

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Markéta Knedlová

**Ověřování aplikace zahraničních diagnostických materiálů
pro osoby s afázií**

Olomouc 2017 Vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Prohlašuji, že diplomová práce na téma Ověření aplikace zahraničních diagnostických materiálů pro osoby s afázií byla vypracována samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a za použití uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 21. 4. 2017

.....

Markéta Knedlová

Poděkování

Velké poděkování patří vedoucí mé diplomové práce doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále děkuji Mgr. Lucii Kytarové za poskytnutí nápomocných konzultací, a v neposlední řadě také rodině, se kterou jsem pracovala a bez které by tato práce nikdy nemohla vzniknout.

OBSAH

ÚVOD.....	5
I TEORETICKÁ ČÁST	6
1 AFÁZIE	6
1.1 Terminologie fatických poruch a afázie	6
1.2 Etiologie afázie.....	8
1.3 Symptomatologie afázie.....	11
1.4 Klasifikace afázie	13
1.5 Diagnostika afázie	27
1.6 Terapie afázie	35
2 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE.....	37
2.1 AAK systémy	39
2.2 Klasifikace AAK	41
2.3 Specifika AAK u osob se získanou narušenou komunikační schopností	51
II PRAKTICKÁ ČÁST	56
3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	57
3.1 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky.....	57
3.2 Metodologie a metody	57
3.3 Průběh šetření.....	58
4 VÝBĚR ZAHRANIČNÍHO NÁSTROJE	59
4.1 Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií.....	59
5 OVĚŘOVÁNÍ APLIKACE TESTU.....	62
5.1 Charakteristika výzkumného vzorku	62
5.2 Interpretace výsledků prvního diagnostického šetření	65
5.3 Charakteristika terapie	69
5.4 Interpretace výsledků rediagnostiky	71
6 ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	73
7 DISKUZE	74
ZÁVĚR	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	81
SEZNAM ZKRATEK	82
SEZNAM PŘÍLOH	83

ÚVOD

V logopedii i v jiných oborech, a to nejen speciálně-pedagogických, se běžně setkáváme s osobami s afázií, které vykazují deficitní dorozumívání v komunikaci postavené na řeči. Tito lidé jsou odkázáni na využívání jiných modalit komunikace, než je právě mluvené slovo, a tyto modalitty mohou být podpořeny alternativními a augmentativními technikami.

Mozek je zdrojem řeči a jazyka. Pokud je jeho fungování narušeno, má to dopad na řečové a jazykové funkce. Podrobné vyšetření afatiků, kteří vykazují jasný komunikační deficit v produkci řeči, je základním předpokladem pro úspěšné stanovení intervence využívající prvky alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK). V České republice doposud nebyl sestaven žádný diagnostický materiál, který by systematicky zhodnotil schopnosti osob s afázií nutné pro efektivní výběr a následné použití AAK strategií. Právě proto byla pro účely této diplomové práce vybrána aplikace Multimodálního komunikačního screeningového testu pro osoby s afázií, kterým se zjišťuje schopnost využívat AAK, a ověření, zda by jeho aplikace na české prostředí byla vhodným řešením aktuální absence podobného nástroje.

První částí diplomové práce je zaměřena na prohloubení teoretických východisek k dané problematice, zejména na teoretické podklady fatických poruch a afázie jako takové, a poté také na alternativní a augmentativní komunikaci. V druhé části je popsán samotný Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií, jehož originální i adaptovaná verze je k nahlédnutí v přílohách. Jelikož se jedná o diagnostický nástroj pocházející ze Spojených států amerických, velkou částí praktické části je také výběr vhodných obrázků, které korespondují s českým prostředím, nikoliv s tím zahraničním. V poslední části kvalifikační práce je popsána aplikace zmiňovaného diagnostického nástroje v praxi a ověření jeho funkčnosti na konkrétních osobách.

Cílem této kvalifikační práce je tedy nejen teoretické propojení získaných poruch fatických funkcí se systémy AAK, ale zejména praktický výstup v podobě adaptace zahraničního diagnostického nástroje používaného u osob s afázií pro českou populaci a její následné ověření.

I TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce se skládá ze dvou dílčích částí. První část je věnována teoretickým východiskům získané fatické poruchy, afázie. V druhé části jsou prohloubeny poznatky o alternativní a augmentativní komunikaci, které jsou úzce spjaty s praktickým výstupem této kvalifikační práce, tj. s aplikací zahraničního diagnostického materiálu, Multimodálního komunikačního screeningového testu pro osoby s afázií. V podkapitole 2.3 je propojena problematika afázie s využitím alternativní a augmentativní komunikace.

1 Afázie

Afázii řadíme k získané organické narušené komunikační schopnosti. Toto narušení je doprovázeno velmi širokou škálou symptomů. Takto obšírná symptomatologie je jeden z důvodů vytvoření samostatného suboboru logopedie – afaziologie. Afaziologickou problematikou se zabývá mnoho odborníků z širokého spektra různých oborů. Těmito obory myslíme např. neurologie, neurolingvistika, neurochirurgie, neuropsychologie, psycholingvistika, logopedie a další. Bylo vytvořeno několik afaziologických směrů, tzv. afaziologických škol, z nichž každá se ubírá trochu jiným směrem (Klenková, 2006).

1.1 Terminologie fatických poruch a afázie

Dle Čecháčkové (2007) patří afázie spolu s agnozií, apraxií, akalkulií, alexií a poruch orientace v prostoru do souboru vyšších kortikálních poruch. Struktura vyšší nervové činnosti je tvořena centrálním nervovým systémem, a to zejména jeho vývojově nejmladší částí – mozkovou kůrou obou mozkových hemisfér, ve spolupráci s fylogeneticky staršími podkorovými oblastmi. Vyšší kortikální činnosti jsou specificky lidské činnosti, které se podílejí na zajišťování psychických aktivit člověka, koordinaci a řízení vnitřních funkcí organismu a jeho komunikaci s vnějším prostředím. Součástí vyšších kortikálních funkcí jsou i kognitivní funkce. Složky kognitivních funkcí jsou:

- receptivní složky (vnímání, resp. počítky a vjemy, a třídění informací);
- schopnost zpracování informace (myšlení, resp. schopnost analýzy a syntézy);
- expresivní složky (výsledek analyticko-syntetické činnosti, výstup zpracování objektivní reality, a to řečí, gestikulací, grafických projevem, praxií).

Čecháčková (2007) uvádí, že nenarušení kognitivních funkcí podmiňuje dobrý stav vědomí v návaznosti na dostatečné činnosti vyšších kortikálních i subkortikálních funkcí.

Co se týče definice afázie, ta je vždy odvozena od náhledu konkrétního vědeckého oboru. V neurologické literatuře je zdůrazněno, že jde o poruchu jazyka, kterou zapříčiňuje ložiskové poškození mozku, a že se jedná o poruchu již vybudované řeči. Někteří odborníci (např. Lurija, 1982) uvádějí, že se jedná o poruchu používání pojmů jako základních prvků řeči při myšlení. Lurijova definice afázie se týká systémového narušení jazyka vznikající při organickém poškození mozku, které zasahuje různé stupně organizace řeči. Toto poškození ovlivňuje především vztah řeči k ostatním psychickým funkcím, je původcem dezintegrace všech psychických sfér člověka a narušuje tak zejména komunikativní funkci řeči. Porucha má interpsychické a intrapsychické následky.

Kiml (1969) definoval afázii jako poruchu některé lingvistické roviny při poškození centrální nervové soustavy. Naopak dle Beckera (1986) vzniká afázie následkem postižení mozku, které ovlivňuje receptivní i expresivní složky řeči v mluvené i psané podobě. Tyto složky, které před poškozením existovaly, jsou silně omezeny nebo již nejsou vůbec k dispozici. Cséfalvay (2003, s. 203) ve své definici afázie uvádí, že *„podstatu afázie charakterizují tyto atributy:*

a) jde o získané narušení komunikační schopnosti;

b) týkající se poruch symbolických procesů;

c) které vzniká při ložiskových poškozeních mozku;

d) jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.“

Jsou tedy zasaženy všechny modalitativní (expresivní i receptivní, mluvená i psaná) a v různé míře i všechny jazykové roviny (tzn. foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a pragmatická). Toto pojetí je tedy jakýmsi akceptovatelným průnikem pohledu medicínského, neuropsychologického a lingvistického. Dále Cséfalvay (2007) uvádí, že lze rozlišit různé stupně afázie, přičemž za rozhodující faktor považujeme rozsah a lokalizaci léze mozku. Afázie, které jsou považovány za nejzávažnější, vznikají u rozsáhlých lézí zasahujících do fronto-temporo-parietální oblasti mozku, a to nejčastěji při okluzi nebo stenóze arteria cerebri media. Dále autor popisuje vznik afází při ložiskových poškozeních mozku, a to zejména v kortikální oblasti, ale také při lézích níže uložených oblastí mozku, které jsou spojeny s korovými oblastmi podílejícími se na jazykových procesech (Cséfalvay,

2007; Cséfalvay, 2016). Košťálová (2006) definuje afázii jako získanou poruchu řeči (jazyka), na symbolické (kognitivní) úrovni vzniklou v důsledku postižení mozku, přičemž podotýká, že název je odvozen z řeckého „phasis“ – řeč (srov. Čecháčková, 2007).

Co se týče pojmů jazyk a řeč, v našich podmínkách se potýkáme s terminologickou nejednotností, kdy někteří autoři tyto termíny nedostatečně diferencují, naproti tomu zahraniční literatura uvádí jednoznačnou rozdílnost těchto pojmů. Rozdělení a vymezení těchto dvou pojmů hraje klíčovou roli v terapeutickém přístupu k afatikům, kdy nelze intervenovat pouze metodami, které jsou zaměřeny primárně na stimulaci motorických řečových mechanismů (Neubauer, 2007b).

V zahraničí jsou definice afázie obdobné, můžeme uvést např. pojetí od Mahendry (in Koul a kol., 2011), kdy autorka popisuje afázii jako získanou neurogení poruchu charakteristickou narušením schopnosti porozumění a produkce řeči, respektive jazyka, v každodenní komunikaci. Autorka dále zmiňuje, že afázie je nejčastější komunikační poruchou v důsledku poškození mozku. Rosenbek, LaPointe a Wertz (in Love, Webb, 2009, str. 235) definují afázii jako „postižení schopnosti jazykové produkce a percepce, jež vzniká na základě získaného poškození centrálního nervového systému. Je to multimodální porucha, která se může projevat rozmanitými obtížemi v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní. Takto narušený jazyk může být ovlivněn fyziologickými deficity nebo narušením kognice, avšak nelze jej vysvětlit demencí, smyslovou nebo motorickou poruchou“.

Dle Košťálové (2006) musíme být obezřetní při srovnávání termínů z hlediska lingvistického, kdy předpona „dys-“, označuje v zahraniční literatuře (např. v britské) částečnou poruchu či ztrátu, zatímco předpona „a-“, se váže k úplné poruše či ztrátě funkce. V tuzemské terminologii je však předpona „dys-“, vyjádřením vývojové poruchy, která zasahuje funkce, které jsou ještě ve vývinu. Předpona „a-“, naopak označuje poruchu získanou, která se váže na již jednou nabyté funkce či osvojené dovednosti (Vitásková, 2005). Musíme tedy afázii odlišit od vývojových poruch řeči, potažmo jazyka – dysfázie, dyslexie a dysgrafie a předcházet možným terminologickým nedorozuměním.

1.2 Etiologie afázie

Dle Cséfalvaye (2003; 2007; 2016) je afázie způsobena různými neurologickými onemocněními, a to zejména ložiskovým poškozením kortikální a subkortikálních oblastí mozku. Poškození mozku může být buď ložiskové (tzn. ohraničené), nebo difúzní (jiným slovem rozptýlené). Klinický obraz afázie je u každého jedince jiný. Závisí na tom, o jaké

poškození CNS se jedná (např. CMP, úrazy hlavy, nádorová onemocnění atp.), dále na lokalizaci a rozsahu léze, a v neposlední řadě také na věku jedince, který souvisí s plasticitou mozku. Obereignerů (2013) uvádí, že centrální řečová zóna je tvořena úzce propojenými oblastmi, které jsou zodpovědné za receptivní a expresivní funkce řeči.

První období afaziologie, tedy s počátky již v devatenáctém století, je známo svým klasickým asocianismem, kdy Paul Broca v roce 1861 a Carl Wernicke o třináct let později popsali první případy svých pacientů s afázií, u nichž zjistili různou lokalizaci léze na mozku. Vznikla tak nejzákladnější klasifikace afázií na senzorní (receptivní, Wernickeho) a motorické (expresivní, Brocova) (srov. Kiml, 1969). I přesto, že produkce a percepce řeči je v podstatě vždy do jisté míry u afatiků narušená, tato zjednodušená dichotomie je již nedostačující a nevhodná (Cséfalvay, 2007).

S těmito názvy jednotlivých klinických syndromů se setkáváme i dnes, avšak za terminologií stojí poněkud jiný obsah. V tzv. Bostonské klasifikaci vycházíme z toho, že specifická ložisková mozková léze vede ke specifickému klinickému obrazu afázie (Goodglass, Kaplan, 2000). V pojetí z devatenáctého století se však jednalo o představu, že specifická lokalizace mozkové léze způsobuje specifický typ afázie (např. že u lézí v okolí Wernickeho oblasti vznikne Wernickeho afázie, avšak tento lokalizacionismus je nyní překonán, jelikož byly klinické obrazy Wernickeho afázie popsány nejen u zmiňované léze, ale např. i u lézí v oblasti Brocova, či v oblasti gyrus supramarginalis a gyrus angularis (Cséfalvay, 2007; Love, Webb, 2009).

Vysvětlením této heterogenity může být to, že specifický klinický obraz afázie je tvořen koexistencí řady typických jazykových deficitů vznikajících u různých lézí mozku. Akcentuje se tedy vliv léze na vyšší psychické funkce. Produkce a porozumění mluvené řeči jsou velmi složité a komplexní procesy tvořící multikomponentní systémy. K účelnému fungování tohoto systému je potřeba, aby se zapojilo více oblastí mozku, a to vždy s ohledem na charakter úkolu (Cséfalvay, 2007).

Každý logoped by měl ovládat základy neurologického pohledu na problematiku narušené komunikační schopnosti, a naopak neurologové by měli být obeznámeni s metodami logopedické diagnostiky a terapie. Propojení logopedie a neurologie můžeme vidět např. v pracích světově uznávané americké logopedky Nancy Helm-Estabrooks, která úzce spolupracovala s neurology a neurofyziology a vydala mnoho odborných publikací týkajících se neurogenních poruch komunikace, z nichž jmenujme např. *Manual of Aphasia Therapy*.

Také se podílela na diagnostickém materiálu The Cognitive Linguistic Quick Test (podrobněji v podkapitole 1.5.5 Hodnocení kognitivních deficitů), který je v zahraničí hojně využíván (Love, Webb, 2009).

Jak uvádí Dietz a Ward (2015), moderní zobrazovací techniky jako CT (počítačová tomografie), MRI (magnetická rezonance), fMRI (funkční magnetická rezonance), PET (pozitronová emisní tomografie) stojí za větším soustředěním pozornosti na lokalizaci jednotlivých deficitů, které jsou součástí klinického syndromu afázie (srov. Neubauer, 2007b; Love, Webb, 2009). Pomocí těchto zobrazovacích metod lze přesněji předpokládat, které oblasti mozku se podílejí na realizaci určitých úloh. Např. americký výzkum (Lee, Zreik a Hamilton, 2017) poukazuje na souvislosti mezi sémantickými deficity v pojmenování obrázků v chronické fázi afázie a mozkovou lézi v oblasti pravého okcipitotemporálního kortexu.

1.2.1 Nejčastější příčiny afázie

Co se týče nejčastějších příčin, na jejichž základě dochází k lézi s následným narušením komunikační schopnosti, mnozí autoři (Klenková, 2006; Čecháčková, 2007; Neubauer, 2007a; Koul, 2011; Cséfalvay, 2016) se shodují na následujícím výčtu:

- *cévní mozkové příhody* (mohou být ischemické, kdy dochází ke snížení prokrvení mozku, a hemoragické, kdy je naopak mozek vystaven přílišnému krvácení);
- *úrazy mozku* (zejm. komoce, kontuze, komprese);
- *nádory mozku*;
- *encefalitidy a meningoencefalitidy* (záněty mozku a mozkových blan);
- *intoxikace CNS* (abúzus drog, alkoholu a jiných teratogenů);
- *degenerativní onemocnění CNS*.

1.3 Symptomatologie afázie

Symptomy afázie se projevují v různých kombinacích, v různém množství i v různé kvalitě. Řeč je buď plynulá, nebo neplynulá (resp. fluentní a nonfluentní), narušena může být receptivní i expresivní složka řeči.

Nejčastějšími symptomy afázie dle Čecháčkové (2007) jsou:

- parafázie – tzn. deformace slov různého stupně a typu. Mohou být:
 - fonemické – deformace slovního tvaru, kdy jsou zachovány některé správné prvky slova, lze tedy porozumět významu; často se vyskytují pouze záměny fonému (hřeben – hřebec);
 - žargonové – slovní deformace těžšího typu, kdy je slovo změněné a nelze plně porozumět významu (žduchla – židle);
 - sémantické – afatik si nemůže na slovo vzpomenout, nahrazuje je významově podobným nebo jej opíše (např. u slova „klíč“ bude opakovat „To mám doma. Tím se odemykají dveře.“);
- parafrázie – označuje sníženou schopnost až neschopnost větného vyjádření (např. větu „Budu muset odejít.“ vyjádří slovním spojením „Já tam.“); doprovází především expresivní typ afázie;
- perseverace – ulpívání na předešlém podnětu i při dalších odpovědích, kdy daný podnět již na afatika nepůsobí;
- logorhea – překotná mluva se sníženou srozumitelností s častým výskytem žargonových parafází; přítomna především u percepčních typů afází;
- anomie – narušení pojmenování, kdy afatikovi činí obtíže označení předmětu adekvátním slovem; často se vyskytuje u amnestické afázie;
- neologismy – gramaticky chybné tvoření slov, kdy dochází k záměnám hlásek a slabik, slova jsou nesrozumitelná; sdělení, která nedávají smysl;
- poruchy rozumění – nemusí být patrné na první pohled. Afatik často vykoná příkaz správně, jelikož dokáže odhadnout, co je po něm požadováno, a to na základě pochopení kontextu. Jednoduché výzvy může vykonat správně, jinak je tomu u složitějších příkazů, protože mu nerozumí nebo si ho není schopen zapamatovat. Porucha porozumění je jedno z nejdůležitějších kritérií hodnocení, jelikož se promítá do ostatních hodnocených úkolů, jejichž zadání nemusí rozumět a výkon se tak stává neobjektivním.

Cséfalvay (2007) uvádí tyto nejčastější jazykové deficity vyskytující se při afázii:

- perseverace;
- anomie;
- poruchy plynulosti řeči;
- poruchy porozumění řeči;
- parafázie, resp. neologismy (srov. Čecháčková, 2007);
- agramatismus.

V publikaci od Neubauera (2007b) se naopak můžeme setkat s těmito symptomy:

- dysnomie – obtíže v pojmenování v důsledku narušení sémantické jazykové sítě, přičemž se nejedná o ztrátu paměťové informace, nýbrž o obtíže ve vybavování;
- parafrázie – náhrady určitého pojmu v důsledku obtíží ve vybavování z jazykového systému. Mohou být:
 - fonemické – záměny fonémů (dům – dým);
 - sémantické – záměny v pojmovém okruhu (židle – stolička);
 - slovní – nesrozumitelné záměny, až neologismy (srov. Čecháčková, 2007).

Při dezintegraci či narušení morfologicko-syntaktické roviny vznikají agramatismy různého stupně, zasažení lexikálně-syntaktické roviny se projevuje poruchami v aktualizaci slov, které se manifestují jako anomie. Co se týče poškození sémantické roviny, můžeme pozorovat poruchu porozumění mluvené řeči kvůli obtížím přiřazení významu slyšené informaci. Uvedené jazykové deficity se objevují téměř u každé afázie, jejich míra je však různá, a to i v rámci téhož klinického syndromu u různých pacientů (Cséfalvay, 2007). Kvůli této různorodosti, interindividuálnosti a intraindividuálnosti byla známá bostonská klasifikace kritizována, většina afaziologů však i přesto zastává názor, že je zařazení pacienta do základních klinických syndromů afázie možné a žádoucí, a to zejména z hlediska zlepšování interdisciplinární, popř. transdisciplinární komunikace mezi ostatními odborníky, laickou veřejností a v neposlední řadě je tak celá situace přehlednější i pro samotného afatika a jeho blízké okolí.

1.4 Klasifikace afázie

Stejně jako u terminologie a symptomatologie, i zde se setkáváme s určitou nejednotností. Jednotlivé afaziologické školy mají různé klasifikační systémy, které se odrážejí od medicínských, psychologických či lingvistických hledisek. Cséfalvay (2007; 2016) uvádí, že většinu afází je možno zařadit do jednoho z osmi klinických syndromů, které byly v odborné literatuře popsány již dávno.

1.4.1 Bostonská klasifikace afázie

S touto klasifikací se v České republice setkáváme nejčastěji. Východiskem je tzv. klasická typologie afázie spojená se jmény Paul Broca a Carl Wernicke, kteří se o mozek a jeho funkce z neurologického pohledu zajímali již v 19. století. Na jejich poznatky navázali Goodglass, Kaplan a Kertesz, se kterými se spojuje právě bostonská klasifikace afází. Dle bostonské klasifikace lze diagnostikovat osm typů afázie, přičemž se dle spontánní řečové produkce dají pacienti rozdělit na dvě podskupiny – fluentní a nonfluentní. U nonfluentních afází je narušena především produkce řeči, což souvisí s lokalizací léze v anteriorních částech mozku, a to zejména ve frontálním laloku (Cséfalvay, 2007). Košťálová (2006) tyto afázie označuje jako „přední afázie“ a dodává, že jsou zpravidla vyvolány lézemi před sulcus centralis, tj. hluboká rýha mezi čelním a spánkovým lalokem v přední části, mezi temenním a spánkovým lalokem v zadním úseku. Fluentní afázie označuje jako „zadní afázie“ a spojuje je s lézemi v oblastech za sulcus centralis. Autorka také dodává, že toto rozlišení však není spolehlivé v akutních stádiích onemocnění, kdy i mnozí pacienti s lézemi v posteriorních částech mozku vykazují neplynulý mluvní projev. U pacientů s anteriorními mozkovými lézemi sledujeme závažnější narušení syntaktickým strukturám, zatímco u pacientů s posteriorními lézemi mozku jsou viditelné problémy již při porozumění významu slov, tedy na úrovni sémantické (Cséfalvay, 2007).

Afázie dále klasifikujeme na základě prozkoumání řečových modalit, mezi které spadá pojmenování, porozumění mluvené řeči a schopnost opakování. V bostonské klasifikaci převládá lingvistický aspekt, klasifikace se nezaměřuje na gnozii, praxii ani na orientaci (pravolevou orientaci, prostorovou orientaci, orientaci osobou atd.). Poruchy jako verbální či orální apraxie, dysartrie, agnózie a dysfagie jsou však v klinickém obrazu afázie mnohdy přítomny (Mahendra in Koul a kol., 2011).

Co se týče jednotlivých symptomů, poruchy pojmenování jsou do určité míry přítomny u každého typu afázie. Schopnost opakování slov a vět je zachována především u pacientů, u kterých není léze v okolí sulcus lateralis (Cséfalavay, 2007).

Nonfluentní afázie se projevují neplynulým mluvním projevem, a to od naprosté absence verbální řeči, popř. se zachováním některých automatismů u globální afázie, přes velmi omezenou produkci prostřednictvím izolovaných slov, až po schopnost vyjadřovat se ve větách s narušenou gramatickou stránkou a menšími obtížemi v plynulosti, jako je tomu např. u pacientů s Brocovou afázií. Řeč má pomalé tempo, je přerušovaná a namáhavá, vážně iniciace. Často se setkáme s přidruženou orální či verbální apraxií a/nebo dysartrií. Mnohdy je těžké afázii přesně diagnostikovat, popis symptomů je však důležitý pro budoucí terapii. Mezi nonfluentní typy řadíme afázii globální, transkortikální smíšenou, Brocovu a transkortikální motorickou (Košťálová a kol., 2006).

Naproti tomu mluvený projev u **fluentních typů afázie** je plynulý s přiměřeným tempem. Např. u Wernickeho afázie může být mluva snadno iniciována na jakýkoliv podnět a dochází i k logorhei, pak je projev obtížně přerušitelný a celkově zrychlený. Za fluentní projev se považuje i takový, který je sestaven pouze z neologismů, roli zde hraje fluence, tempo a prozodie. Do fluentních typů spadá afázie Wernickeho, transkortikální senzorická, kondukční a anomická (Košťálová a kol., 2006).

Součástí afázií je obvykle i alexie a agrafie, které se však mohou vyskytovat také samostatně bez ohledu na přítomnost afázie (Košťálová a kol., 2006). Kromě deficitů v oblasti pojmenování, opakování, fluence, porozumění a produkce psané či mluvené řeči, jsou mnohdy přítomné i deficity v oblasti kognice, např. poruchy pozornosti, pracovní paměť, verbální, paměť, speciální paměť a exekutivní funkce (Koul a kol., 2011).

Pro větší přehlednost charakteristik jednotlivých klinických syndromů afázie je uvedena Tabulka 1, která blíže specifikuje klinický obraz jednotlivých typů afázií dle bostonské klasifikace (převzato z Cséfalvay, 2007, s. 18).

Klinický syndrom afázie	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování	Pojmenování
Brocova afázie	Nonfluentní agramatická paraafázie	Lehké až těžké poruchy	Narušeno	Narušeno
Globální afázie	Absentuje řečová stereotypie	Těžce narušeno	Těžce narušeno	Těžce narušeno
Transkortikální motorická afázie	Nonfluentní echolalická	Lehké až středně těžké poruchy	Nenarušeno, případně lehce narušeno	Narušeno
Smišená transkortikální afázie	Nonfluentní řečové stereotypie	Těžce narušeni	Zachováno, mírně narušeno	Narušeno
Wernickeho afázie	Fluentní paraafázie, neologismy	Těžce narušeno	Narušeno	Narušeno
Konduktivní afázie	Fluentní	Lehce narušeno	Výrazně narušeno, fonemická paraafázie	Lehce narušeno
Amnestická afázie	Fluentní anomické pauzy	Lehce narušeno	Zachováno	Narušeno
Transkortikální senzorycká afázie	Fluentní echolalická	Těžké poruchy	Zachováno, echolalie	narušeno

Tab. 1 Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie (Cséfalvay, 2007, s. 18)

Brocova afázie

S tímto typem se v kategorii nonfluentních afázií setkáme nejčastěji. Dříve byla označována jako „motorická“ či „expresivní“ a často je chybně považována za afázií bez narušeného porozumění (Košťálová, 2006).

Cséfalvay (2007; 2016) popisuje produkci řeči při Brocově afázii jako nonfluentní s výrazně zpomaleným tempem. Na tom se pravděpodobně podílí i to, že se často k afáziím přidružuje i dysartrie, orální či verbální apraxie a ideomotorická apraxie (srov. Košťálová, 2006). Spontánní řeč je tvořena s námahou jedince, někdy je až

zredukována pouze na jednoslovné promluvy. Pacientům činí obtíže vyhledávání slov z mentálního lexikonu. V řeči se vyskytují produkce fragmentu slova, záměny fonémů, cirkumlokuce, perseverace a agramatismy. Košťálová (2006) uvádí termín „telegrafická řeč“, kdy se verbální produkce sestává z holých vět nebo jednotlivých slov s agramatismy a fonémickými parafáziemi. Dle autorky je narušení znatelné i při pojmenování a opakování.

Jak uvádí Cséfalvay (2007), porozumění mluvené řeči je oproti produkci lepší. Funkční porozumění při běžném rozhovoru je dobré, v orientaci napomáhá afatikovi kontext, poruchy porozumění proto nemusejí být zprvu odhaleny. Pro většinu pacientů není obtížné dekodování frekventovaných, krátkých, izolovaných slov a jednoduchých slov, ale při porozumění syntakticky složitějším větám mohou selhávat. Košťálová (2006) podotýká, že se porozumění může zdát relativně neporušené, avšak pacient selhává v pochopení gramatické a syntaktické stránky řeči, složitějších větných konstrukcí a logických vazeb.

Velmi často se vyskytují alexie a agrafie, přičemž symptomatologie poruch psaní a čtení po obsahové stránce je podobná příznakům, které se týkají porozumění a produkce mluvené řeči. Poruchy psaní po formální stránce je důsledkem parézy horní končetiny (srov. Košťálová, 2006; Cséfalvay, 2007; 2016). Téměř vždy jsou přítomny agramatismy, paragrafie a porucha vyhledávání slov, čtení může být narušeno jak ve vstupu, tak ve výstupu. Také je běžný výskyt obtíží při aktualizaci slov z ortografického lexikonu. Často se setkáváme s parézou či plegií horní končetiny, která znesnadňuje proces psaní. Afatik si je vědom své jazykové insuficience, může se proto vyhýbat verbálnímu projevu a bývá apatický a depresivní.

Dle Damasia (2008) vzniká tento typ afázie v důsledku léze, jež zasahuje oblasti Brocovy arey a zároveň se zčásti nachází před a za touto oblastí. Někdy také zasahuje postcentrální oblasti mozkové kůry preferované hemisféry a subkortikální oblasti frontálního laloku. Košťálová (2006) zmiňuje etiologickou souvislost s lézemi v Brocově oblasti v zadní části gyrus frontalis inferior levé hemisféry.

Globální afázie

Globální afázie bývá přítomna v klinickém obraze v akutní fázi onemocnění, po nějaké době se může zmírnit, a to i spontánně, u některých pacientů však bohužel zůstává jako trvalý stav (Cséfalvay, 2007). Jedná se o nejtěžší typ postižení komunikační schopnosti. Někteří pacienti přecházejí do Brocovy afázie (Košťálová, 2006).

Produkce mluvené řeči je výrazně narušena, mnohdy se vyskytuje perseverace, stereotypní opakování neologismů, anomie. Snahy komunikovat prostřednictvím kresby či psaním jsou mnohdy také neúspěšné (Cséfalvay, 2007; 2016). Košťálová (2006) popisuje řeč jako neplynulou až do obrazu mutismu.

Co se týče porozumění řeči, to je narušeno zejména jako důsledek poškození v levém temporálním laloku. Obtíží v porozumění si můžeme všimnout již při prvním kontaktu s pacientem, kdy nereaguje ani na základní výzvy. Doprovázení gesty komunikačního partnera zvyšují porozumění, reakce pak mohou být přiměřené kontextu. Pokud je porozumění narušeno méně, pacienti mohou být schopni efektivní komunikace prostřednictvím alternativní komunikace, např. s využitím obrázků či piktogramů.

Schopnost čtení a psaní je výrazně narušena. Někteří pacienti jsou schopni detekovat globálním čtením určití slova (např. dokáže vyhledat své jméno), při psaní se většinou objevují jen čmáranice, v případech, kdy je tato schopnost méně narušena, se můžeme setkat s částečným zachováním slova.

Tento typ afázie vzniká při rozsáhlých lézích v tzv. perisylvianské oblasti preferované hemisféry, přičemž nejčastější cerebrovaskulární příčina je okluze či stenóza arteria minima cerebri media, arteria cerebri interior, či rozsáhlé krvácení ve frontální, temporální či parietální oblasti mozku (Cséfalvay, 2007). Košťálová (2006) dodává, že je mnohdy globální afázie doprovázena těžkou pravostrannou hemiparézou, hemihypestézií a často i hemianopsií.

Smíšená transkortikální afázie

Tento typ je velmi podobný globální afázii, pouze schopnost reprodukce slov a vysoce automatizovaných frází je zachována. Někdy se tento typ afázií popisuje jako syndrom izolace řečových zón, jelikož dochází k izolaci korových řečových oblastí od ostatních korových oblastí, přičemž hlavní řečové oblasti nebývají samy o sobě poškozeny (srov. Cséfalvay, 2007; 2016; Košťálová a kol., 2006). Tento syndrom je analogický ke globálnímu typu afázie.

V mluvené řeči se vyskytují echolalie a perseverace, a to jak ve spontánní řeči, tak i při pojmenování. Často je přítomna anomie, narušení sémantického systému se projeví jako porucha porozumění (Cséfalvay, 2007). Košťálová (2006) popisuje narušené porozumění mluvené i psané formě řeči se zachovalým opakováním, spontánní řeč je však nonfluentní a celkově chudá s vyskytujícími se echoláliemi. Při STA je znatelná porucha pojmenování, psaní i hlasitého čtení.

STA vzniká při současné lézi v oblasti řečiště mezi arteria cerebri anterior a arteria cerebri media a při lézi v oblasti řečiště arteria cerebri posterior (Damasio, 2008). Tyto léze izolují řečové oblasti, proto se někdy tento typ afázie označuje jako syndrom izolace řečových zón (Cséfalvay, 2007).

Transkortikální motorická afázie

Produkce řeči je dle Cséfalavaye (2007) nonfluentní, spontánní řeč minimální s echolalickým charakterem. Košťálová (2006) ji popisuje jako neplynulou, adynamickou, nespontánní s přítomností parafází a echolálií. Pokud odpovídají na otázky komunikačního partnera, používají krátké a neúplné věty. Oba autoři se shodují na tom, že schopnost opakování slov, někdy i krátkých vět, je výrazně lepší než spontánní řečová produkce nebo pojmenování. Košťálová (2006) navíc podotýká, že poruchy pojmenování jsou různé, afatici většinou dobře reagují na fonemické nápovědy.

Porozumění řeči je u těchto pacientů narušeno méně, resp. je narušení viditelné zejména ve větách, které mají syntakticky složitější charakter. Porozumění významu jednotlivých slov nemusí být narušeno (Cséfalvay, 2007). Dle Košťálové (2006) je rozumění mluvené řeči lehce až středně těžce narušeno.

Můžeme se setkat s nenarušenou schopností čtení, popř. se zpomaleným tempem při produkci, a to i při čtení hlasitým. Košťálová (2006) popisuje plynulé čtení tetu, ovšem nesémantickou cestou, tedy s neporozuměním. Pomalé tempo se váže i s grafii, což může být důsledkem obtíží při vyhledávání daného slova v ortografickém lexikonu (Cséfalvay, 2007).

TMA vzniká v důsledku léze v oblasti řečiště arteria cerebri anterior v částech před Brocovou areou, v blízkosti suplementární motorické oblasti (Damasio, 2008). Košťálová (2006) píše o vzniku TMA při lézích frontálního kortexu, které jsou většinou menšího rozsahu než u Brocovy afázie a jsou lokalizovány před a nad Brocovou oblastí, přičemž často zasahují

do subkortikální bílé hmoty. Dochází tak k přerušení spoje mezi Brocovým centrem a premotorickým kortexem a suplementární motorickou oblastí při lézi asociačních vláken nebo přímo suplementární motorické oblasti. U cévních mozkových příhod ischemických se jedná o infarkty v povodní arteria cerebri anterior.

Transkortikální senzorická afázie

Transkortikální senzorická afázie (TSA) je poměrně vzácný klinický syndrom, který se podobá Wernickeho afázii a je tak často chybně diagnostikován. Od Wernickeho se však liší zejména dobrou schopností opakování (Košťálová, 2006). Produkce řeči bývá fluentní, ale efektivita komunikace je nízká kvůli vyskytujícím se parafáziím, které zapříčiňují, že je mluvená řeč téměř nesrozumitelná. Lexikální informace pravděpodobně obcházejí systém, v němž jsou uloženy významy slov, proto se někdy označuje jako „asemantická afázie“. Schopnost opakování, a to i delších slov, může být zachována, avšak bez porozumění jejich významu (Cséfalvay, 2007). V řeči se kromě sémantických parafázií objevují i neologismy a echolálie, prozodie je neporušená. Automatismy v řečové promluvě mohou být zachovány. Co se týče pojmenování, lexie a grafie, včetně porozumění čtené a psané řeči, tyto schopnosti jsou narušeny. Často se v klinickém obraze setkáme i s pravostrannou horní kvadrantanopsií nebo hemianopsií (Košťálová, 2006).

Porozumění řeči je narušeno, ale např. Bassová (in Cséfalvay, 2007) uvádí příklady pacientů, kteří byli schopni korigovat nesprávné gramatické morfémy (množné číslo, rod) ve slovech i větách, kterým však nerozuměli.

Hlasité čtení izolovaných slov je možné, ale bez porozumění obsahu. Spontánní psaní je narušeno výrazněji, při opisování slov a vět se však nemusíme setkávat s žádnými obtížemi.

TSA vzniká při lézích v zadní oblasti temporálního laloku, resp. u temporo-okcipitálního rozhraní (Damasio, 2008). Košťálová (2006) dává TSA do souvislosti s lézemi, které jsou lokalizovány v temporo-parientálním pomezí vlevo, přičemž může jít o povodí arteria cerebri posterior nebo arteria cerebri media.

Wernickeho afázie

Tento typ se řadí mezi nejčastější fluentní afázie. Dříve byla označována jako percepční či senzorická. Pacienti s Wernickeho afázií se manifestují plynulým řečovým projevem s nenarušenou artikulací. Spontánní řečová produkce se vyznačuje zrychleným tempem

a přítomností logorhei, neologismů a parafázíí. Parafázie, na úrovni fonologické i lexikální, se vyskytují i při pojmenování. Obsah sdělované informace je nízký, v řeči se často vyskytují slovní výplně, které jsou v mluvním projevu redundantní. Občasně se můžeme setkat s hyperprozodií. Co se týče gramatické stránky řeči, ta je zajímavá zejména tím, že pacienti ke slovům, a to i k vyprodukovaným parafáziím a neologismům, připojují správné gramatické morfémy. Schopnost opakování slov a vět je narušena. Při snaze reprodukovat věty jsou některá slova nahrazena jinými, afatici používají parafázie a přidávají další slova (Cséfalvay, 2007; Košťálová, 2006). Košťálová (2006) uvádí, že řeč může díky četnému výskytu sémantických parafázíí a neologismů připomínat cizí řeč, tzv. žargonofázii. Při pojmenování jsou časté parafatické substitute správného pojmenování, často až bizarního charakteru.

Porozumění mluvené i psané řeči je u těchto pacientů většinou těžce narušeno. Tato porucha dekodování přijímaného sdělení může vzniknout jak při vstupu informace, tak i v dalších fázích zpracování slova (Cséfalvay, 2007; Košťálová, 2006).

Schopnost tichého i hlasitého čtení je výrazně narušena, některým pacientům se může podařit přečtení izolovaných slov, avšak selhávají v porozumění jejich významu. S podobnými obtížemi se setkáváme při psaní, které může být po formální stránce bez problémů, avšak obsahová stránka selhává. Ve spontánním písemném projevu se setkáváme s paragrafiemi, zkomoleninami a celkově bizarní produkci slov (Cséfalvay, 2007; Košťálová, 2006).

U těchto pacientů se může objevit tzv. slovní hluchota, kdy dochází k porušení porozumění slovům, zatímco porozumění ostatním zvukům je zachováno. Také je znatelné narušení schopnosti opakování při intaktním pojmenování, čtením a psáním. Často se také vyskytuje pravostranná homonymní hemianopsie nebo horní kvadrantanopsie. Osoby s Wernickeho afázií se mnohdy nemusí být vědomi svého komunikačního deficitu, což je vede k paranoidním tendencím a nepřiměřenému vzteku na své okolí (Košťálová a kol., 2006).

Tento typ afázie vzniká nejčastěji při lézích spánkového laloku, v Brodmanově oblasti 22 (Wernickeho area) a sousedících oblastí v zadní části gyrus temporalis superior preferované hemisféry (Košťálová a kol., 2006).

Konduktivní afázie

V produkci jsou typickým symptomem fonemické parafázie. Spontánní řeč může být bez obtíží, zejména pokud je pacientova pozornost od svého mluvního projevu odvedena. Tento typ je označován jako fluentní afázie, avšak někdy může spontánní řeč působit nonfluentně, a to z důvodu vyskytujících se zmiňovaných parafází, zejména když se pacient snaží o jejich korekci. Pacienti si uvědomují svůj deficit do té míry, nakolik mají zachovanou zpětnou sluchovou vazbu. Tyto problémy jsou nejvýraznější při opakování, ale přítomny jsou i při pojmenování. Opakování je narušeno více než spontánní řeč bez výskytu agramatismů, avšak se zjednodušením syntaxe (Cséfalvay, 2007). Dle Košťálové (2006) je právě porucha opakování dominujícím symptomem konduktivní afázie. Autorka uvádí častý výskyt fonemických parafází a neschopnost opakování složitějších slov a vět. Spontánní řeč je fluentní, ale často se objevují přerušované pauzy a autokorekce, kdy se afatik snaží o opravu předešlé neúspěšné promluvy. Artikulace je nepostižená, stejně tak jako prozodie.

Funkční porozumění řeči není u většiny pacientů narušeno, pacienti nevykazují obtíže ani při dekodování gramatických vztahů jazyka. Deficity v porozumění se však mohou vyskytnout v případech, že si pacienti nahlas zopakují danou výzvu.

Co se týče schopnosti lexie, ta je zachována při tichém čtení, při hlasitém čtení se často vyskytují chyby, resp. paralexie. Podobně psaní se manifestuje paragrafiemi, a to zejména při psaní diktátu (Cséfalvay, 2007; Košťálová, 2006).

Konduktivní afázie vzniká při lézi v oblasti gyrus supramarginalis, přičemž sekundární zóna temporálního laloku bývá zachována, což vysvětluje absenci vážnějších poruch porozumění řeči (Damasio, 2008). Dle Geschwinda (in Košťálová a kol., 2006) je konduktivní afázie vyvolána lézí fasciculus arcuatus, které spojuje Wernickeho a Brocovo centrum řeči a probíhá pod gyrus supramarginalis. Podle nálezů funkčních zobrazovacích metod jsou léze lokalizovány v oblasti temporoparietální operkulární kůry a přilehlé bílé hmoty (Košťálová, 2006).

Anomická afázie

Tento typ afázie bývá označován také jako amnestická afázie. Produkce řeči je fluentní, největším symptomem jsou, jak vyplývá z názvu, porucha vyhledávání slov v mentálním lexikonu či obtíže v přístupu k mentálním reprezentacím slov, tedy anomie. Schopnost opakování slov je zachována, narušeno je pojmenování (Cséfalvay, 2007; Košťálová, 2006).

V řeči se mohou vyskytovat váhání, pomlky a obecné výrazy jako náhrady za chybějící slova (Košťálová, 2006). Porozumění mluvené ani psané řeči nebývá narušeno.

Lexie se odvíjí od míry narušení aktualizace slov, v některých případech je čtení s porozuměním zcela bez narušení, někdy se však mohou vyskytovat i alexie. V písemném projevu se vyskytuje pouze mírný deficit, spontánní psaní je rušeno vyhledáváním správné formy slova. U některých pacientů se vyskytují sémantické paragrafie, tedy záměny slov s podobným významem (srov. Cséfalavay, 2007; Košťálová, 2006).

Košťálová (2006) uvádí dělení anomie podle toho, zda afatik zná hledané slovo, zda rozumí použití objektu či je schopen přiřadit objekt ke jménu. Toto dělení se sestává z anomie tvorby slov, anomie výběru slov, sémantické anomie, diskonekční anomie, modalitně specifické anomie, specifické anomie pro kategorie a kolosální anomie.





Dřív se uvažovalo, že anomická afázie vzniká při lézi v oblasti gyrus supramarginalis či gyrus angularis, později byly popsány i lokalizace léze v temporálních oblastech. Dnes mezi odborníky převládá názor, že anomická afázie nemá lokalizační hodnotu, ale spíše může sloužit jako indikátor postižení levé hemisféry (např. při mozkových nádorech) či difúzního postižení mozku (jako incipientní symptom demence). Anomie je příznakem většiny afází (srov. Damasio, 2008; Košťálová a kol., 2006).

Pro přehlednost lokalizace lézí v souvislosti s jednotlivými typy afázie je uvedena Tabulka 2, která nastiňuje nejčastěji uváděnou topografii místa poškození mozku u jednotlivých klinických syndromů afázie.

Typ afázie	Místo poškození mozkové kůry
Brocova afázie	Frontálně vlevo, tzv. Brocova oblast – Brodmanova area 44-45 a její okolí
Globální afázie, smíšená transkortikální afázie	Okolí Sylviovy rýhy, rozsáhlé léze s frontálním i temporálním ložiskem, v povodí levé arteria cerebri či carotis interna
Transkortikální motorická afázie	Okolí Brocovy oblasti či její část směrem k motorické oblasti mozkové kůry
Wernickeho afázie	Temporálně vlevo, tzv. Wernickeho oblast – Brodmanova area 22 a její okolí
Kondukční afázie	Gyrus supramarginalis, sluchová kůra vlevo
Anomická afázie	Dříve udáváno temporo-parieto-okcipitální rozhraní, dnes není lokalizační hodnota tohoto typu afázie uznávána
Transkortikální sensorická afázie	Okolí Wernickeho oblasti, léze zadních částí spánkového laloku zasahující do týlního laloku

Tab. 2 Nejčastěji uváděná topografie místa poškození mozkové kůry u jednotlivých typů afázie (Neubauer, 2007b, s. 54)

Pro ještě lepší přehlednění jednotlivých typů afázií vzhledem k jejich symptomatologii v oblasti fluence, porozumění, opakování a lokalizace léze je zpracována Tabulka 3, kde jsou zaznačeny léze na mozku, v jejichž důsledku vznikají dané typy afázie.

Fluence	Nonfluentní				Fluentní			
Porozumění	Porušeno		Zachováno		Porušeno		Zachováno	
Opakování	Porušeno	Zachováno	Porušeno	Zachováno	Porušeno	Zachováno	Porušeno	Zachováno
Afázie	Globální	STA	Brocova	TMA	Wernickeho	TSA	Kondukcční	Anomická
Lokalizace								

Tab. 3 Klasifikace a základní vyšetřovací algoritmus afázií.

Dostupné z: <http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/wp-content/uploads/2012/07/ObrTab4.jpg>

Love a Webb (2009) dále uvádějí **subkortikální afázie**, za jejichž vznikem stojí léze thalamu a bazálních ganglií. Afázie vzniklá v důsledku levé thalamické léze se manifestuje relativně neměnným klinickým obrazem, kdy je řečová produkce fluentní, avšak se znatelnými sémantickými parafáziemi a neologismy. Schopnost opakování těchto osob je nenarušena, úroveň sluchového porozumění a porozumění čtenému textu je vysoká. Často jsou přítomny další symptomy, a to snížená síla hlasu, nespontánnost řečové produkce, obtížné vybavování slov z lexikonu a perseverace. Subkortikální afázie vzniklá v důsledku léze bazálních ganglií může vést k přednímu subkortikálnímu afatickému syndromu, který se projevuje dysartriemi, sníženou fluencí mluvního projevu s vyskytujícími se parafáziemi.

1.4.2 Hrbkova klasifikace afázie

Jedná se o klasifikaci vycházející z teorie, že základní mozkové mechanismy řeči jsou tvořeny soustavou šesti korových okrků a jejich spojů (Hrbek, 1983). Ústředním integrátorem, programátorem a operátorem řeči i všech dalších sémiotických soustav je proprioceptivní logestetický okrsek – PL, který je tvůrcem vnitřní řeči, tzn. procesu myšlení. Ten zaujímá prostřední nukleární část proprioceptivního projekčního sektoru svalstva mluvidel. Na základě této teorie byl vytvořen Hrbkův test vyšetření fatických funkcí (Klenková, 2006).

1.4.3 Lurijova klasifikace afázie

Tato klasifikace je oproti častěji užívané Bostonské klasifikaci založena na koncepci funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Cséfalvay (2003) uvádí, že je tento přístup, na rozdíl od ostatních, orientován na topiku léze mozku a zároveň na definování primárního postižení. Může se tak stát, že stejný symptom je různě zapříčiněn, tedy může vzniknout při různé lokalizaci poškození mozku. Dle Luriji (1982) můžeme afázie klasifikovat na:

- *afázie vznikající při lézích předních oblastí mozku* (dynamická afázie, eferentní motorická afázie);
- *afázie, které vznikají při poškození zadních oblastí mozku* (aferentní motorická, akusticko-mnestická, senzorická, sémantická a amnestická afázie).

Pro větší přehlednost je v textu uvedena Tabulka 4, která nastiňuje jednotlivé typy afázie podle klasifikace Luriji (tabulku sestavili Kaganová a Saling in Cséfalvay, 2003, s. 209) ve vztahu k primárnímu poškození jazyka a kortikálním oblastem, kde se příčinná léze nachází.

Typ afázie	Primární defekt	Kortikální oblast
Dynamická	Iniciace řeči	Frontální lalok
Eferentní motorická	Porucha kinetické organizace	Precentrální oblast
Aferentní motorická	Porucha kinestetické aferentace	Postcentrální oblast
Senzorická	Porucha fonematičké diferenciacce	Horní zadní temporální lalok
Akusticko-mnestická	Porucha sluchově-řečové paměti	Střední temporální lalok
sémantická	Porucha simultánní syntézy informací	Temporo-parieto-okcipitální oblast

Tab. 4 Klasifikace afázií podle A. Luriji (Kaganová a Saling in Cséfalvay, 2003, s. 209)

1.4.3 Kimlova klasifikace

Klasifikace byla koncipována uznávaným foniatrem Josefem Kimlem (1969) a opírá se o Wernickeho vymezení. Dělení je syndromologické a je orientováno pouze na jazykové deficity. Je zohledňována lokalizace léze se zaměřením na poruchy řeči, postižení celé CNS však není bráno v potaz. V současné době má Kimlova klasifikace převážně historický charakter, avšak díky své jednoduchosti je často používána ve foniatrii (Čecháčková, 2007; Obereignerů, 2013). Kiml (1969) rozlišuje tři základní druhy afázie

- *afázii totální (celkovou);*
- *afázii motorickou;*
- *afázii senzorickou.*

1.4.4 Olomoucká klasifikace

Olomoucký klasifikace afázií vznikla pod vedením primárky Miloslavy Čecháčkové na oddělení klinické logopedie Fakultní nemocnice v Olomouci. Jedná se o komplexní přístup, který je zčásti postaven na prvcích Hrbkova konceptu (1983). Velkým přínosem je možnost vyšetření obsáhlé škály kognitivních poruch – klasifikace zahrnuje vyšetření gnozie, praxie, pravolevé orientace a prostorové orientace (Čecháčková, 2007; Obereignerů, 2013). Autorka této klasifikace rozděluje komunikačně-kognitivní poruchy na základě dominující lokalizace léze a specifikuje je podle symptomů, které jsou obsahem poruchy, a to na:

- *expresivní afázie* – parafrázie, nonfluentní mluva, agramatismy, výskyt slovních trosek, alexie, agrafie;
- *integrační afázie* – Gertsmannův syndrom (agnozie prstů, narušení pravolevé orientace, disociovaná agrafie, porucha kalkulie), anomie, poruchy lexie, intaktní rozumění;
- *percepční afázie* – narušení dekodování a rozumění řeči → anosognosie vlastní poruchy, perseverace, neologismy, porucha lexie, grafie a kresby;
- *amnestická afázie* – anomie, sémantická parafrázie, fluence řeči narušena pauzami, rozumění bez obtíží;
- *globální afázie* – postižení všech kortikálních funkcí.

1.5 Diagnostika afázie

V současné době je využíváno nespočet testů, testových baterií a zkoušek. Jak je tomu u terminologie a klasifikace, tak i při diagnostice si každá afaziologická škola vytvořila svůj vlastní přístup, případně používané testy a tesové baterie modifikovala k obrazu svému (Klenková, 2006). Orientační vyšetření afázie může být prováděno lékaři (zejm. neurology), detailní a komplexní diagnostika afázie je pak v rukou klinického logopeda (Cséfalvay, 2007).

V diagnostice se odrážejí nové pohledy na danou problematiku. Vznik testů funkční komunikace je zapříčiněn potvrzeným faktem, že chování afatiků je v testových podmínkách odlišné od chování v každodenních situacích. Tento výrazný posun k pragmatice komunikace se odráží i v jiných oblastech, které se zabývají komunikací a jejím narušením (Cséfalvay, 2003). Další změnu oproti minulosti uvádí autor v jiné publikaci, a to navýšení času věnovanému diagnostickému procesu (Cséfalvay, 2007). Čas, který je vymezený na vyšetření osoby s afázií, byl v minulosti o dost zkrácený. V posledních letech se tento trend ale změnil a logopedi i jiní odborníci se více detailně věnují diagnostickému procesu, aby tak mohli zmapovat všechny aspekty afázie jako takové. Logoped se nesoustředí jen na přítomné symptomy afázie, ale může se zabírat i tím, co stojí v jejich pozadí (Cséfalvay, 2007).

Cséfalvay (2013) uvádí, že by se měla moderní diagnostika afázie zaměřovat na hodnocení funkce, postižení a participace ve společnosti. Toto široké pojetí diagnostiky afázie je opřeno o koncept Světové zdravotnické organizace (WHO, 2001), který nese název Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF; angl. ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health. Ve správně odvedené diagnostice by tedy nemělo chybět zhodnocení funkcionální komunikace a analýza konverzace osob s afázií.

Diagnostiku fatických funkcí v České republice významně ovlivnila publikace materiálu s názvem **Pražské afaziologické vyšetření** od autorek Budínová-Smělá, Bohmová a Mimrová z roku 1964 (Neubauer, 2007b). Tento diagnostický materiál vycházel z Hrbkovy koncepce fatických funkcí (podrobněji v podkapitole 1.4.2 Hrbkova klasifikace afázie). Nato bylo sestaveno několik klinických vyšetření fatických funkcí opírajících se zejména o bostonskou klasifikaci afázií; u nás je hojně využíváno **Vyšetření fatických funkcí**, které v roce 2003 vydal Cséfalvay ve spolupráci s Košťálovou a Klimešovou a v roce 2007 vznikla jeho přepracovaná slovenská verze **Diagnostika afázie, alexie a agrafie** (DgAAA) od autorů Cséfalvay, Egryová a Wiedermann. Vyšetření fatických funkcí pak bylo na základě aktuálních

potřeb klinické praxe a vývojem poznatků o afázii v letech 2009–2012 revidováno. Tento manuál je zároveň i terapeutickým materiálem (Klenková, 2006; Neubauer, 2007b; Cséfalvay a Košťálová, 2013). Jednotlivé části DgAAA jsou zaměřeny na hodnocení porozumění a produkci mluvené řeči (slova, věty, text, pojmenování obrázků) a čtení a psaní slov, vět a textu (Cséfalvay a Košťálová, 2013). Pro vyšetření afázie v akutní fázi onemocnění se používá **Vyšetření v akutní fázi onemocnění (VAFO)**, test zpracovaný Herejkovou a kolektivem v roce 2007.

Do speciálních testů afázie a vyšetření kognitivních funkcí se řadí i **Vyšetření získaných neurogenických poruch řečové komunikace (VZNPK)** od Neubauera (Neubauer, 2007b). Toto vyšetření se zaměřuje na zhodnocení fatických funkcí, lexie, grafie, praxe, motorických poruch řeči a kognitivně-komunikačních poruch. Dále lze při diagnostice afázie využít **Test pojmenování obrázků** autorů Šteňové a Cséfalvaye z roku 2011, která je zaměřen především na hodnocení lexikálního výběru. V roce 2012 do klinické praxe logopedů přibyl také **Dotazník funkcionální komunikace** (Košťálová, 2013), který slouží ke zmapování důsledků jazykových poruch na komunikaci v každodenním životě osoby a afázií. Dotazník je hodnocen komunikačním partnerem, který srovnává výkony osoby před a po vzniku onemocnění. Jednotlivé subtesty se zaměřují na pragmatiku komunikace ve čtyřech oblastech: bazální stimulace, sociální komunikace, čtení a psaní, orientace a čísla v životě. Z potřeby krátkého a jednoduchého zhodnocení poruch pozornosti pacientů na lůžku byla vytvořena **Zkouška vizuální pozornosti**. Pro orientační vyšetření deliria lze využít českou verzi testu hodnocení deliria v intenzivní péči The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (**CAM-ICUcz**). Delirium, tedy akutní porucha vědomí s narušenou pozorností, se rapidně rozvíjí a je provázána změnami kognitivních funkcí nebo percepce, které nejsou vysvětlitelné již existující demencí (Cséfalvay a Košťálová, 2013).

Co se týče hodnocení mluvené řeči u osob s afázií, orientujeme se na vyšetření spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Tyto čtyři oblasti korespondují i s bostonskou klasifikací (více rozebráno v 1.4.1 Bostonská klasifikace afázie). Aby bylo hodnocení komplexní, musí zahrnovat nejen mluvenou, ale i psanou formu řeči (psaní, čtení). Výstupem diagnostiky je získání dostatečného množství informací, které pomohou odborníkům s volbou vhodné terapie (Klenková, 2006). Cséfalvay (2007; 2016) označuje diagnostiku jako klíčový úkol k následnému naplánování terapie. Dle téhož autora by nám měl diagnostický proces afázie zodpovědět následující otázky:

- Je v klinickém obraze pacienta přítomna afázie?
- Pokud ano, o jaký typ a stupeň afázie se jedná? Jaký je mechanismus narušení?
- Jak vypadá každodenní komunikace pacienta?
- Jaké jsou specifické symptomy afázie?

Pro zodpovězení první otázky používáme screeningové testy afázie, které nám pomáhají diagnostikovat afázii v akutním stádiu onemocnění. Pro zhodnocení typu a stupně afázie jsou využívány kvantitativně a kvalitativně orientované testy afázie. Pro evaluaci klientovy každodenní komunikace se administrují testy funkční komunikace. Specifické symptomy afázie můžeme zanalyzovat ze získaných hodnot všech předchozích vyšetření, přičemž se zaměřujeme na pojmenování podstatných jmen a sloves. Pokud se jedná o bilingvní pacienty, nesmíme opomenout vyšetření dané populace se všemi specifiky (Cséfalvay, 2007).

Autor tedy klasifikuje testy afázie na:

- screeningové testy afázie;
- komplexní hodnocení jazykových deficitů;
- speciální testy afázie;
- hodnocení funkcionální komunikace;
- orientační hodnocení kognitivních deficitů (in Cséfalvay, Košťálová, 2013).

1.5.1 Screeningové testy afázie

Diagnostický proces afázie v akutním stádiu onemocnění je velmi specifický, pacienti bývají velmi rychle unavitelní, mají omezenou schopnost koncentrace. Často trpí různými bolestmi nebo užívají léky, které mohou ovlivnit jejich výkon při diagnostice afázie. Mnohdy také trpí frustrací či deprivací, náhlá ztráta schopnosti komunikace a/nebo pohybu může zapříčinit negativismus při spolupráci, odmítání kontaktu či pocit zbytečnosti logopedického vyšetření

vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. Při takových stavech pacienta je na logopedovi zvaženo vhodnosti realizace diagnostiky. Z tohoto důvodu může být diagnostika v prvních dnech omezena na orientační vyšetření pouze některých řečových oblastí, a to většinou spontánní produkce a porozumění řeči (Cséfalvay, 2007).

Cílem screeningu afázie je zmapovat charakter a míru afázie, popř. přítomnost přidružené alexie a agrafie. Stupeň afázie je v mnohých případech v prvních dnech po vzniku velmi těžký, u rozsáhlých lézí mozku je přítomnost afázie zřetelná již při prvním kontaktu s vyšetřovaným. K určení typu afázie je stěžejní spolu s vyšetřením úrovně spontánní produkce a porozumění řeči také zjištění schopnosti pojmenování a opakování (Cséfalvay, Košťálová, 2013). V akutním stadiu onemocnění musíme vždy brát v potaz, že se klinický obraz onemocnění může postupem času výrazně měnit, což je mimo jiné zapříčiněno také vlivem včas zahájené farmakoterapie a mozkovými mechanismy, jako je např. ústup diaschízy, revaskularizace apod. (Cséfalvay, 2007).

Autor odkazuje mimo jiné na monografii Spreena a Rissera s názvem *Assessment of Aphasia* z roku 2003, která skýtá detailní přehled testů a metodik diagnostiky afázie užívaných zejména v anglicky mluvících zemích. Co se týče testů u nás méně využívaných, ale ve světě známých, jedná se např. o tyto:

- Frenchay Aphasia Screening Test (FAST);
- Bedside Evaluation Screening Test (BEST-2);
- Sklar Aphasia Scale Revised (SAS) (in Cséfalvay, 2003; Cséfalvay, Košťálová, 2013)

V České republice je hojně využíván **Mississippi Aphasia Screening Test (MASTcz)**, kdy hodnotíme automatickou řeč, pojmenování, opakování, fluenci při popisu obrázku, psaní diktátu, porozumění otázkám, slovům a čtené instrukci (Košťálová a kol., 2008). MASTcz se stal prvním standardizovaným screeninem afázie. Česká verze tohoto testu je využívána i na Slovensku, kde se můžeme setkat i s testem **Aphasie Schnell Test (AST)**, při kterém je hodnoceno pojmenování předmětů a osob na obrázku, porozumění slyšené řeči, čtení slov a krátké instrukce, psaní (Cséfalvay, 2007; Cséfalavay a Košťálová, 2013; Obereignerů, 2013).

1.5.2 Komplexní testy afázie

Klinický obraz afázie se s postupem času, po několika dnech, týdnech či měsících víceméně ustálí. Pak je možné užít komplexní diagnostické testy afázie. Pacienti mají v průběhu testování větší schopnost koncentrace, než tomu bylo v akutní fázi onemocnění (detailněji v kapitole 1.5.1 Screeningové testy afázie), spolupracují déle a efektivněji. Nepředpokládáme, že dojde ke změně klinického obrazu, je tedy možné testování v průběhu přerušit a za pár dní se k němu vrátit. Nejvíce používanými postupy jsou testové baterie, které jsou standardizované na populaci, a ve kterých se zároveň s afázií hodnotí i úroveň lexie, grafie, praxe a kalkule (Cséfalvay, 2007). Komplexní testy mohou být kvantitativní, kvalitativní a testy zaměřené na funkční komunikaci.

Kvantitativně orientované testy hodnotí jednotlivé vyskytující se symptomy afázie a jejich rozsah. Na základě takového zhodnocení můžeme osoby s afázií klasifikovat do jednotlivých syndromů afázie na základě bostonské klasifikace (více se dočtete v kapitole 1.4.1 Bostonská klasifikace afázie). Za první komplexní test se považuje **Boston Diagnostic Aphasia Examination** (BDAE; Goodglass, Kaplan a Barresi 2000). Dále se využívá **Western Aphasia Battery** (WAB, Kertesz, 1982), který je strukturou velmi podobný testu BDAE. WAB existuje i v české verzi (Kulišťák, 1996) a ve slovenské verzi (Cséfalvay a Maňásková, 1988). V zahraničí je dostupná i revidovaná verze WABu, **Western Aphasia Battery – revised**, jejíž součástí je i forma přizpůsobená k vyšetření u lůžka pacienta (Obereignerů, 2013). Nespornou výhodou kvantitativních testů je využití přesně hodnotících kritérií, které je možno skórovat (Cséfalvay, 2007). V německy mluvících zemích se dlouho používal **Aachener Aphasia Test** (AAT), který je orientován psycholingvisticky. Dále se v zahraničí využívá **Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia** (PALPA), který má základ v kognitivně-neuropsychologické teorii jazykových procesů. CAT (**Comprehensive Aphasia Test**) je diagnostickou baterií, jejímž výsledkem je komplexní klinický obraz o afatikovi (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Naopak pomocí **kvalitativně orientovaných testů** hodnotíme způsob a kvalitu řešení daných úloh. Příkladem na kvalitu orientovaného testu je Lurijovo vyšetření afázie, které se opírá o syndromovou analýzu. Jiným kvalitativním testem je hodnocení afázie (alexie a agrafie) vycházející z kognitivně-neuropsychologické teorie jazykových procesů (Ellis a Young, 1988; Basso, 2003 in Cséfalvay, 2007).

1.5.3 Speciální testy afázie

Pomocí speciálních testů afázie se diagnostikují jen vybrané řečové funkce, tzn. jsou sestaveny pro specifickou skupinu populace s afázií. Některé z nich jsou součástí komplexních testových baterií, ale používáme je i tehdy, chceme-li se při vyšetření zaměřit pouze na některé jazykové deficity. Spadá sem např. **Boston Naming Test (BNT)**, který zkoumá schopnost vizuální percepce. Na Slovensku byl test adaptován odborníky Z. Cséfalvayem a M. Chovancovou v roce 2001 (Cséfalvay, 2007). Dalším testem řazeným do této kategorie je **Boston Assessment of Severe Aphasia (BASA)**, který hodnotí verbální i neverbální schopnosti pacienta, úroveň porozumění řeči a gestům, praxii, lexii, grafii a vizuoprostorové schopnosti. Dále Cséfalvay a Košťálová (2013) uvádějí **Object and action Naming Battery (OANB)** od autorek Druks a Masterson vytvořený roku 2000. K hojně používanému testu, a to i na území České republiky, patří **Token test (TT)**, který hodnotí míru porušení porozumění řeči, dekodování verbálních informací a porozumění syntaktickým vztahům mezi jednotlivými prvky instrukce. **Reporter's Test (RT)** navazuje na Token test, kdy má vyšetřovaná osoba popisovat, co vyšetřující provádí s geometrickými tvary při manipulaci v administraci TT. **Bilingual Aphasia Test (BAT)** slouží k vyšetření bilingvních afatiků.

1.5.4 Hodnocení funkcionální komunikace a konverzace

Testy, které jsou **orientovány na funkční komunikaci** afatiků, nehodnotí samostatné řečové funkce izolovaně, ale mají za cíl poznat efektivitu komunikace osoby s afázií, soustřeďují se tedy na pragmatickou rovinu komunikace. Úkolem těchto testů je i zmapování komunikačních strategií, které sami afatici používají jako kompenzaci deficitu vyplývajícího z afázie. Nejpoužívanějším testem funkční komunikace je test **Communicative Activities of Daily Living (CADL-2; Holland, Frattali a Fromm, 1999)**. Za slovenskou verzí tohoto testu, který hodnotí úroveň porozumění v komunikaci dospělých osob s řečovými a kognitivními poruchami, stojí Cséfalvay a Sekanová (2002). V České republice byl vytvořen **Dotazník funkcionální komunikace**, který má sloužit k mapování pragmatiky komunikace u dospělých pacientů s afázií a zároveň je východiskem pro funkcionálně orientovanou terapii.

1.5.5 Hodnocení kognitivních deficitů

Pro orientační vyšetření kognitivních funkcí je možné využít několik orientačních diagnostických metodik, komplexní neuropsychologické vyšetření je pak v kompetencích klinického psychologa či neuropsychologa.

Jednoduchým orientačním testem ke zhodnocení kognitivních funkcí je **Mimi Mental State Examination** (MMSE). Dále autoři uvádí **Montreal Cognitive Assessment** (MoCA; Montrealský screening kognitivních funkcí), který je volně dostupný na internetu i v českém a slovenském jazyce. Tento test hodnotí vizuokonstrukční schopnosti a exekutivní funkce, jazyk, paměť, pozornost a koncentraci, koncepční myšlení, počítání a celkovou orientaci. Testem CLQT (**The Cognitive Linguistic Quick Test**; Helm-Estabrooks, 2001) je možné zhodnotit pozornost, paměť, exekutivní funkce a jazykové a vizuoprostorové schopnosti osob s afázií. **The Butt Non Verbal Reasoning Test** (BNVR; Butt, Bucks, 2004) je určen ke zhodnocení schopnosti řešit problémy (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Pro větší přehlednost je přiložena Tabulka 5, kde je výčet některých zmíněných testů a jejich stručná charakteristika (převzato z Cséfalvay, Košťálová, 2013, s. 100).

Test	Stručná charakteristika
AST	Standardizovaný screening afázie vydaný v Německu. Je zaměřený na hodnocení mluvené a psané řeči, na produkci a porozumění (čtení a psaní). K dispozici jsou percentilové normy.
MAST	Krátký screening jazykových deficitů pro pacienty s mozkovým poškozením. Jednoduchá kvantifikace výkonů. Volně dostupný na webové stránce testu.
AAT	Komplexní test pro hodnocení afázie, původně vydaný v Německu. Umožňuje klasifikovat základní syndromy afázie, kvantifikovat míru narušení.
CAT	Moderní komplexní test afázie. Kromě jazykových subtestů je zaměřený na hodnocení psychosociálních důsledků afázie a obsahuje krátká kognitivní screening použitelný i u pacientů s poruchami komunikace.
BNT	Nejpoužívanější test pojmenování obrázků. Kromě standardní verze (60 položek) existuje i verze zkrácená (15 položek).
TT	Test původně vytvořený pro hodnocení poruch porozumění řeči. Je používán i jako screening, protože všichni pacienti bez ohledu na typ afázie dosahují v testu výkonu pod hranicí normy.
BASA	Diagnostická metodika konstruovaná pro hodnocení pacientů s těžkým stupněm afázie.
BAT	Test pro bilingvní pacienty. Bylo vytvořeno velké množství dvojjazyčných kombinací testu, které jsou volně dostupné na webové stránce testu.
CLQT	Krátký test pro hodnocení kognitivních i jazykových schopností.
MOCA	Standardizovaný screening kognitivních funkcí.

Tab. 5 Přehled diagnostických metodik používaných u pacientů s afázií (Cséfalvay, Košťálová, 2013, s. 100)

1.5.6 Diferenciální diagnostika

V rámci diferenciální diagnostiky využíváme odborná vyšetření (především neurologické, foniatrické, logopedické apod.), která přispějí k odlišení afázie od jiných poruch, a to dysartrie, agnozie, apraxie, alexie, mutismu (Klenková, 2006). K afázii, jakožto centrální poruše, se mnohdy připojují i další poruchy symbolických funkcí, kterými jsou alexie, agrafie, akalkulie, agnozie a apraxie (Obereignerů, 2013). Je nutné afázii jako poruchu jazyka na symbolické úrovni diferencovat od poruch motorické produkce zvuků na nesymbolické úrovni, tedy poruch fonace (dysfonie, afonie) a poruch artikulace (dysartrie, anartrie, verbální dyspraxie) (srov. Košťálová, 2006; Neubauer, 2007a). Afázie je dále nutné odlišit od poruch myšlení v rámci psychiatrických onemocnění a u difúzních encefalopatií, které se projevují kvalitativní poruchou vědomí charakteru deliria nebo difúzní deteriorací kognitivních funkcí – demence. Tato onemocnění mohou v různé míře stát za poruchou jazyka i řeči. Specifické postavení zastává primární progresivní afázie jako zvláštní forma demence, která se manifestuje progresivním zhoršováním převážně fatických funkcí, přičemž ostatní kognitivní funkce zůstávají dlouho neporušené (Košťálová, 2006; Love, Webb, 2009).

1.6 Terapie afázie

Afázie je velmi složitá systémová porucha, jejíž projevy jsou velmi různé. Je přítomno narušení nejen komunikačních schopností, ale i stránky psychické, emocionální a volní. Rehabilitace by měla být ucelená a komplexní, měla by se sestávat z terapie lékařské, fyzioterapeutické, psychologické i logopedické (Klenková, 2006). Jedním z cílů logopedické intervence u osob s afázií je zmírnění frustrace či apatie z dlouhodobě neúspěšných pokusů o komunikaci.

Teorie o vzniku afázie se začaly formovat již v 19. století (Paul Broca, Carl Wernicke), ale rozvoj terapie zaznamenáváme až ve 20. století v poválečném období, kdy mnoho lidí utrpělo poškození mozku. V tomto období vznikala významná pracoviště, z nichž se později vyvinuly jednotlivé afaziologické školy. Cséfalvay (2013) zmiňuje vznik zejména bostonské afaziologické školy, jejichž představiteli jsou Geschwind, Goodglass a Kaplan, ruské neuropsychologické školy vedenou Lurijou a Cvetkovovou a německé neurologické školy v popředí s Poeckem a Leischnerem. V současnosti se setkáváme s dvěma dominujícími terapeutickými směry, jmenovitě se jedná o kognitivně-neuropsychologický přístup a pragmatický směr.

1.6.1 Kognitivně-neuropsychologický přístup

Tyto přístupy se zaměřují na analýzu konkrétního deficitu a vypracování individuální terapeutické strategie. Jeho cílem je obnovení nebo kompenzace jazykových procesů, a také odhalení zákonitostí fungování kognitivních procesů, které jsou v normě.

1.6.2 Pragmatický přístup

Na rozdíl od výše popsaného přístupu se tento směr orientuje na funkcionální komunikaci a zdůrazňuje vliv narušení na specifické schopnosti jedince s afázií. Vychází z předpokladu, že je velmi důležité osobu s afázií co nejdříve zařadit do běžného fungování společnosti a poskytnout mu adekvátní možnost komunikace a učinit ho v co nejvyšší míře soběstačným. Klade důraz na obnovu schopnosti používat jazyk a rozumět mu v kontextu dané situace.

Jak uvádí Cséfalvay více než před dvaceti lety (Cséfalvay a Traubner, 1996, s. 155), *„konečným cílem terapie afatiků je dosáhnout optimální úrovně komunikace, jaká je při konkrétní lézi mozkových struktur možná“*. Pozornost se obrací k osobě s afázií v kontextu celého jeho okolí, z popředí ustupuje afázie jako nemoc či patologie. Cséfalvay (2013) uvádí, že za klíčové pojmy aktuálního paradigmatu jsou aktivita a participace. Toto chápeme jako změnu tradičního medicínského pohledu, který je charakterizován jako posun zájmu pacienta v akutním stavu na chronický průběh afázie.

Důraz je také kladen na skupinovou terapii, snahu o co největší nezávislost na institucích a vznik podpůrných skupin. Zatímco dříve byl důraz kladen spíše na nemoc a její nejefektivnější odstranění, dnes se odborníci zajímají také o psychosociální aspekty afázie. Tím máme na mysli zhodnocení kvality života afatiků a možnosti jejího pozitivního ovlivnění.

2 Alternativní a augmentativní komunikace

Dokument vydaný americkou organizací National Joint Comitee for the Communication Needs of Persons with Severe Disabilities definuje komunikaci takto: „*Jde o každý akt, kterým jedna osoba druhé předává nebo od ní přijímá informace o svých potřebách, přáních, vjemech, vědomostech nebo emočních stavech. Komunikace může být záměrná nebo nezáměrná, může zahrnovat obvyklé nebo nekonvenční signály, může mít lingvistickou nebo nelingvistickou formu a může se uskutečňovat řečí nebo jiným způsobem.*“ (in Šarounová, 2014, s. 9). Jak vyplývá z této definice, nelze nekomunikovat, což je jeden z komunikačních axiomů popsany Paulem Watzlawickem (Watzlawick, 2011). Každý jedinec nějakým způsobem interaguje se svým okolím a úkolem AAK je nalézt cestu, jak docílit co nejefektivnější komunikace, když je schopnost dorozumívát se řečí těžce narušena.

Americká asociace pro řeč, jazyk a sluch (ASHA, 2004) definuje AAK jako oblast klinické praxe, která se pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat projevy postižení u osob s těžkými expresivními komunikačními poruchami – tedy těžkými poruchami v oblasti řeči, jazyka a psaní (in Šarounová, 2014). Co se týče jiných odborníků a jejich definic, převládá shoda s definicí od ASHY. Můžeme tedy říci, že alternativní a augmentativní komunikace se pokouší kompenzovat (dočasně nebo trvale) poškození osob s těžce narušenou komunikační schopností, zejména u lidí s těžkým tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením.

Jak uvádí Kukumbergová a Cséfalvay (2016), AAK podporuje existující, ale nedostatečné komunikační schopnosti, a to v mluvené či psané formě řeči, nebo ve formě gest. Podle Reynoldse (2014) označuje pojem AAK integrovaný systém komponent, jež usnadňují osobám s těžce narušenou komunikační schopností realizovat komunikační akt. Alternativní a augmentativní komunikace se tedy snaží kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami. Tyto poruchy se mohou vyskytovat jen po určitou dobu, ale zejména i trvale. Cílem AAK je umožnit lidem se závažnými poruchami komunikace účinně se dorozumívát a reagovat na podněty ve svém okolí, a to nejlépe tak, aby se mohli jako většinová intaktní společnost aktivně účastnit života. Jedná se o využití veškerých komunikačních schopností jedince s postižením ke kompenzaci nedokonalostí v komunikaci (Laudová, 2007).

Nutno podotknout, že metody AAK jsou ve většinové literatuře i v praxi pojímány jako podpora pro slyšící osoby, případně pro osoby s kombinovaným postižením, z nichž jedno je sluchové. ASHA (2004) vymezuje, že potenciálními uživateli AAK jsou osoby se sluchovým

postižením, které není primární příčinou jejich komunikačního deficitu. Lidé s těžkým sluchovým postižením samozřejmě také potřebují podporu v oblasti dorozumívání, oblast komunikace lidí se tímto typem postižení však do AAK nespadá, je brána jako samostatný obor, i když je s touto problematikou velmi úzce spjatý (Laudová, 2007).

Neschopnost dorozumívat se mluvenou řečí je omezením, které výrazně ovlivní téměř všechny oblasti života člověka. Tento problém často vzniká v kombinaci s jiným postižením (tělesným, mentálním, smyslovým nebo kombinovaným) nebo vzniká jako důsledek jiného onemocnění (ložiskové poškození mozku, degenerativní onemocnění CNS, aj.). Takto těžké poruchy komunikační schopnosti se tak stávají překážkou při dalším rozvíjení dítěte a jeho socializaci. Podle Cséfalvaye (2016) mohou mít děti s těžkými poruchami expresivní řeči problémy v učení se novým věcem a dospělí jedinci se při absenci mluvené řeči dostávají do sociální izolace, ve které se jim nedostává potřebné množství podnětů. To zpětně ovlivňuje v případě dětí i jejich další psychosociální vývoj a u dospělých psychosociální integritu.

V České republice dochází k rozvoji v oblasti AAK zejména od 90. let 20. století, ve světě je systémům a metodám AAK věnována pozornost již dříve, a to přibližně od 70. let 20. století (Klenková, 2000). V roce 1983 byla založena mezinárodní organizace ISAAC (The International Society for Augmentative and Alternative Communication; česky Mezinárodní společnost pro augmentativní a alternativní komunikaci). V České republice funguje od roku 1994 SAAK (Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci), pod jehož záštitou vzniklo Centrum pro augmentativní a alternativní komunikaci (CAAK) v Praze (Bendová, 2013).

2.1 AAK systémy

Augmentativní komunikační systémy vycházejí z latinského slova *augmentare* – rozšiřovat, mají tedy sloužit jako podpora již existujících, nicméně pro běžnou výměnu informací nedostačujících komunikačních schopností.

Alternativní komunikační systémy naopak zcela nahrazují absentující mluvenou řeč.

Dle Laudové (2007) používá většina lidí k upřesnění významu slov při verbální komunikaci i mimiku, gesta, řeč těla, případně se si mohou dopomoci psaním. Můžeme tak hovořit o komunikaci multimodální. Význam používání těchto modalit nabývá zejména v případě, kdy člověk není schopen využívat právě mluvenou řeč. Závažná porucha komunikace může vzniknout v důsledku **vrozených poruch** (mozkové obrny, těžké sluchové postižení, mentální postižení, poruchy autistického spektra, kombinované postižení), **získaných poruch** (stavy po cévní mozkové příhodě, úrazech mozku, nádorech mozku, získané těžké sluchové postižení, získané kombinované postižení) a **degenerativních onemocnění** (skleróza multiplex, muskulární dystrofie, amyotrofická laterální skleróza, Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova choroba).

Pokud jsou tyto poruchy natolik závažné, že dotyčnému brání v komunikaci mluvenou řečí, je nutné naučit jej komunikovat jinak, a to pomocí alternativních či augmentativních technik. Mějme na paměti, že při aplikaci AAK se nejedná o zabraňování rozvoji řeči. Pokud se u osob řeč vyskytuje, ale není zcela funkční, snažíme se pomocí technik AAK zvýšit komunikaci osoby v co nejvyšší míře, ale zároveň se snažíme využít i její schopnost, i když ve snížené míře, komunikovat verbálně. Dočasná podpora technikami AAK není na škodu ani u menších dětí s rizikem vzniku komunikačních poruch nebo u dětí s vývojovou dysfázií, u nichž směřujeme k co největšímu rozvoji mluvené řeči. Nestavíme mosty mezi systémy AAK a klasickou logopedickou péčí zaměřenou na verbální komunikaci, naopak se tyto dvě domény snažíme propojit (Šarounová, 2014).

S tímto souvisí i mýty o AAK, o kterých hovoří Romski a Sevcik (2005), a které mohou i dodnes přetrvávat, zejména v povědomí laické veřejnosti. Jelikož se následující mýty týkají dětí a tato práce je primárně zaměřena na dospělou populaci, bude uveden jen krátký výčet těchto mýtů. Byla by však škoda je zcela opomenout. Jedná se následující výroky:

- mýtus 1: AAK je poslední možnost v logopedické terapii;
- mýtus 2: AAK zpomaluje nebo brzdí rozvoj řeči;
- mýtus 3: děti musí mít osvojené některé schopnosti, aby měly z AAK užitek;
- mýtus 4: AAK pomůcky s hlasovým výstupem jsou vhodné jen pro děti s intaktními kognitivními schopnostmi;
- mýtus 5: děti musí dosáhnout určitého věku, aby měly z AAK prospěch;
- mýtus 6: existuje hierarchie znaků, začínající objekty až po psaná slova (tradiční ortografie).

Při diagnostice, která je velmi důležitá pro stanovení vhodného postupu při intervenci AAK, se zaměřujeme na několik domén. Zjišťujeme jak porozumění řeči, tak porozumění signálům neverbální komunikace a symbolům, současné způsoby komunikace a jejich úspěšnost, schopnost adekvátního vyjadřování ANO/NE. Zajímá nás také sluchové a zrakové vnímání a čtenářské dovednosti. Při hodnocení úrovně motoriky (jemná a hrubá motorika, rozsah, diadochokineze ruky pro zhodnocení fyzického přístupu k případným komunikačním pomůckám) máme na paměti, že cílem je zjistit motorické schopnosti, nikoliv popsat motorické obtíže. Dále hodnotíme motivaci ke komunikaci a potřebu dorozumět se, sociální dovednosti, emoční projevy a chování celkově a v neposlední řadě úroveň kognitivních schopností.

2.2 Klasifikace AAK

Klasifikací alternativních a augmentativních strategií je několik, v České republice se nejčastěji odborníci shodují na této (Laudová, 2007; Bendová, 2013; Šarounová, 2014):

1. **systemy bez pomůcek** (unaided) – jedná se o komunikaci cíleným pohledem, výrazy obličeje, gesty, samotným držením těla, manuálními znaky a systémy;
2. **systemy vyžadující pomůcky** (aided); ty se dále dělí na:
 - *netechnické* (low tech) – jedná se o užívání jednoduchých pomůcek bez hlasového výstupu;
 - *technické* (high tech) – strategie, které jsou podporovány elektronickými komunikačními pomůckami a počítači, jejichž hardware a software je speciálně upraven tak, aby byly tyto pomůcky efektivně využitelné v komunikaci a přístupné i lidem s tělesným postižením (např. paréza horní končetiny po cévní mozkové příhodě způsobující afázii).

Co se týče alternativních a augmentativních technik používaných u osob s afázií, krom využívání gest hovoříme zejména o systémech vyžadující pomůcky, a to jak ty netechnické (například fotografie sestaveny do komunikačních deníků), tak o pomůcky technické (např. tablety). Přesto bych ráda, alespoň ve zkratce, zmínila i komunikační systémy, které se používají zpravidla u jiných klientů a nejsou tak typickým představitelem u osob s afázií.

2.2.1 Komunikační systémy nevyžadující pomůcky

Do komunikačních systémů nevyžadujících pomůcky spadají gesta a manuální znaky, které jsou potažmo gestikulačním kódem, který by měl být srozumitelný pro všechny účastníky komunikace. Mezi tyto metody se řadí i takové způsoby komunikace, které jsou pro jedince zcela přirozené, a obvykle není třeba se jim zvlášť učit. Patří sem však především manuální znaky, kterým už je třeba uživatele naučit (Šarounová, 2014).

Dle Šarounové (2014) se v České republice se pro komunikaci slyšících osob využívajících metody AAK, které jsou založeny na manuálních znacích, nejvíce uplatňují tři systémy: Znak do řeči, Makaton a znaky podle Anity Portmann.

Znak do řeči je kompenzačním, doplňujícím a mnohdy i dočasným prostředkem komunikace mezi osobami s narušením mluvené řeči a jejich okolím. Používají se jednotlivé znaky ze znakového jazyka neslyšících, které představují buď samostatná slova, nebo

i jednoduché fráze. Znaký jsou v příručce rozděleny do 15 okruhů: rodina, lidé a povolání; domácnost; oblečení; jídlo; škola; barvy; zvířata; příroda; vlastnosti; činnosti; doprava; čas; předložky, příslovce a další slova; věty; říkanky, písničky a pohádka. Není zavedena jednotná metodika nácviku, doporučuje se s dítětem denně procvičovat aktuální slova a používat je v běžném chodu života (Kubová, Škaloudová, 2012).

Makaton je jazykový systém, jehož základním rysem je slovník strukturovaný do jednotlivých stupňů obsahující jádro slovní zásoby (slova užívána ve všech komunikačních situacích) a okrajovou slovní zásobu (specializovaná slova dle tematických okrásků). Slovní zásoba je sestavena tak, aby bylo možné rychlé tvoření vět, a velikost slovníku je účelně omezená, aby nepřetěžovala paměť (Šarounová, 2014). Švýcarská logopedka Anita Portmann vytvořila systém využívající znaky v mluvené řeči, který je podobný Znaků do řeči i Makatonu. V České republice je tento systém známý svou znakovou zásobou z CD Když chybí slova, metodická příručka zatím vydána nebyla (Petit o.s., 2009). Systém je nejčastěji využíván u malých dětí a osob s mentálním postižením, jejichž motorické schopnosti jsou na takové úrovni, že jim neznemožňují provedení znaků (Šarounová, 2014).

Přirozený znakový jazyk neslyšících má svůj vlastní syntax a taktéž gramatiku, nezařazujeme tedy mezi systémy AAK. Málokdy se využívá mezi slyšící populací, obvykle se spíše jedná o **vytvořené systémy využívající omezený počet znaků** (většinou 400–600) jako doprovod k mluvené řeči, většinou je také motoricky zjednodušují. Jednou z výhod je bezesporu možnost jejich rychlého a bezprostředního užití pro komunikaci bez nutnosti náročného a zdoluhavého vyhledávání v nějaké pomůcce. Naopak velkou nevýhodou je nutnost proškolení komunikačního partnera, málokdo v okolí osoby sám dobře znakuje nebo je schopen znakům porozumět na vysoké úrovni. Navíc je mnoho lidí s komunikačními obtížemi postiženo i jiným typem poškození (fyzické nebo neurologické), a to může znesnadnit provedení znaků (Millar a Scott, 1998). **Znakovaná čeština** využívá znaků českého znakového jazyka, které však podléhají skladbě a gramatice jazyka českého. U dětí s těžkým stupněm mentálního postižení se doporučuje **znakování klíčových slov**, které jsou hlavními nositeli sdělované informace. Často se využívá i **prstová abeceda** znázorňující jednotlivá písmena abecedy pomocí různých poloh prstů. Může být buď jednoruční, nebo dvouruční. Pro potřeby v AAK se používá zejména, když neexistuje pro konkrétní pojem znak (např. pro jména, názvy, cizí slova), nebo pro lepší srozumitelnost sdělované informace.

Cued Speech je systém složený z osmi tvarů ruky, které jsou reprezentanty skupin souhláskových zvuků, a šesti poloh ruky u obličeje, které jsou zástupci skupiny samohlásek a dvojhásek. Kombinací těchto poloh lze demonstrovat artikulaci právě vyslovovaných slov. Tento systém se využívá jednak u osob se sluchovým postižením, ale třeba i u osob s vývojovou apraxií řeči. Metoda využívaná u osob s hluchoslepotou se nazývá **Tadoma**. Můžeme ji popsat jako odhmatávání řeči, kdy ruka dotyčné osoby sleduje pohyby mluvidel komunikačního partnera tak, že palcem se dotýká rtů, ostatní prsty vnímají vibrace na tvářích, čelistech a hrdle. Další možnost dorozumívání se osob s hluchoslepotou je **Lormova abeceda**, kdy jsou jednotlivá písmena abecedy značena dotykem na dlani a prstech ruky (Bendová, 2013; Šarounová, 2014).

2.2.2 Komunikační systémy vyžadující pomůcky

Jak je již zmíněno výše, tyto pomůcky jsou dále kategorizovány na low tech (netechnické pomůcky) a high tech (technické pomůcky).

1) *Low tech pomůcky*

Zjednodušeně se jedná o netechnické pomůcky, které ke svému provozu nepotřebují elektrický proud ani napájení z baterie, jejich užití není podmíněno nácvikem ovládání, pravidelným dobíjením ani nutnými zásahy v případě poškození pomůcky. Oproti pomůckám technickým jsou tak cenově dostupnější, i to je jeden z důvodů, že je tento typ pomůcek v České republice poměrně rozšířený.

Aby se zvýšila efektivita komunikace, můžeme využívat **trojrozměrných předmětů**, které se lehce dají nahmatat, jsou rozpoznatelné a lze s nimi snadno manipulovat. Tyto předměty jsou vhodné u malých dětí, osob se zrakovým, kombinovaným smyslovým či s těžkým mentálním postižením. Nevýhodu odborníci spatřují v tom, že nemohou představovat abstraktní slova a mnohdy je jeden předmět reprezentací více slov (např. boty mohou znamenat „obuv“ a zároveň „jdeme na procházku“) (Laudová, 2007). Předměty se užívají v několika formách: reálné předměty, reálné předměty jako symboly, části předmětů, referenční (odkazovací) předměty a zmenšeniny (Šarounová, 2014). Jak uvádí Millar a Scott (1998), užívání předmětů má nesporné výhody. Kladou větší důraz na percepční než kognitivní schopnosti, jsou také více závislé na rozpoznání než na vybavení z paměti a zároveň kladou méně fyzických nároků na uživatele.

Často využívané pomůcky, tentokrát i u afatiků, jsou **barevné či černobílé fotografie** znázorňující různé předměty, činnosti, osoby či místa. Fotografiemi lze dvojrozměrně zachytit realitu, která je srozumitelnější a pravdivější než prostřednictvím obrázků či grafických symbolů. Díky fotografiím může být terapie individualizovaná, klient je obklopen vlastními fotkami svých příbuzných a blízkých osob, lze zachytit vlastní zážitky, a klient se s fotkami lépe ztotožní (Laudová, 2007). Šarounová (2014) uvádí několik pravidel, která bychom měli při práci s fotografiemi dodržovat:

- Zobrazovaný předmět či člověk by měl být na bílém nebo kontrastním pozadí, fotografie by měla vykazovat dostatečnou kvalitu. Fotografie obsahuje jen jednu konkrétní osobu označenou jménem, více osoby by se mohlo stát rušivým prvkem.
- Fotografie by neměla obsahovat mnoho nedůležitých a rozptylujících detailů.
- Pokud zachycujeme činnost, musí být z fotografie jasně pochopitelné, co označuje. Chceme se vyhnout dvojznačnosti, z tohoto důvodu pro činnosti zobrazující širší pojem, je někdy lepší využít symbol místo fotografie.
- S jednotlivými fotografiemi lze pracovat samostatně, nebo je sestavovat do komunikačních tabulek.

Po celém světě existuje spousta systémů založených na **grafických symbolech**, které se různí počtem zobrazených pojmů. Zdaleka ne všechny jsou adaptované na český jazyk, proto uvádím jen ty neznámější a nejpoužívanější v České republice. Důležitým parametrem všech grafických symbolů je to, že by mělo být pod každým symbolem napsáno, co nebo koho znázorňuje. To je důležité jak pro snadnější a rychlejší pochopení komunikačním partnerem, tak pro uživatele samotného, a to z důvodu vnímání písma v souvislosti s obrázkem, respektive může sloužit jako přípravná fáze nácviku čtení.

V sedmdesátých letech 20. století se v kanadském Torontu začal používat pro potřeby osob nekomunikujících mluvenou řečí systém *Bliss symbolů*. Tento systém byl původně navržen Charlesem Blissem jako univerzální komunikační prostředek, který by umožnil mezinárodní dorozumění, nikoliv jako komunikační systém pro osoby s postižením (Bendová, 2013). Jedná se v podstatě o obrázkovou řeč s vlastní logikou, je tedy třeba naučit se určitá lingvistická pravidla tohoto systému. Bliss

system se sestává přibližně ze sta symbolů vytvořených z geometrických tvarů, kdy velikost, orientace a poloha tvarů představují různící se významy. Kombinací těchto symbolů lze docílit dalších a dalších významů, proto je systém velmi flexibilní a jeho slovní zásoba je široká. Ve srovnání s ostatními systémy jsou symboly Bliss systému velmi abstraktní (Laudová, 2007). V současné době je jeho užívání již méně časté a v České republice téměř nulové (Bendová, 2013). Jedním z důvodů je náročnost výuky jak pro uživatele, tak pro školitele a komunikačního partnera. Dalším důvodem je i to, že by byl využit jen pro relativně malý počet uživatelů. Také v zahraničí výskyt užívání tohoto systému postupně klesá, a to především jako odpověď na obecnější a čím dál častější užívání pomůcek technických (Šarounová, 2014).

Známým systémem navrženým v USA logopedkou Roxanou Johnson je *Picture Communication Symbols (PCS)*, který se skládá z více než 5000 realistických obrázků v barevné nebo černobílé variantě. K většímu rozšíření symbolů došlo i proto, že byl záhy vytvořen počítačový program Boardmaker, který umožňoval vytváření materiálů se symboly na míru jednotlivým uživatelům, tudíž nebylo nutné zakoupit celé sady tištěných materiálů, ze kterých je ve většině případů využitelná jen část pro konkrétního jedince. Jednotlivé symboly jsou rozděleny podle kategorií (slovesa, jídlo, doprava aj.), v programu Boardmaker lze vyhledávat i jednotlivá slova, bez předpokladu znalosti, do které kategorie spadají (SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK, 2011; Šarounová, 2014).

Dále lze samozřejmě uvést *Piktogramy (PICS – Pictogram Ideogram Communication Symbols)*, což jsou černobílé jednoduché obrázky znázorňující jednotlivé pojmy (bílý symbol na černém pozadí). Právě z důvodu jejich jednoduchosti a striktní symbolizaci mnohdy nebývají první zvolenou možností v intervenci AAK. Rodiče i odborníci se obávají, že budou pro děti obrázky neatraktivní. Často jsou voleny u klientů se zrakovým postižením. Piktogramy znázorňují konkrétní pojmy, ideogramy pak abstraktní pojmy. Byly vytvořeny v roce 1980 v Kanadě logopedem Subhasem C. Maharajem. Piktogramy se nejvíce rozšířily ve skandinávských zemích, kde jsou dodnes hodně užívány a dále rozšiřovány. O jejich adaptaci na český jazyk se zasloužila Libuše Kubová, která vycházela z původních piktogramů. Knižka piktogramů *Řeč obrázků* vyšla i s metodickou příručkou, také je možné pracovat s piktogramy např. v komunikačním softwaru Altík a v dalších výukových programech, jako je např. Méd'a (Petit o.s., 2009; SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK, 2011; Šarounová, 2014).

V České republice je také využíván *Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)*, jehož hlavní zastánkyní je Margita Knapcová (Bendová, 2013). Systém navazuje na americkou verzi Picture Exchange Communication System (PECS), který je využíván zejména pro komunikaci s dětmi s poruchami autistického spektra, popř. s autistickými rysy. Cílem je uskutečnění komunikace mezi dítětem a komunikačním partnerem, a to formou výměny obrázku za odměnu (Knapcová, Jarolímová, 2006).

Ukázky konkrétních symbolů jednotlivých systémů jsou uvedeny v Obrázku 1, kde lze přehledně porovnat systémy Bliss, Picture Communication Symbols, Makaton a Piktogramy (převzato z Laudová, 2007).

	Symboly BLISS	Symboly PCS	Symboly Makaton	Piktogramy
noha			x	
jít				
chodidla			x	
šplhat				
máma				
já	x	x		
kamarád				

Obr. 1 Srovnání symbolů Bliss, PCS, Makaton a piktogramů (Laudová, 2007, s. 572)

Ve Velké Británii vznikly **Symboly Widgit**, a to pod původním názvem Rebus. Podobně, jak je tomu u symbolů PCS, tak i tyto byly přeloženy do mnoha světových jazyků. Jednotlivé symboly jsou dobře rozpoznatelné a vhodné všem věkovým kategoriím. Měly by čitelně znázorňovat jeden jediný pojem bez zbytečných informací, které by mohly být rušivými elementy. Existuje zhruba 8000 černobílých a barevných symbolů, kterým je dohromady přiřazeno asi 20 000 slov (některé symboly označují více slov). Tyto symboly jsou přeložené do češtiny a jsou užívány mnohými

počítačovými programy (např. Symwriter, Grid 2, některé komunikační aplikace pro tablety) (SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK, 2011; Šarounová, 2014).

Určení nejvhodnějšího systému pro daného jednotlivce závisí na jeho individuálních potřebách a vnitřních faktorech, jako je věk, úroveň kognitivních, motorických, smyslových funkcí, zájmy, nikoliv na faktorech vnějších, jako je např. doposud užívaný systém, který nemusí být nejvhodnější. Zikl (2010) uvádí, že je nutné při výběru speciálního komunikátoru zohledňovat řadu faktorů, např. věk potenciálního uživatele AAK, jeho mentální kapacitu, kvalitu zrakového a sluchového vnímání, a jednotlivé dílčí motorické schopnosti.

Nejjednodušším způsobem práce se symboly je ukázáním na ně, popř. indikování pohledem. Pokud se ani toto nedaří, je nutné začít s výukou výběru z dvojice předmětů/symbolů a postupně počet navyšovat. Tyto používané symboly se pak mohou skládat do **komunikačních tabulek** a ty zase do **komunikačních deníků**. Forma těchto deníků je individualizovaná potřebám klienta, organizace symbolů je dána pohybovými a zrakovými možnostmi klienta. Jedna z předních amerických odbornic na AAK Sarah Blackstone (Laudová, 2007) uvádí šest možností organizačního uspořádání komunikační tabulky:

1. **schematické** – životopisné uspořádání (např. album s fotografiemi);
2. **taxonomické** – založeno na konkrétním systému (např. dle jednotlivých kategorií);
3. **sémanticko-syntaktické** – založeno na gramatických zákonitostech;
4. **abecední** – řazení podle abecedy;
5. **podle často používaných pojmů** – seskupení symbolů tak, aby byly snadno a rychle dosažitelné;
6. **uspořádání založené na snadné orientaci komunikačního partnera** – tabulky s textem jsou uspořádány tak, že obrázky jsou natočeny směrem k uživateli pomůcky a doplňující text je obráceně, aby je mohl komunikační partner bez obtíží přečíst).

Komunikační tabulky však nemusejí mít pokaždé formu tabulek, deníků nebo knihy, symboly se mohou stát součástí částí oblečení či jiných každodenních předmětů. Mohou to být symboly na volných kartičkách, díky čemuž s nimi můžeme snadno manipulovat a skládat za sebe např. pomocí suchého zipu. Dalšími možnostmi je seřazování jednotlivých kartiček se symboly na kroužek od klíčů, do různých krabiček, popř. nalepení kartiček v knihách na suchý zip. Mohou být buď tabulky osobní nebo tematické, nebo i tabulky s využitím písmen, slov nebo vět. V neposlední řadě stojí za zmínku i komunikační zážitkové deníky, které mají velký motivační potenciál (Šarounová, 2014).

Komunikační deníky nejsou jednorázovou aktivitou, neustále se snažíme zajistit rozšiřování slovní zásoby, jedná se tedy o dlouhodobý proces. Používání deníku vyžaduje bezprostřední přítomnost a aktivitu komunikačního partnera, který sleduje, které symboly uživatel pomůcky vybral/ukázal/vyhledal.

Jednou z forem pracování se symboly je tzv. **kódování**. Jedná se o techniku, při které klient násobnou indikací specifikuje požadovaný vzkaz. Tato technika je vhodná zejména pro osoby s tělesným postižením těžkého stupně, kdy jsou osoby indisponovány v přesném ukazování rukama, ale jsou schopny dorozumívat se pohledem. Položky jsou seskupeny do bloků čtyř různých barev. Dvojitou indikací (1. vybraného bloku a 2. barvy v rozích tabulky) pak osoba izoluje vybranou položku. Předpokladem je schopnost osoby dostatečně dlouho udržet pohled, aby komunikační partner pojmenoval vybranou položku ještě před tím, než klient přejde k další indikaci. Při kódování na větší vzdálenost se dá použít rám z průhledného plastu s průzorem (Laudová, 2007).

2) *High tech pomůcky*

Základním rysem technických pomůcek je možnost hlasového výstupu (ve formě sdělení nahraného na mikrofon nebo s využitím syntetického hlasu), možnost zobrazení jednotlivých prvků sdělení (obrázek či vlastní fotografie, a to v papírové nebo elektronické podobě) a možnost přehrání sdělení přímým stiskem určitého tlačítka či prostřednictvím externího spínače či jiné pomůcky (zejména pro osoby s tělesným postižením). Dle Šarounové (2014) musíme mít na paměti, že technické pomůcky jsou v užití AAK velmi potřebné a neustále se rozvíjejí a zlepšují, staré verze jsou nahrazovány novými, musíme je tedy neustále obměňovat. Obvykle jsou mezi high tech pomůcky zařazeny pomůcky s hlasovým výstupem, počítače a tablety.

Pomůcky s hlasovým výstupem – komunikátory, počítače a tablety

Dedicated aids, tedy jednoúčelové pomůcky ke komunikaci, se ve vyspělých světových zemích využívají již dlouho. Některé z nich se rozšířily a stále se rozšiřují i do České republiky. Možnosti využití těchto pomůcek výrazně stouply po uvedení tabletů na český trh (Šarounová, 2014).

Komunikátory – jednoduše řečeno se jedná o ozvučené komunikační tabulky, někdy označované jako komunikátory. Toto označení však může být mírně zavádějící, jelikož svádí k představě o pomůcce, která sama komunikuje za uživatele bez jeho valné účasti. To však samozřejmě není pravda, stejně jako u low tech pomůcek jsou využívány fotografie, obrázky, symboly nebo psaná slova, jimž musí uživatel rozumět a musí je umět efektivně používat. Rozdílem je, že pod předmět, fotografii nebo symbol lze nahrát sdělení, které bude při stlačení tlačítka či externího ovladače nahlas přehráno. Význam těchto přístrojů poněkud poklesl po zavedení tabletů, komunikačních aplikací a softwarů na trh, přesto lze některé z nich vhodně a efektivně a účelně využít i v současnosti (Šarounová, 2014).

Tyto přístroje můžeme dle typu rozdělit do dvou skupin, a to:

- *pomůcky se statickým displejem* (počet okének na pomůcce je předem dán, při více úrovních se se jednotlivé úrovně musejí měnit ručně);
- *pomůcky s dynamickým displejem* (lze naprogramování různého počtu okének, přístup do dalších úrovní a následnou změnu symbolů).

Dále můžeme využít dělení podle typu hlasového výstupu:

- pomůcky, které využívají hlasový výstup ve formě *digitalizovaného hlasu*;
- pomůcky, které využívají hlasový výstup ve formě *syntetického hlasu*.

Šarounová (2014) uvádí výčet několika konkrétních komunikátorů využívaných v české logopedii – pomůcky s jedním tlačítkem (např. BigMack), pomůcky s více tlačítky (např. GoTalk, Talara), pomůcky s hlasovým výstupem na principu čtení čárových kódů (např. BaBAR), čtečka akustických samolepek (pero PEN Friend), pomůcky s dynamickým displejem (Spring Board).

Počítače a softwary – mnozí lidé používají uzpůsobené počítače spíše pro odeslání e-mailů, poslechní hudby, sledování filmů, vyhledávání na internetu apod., ale běžná každodenní komunikace probíhá buď přes netechnické komunikační tabulky a pomůcky, nebo za pomoci tabletů. Roli tady hraje jak časový faktor, tak i přenositelnost počítače, kdy s ním není, zvláště pro osoby s tělesným postižením, snadná manipulace. Co se týče alternativního ovládní PC, Šarounová (2014) uvádí možné způsoby ovládní využívané v České republice. Jedná se zejména o dotykové obrazovky, velkoplošné klávesnice, speciální počítačové myši (trackbally, joysticky a myši ovládané ústy či jinou částí těla), adaptéry a spínače, ovládní hlavou (např. SmartNAV s programem DwellClick), ovládní očima (i4Control, Tobii PCEye Go) (srov. Petit o.s., 2009; SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK, 2011).

Speciální softwary můžeme rozdělit na (Petit o.s., 2009; Šarounová, 2014):

- *softwary komunikační* (např. Boardmaker, Symwriter, Altík, Grid 2);
- *softwary usnadňující fyzický přístup k počítači* (Click-N-Type Keyboard, Dwell Clicker);
- *softwary výukové* (především dětské programy firmy Petit – Méd'a, Pasivní sledování, Brepta, Globální slabikář atd.).

Tablety – v českém prostředí jsou považovány za jednu z nejmodernějších pomůcek v oblasti AAK, jejich rozvoj je nejdynamičtější. Existují tři druhy tabletů:

- s operačním systémem *iOS* (možnost instalace českých aplikací, popř. aplikací plně lokalizovaných pro češtinu; např. Klábosil, GoTalk NOW, Grid Player, VOXCom);
- s operačním systémem *Android* (aplikace jsou hlavně v angličtině; např. JABtalk, Alexicom AAC, NikiTalk, PecsPics Autism);
- s operačním systémem *Windows* (standardní počítačové programy pro AAK – Grid 2, Altík, Méd'a, Brepta, Symwriter).

2.3 Specifika AAK u osob se získanou narušenou komunikační schopností

Existuje nemálo onemocnění, v jejichž důsledku jedinec získá tak těžkou narušenou komunikační schopnost, že je na místě využití metod AAK. Dle Šarounové (2014) patří mezi tato onemocnění např. cévní mozková příhoda, amyotrofická laterální skleróza, poúrazové stavy mozku, Parkinsonova nemoc a Huntingtonova choroba. Bendová (2013) uvádí mimo tyto např. i demence, získané zrakové, sluchové či kombinované postižení.

Vytvoření komunikačního systému, který by dokonale fungoval a dosahoval takových kvalit, které v co nejvyšší míře připomínají běžnou komunikaci, není snadné. Musíme brát v potaz, že vzniklé omezení komunikace vnímají tito lidé jako velkou újmu a srovnávají úroveň komunikace před a po onemocnění či úrazu. V souvislosti s tímto často trpí depresi a alternativní komunikaci odmítají. Nelehkým úkolem odborníků je pomoci těmto lidem se zvládnutím zdánlivě bezvýchodné situace, ve které se ocitli, a ukázat jim směr, kterým by se mohli v dorozumívání se s okolím vydat (Šarounová, 2014).

Bendová (2013) uvádí, že základními cíli aplikace metod AAK je cíl kompenzační a cíl rehabilitační. Kompenzační cíl chápeme ve smyslu zpřístupnění informací, zlepšení orientace a možnosti sebevyjádření. Co se týče cíle rehabilitačního, systémy AAK mohou umožnit jejím uživatelům udržení komunikace v maximální možné míře v rámci svého užšího sociálního okolí.

2.3.1 Osoby s afázií

Afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku (Cséfalvay, 2007). Častou příčinou je prodělání cévní mozkové příhody, ale také úrazy mozku, dušení, tonutí, otravy a jiné. Ne všechny osoby s afázií budou vyžadovat k dorozumívání metody AAK a pokud je to možné, tak právě obnovení verbální komunikace je hlavním cílem logopedické intervence. Využití systému AAK však může být přechodným řešením, např. bezprostředně po CMP, kdy se snažíme předejít situaci, kdy by osoba nebyla schopna sdělit své myšlenky a na druhou stranu také chápat sdělované informace. U těžkého poškození mozku však využívání metod AAK přetrvává dlouhou dobu, ne-li napořád, i za předpokladu poskytování kvalitní a časté logopedické péče.

Garrett a Kimelman (2000) předpokládají, že samostatně předložené AAK strategie (např. hlasový výstup, tabulky s písmeny či frázemi atd.) mohou nadměrně přetěžovat kognitivně-lingvistické zdroje (např. paměť, rozpoznávání symbolů a schopnost jejich seskupování, sémantické vyhledávání, syntaktické kódování, pragmatické dovednosti a auditivní a vizuální porozumění). Vzhledem k tomuto obsáhlému spektru potřebných kompetencí je často obtížné určit, kdo je vhodným kandidátem pro low-tech strategie, při kterých je zapotřebí podpora komunikačního partnera, a kdo může těžit z high-tech strategií, které jsou založeny na technice.

Výsledky americké studie (Koul, Corwin, Hayes, 2005) dokázaly, že osoby s afázií (v tomto případě s Brocovou a globální afázií) jsou schopny výběru, manipulace a kombinování grafických symbolů k produkci frází či vět s různou mírou syntaktické náročnosti. Garrett a Lasker (2012) pak zmiňují, že důvody, proč některé osoby s velmi těžkou formou afázie mají problémy s vyhledáním, sestavením a samotným použitím informací z AAK systémů založených na symbolech, zatímco jiné osoby tyto obtíže nevykazují, nebyly objasněny. Dále autoři Garrett, Lasker a Fox (in Bauerová a Cséfalvay, 2016) uvádějí, že AAK při afáziích má charakter multimodálních komunikačních strategií, kdy pacienti ke komunikaci používají částečně zachované řečové schopnosti, gesta a psaní, se současným využitím AAK pomůcek a podpory komunikačního partnera, který hraje klíčovou roli v intervenčních postupech. Vhodně zvolená AAK strategie se tedy nezaobírá pouze naplněním základních komunikačních potřeb a požadavků pacientů, ale zvyšuje jejich participaci při všemožných aktivitách a umožňuje jim navazovat, udržovat a rozvíjet mezilidské vztahy.

Velmi často se u lidí s afázií setkáváme s narušeným porozuměním mluvené řeči. Právě špatné a nedostatečné porozumění pak často omezuje užití systému AAK a někdy se podaří funkční komunikaci obnovit pouze v malé míře. Jak uvádí Cséfalvay (2007), často může záměr použít AAK komplikovat i to, že u osob, zejména s těžkou formou afázie, se může vyskytovat porucha v centrálním zpracování informací zpřístupněných jakoukoli modalitou, tedy i za pomoci obrázků, psané řeči atd. Klient tedy nemusí rozumět obrázkovým symbolům, které jsou mu předkládány, ani tomu, že by se tyto symboly mohly stát jeho komunikačním prostředkem. Blízcí příbuzní si toto mnohdy nemusí uvědomovat, protože se nevědomky naučili svou řeč při komunikaci s jedincem zjednodušovat tak, aby jim co nejlépe rozuměl, např. používají větší množství gest, řeč zpomalují a slova a věty zjednodušují (Šarounová, 2014).

Nesmí být opomíjeno, že se často u afatiků objevuje i jiné onemocnění či tělesný stav, které mohou použití AAK v komunikaci s okolím významně ovlivňovat. Touto komplikací může být např. paréza či plegie horní končetiny, apraxie a verbální apraxie, alexie, agrafie, přidružené demence, epilepsie vzniklá na podkladě stejné příčiny jako samotná afázie a mnoho dalších komplikací. Klinický obraz afázie je u každého jedince zcela jiný a globálně neexistuje jedna ucelená metoda, která by byla univerzálně použitelná pro všechny afatiky. Roli při výběru metody AAK, vhodných pomůcek i slovní zásoby hraje také forma afázie, kterou jedinec má. Afázie je dělena do osmi klinických syndromů, z nichž každý má jiné příznaky v oblasti produkce i porozumění.

2.3.2 Typové charakteristiky osob s afázií

Z hlediska funkčnosti zapojení se do aktivní i pasivní komunikace a možnosti využití AAK lze zjednodušeně vymezit několik typových charakteristik afatiků, kteří jsou potenciálními uživateli alternativního způsobu komunikace (Šarounová, 2014). Jedná se o následující čtyři skupiny osob:

2.3.2.1 Člověk bez funkčního užití mluvené řeči, s velmi malým porozuměním řeči, který je celkově velmi málo orientovaný

Osoba není schopna číst ani psát, rozumět základním jednoduchým pokynům či otázkám, často je pasivní, není orientovaný v běžném životě, je zcela odkázána na péči okolí, často je přítomen i úbytek rozumových schopností, demence. Využití metod AAK je tedy většinou omezeno na základní úroveň. Můžeme se pokusit o základní výběr, např. z fotografií nebo z vizuálně dobře rozpoznatelných větších symbolů. Jak uvádějí Beukelman a Mirenda (2013),

je vhodné vést terapeutická sezení, která jsou zaměřená na využití AAK přímo v prostředí usnadňujícím nastavení kontextuálních stereotypů, a to např. v jídelně, v kuchyni atd.

2.3.2.2 Člověk bez funkčního užití mluvené řeči, se špatným porozuměním řeči

Osoba nerozumí řadě otázek či pokynů, nelze se s ní dostatečně dorozumívat pomocí otázek ANO/NE, obvykle nelze ke komunikaci využít ani čtení a psaní. Orientace v běžném životě je však poměrně zvládnutá, je schopna se o sebe v základních věcech postarat. Můžeme se pokusit o vytvoření jednoduchého komunikačního deníku obsahující symboly, případně využít jednodušší mřížky v komunikační aplikaci (Šarounová, 2014). Beukelman a Mirenda (2013) uvádějí, že je pro afatika vhodné, aby se naučil signalizovat, když nerozumí komunikačnímu partnerovi. Může jít např. o jednoduché gesto, jako je zvednutí prstu nebo ruky. Lepšímu porozumění a usnadnění výběru může pomoci napsání jednotlivých možností hůlkovým písmem s následným přečtením nahlas. Poté dáme uživateli dostatek času na vybrání možnosti, kterou po sdělení zakroužkujeme.

2.3.2.3 Člověk bez funkčního užití mluvené řeči, s porozuměním řeči dostatečným pro každodenní komunikaci

Osoba rozumí většině běžných otázek a pokynů, je schopna funkčně komunikovat pomocí odpovědí na otázky ANO/NE, při komunikaci je třeba užívat kratší výpovědi, volit jednodušší slova, předcházet dlouhým a složitým souvětím. Psaní a čtení využíváme jen částečně, je vhodné vytvořit komunikační deník s obrázkovými symboly a fotografiemi. Slovní zásoba může dosáhnout poměrně širokého vzorku, může vycházet z konkrétních situací, ve kterých se jedinec může vyskytnout (např. v obchodě, u lékaře). Obdobně lze použít tablet s komunikační aplikací. Je však důležité dbát na každodenní nácvik používání pomůcky, aby ji osoba mohla spontánně využívat v běžném životě. Málokomu stačí pomůcka k úplnému pochopení a následnému používání jen předvést. Pokud tito lidé čtou alespoň slova, je možno vytvořit komunikační tabulky ze slov, nebo alespoň psaná slova u symbolů zvětšit, zdůraznit, mohou být nápomocné při pochopení významu symbolu i při jeho užití v adekvátní situaci (Šarounová, 2014).

2.3.2.4 Člověk bez dostatečně funkčního užití mluvené řeči, s dobrým porozuměním řeči

Osoba rozumí i souvislému toku řeči komunikačních partnerů, orientuje se při rozhovoru druhých osob, chápe i delší a složitější věty. Komunikace vyžaduje přizpůsobení řeči jen minimálně. Často je schopná, alespoň částečně, využít čtení a psaní, někdy se snaží nakreslit, co chce sdělit. Pro takového uživatele AAK můžeme sestavit komunikační tabulky buď ve formě knihy, nebo v tabletu s nainstalovanou komunikační aplikací s hlasovým výstupem. Nejlépe osvědčené je vytvoření slovní zásoby podle konkrétního prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, a podle situací, do kterých se během dne dostává. Tento způsob komunikace je pro okolí osoby lépe uchopitelný než vybudování slovní zásoby po tematických okruzích, jako jsou slovesa, podstatná a přídavná jména apod. Na druhou stranu někomu může vyhovovat právě systém založený na tomto tematickém řazení okruhů. Dbáme na to, aby komunikační tabulky neobsahovaly jen podstatná jména, ale aby umožnily uživateli tvorbu vět, příp. aby obsahovala celé věty. Neměla by chybět možnost okomentování situace, vyjádření názoru, souhlasu či nesouhlasu, možnost zeptat se. Vše se odráží i od osobních zájmů jedince. Samozřejmě i u takto schopného jedince je velmi důležitý zácvik a správné pochopení použití dané pomůcky. Zpočátku při terapii klademe důraz na to, aby uživatel používal komunikační knihu či elektronickou pomůcku pro jednoslovné odpovědi na jednoduché otázky, učíme ho systematicky s pomůckou pracovat, orientovat se s uspořádáním symbolů. Poté nacvičujeme komplexnější sdělení, povzbuzujeme ho k samostatnému používání pomůcky při kladení otázek, navozujeme dialog (Šarounová, 2014). Pokud to podmínky dovolují, můžeme zapojit všechny dostupné způsoby k docílení funkční komunikace, např. kreslení, psaní, napsání prvního písmene, gesta a hláskování (Beukelman, Mirenda, 2013).

II PRAKTICKÁ ČÁST

Pokud osoba s afázií vykazuje deficity ve verbální komunikaci, může to mít velmi negativní dopady na kvalitu jejího života. Mnohdy jsou tyto lidé odkázáni na dorozumívání se s okolím prostřednictvím alternativní a augmentativní komunikace. Výše popsaná teoretická východiska se odrážejí v následující části této kvalifikační práce, kdy se předpokládá, že pacienti, kteří vykazují deficitní komunikaci prostřednictvím mluvené řeči, se již nemohou spoléhat na vlastní vnitřní „automatickou síť“ jazykových a kognitivních funkcí, která jim umožňovala před vznikem afázie komunikovat běžným způsobem (Bauerová, Cséfalvay, 2016). Typ a stupeň afázie nemusí korespondovat s jejich celkovými funkčními komunikačními schopnostmi, a právě v takovém případě se nabízí využití AAK, která v podstatě zastává roli této sítě na externí úrovni (Garrett a Lasker, 2012).

Praktická část diplomové práce je rozdělena do pěti kapitol, z nichž každá obsahuje několik podkapitol. V první kapitole se čtenáři seznámí s cíli, metodologií a průběhem výzkumného šetření. V druhé kapitole je detailně popsán Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií, který byl pro účely této práce vybrán, a to včetně postupu při administraci. Třetí kapitola pojednává o procesu ověřování aplikace tohoto nástroje, které probíhalo formou diagnostiky a rediagnostiky za použití MCST-A na kontrolní osobě bez narušení jazykových a kognitivních funkcí, a poté na osobě s afázií. Na základě získaných empirických dat následuje zodpovězení výzkumných otázek, které byly na začátku položeny. V úplném závěru praktické části diplomové práce je diskuze, která rozpracovává přítomné nedostatky, které vyplynuly z výzkumného šetření v průběhu zpracování teoretické a praktické části této kvalifikační práce.

Česká verze Multimodálního komunikačního screeningového testu je součástí příloh k této kvalifikační práci. Originální verze testu je k nahlédnutí na <http://aac.unl.edu>, kde je dostupný i dokument obsahující popis šesti možných kategorií, do kterých diagnostikované osoby dále rozřazujeme.

3 Výzkumné šetření

V následující části budou popsány cíle výzkumného šetření, použitá metodologie a průběh šetření této diplomové práce.

3.1 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Hlavním cílem této kvalifikační práce je překlad a adaptace Multimodálního komunikačního screeningového testu pro osoby s afázií na české sociokulturní prostředí a následně jeho použití v praxi, tedy ověření aplikace tohoto diagnostického nástroje, a to nejprve na intaktní osobě, a poté dvakrát na osobě s afázií (před terapií a po terapii).

Díložními cíli praktické části práce je zodpovězení dvou výzkumných otázek.

- 1) Jsou instrukce z adaptované verze zahraničního materiálu dostatečně srozumitelné pro intaktní jedince bez afázie?
- 2) Je využití specifického systému AAK, který vyplyne z prvního testování, efektivním prostředkem komunikace osoby s afázií?

3.2 Metodologie a metody

Pro realizaci výzkumného šetření byla použita kvalitativní metoda a monografická procedura.

V rámci kvalitativní metody byly využito těchto konkrétních technik:

- pozorování;
- obsahová analýza;
- analýza dokumentace;
- rodinná a osobní anamnéza.

3.3 Průběh šetření

V následující Tabulce 6 je pro přehlednost zaznamenán časový harmonogram průběhu výzkumného šetření.

Příprava výzkumu	05/2016-10/2016
Výzkumná část – sběr dat	11/2016-03/2017
Zpracování výzkumu a jeho interpretace	04/2017

Tab. 6 Časový harmonogram výzkumného šetření

Příprava výzkumu spočívala ve zpracování teoretických východisek dané problematiky, dále ve vyhledání vhodného testu a jeho následná adaptace na české podmínky. Vlastní výzkumné šetření se sestávalo ze tří etap:

- 1. etapa** – sběr rodinné a osobní anamnézy, analýza zdravotnické dokumentace, diagnostika kontrolní osoby, diagnostika osoby s afázií;
- 2. etapa** – čtyřměsíční terapie vyplývající z výsledků diagnostiky;
- 3. etapa** – rediagnostika osoby s afázií, zhodnocení efektivity terapie.

4 Výběr zahraničního nástroje

Jak je již napsáno v úvodu, v České republice dosud nebyl sestaven takový screeningový materiál, který by se zaměřoval na zhodnocení více modalit jazyka ve vztahu k možnému využití alternativní a augmentativní komunikace. Adaptace a následné ověření aplikace takového zahraničního diagnostického materiálu, který toto umožňuje, je tedy téma, které se vybízelo ke zpracování.

4.1 Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií

Výstupem této práce je ověření aplikace zahraničního screeningového materiálu, který lze v logopedické praxi využít ke zhodnocení různých jazykových modalit a zmapování globálních komunikačních schopností pacientů. Pro účely práce byl vybrán **Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií (MCST-A)**, který může být pacientovi administrován v návaznosti na výsledky Dotazníku funkcionální komunikace, ze kterých by bylo možné usuzovat, že pacienti s afázií nemají dostatečnou verbální produkci, porozumění, čtení či psaní na to, aby se mohli adekvátně účastnit důležitých životních aktivit. Proto je potřeba dalšího testu, který by identifikoval, jaké strategie a formy AAK jsou pro afatiky nejvhodnější. Jedním z těchto nástrojů je právě Multimodální komunikační screeningový test pro pacienty s afázií (Bauerová, Cséfalvay, 2016). Ze vzešlého výsledku tohoto testu pak lze soudit, do jaké míry je afatik schopen využívat náhradní komunikaci. Také lze orientačně posoudit efektivitu používaných komunikačních strategií a zařadit osobu do jedné z šesti kategorií, podle toho, jak probíhá jeho komunikace s okolím.

4.1.1 Charakteristika testu

MCST-A (angl. Multimodal Communication Screening Task for Persons with Aphasia) je jedním ze tří hodnotících nástrojů v AAC Assessment Battery for Aphasia (AAC-ABA), za jejichž vytvořením stojí americké logopedky Kathryn L. Garrett a Joanne P. Lasker. Adaptace testu na české prostředí probíhala na základě přímých konzultací s jeho autorkami a také na základě cenných rad logopedky Ivici Bauerové, která test adaptovala na slovenské prostředí. Co se týče instrukcí pro pacienty a jazykové stránky testu, došlo k pouze malým změnám oproti originální verzi. Do Manuálu obrázkových podnětů obsahující fotografie bylo však zasaženo více. Obrázky byly vyměněny za vlastní, popř. byly použity fotografie z internetových stránek, kde jsou volně ke stažení a jejich vlastníci se zříkávají autorských práv, není tedy povinností uvádět zdroje k těmto fotografiím či obrázkům. Tyto změny byly

provedeny za účelem co nejvyšší korespondence se sociokulturním prostředím České republiky.

Diagnostický screeningový materiál je vytvořen pro systematické posouzení, zda jsou osoby s těžkou formou afázie schopny používat alternativní nebo augmentativní modalities ke komunikaci prostřednictvím určitých symbolů. MCST-A je schopen odhalit silné a slabé stránky komunikace osoby s afázií, dále napoví, jaké komunikační strategie z oblasti AAK se jeví jako nejúspěšnější, popř. jaká AAK pomůcka je pro tyto osoby nejvhodnější. Zjištění těchto informací může vézt ke zvolení vhodné logopedické intervence. Také může pomoci v rozhodování, zda jsou pro afatika vhodnější strategie, které jsou závislé na dopomoci komunikačního partnera, či strategie, které jsou na pomoci druhé osoby nezávislé. Test se skládá ze dvou částí: Záznamový arch a Manuál obrázkových podnětů.

4.1.2 Subtesty v MCST-A

Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií sestává z osmi subtestů:

- A. Sdělení základních potřeb a odpovědí na biografické otázky pomocí jednoho symbolu;
- B. Sdělování informací pomocí kombinování dvou a tří symbolů;
- C. Kategorizování;
- D. Užití specifických kontextových větných frází vázaných na prostředí;
- E. Vyprávění příběhu s využitím sekvenčních obrázků;
- F. Převyprávění příběhu s využitím sekvenčních obrázků;
- G. Orientace na mapě;
- H. Hláskování (počáteční písmeno, část slova, celé slovo).

4.1.3 Administrace testu

Před samotnou diagnostikou necháme testovanou osobu prohlédnout Manuál obrázkových podnětů, který před ni položíme na stůl. Zdůrazníme, že na to má tolik času, kolik jen potřebuje. Až je testovaný připraven, manuál zavřeme a necháme ho ležet na stole. Cílové komunikační modality se mění v závislosti na úloze, kterou osoba vykonává. Administrace testu může být rozložena do několika dní. Při administraci jsou diagnostikované osobě s afázií jednotlivě prezentovány strany z Manuálu obrázkových podnětů, kdy klienta vždy požádáme o sdělení dané zprávy. Testovaný má nárok na 3 pokusy u každé položky; při druhém a třetím pokusu by měl examinátor nabídnout ty nápovědy, které mohou zvýšit efektivitu komunikace (součástí testu je i tabulka daných nápověd, které můžeme osobě při testování nabídnout). Klientovy odpovědi jsou zaznamenávány v souvislosti s přesností vybraných zpráv/symbolů, počtem nabídnutých nápověd, počtem pokusů a celkové adekvátnosti výpovědi (+ značíme tehdy, když jsou výpovědi kompletní a správné; +/- značíme při částečném sdělení informace; – značíme při neúspěšném sdělení informace). Jednotlivé výpovědi mohou být také kvalitativně popsány na konci každého subtestu. Závěrečný arch pak umožňuje examinátorovi sestavit jednotlivé sekce skóru a nápověd, které mohou být užitečné při interpretaci, zda testovaný spadá do kategorie osob závislých na komunikačním partnerovi (tzn. není schopen používat AAK bez pomoci komunikačního partnera), nebo do kategorie osob nezávislých. Dále má examinátor díky srovnání výkonů v jednotlivých subtestech přehled o tom, které strategie se jeví jako nejúspěšnější, co se týče správného sdělení cílených informací.

5 Ověřování aplikace testu

Aplikace české verze Multimodálního komunikačního screeningového testu pro osoby s afázií byla ověřena na intaktním jedinci (kontrolní osoba = KO) a na osobě s afázií (OsA). K vyšetření byly vybrány osoby stejného pohlaví a podobného věku, vzdělání a sociokulturního statusu.

5.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Nejprve byl MCST-A vyzkoušen na intaktním jedinci, muži ve věku 60 let v dobrém zdravotním stavu bez narušení jazykových a kognitivních funkcí. Muž je středoškolsky vzdělaný, pracuje jako řidič ve státní firmě, vyhraněná pravostranná lateralita. Informace z anamnézy nejsou vzhledem k testovaným modalitám podstatné, osoba neguje výskyt cévních mozkových příhod, či jiných onemocnění u sebe i v širší rodině. Testování kontrolní osoby (KO) proběhlo v listopadu 2016.

Druhou testovanou osobou byl muž ve věku 62 let. Premorbidní jazykové a kognitivní funkce nenarušeny, lexie, grafie a kalkule zachovány. Bydlí ve vícegeneračním rodinném domě s manželkou a rodinou dcery. Nepřečovaný pravák, středoškolské vzdělání, spolumajitel firmy na opravu osobních automobilů. Dne 24. prosince 2014 v odpoledních hodinách byl muž převezen do Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně pro akutní ischemickou CMP v povodí arteria cerebri media vlevo, centrální parézou n. VII l. dx, parézou pohledu ad dx, hemianopsií, centrální těžkou pravostrannou hemiparézou až plegií pravé horní končetiny. Na CT angiografickém vyšetření viditelný uzávěr celé arteria cerebri media vlevo, defekt může okrajově zasahovat i na arteria cerebri interna (jemný obtékaný defekt v náplni intrakraniálně arteria cerebri interior l. sin), bez znaků hemoragie. Muž byl převezen do Komplexního cerebrovaskulárního centra (KCC) Fakultní nemocnice v Olomouci na urgentní příjem k akutní tromboembolii. Etiologie iktu se ukázala jako kardioemboligenní vzhledem k nově zjištěné fibrilaci síní. Po převozu, 26. 12. 2014, byla provedena dekompresní kraniektomie a následně 2. ledna 2015 tracheostomie. O týden později, 9. ledna 2015, byl pacient přeložen na jednotku intenzivní péče Neurologického oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, odkud byl pacient propuštěn 8. 4. 2015, logopedická péče poté probíhala ambulantně.

Vstupní logopedické vyšetření provedené klinickým logopedem proběhlo 19. ledna 2015. Klient popsán jako komunikativní, udržoval zrakový kontakt. Používá brýle na čtení. Verbální výstup absentuje, odpovědi indiferentní, spontánní řeč absentuje, rozumění

řeči narušeno, identifikace vizuálních objektů: 0, otázky typu ano/ne: jen ano, gestem pokyvem hlavy: 8/20, instrukce: 2/20, jen zavře oči, opakování: 0, pojmenování: 0, grafie: 0, lexie: 0, praxie: neimituje pohyby, kalkule: 0. Centrální faciální paréza vpravo, jazyk nevyplázne, těžká pravostranná centrální hemiparéza. Diagnóza: globální afázie s alexií a agrafií, i vstupně kognitivním deficitem.

Byla započata logopedická intervence spočívající ve stimulaci fatických funkcí, orofaciální stimulaci, tréninku mimiky obličeje, zlepšení porozumění, orientace na těle. Trénink sémantické facilitace, identifikace obrázků podle slyšeného a napsaného slova, identifikace podle slovní definice. Zapojen nácvik posloupnosti řady čísel, spojování, hledání prvků v souboru a také grafomotorické cvičení. 17. 7. 2015 byl přijat ke komplexní rehabilitační péči do Rehabilitačního ústavu Hrabyně, kde byl do 29. 8. 2015. Zde absolvoval komplexní fyzioterapeutickou, ergoterapeutickou a logopedickou terapii s cílem zlepšení stoje, chůze, soběstačnosti, celkové kondice a zmírnění fatické poruchy.

7. září 2015 byl pacient znovu přivezen rychlou záchrannou službou do nemocnice pro zhoršení stavu a prohloubení fatické poruchy. Dle CT rozsáhlá hypodenzní pseudocyst. oblast mozku vlevo frontotemporoparietálně, vyklenutí tkáně pooperačním otvorem a oddálení plastiky ve srovnání s CT z května 2015. Menší hypodenzní oblast parietálně vpravo. Jinak je mozková tkáň přiměřené denzity, pravidelné gyrifikace, bez zřetelných ložiskových změn. Abnormní EEG pro hemisferální asymetrii v neprospěch levé hemisféry.

Po celou dobu v péči klinického logopeda. Pro zlepšení komunikace byl vytvořen individualizovaný komunikační deník, v současné době dominuje nonfluentní řečový projev, pacient schopen vyjádřit souhlas a nesouhlas prostřednictvím verbálního ANO-NE. Narušena orofaciální praxie, kdy se s iniciací zřetelné nápodobě daří opakování samohlásek A, E, O, U, souhlásek B, M, F, V, H a některých slov, která jsou z daných hlásek složena (např. máma, vana, banán, Ema, Eva). Přítomen těžký deficit v oblasti porozumění, jednoduchému a známému kontextu porozumí. Grafie narušena, obnovena schopnost opisu, na výzvu se podepíše, snaha o písemný projev parietickou pravou horní končetinou. Akalkule a alexie na úrovni hlasitého i tichého čtení. Tiché globální čtení známých a trénovaných slov na úrovni obrázků – slovo, dokáže správně přiřadit. Seřadí dny v týdnu, měsíce v roce, číselnou řadu. Výsledky z MASTu z října 2016: index produkce 0/50, index porozumění 28/50, celkový jazykový index 28/100.

Osoba s afázií (OsA) byla diagnostikována ve dvou termínech, a to na konci listopadu 2016 a na konci března 2017 ve formě rediagnostiky po předchozí čtyřměsíční cílené terapii. Terapie s pacientem a jeho komunikačním partnerem (manželkou) probíhala 1x týdně, přičemž jedno sezení trvalo 60 minut. Administrace testu proběhla v domácím prostředí pacienta za dostatečného světla a ticha v místnosti – obývacím pokoji.

5.2 Interpretace výsledků prvního diagnostického šetření

Dosažení výsledky z MCST-A hodnotíme jak z kvantitativního, tak z kvalitativního hlediska. V Tabulce 7 jsou shrnuty **kvantitativní výsledky** testu MCST-A z hlediska celkového dosaženého skóre, počtu pokusů a nápověd a typů nejčastěji používaných nápověd v průběhu testování. Jsou uvedeny dosažení výsledky kontrolní osoby (KO) a osoby s afázií (OsA). Pro porovnání efektivity cílené terapie jsou zaznamenány výsledky jak z podzimního diagnostikování, tak z jarního rediagnostikování.

	KO	OsA 30. 11. 2016	OsA 31. 3. 2017
Celkové skóre	41/41	26/41	28/41
Počet pokusů	29/29	66/29	64/29
Počet nápověd	2	50	48
Nejčastěji používané nápovědy	ROZ (rozvinutí komunikačního záměru)	REP (opakování) STR (pomoc s nalezením požadované strany) UKAZ (názorná ukázka)	REP (opakování) ZP (zpětná vazba) UKAZ (názorná ukázka)

Tab. 7 Kvantitativní výsledky testu MCST-A před a po cílené terapii

Maximální možné dosažené skóre je 41 bodů (jedna správně vykonaná úloha odpovídá jednomu bodu). Hodnotí se, zda byla odpověď na danou otázku sdělena přesně a adekvátně, přičemž jsou brány v potaz všechny nabídnuté nápovědy a pokusy. Dále je zaznamenán počet pokusů, které má testovaná osoba na sdělení cílových úloh. Na každou úlohu má testovaná osoba maximálně 3 pokusy. První pokus by měl být realizován bez jakékoliv nápovědy administrátora. Pokud je neúspěšný, administrátor nabídne nápovědu (seznam nápověd je součástí testu), aby bylo dosaženo co nejvyšší míry efektivity sdělované informace, a použité nápovědy zapíše do záznamového archu. Do toho čísla se nezapočítávají sekce E a F (vyprávění a převyprávění příběhu s využitím sekvenčních obrázků), nejnižší možný počet pokusů je tedy 29. Také zaznamenáváme celkový počet nápověd, které testující osoba v průběhu diagnostiky testovanému jedinci poskytne a následně jsou tyto nápovědy konkretizovány (v Tabulce 7 jsou uvedeny tři nejfrekventovanější konkrétní nápovědy).

U kontrolní osoby (KO) se vyskytly menší obtíže, a to konkrétně u subtestu E, tj. Vyprávění příběhu s využitím sekvenčních obrázků. KO spontánně nezapojila do vlastního povídání o události žádné jiné strany z Manuálu obrázkových podnětů (tabulku s písmeny ani mapu České republiky), učinila tak až po vyzvání. Tyto dvě použité nápovědy lze vyčíst z tabulky výše, kde jsou zaznamenány kvantitativní výsledky Multimodálního komunikačního testu pro osoby s afázií, avšak neprojevíly se v počtu pokusů, jelikož se subtest E do tohoto součtu nezapočítává. V ostatních sekcích testu neměla KO problémy s pochopením instrukce a adekvátně využívala Manuál obrázkových podnětů a jiné strategie AAK pro komunikaci během diagnostikování.

Co se týče osoby s afázií (OsA), ačkoliv nejsou zaznamenány markantní změny v dosažených skórech při druhém testování v porovnání s tím prvním (v rediagnostice získala OsA v celkovém skóre o dva body více, než při prvním testování), změnil se charakter užívaných nápověd, kdy byl jedinec schopen oproti prvním testování nalézt požadovanou stranu sám bez dopomoci administrátora. Více pomáhala zpětná vazba, která byla použita v reakci na nepřesný pokus afatikovy odpovědi, a OsA tak byla schopna svoji výpověď úspěšně opravit. Tato změna charakteru požadované nápovědy je hodnocena vzhledem k efektivitě komunikace kladně. Počet nabídnutých nápověd se zmenšil o dvě, stejně tak počet pokusů, které osoba potřebovala k dosažení správné odpovědi.

Při **kvalitativním hodnocení** se zaměřujeme na několik konkrétních úkonů a schopnost jedince je zvládat. Hodnotíme schopnost:

- používat AAK jako prostředek komunikace;
- nalistovat konkrétní strany;
- udržet pozornost a najít požadovanou stranu či symbol;
- najít správný symbol na nabízené straně;
- najít správný symbol na jiné straně;
- ukázat na dva symboly za sebou a sdělit tak ucelenou informaci;
- kategorizovat;
- vyprávět příběh ukazováním na sekvenční obrázky;
- sdělovat specifické pojmy prostřednictvím referenčního ukazování na klíčové detaily obrazové scény;
- používat mapu jako odpověď na otázku „kde“;

- vyslovovat počáteční písmena, části slov, celá slova či věty;
- samostatně komunikovat bez potřeby nápověd;
- mít užitek z nápověd;
- iniciovat komunikaci v průběhu administrace testu či v jiné situaci;
- naučit se komunikovat prostřednictvím AAK systémů.

Kvalitativní výsledky jsou uvedeny v Tabulce 8, kde jsou rozepsány sledované schopnosti testované osoby s afázií z pohledu (ne)zvládnutí požadovaných úkonů. Ve sloupci poznámek jsou jednotlivé schopnosti podrobněji rozepsány.

Shrnující arch posuzující schopnosti z kvalitativního hlediska			
Jméno testované osoby: OsA, 30. 11. 2016			
Popište jeho schopnost:	ZVLÁDÁ	NEZVLÁDÁ	Poznámky
Používat AAK jako prostředek komunikace	X		Vzhledem k výrazně narušené verbální produkci i porozumění verbální instrukci považujeme AAK jako prostředek komunikace za vhodný a užitečný.
Nalistovat konkrétní strany		X	Daří se sporadicky.
Udržet pozornost a najít požadovanou stranu či symbol		X	Problémy s koncentrací pozornosti se v klinickém obraze nevyskytují, avšak problémy činí nalezení správné strany jako důsledek deficitního porozumění.
Najít správný symbol na nabízené straně	X		
Najít správný symbol na jiné straně		X	Ulpívá na otevřené straně, po nalistování požadované strany většinou daný symbol najde.
Ukázat na dva symboly za sebou a sdělit tak ucelenou informaci		X	Vícesymbolová komunikace činí značné obtíže.
Kategorizovat	X		Občas nutnost zopakování instrukce.
Vyprávět příběh ukazováním na sekvenční obrázky	X		Pochopení sekvenční důležitosti zachováno, orientace zleva doprava.
Sdělovat specifické pojmy prostřednictvím referenčního ukazování na klíčové detaily obrazové scény		X	Občas absentuje vyjádření důležitých sémantických prvků.
Používat mapu jako odpověď na otázku „kde“	X		Orientace v mapě zachována.

Vyslovovat počáteční písmena, části slov, celá slova či věty		X	Verbální produkce na úrovni ANO-NE vyjádření.
Samostatně komunikovat bez potřeby nápověd		X	Je závislý na komunikačním partnerovi.
Mít užitek z nápověd (specifikujte konkrétně využívané nápovědy)	X		Profituje zejména ze zopakování instrukce, popř. přeformulování instrukce jinými slovy. Užitek z nápověd spočívá také v upřesnění a v názorném předvedení požadovaného a nalezení konkrétní strany.
Iniciovat komunikaci v průběhu administrace testu či v jiné situaci		X	Jen zřídka kdy dojde ke spontánní iniciaci komunikace bez výzvy.
Naučit se komunikovat prostřednictvím AAK systémů	X		Vzhledem k těžce narušené schopnosti verbální produkce i porozumění by mohl z AAK systémů profitovat.
Používat gesta nebo jiné přirozené modalitty ve spojení se symboly	X		Vyskytuje se motorická apraxie, z toho důvodu je vykonání některých požadovaných gest omezeno, avšak spontánně gesta využívá.
Opravit selhání v komunikaci	X		Po upozornění na chybu je schopen ji opravit.
Potenciálně využívat systémy AAK - Nezávisle (ve všech kontextech) - Pouze v určitých nacvičených kontextech - Závisle na komunikačním partnerovi	OsA je v průběhu komunikačního procesu zcela závislá na komunikačním partnerovi, vyžaduje dopomoc při využívání AAK pomůcky, komunikaci spontánně neinicuje.		
Potenciálně využívat systémy AAK - Obecně (k vytváření zcela nových zpráv) - K vytváření komplexních zpráv (1 symbol vs. více symbolů) - Využití pouze několik zpráv uložených v AAK pomůcce	OsA je potenciálně schopna využívat pouze několik zpráv uložených v AAK pomůcce, je nutné detailní zaškolení jedince i jeho komunikačního partnera.		
Optimální velikost pole se symboly pro osobu využívající AAK pomůcku	A4		

Tab. 8 Kvalitativní zhodnocení OsA z prvního diagnostického šetření

5.3 Charakteristika terapie

Kvalitativní hodnocení nabízí přehledný výčet silných a slabých stránek v komunikaci testované osoby. Na tomto hodnocení stojí těžiště terapie prostřednictvím AAK strategií. Pomocí sesumarizování problematických oblastí a silných stránek jedince lze posoudit, zda osoby spadají do kategorie osob nezávislých na komunikačních partnerech, či jsou na komunikačním partnerovi nezávislé. Dále lze osobu přiřadit do konkrétní kategorie a podkategorie kandidátů na využití alternativní a augmentativní komunikace. Na základě tohoto zařazení a popsaných schopností testované osoby je možné vybrat vhodné komunikační strategie a individualizovat AAK systém, který osobě usnadní komunikaci s okolím. Na základě dosažených výsledků byla tedy OsA zařazena do komunikační kategorie ne podle typu a stupně afázie, ale podle jeho globálních komunikačních schopností. Toto zařazení má velkou výhodu pro praxi, jelikož logopeda přímo navede na vhodnou terapii a specifické AAK strategie, které je třeba afatikovi nabídnout, aby jeho komunikace s okolím byla co nejefektivnější (Bauerová, Cséfalvay, 2016).

Terapie s afatikem a jeho komunikačním partnerem (manželkou) probíhala v jeho domácím prostředí 1x týdně, přičemž jedno sezení trvalo 60 minut. Byl prohlouben nácvik orientace v komunikačním deníku, který měl již vytvořený. V samotné komunikaci pak bylo užíváno primárně těch náповěd, které se jevíly jako efektivní prostředky pro usnadnění komunikace s okolím. Při nepochopení instrukci nebo chybném provedení požadovaného úkolu došlo k zopakování zadání komunikačním partnerem (REP), popř. byl komunikační partner nápomocen při nalezení požadované strany (STR) či názorně předvedl, co se od afatika očekává (UKAZ). Terapie byla zacílená mimo jiné i na apraxii, a to s využitím předmětů denní potřeby (např. hřebenem se češeme, lžičkou mícháme čaj) a také na orální apraxii, orientaci v prostoru a na vlastním těle. Primárně však terapie byla zacílena na zlepšení orientace v komunikačním deníku a sledování efektivity náповěd, které byly jedinci s afázií poskytovány.

V případě této studie byla osoba s afázií po prvním testování Multimodálním komunikačním screeningovým testem zařazena do kategorie osob závislých na komunikačním partnerovi, a to do podkategorie osob začínajících komunikovat, jak napovídá Tabulka 9.

Osoby závislé na komunikačním partnerovi		
Komunikační typ	Schopnosti	Problematické oblasti
Osoba začínající komunikovat	<ul style="list-style-type: none"> – Zvýšená pozornost ke konkrétním předmětům (např. oblečení), osobním fotografiím, reminiscenčním předmětům – Objevuje se schopnost (neverbálně) přijmout či odmítnout jednu z nabízených možností – Při oslovení reaguje zvednutím hlavy – Na požádání zvedne a položí předmět 	<ul style="list-style-type: none"> - Slabé porozumění informacím bez zrakové podpory či osobního kontextu - Nekonzistentní nebo vůbec se nevyskytující signály pro „ANO“ a „NE“ - Osoba může vykazovat známky povědomí o každodenních činnostech, ale rozhodí ji jakákoliv změna či nové podmínky - Absentuje funkční komunikace prostřednictvím řeči nebo gest
Osoba komunikující výběrem z kontextu	<ul style="list-style-type: none"> – Narůstá počet pokusů komunikovat skrze přirozené modality – Schopnost vybrat z nabízených možností správnou odpověď či vlastní preferenci ukázáním na předmět, obrázek nebo napsané slovo z nabízených možností – Za podpory komunikačního partnera (napsaná slova, „ANO/NE“ otázky, podpořené porozumění) dokáže participovat na konverzacích s početnými výměnami – Dokáže potvrdit nebo vybrat témata, která ho zajímají – Je si vědom činností každodenního života (např. před fyzickým cvičením si nazuje boty) – Podpora a vstupy komunikačního partnera do komunikace zvyšují porozumění 	<ul style="list-style-type: none"> - Řeč či gesta jsou minimálně srozumitelná - Sám od sebe vytvoří malé množství informací - Zřídka kdy iniciuje komunikaci (i ukazováním či vokalizací) - Slabé porozumění informacím přicházejícím verbálně, které nejsou zařazené do daného kontextu (např. příkazům nebo otázkám, které přímo nesouvisí s tématem a/nebo nejsou přímo spjaty s osobními informacemi)

Tab. 9 Kategorie osob závislých na komunikačním partnerovi – zařazení po prvním diagnostickém šetření

5.4 Interpretace výsledků rediagnostiky

Osoba s afázií byla znovu diagnostikována po čtyřech měsících cílené terapie s využitím technik alternativní a augmentativní komunikace, které se jevily v prvním termínu diagnostiky jako efektivní. Následující Tabulka 10 zaznamenává kvalitativní hodnocení testované osoby, které vyplývá z této rediagnostiky, která byla uskutečněna na konci března 2017 v domácím prostředí klienta.

Shrnující arch posuzující schopnosti z kvalitativního hlediska			
Jméno testované osoby: OsA, 31. 3. 2017			
Popište jeho schopnost:	ZVLÁDÁ	NEZVLÁDÁ	Poznámky
Používat AAK jako prostředek komunikace	X		Vzhledem k výrazně narušené verbální produkci i porozumění verbální instrukci považujeme AAK jako prostředek komunikace za vhodný a užitečný.
Nalistovat konkrétní strany	X		V Manuálu se orientuje daleko lépe než při prvním testování, je schopen nalistovat požadovanou stranu (občas vyžaduje zopakování instrukce).
Udržet pozornost a najít požadovanou stranu či symbol		X	Problémy s koncentrací pozornosti se v klinickém obraze nevyskytují, avšak problémy činí nalezení správné strany jako důsledek deficitního porozumění.
Najít správný symbol na nabízené straně	X		Zvládá bez obtíží.
Najít správný symbol na jiné straně	X		Již neulpívá na otevřené straně, je schopen reagovat na změnu instrukce listováním v Manuálu.
Ukázat na dva symboly za sebou a sdělit tak ucelenou informaci		X	Vícesymbolová komunikace činí obtíže.
Kategorizovat	X		Občas nutnost zopakování instrukce.
Vyprávět příběh ukazováním na sekvenční obrázky	X		Pochopení sekvenční důležitosti zachováno, orientace zleva doprava.
Sdělovat specifické pojmy prostřednictvím referenčního ukazování na klíčové detaily obrazové scény		X	Občas absentuje vyjádření důležitých sémantických prvků.
Používat mapu jako odpověď na otázku „kde“	X		Orientace v mapě zachována.
Vyslovovat počáteční písmena, části slov, celá slova či věty		X	Verbální produkce na úrovni ANO-NE vyjádření.
Samostatně komunikovat bez potřeby nápověd		X	Závislý na komunikačním partnerovi.

Mít užitek z nápověd (specifikujte konkrétně využívané nápovědy)	X		Profituje zejména ze zopakování instrukce, popř. přeformulování instrukce jinými slovy. Užitek z nápověd spočívá také v upřesnění a v názorném předvedení požadovaného a poskytnutí zpětné vazby, která vede k opravě chybné odpovědi.
Iniciovat komunikaci v průběhu administrace testu či v jiné situaci		X	Jen zřídka kdy dojde ke spontánní iniciaci komunikace bez výzvy.
Naučit se komunikovat prostřednictvím AAK systémů	X		Vzhledem k těžce narušené schopnosti verbální produkce i porozumění se ukázalo využití AAK strategií jako možnost vzájemné komunikace.
Používat gesta nebo jiné přirozené modalitty ve spojení se symboly	X		Vyskytuje se motorická apraxie, z toho důvodu je vykonání některých požadovaných gest omezeno, avšak spontánně gesta využívá. Doporučuje se provádět nácvik gestiky a orientace v prostoru a na vlastním těle.
Opravit selhání v komunikaci	X		Po upozornění na chybu je schopen ji opravit.
Potenciálně využívat systémy AAK - Nezávisle (ve všech kontextech) - Pouze v určitých nacvičených kontextech - Závisle na komunikačním partnerovi	OsA je v průběhu komunikačního procesu závislá na komunikačním partnerovi, vyžaduje dopomoc při využívání AAK pomůcky, komunikaci spontánně neinicuje.		
Potenciálně využívat systémy AAK - Obecně (k vytváření zcela nových zpráv) - K vytváření komplexních zpráv (1 symbol vs. více symbolů) - Využití pouze několik zpráv uložených v AAK pomůcce	OsA je prozatím schopna využívat pouze několik zpráv uložených v AAK pomůcce, při vytváření zpráv se daří komunikace pouze na jednosymbolové úrovni.		
Optimální velikost pole se symboly pro osobu využívající AAK pomůcku	A4		

Tab. 10 Kvalitativní zhodnocení OsA vyplývající z rediagnostiky

Ty schopnosti, u kterých došlo ke zlepšení po čtyřměsíční terapii, jsou v Tabulce 10 pro větší přehlednost zaznačeny zeleně. Jedná se o schopnost nalistování konkrétní strany, kterou OsA potřebuje ke sdělení požadované zprávy. Oproti prvnímu testování na podzim 2016 je OsA na jaře 2017 schopna nalistovat požadovanou stranu sama, popř. po zopakování instrukce administrátorem. Další zlepšení je znatelné v nalezení správného symbolu na jiné straně, což úzce souvisí s výše popsanou pozitivní změnou v orientaci v Manuálu. OsA již neulpívá na otevřené straně, ale je schopna reagovat na změnu instrukce spontánním otáčením stran a vyhledáváním té strany, kterou potřebuje pro sdělení požadované informace. Z hlediska zařazení stále spadá do kategorie osob závislých na komunikačním partnerovi do podkategorie osob komunikujících výběrem z kontextu.

6 Zodpovězení výzkumných otázek

Z výsledků zpracovaných empirických dat lze zodpovědět výzkumné otázky, které byly na začátku praktické části stanoveny.

1) Jsou instrukce z adaptované verze zahraničního materiálu dostatečně srozumitelné pro intaktní jedince bez afázie?

Pro zodpovězení této výzkumné otázky byl Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií administrován osobě bez narušení jazykových a kognitivních funkcí. Až na malé nesrovnalosti v jedné ze sekcí testu (podrobněji popsáno výše) je MCST-A hodnocen jako srozumitelný hodnotící materiál s neproblematickými instrukcemi.

2) Je využití specifického systému AAK, který vyplyne z prvního testování, efektivním prostředkem komunikace osoby s afázií?

Ano, terapie zacílená na využití specifického a individualizovaného systému alternativní a augmentativní komunikace, který vyplynul z první diagnostiky, se zdá být efektivním prostředkem komunikace osoby s afázií. Důkazem je změna požadovaných nápověd, menší počet vynaložených pokusů během rediagnostiky a vyšší celkové skóre dosažené v Multimodálním komunikačním screeningovém testu pro osoby s afázií.

7 Diskuze

Co se týče zhodnocení a analýzy průběhu empirického výzkumu a výsledků, které z něj vycházejí, docházíme k závěru, že zásadní charakteristikou je vysoká individualita výzkumné části. Pokud jde o validitu odpovědí na výzkumné otázky a z nich vyplývající závěry, v úvahu musíme brát velikost výzkumného vzorku, který sestával pouze ze dvou osob. Tento počet nenese všeobecnou platnost uvedených závěrů, práce je však alespoň pobídkou k provedení prohloubenějšího a obsáhlejšího výzkumu dané problematiky. Bylo by vhodné ověřit aplikaci vícero zahraničních diagnostických nástrojů nebo sestavit nový nástroj, který by obsáhl zkoumané téma.

Za zmínku stojí i nedostatek z hlediska překladatelského a lingvistického. Test byl adaptován studentkou logopedie, nikoliv studentkou překladatelství či lingvistiky. Tito odborníci se na překladu nepodíleli z několika důvodů, zejména časových a finančních. Test byl přeložen pouze jednou, a to z anglického jazyka do českého, nedošlo ke zpětnému překladu z češtiny do angličtiny pro zjištění míry kvality prvotního překladu. Výsledná verze adaptace však může sloužit jako podklad či inspirace k dalším výzkumným šetřením zaměřených na podobnou problematiku.

Teoretická část by mohla být rozšířena o specifické strategie alternativní a augmentativní komunikace, které jsou v logopedické terapii využívány. Bylo by vhodné, aby praktická část obsahovala i kvantitativní formu výzkumného šetření, která by se zaměřovala na zjištění stavu využívání prostředků alternativní a augmentativní komunikace v logopedické intervenci osob s afázií v České republice. Následně by mohla být zpracována komparace českého prostředí se zahraničním, kdy by se dbalo zejména na aktuálnost situace.

Pokud mluvíme o dalším možném výzkumném šetření, bylo by příhodné, aby se na něm podílelo více autorů, a to z důvodu co nejvyšší možné míry validity a reliability. Výzkumné šetření by mohlo být provedeno napříč celou Českou republikou, aby byly odhaleny možné jinakosti v rámci zkoumané problematiky v jednotlivých částech státu. Do studie by měly být zařazeny osoby obou pohlaví, aby byla dodržena genderová vyváženost. Také by se mohlo na výzkumném šetření podílet více odborníků z různých disciplín.

ZÁVĚR

Problematika afázie ve spojení s alternativní a augmentativní komunikací je čím dál více diskutovanější tématem v logopedické praxi. S rozvojem techniky se dá využít nepřeberné množství pomůcek, se kterými je možné pracovat, a mohou tak sloužit jako vhodný prostředek každodenní komunikace osoby s jejím okolím. Výběr strategií v rámci alternativní a augmentativní komunikace, které se zdají být pro jedince s afázií efektivní, je nesmírně důležitým krokem v logopedické intervenci. Tyto strategie slouží jako náhrada či zvýšení verbální produkce, která je u osob s afázií mnohdy velmi narušena. Systémy využívající alternativní a augmentativní komunikaci pomáhají jedinci také v porozumění a v celkové orientaci. Proto je velmi důležité, aby bylo osobě s afázií nabídnuto v logopedické terapii to, co je pro ni klíčové, a pomohlo by jí co nejvíce se přiblížit komunikaci v premorbidním stavu, tedy před vznikem narušené komunikační schopnosti.

Absence takového diagnostického nástroje, který by odhalil a specifikoval vhodné strategie alternativní a augmentativní komunikace, vedlo k vypracování kvalifikační práce právě na toto téma. Cílem bylo ověřit aplikaci zahraničního nástroje, který by toto splňoval. Pro tuto práci byl použit Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií, který hodnotí globální komunikaci jedinců s touto získanou narušenou komunikační schopností.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se nejprve zaměřovala na problematiku afázií, poté na alternativní a augmentativní komunikaci, a nakonec na propojení těchto dvou logopedických domén. Teoretická východiska byla cennými zdroji informací a také inspirací pro výzkumné šetření, které bylo směřováno kvalitativní formou. Praktická část byla rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola charakterizovala cíle, metodologii práce a průběh výzkumného šetření. Druhá kapitola popisovala Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií. Třetí kapitola s sebou nesla ověření aplikace tohoto zahraničního nástroje. Poslední kapitola odpovídala na výzkumné otázky, které byly v tomto šetření položeny.

Hlavní cíl práce byl splněn a stal se stěžejním východiskem při zodpovězení výzkumných otázek. Věříme, že i přes nedostatky, které s sebou tato práce nese, bude v budoucnu nápomocna při sestavení takového diagnostického materiálu, který by byl schopen lépe zhodnotit různé modalitativní komunikace osob s afázií a který by nastínil vhodnou terapii s využitím efektivních strategií alternativní a augmentativní komunikace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. *Roles and responsibilities of speech-language pathologists with respect to augmentative and alternative communication: technical report* [online]. 2004. [cit. 2017-01-28]. DOI: 10.1044/policy.TR2004-00262. Dostupné z: <http://www.asha.org/policy/TR2004-00262/>

BAUEROVÁ, Ivica a Zsolt CSÉFALVAY. Aplikácia Multimodálneho komunikačného skriningového testu pre pacientov s afáziou v diagnostike a terapii dvoch pacientov s ťažkým stupňom afázie: prípadová štúdia. *Neurologie pro praxi* [online]. 2016, **17**(4), s. 244-248 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2016/04/10.pdf>

BENDOVÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3703-3.

BEUKELMAN, R. David a Pat MIRENDA. *Augmentative and Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 2013. ISBN 978-1-59857-196-7.

CSÉFALVAY, Zsolt. Afázia. In: KERÉKRÉTIÓVÁ, Aurélie. *Logopédia*. Vyd. 1. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2016, s. 231-248. ISBN 978-80-223-4165-3.

CSÉFALVAY, Zsolt a Martina KUKUMBERGOVÁ. Augmentatívna a alternatívna komunikácia. In: KERÉKRÉTIÓVÁ, Aurélie. *Logopédia*. Vyd. 1. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2016, s. 323-341. ISBN 978-80-223-4165-3.

CSÉFALVAY, Zsolt. Diagnostika afázie. In: LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 202-236. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt a Milena KOŠŤÁLOVÁ. Diagnostika afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, s. 83-116. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Zsolt a Pavel TRAUBNER. *Afaziológia: pre klinickú prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1996. Vyd. 4. ISBN 80-217-0377-6.

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Získané organické poruchy řečové komunikace: Afázie. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 147-206. ISBN 80-7178-546-6.

DAMASIO, Hanna. Neural basis of language disorders. In: CHAPEY, Roberta. *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. 5th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2008, s. 20-41. ISBN 978-078176981-5.

DIETZ, Volker a Nick WARD. *Oxford Textbook of Neurorehabilitation*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-967371-1.

GARRETT, L. Kathryn a Mikael KIMELMAN. AAC and aphasia: Cognitive-linguistic considerations. In: BEUKELMAN, R. David a kol. *Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 2000, s. 339-374. ISBN 978-1557664730.

GARRETT, L. Kathryn a Joanne P. LASKER. Adults with severe aphasia. In: BEUKELMAN, R. David a Pat MIRENDA. *Augmentative communication: Management of severe communication disorders in children and adults*. 4th ed. Baltimore: Brookes Publishing Co., 2012, s. 467-504. ISBN 978-1557663337.

GOODGLASS, Harold; KAPLAN, Edith a Barbara BARRESI. *The assessment of aphasia and related disorders*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams, 2000. ISBN 978-0-683305-59-3.

HEREJKOVÁ, Ivana a Zsolt CSÉFALVAY. *Vyšetření řeči v akutní fázi onemocnění (VAFO)* [online]. Praha, AKL ČR, 2007. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=odbornici--materialy-diagnostika-terapie&aid=46>

HRBEK, Jaromír. *Neurologie: Topická diagnostika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. ISBN neuvedeno.

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

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie*. 2. přeprac. vyd. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

KNAPCOVÁ, Margita a Marcela JAROLÍMOVÁ. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. Vyd. 2. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3.

KOŠŤÁLOVÁ, Milena; BÁRTKOVÁ Eva; ŠAJGALÍKOVÁ, Kateřina; DOLENSKÁ, Alice; DUŠEK, Ladislav a Josef BEDNAŘÍK. *A Standardization study of the Czech version of the Mississippi Aphasia Screening Test (MASTcz) in stroke patients and control subjects*. *Brain Injury*. 2008, 22(10), s. 793-801. ISSN 0269-9052.

KOUL, Rajindel. *Augmentative and Alternative Communication for Adults with Aphasia*. 1st ed. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 2011. ISBN 978-1-84855-218-0.

KOUL, Rajinder; CORWIN Melinda a Summer HAYES. Production of graphic symbol sentences by individuals with aphasia: Efficacy of a computer-based augmentative and alternative communication intervention. *Brain and Language*. 2005, 92(1), 58-77. DOI: 10.1016/j.bandl.2004.05.008. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0093934X04001002>

KOŠŤÁLOVÁ Milena; BEDNAŘÍK Josef; MECHL Marek a Stanislav VOHÁŇKA. *Multimediální atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Dostupné z: <http://portal.med.muni.cz/clanek-312-multimedialni-vyukovy-atlas-poruch-rci-a-pribuznych-kognitivnich-funkci.html>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena; KLENKOVÁ Jiřina a Josef BEDNAŘÍK. *Dotazník funkcionální komunikace* [online]. 2013. [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/dotaznik-funkcionalni-komunikace-dfk/t4546>

KUBOVÁ, Libuše a Renata ŠKALOUDOVÁ. *Řeč rukou: komunikační systém tvořený znaky – Znak do řeči*. [Ilustroval Milan VÍŠEK]. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-178-4.

LAUDOVÁ, Lucie. Augmentativní a alternativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 565-582. ISBN 978-80-7178-546-0.

LEE, Yune Sang; ZREIK Jihad T. a Roy H. HAMILTON. Patterns of neural activity predict picture-naming performance of a patient with chronic aphasia: Efficacy of a computer-based augmentative and alternative communication intervention. *Brain and Language*. 2005, **92**(1), 58-77. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2016.11.010. ISBN 10.1016/j.neuropsychologia.2016.11.010. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0028393216304110>

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

LURIJA, Aleksandr Romanovič. *Základy neuropsychologie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1982. ISBN neuvedeno.

MILLAR Sally a Janet SCOTT. What is Augmentative and Alternative Communication? An Introduction. In: CALL Centre & Scottish Executive Education Dept. *Augmentative Communication in Practice: An Introduction*. [online]. 1998, s. 3-12. Dostupné z: <http://www.callscotland.org.uk/common-assets/cm-files/books/augmentative-communication-in-practice-an-introduction.pdf>

NEUBAUER, Karel. Logopedická péče o dospělé osoby. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007a, s. 79-86. ISBN 978-80-7178-546-0.

NEUBAUER, Karel. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007b. ISBN 978-80-7367-159-4.

OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.

Petit o. s. - speciální programy a pomůcky pro snazší ovládnání počítače [online]. 2009 [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <http://www.petit-os.cz/index.php>

REYNOLDS, Cecil R.; VANNEST Kimberly J. a Elaine FLETCHER-JANZEN. *Encyclopedia of special education: a reference for the education of children, adolescents, and adults with disabilities and other exceptional individuals*. 4th ed. Hoboken, New Jersey: Wiley, 2014. ISBN 978-0-470-64216-0.

ROMSKI, MaryAnn a Rose A. SEVCIK. Augmentative Communication and Early Intervention: Myths and Realities. *Infants & Young Children* [online]. 2005, **18**(3), s. 174-185 [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: https://msu.edu/~linstrom/myths_document.pdf

SPC pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK, [online]. 2011 [cit. 2017-03-25]. Dostupné z <http://www.alternativnikomunikace.cz/>.

ŠAROUNOVÁ, Jana a kol. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

WATZLAWICK, Paul. *Pragmatika lidské komunikace – Interakční vzorce, patologie, paradoxy*. Newton Books, 2011. ISBN 978-80-87325-00-1.

ZIKL, Pavel a kol. *Využití ICT u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-3852-9.

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obr. 5 Srovnání symbolů Bliss, PCS, Makaton a piktogramů (Laudová, 2007, s. 572) 46

Tab. 1 Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie (Cséfalvai, 2007, s. 18)	15
Tab. 2 Nejčastěji uváděná topografie místa poškození mozkové kůry u jednotlivých typů afázie (Neubauer, 2007b, s. 54)	23
Tab. 3 Klasifikace a základní vyšetřovací algoritmus afázií.	24
Tab. 4 Klasifikace afázií podle A. Luriji (Kaganová a Saling in Cséfalvai, 2003, s. 209)	25
Tab. 5 Přehled diagnostických metodik používaných u pacientů s afázií (Cséfalvai, Košťálová, 2013, s. 100)	34
Tab. 6 Časový harmonogram výzkumného šetření	58
Tab. 7 Kvantitativní výsledky testu MCST-A před a po cílené terapii	65
Tab. 8 Kvalitativní zhodnocení OsA z prvního diagnostického šetření	68
Tab. 9 Kategorie osob závislých na komunikačním partnerovi – zařazení po prvním diagnostickém šetření	70
Tab. 10 Kvalitativní zhodnocení OsA vyplývající z rediagnostiky.....	72

SEZNAM ZKRATEK

AAK	alternativní a augmentativní komunikace
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
KO	kontrolní osoba
NKS	narušená komunikační schopnost
OsA	osoba s afázií
STA	smíšená transkortikální afázie
TMA	transkortikální motorická afázie
TSA	transkortikální senzorická afázie

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 MCST-A – Záznamový arch
- Příloha 2 MCST-A – Manuál obrázkových podnětů
- Příloha 3 Kategorie osob

Příloha 1

MULTIMODÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ SCREENINGOVÝ TEST PRO OSOBY S AFÁZIÍ

MCST – A

© 1997, Revize 2005

Uděleno povolení k využití tohoto nástroje vztahující se pro neziskové edukativní účely.

Pro získání svolení k překladu do jiných jazyků, či jiných použití tohoto nástroje, včetně výzkumů, kontaktujte autory.

Kathryn L. Garrett, Ph.D. CCC-SLP

Alternative Communication Therapies, LLC

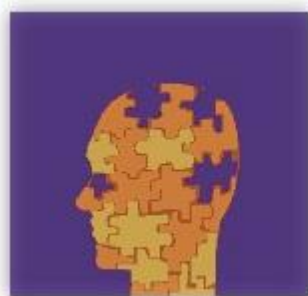
Pittsburg, PA

Joanne P. Lasker, Ph.D. CCC-SLP

Emerson College

Boston, MA

Česká verze testu: Markéta Knedlová



ZÁZNAMOVÝ ARCH

Jméno testované osoby: _____	Datum narození: _____
Jméno examinátora: _____	Datum vyšetření: _____

Úvod

Východiska

Osoby s globální afázií vykazují všeprostupující těžké narušení jazyka, které výrazně interferuje s jejich komunikací (Collins, 1986; Nicholas & Helm-Estabrooks, 1994). Nemohou používat primární (produkce a porozumění na úrovni verbální) a sekundární (psaní a čtení) jazykové modalities k vyjádření vlastních myšlenek a potřeb (Helm-Estabrooks, 1984). Někteří kliničtí výzkumníci se pokoušeli přivést osoby s globální afázií k tomu, aby sdělovali své myšlenky prostřednictvím technik alternativní a augmentativní komunikace, které jsou založené na symbolech, jako např. obrázkové knihy, komunikační deníky s individualizovanými frázemi nebo zařízení využívající hlasový výstup (Beck & Fritz, 1998; Enderby & Hamilton, 1983; Glass, Gazaniga, & Premack, 1975; Johannsen-Horbach, Cegla, Mager, & Schempp, 1985; Weinrich, Steele, Carlson, & Kleczewska, 1989). Tyto studie, stejně jako některé další kazuistiky, ukázaly, že pouze malé procento osob se naučilo samostatně využívat komplexní, více-úrovňové a více-symbolové systémy ke komunikaci na vyšší úrovni, jako je výuka ve třídě, konverzování, či nákup jídla v cukrárně (Garrett, Beukelman, & Low, 1989; King & Hux, 1995; Lasker, LaPointe, & Kodras, 2004). Ostatní se naučili sdělovat informace ve velmi specifických kontextech, kdy je výběr možností omezený, nebo při pobídnutí komunikačním partnerem. Nicméně, velké procento osob s těžkou formou afázie nebylo schopno iniciovat komunikaci s využitím AAK strategií nebo použít správný repertoár symbolů mimo velmi strukturovaný tréninkový kontext (Kraat, 1990). Tyto osoby zůstaly závislé na komunikačních partnerech, kteří jim dávali na výběr z různých možností odpovědí (Garrett & Beukelman, 1995; Lasker, Hux, Garrett, Moncrief, & Eischeid, 1997).

Důvody, proč některé osoby s velmi těžkou formou afázie mají problémy s vyhledáním, sestavením a samotným použitím informací z AAK systémů založených na symbolech, zatímco jiné osoby tyto obtíže nevykazují, nejsme schopni jednoznačně říci. Garrett a Kimelman (2000) předpokládají, že samostatně předložené AAK strategie (např. hlasový výstup, tabulky s písmeny či frázemi, atd.) mohou nadměrně přetěžovat kognitivně-lingvistické zdroje (např. paměť, rozpoznávání symbolů a schopnost jejich seskupování, sémantické vyhledávání, syntaktické kódování, pragmatické dovednosti a auditivní a vizuální porozumění). Vzhledem k tomuto obsáhlému spektru potřebných kompetencí je často obtížné určit, kdo je vhodným kandidátem pro low-tech strategie, kde je zapotřebí podpora

komunikačního partnera, a kdo může těžit z high-tech strategií, které jsou založeny na technice.

Kliničtí pracovníci potřebují porozumět oběma – jak kognitivně-lingvistickým kompetencím komunikantů s afázií, tak těch, které jsou potřebné pro použití specifických AAK strategií nebo technik.

Záměr

Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií (MCST-A) je jedním ze tří hodnotících nástrojů v AAK Hodnotící Baterii Afázie (Assessment Battery for Aphasia (AAC-ABA)) vyvinutý logopedkami K. Garrett a J. Lasker a je dostupný online na <http://aac.unl.edu>. MCST-A je navržen tak, aby systematicky posoudil, zda jsou osoby s těžkou formou afázie schopny používat alternativní nebo augmentativní modality ke komunikaci prostřednictvím symbolů. The Systems Trials Protocol for Aphasia (AAC-STA) a the AAC Categorical Assessment tool (AAC-CAT) (zbývající dva nástroje v AAK Hodnotící Baterii Afázie) také pomohou v rozhodování, zda jsou pro afatika vhodnější strategie, které jsou závislé na dopomoci komunikačního partnera, či strategie, které jsou na pomoci druhé osoby nezávislé.

Popis MCST-A

Multimodální komunikační screeningový test se sestává z osmi subtestů (které jsou reprezentovány jako Sekce A – H): výběr jednoho či více symbolů (např. kresby, fotografie) hodící se k ostatním pojmům, výběr správného symbolu k dokončení dané kategorie, vyprávění a převyprávění příběhu ukazováním na symboly v určitém pořadí, výběr obrázků a větných frází k dokončení nákupu v lékárně nebo při konverzaci s vnoučaty, sdělení informací o místech ukázáním lokace na zjednodušené mapě, a doplňování komunikace hláskováním či gesty.

Při administraci testu jsou osobě s afázií (dále „testovaný“) jednotlivě prezentovány strany Manuál obrázkových podnětů, kdy klienta vždy požádáme o sdělení dané zprávy. Testovaný má nárok na 3 pokusy u každé položky; při druhém a třetím pokusu by měl examinátor nabídnout ty nápovědy, které mohou zvýšit efektivitu komunikace (viz Tabulka 1 – nápovědy). Klientovy odpovědi jsou zaznamenávány v souvislosti s přesností vybraných zpráv/symbolů, počtem nabídnutých nápověd, počtem pokusů a celkové adekvátnosti výpovědí (+ značíme tehdy, když jsou výpovědi kompletní a správné; +/- značíme při částečném sdělení informace; – značíme při neúspěšném sdělení informace). Jednotlivé výpovědi mohou být také kvalitativně popsány na konci každého subtestu. Shrnující arch pak umožňuje examinátorovi sestavit jednotlivé sekce skóru a nápověd, které mohou být užitečné při interpretaci, zda testovaný spadá do kategorie osob závislých na komunikačním partnerovi (tzn. není schopen používat AAK bez pomoci komunikačního partnera), nebo do kategorie osob nezávislých. Dále má examinátor díky srovnání výkonů v jednotlivých subtestech přehled v tom, které strategie se jeví jako nejúspěšnější, co se týče správného sdělení cílených informací.

Reference

Beck, A. R., & Fritz, H. (1998). Can individuals who have aphasia learn iconic codes? *Augmentative and Alternative Communication, 14*, 184-196.

Collins, M. (1986) *Diagnosis and treatment of global aphasia*. San Diego: College Hill Press.

Enderby, P., & Hamilton, G. (1983). Communication aid and therapeutic tool: A report on the clinical trial using Slink with aphasic individuals. In C. Code and B. Muller (Eds.), *Aphasia therapy* (pp. 187-193). London: Edward Arnold.

Helm-Estabrooks, N. (1984) Severe aphasia. In A. Holland (Ed.) *Language Disorders in Adults*. San Diego: College Hill Press.

Garrett, K., & Beukelman, D. (1995) Changes in the interaction patterns of an individual with severe aphasia given three types of partner support. In M. Lemme, (Ed.), *Clinical Aphasiology, 23*. Austin, Tx: Pro-Ed.

Garrett, K., Beukelman, D., & Low-Morrow, D. (1989). A comprehensive augmentative communication system for an adult with Broca's aphasia. *Augmentative and Alternative Communication, 5*, 55-61.

Garrett, K., & Kimelman, M. (2000) AAC and aphasia: Cognitive-linguistic considerations. In D. Beukelman, K. Yorkston, & J. Reichle (Eds.), *Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Garrett, K., & Lasker, J. (2006/2012) Adults with severe aphasia. In D. Beukelman & P. Mirenda (Eds.) *Augmentative communication: Management of severe communication disorders in children and adults, 3rd & 4th editions*. Baltimore: Brookes Publishing Co.

Glass, A., Gazaniga, M., & Premack, D. (1975) Artificial language training in global aphasics. *Neuropsychologia, 11*, 95-103.

Johannsen-Horbach, H., Cegla, B., Mager, V., & Schempp, B. (1985) Treatment of global aphasia with a nonverbal communication system. *Brain and Language, 24*, 74-82.

King, J., & Hux, K. (1995). Intervention using talking word processing software: An aphasia case study. *Augmentative and alternative communication, 11*, 187-192.

Kraat, A. (1990) Augmentative and alternative communication: does it have a future in aphasia rehabilitation? *Aphasiology*, 4, 321-338.

Lasker, J., Hux, K., Garrett, K., Moncrief, E., & Eischeid, T. (1997). Variations on the Written Choice Communication strategy for individuals with severe aphasia. *Augmentative and Alternative Communication*, 13, 108-116.

Lasker, J. P., LaPointe, L.L. & Kodras, J. (2004, in press). Helping a professor with aphasia resume teaching through multimodal approaches. *Aphasiology*.

Nicholas, M., & Helm-Estabrooks, N. (1994) Patterns of language preservation and loss in global aphasia. In N. Helm-Estabrooks (Ed.) *Seminars in Speech and Language: Managing Severe Aphasia*, 15, 37-52.

Weinrich, M., Steele, R., Carlson, G., & Kleczewska, M. (1989) Processing of visual syntax in a globally aphasic patient. *Brain and Language*, 36, 391-405.

Poděkování

Poděkování patří Abby James, Kathleen Green a Alix Cavé za jejich pomoc s grafickým designem. Velké díky také JV, RC, GK, AB, Brittany Estep, RM, & BC za participaci na pilotních verzích MCST-A. Dále děkujeme Davidu R. Beukelman z University of Nebraska za poskytnutí webových stránek a podpoření online verze MCST-A.

Ochrana autorských práv

Autoři udělují povolení ke kopírování/tisknutí záznamového archu a manuálu pouze k evaluaci klientů a studijním účelům. Autoři povolují vytisknutí maximálně 5 kopií Manuálu obrázkových podnětů, a to k jednorázovému použití při výuce či evaluaci klienta. Autoři si vyhrazují všechna ostatní autorská práva. Žádná část této testové baterie nemůže být vydána v žádné formě bez předchozího písemného schválení autorů.

Dostupné na: <http://aac.unl.edu>

<http://alternativecommunicationtherapy.weebly.com>

- MCST-A Picture Stimulus Book
- MCST-A Scoresheet and Instructions

II. Pokyny k administraci

Přípravné pokyny pro klienta

Předložte zavřený MCST-A Manuál obrázkových podnětů před osobu s afázií. Poté řekněte:

„Tady. Podívejte se na tento manuál. Prohlédněte si všechny obrázky. Můžete mi sdělit pár věcí tím, že na ně ukážete. Nyní se podívejte na zbytek stránek (předved'te...otáčejte stránky...ukazujte na obrázky). Nespěchejte, máte dostatek času. Zeptám se vás na pár informací, až budete hotov/a.“

Pokyny k administraci pro examinátora

1. MCST-A by měl být administrován podnětnou a interaktivní cestou. Instrukce prezentované tímto podáním mají zajistit, aby testovaná osoba rozuměla, co je od ní při jednotlivých subtěstech požadováno. Jinými slovy, jako examinátor můžete zjednodušovat slovní zadání, vysvětlit ho více dopodrobna, či zvýšit klientovo porozumění přidáním gest nebo napsáním klíčových slov na papír. Pro vyprovokování snah ke komunikaci můžete použít jakékoliv z nápověd z Tabulky 1. Také můžete předvést, jak byste vy sám komunikoval prostřednictvím alternativních symbolů/gest, pokud se domníváte, že je toto potřebné k tomu, aby klient úkolu porozuměl (ujistěte se, že jste použil/a „modelový příklad“ ze správného sloupce nápovědy).
2. Předkládejte podněty (stimuly) vždy jeden po druhém. Zvýrazněte podtržená slova. Zavřete manuál při subtěstech A, B, G, H; při ostatních subtěstech jej nechte otevřený poté, co klient nalezne správnou stranu pro položku 1.
3. Poskytněte klientovi dostatek času k odpovědi.
4. Zaznamenávejte veškeré chování klienta (řeč, gestikulace, obrázkové symboly, hláskování atd.) u jednotlivých subtěstů do 3. sloupce v záznamovém archu).
5. Klientovi jsou dovoleny maximálně 3 pokusy u každého úkolu, popř. přejdeme k dalšímu, pokud oznámí, že úkol dokončil nebo odmítá pokračovat. Zaznamenejte konečný počet pokusů do předposledního sloupce.
6. Pobídněte klienta, aby nezávisle zkusil první pokus. Pokud se nedaří začít (žádná odpověď), nebo pokud je pokus neúspěšný, snažte se vyvolat úspěšné komunikativní chování za použití nápověd, které jsou dle vašeho úsudku potřebným minimem. Při 3. pokusu zařaďte více nápověd a/nebo přidejte na jejich direktivnosti, pokud je to nutné (např. zúžení výběru (ZÚŽ) je více direktivní než nasměrování klientovy

vizuální pozornosti na celou plochu s podněty na straně (NVP). Zznamenejte všechny nápovědy, které jste použili k vyvolání komunikace u jednotlivých pokusů klienta.

7. Vyhodnoťte úspěšnost sdělení informace a zaznačte do posledního sloupce:

- + Adekvátně sdělené cílové záměry komunikačnímu partnerovi
- +/- Částečně sdělené cílové záměry komunikačnímu partnerovi
- Neadekvátně či nesprávně sdělené cílové záměry komunikačnímu partnerovi

8. Je možné rozložit administraci jednotlivých subtestů do více dní.

9. Pořizujte si videozáznamy pro pozdější analýzu administrace.

10. Zhodnoťte klientův výkon a dopodrobna jej popište i z kvalitativního hlediska v Závěrečném archu na konci testu.

C. Strana 4: Kategorizování

Pokyny examinatorovi: Otevřete Stímulus manuál na straně 4. Vybidněte klienta, aby doplnil všechny (A-D) kategorie výběrem položky ze spodní řady. Můžete klientovi pomoci se zorientováním ve sloupcích/kategoriích a možným výběrem, avšak neradte název kategorie, pokud to není nutné. Jestliže sdělíte jméno kategorie, podívejte se na druhý sloupec v sekci nápověd.

Pokyny klientovi: Podívejte se tady (uкажите na 1. sloupec). Prohlédněte si všechny obrázky (uкажите od shora dolů obrázky ve sloupci). Nyní se podívejte tady (uкажите na prázdné místo). Který obrázek sem patří? (uкажите na řadu obrázků, které by případně mohly doplnit danou kategorii, poté projedte prsty obrázek po obrázku). Ukažte mi, který z obrázků doplňuje skupinu.

Stímulus	Správná odpověď	Popis klientovy reakce	Nápovědy										Konečný počet pokusů	Adekvátnost +, +/-, -	
			rep	roz	zp	otev	str	zúž	nvp	jnm	přit	ukaz			
A. Ovoce	Třešně	1													
		2													
		3													
B. Dopravní prostředky	Lod' nebo boty	1													
		2													
		3													
C. Oslavy	Dárek	1													
		2													
		3													
D. Počasí	Deštník	1													
		2													
		3													

Poznámky examinatora:

E. Strana 7: Vyprávění příběhu s využitím sekvenčních obrázků

Pokyny examinátorovi: Nejprve řekněte klientovi, že chcete, aby vám řekl příběh s využitím 6 obrázků o svatbě na straně 7. Zaznamenejte počet ukazovacích referenčních gest směřovaných ke klíčovým detailům obrázku, jestli klient udržel posloupnost zleva doprava a zda bylo vyprávění doprovázeno jinými modalitami (gesta, psaný, verbální projev, hláskování). Pokud klient potřebuje, vybídňte jej níže zmíněnými otázkami, aby se zapojil či dokončil vyprávění (např. „Co si myslíte, že se stalo potom?“, „Kde si myslíte, že byli?“, „Co se stalo?“)

Pokyny klientovi: Otevřete manuál na straně 7. „Chtěl/a bych, abyste mi pověděl/a příběh s použitím obrázků. Můžete využít tyto obrázky se svatebčany. (Ukažte na obrázky). Zahrňte všechny věci, co se dějí. Rozumíte?“

Stimulus	Správná odpověď	Popis klientovy reakce	Nápovědy										Konečný počet pokusů	Adekvátnost +, +/-, -	
			rep	roz	zp	otev	str	zůž	nvp	jinm	přít	ukaz			
Fotka č. 1: „Nevěsta, ženich a družičky“	Dodržel klient správnou posloupnost fotek?	Zakroužkujte: ANO NE													
Fotka č. 2: „Vyměňování prstýnků, Ano, беру si tebe.“	Byly specifické sémantické prvky sděleny ukázáním?	Zakroužkujte: ANO NE													
Fotka č. 3: „Sypání rýže“	Byly specifické sémantické prvky sděleny verbálně?	Zakroužkujte: ANO NE													
Fotka č. 4: „Zametání střepeň z rozbitého talířku“	Byly specifické sémantické prvky sděleny gestikulací?	Zakroužkujte: ANO NE													
Fotka č. 5: „Tanec“	Byly specifické sémantické prvky sděleny ukazováním písmen na straně 9?	Zakroužkujte: ANO NE													
Fotka č. 6: „Svatební cesta“	Byly specifické sémantické prvky sděleny prostřednictvím mapy na straně 8?	Zakroužkujte: ANO NE													

Poznámky examinátora:

G. Strana 8: Orientace na mapě

Pokyny examinátorovi: Na začátku tohoto subtestu je manuál zavřený. Mezi každým úkolem manuál opět zavřete.

Pokyny klientovi: Nyní by mě zajímalo, z jakého města pocházíte a kam byste chtěl/a vycestovat.

Stimulus	Správná odpověď	Popis klientovy reakce	Nápovědy										Konečný počet pokusů	Adekvátnost t +, +/-, -	
			rep	roz	zp	otev	str	zúž	nvp	jinn	přit	ukaz			
„Kterou část manuálu použijete k vyprávění o cestování?“	Otevře manuál. Napovídejte dle potřeby.	1													
		2													
		3													
„Jak byste mi sdělil, kde jste se narodil?“	Ukáže na město (kraj).	1													
		2													
		3													
„Ukažte mi, kde jste byl na dovolené / kde pracuje / kam jste jezdil pro děti do školy.“	Ukáže na město. (správnost si ověřte)	1													
		2													
		3													
Kam byste se opravdu chtěl/a podívat? Např. kde jste nikdy nebyl/a, nebo kam byste se chtěl/a vrátit.	Ukáže na mapě. (správnost ověřte.)	1													
		2													
		3													

Poznámky examinátora:

H. Strana 8: Hláskování (počáteční písmeno, část slova, celé slovo)

Pokyny examinátorovi: Na začátku tohoto subtestu je manuál zavřený. Mezi každým úkolem manuál opět zavřete.

Pokyny klientovi: Občas se vám může podařit i mluvit. I kdyby se vám nedařilo vyslovit celé slovo, i jedna hláska může být užitečná.“ Tady...zkuste:

Stimulus	Správná odpověď	Popis klientovy reakce	Nápovědy										Konečný počet pokusů	Adekvátnost +, +/-, -	
			rep	roz	zp	otev	str	zůž	nvp	jnm	přit	ukaz			
„Jak byste někomu sdělil své příjmení?“	a) Zcela vysloví	1													
	b) Částečně vysloví	2													
	c) Vysloví počáteční písmeno d) Napiše ve vzduchu či na papír	3													
„Jak byste mi řekl, jaký je váš oblíbený zákusek?“	a) Zcela vysloví	1													
	b) Částečně vysloví	2													
	c) Vysloví počáteční písmeno d) Napiše ve vzduchu či na papír	3													
„Jaký je váš oblíbený sportovní tým/klub?“	a) Zcela vysloví	1													
	b) Částečně vysloví	2													
	c) Vysloví počáteční písmeno d) Napiše ve vzduchu či na papír	3													
„Jakým dopravním prostředkem jezdíte domů?“	a) Vysloví „auto“, „autobus“ nebo „vlak“	1													
	b) Vysloví značku auta	2													
		3													

Poznámky examinátora:

Shrnující arch posuzující schopnosti z kvalitativního hlediska

Jméno testované osoby:

Popište jeho schopnost:	ZVLÁDÁ	NEZVLÁDÁ	Poznámky
Používat AAK jako prostředek komunikace			
Nalistovat konkrétní strany			
Udržet pozornost a najít požadovanou stranu či symbol			
Najít správný symbol na nabízené straně			
Najít správný symbol na jiné straně			
Ukázat na dva symboly za sebou a sdělit tak ucelenou informaci			
Kategorizovat			
Vyprávět příběh ukazováním na sekvenční obrázky			
Sdělovat specifické pojmy prostřednictvím referenčního ukazování na klíčové detaily obrazové scény			
Používat mapu jako odpověď na otázky „kde“			
Vyslovovat počáteční písmena, části slov, celá slova či věty			
Samostatně komunikovat bez potřeby nápověd			
Mít užitek z nápověd (specifikujte konkrétně využívané nápovědy)			
Iniciovat komunikaci v průběhu administrace testu či v jiné situaci			
Naučit se komunikovat prostřednictvím AAK systémů			

Požívat gesta nebo jiné přirozené modalities ve spojení se symboly			
Opravit selhání v komunikaci			
Potenciálně využívat systémy AAK <ul style="list-style-type: none"> - Nezávisle (ve všech kontextech) - Pouze v určitých nacvičených kontextech - Závisle na komunikačním partnerovi 			
Potenciálně využívat systémy AAK <ul style="list-style-type: none"> - Obecně (k vytváření zcela nových zpráv) - K vytváření komplexních zpráv (1 symbol vs. více symbolů) - Využití pouze několik zpráv uložených v AAK pomůcce 			
Optimální velikost pole se symboly pro osobu využívající AAK pomůcku			

Na základě popsaných schopností přiřaďte testovanou osobu co nejpřesněji do jedné z kategorií:

- Osoby **závislé** na komunikačním partnerovi
 - o Osoba začínající komunikovat
 - o Osoba komunikující výběrem z kontextu
 - o Osoba komunikující na rozhraní závislých a nezávislých typů
- Osoby **nezávislé** na komunikačním partnerovi
 - o Osoba komunikující prostřednictvím uložených zpráv
 - o Osoba produkující zprávy
 - o Osoba se specifickými komunikačními potřebami

+ Osoba nevyužívající AAK systém

Příloha 2

MULTIMODÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ SCREENINGOVÝ TEST PRO OSOBY S AFÁZIÍ

MCST – A

© 1997, Revize 2005

Uděleno povolení využití tohoto nástroje vztahující se k neziskovým edukativním účelům.

Kathryn L. Garrett, Ph.D. CCC-SLP

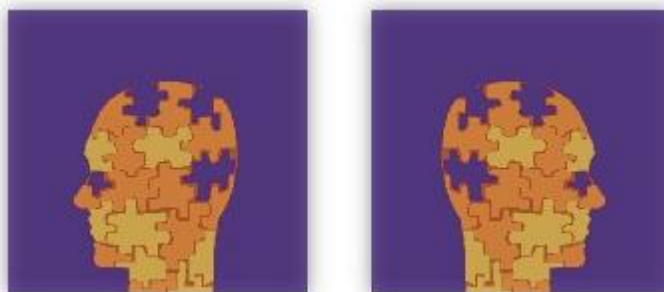
Alternative Communication Therapies, LLC

Pittsburg, PA

Joanne P. Lasker, Ph.D. CCC-SLP

Emerson College

Boston, MA



MANUÁL OBRÁZKOVÝCH PODNĚTŮ



SPÁT



JÍST



BOTY



LAMPA



OTEVŘENÝ



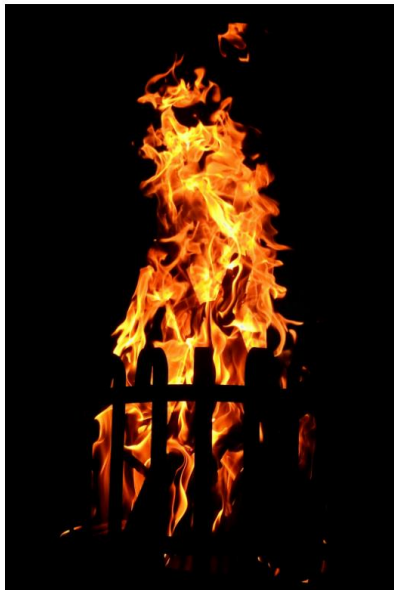
ZAVŘENÝ



MÁLO



HODNĚ



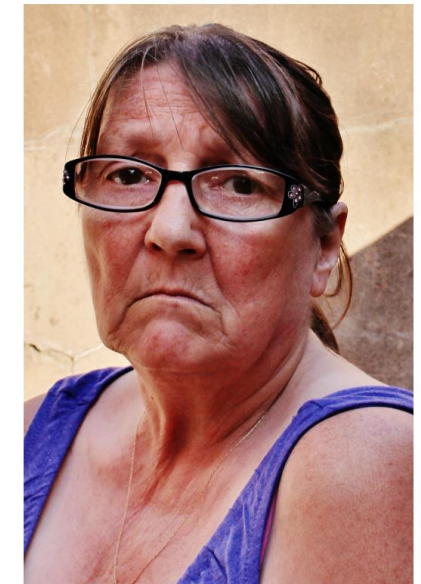
HORKO



ZIMA



VESELÝ



SMUTNÝ



DĚTI

ŘÍJEN

	Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek	Sobota	Neděle
39						1	2
40	3	4	5	6	7	8	9
41	10	11	12	13	14	15	16
42	17	18	19	20	21	22	23
43	24	25	26	27	28	29	30
44	31						

KALENDÁŘ



PENÍZE



HRAČKY

OVOCE



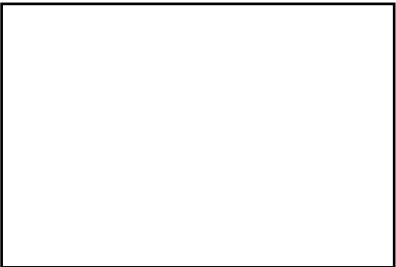
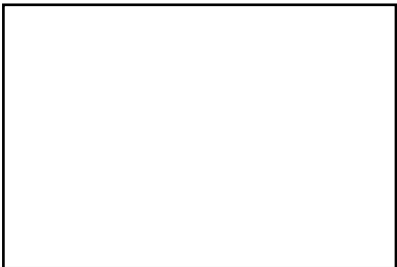
DOPRAVNÍ PROSTŘEDKY



OSLAVY



POČASÍ



V LÉKÁRNĚ



ASPIRIN



ZUBNÍ PASTA



ČAJ



MÝDLO



KRÉM



- Prosím, napište mi způsob užívání léků:
 - 1.
 - 2.
- Kdy a kolik tabletek mám brát?

VNOUČATA



JAK JE VE ŠKOLE?

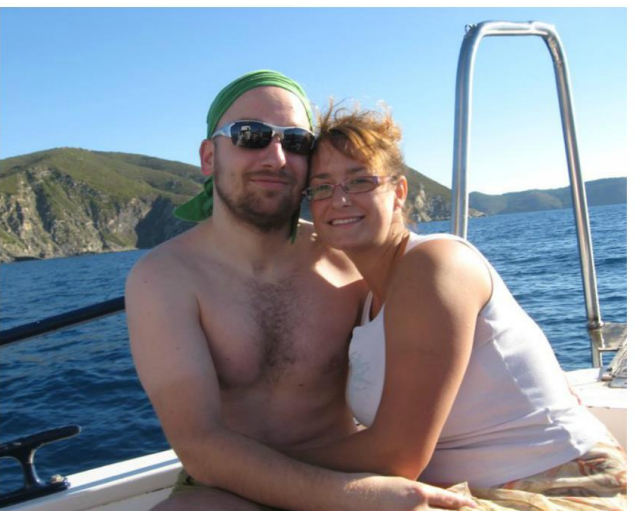


- Jaké máš známky?
- Jací jsou spolužáci?
- Jaké máš předměty?
- Děláš úlohy?
- Jaký je tvůj oblíbený předmět?
- Máš ve škole kamaráda/kamarádku?

CO BYS CHTĚL NA...?



- Narozeniny / Vánoce
-
- Peníze?
 - Velký dárek?
 - Hračku?
 - Obejmout?
 - Ponožky! Hahaha 😊



SVATBA



A	B	C	Č	D	Ď	E
F	G	H	CH	I	J	K
L	M	N	Ň	O	P	Q
R	Ř	S	Š	T	Ť	U
V	W	X	Y	Z	Ž	

1	2	3	4	5
6	7	8	9	0

Osoby závislé na komunikačním partnerovi		
Komunikační typ	Schopnosti	Problematické oblasti
Osoba začínající komunikovat	<ul style="list-style-type: none"> - Zvýšená pozornost ke konkrétním předmětům (např. oblečení), osobním fotografiím, reminiscenčním předmětům - Objevuje se schopnost (neverbálně) přijmout či odmítnout jednu z nabízených možností - Při oslovení reaguje zvednutím hlavy - Na požádání zvedne a položí předmět 	<ul style="list-style-type: none"> - Slabé porozumění informacím bez zrakové podpory či osobního kontextu - Nekonzistentní nebo vůbec se nevyskytující signály pro „ANO“ a „NE“ - Osoba může vykazovat známky povědomí o každodenních činnostech, ale rozhodí ji jakákoliv změna či nové podmínky - Absentuje funkční komunikace prostřednictvím řeči nebo gest
Osoba komunikující výběrem z kontextu	<ul style="list-style-type: none"> - Narůstá počet pokusů komunikovat skrze přirozené modality - Schopnost vybrat z nabízených možností správnou odpověď či vlastní preferenci ukázáním na předmět, obrázek nebo napsané slovo z nabízených možností - Za podpory komunikačního partnera (napsaná slova, „ANO/NE“ otázky, podpořené porozumění) dokáže participovat na konverzacích s početnými výměnami - Dokáže potvrdit nebo vybrat témata, která ho zajímají - Je si vědom činností každodenního života (např. před fyzickým cvičením si nazuje boty) - Podpora a vstupy komunikačního partnera do komunikace zvyšují porozumění 	<ul style="list-style-type: none"> - Řeč či gesta jsou minimálně srozumitelná - Sám od sebe vytvoří malé množství informací - Zřídka kdy iniciuje komunikaci (i ukazováním či vokalizací) - Slabé porozumění informacím přicházejícím verbálně, které nejsou zařazené do daného kontextu (např. příkazům nebo otázkám, které přímo nesouvisí s tématem a/nebo nejsou přímo spjaty s osobními informacemi)
Osoba komunikující na rozhraní závislých a nezávislých typů	<ul style="list-style-type: none"> - S pomocí nápověd je schopen přijmout jednoduché věty z komunikační tabulky nebo AAK zařízení - S pomocí nápověd je schopen střídat modality - Dokáže iniciovat částečné zprávy ve specifických kontextech, ale vyžaduje pomoc při sdělování zpráv celistvých - Je schopen požádat si o něco ukazováním či vokalizací - Je schopen pozdravit či produkovat gesta nebo slova při automatických sociálních konverzacích 	<ul style="list-style-type: none"> - Konstantně vyžaduje nápovědy k příjmu zpráv - Konstantně vyžaduje nápovědy k použití alternativní modality komunikace - Není schopen sám opravit komunikační selhání - Neiniciuje otázky, ale může iniciovat požadavky fyzických potřeb nebo komentáře bez nápověd - Nejčastěji používá automatizovanou řeč, pokud vůbec

Osoby nezávislé na komunikačním partnerovi		
Komunikační typ	Schopnosti	Problematické oblasti
Osoba komunikující prostřednictvím uložených zpráv	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciuje komunikaci bez podpory - Dokáže najít zprávy, které do paměti AAK pomůcky vložily jiné osoby - Příležitostně dokáže vyprodukovat smysluplná slova nebo fráze jako doplnění uložených zpráv v pomůcce - Občas dokáže sdělit své myšlenky mluveným slovem, psaním nebo použitím symbolických gest - Je si vědom komunikačního selhání, ale nedokáže ho úspěšně opravit 	<ul style="list-style-type: none"> - Aby byla komunikace efektivní a sdělení zprávy kompletní, osoba vyžaduje podporu komunikačního partnera - Pokusy využít alternativní modalit ke zvýšení srozumitelnosti řeči nejsou vždy úspěšné - Pokusy vyjasnit nebo rozpracovat uložené informace jsou většinou neúspěšné - Samostatně není schopen vyslovit nebo kombinovat slova, aby vyjádřil myšlenky – sdělil informace
Osoba produkující zprávy	<ul style="list-style-type: none"> - Nezávisle na komunikačním partnerovi dokáže kombinovat různé modalit a/nebo skládat části informací k vytvoření zprávy nové - Nezávisle na komunikačním partnerovi se dokáže orientovat v komunikačním systému, aby našel/vytvořil vhodnou zprávu - Je schopen udělat několik kroků k produkci dané zprávy (např. sekvence symbolů, predikce slov, vyslovení několika hlásek) - Nezávisle používá uložené zprávy v předvídatelných situacích, kde je rychlá komunikace nezbytná - Dokáže komunikovat pomocí schémat, map nebo předmětů - Rozpozná komunikační selhání a občas je schopen své chyby opravit 	<ul style="list-style-type: none"> - Může vyžadovat trénink, kdy a jakou AAK strategii je nejlepší efektivně použít - Může vyžadovat více času k dokončení promluvy - Může vyžadovat trénink, aby se naučil používat zařízení s hlasovým výstupem nebo symbolickou formu komunikace - V náročných nebo neznámých kontextech se mohou objevit komunikační selhání
Osoba se specifickými komunikačními potřebami	<ul style="list-style-type: none"> - Dokáže dát najevo, že má potřebu vykonat daný úkol efektivněji - Ve specifických kontextech nebo životních situacích je schopen vybrat a použít AAK strategie ke sdělení zprávy - Může spadat jak do kategorie nezávislých, tak do kategorie osob závislých na komunikačním partnerovi 	<ul style="list-style-type: none"> - Může vyžadovat emocionální a jazykovou podporu, aby se plně zapojoval do komunikace v neznámých situacích jakožto osoba s afázií

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Markéta Knedlová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Ověřování aplikace zahraničních diagnostických materiálů pro osoby s afázií
Název v angličtině:	Verifying of the foreign assessment tools for persons with aphasia
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o ověřování aplikace zahraničního diagnostického nástroje Multimodálního komunikačního screeningového testu pro osoby s afázií. V teoretické části je zpracována problematika afázie a možnosti alternativní a augmentativní komunikace, které jsou úzce spjaty s vybraným zahraničním nástrojem. Praktická část je zaměřena na výběr testu, jeho charakteristiku a administraci. Následně je aplikace testu ověřena v praxi na kontrolní osobě a osobě s afázií. Při výzkumném šetření byl kladen důraz na srozumitelnost a efektivitu vybraného nástroje.
Klíčová slova:	afázie, alternativní a augmentativní komunikace, AAK, Multimodální komunikační screeningový test pro osoby s afázií, MCST-A
Anotace v angličtině:	This thesis discusses a verification process of the foreign assessment tool The Multimodal Communication Screening Task for Persons with Aphasia. Theoretical part deals with definition of aphasia and augmentative and alternative communication closely linked to the tool we use. Practical part is focused on detailed description of the assessment and its administration. The aim is to apply the test on a person with and without aphasia and verify the results. The emphasis was put on clarity and efficiency of the tool.
Klíčová slova v angličtině:	aphasia, alternative and augmentative communication, AAC, The Multimodal Communication Screening Task for Persons with Aphasia, MCST-A
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 MCST-A – Záznamový arch Příloha 2 MCST-A – Manuál obrázkových podnětů Příloha 3 Kategorie osob
Rozsah práce:	83 stran + 32 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk