhodného výrazu, avšak někteří pacienti jsou schopni hledané slovo vhodně nahradit synonymem, pokud je po nich vyžadováno opakování, činí ho bez většího problému (Cséfalvay et al., 2007).

Porozumění řeči zůstává nepoškozeno, pokud se poškození objeví, většinou je tomu tak velmi zřídka a jedná se poškození lehké. Pacient s anomickou afázií rovněž nemívá problém při čtení, jeho psaní může být narušeno v případě, že pacient hledá vhodnou formu slova, ovšem stejně jako v řeči, je schopen ho nahradit slovem, jež má podobný význam (Cséfalvay et al., 2007).

V rámci Bostonské klasifikace se v případě anomické afázie jedná o klinicky nejlehčí formu afázie (Škodová et al., 2007).

3.4.1.4 Globální afázie

O globální afázii hovoříme v případě poškození dominantní hemisféry v oblasti, která je nazývána jako perisylvianská. Globální afázie může být způsobena také krvácením do frontální, temporální či parietální oblasti mozku. Je nejčastěji diagnostikována bezprostředně po úrazu nebo v prvních etapách nemoci. Po určité době nebo v důsledku farmakoterapie může dojít k jejímu zmírnění. Jsou však také pacienti, u kterých zůstane globální afázie v podobě trvalého jevu (Cséfalvay et al., 2007).

Škodová et al. (2007) rovněž poukazují na to, že se globální afázie v průběhu několika dní po úrazu změní v jeden z dalších typů. Pokud se tak nestane ani v průběhu několika dalších měsíců, mluvíme o tzv. nevratném afatickém syndromu se špatnou prognózou.

Vzhledem k tomu, že léze globální afázie vzniká na oblastech, které zodpovídají za mnoho lidských schopností v rámci komunikace, mají pacienti výrazně znemožněnou schopnost komunikovat nejen prostřednictvím mluvené řeči, ale i v podobě řeči psané a někteří dokonce nejsou schopni vyjadřovat své myšlenky ani za pomoci obrázků (Cséfalvay et al., 2007).

Komunikace s pacientem s globální afázií je velmi složitá, neboť zejména poškození v temporálním laloku komplikuje porozumění i základním výzvám, pacient má problém porozumět i jednoduché větě. S některými pacienty je však možno komunikovat alespoň prostřednictvím obrázků či piktogramů. Globální afázie postihuje rovněž oblast lexie a grafie, v nejlepších případech jsou pacienti v rámci textu schopni poznat určité slovo a při psaní jsou schopni napsat alespoň určitá písmena ze slova (Cséfalvay et al., 2007).

Globální afázie, též nazývána jako afázie totální, je nejtěžším typem afázie vůbec (Škodová et al., 2007).

3.4.1.5 Transkortikální afázie

Cséfalvay et al. (2007) rozdělují transkortikální afázii na tři dílčí typy – afázii transkortikální smíšenou, transkortikální motorickou a transkortikální senzoryckou.

Afázie transkortikální smíšená

Afázie transkortikální smíšená bývá označována také jako tzv. syndrom izolace řečových zón a to z toho důvodu, že se léze nachází mezi řečovými centry, které od sebe izoluje. Tento typ afázie vykazuje podobné syndromy jako afázie globální, pacienti s afázií transkortikální smíšenou však dovedou lépe reprodukovat slova a některé fráze, nicméně objevuje se řeč echolalická a perseverace. Smíšená transkortikální afázie je výsledkem poruchy sémantického systému, takže pacienti jednak nemohou nalézt správná slova a rovněž mají problém při dekodování řeči druhých (Cséfalvay et al., 2007).

Afázie transkortikální motorická

Řeč pacienta s transkortikální motorickou afázií se vyznačuje nonfluencí s echolalickým charakterem, tzn. že pacient opakuje ve své odpovědi slova, jež použila druhá osoba v otázce a děje se tak ve velmi krátkých větách (Cséfalvay et al., 2007).

Porozumění řeči je do jisté míry dobré, pacient rozumí kratším větám a chápe významy slov, problém se objevuje až při použití delších a složitějších vět. Při čtení je pacient schopen textu porozumět, ovšem při hlasitém čtení je samozřejmě pomalejší tempo. Pacientovo psaní se vyznačuje obtížemi, které jsou způsobeny hledáním správných výrazů (Cséfalvay et al., 2007).

Afázie transkortikální senzoričká

Řeč pacienta postiženého transkortikální senzoričkou afázií je plynulá, avšak velmi obtížně srozumitelná, neboť je tvořena z velké části parafáziemi či žargonem. Pacient je schopen produkovat složitější věty, ale často nerozumí jejich významu (Cséfalvay et al., 2007).

Percepce řeči je výrazně narušena, protože pacient není schopen pochopit významy slov. Tyto obtíže v sémantice se projevují také při čtení a psaní, pacient text přečte i napíše, ale není možné, aby mu porozuměl (Cséfalvay et al., 2007).

Škodová et al. (2007) zmiňují, že transkortikální afázie obecně bývají označovány jako přechodné, zejména pak afázie transkortikální senzoričká, která může vznikat jako důsledek tranzitorního ischemického ataku a může do 24 hodin po svém vzniku odeznít.

3.4.2 Kimlova klasifikace

Kimlova klasifikace sleduje lokalizaci léze a stejně tak jako Bostonská klasifikace směřuje svou pozornost na deficit lingvistický. Formy afázií jsou důkladně popsány z lingvistického hlediska, nicméně nezahrnují charakteristiku postižení centrálního nervového systému jako celku. Kimlova klasifikace rozlišuje afázií motorickou, senzoričkou a totální, přičemž afázie motorická a senzoričká je dále členěna do typů (Škodová et al., 2007).

3.4.2.1 Motorická afázie

Motorická afázie zahrnuje dva typy:

Typ jargon

Tento typ se u pacientů projevuje častým používáním slov, které okolí nedávají žádný smysl, objevuje se žargonová parafázie, problém se také vyskytuje při percepci, neboť postižený hůře chápe věty složitějšího charakteru (Škodová et al., 2007).

Typ anartrie

Tento typ pacientovi umožňuje správné chápání řeči druhých, schopnost porozumět zůstává tedy nenarušena. Obtíže se objevují při samotné artikulaci řeči, pacient jí není schopen a produkuje spíše neartikulované zvuky (Škodová et al., 2007).

3.4.2.2 Senzorická afázie

V rámci senzorické afázie rozlišujeme tři typy:

Typ jargon

Typ jargon se nejčastěji vyskytuje u pacientů, u nichž došlo k poškození v temporoparietální oblasti či v oblasti senzorické zóny. Pacient, který je stížen tímto typem je schopen mluvit, avšak jeho řeč obsahuje neologismy a žargonovou parafázi. Porozumění řeči bývá v tomto případě na různé úrovni (Škodová et al., 2007).

Typ dyslogický

Pacient trpící dyslogickým typem senzorické afázie nemá problém s artikulací řeči, ale s chápáním jejího významu, mluvíme o tzv. slovní zmatenosti (Škodová et al., 2007).

Typ amnestický

Typ amnestický se projevuje neschopností pojmenovat určitou věc či činnost, problémem je tedy vybavování názvů (Škodová et al., 2007).

3.4.2.3 Totální afázie

Tento typ afázie představuje pro pacienta nejhorší možnost. Není totiž schopen porozumět druhým ani sám produkovat řeč. Dochází u něj k porušení všech řečových složek (Škodová et al., 2007).

3.4.3 Lurijova klasifikace

Lurijova klasifikace chápe afázi jako složku celého funkčního systému a nahlíží na ni jako na jednu z poruch vyšších korových funkcí. Tato klasifikace si všímá koordinace jednotlivých oblastí mozkové kůry a podkorových struktur, schopnost řeči uvádí do souvislosti s nenarušenou a dobře fungující funkcí mozku. Typy afázií se vyčleňují na základě toho, v jaké části mozku se nachází léze, zda-li se objevila v lokalitě precentrální nebo postcentrální (Škodová et al., 2007).

3.4.3.1 Precentrální lokality (léze v předních oblastech)

Léze v předních částech mozku může způsobit **afázii dynamickou**, jež se vyznačuje neschopností vyjadřovat myšlenky, avšak schopnost pojmenovat předměty či zopakovat řeč druhého zůstává zachována. Dalším typem afázie, která je důsledkem léze v precentrálních lokalitách, je **afázie eferentní motorická**, pro níž je typické narušení schopnosti artikulace hlásek v toku řeči a schopnosti organizace pohybů (Škodová et al., 2007).

3.4.3.2 Postcentrální lokality (léze v zadních oblastech)

Léze v zadních oblastech mozku způsobují podle Lurijovy klasifikace 4 typy afázií. **Aferentní motorická afázie** způsobuje pacientovi problém při hledání správné artikulační pozice rtů a jazyka. Pacient trpící **akusticko-mnestickou afázií** je limitován na úrovni sluchově-řečové paměti, což se projevuje při pokusu o zapamatování slyšené slabiky či slova, problémem je jejich uložení do paměti. Dalším typem je **afázie senzorická**, o které hovoříme v případě, dochází-li k narušení percepce řeči a fonemické diferenciaci. Posledním typem je **sémantická afázie**, jež způsobuje pacientovi obtíže při percepci řeči (Škodová et al., 2007).

3.4.4 Další klasifikace

Kromě klasifikace Bostonské, Kimlovy a Lurijovy uvádějí Škodová et al. (2007) ještě klasifikaci Hrbkovu a Olomouckou.

Hrbkova klasifikace afázií se zajímá o lingvistický deficit, ale také o poruchy ostatní, tzn. o poruchy psaní, čtení, poznávání, o poruchy orientace v místě, času i prostoru, v úvahu bere také poruchy kalkule. Hrbkova klasifikace nepřikládá velký význam Wernickeovu sluchovému centru, naopak vyzdvihuje význam parientálního laloku a to především v souvislosti s mozkovými mechanismy řeči. Celá klasifikace je pak založena na funkci šesti korových okrsků (Škodová et al., 2007).

Olomoucká klasifikace staví do jisté míry na základech Hrbkovy teorie. Je založena na předpokladu, že určitá lokalizace léze způsobuje specifické symptomy, které pak určují charakter poruch. Klasifikace rozlišuje afázii expresivní, integrační, percepční, amnestickou a globální (Škodová et al., 2007).

4 Diagnostika afázie

Správně diagnostikovaná afázie je stěžejním krokem pro samotnou terapii. Klinická praxe využívá řady diagnostických postupů, které napomáhají odhalit různé aspekty afázie. Důsledné utváření klinického obrazu umožňuje zjistit mimo symptomů také okolnosti, které je ovlivňují (Cséfalvay et al., 2007).

Cséfalvay et al. (2007, s. 34) uvádějí, že:

„ Při diagnostice afázie můžeme sledovat různé cíle:

- *zhodnotit, je-li anebo není-li v klinickém obraze přítomna afázie (screening afázie), diagnostikovat afázii v akutním stádiu onemocnění;*
- *určit typ a stupeň afázie, zjistit mechanismus narušení (kvantitativně a kvalitativně orientované testy afázie);*
- *zmapovat úroveň každodenní komunikace pacienta při existujícím narušení (diagnostikovat tzv. funkční komunikaci pacientů s afázií);*
- *analyzovat některé specifické symptomy afázie (pojmenování podstatných jmen a sloves) nebo vyšetřit specifickou populaci (bilingvní pacienti). “*

4.1 Diagnostika v akutním stádiu onemocnění

První dny onemocnění jsou pro pacienta velmi náročné, může pociťovat bolesti, být unavený, což může být mimo jiné důsledkem užívání léků, které mohou výrazně limitovat pacientovu možnou výkonnost. Na pacientovi se onemocnění podepíše také v rovině psychické, je tedy nezbytně nutné postupovat při diagnostice velmi citlivě. Diagnostika může být zpočátku orientační a sledovat pouze spontánní řeč a schopnost percepce řeči. Vzhledem k tomu, že v akutním stádiu onemocnění trpí pacienti často velmi těžkým stupněm afázie, který je hned po bezprostředním kontaktu s pacientem zřejmý, je třeba také mapovat, které složky řeči léze zasahuje (Cséfalvay et al., 2007).

Akutní stádium, jak uvádějí Kalvach et al. (2004), trvá po dobu 14 dní, které následují po vzniku poruchy a upozorňují na to, že klinický obraz pacienta se může dynamicky proměňovat, v některých případech mohou příznaky afázie sami během několika hodin odeznít, v jiných případech příznaky sílí a přibývají.

Diagnostika afázie může být provedena na různých úrovních. Komplexní diagnostikou se zabývá klinická logopedie, u pacienta však bývá první lékař, který

prověří fatické funkce pouze okrajově. Orientační klinické vyšetření sleduje spontánní řečový projev pacienta, jeho schopnost porozumět, zopakovat slyšené a pojmenovat, mapována bývá také lexie a grafie (Kalvach et al., 2010).

Spontánní řečový projev pacienta je hodnocen z hlediska fluence a schopnosti vyhledat správné slovo, běžně se také hodnotí schopnost popisu, například obrázků. Míra porozumění řeči je poznatelná na základě zjišťovacích otázek, je-li pacient schopen dobře odpovědět ano/ne, pak je možné vyzvat ho, aby například ukázal na dveře, apod. Tímto krokem je možné odhalit případné další obtíže při percepci řeči (Kalvach et al., 2010).

Při kontrole schopnosti opakování je důležité sledovat přesnost, popřípadě nepřesnost, která může být způsobena výskytem parafází, apod. Při prověřování se začíná u opakování jednoduchých a známých slov, poté je možno přejít na slova obtížnější a potažmo na věty. Míru zachování schopnosti pojmenování je možné zjistit tak, že pacient dostane za úkol pojmenovat předměty, které mu vyšetřující osoba ukazuje. Při kontrole lexie a grafie se pacient pokouší napsat názvy předmětů a přečíst (následně provést) určité instrukce, například instrukci Otočte papír (Kalvach et al., 2010).

Kalvach et al. (2010) upozorňují na to, že pokud je pacient ve vyšším věku, je podstatné uvědomit si, že se u něj mohou vyskytovat také poruchy zraku či sluchu, které mu v zadaném úkolu mohou znemožňovat jeho realizaci.

Diagnostika v akutním stádiu má podle Cséfalvaye et al. (2007) směřovat k zmapování charakteru a míry afázie, popřípadě míru alexie či agrafie. Většina testů, které mají zhodnotit zasažené funkce a stupeň poškození v akutním stádiu, sleduje pacientovu spontánní řečovou produkci a to, do jaké míry je schopen porozumět řeči druhých. Přesná klasifikace afázie je možná až po vyšetření pacientovy schopnosti pojmenování a opakování.

Při diagnostikování afázie se u nás nejvíce používají dva screeningové testy – **Aphasia Schnell Test (AST) a Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)**, oba tyto testy jsou využívány především z toho důvodu, že umožňují poměrně rychlou a hodnotnou diagnostiku, které je vzhledem k akutnímu stádiu onemocnění velmi vhodná (Cséfalvay et al., 2007).

Aphasia Schnell Test sleduje pacientovu schopnost pojmenovat předmět či osobu na obrázku, schopnost porozumět mluvené řeči druhých, dále mapuje míru poškození lexie a grafie. Výsledky se stanovují na základě daných kritérií a vykazují

tzv. hrubý skór. Ten pak lze porovnat se skórem jiných afatiků či s dosaženými výsledky lidí, kteří netrpí fatickou poruchou (Cséfalvay et al., 2007).

Mississippi Aphasia Screening Test mapuje spontánní projev pacienta, jeho schopnost pojmenování, opakování, porozumění instrukci mluvené i psané. Dále sleduje plynulost řeči pacienta při popisování obrázku a to, do jaké míry je schopen určitým obrázkům porozumět. Vyšetřována je také grafie, pacient má za úkol psát diktované. Test je opět hodnocen bodově, v každém cvičení může pacient získat určitý počet bodů, který je pak srovnán s normou (Cséfalvay et al., 2007).

Love a Webb (2009) zmiňují, že diagnostika afázie pomocí testů je velmi přínosná pro vytvoření plánu dalších terapeutických strategií.

4.2 Diagnostika v dalších stádiích onemocnění

Ve stádiích, která následují po stádiu akutním, tedy ve stádiu subakutním a chronickém, se klinický obraz příliš nemění, dojde k jeho relativní stabilizaci. Pacient, který je testován jednou za několik dní, již běžně nevykazuje dramatické změny v průběhu onemocnění (Cséfalvay et al., 2007).

V subakutním stádiu, tedy ve stádiu přibližně 3 měsíců po prodělání úrazu, nabývá klinický obraz povětšinou jistou stabilitu, která bývá narušena zpravidla pouze změnami probíhajícím v důsledku regrese. Právě v subakutním stádiu je možné provést komplexnější a detailnější diagnostiku (Kalvach et al., 2004).

Chronické stádium, do kterého se pacient dostává po stádiu subakutním, tedy přibližně po 3 měsících onemocnění, se vyznačuje vykazováním velmi stabilního klinického obrazu, spontánní změny se zde objevují už jen velmi sporadicky (Kalvach et al., 2004).

Cséfalvay et al. (2007) uvádějí, že ve stádiích, která následují po stádiu akutním, je možno využívat pro komplexnější diagnostiku tzv. komplexní testy afázie. Dále je také možné zaměřit se jen na určité funkce řeči, k takovému účelu slouží tzv. speciální testy afázie, které směřují svou pozornost, jak již napovídá jejich název, pouze na specifickou oblast, která nebyla při základní diagnostice testována.

Komplexní testy afázie mají prověřit kromě afázie také možné poruchy grafie, lexie, praxie i kalkule. Tyto standardizované testové baterie afázie je možno rozdělit na kvantitativně a kvalitativně orientované testy. Kvantitativně orientované testy mapují afatické symptomy, včetně jejich rozsahu. Sledují výkony pacientů při produkci

spontánní řeči, při snaze o pojmenování či opakování a také při snaze o porozumění řeči druhých. Výsledky pozorování výkonů pak umožňují afatické pacienty rozdělit do určitých klinických syndromů. Kvalitativně orientované testy sledují to, jakým způsobem a jak kvalitně je pacient schopen vyřešit zadaný úkol. Hodnotícím kritériem však není pouze to, zda-li je pacient řešení schopen, ale i to, jak jednotlivé odpovědi, bez ohledu na jejich správnost nebo úplnost, vytváří (Cséfalvay et al., 2007).

Speciální testy afázie narozdíl od testů komplexních nesledují pacientovy deficity jako celek, ale sledují pouze specifickou oblast, která je tak podrobena detailnímu mapování. Mnohé z těchto testů jsou užívány jako součást testů komplexních (Cséfalvay et al., 2007).

4.3 Diferenciální diagnostika

Cílem diferenciální diagnostiky je odlišit pomocí odborných vyšetření afázii od jiných poruch, například od dysatrie, agnozie nebo apraxie (Klenková, 2006).

Při diagnostice hraje důležitou roli odlišení afázie od dysartrie, jak již bylo uvedeno v kapitole 3.1.1, jedná se o dvě naprosto odlišné poruchy, které však mohou zpočátku vyšetření vyvolávat podobný dojem - pacient není schopen mluvit. Důvodem, proč toho není schopen, může být narušení buď fatické funkce, nebo narušení funkce motorické. V prvním případě, tedy jedná-li se o narušení fatické funkce, je pacientovi diagnostikována afázie, velmi často doprovázená také agrafií, alexií, akalkulií či agnozií. V druhém případě se jedná o dysartrii, pacient není schopen mluvit, protože u něj došlo k poškození, které mu neumožňuje vykonávat mluvní motoriku, fonaci či respiraci. Pacient trpící dysartrií nebude mít potíže porozumět řeči druhých a v jeho řeči se nebudou objevovat parafázie (Škodová et al., 2007).

Další poruchou, která může zpočátku ukazovat na globální či percepční afázii, je apraxie. Pacient s apraxií není schopen adekvátní reakce na různé podněty, mluvní i vizuální, v důsledku toho, že jim nerozumí. Toto neporozumění však nevychází ze špatného porozumění řeči, ale z neporozumění celkového. Podobně je tomu i u agnozie – pacient nereaguje na podněty z toho důvodu, že je nepoznává, opět důvodem neporozumění není špatná percepce řeči jako takové (Škodová et al., 2007).

5 Terapie afázie

Terapie afázie je složitou záležitostí, a to zejména proto, že pacient trpící afázií má problémy nejen v rovině komunikační, ale je narušen také po psychické a emoční stránce. Samotná terapie je tedy složena z psychologické, fyzioterapeutické, lékařské i logopedické péče (Klenková, 2006).

Kejklíčková (2011) rovněž upozorňuje na komplexní a systematickou terapii. Podotýká, že logopedická reedukace je dílčí složkou komplexu celkové rehabilitace, při níž se pečující osoby snaží pomoci pacientovi tak, aby byl schopen se v rámci jeho možností domluvit a porozumět. Je však důležité uvědomovat si, že u afázie se jedná o proces obnovování řeči, který funguje jinak než u vývojových procesů, při kterých se řeč vytváří.

Například u pacientů po cévních mozkových příhodách může docházet k obnovení narušených procesů v rámci restituce²⁹, kompenzace³⁰ a adaptace³¹ (Kejklíčková, 2011).

Reedukace komunikačních schopností se podle Kejklíčkové (2011) pohybuje v následujících třech rovinách:

- 1) v rovině funkční restituce
- 2) v rovině funkční kompenzace
- 3) v rovině funkční adaptace

Při funkční restituci se logoped snaží pomoci pacientovi obnovit jeho původní schopnost komunikace, v těžších případech se snaží zachovat alespoň sebemenší komunikační schopnost, která by pacientovi umožnila komunikovat s jeho okolím (Kejklíčková, 2011).

Při funkční kompenzaci jde o nahrazování takových schopností komunikace, které už u pacienta nebude možné obnovit. Logoped spolu s pacientem hledá možnost,

²⁹O restituci mluvíme v případě, že se obnovuje kompletně nebo téměř kompletně funkce, za kterou zodpovídá narušená oblast mozku. V místě mozkové léze se bezprostředně po jejím vzniku vyskytne edém, jenž se stává komplikací při látkové výměně, buňky tak nemusejí být nutně odumřelé, ale mohou být oslabené. Edém se v následujících dnech může vstřebat, což umožní obnovu některých buněk, které poté ovlivňují možnost navrácení jistých schopností. Tento proces bývá také nazýván spontánní remisí (Kejklíčková, 2011).

³⁰K substituci dochází v důsledku toho, že některé mozkové buňky po úrazu odumřou a jejich funkci převezmou podobné buňky, které se nacházejí v nejbližším okolí. Souběžně s tímto procesem dochází také ke vzniku nových nervových spojů. Celkově tyto procesy nahrazují procesy původní (Kejklíčková, 2011).

³¹Kompenzace se začíná objevovat až po delší době po samotné cévní mozkové příhodě. V rámci kompenzace dochází k zapojování takových buněk a spojů, jež se nachází již ve větší vzdálenosti od místa poranění a nejsou si s odumřelými buňkami a spoji tolik funkčně podobné (Kejklíčková, 2011).

jak narušenou schopnost nahradit pomocí jiného způsobu komunikace. Například nebude-li si moci pacient vzpomenout na určité slovo, pokusí se ho nahradit slovem podobným, opíše ho nebo ho nahradí slovem jiným (Kejklíčková, 2011).

V rámci funkční adaptace dochází k přizpůsobování pacientova okolního prostředí. Většinou adaptace spočívá v tom, že pacientovy blízké osoby bývají poučeny o tom, jak afatikovi co nejlépe porozumět a jak s ním efektivně jednat, tedy aby došlo k vzájemnému pochopení (Kejklíčková, 2011).

Reedukaci řeči je nejvhodnější zahájit již v akutním stádiu onemocnění, samozřejmě s ohledem na fyzický a psychický stav pacienta. Velmi přínosné je také to, pokud již od zahájení terapie spolupracují pacientovi příbuzní. Stupeň postižení a psychický a fyzický stav pacienta určují, jakým způsobem bude jeho celková rehabilitace postupovat. Například má-li pacient potíže se senzoryckou složkou řeči, je zřejmé, že bude třeba klást důraz na sluchový i zrakový analyzátor (Kejklíčková, 2011).

Reedukace by měla začínat v takové oblasti komunikace, ve které pacient dobře reaguje. Například některý pacient může reagovat na slovní řadu, jiný na řadu číselnou, někdy se mohou reakce vázat na melodii či zpěv. Pacienti, kteří ovládají i jiné jazyky, mohou reagovat v každém z jazyků odlišně. V některých případech také pacient lépe porozumívá neverbálním signálům (Kejklíčková, 2011).

Terapie může být komplexní, pacient může být při globálním čtení či poznávání a popisování obrázků stimulován také zvukem. Pacienti, kteří trpí také motorickým omezením, mohou při nácvičku písma užívat silnější tužky, které dovedou lépe uchopit. Pokud budou tužky střídát, bude docházet zároveň k opakování barev, je také možné vytváření dalších asociací, například hledat slova, která s barvami souvisejí, apod. (Kejklíčková, 2011).

Pro pacienta je rovněž velice přínosné, pokud jeho reedukace probíhá v prostředí, na které není tolik zvyklý. Změna prostředí totiž poskytuje nové impulzy a vjemy (Kejklíčková, 2011).

Pacient je i v rámci reedukace dále léčen také medikamenty, které mu předepisuje pečující neurolog. V subakutním stádiu bývá pacient propuštěn do domácího ošetřování. Logopedický pracovník by měl však i nadále zůstat v kontaktu s pacientovými příbuznými nebo pečujícími osobami (Kejklíčková, 2011).

5.1 Terapeutické směry

Současná afaziologie ponejvíce využívá dvou terapeutických směrů. První směr, kognitivně-neuropsychologický, klade důraz na zpracování individuální strategie terapie na základě analýzy konkrétního deficitu. Druhý směr, pragmatický, též nazývaný jako funkcionální, sleduje specifické schopnosti člověka jako následky určitého vlivu (Klenková, 2006).

5.1.1 Kognitivně-neuropsychologický směr

Kognitivně-neuropsychologický směr vychází z předpokladu, že kvalitní terapie vychází z kvalitního teoretického základu. Teoretická koncepce pomáhá při návržení a poté i při aplikaci specifické terapie na konkrétním pacientovi (Cséfalvay et al., 2007).

Cílem tohoto přístupu je podle Klenkové (2006) odhalení fungování zákonitostí kognitivních procesů, přičemž je terapie orientována na snahy obnovit nebo alespoň do jisté míry kompenzovat jazykové procesy pacienta.

Terapie kognitivně-neuropsychologického směru je sestavena na základě pracovní hypotézy, která pojednává o předpokládané lokalizaci funkční léze a o identifikaci poškozených modulů, které ovlivňují jazykové procesy. Tato pracovní hypotéza tedy umožňuje logopedovi sestavit sérii úkolů, které jsou dále rozděleny na jednotlivé kroky. K úkolům je také připraven potřebný stimulační materiál, kterým jsou nejčastěji různé obrázky, slova napsaná na kartičkách, atd. (Cséfalvay et al., 2007).

Kalvach et al. (2004) uvádějí, že úkoly by měly být hierarchizovány od nejtěžších přes snadnější až k nejjednodušším, které jsou založeny na opakování. Terapie, ovlivněné kognitivně-neuropsychologickým směrem, se rozdělují na oblasti – cvičení grafomotoriky, techniky sémantické facilitace, terapeutické postupy při poruchách produkce slov a řeči, postupy při poruchách mluvené řeči a postupy při alexii a agrafii.

Cvičení grafomotoriky je uskutečňováno na základě motorických úloh, které jsou využívány, pokud má pacient problémy při psaní nebo jiném grafickém vyjadřování. Takováto cvičení jsou směřována k procvičování grafického projevu, nikoliv však k terapii agrafie. **Techniky sémantické facilitace**, jsou technikami, jež mají procvičovat lexikální sémantiku a dopomáhat pacientovi k tomu, aby u něj docházelo ke zpevnování při chápání významu slova. Cílem **terapeutických postupů**

při poruchách produkce slov a řeči je postupné napravování narušeného jazykového procesu a osvojování strategií, které budou deficity kompenzovat. Tyto postupy mohou využívat sémantické, fonologické i fonologicko-ortografické techniky. U pacientů, kteří mají schopnost porozumění narušenou pouze lehce, je možné využít také melodicko-intonační terapie. **Postupy při poruchách mluvené řeči** si kladou za cíl napravování určitého deficitu na určité úrovni. **Postupy při alexii a agrafii** jsou vytvářeny vzhledem ke zjištěnému typu poruchy, tedy s ohledem na to, je-li porucha například hloubková nebo povrchová, apod. (Kalvach et al., 2004).

Aplikace kognitivně-neuropsychologického přístupu je v našich podmínkách podle Lechty et al. (2005) využívána jen ojediněle. Avšak Cséfalvay et al. (2007) zmiňují, že se tento přístup dá aplikovat u pacientů, kteří mají potíže s pojmenováním, čtením a popřípadě psaním.

5.1.2 Pragmatický (funkcionální) směr

Pragmatický směr si klade za cíl to, aby byl afatický pacient schopen co nejefektivněji komunikovat v běžných každodenních situacích. Terapie pragmatického směru nesměřuje ke specifickým jazykovým deficitům, ale snaží se o zmírnění následků jednotlivých deficitů v jejich celistvosti. Tím, že pracuje na co nejrychlejším včlenění afatiků do běžné komunikace, zabraňuje jejich sociální izolaci, kterou jsou logicky ohroženi ihned poté, co ztratí schopnost komunikovat se svým okolím (Cséfalvay et al., 2007).

Klenková (2006) uvádí, že pro pragmatický směr je charakteristická pozornost, jež je směřována na obnovu schopnosti využívat jazyk a zároveň mu také porozumět alespoň v kontextu. Upozorňuje však také na zjištění, že mnohdy je pacient schopen prokázat dorozumivací schopnost v odlišné míře při testování a v běžných komunikačních situacích.

Terapie pragmatického směru se snaží, aby v jejím rámci, stejně jako v přirozených konverzacích, docházelo k tomu, že pacient určité informace sám produkuje a také je sám přijímá. Způsob, jakým bude tato komunikace realizována, může být různý, klíčovou roli hraje stav pacienta, dorozumívání může probíhat prostřednictvím mluvené řeči, psaní, kresby, gest či kombinací různých způsobů (Lechta et al., 2005).

Kalvach et al. (2004) doporučují, aby v rámci terapie docházelo k vytváření takových situací, které mohou nastat reálně. Připomínají zároveň, že takovéto situace se dají velmi dobře procvičovat při skupinových terapiích.

Aplikace pragmatické směru je podle Lechty et al. (2005) v našich podmínkách užívána intuitivně a to především z toho důvodu, že se logopedičtí pracovníci stále častěji snaží zmírnit handicap afatiků v rámci jejich společenské situace.

5.2 Výběr vhodné terapie

Plánování vhodné terapie se odvíjí od závažnosti pacientova stavu a od stádia onemocnění, ve kterém se pacient nachází. Obecně se dá říci, že v průběhu prvních terapií se struktura cvičení přizpůsobuje zdravotnímu stavu, který většinou bývá vážný (vzhledem k tomu, že k prvním terapiím může docházet již na jednotce intenzivní péče). První terapie jsou zaměřeny především na takové deficity, které vykazují relativně rychlé zlepšování, jež pacienta dále motivuje. Další terapie, které získávají pravidelný charakter, si kladou za cíl kontrolu posledních obnovených funkcí a zaměření se na reedukaci dalších deficitů (Kutálková a Palodová, 2007).

Vhodně stanovená terapie by měla postupovat podle určitého plánu reedukace, doplněného o priority. Měla by rovněž zahrnovat spolupráci s dalšími rehabilitačními pracovníky (fyzioterapeuty, aj.) a s rodinou, která může logopedovi nabídnout velmi důkladný popis pacientovy osobnosti před výskytem afázie (Kutálková a Palodová, 2007).

Logopedická péče může probíhat v rovině individuální nebo skupinové. V dnešní době už terapie afázie nabízí postiženým rekondiční pobyty, léčebně-rehabilitační programy a v neposlední řadě také například muzikoterapie či arteterapie. Takovéto metody umožňují snadnější kontakt s pacientem, který probíhá v uvolněnější atmosféře a mimo jiné také dochází k rozvoji pohybových schopností pacienta a jeho estetického cítění. Pacienti se v rámci takovéto terapie většinou cítí lépe, více se o ni zajímají a tudíž se u nich mohou dostavit pocity uspokojení a seberealizace, které pozitivně působí na psychiku pacienta (Kejklíčková, 2011).

Mezi velmi přínosné terapie patří za určitých okolností například terapie počítačová nebo skupinová.

5.2.1 Počítačová terapie

Používání počítačů v rámci terapie zůstává pro mnohé otazníkem. Počítačová terapie může být prospěšná zejména pro pacienty mladší, pacienty, kteří mohou díky speciálnímu softwaru svou terapii zintenzivnit a také pro pacienty, kteří nemohou z různých důvodů podstupovat jinou logopedickou péči (Kejklíčková, 2011).

Počítačová terapie může pacientům zajistit změnu, nezávislost a mohou si sami zvolit čas a trvání cvičení. Problémem však zůstávají pacienti s těžkým stupněm postižení, kterým může činit potíže už samotná instruktáž, jež bývá složitější, a to především pro osoby, které před úrazem nepřišly s počítačem do bezprostředního styku. V takovém případě může dojít k tomu, že pacient terapii odmítne, nebo dokonce pociťuje silné negativní emoce. Při doporučování počítačové terapie je tedy důležité vzít v úvahu mnoho faktorů, které mohou pomoci odhalit, pro kterého pacienta bude počítačová terapie vhodná (Kejklíčková, 2011).

5.2.2 Skupinová terapie

Skupinová terapie je opakem terapie individuální a pro afatické pacienty je velmi přínosná. Její největší výhoda spočívá v tom, že umožňuje pacientům překonat pocit sociální izolace, který se u nich zpravidla vždy vyskytuje, a který je velmi často limituje v jejich další reedukaci (Lechta et al., 2005).

Terapie afázie, která je realizována ve skupině, nabízí pacientům kontakt s ostatními členy, který je může velmi obohatit a přinést nové možnosti dorozumívání. Pacienti se dostávají do běžných komunikačních situací, které je připravují na další nové situace. Zde se uplatňuje funkcionální směr terapie afázie (Lechta et al., 2005).

5.3 Efektivita terapie

U afázie se objevuje tendence, že se v rámci akutního a subakutního stádia může začít spontánně zmírňovat. Právě tato tendence vyvolává velice často otázku, jakou mírou může v tomto procesu pomoci vhodná terapie. Zhodnotit objektivně efektivitu terapie je nelehký úkol, neboť je velice obtížné různá hodnocení podložit také objektivními důkazy (Cséfalvay et al., 2007).

Efektivita terapie je nejčastěji hodnocena z pohledu testů, které mohou relativně objektivně zhodnotit například to, jak se v průběhu afázie měnilo skóre úspěšnosti. Vzhledem k tomu, že dobrá výkonnost v testech ještě nemusí nutně znamenat úspěšnost také v reálných komunikačních situacích, dochází k posuzování efektivity terapie také na základě toho, zda-li se pozitivní změny objevují také při běžné komunikaci (Cséfalvay et al., 2007).

Lechta et al. (2005) podotýkají, že efektivitu terapie musí posuzovat logoped již v rámci probíhající terapie, měl by průběžně hodnotit, zda-li u pacienta dochází k pozitivním změnám či nikoliv. Pokud změny nevidí, měl by uvažovat o úpravě terapie.

Cséfalvay et al. (2007) nabízejí ještě další způsoby, kterými je možno hodnotit efektivitu terapie. Jedním z těchto způsobů může být porovnání dvou skupin afatických pacientů, za předpokladu že první skupina je tvořena pacienty, kteří terapii odmítli a tudíž jí neprošli a druhá skupina je tvořena pacienty, kteří terapii podstoupili. Dalším způsobem může být porovnání v rámci jedné skupiny a to na začátku terapie a po jejím skončení. Samozřejmě je možné také porovnávat jednotlivé terapeutické postupy, délky jejich působení a jejich intenzitu.

Podle Kutálkové a Palodové (2007) je efektivita terapie závislá na mnoha okolnostech. Za klíčové však považují to, zda-li rozsah a lokalizace léze umožňuje vůbec změny vratné, další důležitý faktor spatřují ve včasné zahájení terapie. V neposlední řadě přikládají váhu také sociokulturnímu statutu pacienta.

Kutálková a Palodová (2007) také uvádějí několik chyb, které mohou efektivitu terapie výrazně snížit. Mezi ně patří například špatná spolupráce rodiny pacienta s pečujícím logopedickým pracovníkem, stanovování příliš snadno dosažitelných nebo naopak jen obtížně dosažitelných cílů či nezáměr o to, že rodina pacienta nebo pacient sám pochybuje o přínosu a smyslu terapie.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část předkládané bakalářské práce vznikla na základě dvou rozhovorů. První rozhovor byl s registrovanou klinickou logopedkou a druhý se sociální pracovnící, která působí v neziskové organizaci, jež nabízí zdravotně postiženým možnost vzdělávání a aktivizačních činností, které jim mohou pomoci udržovat kontakt se společenským prostředím, a zabránit tak sociální izolaci.

Oba rozhovory poskytly určitý pohled na práci s afatickým pacientem. Logopedický pracovník se snaží o to, aby u afatika docházelo především ke zlepšování fatických funkcí, sociální pracovník se soustředí na to, aby u zdravotně limitovaných osob nedocházelo k přerušování kontaktů s okolím a necítily zbytečné či vytěsňené ze společnosti.

Důležité je rovněž připomenout, že terapie u logopeda bývají pro afatického pacienta samozřejmostí. Docházka do neziskových organizací, které nabízejí množství různých aktivizačních činností, je však mnohdy považována za nepřínosnou, a proto není rozhodně v programu každého afatika.

Rozhovor s klinickou logopedkou se stal důležitým podkladem pro vytvoření kazuistiky, která je rozpracována níže, dále umožnil zpracování příkladu terapie, jež je u sledované pacientky používána a prokazatelně vykazuje pozitivní výsledky. Na základě tohoto rozhovoru vznikla kazuistická část.

Rozhovor se sociální pracovnící přiblížil práci s afatiky z pohledu nelogopedického pracovníka, který však s afatickými pacienty rovněž přichází do styku. Tento rozhovor umožnil vznik části o možných aktivizačních činnostech pro afatiky.

6 Kazuistika

6.1 Diagnóza

Pacientka byla přijata na oddělení JIP v srpnu roku 2012. Důvodem byla posttraumatická ischemická cévní mozková příhoda. Při vstupním vyšetření jí byla diagnostikována rovněž lehká pravostranná hemiparéza s pravostrannou hemihypestézií a **smíšená afázie s převahou poruchy senzorické složky těžkého stupně**. Byla jí doporučena a následně poskytnuta logopedická péče.

Vstupní logopedické vyšetření ukázalo, že pacientka má **fatickou poruchu senzorickou i expresivní**. Její spontánní řečový projev byl fluentní, byla přítomna logerhea, tedy překotný tok řeči. Řeč pacientky výrazně obsahovala tzv. mluvní salát, tzn. informační hodnota sdělení byla velice nízká. Pacientka trpěla echolalií (opakovala slova i větná spojení po druhých) a perseverací (ulpívala na předchozím předmětu).

Obtíže měla pacientka rovněž při rozumění řeči. Nebyla schopna porozumět jednotlivých slovům, pokynům, a dokonce ani své vlastní řeči. Nad produkcí své řeči postrádala většinou kontrolu. Nebyla orientovaná časem ani místem a nereagovala na své jméno.

Pacientka nebyla schopná číst ani jednotlivá písmena, grafie z počátku nemohla být vyšetřena vzhledem k pravostranné hemiparéze, při dalších vyšetřeních se však porucha grafie prokázala. Rovněž tedy byla diagnostikována získaná **alexie a agrafie**.

Pacientka byla diagnostikována také na základě screeningové testu afázie **MAST** (Mississippi Aphasia Screening Test). Její výkon byl následující:

- celkový jazykový index – 22 bodů ze 100 (norma je 93 bodů),
- index produkce – 18 bodů z 50 (norma je 45 bodů),
- index rozumění – 4 body z 50 (norma je 46 bodů).

Z logopedického hlediska bylo konstatováno, že pacientka není schopna v plném rozsahu porozumět běžné řeči ani psanému textu. Sama není schopna si cokoliv vyřídit a je tedy odkázána na pomoc druhé osoby.

6.2 Terapie

Terapie afázie probíhá mj. v terapeutickém programu Mentio, který bude v následujícím textu více přiblížen. U pacientky je třeba směřovat terapii na afázii, agrafii, alexii a akalkulii.

Terapie afázie spočívá v tom, že pacientka dostane za úkol pojmenovat určitý obrázek, většinou toho není schopna, proto dostane na výběr z více slov. Například je-li na obrázku deštník a pacientka si nemůže slovo vybavit, jsou jí nabídnuta slova – mrak, počasí a deštník. V této fázi je už většinou schopna obrázek pojmenovat. Jistou obměnou tohoto cvičení může být, že místo nabídnutí jednotlivých slov dostane pacientka na výběr několik písmen, ze kterých je možno hledané slovo sestavit. Pacientka tedy vidí obrázek deštníku a tato písmena - a, d, e, f, š, k, t, n, o, í.

Vzhledem k tomu, že má pacientka mimo potíží s pojmenováním také potíže s porozuměním řeči, je terapie soustředěna i na tuto poruchu. Cvičení spočívají v tom, že pacientka dostane nejprve za úkol prohlédnout si obrázky, na kterých je například svetr, jablko, šampón, ponožky, vysavač a košile. Poté má ukázat na ty obrázky, na kterých je oblečení, vybrat tedy obrázek se svetrem, ponožkami a košilí. Toto cvičení zvládá pacientka zatím jen s dopomocí.

Terapie agrafie je založena na samotném nácvičku psaní. Pacientka se pokouší psát jednotlivá písmena, slabiky a poté slova. Cvičení jsou koncipována jako diktáty, spontánní psaní a opisy, které jsou pro pacientku nejméně problematické. Grafie se dá procvičovat také při pojmenování a to tím, že když se pacientce povede obrázek pojmenovat, dostane za úkol ho napsat. Pokud si vybírá z písmen, opisuje jednotlivá písmena v takovém pořadí, aby dala dohromady hledané slovo.

Terapie alexie je založena na čtení jednotlivých písmen, slabik a slov. Lexie se většinou také procvičuje již v rámci cvičení, které je zaměřeno na afázii. Je tedy možné například dát pacientce přečíst slovo, které má přiřadit ke správnému obrázku.

Pacientka vykazuje také akalkulii. Velké problémy ji způsobuje rozeznávání hodnoty peněz nebo určení času – není schopna říci, kolik je hodin. Terapie akalkulie je zaměřena na psaní čísel do 10, kreslení hodin a zkoušení hodnoty peněz; například z obrázků věcí s cenami má pacientka vybrat obrázek, na kterém je věc nejlevnější a nejdražší.

6.2.1 Terapie pomocí výukového programu Mentio

V ambulancích mnoha klinických logopedů je využíván výukový program Mentio, který umožňuje logopedům snadnější a originálnější způsob procvičování určitých deficitů, které se u pacientů vyskytují. V rámci tohoto výukového programu je možné zaměřit se na jednotlivé deficity samostatně nebo naopak procvičovat více věcí zároveň.

Programy Mentio umožňují procvičovat pojmenování, čtení a psaní na úrovni jednoduchých i složitějších slov, výslovnost (Mentio Slovní zásoba), dále je možno procvičovat syntax a dějové posloupnosti (Mentio Slovesa), procvičovat porozumění textu a rozvíjet logické myšlení (Mentio Hádanky). Pacienti s poruchou kalkule mohou využívat také cvičení zaměřená na chápání počtu, porovnávání čísel a manipulaci s penězi (Mentio Nakupování).

V rámci terapie afázie u pacientky, která je sledována v uvedené kazuistice, je rovněž výukový program Mentio využíván. Ponejvíce jsou používána cvičení z Mentio Slovní zásoba, Mentio Slovesa a Mentio Nakupování.

Schopnost pojmenování, lexie a grafie je procvičována za pomoci pracovních listů, které výukový program nabízí. Příklad pracovních listů je uveden v příloze předkládané bakalářské práce. Jedná se o několik obrázků, na nichž jsou určité věci (brýle, pyžamo, houska, lžíce, ...) nebo části lidského těla (hlava, ruka, ucho, ...) a jejich názvy, jež jsou napsány velkými tiskacími písmeny. Obrázky i názvy jsou v rámečcích, které je možno od sebe odstříhnout.

Pacientka má poté za úkol spárovat obrázek a odpovídající název. Nejprve je pacientce ukázán obrázek a jejím úkolem je vybrat z nabízených názvů všech obrázků ten správný, dále je možné přečíst (nebo nechat pacientku přečíst si) název obrázku a pacientčím úkolem je najít odpovídající obrázek. Pokud se povede správně přiřadit k sobě obrázek a název, je po pacientce žádáno, aby název obrázku přepsala nebo spontánně napsala.

Schopnost produkce řeči v syntaktické rovině je často procvičována také na základě pracovních listů z programu Mentio. Příklady těchto listů jsou rovněž k předkládané bakalářské práci přiloženy. Jedná se o listy, které obsahují čtyři obrázky a jejich popis, na obrázcích je zachycena určitá fáze nějaké činnosti.

Činnost je zde rozčleněna na 4 fáze. Pracovní list je třeba opět rozstříhat, tím oddělit popis od odpovídajícího obrázku. Pacientka má za úkol jednak přiřadit popis

k obrázku a pak také určit, jak po sobě jednotlivé fáze přípravy následují. V případě sledované pacientky je určování posloupnosti jedním z největších problémů.

Práce s programem Mentio je v případě pacientky, jejíž kazuistice se předkládaná bakalářská práce věnuje, velmi přínosná. Terapie někdy probíhá za pomoci vytištěných materiálů (viz příloha) a někdy přímo ve výukovém programu na počítači.

Práce na počítači probíhá tak, že se na obrazovce objeví například určitý obrázek a vedle něj několik slov, z nichž jedno odpovídá tomu, co je zobrazeno. Pacientka tedy někdy slova sama čte, někdy klikne na slovo, které považuje za správné a tím může spustit jeho výslovnost a ujistit se, že je to slovo, které měla na mysli. Poté může slovo opsat a znovu přečíst, pokusit se ho zasadit do nějaké věty nebo najít k němu slova podobného či opačného významu.

Právě tato variabilita a možnost nastavit cvičení přesně podle aktuálních potřeb je pro pacientku velmi dobrým impulzem.

6.3. Vývoj a současný stav

Jak již bylo uvedeno výše, u pacientky se po prodělání posttraumatické ischemické cévní mozkové příhody objevila smíšená afázie těžkého stupně, doprovázená alexií, agrafií a akalkulií.

Logopedická péče byla pacientce poskytována ihned poté, co to umožnil její fyzický a psychický stav. Po měsíci hospitalizace v nemocnici byla pacientka přijmuta do léčebny, kde absolvovala další velmi intenzivní logopedickou terapii, v léčebně strávila 6 týdnů.

V průběhu těchto 6 týdnů si pacientka začala uvědomovat své poruchy, reagovala velmi podrážděně, zlobou a často i pláčem, cítila se velice bezmocně. Často nereagovala ani na otázky zjišťovací. Zpočátku terapie v léčebně byla její schopnost porozumění, produkce řeči, grafie i lexie téměř nulová. Po několika terapiích byla pacientka schopna lépe opsat své jméno a příjmení, opis čísel však zůstával stále velice špatný. Postupně se začaly objevovat pozitivní reakce při vyhledávání jednotlivých písmen v abecední tabulce, zlepšila se také práce s reálnými předměty, pacientka byla například schopná přiložit konkrétní předmět ke stejnému obrázku nebo vyhledat určitý obrázek na požádání. Po 6 týdnech intenzivní logopedické péče v léčebně se její stav mírně zlepšil.

Od prosince roku 2012 dochází pravidelně na logopedickou terapii do ambulance, avšak její stav se zlepšuje jen velmi pomalu. Ukázky výstupů, které pacientka v ambulanci vytvořila, jsou v příloze.

V dubnu roku 2013 nebyla pacientka například stále schopna napsat ani jednotlivá slova, která jí byla diktována. Po diktovaném slově „řve“ nenapsala vůbec nic, slovo „mrzne“ napsala jako „LPET“, u slova čtvrtka se podobě slova přiblížila nejvíce z diktovaných slov, napsala „ČTVEIKA“, slovo „útočiště“ napsala jako „OTVČIČI“. Při pokusu napsat větu – Naše broskvoň již plodí, napsala pouze „LČ“.

V červenci roku 2013 se začal stav zlehka vylepšovat, pacientka sice nebyla stále schopna napsat diktovaná slova, ale při zadaném opisu slov napsala jedno slovo dokonce malým tiskacím písmem, dále slova opisovala písmem velkým tiskacím, avšak téměř bez chyb, pokud se chyba dopustila, byla (s dopomocí) schopna ji najít a opravit.

V srpnu roku 2013, tedy rok po prodělání posttraumatické ischemické cévní mozkové příhody, pacientka začala lépe rozumět jednotlivým slovním pokynům, avšak stále byla velmi nejistá a odkázaná na pomoc druhých. Její výkony velmi kolísaly, situační vyrozumění se zlepšilo, ale rozumění složitějším pokynům bylo stále nulové. Došlo k omezení logorhey, pacientka si častěji uvědomovala, co říká špatně a snažila se sama opravovat. Produkce řeči však zůstala stále velmi omezená, pro její okolí bylo obtížné se s ní dorozumět. K výraznému zlepšení nedošlo ani u psaní či čtení, i když se určité pokroky objevily. Pacientka například při psaném pokynu „zatněte pěst“ sama vůbec nereagovala, nebyla schopná ho přečíst ani zopakovat, ani pokus o jeho přepsání nedopadl výrazně lépe než před několika měsíci.

V únoru roku 2014 byla pacientka schopná opsat řadu po sobě jdoucích čísel i správně napsat jednotlivá čísla podle diktátu, stále neovládala určování času na hodinách. Diktát slov se nedařil, avšak jejich opis byl již bez chyb. Ve výukovém programu Mentio byla pacientka schopna poskládat již několik slov, začala tedy i s pokusy tvořit jednoduché věty.

V březnu roku 2014 nastal poměrně velký pokrok v rámci psaní čísel, pacientka byla schopna bezchybně opisovat, psát podle diktátu, a dokonce byla schopna jednoduchého sčítání, i přesto, že si dopomáhala počty na ruku, bylo to bráno jako úspěch. Schopnost pojmenovat obrázek a přiřadit k němu odpovídající název se zlepšila. Pacientka byla rovněž schopna přečíst jednotlivá písmena a slabiky.

V současné době (duben 2014) je pacientka schopná bezchybného opisu náročnějších slov, čtení jednotlivých písmen a slabik, psaní jednotlivých čísel a jejich

sčítání (do 20). Produkce řeči je stále narušená logorheou, avšak už v mnohem menší míře než dříve. Pacientka si uvědomuje své chyby v řeči a snaží se je opravovat, i když se jí to ne vždy daří. Porozumění běžné řeči je velmi malé, pacientka sice rozumí jednoduchým slovním pokynům, ale děje se tomu tak zejména na základě kontextu, složitějším souvětím není schopna porozumět.

7 Aktivizační činnosti pro afatiky

V současné době mají zdravotně postižení lidé možnost pravidelně docházet do neziskových organizací, které jim nabízejí velké množství různých aktivit, jež umožňují rozvoj duševních i fyzických schopností.

Tato centra mohou navštěvovat také osoby s afázií, agrafií, alexií, akalkulií, apod. Všechny osoby, které do těchto center docházejí, tak činí dobrovolně, tzn. že se samy nebo s dopomocí rodiny k docházce přihlásí.

Při registraci pak dochází k tvorbě tzv. individuálního plánu, na jehož tvorbě se podílí sociální pracovník i klient, popřípadě jeho rodinní příslušníci. Individuální plán zahrnuje aktuální zdravotní stav a umožňuje klientovi vybrat si aktivity, kterých by se chtěl zúčastnit. Mimo jiné je možné uvést také určité obtíže, které klient má a chce s nimi pracovat. Například pokud klient uvede do individuálního plánu, že má poslední dobou dojem zhoršování schopnosti pojmenování, bude zařazován do takových aktivit, které pojmenování využívají.

Do centra, s jehož sociální pracovníci byl veden rozhovor, docházejí klienti s mírnějšími typy afázií, které jsou povětšinou následky cévních mozkových příhod. Tito klienti vyžadují různá jazyková cvičení, která mají stimulovat fatické funkce.

Častou aktivitou, která směřuje k procvičování produkce řeči, je popisování slov opisem, aniž by byl použit kořen slova. Klient tedy vidí například slovo had, které má popsat druhým. Ostatní mají za úkol hádat, co je popisováno. Tato hra tedy po pacientech vyžaduje na jedné straně schopnost opisu a na straně druhé schopnost pojmenování. Klienti, kteří nejsou sami schopni slovo popsat, se ho mohou pokusit vyjádřit jinak – obrázkem, zvukem, pantomimou, apod. Takováto alternativa umožňuje afatikům jiný způsob exprese, avšak má jim dokázat, že i přesto, že nejsou schopni myšlenky vyjadřovat slovy, se mohou do hry úspěšně zapojit.

Jinou aktivitou je například sestavování příběhů z několika obrázků. Klienti dostanou kartičky s obrázky, na kterých jsou znázorněny různé činnosti a věci. Jejich úkolem je pak vymyslet příběh, do kterého tyto obrázky zakomponují. Klienti s afázií pak mohou tvořit příběhy z jednoduchých vět či slovních spojení, které příběh pouze naznačí.

Aktivita, která je velmi vhodná pro klienty s poruchou exprese ve větší míře, využívá velmi kvalitně zpracovaných obrázků, jež znázorňují určité emoce. Sociální pracovníci pak s těmito klienty hovoří s pomocí těchto ilustrací. Například pacient na

otázku, jak se dnes cítíte, jaký máte pocit, může vybrat kartičku s věznem, který má na noze kouli, což sociálnímu pracovníkovi napoví, že se klient pravděpodobně cítí být nějakým způsobem limitován, omezován apod.

S klienty, kteří mají problém s percepcí řeči, se pracuje speciálně. Například při tvořivých činnostech, které pro změnu procvičují různé hemiparézy, volí sociální pracovníci názorné ukázky. Samozřejmě vysvětlení pracovních postupů je pro ostatní klienty také velmi zjednodušené, využívá se jednoduchých vět a informace jsou klientům podávány pomalu a postupně.

Takovéto aktivity nemají za úkol nahrazovat terapie afázie, jejich cílem je udržet afatiky ve společenském prostředí a umožňovat jim kontakt s jinými osobami tak, aby nedocházelo k sociální izolaci. Aktivity tedy nejsou terapiemi, i přesto však mohou napomoci do značné míry určitě deficity odbourávat a to především z toho důvodu, že se afatik může dostat do lepší psychické kondice nebo může objevit nové motivační impulzy.

ZÁVĚR

Cílem předkládané bakalářské práce bylo přiblížit problematiku afázie a nastínit možnosti její terapie. Teoretická část měla přinést teoretické poznatky o afázii, o její klasifikaci, diagnostice a terapii, které byly zpracovány na základě prostudování logopedických i zdravotnických odborných publikací. V kapitolách teoretické části tedy došlo k propojení poznatků zdravotnictví s poznatky klinické logopedie.

Je nutné zdůraznit, že velká část příspěvků, které se věnují problematice afázie, má stejného autora – Zsolta Cséfalvaye, který přinesl množství nových poznatků, které se dodnes velmi hojně využívají nejen v teorii, ale také v praxi. Mnozí autoři, kteří se rovněž věnují problematice afázie, z jeho poznatků velmi často vycházejí nebo na ně dále navazují.

Na teoretickou část navázala část praktická, která měla přinést konkrétnější pohled na danou problematiku. Kazuistika, jež se stala součástí praktické části, vznikala na základě velmi podrobného rozhovoru s klinickým logopedem a nabídla poměrně detailní pohled na afatického pacienta i na vývoj samotné afázie. Umožnila také přiblížení terapeutického výukového programu, který je při terapii afázie, agrafie, alexie či akalkulie využíván. Další kapitola praktické části se věnovala problematice afázie mnohem obecněji, i přesto však zachytila možnost afatiků účastnit se společenského kontaktu, který je pro člověka velmi důležitý. Přinesla příklady několika aktivizačních činností, jež mohou afatika podnítit při dalším zdolávání poruchy.

Je důležité uvědomit si, že lidé postižení afázií jsou výrazně ohroženi ztrátou sociálních vazeb. Často jim ztráta nebo narušení schopnosti běžné komunikace zpřetrhá mnoho vybudovaných vztahů. Vzhledem k tomu, že komunikace s druhými osobami je pro člověka velmi důležitá, má afázie rozsáhlý dopad také na psychiku afatika.

Fatické poruchy vznikají většinou nečekaně, protože jsou důsledkem náhlého poranění, to pro postiženého znamená velmi těžký úkol – smířit se se ztrátou již získaných dovedností a schopností a najít sílu a motivaci k reedukaci.

Afázie je velmi složitou poruchou řeči, která je velice mnohotvárná. Jak již bylo několikrát zmiňováno, projevuje se v různých stupních, s různými příznaky. Její terapie i samotný spontánní průběh je ovlivňován velkým množstvím více či méně dominujících faktorů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001, 223 s. ISBN 80-902-5362-8.

KALVACH, Pavel a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 456 s. ISBN 978-802-4727-653.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie* [online]. Grada Publishing, 2004 [cit. 2014-04-01]. ISBN 8024770385. Dostupné z: <http://books.google.cz/books?id=5SBaAgAAQBAJ&pg=PA460&dq=vy%C5%A1et%C5%99en%C3%AD+af%C3%A1zie&hl=cs&sa=X&ei=ehI7U76yL-zU4wTR4YDYDQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage&q=vy%C5%A1et%C5%99en%C3%AD%20af%C3%A1zie&f=false>

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 128 s. ISBN 978-802-4728-353.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: Funkční systémy Norma a poruchy*. 3., přeprac. a doplň. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-771-4.

KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. *Palatolalie a afázie: Metodika reedukace*. 1. vyd. Praha: Septima, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7216-241-3.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 386 s. ISBN 80-717-8961-5.

LOVE, Russell a Wanda G. WEBB, *Mozek a řeč*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 376 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

POWELL, Trevor. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-667-4.

ŠKODOVÁ, Eva a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-807-3673-406.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 7., rozš. vyd. Praha: Maxdorf s. r. o., 2004, 490 s. ISBN 80-734-5009-7.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Řečová centra

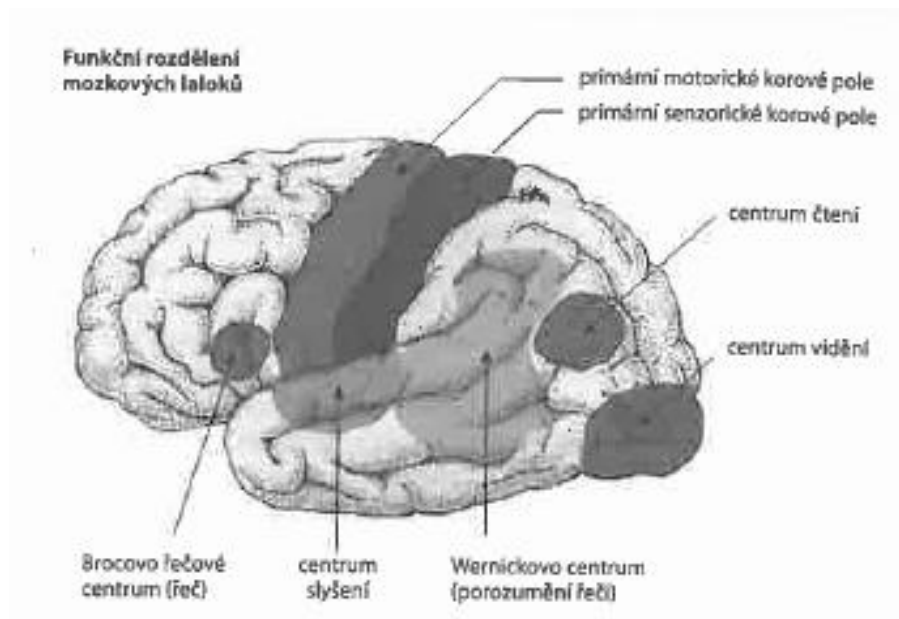
Příloha č. 2: Ukázky výstupů z logopedických sezení

Příloha č. 3: Ukázky z pracovních listů z výukového programu Mentio

PŘÍLOHY

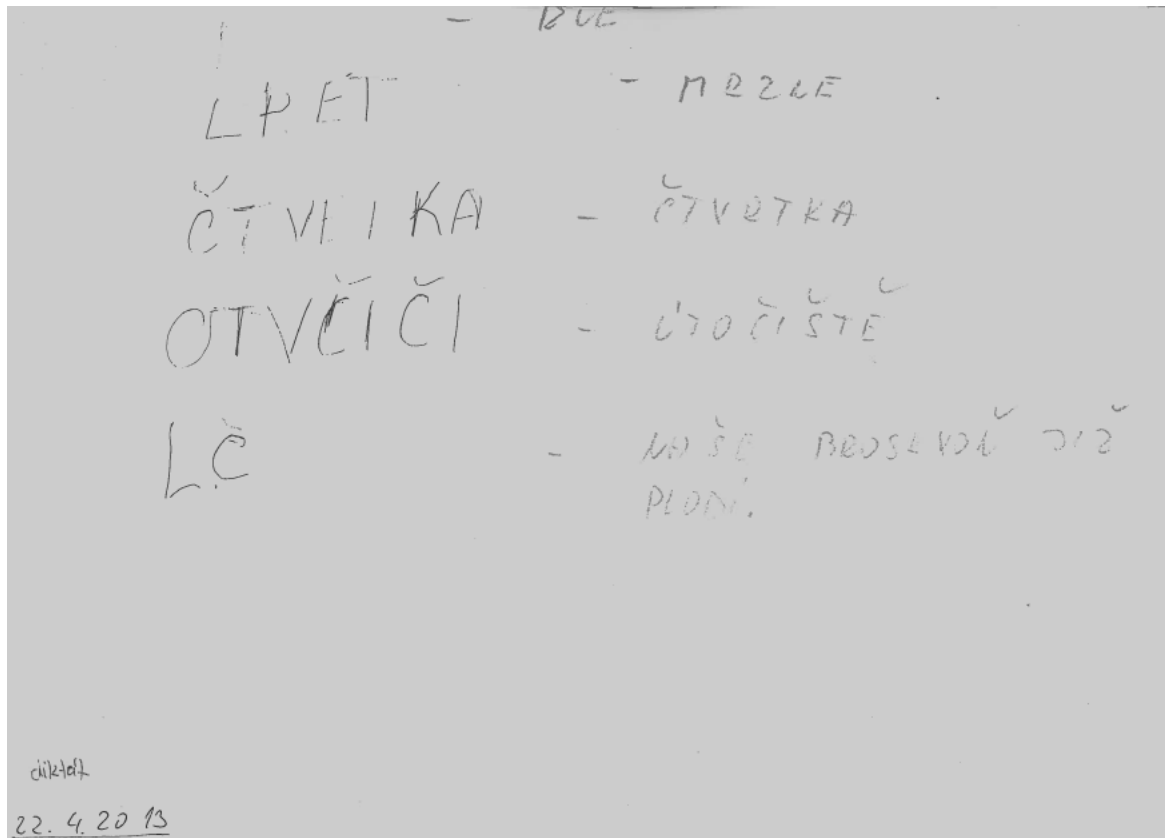
Příloha č. 1: Řečová centra

Obr. č. 1 Řečová centra v levé hemisféře (zdroj: Kejklíčková, 2011)

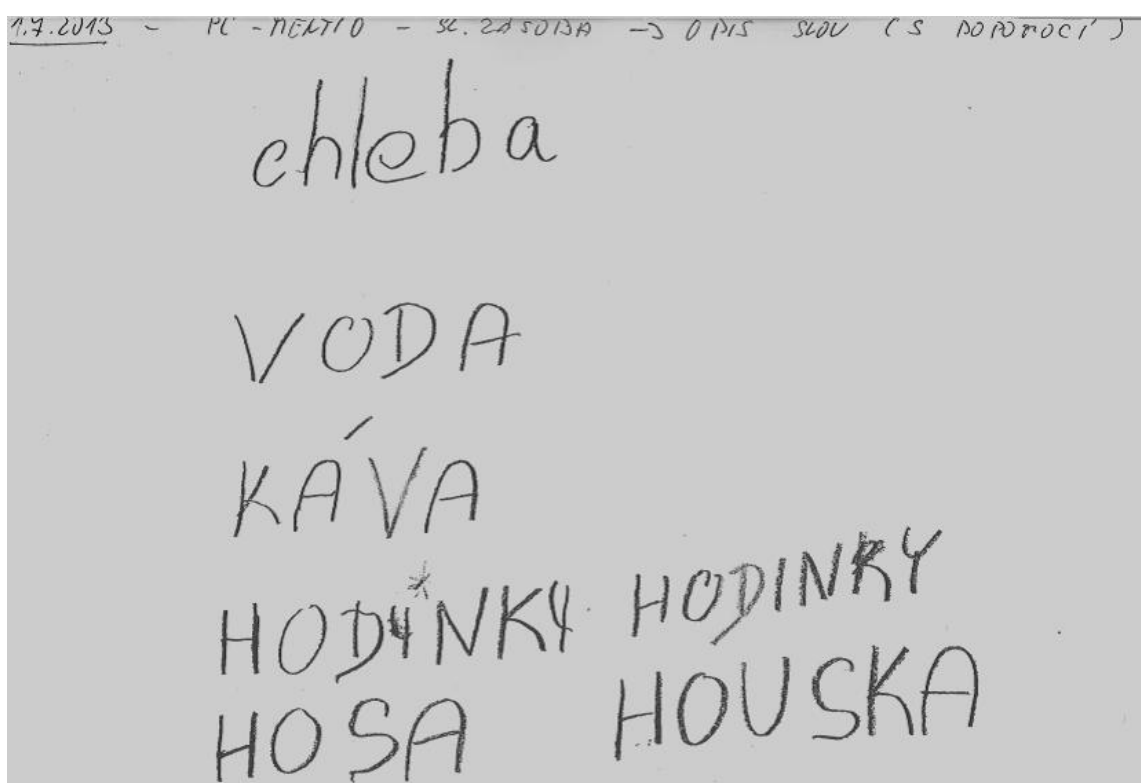


Příloha č. 2: Ukázky výstupů z logopedických sezení

Obr. č. 2 Výstup pacientky z dubna roku 2013



Obr. č. 3 Výstup pacientky z července roku 2013



Obr. č. 4 Výstup pacientky z února roku 2014

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

4, 6, 10, 13, 14, 20

$1+2=3$ ~~3~~ $5+3=8$

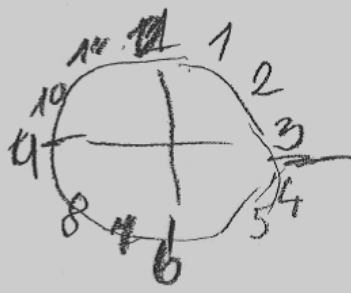
PSÍ BOUDA

ZA VORA

VOZIK

DOMEK

STŘECHA



- ΠΕΝΤΙΟ - ΣΚΟΠΙΩΝΑ, ΣΦΟΥ
+ ΠΕΝΤΟΝΟΦΕ ΛΟΤΥ

10.2. 2014 - ΠΙΣΤΑ + ΟΡΙΣ + ΠΙΚΤΑΤ → ΠΕΝ ΚΑ ΠΙΣ. ΟΣΕ!!

+ ΗΟΠΙΛΥ - ΟΥΔΙΤ !!

Obr. č. 5 Výstup pacientky z března roku 2014

10, 9, 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

13, 15, 18, 20

100

30

$2+2=4$

$20+21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30$

$5+2=7$

$15+2=17$

$4+3=7$







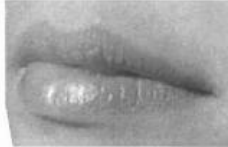

$8+2=10$

24.3. 2014









240031 ΠΕΣ.
+
ΠΙΣ ΚΑ ΠΙΣ - ΠΙΣΤΑ ΚΑ ΠΙΣΤΑ

Příloha č. 3: Ukázky z prac. listů z výuk. programu Mentio

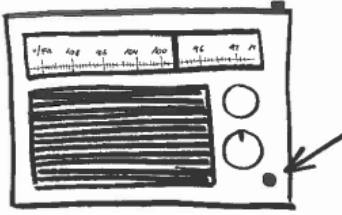
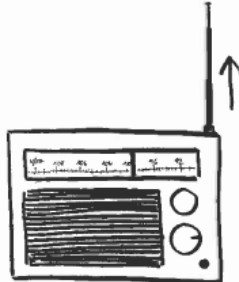
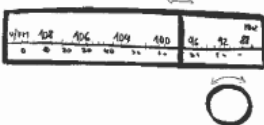
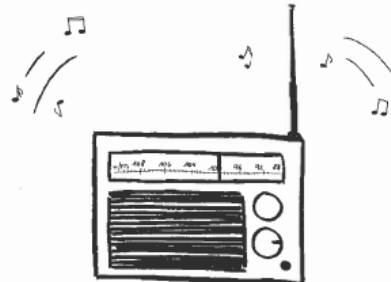
Obr. č. 6 Pracovní list sloužící k procvičování pojmenování

			
BRÝLE	HŘEBEN	LŽÍCE	CHLEBA
			
JAZYK	OČI	PUSA	UCHO


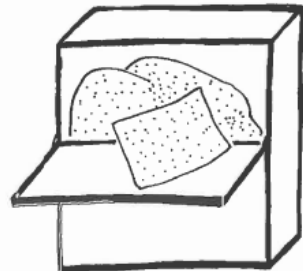


Obr. č. 7 Pracovní list sloužící k procvičování pojmenování

			
VODA	BAČKORY	PYŽAMO	ŽUPAN
			
PONOŽKY	HOUSKA	HLAVA	RUKA

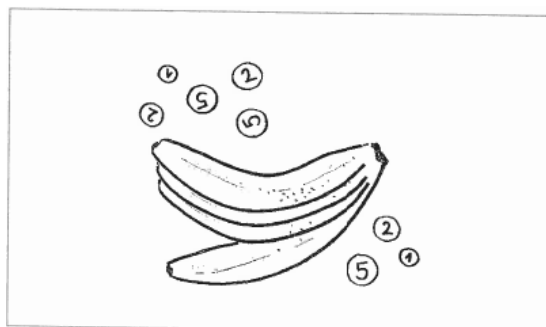
Obr. č. 8 Pracovní list sloužící k procvičování popisu obrázku a posloupnosti děje

	
Zapíná rádio.	Vytahuje anténu.
	
Ladí stanici.	Poslouchá hudbu.

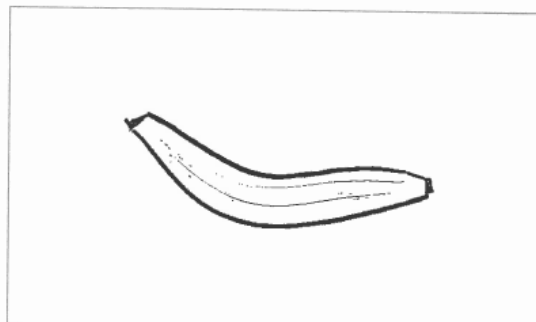
Obr. č. 9 Pracovní list sloužící k procvičování popisu obrázku a posloupnosti děje

	
Zívá.	Stele si postel.
	
Natahuje budíka.	Jde spát.

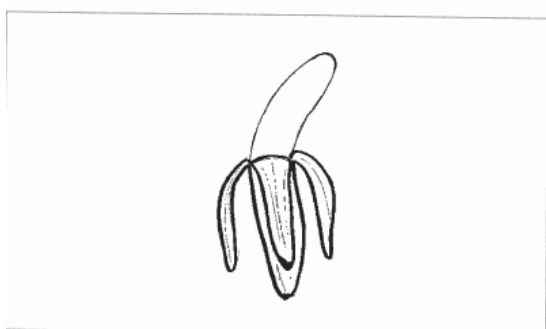
Obr. č. 10 Pracovní list sloužící k procvičování popisu obrázku a posloupnosti děje



Kupuje banány.



Odtrhává jeden banán.



Loupe si banán.



Jí banán.