

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Diplomová práce

2018

Bc. Zuzana Průchová

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Využití funkcí specializovaného
webového portálu pro rozvoj diagnostiky a
terapie získaných poruch řečové komunikace**

Diplomová práce

Autor: Bc. Zuzana Průchová
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie
Vedoucí práce: PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Tereza Koliášová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Zuzana Průchová

Studium: P14P0787

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - logopedie

Název diplomové práce: **Využití funkcí specializovaného webového portálu pro rozvoj diagnostiky a terapie získaných poruch řečové komunikace**

Název diplomové práce AJ: Use of functions of the specialized web portal for the development of diagnostics and therapy of acquired communication disorders

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem diplomové práce je zaměřit se na oblast získaných poruch řečové komunikace na bázi postižení fatických a kognitivních funkcí u dospělých a stárnoucích osob, konkrétně na afázii a kognitivně-komunikační poruchu u syndromu demence a využít webový portál www.fotografickyslovník.cz v procesu komplexní logopedické intervence; logopedické diagnostiky a terapie. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá problematikou poruch řečové komunikace afázie a kognitivně-komunikační poruchy u syndromu demence získaných v období dospělosti a stáří. Praktická část využívá možností funkcí specializovaného webového portálu pro vytvoření diagnostického souboru zaměřeného na zhodnocení funkcionální komunikace a jejích získaných poruch v oblasti řečové komunikace. Experimentální verze diagnostického souboru vychází ze zahraničních materiálů, které jsou zaměřeny na funkcionální komunikaci osob s neurogenními poruchami řečové komunikace. Vytvořená verze diagnostického souboru je předmětem kvalitativně orientovaného pilotního šetření se skupinou osob s neurogenními poruchami řečové komunikace.

AMBLER, Z.; BEDNAŘÍK, J.; RŮŽIČKA E.; a kol. Klinická neurologie I., Část obecná. 2. vyd. Praha: Triton, 2008. 976 s. ISBN 978-80-7387-157-4
CSÉFALVAY, Z.; TRAUBNER, P. Afaziologie pre klinickú praxi. Martin: Osveta, 1996. 207 s. ISBN: 80-217-0377-6
CSEFALVAY Z.; KOŠTÁLOVÁ M.; KLIMEŠOVÁ M. Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie. Praha: AKL ČR, 2003. 490s. ISBN 80-903312-0-3
CSEFALVAY, Z.; LECHTA V. a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti dospělých. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 228s. ISBN 978-80-262-0364-3
HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ E.; SUCHÁ, J.; a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost a Gerontologické centrum, 2009. 299s. ISBN 978-80-86541-28-0
JEDLIČKA, I.; ŠKODOVÁ, E. Klinická logopedie. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 612s. ISBN 80-7178-546-6
KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; ZAVÁZALOVÁ, H.; SUCHARDA, P. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 861s. ISBN 80-247-0548-6
KOUKOLÍK, František. Lidský mozek. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 400s. ISBN 978-80-7262-771-4
KULIŠTÁK, P.; a kol. Afázie. 1. vyd. Praha: Triton, 1997. 229s. ISBN 80-85875-38-1
KULIŠTÁK, Petr. Neuropsychologie. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 380s. ISBN 978-80-7367-891-3
LECHTA, V.; a kol. Terapie narušené komunikační schopnosti. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 392s. ISBN 978-80-7367-901-9
LOWE, R. J.; WEBB, W. G. Mozek a řeč. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 376s. ISBN 978-80-7367-464-9
LURIJA, Aleksandr. Romanovič. Neuropsychologie a vyšší psychické funkce. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980. 70s. LUŽNÝ, Jan. Gerontopsychiatrie. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. 159s. ISBN 978-80-7387-573-2
NEUBAUER, Karel. Neurogenní poruchy komunikace u dospělých. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 227s. ISBN 978-80-7367-159-4
NEUBAUER, Karel. Poruchy řečové komunikace u dospělých osob. Praha: AKL ČR, 1997. 52s. ISBN 50
NEUBAUER, Karel. Logopedie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 133s. ISBN 978-80-7435-109-9

NEUBAUER, K.; NEUBAUEROVÁ, L.; JAVORSKÁ, M. Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 134s. ISBN 978-80-7435-174-7.
POWELL, Trevor. J. Poškození mozku. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 197s. ISBN 978-80-7367-667-4.
PREISS, M.; a kol. Klinická neuropsychologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 406s. ISBN 80-7169-443-6. PREISS, M.; KUČEROVÁ, H.; a kol. Neuropsychologie v neurologii. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368s. ISBN 80-247-0843-4. RŮŽIČKA, E.; a kol. Diferenciální diagnostika a léčba demencí: Příručka pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 175s. ISBN 80-7262-205-6. SHAMES, G. H.; WIING, E. H.; SECORD, W. A. Human Communication Disorders. 5. ed. Boston: Allyn and Bacon, 1998. 706s. ISBN 0-205-27002-6. SMRČKA, M.; a kol. Poranění mozku. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 272s. ISBN 80-7169-820-2. STUART-HAMILTON, Ian. Psychologie stárnutí. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320s. ISBN 80-7178-274-2.

Garantující
pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí
práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Oponent: Mgr. Tereza Koliášová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením doc. PaedDr. Karla Neubauera, Ph.D.) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 21. 6. 2018

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za metodické vedení diplomové práce, odborné rady v průběhu jejího zpracování, trpělivost a ochotu pomoci při konzultacích. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Zuzaně Marečkové a celému týmu pracoviště klinické logopedie, neurologie a neurochirurgie v Krajské nemocnici Liberec za pomoc a ochotu při ověřování návrhu Fotografického testu funkcionální komunikace.

Anotace

PRŮCHOVÁ, Zuzana. *Využití funkcí specializovaného webového portálu pro rozvoj diagnostiky a terapie získaných poruch řečové komunikace*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016, 203 s. Diplomová práce

Cílem diplomové práce je zaměřením se na oblast získaných poruch řečové komunikace na bázi postižení fatických a kognitivních funkcí u dospělých a stárnoucích osob, konkrétně na afázii a kognitivně-komunikační poruchu u syndromu demence a využít webový portál www.fotografickyslovník.cz v procesu komplexní logopedické intervence; logopedické diagnostiky a terapie. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá problematikou poruch řečové komunikace afázie a kognitivně-komunikační poruchy u syndromu demence získaných v období dospělosti a stáří. Praktická část využívá možností funkcí specializovaného webového portálu pro vytvoření diagnostického souboru zaměřeného na zhodnocení funkcionální komunikace a jejích získaných poruch v oblasti řečové komunikace. Experimentální verze diagnostického souboru vychází ze zahraničních materiálů, které jsou zaměřeny na funkcionální komunikaci osob s neurogenními poruchami řečové komunikace. Vytvořená verze diagnostického souboru je předmětem kvalitativně orientovaného pilotního šetření se skupinou osob s neurogenními poruchami řečové komunikace.

Klíčová slova: dospělost, získané poruchy komunikace, afázie, syndrom demence, webový portál

Annotation

PRŮCHOVÁ, Zuzana. *Use of functions of the specialized web portal for the development of diagnostics and therapy of acquired communication disorders*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016, 203 pp. Diplom thesis.

The main aim of the diploma thesis is to focus on the area of speech communication disorders based on the impairment of facial and cognitive functions in adults and in the aging process, specifically on aphasia and cognitive-communication disorder of dementia syndrome and to use the web portal www.fotografickyslovník.cz in the process of complex speech therapy intervention; speech therapy diagnostics and therapy. The thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part deals with problems of speech communication of aphasia and cognitive-communication disorders of dementia syndrome acquired in the period of adulthood and aging. The practical part uses the possibilities of a specialized web portal to create a diagnostic file focused on the evaluation of functional communication and its acquired disorders in the field of speech communication. The experimental version of the diagnostic file is based on foreign materials, which are focused on the functional communication of people with neurogenic disorders of speech communication. The created version of the diagnostic file is the subject of a qualitatively oriented pilot study with a group of people with neurogenic speech communication disorders.

Keywords: adulthood, acquired speech disorders, aphasia, dementia, web portal

Obsah

Úvod.....	5
1 Potřeba funkční komunikace v dospělosti a stáří.....	7
1.1 Komunikace v období dospělosti a stáří.....	8
1.2 Psychosociální aspekty ztráty řečové komunikace.....	10
1.3 Aktuální problematika fyziologie nervového systému v tomto období....	12
1.4 Funkční komunikace a funkcionální komunikace	14
1.5 Funkcionální komunikace u získaných neurogenně podmíněných poruch řečové komunikace	16
2 Afázie získaná v dospělosti a stáří.....	18
2.1 Etiologie afázie	20
2.2 Symptomatologie a klasifikace afázie	24
2.3 Diagnostika afázie.....	31
2.4 Terapie afázie.....	35
2.4.1 Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie.....	36
2.4.2 Kognitivně-neuropsychologický přístup.....	37
2.4.3 Psycholingvisticky orientovaná individuální obnovovací terapie ...	37
2.4.4 Funkcionálně zaměřené postupy.....	38
2.4.5 Skupinová terapie	40
2.4.6 Specifické terapeutické postupy	40
2.4.7 Systémy vyžití neverbálních komunikačních prostředků	41
2.5 Prognóza afázie.....	41
3 Kognitivně-komunikační porucha u syndromu demence v dospělosti a stáří	43
3.1 Etiologie KKP u demence.....	43
3.2 Symptomatologie a klasifikace KKP u demence.....	44
3.2.1 Atroficko-degenerativní demence.....	45
3.2.2 Ischemicko-vaskulární demence.....	47

3.2.3	Sekundární demence (symptomatické demence).....	48
3.3	Diagnostika KKP u demence	49
3.4	Terapie KKP u demence	54
3.4.1	Logopedická terapie KKP u syndromu demence	58
3.5	Prognóza KKP u demence	60
4	Informačně-komunikační technologie v logopedické intervenci diagnostiky	62
4.1	Fotografie jako zobrazení	63
4.2	Prostor internetu a jeho využití v logopedické intervenci	66
4.3	Webový portál www.fotografickyslovník.cz jako virtuální soubor materiálu a metodologie pro užití v logopedické intervenci.....	68
5	Fotografický test funkcionální komunikace FF	73
5.1	Test FF v logopedické diagnostice u cílové skupiny klientů.....	75
5.2	Kontexty pro vytvoření testu FF	79
5.3	Obsah a podoba a metodologie testu FF	85
5.3.1	Realizace předvýzkumu	89
5.4	Fotografický test funkcionální komunikace – finální podoba návrhu	94
5.4.1	Formuláře testu FF	96
5.4.2	Ukázky obrazového – fotografického materiálu testu FF.....	99
6	Pilotní šetření	103
6.1	Kazuistika 1	103
6.2	Kazuistika 2	108
6.3	Kazuistika 3	113
6.4	Kazuistika 4	116
6.5	Kazuistika 5	120
6.6	Kazuistika 6	125
6.7	Kvalitativní analýza pilotního šetření	129
6.7.1	Analýza výzkumných cílů a otázek	129

6.7.2	Analýza pilotní studie a její metodologie	130
6.7.3	Analýza případových studií	132
6.7.4	Hypotézy a predikce, možnosti další vlny výzkumu	134
	Závěr	136
	Seznam literatury	138
	Seznam elektronických zdrojů.....	143
	Seznam obrazových příloh.....	144
	Přílohy – Fotografický test funkcionální komunikace.....	146

Seznam použitých zkratk

2D - dvojdimenzionální	IDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
3D - trojdimenzionální	IP - Internet Protocol
ABCD - Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia	LMWH - low molecular weight heparin
ACM – Arteria cerebri media	MAST - Mississippi Aphasia Screening Test
AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome	MID - Multiinfarktová demence
AST - Aphasia Screening Test	MIT – Melodicko-intonanční terapie
ASHA FACS - Functional Assessment of Communication Skills for Adults	MLU - Mean length of utterances
BDAE - Boston Diagnostic Aphasia Examination	MoCA - Montreal Cognitive Assessment
ADOBE CC - Adobe Creative Cloud	MMS - Mini-mental state examination
CD - Compact Disc	MMSE - Mini-mental state examination
CLQT - Cognitive Linguistic Quick Test	MR - Magnetická rezonance
CMP - cévní mozková příhoda	MRI - Magnetická rezonance
CNS - Centrální nervová soustava	NS – Nervová soustava
ADOBE CS - Adobe Creative Suite	PACE - Promoting Aphasics Communicative Effectiveness
CT - Computed Tomography	PAV – Pražské afaziologické vyšetření
DAT - Discourse Abilities Profile	PN – Parkinsonova nemoc
DFK – Dotázník funkcionální komunikace	PNO – pneumotorax
EKG - Elektrokardiografie	QOL – Quality of Life
FDA - Food and Drug Administration	SAK – Subarachnoiduální krvácení
FF – Fotografický slovník funkcionální komunikace	SPECT - Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
FTP - File Transfer Protocol	TCP - Transmission Control Protocol
HTML - HyperText Markup Language	URL - Uniform Resource Locator
HTTP - Hypertext Transfer Protocol	WAIS-R - Wechsler Adult Intelligence Scale Revised
ICT – Information and Communication Technology	WMS-R - Wechsler Memory scale Revised
	WAB - Wester Aphasia Battery

Úvod

Lidská komunikace může být vyjádřena napříč širokým spektrem oborů. Na komunikaci můžeme nahlížet teorií jazykovědy, behaviorálním směrem v psychologii. Můžeme ji zkoumat z hlediska kulturní antropologie, poruchy komunikace pak souvisí s neuropsychologickým kontextem. V těchto teoriích užíváme pojmy jako symptom, axiom, komuniké, ego, neologismy, jazyk, dysnomie, funkce a nesčetně dalších. Komunikace je širokospektrální ucelená mezilidská interakce, která má cíl předat komuniké, tedy obsah sdělení. Jaké teorie budou nejlépe využitelné pro nalezení účinné logopedické intervence? Intervence, kterou zlepšíme podmínky v každodenním životě klientů se získanou poruchou řečové komunikace, konkrétně s afázií a kognitivně-komunikační poruchou u syndromu demence? Jaký diagnostický postup by posuzoval kvalitu života člověka s těmito poruchami? Odpovědí je zhodnocení funkcionální komunikace. Pro svoji diplomovou práci jsem tedy zkoumala pohled funkcionální a pragmatický. Je důležité hledat interakce mezi závažnou poruchou komunikace a okamžitou logopedickou intervencí pro klienta s touto poruchou. Zajímala jsem se o nejefektivnější opětovné zařazení klienta do komunikační a celkové životní situace. Pro tuto intervenci bylo nutné vytvořit vhodný diagnostický materiál hodnotící konkrétní možnosti komunikační situace. Tím, že netvořím rozsáhlou testovou baterii, ani screeningový test, se můj návrh testu řadí do kategorie „speciálních testů“. S pomocí teoretických podkladů, zkušeností z praxe a výsledků bakalářské práce jsem zpracovala speciální test pro posouzení funkcionální komunikace. Tato oblast je v českém logopedickém prostředí zatím málo frekventovaná, stejně tak jako inovativní využívání informačně-komunikačních technologií. Vytvoření testu by mohlo být zásadní pro ucelení logopedické intervence u závažných získaných poruch řečové komunikace v dospělém věku a stáří. Specializovaná diagnostika a terapie čerpá z webové stránky www.fotografickyslovník.cz, kde je dostupný veškerý mnou vytvořený obrazový (fotografický) materiál pro logopedickou intervenci. Fotografie jako zpracování obrazu jsem si zvolila díky jejímu realistickému zobrazení skutečnosti. Podle výsledků bakalářské práce by to mohla být nejvhodnější metoda zobrazení při terapii s dospělými a stárnoucími osobami. Primárním cílem diplomové práce a zároveň jejím výsledkem je tedy návrh diagnostického postupu zaměřený na funkcionální komunikaci s využitím

obrazového materiálu dostupného na webové stránce. Sekundárním cílem je navázat na terapeutický postup uvedený v bakalářské práci s názvem „Výuková aplikace jako interaktivní metoda a pomůcka v logopedické intervenci získaných poruch řečové komunikace“. A konečně tyto postupy sjednotit, ucelit a přejít tím k co největší úspěšnosti komunikační situace člověka. Vzhledem k efektivnosti včasné pomoci je pro tyto cíle zajímavé se zaměřit na oblast prostředí internetu a celkového využití informačně-komunikačních technologií. Z hlediska funkcionální komunikace pak zacílit logopedické postupy přímo na konkrétní životní situaci klienta. Snažit se, aby byl klient schopen alespoň z části využít jeho potlačený komunikační potenciál, pomoci mu a nasměrovat jeho snahy o mezilidskou interakci funkčně. Empaticky mu přitom naslouchat a zlepšovat komunikační potenciál tak, aby zlepšil nejen kvalitu jeho života, ale i osob v jeho okolí.

Diplomová práce se skládá ze šesti kapitol, z toho první tři jsou kapitoly teoretické, shrnující hlavní poznatky afaziologie a v oblasti syndromu demence, ale i aktuální problematiku psychologie komunikace, funkcionální komunikace a informačně-komunikačních technologií. Tyto kapitoly jsou teoretickým obsahem k dalším třem kapitolám, které se týkají praktického využití diagnostického testu s názvem „Fotografický test funkcionální komunikace“ (FF), kterým ověřuji využití funkcí webového portálu www.fotografickyslovník.cz a zaměřuji celou intervenci směrem funkcionální komunikace. V diplomové práci tedy posuzuji míru poškození funkcionální komunikace diagnostickým testem, přitom problematiku poruch komunikace zkoumám ve vztahu k informačně-komunikačním technologiím, protože ty jsou pro navrženou logopedickou intervenci stěžejním podkladem. Konečně v pilotním šetření zkoumám výsledky práce s návrhem testu FF, které by mohly v budoucnu vést k jeho standardizaci.

1 Potřeba funkční komunikace v dospělosti a stáří

Náš život je podmíněn širším kontextům, odvíjí se v časoprostoru a je to neustálý řetězec momentálních událostí, komunikační děj v něm je nepřetržitý. V tomto důsledku je potřeba komunikace vnímána jako jedna z nejdůležitějších podmínek pro kvalitu života. Komunikace obsahuje širokou a mnohvrstevnou problematiku, proto je obtížné přesně definovat pojem komunikace. „*Veškeré pokusy o platnou definici vždy vycházejí z určitého pojetí a historického vývoje, a jsou tedy nutně zúžené, protože vždy vyzdvihují určité vybrané aspekty a kladou důraz na ty prvky komunikace, které se v určitých typech komunikace považují za charakteristické, popřípadě dominantní.*“ (ŽANTOVSKÁ, 2015, str. 13) Komunikace je naší přirozeností a pro mezilidské vztahy je klíčová. Je klíčová pro nás jako pro bytosti s potřebou socializace. HAUSENBLASS in MIŠOVIČ (2015) rozšířil pojem „komunikace“ o její společenskou charakteristiku. Komunikace jako proudění informací byla v jeho koncepci označena jako „*stýkání se lidí, společný podíl na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu.*“ V případě nekomunikace je člověk deprivován. Přirozenou komunikační situaci nemůžeme naprogramovat nebo přesně naplánovat, nezáleží v ní jen na nás samotných, v přítomném čase se snažíme reagovat na konkrétní situační schéma. „*Událost tak běžná jako každodenní rozhovor zůstává mnohem nevyzpytatelnější než druhá strana Měsíce.*“ (DICKS, 1974, str. 27)

Sociální interakce je velmi složitý proces. Jde o jakoukoliv formu setkávání jedinců ve společnosti vyvolávající nesčetně reakcí. Tyto interakce mohou být relativně nestálé, mění v koloběhu života podmínky, a to nejen okolo jednotlivců, ale i v širokém spektru společnosti. Existují jistě situace, kdy jedním slovem, znakem, gestem můžeme ovlivnit celý náš život i životy dalších. Co nastává v případě, kdy komunikaci nelze zahájit nebo ji ztratíme? Ráda bych se již v tomto úvodu ke komunikaci dostala na úroveň funkčního modelu komunikace v našich životech. Představme si náhlou situaci, kdy člověk nemůže komunikovat. Položme si základní otázky: V jakých situacích je verbální řečová komunikace stěžejní? Kdy se lze a nelze domluvit? Jakým způsobem chce nebo může konkrétní člověk momentálně komunikovat? Proč komunikujeme? S jakým obsahem, komuniké, komunikujeme? S kým? Kde? V jakých situacích? Co komunikací očekáváme? Pro neschopnost využití komunikačního potenciálu v konkrétní komunikační situaci se člověk dostává do postupné deprivace, může se měnit jeho osobnost. Cítí se sám a obává se dalších komunikačních situací. Dostává se do ústraní, ztrácí životní motivaci.

1.1 Komunikace v období dospělosti a stáří

Dospělý věk je životní etapa, kdy člověk může maximálně využívat všechny získané zkušenosti. Tak jako je raná dospělost charakteristická fyzickým, psychickým a sociálním růstem, tak je pro následující období života dospělého člověka dominantní vysoká emoční zralost. Co se děje v případech, kdy člověk nemůže tyto zkušenosti užívat v běžné každodenní situaci? Ztráta schopnosti řečové komunikace v dospělosti a stárnoucím věku může být devastujícím a degradujícím procesem. Procesem, kdy člověk ztrácí profesi, zájmy, blízké okolí a následně i sám sebe. Mladá dospělost je charakterizována vrcholem fyzických sil, je patrné částečné ustálení citů a prožívání. Osobnost se postupně harmonizuje a vytváří se životní cíle. V období střední dospělosti je dominantní sílcí sebevědomí a pracovní výkonnost. Nejvyšší sociální a profesní pozice, silné sebevědomění je charakteristické pro starší dospělost. Je dokončena harmonizace osobnosti, člověk vyzařuje určitou životní moudrost. (HOLÁSKOVÁ, 2010) Přitom při klasifikaci dospělého věku a stáří vycházím ze členění dle HARTLA, HARTLOVÉ (2010):

- ranou dospělost definují na období 23-35 let;
- navazuje střední věk ohraničený lety 35-45 let;
- střední dospělost je v letech 45-57;
- pokročilá dospělost pak pro věk 57-65;
- a stáří nad 65. rok.

Kvalita života stoupá, zejména v západním světě se většina lidí dožívá více než 65 let. Tato životní etapa a procesy stárnutí organismu mohou mít dopad na pokles celkové vitality člověka. Proces stárnutí je přesto individuální a u každého člověka se různé formy tohoto procesu vyskytují v různém čase. *„Zvláště významnou se stává otázka zdravotního postižení v souvislosti s tím, že se dožíváme stále vyššího věku, což s sebou nese i rostoucí výskyt zdravotních obtíží ve stáří. Očekává se, že po roce 2020 bude třetina obyvatel Evropy starší 60 let. V určité míře se předpokládá i tzv. komprese morbidity do co možná nejkratší závěrečné fáze života. Zatím se však zdá, že nás ve vyšším věku čeká spíše zvýšená frekvence zdravotních postižení. Přitom cílem musí být maximálně možná,*

tedy optimální kvalita života jednotlivce, a to i starších osob s disabilitou.“ (WHO, 2001, str. 7)

Statistiky dokazují, že se v našem světě stále více objevuje trend stárnutí populace. Více a více lidí se dožívá vyššího věku. Přitom jedním z nejčastějších problémů u této skupiny lidí je problém s komunikací. CSÉFALVAY, LECHTA a kol. (2013) ve své publikaci uvádí, že přibližně 20 % klientely logopedů tvoří lidé s poruchami řečové komunikace starší 60 let. Proto je v současné době snaha logopedickou intervencí i odborné publikace a studie zacílit právě na problematiku dospělosti a stáří. V případě řešení konkrétního problému v oblasti řečové komunikace musíme zahájit logopedickou terapii vhodným diagnostickým procesem, pochopit individualitu klienta, motivovat ho a empaticky jej vést celým průběhem logopedické intervence. Tedy tvořit takovou intervencí, díky které se klient bude moci co nejvíce navrátit ke svému maximálnímu komunikačnímu potenciálu v každodenních životních situacích.

Naše komunikace má několik složek. Je to sémantika, syntax, fonologie a pro funkcionální komunikaci nejdůležitější – pragmatika. Nejlépe je tato složka popsána v pragmatické systémové Watzlawickovy komunikační teorii. Watzlawick tvrdil, že člověku nejsme schopni porozumět v případě, že ho nezkoumáme v jeho přirozeném prostředí, v němž komunikuje. Pouze takto poznáme, jak se doopravdy snaží toto okolí ovlivňovat a jak se tím ovlivňuje i on sám. Podle teorie je nutné respektovat veškerý kontext dané komunikační situace. (MIKULÁŠTÍK, 2003)

MIKULÁŠTÍK (2003) uvádí následující funkce komunikace:

- Informativní;
- instruktivní;
- přesvědčovací;
- posilovací a motivující;
- zábavná;
- vzdělávací a výchovná;
- socializační a společensky integrující;
- souvztažnosti;
- osobní identity;
- svěřovací;
- úniková.

„Komunikace je proměnlivá a zachytit se dá v podobě záznamu. Ale její proměnlivost v čase je jednou z nejdůležitějších charakteristik. Je závislá na celé řadě podmínek a vlivů. Nestačí zajímat se pouze o výstup v podobě napsané nebo pronesené zprávy. Pochopit napsané nebo mluvené zprávy můžeme pouze tehdy, když se budeme zajímat o fázi přípravy, způsob navazování myšlenek a širší kontext situace, vztahy k různým jiným vlivům. Ze strany člověka ovlivňují komunikaci nejen určitá racionální schémata, ale i emoční stavy, které mohou určitou informaci změnit tak zásadním způsobem, že i sám komunikátor může být překvapen.“ (MIKULÁŠTÍK, 2003, str. 22)

1.2 Psychosociální aspekty ztráty řečové komunikace

Při zkoumání psychických i sociálních aspektů řečové komunikace je vhodné zaměřit se v širší kontext. Je to kontext vztahů mezi psychikou, lidským organismem, chováním a jednáním člověka a vztahů mezi psychikou a společností a kulturou obecně. Mezi řečovou komunikací a psychikou člověka je složitá interakce. Řečová komunikace symbioticky existuje s fyziologickými procesy (v oblasti mozku, nervových drah, smyslových orgánů). Tento rámec fyziologické stimulace však komunikace překračuje a proniká do existence mezilidských vztahů a kultury. *„Projev psychiky v chování a zejména v činnosti je vzhledem k nim převážně, i když ne výlučně, regulační. Na druhé straně se psychika v chování a činnosti nejen projevuje, ale i utváří. Přitom utváření psychiky není jen ontogenetické, ale i sociálně historické a aktuálně genetické. To platí i pro verbální komunikaci, protože verbální komunikace je také chováním a činností sui generis. Psychika se rovněž ve verbální komunikaci projevuje i utváří a zároveň verbální komunikaci reguluje. Jinak řečeno, verbální komunikace je projevem psychiky i její formující determinantou.“ (JANOUSEK, 2015, str. 11)*

Vztahem kultury a jazyka a kognitivních funkcí se ve své práci zabýval L. S. Vygotskij. Kultura je zde významnou společenskou determinantou verbální komunikace a psychiky. VYGOTSKIJ (2017) ve své publikaci¹ definuje vztah vývoje řeči a myšlení na základě změny kvalitativní i kvantitativní. Styčné body se ve vztahu myšlení a řeči různě prolínají, střetávají, další úrovně se rozcházejí, přitom je celkový vývoj neparalelní a neproměnný. Vztahem myšlení a řeči se aktuálně zabývá z hlediska středního proudu evoluční psychologie, např. S. Pinker, který v kontrastu s Vygotským

¹ Publikaci VYGOTSKÉHO „Psychologie myšlení a řeči“ přeložil a zformoval J. PRŮCHA.

akcentuje genetickou predispozici při vývoji jazyka s návazností na teorie Chomského. J. Heinrich, P. Richerson, R. Boyd se však současně ke směru evoluční psychologie vymezují a popisují teorii koevoluce genů a kultury². HEINRICH (2016) popisuje jazyk „language“ z hlediska nových poznatků. Díky nim můžeme potřebu komunikace poznat blíže a chápat její důležitost a význam v sociokulturním prostředí. *„Sbíhající se linie výzkumu v několika oblastech nyní ukazují na odpověď: jazyky vycházejí z dlouhodobého kumulativního kulturního vývoje. Stejně jako ostatní aspekty kultury, včetně sofistikovaných technologií, rituálů a institucí, se náš repertoár komunikačních nástrojů – včetně mluvených jazyků – rozvíjel prostřednictvím kulturního přenosu po generacích, aby se zlepšila efektivita a kvalita komunikace a aby se přizpůsobila detailům místních komunikačních kontextů, včetně fyzického prostředí a společenských norem. Jazyky jsou pak kulturní adaptace pro komunikaci.“* (překl. autora, HEINRICH, 2016, str. 231)

Janoušek (2015) rozlišuje komunikační akt následně:

1. Motivace mluvčího;
2. intenci čili záměr mluvčího;
3. smysl sdělení pro mluvčího;
4. rozhodování mluvčího o podobě zprávy spjaté s jejím kódováním;
5. promluvu s věcným obsahem sdělení;
6. rozhodování příjemce o přijetí zprávy spjaté s jejích dekódováním;
7. smysl sdělení pro příjemce;
8. odhad intence či záměru, případně motivace mluvčího příjemcem;
9. efekt sdělení na příjemce včetně jeho motivace.

Problém neúspěšné řečové komunikace se může vyskytnout ve všech výše zmíněných bodech. Člověku je snaha nejen o řečovou komunikaci vlastní od dávné minulosti, proto může být ztrátou nebo omezením řečové komunikace deprivován. Tento stav psychické deprivace mění osobnost člověka, vznikají patologické odezvy

² KOUKOLÍK (2013, str. 75) o evoluci genů a kultury v souvislosti s „Já“: Člověk existuje v mnohazměrové síti kultury, „kde rozměry jsou historický čas a prostor, vývoj jedince od narození do smrti, jeho vztah zejména k matce a dalším členům rodiny v dětství, jeho další mikrosociální i makrosociální vztah“ tudíž nelze uchopit vědomí a sebeuvědomování lidského jedince bez základních poznatků o společné evoluci genů a kultury.

organismu – psychické i fyziologické. Daný přístup k člověku s takovýmto postižením je individuální a zejména komunikace s ním může být komplikovaná.

Při ztrátě možnosti řečové komunikace se člověk v jakékoliv životní etapě může stát slabším, z vrcholu fyzického a psychického potenciálu upadá. Emoce a prožívání se mění, stávají se neovladatelnými. Převládá stres a frustrace. Člověk může ztratit svoje sebevědomí i sociální postavení. Pracovní výkonnost je omezena nebo úplně ztracena. Personalita se mění, člověk nevěří sám sobě a odmítá i kontakt s okolím. Při procesu stárnutí se člověk hůře přizpůsobuje novým věcem. Každá osobnost je individualita závislá na interních a externích podmínkách, se kterými se setkává od prenatálního vývoje až po vrcholné stáří.

HADJ-MOUSSOVÁ in VÁGNEROVÁ (2000) uvádí, že každé postižení působí podle toho, jak člověk své postižení prožívá a jak na něj toto prožívání působí, dále jaké způsoby řešení své situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost. Podle tohoto konceptu je tedy sekundární, jakým druhem a stupněm postižení člověk trpí. Neplatí totiž přímá úměra mezi stupněm nebo typem postižení a závažností narušení psychiky. Rozhodující jsou techniky, které člověk používá k vyrovnání se s danou situací.

VÁGNEROVÁ, HADJ-MOUSSOVÁ i VALENTA (2000, 2003): rozdělují techniky aktivního a pasivního řešení. Mezi aktivní řešení patří kompenzace, identifikace (např. se vzorem), moment hledání viníka, negativismus, upoutávání pozornosti nebo agrese³. Pasivní techniky jsou tedy většinou únikové. Může nastat popření situace, regrese, racionalizace⁴, ale také únikem do nemoci, izolací nebo celkovým únikem z tíživé situace (drogy).

I přes tíživou situaci, nemusí člověk se získanou poruchou řečové komunikace ztratit možnosti vést kvalitní život z hlediska roviny osobnostní, inteligenční, sociální, kulturní.

1.3 Aktuální problematika fyziologie nervového systému v tomto období

Logopedie jako vědní obor je už ve svých počátcích spjat s neurologií, kognitivními vědami. Objev P. P. Brocova⁵ zaujal odborníky, kteří se nadále věnovali studiu

³ Některé techniky slouží například pro odreagování se od vnitřní tenze.

⁴ VÁGNEROVÁ, HADJ-MOUSSOVÁ, VALENTA (2000, 2003)

⁵ Přestože dnes chápeme lokalizaci odlišným způsobem (funkce více oblastí mozku), v expresi řečové komunikace je význam Brocova řečového centra existuje. (KALÁB in OREL, FACOVÁ, 2009)

řeči a jazyka. Například Wiliam Ogle dokázal, že je centrum pro psaní nezávislé na Brocově centru, Carl Wernicke se věnoval lokalizaci sluchového rozpoznávání řeči. Sigmund Freud bádá v oblasti poruch motorických exekutivních funkcí. Roger Sperry se svým týmem prokázal, že funkce pravé mozkové hemisféry jsou odlišné od funkcí levé mozkové hemisféry. (Love, Webb, 2009) Vědci a badatelé se od samého začátku snaží o lokalizaci center určitých funkcí v mozku. Tento zájem lze nalézt dokonce již v počátcích dnes již kritizovaného oboru frenologie, kdy se určité lebeční výduti přisuzovala podoba chování, jeho zájem a vlohy. V dnešní době komunita odborníků v oblasti neurověd hledá a popisuje neurální sítě, snaží se však opustit od nepružného nazírání a lpění na cerebrální lokalizaci. Proces lokalizovaný v mozku může souviset s klinickými příznaky, ale tyto příznaky nemusí být důkazem dané lokalizace. (MUMENTHALER, BASSETTI, DAETWYLER, 2008) *„Mozek je více než seskupení autonomních modulů, z nichž každý je životně důležitý pro konkrétní duševní funkci. Každá z funkčně specializovaných oblastí musí spolupracovat s desítkami či stovkami jiných a jejich úhrnná integrace vytváří jakýsi nezměrně složitý orchestr s tisíci nástroji, orchestr, jenž řídí sám sebe a disponuje ustavičně se měnícími partiturami a repertoárem.“* (SACKS, 2011, str. 88)

V této kapitole bych ráda nastínila i problematiku fyziologie nervového systému v období dospělosti a stáří. To se týká hlavně regenerace mozku a jeho plasticity. Například u klienta, který prodělal trauma centrální nervové soustavy, je nejdůležitější stabilizace a snížení rizik sekundárních komplikací. V tomto okamžiku však začíná složitý, dlouhý, a ne vždy pozitivní proces regenerace, rehabilitace člověka. Nemusí vždy vést k úplnému ani částečnému uzdravení. Přesto je stěžejní člověka v tomto procesu motivovat, snížit jeho deprivaci, zmírnit stresovou situaci a snažit se ho navrátit alespoň částečně do každodenního života. Momentálně stále nemáme dostatek informací k tomu, abychom věděli, jak přesně funguje regenerace lidského mozku. Ze zkušeností a praxe však autoři odborných publikací a statí vědí, že v určitých situacích lze proces regenerace nastartovat. Dokud má mozek hodně podnětů, regenerace probíhá i déle než dva roky po incidentu. Proces je již značně zpomalen, ale efektivita se nevytrácí. *„Průzkum ukazuje, že mozek se po zranění snaží sám sebe „opravit“ tím, že se přeorganizuje. Když dojde k poranění mozku, pravděpodobně se stane to, že části mozku, které nebyly dříve využívány pro zvláštní úkoly, převzou funkce poškozených oblastí. Následkem toho se vytvářejí nové dráhy. Je prokázáno, že čím je mozek mladší, tím snadněji vytváří*

tyto nové komunikační kanály. Jak stárneme, dráhy už jsou zavedenější a mozek není tolik tvárný nebo „plastický“. (POWEL, 2010, str. 43)

„V nejrušnějších městech si po velkých katastrofách lidé nakonec najdou způsob, jak se dostat na místo určení.“ (POWEL, 2010, str. 43) V tomto tvrzení se setkáváme s funkčním pojetím v lidském životě. Sama funkce nás provází všude a je vhodné jí věnovat pozornost. Důležité je najít funkční cestu, ať už v řečové komunikaci samotné, nebo v oblasti neurálních drah, kdy si neurony nacházejí další a další funkční spojení. Zkušenosti odborníků v oblasti klinické i neuropsychologické na základě funkčního vyšetření mozku shledávají klasické „afaziologické“ pojetí lokalizace, řečových center jako příliš ohraničené. Na toto tvrzení upozorňují například WILLMES a POECK (1993), OTSUKI a kol. (1998) a potvrzují ho i studii z praxe⁶.

„Poškození zahrnující Brocovu oblast může být důvodem plynulé afázie, zůstane-li zachována zadní část precentrálního závitu. Poškození levého středního závitu mimo Brocovu oblast může být důvodem porušeného chápání slyšených slov i vět. Podrobné vyšetřování pacientů s Wernickeovou afázií dokazuje, že Wernickeova oblast zpracovává funkční gramatická slova (předložky, zájmena, pomocná slovesa...), jejichž četnost výskytu se udává jako střední, stejně jako je zpracovává oblast Brocova.“ PULVEMÜLLER a kol. (1996) in KOUKOLÍK (2000), str. 131

1.4 Funkční komunikace a funkcionální komunikace

Komunikace může mít podobu reálnou i virtuální, verbální i neverbální. Jazyk může být prezentován řečenými slovy, vnímán akusticky, nebo využíváním gest, mimikou a 3D prostoru. Komuniké může být tedy přijímáno procesem slyšení nebo zrakem, i taktilně aj. Funkční komunikace tedy nemusí vždy splňovat podoby intaktní řečové komunikace. Efektivita komunikace člověka může záviset na intaktní psychické kondici, na pozitivním přístupu ke společnosti apod. V případě, že však bereme v úvahu podobu intaktního procesu řečové komunikace, k udržení aktuální řečové konverzace platí tyto zákonitosti:

- a) Musíme slyšet a porozumět tomu, co říká druhý člověk;
- b) potřebujeme vymyslet obsah sdělení, co řekneme;

⁶ „Studie Willmse a Poecka (1993) zkoumá vztah diagnózy stanovené Aachen Aphasia Test a místo poškození pomocí sérií CT skenů.“ (překl. autora, EDWARDS, 2005, str. 25)

- c) zvolit správná slova, kterými budeme reagovat a dát je dle gramatiky do správného pořadí;
- d) být schopni řečové komunikace ve zvukové podobě;
- e) mluvit přiměřeně nahlas a patřičně rychle (snažit se přiblížit intaktní formě řečové komunikace)
- f) pracovat s tónem řeči a výrazem.

Tento model lze popsat v širším kontextu psycholingvistického pojetí. Intaktní řečová komunikace má v takzvaném „komunikačním řetězci“ následující body, které jsou úzce spjaty s funkcí centrální nervové soustavy:

- Možnost a snaha po komunikaci (stěžejní bod pro funkcionální komunikaci);
- senzorický vstup (percepce a diskriminace signálů);
- rozumění (kortikální zpracování senzorického vstupu);
- kognitivní proces (zahrnuje vše, co se podílí na tomto procesu, tj. inteligence, paměť, pozornost, výběr odpovědí podle individuální situace);
- exprese (kombinace symbolů, sekvencí – zvuky, slova – je těsně spjata se senzorickým vnímáním a kognitivními procesy (myšlení, city apod.);
- řízené motorické plánování (plánování a kontrola volních pohybů);
- výsledný motorický výstup (stav a možná aktivita svalstva orofaciální oblasti, fonace, respirace). (NEUBAUER, 1997)

Komunikační řetězec spolu s těmito složkami prochází u každého jedince všemi vývojovými stupni, a proto může sebemenší porucha v tomto cyklickém systému způsobit další problémy. Funkcionální přístup uznává všechny tyto modely, ale vychází hlavně z aktuální a funkční komunikační situace. Tento přístup se zaměřuje hned na první a zároveň poslední bod v cyklu komunikačního řetězce – v možnosti a snaze po komunikaci. Bod, který je spojníkem pro celý komunikační řetězec. Stav funkcionální komunikace nemusí být tvořen ve velké míře jazykovými a řečovými deficity, ale zaměřuje se v první řadě na následky těchto deficitů v každodenní situaci člověka.

Důležité body funkcionální (pragmatickou) komunikaci výborně vystihuje popis metody terapeutické intervence PACE A. L. HOLLAND (překl. autora, 1996, str. 166): *„PACE je formát pro klinickou interakci, navržen tak, aby sloužil jako mikrokosmos přirozené komunikace. Realizace PACE postupů je vedena na principech normální komunikační interakce, ve které jsou vzájemně vyměňovány nové informace. Pacient si může vybrat jakoukoliv komunikační modalitu ke sdělení. Klinický pracovník a pacient se oba podílejí jako příjemce a odesílatel informace, a tak poskytuje odesílateli informace přirozenou zpětnou vazbu jako v každodenním životě, zda zpráva je nebo není úspěšně sdělena.“*

Z této citace tak vyplývají základní rysy úspěšné funkcionální komunikace. Je to její přirozenost, úspěšnost výměny informací a její praktické využití v každodenních situacích.

Již v roce 1996 vyšla v USA publikace *„Adult aphasia rehabilitation“* v editaci G. L. WALLACE kde se dále HOLLAND (str. 170-171) vyjadřuje k pojmu „pragmatická komunikace“: *„V zásadě by závislost na pragmatických metodách měla být omezena zdravým rozumem. Monolitický přístup k léčbě afázie je pro pacienta pravděpodobně zbytečný. Pragmatické úvahy by však měly být téměř vždy charakteristickým rysem nebo součástí léčby. Důvodem je, že hlavním cílem klinického zásahu u afázie, je mluvit o tom, o čem si opravdu přejeme mluvit – ne primárně o zpracování vět, získávání slov nebo o správnou artikulaci.“*

1.5 Funkcionální komunikace u získaných neurogeně podmíněných poruch řečové komunikace

Intervence v oblasti získaných neurogeně podmíněných poruch řečové komunikace je velmi složitým a multidimenzionálním jevem. V tomto procesu je vyžadována komplexní spolupráce mezioborového týmu odborníků, tedy klinických logopedů, neuropsychologů, psychologů, neurologů, jazykovědců a dalších. Vztah mezi nervovou soustavou, zejména mozkiem a řečí je jedna z nejsložitějších oblastí, která se začala zkoumat v průběhu první poloviny 20. století. Z hlediska uceleného bádání v této oblasti je důležité zaměřit se na etiologicky podmíněný přístup v intervenci. Na dané poruchy řečové komunikace tedy nenahlížíme pouze symptomatologicky. Cílové zaměření vyskytující se v této práci vychází z klasifikace poruch na bázi postižení dle NEUBAUERA (2014):

- Motorických řečových modalit;
- užití individuálního jazykového systému;
- a kognitivně-komunikačních funkcí.

I pro podrobnější studium oblasti závažných získaných neurogenních poruch řečové komunikace je důležitý základ. Tedy definovat a zastřešit pojmy jako je řeč a jazyk. Výsledným je pak „lidský jazykový produkt“ nebo „řečová komunikace“. Znaky se nemohou obejít bez jejich realizace, tedy fyzikální realizací jazyka je řeč. Pojem řečová komunikace vychází z psycholingvistické koncepce, která se snaží o propojení kognitivních, neuropsychologických a jazykovědných přístupů. Význam výše uvedeného rozdělení řečových poruch je v tom, že jazyková a kognitivně-komunikační porucha je přítomná při primárně nepoškozených motorických modalitách (respirace, fonace, artikulace a rezonance). V diplomové práci se věnuji zkoumání afázie, která jako porucha řečové komunikace spadá do poruch v oblasti užití jazykového systému. Dalším zde zkoumaným jevem je kognitivně-komunikační porucha u syndromu demence. Již tento výčet napovídá, že je stěžejní zmínit i diferenciální diagnostiku. Jejím úkolem je posoudit a rozlišit projevy motorických řečových poruch od jazykových a kognitivně-komunikačních. Diferenciální diagnostika by měla být přítomná při každé logopedické intervenci.

Z hlediska diagnostiky funkcionální komunikace je však nejpodstatnější zhodnotit stav této domény a co nejrychleji člověka funkčně zařadit zpět do každodenní situace. Porucha funkcionální komunikace se může vyskytovat u výše uvedených poruch řečové komunikace. Proto je zásadní v následujících dvou kapitolách definovat afázii a kognitivně-komunikační poruchu u syndromu demence a nastínit zde styčné body s problematikou funkcionální komunikace.

2 Afázie získaná v dospělosti a stáří

Afázie⁷ je jednou z nejtěžších poruch řečové komunikace. Náhlá ztráta řečové komunikace je pro dospělého a stárnoucího člověka v jeho osobním životě obrovským problémem. Je důležitá včasná diagnostika a cílená komplexní terapie. V oblasti prognostiky se závěry často liší, záleží zde na stupni a místě poškození nervové tkáně, věku, fyzických předpokladech a psychosociálním aspektu. *„Nejzávažnější afázie vznikají u rozsáhlých lézí zasahujících fronto-temporo-parietální oblast mozku, nejčastěji při okluzi nebo stenóze artéria cerebri media. Afázie vznikají při ložiskových poškozeních mozku, především v kortikální oblasti, ale i při lézích níže uložených oblastí mozku, spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech.“* (CSÉFALVAY, 2007, str. 15)

Afázie zasahuje do různých oblastí. Produkce a porozumění řeči jsou komplexní procesy centrální nervové soustavy. *„Afázie – porucha individuálních jazykových schopností na bázi traumatu CNS je vždy vícemodálním jevem, ovlivňujícím percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexické a grafické dovednosti i verbálně amnestické funkce.“* (NEUBAUER, 2010, str. 40)

Dle Lurijovy definice je afázie systémové narušení řeči v druhém a třetím bloku, které vzniká při organických poškozeních mozku, zasahující rozličné úrovně organizace řeči. Toto poškození má vliv na vztah řeči k ostatním psychickým funkcím, vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka a narušuje komunikační funkci řeči, jde tedy o poruchu s interpsychickými a intrapsychickými následky. (LURIJA, 1980)

Zmínky o poruše hybnosti a poruše řeči v souvislosti s mozkovou lézí lze nalézt již v Bibli. „*Alálie*“ byla jako termín užitá ve starší literatuře pro označení klinického obrazu dnešního termínu „*afázie*“. V roce 1906 MARIE předpokládal, že „*afázie* je jen jedna“. To byla jeho reakce na lokalizacionismus a klasifikace afázií. Dále věřil, že se afázie u lidí lišily primárně v závažnosti jejich stavu a v přítomnosti koexistující poruchy. (WERTZ in WALLACE, 1996, CSÉFALVAY, TRAUBNER 1996)

Podle WERTZE (1996) jedna z prvních definic afázie zdůrazňující, *proč* existuje „*jazykový deficit*“, než popisující existující *typické druhy* „*jazykových deficitů*“ (*pozn. doslovný překlad „language deficit“*), zněla následovně: *„Afázie je fyziologická*

⁷ Termín „*afázie*“ je odvozen z řeckého slova „*phasis*“ znamenající v překladu řeč a ze záporu „*a-*“. Ve starší literatuře a studiích jsme se mohli setkat spíše s termínem „*dysfázie*“. Předpona „*dys-*“ se však dnes týká vývojových poruch. (CSÉFALVAY, TRAUBNER, 1996)

neschopnost procesu multimodality⁸ s více než jen ztrátou verbálních symbolických manipulací (např. sdružování, ukládání, vyhledávání a implementace pravidel). V izolované formě je způsobena ohniskem poškození kortikálních anebo subkortikálních struktur hemisféry (hemisfér), které jsou dominantní pro takovéto symbolické manipulace. To je ovlivněno a ovlivňuje další fyziologické zpracování informací a kognitivní procesy do té míry, kdy podporují, spolupracují nebo jsou podporovány symbolickými deficity.“ (KREINDLER, FRADIS, 1968, MCNEIL, 1982 in WALLACE, 1996, str. 41)

Afázie je porucha vyšších kortikálních funkcí, ty jsou specificky lidskou aktivitou. Součástí těchto vyšších kortikálních funkcí jsou kognitivní funkce se složkou receptivní, expresivní a schopností zpracování informací. To vše je v normě za předpokladu určité úrovně vědomí a dostačující funkce vyšších kortikálních i subkortikálních funkcí. (ČECHÁČKOVÁ in JEDLIČKA, ŠKODOVÁ, 2003, str. 144)

Velký zájem o problematiku afaziologie a rozvoje terapie afázie lze sledovat zejména po 2. světové válce. Například A. R. Lurija se po odsunu do rehabilitačního střediska za Uralem, kde léčil zraněné válečné důstojníky, zajímal o problematiku poruch řeči a věnoval se během svého života prohloubení poznatků právě o afázii a její reedukaci. Pro vytvoření vhodné intervence pro osoby s poruchou řeči zapojoval své široké a hlubinné poznatky neuropsychologie⁹ a funkcí struktur mozku v kontextu s vyššími psychickými funkcemi. (KULIŠŤÁK, 2003).

V současnosti díky rozvoji techniky v oblasti diagnostických metod¹⁰ došlo k výraznému pokroku v náhledu na tuto problematiku i k potřebné verifikaci. Vznikla tak etapa afaziologie, která má místo v systému neurověd. Do povědomí se dostává pojem „*neurokognitivní síť*“ jakožto síť korových a podkorových oblastí obou hemisfér. Je důležité zmínit vysokou individuálnost a jedinečnost lidského mozku. A v souvislosti s řečovou komunikací tato síť obsahuje daleko rozsáhlejší oblasti, než bylo uváděno v souvislosti s popisem klasických center řeči. (KOUKOLÍK, 2008)

⁸ Z angl. multimodality = multisenzorita, multimodalita, proces multisenzorický

⁹ A. R. Lurija a později L. S. Cvetkovová jsou hlavními představiteli ruské neuropsychologické školy. V USA tento zájem měla tzv. bostonská afaziologická škola (N. Geschwind, H. Goodglas, E. Kaplanová) a v Německu pak „neurologická škola“ (K. Poeck a A. Leischner). V Itálii se rozvinula italská afaziologická škola (A. Basso) (CSÉFALVAY in LECHTA, 2011).

¹⁰ Mezi dominantní diagnostické metody patří magnetická rezonance a počítačová tomografie.

2.1 Etiologie afázie

Problematika příčinnosti se obecně u neurogenně podmíněných poruch řečové komunikace dotýká velmi často osob v dospělosti nebo stáří. „*V ČR je třeba uvažovat o počtu nad tisíc osob s přetrvávající afázií ročně.*“ (NEUBAUER, 2007, str. 31) Etiologie afázie je nepochybně nejdůležitějším bodem úspěšné multioborové intervence. Otázka „proč afázie vznikla?“ by měla být položena každým odborníkem podílejícím se na diagnostice, léčbě a terapii klienta. Například komplexní intervence u klienta se symptomem transkortikální senzické afázie u frontotempolární demence způsobené neurodegenerativním procesem nemůže být totožná jako u klienta s transkortikální senzickou afázií po cévní mozkové příhodě. Jsou zde odlišné příčiny. Oblasti vzniku afázie jsou obecně popisované jako vnitřní a vnější příčiny s dopadem na organický substrát mozku. (OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK a kol., 2017)

ČECHÁČKOVÁ ve své publikaci (2003) uvádí následující rozdělení příčin vzniku afázie:

- Cévní onemocnění mozku;
- nádory CNS;
- úrazy hlavy;
- neuroinfekce;
- intoxikace mozku omamnými látkami;
- atrofické a degenerativní procesy.

„*Volně můžeme přiřadit ještě epilepsie. Zde je však porucha řeči přechodného charakteru, často má ráz dysartrie.*“ (OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK a kol., 2017, str. 145)

NEUBAER (2007) rozděluje obecně příčiny získaných neurogenních poruch řečové komunikace na:

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

Autoři LOVE, WEBB (2009) rozdělují obecně vaskulární onemocnění následně:

- Mozková embolie (zanesení vmetku – například krevní sraženiny, bakteriální masy – proudem krve do cévy v mozku);
- mozková hemoragie (krvácení do mozku);
- mozková trombóza (částečné nebo úplné uzavření cévy mozku fixovanou sraženinou vytvořenou na arteriální stěně);
- pseudobulbární obrna (ochrnutí svalů);
- tranzitorní ischemická ataka (dočasné narušení zásobení mozku krve);
- subdurální hematom (krvácení do prostoru mezi tvrdou plenou mozkovou a arachnoidní membránou);
- subarachnoidní krvácení (krvácení do prostoru mezi měkkou plenou mozkovou a arachnoideou).

Mezi hlavní příčiny poškození centrální nervové soustavy a vzniku léze se řadí cerebrovaskulární patologické stavy centrální nervové soustavy. Mezi nejzásadnější příčiny afázie patří cévní mozkové příhody. Stojí za vznikem většiny afázií u lidí dospělého a staršího věku. Cévní mozkové příhody jsou považované dle WHO (2012) za rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového mozkového postižení, které mohou vést ke smrti. Cévní mozkové příhody se dělí na ischemické a hemoragické.

Ischemické mozkové příhody mohou být způsobeny buď neprůchodností (embol, spasmus) mozkové tepny nebo snížením průtoku krve. Mezi příčiny ischemických mozkových příhod patří například diabetes mellitus, hypertenze, kouření, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, obezita nebo kardiovaskulární onemocnění.

Hemoragické (krvácivé) mozkové příhody jsou způsobené narušením stěny tepny a následným krvácením do prostorů mozku, do subarachnoidálního prostoru nebo do mozkových komor. Příčinou může být vysoký krevní tlak, mozkový nádor, hematom po traumatu CNS (KALINA, 2004, OBEREIGNERŮ, 2017, KRÁL a kol., 2002) „Cévní mozková příhoda vzniká nejčastěji náhle, z 80 % je příčinou ischemie části mozkové tkáně pro uzavěr některé z tepen zásobujících krví tuto oblast. Ve 20 % případů je příčinou hemoragický proces – ruptura (prasknutí) tepny s krevním výlevem do okolní mozkové tkáně. Méně častou, ale velmi závažnou příčinou je SAK – subarachnoidální krvácení, často z ruptury aneuryzmatu, tedy vrozeně vzniklého oslabení cévní stěny. CMP

vzniká nejčastěji u osob ve věku 60-75 let, je však zachycen trvalý trend přesunu do mladší věkové kategorie od 45 let i níže. Například z počtu osob hospitalizovaných po CMP bylo v roce 1981 v tehdejší ČSSR 21,9 % v době vzniku CMP v pracovním poměru.“ (NEUBAUER, 2007, str. 32-33) Důležitá je včasná diagnostika příčiny cévní mozkové příhody, a to hned nejlépe 3 hodiny po ataku a okamžitá léčba. Právě tyto mezníky rozhodují o životě pacienta.

Vysoké procento vzniklých afázií je etiologicky zapříčiněno traumatem centrální nervové soustavy, které může být způsobeno poraněním mozku. V této souvislosti se vyskytuje uvedení dopravních nehod jako nejčastější příčiny úrazu mozku, dalšími jsou domácí úrazy, pracovní úrazy, úrazy při sportu nebo rekreaci ale i úrazy s příčinou v násilí a fyzickém napadení. Stále častěji se setkáváme s poraněním mozku následkem adrenalinových sportů, teroristických útoků nebo následkem válečných sporů. ŠPLÍCHAL in KULIŠŤÁK; a kol. (2017, str. 423) uvádí: „Bezkonkurenčně nejčastější příčinou poranění mozku jsou – celosvětově – autonehody. Výjimkou jsou jen země s velmi nečestným silničním provozem, odkud však zároveň chybí statistiky. Výjimkou bylo (dle údajů z I. mezinárodního kongresu o poranění mozku v Kodani v roce 1995) i Rusko, kde statisticky převážilo napadení druhou osobou, a některé severské země s četnými „úrazy v domácnosti“, nedeklarovaně se spoluúčastí alkoholu.“¹¹

Z hlediska epidemiologie se uvádí, že četnost všech úrazů mozku je asi 300 na 100 000 obyvatel za rok. Poranění mozku je poškození mozkové tkáně, které je primárně způsobeno vnějšími (mechanickými) silami. (POWELL, 2010) Poraněním vznikají další syndromy a symptomy. Nejtěžší je však vliv úrazu na tkáň, vzniká poškození, které má vliv na celý život člověka. V případě, že člověk ataku přežije, následky tohoto poškození mohou ztížit kvalitu života. Náhle vzniklé poškození může mít devastující vliv na celou osobnost člověka.

Z hlediska fyziologického je poškození tkáně mozku děleno na několik etap;

- Primární poranění nastává při prvotním poškození tkáně, jedná se o otřes mozku (komoce), zhmoždění mozku (kontuze) a úplné rozmoždění mozkové tkáně (lacerace);

¹¹ „Až 50 % všech dopravních úrazů sprevádají úrazy mozku, z kterých asi při třetina je súčasne aj porucha reči“ (CSEFALVAY, 1996, str. 207)

- k sekundárnímu poranění dochází v dalších momentech po nehodě, úrazu apod., může být způsobeno nedostatečným okysličením mozku – hypoxie);
- a terciální poranění (nastává ve chvíli, kdy dochází k dalším pohmožděním a otokům následkem krvácení v mozku – hematomy, edémy).

„Sekundární cerebrální poškození posléze postihuje buněčnou membránu a energetický metabolismus buňky, vede proto k selhání aktivních transportních mechanismů a k postupnému otoku buňky k cytotoxickému edému.“ (KALINA, 2004, str. 879) ŠPLÍCHAL in KULIŠŤÁK; a kol. (2017) popisuje rozdělení nitrolebních poranění dle MKN-10:

- Otřes mozku (commotio cerebri);
- traumatický edém mozku;
- difúzní poranění mozku (contusio, laceratio, komprese);
- ložiskové – fokální – poranění mozku (contusio, laceratio, intracerebrální úrazové krvácení);
- epidurální krvácení (extradurální úrazové krvácení);
- úrazové subdurální krvácení;
- úrazové subarachnoidální krvácení;
- nitrolební poranění s prodlouženým bezvědomím;
- jiná nitrolební poranění (úrazové krvácení – cerebelární, nitrolební NS).

Důsledkem těchto úrazů a nehod může být komoce, kontuze a penetrující poranění. Otřes mozku (komoce, commotio cerebri) je reverzibilní traumatické poranění mozkových funkcí. Vzniká následkem úderů do hlavy (rukou, tupým předmětem, náraz hlavy do „něčeho“). Je to kryté poranění a nelze u něj prokázat anatomickou změnu, to znamená, že se změny nezobrazí pomocí CT nebo MR. Přítomné je bezvědomí, které je krátkodobé, většinou do 10 minut¹². Po bezvědomí může přetrvávat nauzea provázená zvracením, poruchy paměti nebo bolesti hlavy. Zhmoždění mozku (kontuze, contusio cerebri) nastane často nárazy mozku do lebeční části. Kontuze je traumatické

¹² Je-li však bezvědomí delší než 15 minut, předpokládáme závažnější následky (z důvodu edému mozku, četných mikrotraumat apod.).

poranění, zhmoždění mozkové tkáně (mozkového kmene, kortexu a podkorových struktur). Kontuzi můžeme diagnostikovat díky zobrazovacím metodám. Penetrující poranění je takové poranění, při kterém dochází ke kontaktu mezi zevním prostředím a dutinou lebeční. Toto poranění předpokládá porušení celistvosti kůže, kosti a tvrdé pleny mozkové. Podle mechanismu vzniku hovoříme o poranění bodném, sečném a střelném. (ŠPLÍCHAL in KULIŠŤÁK; a kol. 2017, NEUBAUER, 2001)

2.2 Symptomatologie a klasifikace afázie

V této kapitole uvedu problematiku a souvislosti symptomatologie a klasifikace afázie. V úvodu popíši jednotlivé symptomy, které se pak budou vyskytovat v následujících klasifikacích. Afázie je komplikovaný a rozsáhlý syndrom obsahující dílčí projevy. Mezi nejčastěji se vyskytující symptomy patří dysnomie, parafrázie, parafrázie, užití neologismů, poruchy řečové fluence, poruchy prozodie, agramatismus, paragramatismus, užití automatismů a stereotypií v řečové komunikaci, výskyt echolálie, perseverace, anomie, dysnomie. (NEUBAUER, 2010) Někteří autoři uvádí i mutismus (např. akinetický) jako úplnou ztrátu řeči. (OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK; a kol. 2017) Nejméně bývá u klientů s afázií narušena pragmatická rovina. Ostatní jazykové roviny¹³ jsou zasažené více. Míra závažnosti, počtu a proměnlivosti symptomů afázie závisí na individualitě klienta, vážnosti jeho fyzického stavu. Například i u jednoho syndromu afázie podle Bostonské klasifikace afázií může být odlišná míra výskytů dílčích symptomů. (CSÉFALVAY, 2007)

Dysnomie je popsána (NEUBAUER, 2010) jako obtíže v pojmenování určitého pojmu na základě obtíží ve výběru ze sémantické jazykové sítě, ne primárně na základě amnestického syndromu. Nejde tedy o ztrátu paměťové informace, ale obtíže v jejím vybavování (např. užití opisných strategií). „*Rozlišení od paměťových poruch charakteru anomii, které jsou poruchami paměťové funkce, je závažnou součástí diferenciativní diagnostiky, rozlišující poruchy individuálního jazykového systému (afázie) od kognitivně komunikační poruchy např. na základě demence.*“ (NEUBAUER, 2014, str. 75) Anomie¹⁴ je pak porucha pojmenování související s mnestickými funkcemi.

¹³ Ostatní jazykové roviny: morfologicko-syntaktická rovina (vznik agramatismů), lexikálně-sémantická rovina (poruší se nomie), sémantická rovina (porucha poznávání významu slyšeného slova). (CSÉFALVAY, 2007)

¹⁴ Anomii je zásadní odlišit od dysnomie, se kterou primárně vůbec nesouvisí.

Charakteristikou parafrázie (parafázie) je nahrazení určitého pojmu na základě obtíží a poruch ve vybavování pojmu z jazykového systému. Existují různé druhy parafrází:

- Fonemické parafrázie se prezentují záměnami fonémů (dům – dým);
 - sémantické parafrázie jsou záměny v pojmovém okruhu (židle – stolička).
- (NEUBAUER, 2014)

OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK; a kol. (2017) uvádí rozdíl mezi parafrázii a parafázií. „*Parafázie jsou neúmyslné deformace slov různého typu a stupně. Vzniklá zkomolenina se může týkat jak celého slova, tak jen některé ze slabik.*“ Oproti tomu charakteristika parafrázií dle ČECHÁČKOVÉ (2003) zní takto: „*sníženou schopnost až nemožnost větného vyjádření. Jde o poruchu, při níž má postižený problémy správně sestavit větu a činí mu obtíže použít vhodný výraz.*“

Mezi další symptomy afázií se řadí neologismy. Jedná se o vytváření a používání nových slov, která nejsou obsažena v daném jazyce, ani v žádném jiném, který klient zná a ovládá. Projev klienta může být plynulý, ale nesrozumitelný. Jsou to slovní tvary, které jsou však nesmyslné, nezakotvené nikde jinde. Mohou to být slovní parafrázie, tedy nesrozumitelné záměny. (NEUBAUER, 2014, OBEREIGNERŮ, 2017)

„*Při masivním podílu neologismů a parafrází v mluvě u osoby s percepčním typem afázie může být diferenciální diagnostika odlišení od inkoherní (nepřiléhavé) mluvy při některých typech duševního onemocnění či organicky podmíněných stavech po traumatu CNS obtížná, a vyžaduje komplexní všeoborovou diagnostiku.*“ (NEUBAUER, 2014, str. 75)

Verbální fluence je schopnost tvořit pravidelný a souvislý proud řeči. Proto je důležité splňovat i správné tempo, úměrnou rychlost, rytmus. Při správném fluentním projevu by člověk neměl dělat pauzy při hledání daného slova. Fluence závisí také na intelektu, mnestických funkcích, ale i schopnosti improvizace a osobnostních rysech a psychických stavech člověka (extrovertní vs. introvertní rysy, fobie z veřejného prostoru, velké skupiny lidí, stres apod.) „*Někteří autoři uvádějí nejen srovnání, ale i kvantifikovaný parametr promluv, tzv. mean length of utterances – MLU (průměrná délka promluv). Rosenberk, Lapointe (1989) a Wertz (1989, s. 43) uvádějí výzkum, v němž porovnávali dvě skupiny pacientů s afázií a zjistili, že pacienti s nonfluentní afázií měli ve sledované skupině signifikantně kratší průměrnou délku promluv (MLU = 4,9) oproti pacientům fluentním (MLU = 8,1).*“ (CSÉFALVAY, 2007)

Agramatismus souvisí s neschopností dodržovat gramatické normy a pravidla v rodném jazyce a paragramatismus je nesprávné pořadí slov ve větě. V českém jazyce je pro klienty s těmito obtížemi náročné dodržovat časování a skloňování. Echolálie spočívá v opakování všeho, co klient slyší, jedná se o tzv. ozvěnové opakování. Tyto echolálie se ve větší míře vyskytují u transkortikálních typů afázií. Pod pojmem automatismus se nachází opakovaný fragment v řečové komunikaci, který klient používá běžně a většinou je opakuje i několikrát za sebou. OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK (2017) uvádí, že při dotazu „*Jak se jmenujete?*“ klient odpovídá například „*Jo, jo, jo...*“ a stejně odpovídá i na otázku „*Jaký je den v týdnu?*“ stejně „*Jo, jo, jo...*“. Tento jev se pak označuje jako „*verbigerace*“¹⁵. Mezi další symptomy afázie se řadí i prozodie jako neschopnost intaktní melodie a intonace řečového projevu. Perseverace popisuje DVOŘÁK (2007, str. 145) a uvádí, že je to „*ulpívání na určité reakci, subjekt opakuje slova či věty po sobě samém. Jedinec v odpovědích na různé otázky stále ulpívá na určitých slovech, slovních spojeních a není schopen změny.*“

V současné literatuře se můžeme na první pohled setkat s určitou nejednotností při posuzování klasifikačních systému afázie. Po podrobnějším prozkoumání však zjišťujeme existenci míry podobnosti a zahrnutí podobných symptomů v dané klasifikaci. Nejvíce se rozchází Bostonská klasifikace a klasifikace dle ČECHÁČKOVÉ. Rozdíl mezi nimi činí dokonce 42 %. (KULIŠŤÁK, 2017) „*Pokud se opíráme o zkušenosti z praxe, pak lze laicky uvést, že většina neurologů, psychiatrů a psychologů pro jednoduchost používá rozdělení na motorickou (Brocovu, expresivní) afázii, senzoryckou (Wernickeovu, receptivní) afázii a afázii totální (globální)*“ (OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK, a kol. 2017, str. 151) Rozdíly mohou vzniknout kvůli různé terminologii, ale i díky odlišnému pojetí při položení si otázky příčinnosti – syndrom a lokalizace léze nebo symptomatiky – syndrom a jeho symptom. Klasifikaci afázií lze uvést také dle různých pojetí škol a směrů. Bostonská afaziologická škola představuje první typ systému klasifikace, pro níž je základem obsah prací P. Brocy a C. Wernickeho. Dnes již má však terminologie odlišný obsah (CSÉFALVAY in KULIŠŤÁK, a kol., 2017) „*Nejednotnost v klasifikaci afázií je podmíněna afaziologickými školami a také rozmanitostí symptomů, které tvoří více či méně ustálené syndromy. Klasifikace afázií je různorodá, jednotný systém dosud nebyl vytvořen.*

¹⁵ Verbigerace je mechanické opakování částí řečové komunikace (věty, slova). Tato stereotypizace se může vyskytovat u kognitivně-komunikačních poruch u schizofrenie nebo u syndromu demence aj.

Avšak právě určitá specifická u rozličně kombinujících se poruch tuto problematiku ztěžuje.“ (ČECHÁČKOVÁ, 2007, str. 153)

A. R. Lurija rozpracoval celkem sedm typů afázií, jejichž mechanismus vysvětloval podle charakteru narušení řečových procesů, tzn., zda se jedná o poruchu sukcesivní nebo simultánní organizace procesů (CSÉFALVAY, 2002).

1. Afázie lokalizované v precentrálních oblastech mozku

- dynamická afázie – základním znakem je porucha programování a strukturování řeči, tedy přechod od vnitřní řeči k vnější při zachované schopnosti opakování, pojmenování, psaní a čtení;
- eferentní motorická afázie – charakterizuje se neschopností rychle a plynule přecházet z jednoho prvku na druhý, jelikož narušením plynulého střídání inervace a denervace;

2. afázie lokalizované v postcentrálních oblastech mozku:

- aferentní motorická afázie – vyznačuje se neschopností najít polohu rtů a jazyka při artikulaci z důvodu narušené kinestetické aferentace pohybů;
- senzorická afázie – primárním projevem je porucha fonemického sluchu, způsobující defekt akustické percepce zvukové stavby slova a projevující se fenoménem odcizení smyslu slova, poruchou porozumění, řeč nemá gramatickou, formu, rozpadá se celá zvuková a jazyková struktura slova;
- sémantická afázie – narušením prostorové a kvazi-prostorové analýzy dochází k poruše porozumění logicko-gramatickým strukturám a rozpadu matematických operací;
- akusticko-mnestická afázie – demonstruje se diskrétními poruchami porozumění, snížením objemu sluchové percepce, odcizením smyslu slova, nepochopením podtextu rozhovoru;
- amnestická afázie – mechanismus vzniku této afázie se stále diskutuje, centrálním defektem se jeví porucha nominativní funkce řeči a převažuje neschopnost výběru alternativ (LURIJA, 1982, CSÉFALVAY, 1996; CSÉFALVAY, HRNČIÁROVÁ, 1990).

Dnes je nejrozšířenější klasifikace Bostonská. Proto zde uvedu její obsah. Dělení je následující:

- Brocova afázie;
- Wernickeova afázie;
- globální afázie;
- kondukční afázie;
- transkortikální senzorická afázie;
- transkortikální motorická afázie;
- amnestická afázie;
- transkortikální smíšená afázie.

Brocova afázie je označována také jako motorická afázie nebo expresivní afázie. Dle NEUBAUERA (2007) je dominantní porucha v expresivní složce řeči a fluenci.

„Jde o neplynulou poruchu řeči, která vzniká při lézích levého frontálního laloku, tj. při poškození Brocovy oblasti, ale také při poškození částí ležících před a za touto oblastí. Léze mohou zasahovat nejen do postcentrálních oblastí kortexu dominantní hemisféry, ale i do subkortikálních oblastí frontálního laloku. Označení motorická či expresivní afázie nejsou dostatečně výstižná, neboť exprese je narušená u všech druhů afázií, ale také u řady neafatických poruch.“ (OBEREIGNERŮ in KULIŠTÁK, a kol. 2017, str. 152) Brocova afázie se projevuje u klienta tím, že klient produkuje řeč cílevědomě, avšak sporadicky a se značným úsilím. Produkce řeči je ovlivněna dynamikou změn po vzniku léze. Opakování a pojmenování je porušeno, rozumění je relativně dobře zachováno. Je patrná přítomnost fonematických parafází a agramatismů. *„Nejnápadnějším symptómom Brocovej afázie je ťažkopádna, agramatická reč, s množstvom fonémických a verbálnych parafází. Spontánna reč môže byť obmedzená na produkciu niekoľkých slov.“* (CSÉFALVAY, 1996, str. 87) *„Spontánní verbální fluence klesá pod hodnotu 40 slov za minutu.“* (OBEREIGNERŮ in KULIŠTÁK, a kol. 2017, str. 152)

Na rozdíl od klienta s Brocovou afázií, který se často zlobí sám na sebe, že nemůže, „*neumí*“ mluvit a řečové komunikaci se vyhýbá, se klient s Wernickeho afázií mluvit nebojí. Naopak se může domnívat, že hovoří normálně, zlobí se tak na své okolí, že mu nerozumí. Wernickeova (senzorická) afázie, se vyznačuje v první řadě nedostatečným rozuměním, pojmenováním a opakováním. Tempo řeči může být překotné

s dojmem inkohherentního řečového projevu. „*Pacient si není své poruchy vědom, tj. přítomna je agnozognózie postižení řeči. Klinicky působí pacient zmateně a porucha je často přehlížena, zvláště její mírnější forma, která je zaměňována s poruchou chování, případně s deliriem. Delirium má sice stejně jako Wernickeova afázie náhlý začátek, ale zároveň je u něj zakalené vědomí, zhoršená orientace, průběh je měnlivý.*“ (KERTESZ, SHEPPARD, MACKENZIE, 1982, RABOCH ZVOLSKÝ, OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK, a kol., 2017, str. 154) Je možné, že pacient užívá neologismů nebo sémantický žargon do své formulace myšlenek. Tempo však nemusí být vždy špatné, „*Wernicke roku 1874 opísal fluentnú reč pacienta, ktorý nerozumel hovornej reči, a v produkcii sa vyskytovali skomolené, nezrozumiteľné slová.*“ (CSÉFALVAY, 1996, str. 87)

Globální¹⁶ (totální) označuje celoplošné a závažné poškození všech řečových funkcí. „*Globálna afázia... vzniká pri rozsiahlej lézii v pericentrálnej oblasti dominantnej mozgovej hemisféry. Príčinou vzniku globálnej afázie je najčastejšie stenóza arterie cerebri media (ACM). Povodie riečiska favej ACM zasobuje rozsiahlu oblasť ľavej mozgovej hemisféry. V neurologickej symptomatológii sú okrem ťažkej nonfluentnej afázie prítomné aj ťažké poruchy pohyblivosti, poruchy citlivosti apod.*“ (CSÉFALVAY, 1996, str. 99) Klient má problémy s fluencí projevu, obsahem projevu a je porušená i oblast rozumění, přitom výsledné pokusy o srozumitelnou řečovou produkci jsou omezeny nebo jich není klient schopen vůbec. V pokusech o projev jsou pak přítomny stereotypní spojení, expresivní nadávky apod. (NEUBAUER, 2007)

Kondukční (převodní, centrální) afázie má příčinu v porušení spojů mezi přední a zadní řečovou oblastí¹⁷. „*...tato porucha řeči vzniká pri poškodení spojov medzi sensorickým a motorickým centrom reči.* (CSÉFALVAY, 1996, str. 93) Tento typ afázie v sobě zahrnuje poruchu opakování s fonematickými parafáziemi. Fluence řečového projevu a rozumění je však většinou na dobré úrovni. (NEUBAUER, 2007). Ve výše uvedené klasifikaci dle LURIJI (CSÉFALVAY, 1996; CSÉFALVAY, HRNČIÁROVÁ, 1990) je tento typ shodný s aferentní motorickou afázií. „*Postižena je audioverální modalita, ostatní modalita opakování (vizuoverbální, audiomanuální)*

¹⁶ „*Globální afázie představují až čtvrtinu afázií a častější jsou v akutní fázi iktu.*“ (OBEREIGNERŮ, 2017, str. 156)

¹⁷ „*Spojení zajišťuje především silný svazek fasciculus arcuatus.*“ (OBEREIGNERŮ, 2017, str. 154–155)

postiženy nejsou.“ (RŮŽIČKA, BEDNAŘÍK, 2004, OBEREIGNERŮ, in KULIŠŤÁK, a kol., 2017)

Dalším typem je transkortikální senzoriclá (echolalická, asémantická) afázie. Klient má v pořádku fluenci projevu, zachované opakování slov (i víceslovného obsahu). Oblast, která je porušená, je zejména schopnost pojmenování, rozumění řečové komunikaci i psanému textu. Od Wernickeovy afázie se odlišuje relativně zachovalým opakováním. Z hlediska prognostiky u tohoto typu afázie způsobené iktem se předpokládá dobrý vývoj, tento jev se však může vyskytnout i jako symptom demence, v tom případě je prognóza v rámci neurodegenerativních procesů progresivní. *„TCSA můžeme nejčastěji pozorovat u frontotemporální demence, kde je hlavním znakem narušení řeči, ztráta schopnosti porozumět významům slov. Odtud se používá pro daný typ demence označení sémantická demence.*“ (SNOWDEM et al., 1989 in OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK, a kol., 2017, str. 155)

Transkortikální motorická (echolalická, adynamická) afázie *„připomíná Brocovu afázii, ale je s ní diferencována relativně zachovaným výkonem v opakování.*“ (WERTZ in WALLACE, 1996, str. 49) Celkově tento jev způsobí, že klient řečový projev spontánně moc dobře nezvládá, projev je jednoduchý, odpovědi na otázky jsou máloslovné. Rozumění bývá zachováno, opakování se na jednodušší úrovni daří (více než u Brocovy afázie). *„Proměnlivé je narušení schopnosti pojmenování a písemného projevu.*“ (OBEREIGNERŮ, 2017, str. 155) Prognóza je relativně dobrá.

U anomické (amnestické, nominální, dysnomické) afázie je nejčastěji porušeno pojmenování, jak již vypovídá název. Tento typ afázie se projevuje v řečové komunikaci s tzv. anomickými pauzami, protože pacient hledá a snaží se najít vhodný pojem, který by chtěl v komunikaci užít. Rozumění bývá zachováno, fluenci projevu narušuje hledání pojmu, u těžších forem je řečová komunikace více a více omezena nahrazováním pojmů zájmeny např. „ten, tamto, to, ono atd.“ Klient si často v projevu pomáhá výrazem a gestikou. (OBEREIGNERŮ, 2017) *„Tento lingvistický fenomén je častý u všech typů afázií a často se vyskytuje jako reziduum po některém předchozím typu afázie.*“ (NEUBAUER, 2007, str. 53)

V souvislosti s afázií transkortikální motorickou a transkortikální senzoriclou se vyskytuje další typ smíšené transkortikální afázie¹⁸. Tento typ afázie je také označován

¹⁸ V nejaktuálnější publikaci Klinická neuropsychologie v praxi (KULIŠŤÁK, 2017) uvádí tento typ smíšené transkortikální afázie v kapitole „Afázie“ OBEREIGNERŮ, se kterým se můžeme setkat i v dalších publikacích (NEUBAUER, 2014, KERTESZ, 2007).

jako tzv. „izolační syndrom“ (narušení suplementárních řečových zón jak v oblasti motorické, tak senzické). Mezi hlavní symptomy se pak řadí neschopnost rozumět a plynule mluvit se zachovaným opakováním.

NEUBAUER (2014) popisuje typ s názvem „smíšená afázie“ jako frekventovaně uváděný hlavně v praktické klinické diagnostice (neurologem, klinickým logopedem), kdy je obraz afázie vyrovnaný. Tedy jak v expresivní, tak senzické oblasti.

Dalšími jsou i afázie podkorové, o kterých se zmiňuje KULIŠŤÁK (2003) a NEUBAUER (2014). Uvádí syndrom talamické afázie a řečová postižení při lézích bazálních ganglií. Problematika může být kvůli rozsáhlosti lézí nejasná, součástí mohou být i artikulační obtíže, tedy obecně poruchy na bázi postižení motorických řečových modalit.

2.3 Diagnostika afázie

V současnosti mají v logopedické diagnostice význam jevy jako dynamika řečových poruch, diferenciální diagnostika, technologie v oblasti zobrazovacích metod, moderní testové baterie, komplexnost intervence, využití informačně-komunikačních technologií, mezioborová spolupráce a další. Cílená a včasná diagnostika je přínosem pro následující léčbu a terapii. OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK, a kol., 2017, str. 157) se aktuálně zmiňuje o dynamice řečových poruch: *„Mozkové a subarachnoidální krvácení mohou také vyústit v afázii, alexii či agrafii, ale poruchy řeči jsou mnohem širší. Studie poruch řeči, čtení a psaní vycházejí z poruch asociovaných s oblastmi sníženého průtoku nebo infarktu při akutní mrtvici, tj. mezi 24 a 48 hodinami od začátku mrtvice. V akutní fázi však není poškozena jen přesně vymezená oblast, ale funkčně jsou ovlivněny i oblasti přináležející prokrvácené tkáni. Tyto oblasti jsou nazývány polostín.“* Proto je včasný zásah a lékařská diagnostika zejména u CMP velmi důležitá.

Ve své práci stručně popisují i neurologickou diagnostiku. Jedná se o diagnostiku, která existuje také díky technologickému pokroku, tedy v první řadě díky zobrazovacím metodám. Až objev rentgenového záření umožnil studovat lidské tělo v neporušeném stavu. Rentgen je však pro zobrazení mozku méně vhodným, nezobrazí vše. Zásadním momentem ve vývoji diagnostiky byl proto vynález počítačové tomografie (CT, computed tomography). Počítačová tomografie se do neurologické diagnostiky zavedla v 70. letech 20. století a znamenala revoluci v rámci neurologické diagnostiky mozkové tkáně.

Magnetická rezonance byla zavedena v 80. letech 20. století. Ve zkratce MI nebo MRI dokáže pomocí magnetu zobrazit velmi detailně strukturu mozku, neurologové tak mohou pracovat s vysokým rozlišením obrazu. Magnet působí změněným magnetickým polem na atomy vody ve tkáni. Tkáň se zobrazí s vyloučením veškerých invazivních prostředků. „*Neinvazivnost MR a skutečnost, že energie aplikované v MR nerozruší chemickou vazbu, proto s nejvyšší pravděpodobností vytlačí v příštích letech řadu klasických rentgenových technik i z jejich velmi tradičních aplikací. Hlavní nevýhodou MR je u náročnějších přístrojů vysoká pořizovací cena, která se pohybuje kolem 50 milionů Kč a více.*“ (ŠTOURAČ in AMBLER, BEDNAŘÍK, J.; RŮŽIČKA E.; a kol. 2004, str. 694)

Další metodou zobrazení je pozitronová emisní tomografie se zkratkou PET. Tato metoda je založena na principech nukleární medicíny. K vyšetření se užívá radioaktivně značená (kontrastní) látka s obsahem glukózy nebo vody, která je dopravena do těla pacienta. PET je nejdokonalejší zobrazení a byla zavedena během 90. let 20. století. Přestože jsou vynalezené zobrazovací metody obrovským krokem pro lidstvo v oblasti neurologické diagnostiky, neslouží k popisu a pozorování vyšších psychických procesů. Představy, že díky technologickým možnostem budeme moci nahlížet, jak přesně funguje schizofrenie, deprese nebo i afázie, dosud zůstávají jen možnou budoucností. Přesto díky PET můžeme přímo v reálném čase sledovat souvislosti s neglect syndromem, situací při poškození motorického centra apod., to je obrovský úspěch.

Dále existuje podobná metoda s PET jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT), angiografie sloužící k vyšetření tepen, sonografie jako vyšetření tepen zejména po CMP. Další je EEG (elektroencefalografie), která snímá elektrické aktivity mozku při plném vědomí pacienta a je důležitá hlavně při diagnostice epilepsie. Pacient má na hlavě připevněné elektrody a ty snímají dané elektrické impulsy.

„*Diagnostika afázie má v neurologii a logopedii dlouhou tradici. Broca u svých pacientů vyšetřoval motoriku jazyka, psaní a počítání, a kromě toho jim kladl konverzační otázky. Popisoval rovněž gestikulaci svých pacientů. V roce 1926 britský neurolog Henry Head (1861-1940) publikoval první systematické vyšetření afázie v angličtině.*“ (LOVE, WEBB, 2009, str. 245)

OBEREIGNERŮ in KULIŠTÁK, a kol., (2017) uvádí, že je potřeba před samotným vyšetřením fatických funkcí zhodnotit u člověka orientačně procesy, které se mohou na poruchách řečové komunikace podílet:

- Zjištění stavu vědomí;
- posouzení orientace;
- přítomnost deliria;
- zhodnocení přítomnosti syndromu demence;
- zhodnocení přítomnosti těžších stupňů intelektového defektu a mentální retardace;
- posouzení funkce zraku;
- posouzení funkce sluchu;
- vyloučení poruch hlasu;
- ověření správné funkce mluvidel, zhodnocení fonace a artikulace;
- popis přídatných neurologických příznaků.

Důležitým bodem diagnostiky je dále vyšetření vyšších kortikálních funkcí, kdy se hodnotí praxe, grafie, lexie, gnozie. To v sobě zahrnuje komplexní klinické logopedické vyšetření, tedy všechny zásadní oblasti pro lidskou komunikaci. „*V rámci neuropsychologické diagnostiky považujeme za vhodnou kombinaci algoritmus bostonského přístupu a vybraných prvků Lurijova neuropsychologického vyšetření.*“ (OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK, a kol., 2017, str. 158)

CSÉFALVAY (2007) rozlišuje v oblasti testových metod pro využití při diagnostice afázie tři kategorie:

- Testy screeningové (např. Mississippi Aphasia Screening Test – MAST);
- testy komplexní (Wester Aphasia Battery – WAB);
- testy speciální (Boston Naming Test).

Screeningové vyšetření afázie „*je zaměřeno na zjištění přítomnosti poruchy fatických funkcí a jejího celkového charakteru.*“ (NEUBAUER, 2007, str. 74) Tyto testy jsou propracovanější než orientační klinické vyšetření, ale jsou vhodné i v akutních fázích poruchy. Výhodou je rychlá administrace, nevýhodou pak nekomplexnost. Podle NEUBAUERA (2007) se v českém logopedickém prostředí využívají

dva diagnostické materiály ke screeningu afázie. Prvním je Token test¹⁹. Druhým je screeningová zkouška afázií (AST)²⁰.

Mezi komplexní testové materiály patří baterie jako Lurijovo neuropsychologické vyšetření, Neuropsychologická baterie Halstead-Reitan, Western Aphasia Battery – WAB²¹, Boston Diagnostic Aphasia Examination third edition – BDAE3. Charakteristika testové metody BDAE3 je následující: „*Test je postaven tak, aby hodnotil jazykové schopnosti na základě percepčních modalit (sluchové, vizuální, gestikulační), procesu zpracování (porozumění, analýza, řešení problémů), a modalit pro odpověď (psaní, artikulace, manipulace). V testu je podrobně hodnocena spontánní řeč a plynulost, auditivní porozumění, pojmenování, čtení nahlas, opakování, psaní a porozumění přečtenému. Třetí vydání metody má již náležité psychometrické parametry. Metoda byla přeložena do řady jazyků.*“ (OBEREIGNERŮ in KULIŠŤÁK, a kol., 2017, str. 168)

NEUBAUER (2007) uvádí další komplexní vyšetření, které bylo v našich podmínkách dlouhodobě využíváno – PAV neboli Pražské afaziologické vyšetření autork Budínové-Smělé a Mimrové. Vycházely z psychofyziologické koncepce HRBKA – poruch fatických funkcí. Vyšetření se skládalo z testování spontánní řeči, opakování, rozumění, pojmenování, zpěvu, čtení, počítání ústního a písemného, kreslení a psaní.

Příkladem kvalitního diagnostického prostředku je Vyšetření fatických funkcí – VFF, které je orientováno v souladu s užíváním Bostonské klasifikace afázií. Zahrnuje v sobě vyšetření spontánní řečové produkce, porozumění mluveného řečového projevu, schopnost reprodukovat slova a věty, vyšetření nominativní funkce řeči, vyšetření čtení a psaní. (NEUBAUER, 2007)

V současné době se prokazuje zájem o pragmaticky konstruované diagnostické postupy. Je vhodné zacílit logopedickou, neuropsychologickou a psychologickou intervenci ve formě funkční, pragmatické, každodenní. Snažit se o navrácení klienta do každodenních konverzačních situací a životních momentů. Hodnotit, v jakém stavu

¹⁹ Token test (TT) vznikl v roce 1962. V současnosti je to diagnostický prostředek zkoumající poruchu rozumění. Pacient manipuluje s různými barevně odlišnými geometrickými obrazci. Jeho autory jsou E. DeRenzi a L. A. Vignolo.

²⁰ Aphasie Shnell Test (AST) autora C. Krokera vznikl v roce 2006 a je standardizovaným test diferencíální diagnostiky afázie v akutní fázi. Obsahuje jen 32 položek a 14 kategorií.

²¹ Western Aphasia Battery (WAB) je komplexní testová baterie. Českému prostředí přizpůsobili svoji verzi Kulišťák a Benešová v roce 1996. Test má osm subtestů, na jejichž základě se popisuje osm klinických symptomů afázie.

klient v oblasti těchto situací je. Více k této problematice popisují v kapitole týkající se vytvoření vlastního diagnostického testu pro posouzení funkcionální komunikace.

2.4 Terapie afázie

Cílem komplexní terapie je maximální dosažení schopností komunikace a zachování kvalit života v co největší míře. Základem by měla být stimulace celého centrálního nervového systému, zejména stimulace centrálních kognitivních a jazykových funkcí. Nevhodná je terapie, která by byla zaměřená jen na stimulaci motorických řečových procesů, orofaciální oblast a artikulaci. (NEUBAUER, 2014)

Aktuálně můžeme v našem prostředí i ze zahraničních zdrojů čerpat z kvalitních zdrojů, publikací, studií. Oblast zkoumání problematiky terapeutické pomoci osobám s afázií je obsáhlá a nejvíce rozvinutá. Koncepty logopedické terapie určují hlavně tyto směry:

- Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie;
- psycholingvisticky orientovaný přístup;
- kognitivně-neuropsychologický přístup;
- postupy zaměřené na sociální skupinovou interakci;
- specifické postupy pro stimulaci obnovování modalit;
- systémy vyžití neverbálních komunikačních prostředků;
- funkcionálně zaměřené postupy.

Dle NEUBAUERA (2007, str. 145) „*obtíž nastává v případě, kdy předpokládaný transfer schopností osoby s afázií nepřekračuje rozsah cíleného postupu, kdy nedochází k předpokládanému zlepšení v dané části jazykového systému či dosažené zlepšení komunikačních schopností od jisté úrovně trvale stagnuje. Poté dochází ke konfrontaci s naší stávající, pouze zjednodušenou a modelovou znalostí činnosti lidské CNS a omezeným repertoárem terapeutických možností v případě její organicky podmíněné léze. Přirozenou reakcí na tuto skutečnost je rozvoj specifických a funkcionálně orientovaných forem terapie či skupinových forem terapeutické péče o osoby s afázií.*“

Dle CSÉFALVAYE a kol. (2007) lze rozdělit etapy plánování logopedické terapie na následující body:

1. Získat informace o narušené komunikační schopnosti pacienta a o mozkové lézi;
2. vytvořit hypotézu o předpokládaném narušení (funkční lézi v rámci modelu);
3. vytvořit detailní postup terapie zaměřený na zjištěné deficity;
4. plánovat analýzu výsledků během a po terapii.

2.4.1 Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie

Terapie vychází z neuropsychologické rehabilitační koncepce, jejímž zakladatelem je Alexandr Romanovič Lurija. Základním úkolem veškerého obnovovacího procesu je obnovit řeč jako psychickou funkci a neadaptovat klienta na řečovou poruchu. Je zásadní obnovit komunikaci jako celek, nikoli jen izolované konkrétní senzomotorické operace, neobnovovat jen jednotlivé aspekty řeči, ale i základní funkci komunikační. Dalším úkolem je navrátit pacienta do běžného sociálního prostředí bez zjednodušování podmínek.

V publikaci *Aphasia and Its Therapy* autorka BASSO (2003) popisuje kroky obnovovací terapie, která vychází z poznatků Luriji:

První krok terapie souvisí s kompletní identifikací poruchy. Pečlivá analýza vnitřní struktury funkce pak dovoluje správně určit stupeň poškození. Primární poškození je přímo závislé na nevratném poškození dané oblasti mozku. Originální funkce nemůže být znovuobnovena, ale může se do hry zapojit nepoškozená část arey. Určení, co je přesně poškozeno a co zachováno, umožňuje nastínit vhodný terapeutický přístup. Druhý krok určuje, které intaktní spoje mohou být využity pro reorganizaci poškozených funkcí. Například při alexii je rozpoznávání izolovaných písmen narušeno, protože bylo prokázáno, že by léze na levé okcipitální kůře a na plénu corporu callosu²² způsobila odpojení jazykové arey a arey vizuální. Proto by se v tomto případě klient motivoval k hmatání a obtahování tvarů písmen prstem a měl by být vyzýván k tomu, aby dával pozor, jaké pohyby prstem přímo provádí. (BASSO, 2003)

²² Corpus callosum (CC) obsahuje axony, které spojují kůry obou mozkových hemisfér a je svazkem vláken bílé hmoty mozkové. Již v polovině 20. století se uvažovalo, že hlavní účel CC je ve spojení hemisfér. Primární funkcí CC je integrace motorických, sensorických a kognitivních informací mezi levou a pravou hemisférou. (BOGEN, 1979, HEILMAN, VALENSTEN, 2012)

Tento přístup odpovídá konkrétně struktuře metodického postupu při terapii alexie, který uvádí CVETKOVÁ (1989): Základem obnovy lexie je vycházení ze zachovaných složek čtení, např. při optické alexii klient nejprve ohmatává trojrozměrné písmeno, poté ho napíše rukou ve vzduchu, a nakonec poslouchá znění písmena se současnou zrakovou oporou a opakováním.

„Pacient, kterému je obnovována řeč a jiné psychické funkce prostřednictvím racionální přestavby funkčních systémů, musí absolvovat dlouhou systematickou terapii pomocí vědecky podložených metod. Jedině tímto způsobem se porušená řeč může obnovit. Jde o proces reedukace, o přestrukturování funkčních systémů metodou obnovovací terapie.“ (NEUBAUER, 2007, str. 143)

2.4.2 Kognitivně-neuropsychologický přístup

Kognitivně-neuropsychologický přístup v terapii afázie je zaměřen na porušené funkce modalit kognitivních procesů. Takto zaměřený přístup navazuje na proces diagnostiky, zjišťování funkcionální léze a následně se určí porušení v komplexním kognitivně-jazykovém modulu. Je důležité zacílit pozornost na model jazykových procesů, a tak blíže porozumět dalším procesům kognitivních operací. V případě zjištění narušení modulů jazykového procesu se volí vhodný postup strategie terapie. Terapeut užívá při intervenci plán jednotlivých úloh, obrazový materiál, text. (CSÉFALVAY, 2007) Tyto terapeutické metody a postupy tak dokáží využitím transferu způsobit určité zlepšení v konkrétní modalitě. Tím klient dostane možnost pro zlepšení celkové komunikační situace. Předpokládá se zlepšení v rozumění řeči, a tím i snadnější komunikaci v životě v rámci běžných rozhovorů.

„Kognitivně-neuropsychologický přístup přináší, podobně jako Lurijova neuropsychologická koncepce, velmi silnou teorii o fungování jazykové rozpoznávací a výkonné neurokognitivní sítě mozku. Také přináší touto teorií formované terapeutické techniky, které umožňují cílenou a diferencovanou terapeutickou činnost ve prospěch pacienta.“ (NEUBAUER, 2014, str. 95)

2.4.3 Psycholingvisticky orientovaná individuální obnovovací terapie

Psycholingvisticky orientovaná individuální obnovovací terapie klade důraz na obnovování všech součástí složek řečové komunikace. Tento koncept terapie vychází

z přirozených, jazykových, pojmových prvků. Postupy zde nejsou zatíženy na správnost artikulace a vyvozování jednotlivých slabik a hlásek. NEUBAUER (2007, str. 146) uvádí ve své publikaci, že „základním cílem terapeutického postupu je snaha využít vzájemného kladného působení jednotlivých složek řečové komunikace v procesu obnovování.“ V této koncepci je přítomná snaha o propojení mluveného projevu, rozumění, psaní a čtení s využitím určitých metod a pomůcek. Klient reaguje na pokyny logopeda, snaží se pojmenovat obrázky, dokončuje text, odpovídá na otázky. Využívá se tedy všech možností, jak k sobě přiblížit úroveň mluveného projevu, rozumění, čtení a psaní. Snahou je propojení všech těchto činností v terapeutickém postupu.

Příkladem jsou práce TRUHLÁŘOVÉ²³ (1984), HRNČIAROVÉ (1985), MIMOROVÉ (1997), jejich postupy nejsou zatíženy důrazem na artikulaci a vyvozování hláskových a slabičných prvků, jak např. popisuje KIML (1969). Lze hovořit i o inspirující stati ŠROMA (1956) jakožto prvního konceptu tohoto typu využitelného v afaziologii u nás. Psycholingvistický koncept obsahuje snahu o zařazení poznatků neuropsychologie, neurolingvistiky, a především v Lurijově obnovovací terapii.

2.4.4 Funkcionálně zaměřené postupy

Cílem funkcionálně zaměřené terapie (pragmaticky orientované terapie) je navození lepší komunikační situace v každodenním životě i za předpokladu, že je zásadně porušena schopnost řečové komunikace. Terapie není orientována na izolované jazykové deficity. V tomto konceptu je záměr zmírnit důsledky poruchy na komunikační situaci. Pragmatická stránka řečové komunikace u klientů s afázií hraje významnou roli. Často, i když není pragmatická rovina tolik porušena, klient nemá dispozice, aby se komunikační situace účastnil v plném rozsahu. Přichází deprivace, strach a deprese, fobie ze sociálních situací apod. Sociální izolace je jedním z největších rizik ztráty řečové komunikace. Člověk s těmito obtížemi se hůře začleňuje do společnosti, přestává se účastnit komunikačních situací, dostává se do koloběhu negativních vlivů. Jsou přítomné obavy z komunikace. Člověk nemusí být schopen se těmito problémům sám

²³ M. TRUHLÁŘOVÁ (1984) navrhla podobu afatického obrázkového slovníku, která je jistě jednou z často užívaných psycholingvisticky orientovaných metod v našich podmínkách. Obrázkový slovník pro afatiky je soubor obsahující 97 listů s nakreslenými obrázky, ty jsou děleny do kategorií. S obrázky se může při terapii pracovat podle zájmu a schopností klienta. Jednoduché obrázky konkrétních pojmů doplňuje vyobrazení činností, a nakonec celých dějových sledů. Soubor je doplněn pěti listy s číslicemi a jedním listem se samohláskami.

postavit. Funkcionální komunikace je nutná k dalšímu rozvíjení při obnovování schopnosti řečové komunikace v rámci logopedické terapie. Proto bychom měli znát alespoň orientační úroveň funkcionální komunikace zjištěné z diagnostických testů, abychom mohli vhodně zacílit terapii.

Výsledkem terapie v pragmatické rovině by měla být schopnost vést úspěšnou komunikační situaci. Situaci, kdy se klient již nemůže dostat do sociální izolace. Vliv afázie na sociální a vlastně celkový život klienta je spojen s úspěšností terapie. V těchto případech je nevhodná tzv. hyperprotektce rodiny²⁴. (CSÉFALVAY, 2007)

„Tyto postupy akcentují známou skutečnost, že při sledování komunikačních snah osob s afázií zjišťujeme, že přes těžké řečové poruchy dokážou se svým okolím poměrně úspěšně komunikovat. Také zdůrazňují fakt, že v terapeutických postupech, užívaných pro osoby s afázií, je málo stimulována právě ona pragmatická rovina sdělování, tedy úspěšnost domluvy s konverzačním partnerem či partnery.“ (NEUBAUER, 2014, str. 98)

Mezi metody terapie zaměřené funkcionálně lze zařadit Promoting Aphasics Communicative Effectiveness (PACE), conversation coaching (konverzační trénink). V programu PACE *„jde o efektivní využívání všech komunikačních modalit při výměně nové informace. V tomto postupu pacient střídá role produktora a recipienta informace.“* (CSÉFALVAY, 2007, str. 70) V komunikačním procesu klienta a terapeuta je nejdůležitější informace s volným výběrem komunikačních modalit (kresba, gesta, mluvená řeč apod.). Klient s afázií a terapeut spolu komunikují o obrazovém materiálu, který vidí, přitom klient může užít jakoukoliv formu komunikace. Stimulace konverzačních schopností se užívá v tzv. conversation coaching (konverzační trénink). Cíl tohoto postupu je, aby se klient s afázií snažil využít kompenzační strategie v komunikaci, a tím odeslat i informaci. Terapeut a klient připravují scénář společně, je koncipován tak, aby klient mohl volit z kompenzačních strategií při komunikaci a zbytečně se mnoho nezastavoval při samotné scéně (rozhovoru). Pro to jsou využívána různá klíčová slova nebo odlišné znázornění. (NEUBAUER, 2007)

²⁴ Z hlediska pojmu hyperprotektce rodiny hovoříme o problematice, kdy členové rodiny klientovi neumožňují rozšiřovat kompetence, protože se snaží za něj dělat vše, co jde (odpovědi, rozhodování apod.). (CSÉFALVAY, 2007)

2.4.5 Skupinová terapie

KULIŠŤÁK in NEUBAUER (1997, 2007) uvádí, že program terapie tohoto zaměření je obecně charakterizován stimulací všech psychických funkcí přítomných lidí. Je tak možné zlepšit složky jako paměť, percepci, pozornost, psaní a čtení, vyjadřování se jazykovými verbálními prostředky. Tento proces podléhá nápadům a kreativitě terapeuta (můžeme zde využít např. i prvky muzikoterapie apod.)

Vhodnou formou pro nácvik konverzací a komunikace více lidí je skupinová terapie. Tyto postupy terapie s větším počtem zúčastněných je vhodné začlenit do intervence co nejrychleji, jak je to možné. V tomto případě se tak díky nácviku konverzací a skupinové terapie předchází situacím, do kterých se může pacient s afázií dostat (sociální izolace, znevýhodněné komunikační situace aj.). Tyto body připomínají cíle u funkcionálně zaměřeného terapeutického postupu. Dá se říci, že formy skupinové terapie navazují právě na pragmaticky orientovanou terapii. Při skupinové terapii lze užít metody jako u funkcionálně zaměřených postupů – PACE a konverzační trénink. Další aktivity mohou mít různou podobu – hraní rolí a simulace reálných situací, využívání souboru fotografií nebo obrázků, které mohou být založeny i na vzpomínkách, společenské hry, diskuze, rozhovory, řešení problému ve skupině. (CSÉFALVAY, 2005)

2.4.6 Specifické terapeutické postupy

Specifické terapeutické postupy jsou přímo zacílené na danou oblast a zaměřují se na překonávání častých komplikací u afázie. Tyto postupy jsou postaveny většinou na základě kognitivně-neuropsychologickém. Mezi příklady metod lze zařadit MIT, tedy melodicko-intonační terapii. MIT je založen na využívání schopnosti intonace krátkých frází (i vět) v doprovodu s rytmickým pohybem ruky. (NEUBAUER, 2014) Zpěv a rytmus jsou hlavní prostředky tohoto terapeutického přístupu. Tyto metody lze užít zejména u klientů s motorickou afázií, kdy je relativně zachováno porozumění řeči, mají však problémy s iniciací řečové produkce. MIT je složena ze tří úrovní. První úroveň zahrnuje „tapping“²⁵. Logoped společně s klientem užívá tapping pro slovo nebo frázi. Následně logoped předvádí prvky tappingu sám a klient se snaží reagovat samostatně. Ve druhé úrovni klient postupně prezentuje slovo či frázi s latencí. Ve třetí

²⁵ Tapping ve smyslu překladu z angl. = poklepat, vyťukat.

úrovni se logoped snaží, aby pacient opustil zpěvavou řeč a byl schopen alespoň se přiblížit běžné mluvené řeči. V některých případech může dojít k výraznému zlepšení v produkci slov na srozumitelnou úroveň (CSÉFALVAY, 2007; NEUBAUER, 2007).

Další metodou je tlumení perseverací. Perseverace je komplikace u těžších forem afázie a jde o opakování stejného mluvního výrazu na více podnětů za sebou. Tento postup je složený z užití různého prodloužení pauzy, zařazování jiných modalit (kresba, gesta), dokončování vět apod. (CSÉFALVAY, TRAUBNER 1996, NEUBAUER, 2014)

2.4.7 *Systémy vyžití neverbálních komunikačních prostředků*

Tyto systémy jsou vhodné pro pacienty v akutním stádiu onemocnění a pacienty, u nichž jsou i po několika letech od vzniku onemocnění výrazné problémy s produkcí řeči. Využití neverbálních prostředků je mnohdy zásadní u pacientů s globální afázií. Je možné využít různé komunikační prostředky (piktogramy, obrázky, gesta, kresba aj.) (NEUBAUER, K. 2007)

2.5 **Prognóza afázie**

Prognostika v oblasti afázií je závislá na rozsahu a lokalizaci poškození mozku, sociálním prostředí, individuálními vlastnostmi, schopnostmi člověka, jeho osobnosti, psychickým stavem atd. Důležitá je také včasnost počátku logopedické intervence. Prognóza je tedy variabilní z hlediska stupně a rozsahu poškození mozku. Dále v této oblasti rozlišujeme konkrétní typ afázie. Stěžejním bodem stanovení prognózy je věk. Neuroplasticita centrální nervové soustavy v dětství je velmi dobrá. V dospělosti a stáří regenerace nemusí být tak pozitivní. „*Náhle vzniklé cévní mozkové příhody (CMP) jsou oprávněně jedním z nejobávanějších onemocnění dospělé populace na celém světě. Také úrazové, nádorové i degenerativní příčiny patří mezi méně frekventované, ale závažné příčiny těžkých přetrvávajících poruch řečové komunikace. U 90 % osob, které CMP přežijí, dochází k různě rychlému a různě kvalitnímu návratu porušených funkcí v časovém úseku jednoho i více roků, který vyžaduje více či méně systematickou rehabilitační péči.*“ (NEUBAUER, 2010, str. 133)

Nutná je také komplexní multioborová spolupráce odborníků a rodiny klienta. Snaha o návrat do plnohodnotného života by měla být nejdůležitějším cílem intervence.

Je nutné brát v úvahu všechny faktory, které na výsledky, prognózu onemocnění a poruchy mohou působit.

„U pacientů s poškozením mozku po cévní mozkové příhodě hraje mimo příčiny a místa poškození mozku neméně důležitou roli i socioekonomický status a vzdělání pacienta. Velmi důležitým a dost opomíjeným činitelem je samotný postoj pacienta k onemocnění.“ (ČECHÁČKOVÁ, s. 177, 2003)

3 Kognitivně-komunikační porucha u syndromu demence v dospělosti a stáří

Kognitivně-komunikační porucha (KKP) předpokládá porušení obou složek, tedy kognice a komunikace. Syndrom demence je globální úbytek kognitivních, paměťových, intelektových schopností. Řečová komunikace vážne v oblasti spontánního užití, nemanifestuje se přímými jazykovými nebo řečovými poruchami. Klient s KKP u syndromu demence může mít horší výsledky i v oblasti funkcionální komunikace. U této poruchy obecně záleží na stavu modalit, jako je verbální paměť, individuální jazykový systém, pozornost nebo motorické řečové funkce, ale i emotivita, poruchy orientace apod.

Demence²⁶ je závažný syndrom, který má příčinu v degenerativních změnách mozkové tkáně, a přitom etiologie tohoto poškození může mít charakter rozličných chorobných procesů a poškození. Demence vede k dominantním poruchám kognitivních funkcí a následně narušuje aktivity denního života a vede k behaviorálním, psychologickým symptomům demence (emotivita, spánek aj.) Toto postižení funkcí je většinou progredientní a plnou měrou zasahuje do kvality života člověka. (JIRÁK, 2013)

GRABOWSKI a DAMASIO (2004) in PAPATHANASIOU, I.; COPPENS, P. (překl. autora, 2013, str. 397) definovali demenci jako „*syndrom charakterizovaný získaným a trvalým poškozením více kognitivních domén, které jsou natolik závažné, že omezují kompetence v činnostech každodenního života, povolání a společenské interakce. Ovlivněné kognitivní domény zahrnují paměť, jazyk, pozornost, výkonnou funkci a vizuální schopnosti. Důležité je, že se kognitivní poruchy v těchto oblastech vyskytují v nepřítomnosti deliria, což je akutní, ale reverzibilní stav zmatku spojený s dočasným narušením pozornosti, vnímání a poznávání.*“

3.1 Etiologie KKP u demence

Výskyt demence v našem prostředí stále stoupá, přibývá lidí s tímto diagnostikovaným neurodegenerativním onemocněním. Podle NEUBAUERA (2014) zapříčiňuje 50–60 % všech demencí Alzheimerovu chorobu. BROOKSHIRE in NEUBAUER (2007) uvádí jako příčinu demence z 56 % Alzheimerovu chorobou

²⁶ Pojem demence je spojením latinského slova de- (bez) a latinského slova mens (mysl, vědomí, rozum), tedy ne-rozum. Jako první tento pojem použil A. C. CELSUS (1. století n.l.) jako protiklad deliria, dále byl pojem užíván D. ESQUIROL. A. ALZHEIMER v roce 1906 publikoval popis tehdy vzácného typu demence. (RABOCH, 2003)

a z 12 % jsou to vaskulární demence. U 19 % je to přítomnost jiné příčiny a z 10 % je také podíl tzv. pseudodemencí (demencí vzniklých na podkladě deprese, metabolických nebo nutričních deficitů apod.)

Z hlediska příčinnosti se demence klasifikuje na tři typy:

- Primárně degenerativní demence (Alzheimerova choroba, demence při Parkinsonově nemoci, Pickova choroba);
- ischemicko-vaskulární demence (multi-infarktová demence, Binswangerova choroba);
- sekundární demence (sekundární symptom traumatu či intoxikace CNS, demence při epilepsii).

Velmi závažná varianta je ischemicko-vaskulární demence s přítomnými degenerativní změnami mozkové tkáně. Je odhadována situace, kdy mají pacienti v prvním roce po ischemickém iktu až pětinasobně vyšší pravděpodobnost počátků demence. (RUSINA, MATĚJ, 2009) Podle NEUBAUERA (2007) Je ischemicko-vaskulární podklad příčinou nejméně 15-30 % všech vznikajících demencí.“

„Oblast demencí a neurodegenerativních procesů zahrnuje širokou paletu onemocnění. Poruchy řeči jsou často vázány na spoluvýskyt syndromu demence, a to především u těžších stádií onemocnění. Projevy fatických poruch jsou uvedeny také jako diagnostická kritéria pro jednotlivé neurokognitivní poruchy dle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)“ (OBEREIGNERŮ in KULIŠTÁK, P.; a kol. 2017, str. 146.)

3.2 Symptomatologie a klasifikace KKP u demence

Demenci můžeme klasifikovat na následující kategorie: atroficko-degenerativní demence; ischemicko-vaskulární demence; sekundární demence (symptomatické demence).

FIŠAR (2009) rozděluje podrobněji demence tímto způsobem:

- 1) Atoficko-degenerativní demence:
 - a) Alzheimerova choroba;

- b) Lewy body disease;
- c) Lewy body varianta Alzheimerovy nemoci;
- d) demence při Parkinsonově nemoci;
- e) progresivní supranukleární obrna;
- f) Huntingtonova chorea;
- g) Frontotemporální lobární demence (např. Pickova choroba);
- h) další, poměrně vzácné demence.

2) symptomatické demence:

- a) Ischemicko-vaskulární demence:
 - i) Vaskulární demence s náhlým začátkem;
 - ii) multiinfarktová demence;
 - iii) převážně podkorová vaskulární demence;
 - iv) demence způsobená strangulací, zástavou srdeční;
 - v) vzácné vaskulární demence.
- b) Ostatní symptomatické demence:
 - i) demence infekční etiologie;
 - ii) demence prionové etiologie;
 - iii) demence posttraumatické etiologie;
 - iv) metabolicky podmíněné demence;
 - v) metabolické demence s genetickou komponentou;
 - vi) demence intoxikační etiologie;
 - vii) demence nádorové a paraneoplastické etiologie, demence u hydrocefalu, demence při kolagenózách a další vzácné demence.

3.2.1 *Atroficko-degenerativní demence*

Demence typu atroficky-degenerativního vznikají na základě neurodegenerace. Neurodegenerativní procesy existují degradací více proteinů. Mezi tyto patologické proteiny patří tau-protein, β -amyloid, huntingtin, α lfa-synuclein.

Alzheimerova choroba je nejčastější neurodegenerativní onemocnění na bázi postižení vyšších korových funkcí. Percentuálně je její četnost v současných publikacích vyjádřena rozptylem od 50 % do 70 %. Neurodegeneraci způsobují neuritické

(amyloidové) plaky²⁷ a tangles²⁸. Patologickými jsou zde bílkoviny tau-protein a β -amyloid. Beta-amyloid způsobuje mikroangiopatii tím, že se ukládá do stěn mozkových cév (dominantní při diagnostice zobrazovacími metodami). Tyto útvary se nazývají Alzheimerovy plaky. Při degeneraci tau-proteinu se tvoří výše zmíněná klubka v okolí postižených neuronů (tangles). (FIŠAR, 2009; DICKSON, WELLER, 2011; BRAAK, BRAAK, 1991, JACK et al., 2011; HYMAN et al., in KULIŠŤÁK, P.; a kol. 2017)

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence a nejčastější příčinou nesoběstačnosti ve starším věku. Tím, že se blíže popsal mechanismus vzniku AN se mohly vyvinout nové léky, tato medikace však aktuálně dokáže podchytit pouze časná stádia nemoci. Proto je kladen důraz na včasnou diagnostiku AN. Již na počátku onemocnění se začínají objevovat mírné poruchy kognitivních funkcí, avšak začátek obtíží nelze přesně určit, protože je pozvolný. Velmi časně mohou být pozorovatelné poruchy paměti, poruchy orientace v čase a prostoru. Poruchy řeči mohou být přítomné již časně, avšak jsou těžce rozeznatelné od intaktní řečové komunikace, zpočátku dominují pouze výpadky slov. Úbytek paměti si však pacienti nemusí vždy uvědomovat, nebo se ho snaží zlehčovat. V průběhu se objevují poruchy v logickém uvažování a celkovém úsudku. Zásadním se stává porušení aktivit všedního života (zapomínají na osobní hygienu, přestávají vařit a uklízet, nerozumí manipulaci s penězi aj.). V dalších fázích demence se můžou vyskytnout poruchy hybnosti, halucinace, bludy, poruchy chování, afektů a emocí s různou mírou agrese. Tyto behaviorální symptomy mohou vést až k silným depresivním stavům. Především v pozdějších fázích AN se mohou vyskytovat fatické poruchy (s rázem afázie) a také je přítomný výskyt gnostických poruch.²⁹ (JIRÁK, 2003, FIŠAR, 2009 a JACK et al., 2011; MCKHANN et al. 2011; SPERLING et al., 2011, VYHNÁLEK, NIKOLAI, 2017 in KULIŠŤÁK, P.; a kol. 2017)

Demence při Parkinsonově nemoci (PN) je zapříčiněna degenerací proteinu α -synucleinu. PN vzniká v důsledku neurodegenerativního zániku neuronů v oblasti mozkového kmene – v buňkách pars compacta substantiae nigrae s následným deficitem dopaminu v bazálních gangliích. Toto onemocnění dle REKTOROVÉ (2003) postihuje

²⁷ Hlavní složku plaků tvoří beta-amyloid, jejich součástí může být i mikroglie, která se v aktivované formě může podílet na zánětlivých mechanismech a tím hraje roli v patogenezi AN. (DICKSON, WELLER, 2011 in KULIŠŤÁK, P.; a kol. 2017)

²⁸ Tangles = neuronální klubka jako typický nález u AN vznikající ukládáním proteinu tau do cytoplazmy neuronů (BRAAK, BRAAK, 1991, JACK et al., 2011; HYMAN et al., in KULIŠŤÁK, P.; a kol. 2017)

²⁹ Například porucha poznávání obličejů se nazývá prosopagnozie.

zhruba 100-150 pacientů na 100 000 obyvatel, přitom onemocní asi 1 % osob starších 60 let. Demence u Parkinsonovy nemoci provází celkové zpomalení, postižení výbavnosti a neschopnost plánovat a provádět složité úkoly. Podle FIŠARA (2009) se u PN nevyskytují výpadkové korové jevy typu afázií, apraxií, agnózií. BEZDÍČEK in KULIŠŤÁK, a kol. (2017, str. 461) hovoří však o aktuální nutnosti komplexnosti při chápání projevů PN: „*Pro komplexní chápání poruchy paměti u Parkinsonovy nemoci, která se zpravidla rozvíjí až do syndromu demence (PND) bychom měli mít na paměti, že na molekulární a metabolické úrovni u jisté části těchto pacientů svědčí neuropatologické nálezy nejen o tradičně přijímaném rozvoji patologického ukládání proteinu – synukleinu v limbickém systému a některých částech neokortexu a progresivních deficitech v neurotransmitterovém přenosu zejména acetylcholinu a dopaminu (Emre, 2003; Rektorová, 2009), ale i o paralelně probíhající Alzheimerovské patologii: průkazu senilních neuritických plak a neurofibrilárních klubek až u 40% pacientů (Aarlsland et al., 2005; Mattila et al., 2000; Sabbagh et al., 2009), která vedou na funkční úrovni primárně k významné poruše epizodické či prostorové paměti a poruše v převodu z krátkodobé do dlouhodobé paměti.*“

Klinický obraz frontotempolární demence je popsán závažnými poruchami chování a změnami osobnosti. „*Frontotemporální demence je v polovině případů tauopatie. Nejznámějším zástupcem je Pickova nemoc.*“ (BEZDÍČEK in KULIŠŤÁK, a kol., 2017, str. 455) Kde je výskyt tzv. Pickových tělísek³⁰. U další poloviny případů se vyskytuje non-tau forma. V druhém případě se může rozvíjet obraz primární progresivní afázie, která připomíná Wernickeovu afázii, sémantická demence s fluentní afázií a kortikobazální degenerace. „*Zpravidla na počátku dochází k dezinhibici chování, projevující se např. planým vtipkováním, moriatickou náladou, úpadkem eticko-estetických návyků.*“ (FIŠAR, 2009, str. 314)

3.2.2 Ischemicko-vaskulární demence

V oblasti ischemicko-vaskulárních demencí hovoříme například o multi-infarktové demenci. „*U mnohočetných lézí kortikosubkortikálních dochází k rozvoji multiinfarktové demence (Berkelhammer et al., 2007). Vaskulární kognitivní porucha nebo demence se může rozvinout v důsledku akutního poškození či postupnou*

³⁰ Pickovy tělíčka jsou zduřelé „váčky“ (kulovité inkluze) v Pickových buňkách („balónovité“ neurony), kde se hromadí nepotřebné látky. (BEZDÍČEK in KULIŠŤÁK, a kol., 2017)

progresí. Typem vaskulární demence je tzv. Binswangerova choroba, u níž vznikají drobná ischemická ložiska v bílé hmotě.“ (KRÁMSKÁ in KULIŠŤÁK, a kol., 2017, str. 287) Dalšími typy demence ischemicko-vaskulární jsou: demence při statu lacunaris (lakunární stav), demence při amyloidové angiopatii, cerebrální autosomálně dominantní arteriopatie se subkortikálními infarkty a leukoencefalopatií a ostatní vzácné vaskulární demence. (FIŠAR, 2009)

3.2.3 Sekundární demence (symptomatické demence)

Demence infekční etiologie mohou mít příčinu především ve stavech po meningitidě a meningoencefalitidě, charakter mohou mít jak reverzibilní, tak ireverzibilní. Obecným podkladem je přítomnost zánětlivého procesu (lymská borelióza, AIDS aj.). „Demence je vážná komplikace AIDS. Statistické údaje o četnosti demence u klinicky vyjádřeného AIDS se velmi liší, většina prací ukazuje na četnosti postižení 7–50 %. Na vzniku demence se podílí jak přímé neurotropní působení vyvolávajícího viru HIV, tak také působení dalších faktorů, objevujících se v důsledku selhávání imunity, především oportunní infekce. ... Klinicky se může v mírnějších případech jevit demence při AIDS jako podkorová demence s obtížným zapamatováním i vybavováním ze zásobní paměti, v těžších případech však může být obraz těžké, globální demence s poruchami chování i s fokální neurologickou symptomatikou.“ (FIŠAR, 2009, str. 321)

Dále do této kategorie patří například demence prionové etiologie.³¹ Metabolické demence jsou typem sekundární demence. Spíše než demence mohou metabolické poruchy vést k deliriím, tedy k narušení vědomí. Demence se pak vytváří po delší době působení metabolických patologií. Etiologicky se v této souvislosti hovoří o intoxikacích látkami při poruše funkce ledvin, jater, příp. o endokrinních onemocněních. V případě alkoholových demencí vede tato intoxikace k celkovému úbytku bílé hmoty mozkové. Je vhodné uvést i metabolické demence, které mají příčinu v nutriční deprivaci (strádání v oblasti proteinů nebo kalorií). Posttraumatické demence mohou mít přechodný i trvalý charakter, vznikají na bázi traumatu mozku.

Jako další klasifikaci lze také uvést dělení na demence kortikální, subkortikální a smíšené. Pro smíšené demence je typická etiologie multi-infarktová, traumatická,

³¹ Prion je dle FIŠARA (2009, str. 323) „zmutovaný, strukturně pozměněný prionový prekurzorový protein“

metabolická a toxická. U osob může docházet v důsledku těchto stavů k narušení jak v kognitivně-komunikační sféře, tak v oblasti individuálních jazykových schopností. Následky neurodegenerativního onemocnění se liší dle příčiny a typu vzniklé demence.

NEUBAUER (1997) popisuje poruchy komunikace u jednotlivých typů demencí:

- Kortikální demence je na podkladě Alzheimerovy choroby nebo Pickovy nemoci. U Alzheimerovy choroby řeč bývá motoricky postižena až velmi pozdně. V tomto případě jsou pragmatické a sémantické jazykové schopnosti porušeny velmi časně a syntax a fonologie bývají postiženy až v pozdním období. U Pickovy nemoci jsou patrné poruchy auditorního rozumění. Mluva je váhavá a rozvláčná, jsou přítomné anomie. Postupně se zhoršují jazykové schopnosti v oblasti syntaxe.
- Subkortikální demence mohou souviset s vaskulárními, extrapyramidovými onemocněními a nemoci bílé hmoty mozkové (např. roztroušená skleróza). Charakteristické je celkové zpomalení kognice, apatie, nedostatečná motivace, deprese i pokles motoriky. Příkladem je Huntingtova nemoc. Zde je přítomna zhoršující se dysartrie a jazykové schopnosti v oblasti pojmenování. Člověk s touto nemocí pronáší delší sekvence a jejich organizace se zhoršují s celkovou progresí nemoci.
- U smíšené demence na podkladě vaskulární demence (MID) jsou možné variace poruch jazykových i motorických podle lokalizace a rozsahu lézí. U Creutzfeldovy-Jakobovy choroby je v pozdějším stádiu nemoci přítomna afázie, apraxie i agnózie, v pozdním stádiu dominuje mutismus. Je důležité zaměřit pozornost i na možnou přidruženou dysartrii, dysfagii. Tyto poruchy se u demence mohou vyskytovat stejně jako kognitivně-komunikační poruchy.

3.3 Diagnostika KKP u demence

RÚŽIČKA (2003) ve své publikaci uvádí (vychází z klasifikace MKN-10), že se soustavy kritérií shodují v bodech pro diagnózu demence rozhodujících:

- Poruchy paměti a dalších kognitivních funkcí;
- změny osobnosti a chování;
- postižení je na překážku každodenním činnostem;
- postižení má chronicko-progresivní průběh;
- v době stanovení diagnózy není porušeno vědomí a nejsou přítomny známky deliria.

LÍNEK (2013) upozorňuje na fakt, že ne všechny starší pacienty s možnou demencí odesílá lékař na zobrazovací vyšetření. Zdůrazňuje, že zejména v těchto případech je důležité toto vyšetření ihned zhotovit:

- Ložiskové neurologické příznaky;
- nově zachycený epileptický základ;
- recentní trauma hlavy;
- jakékoliv podezření na nitrolební tumor;
- podezření na normotenzní hydrocefalus;
- podezření na cévní mozkovou příhodu.

Mezi metody, které mohou odhalit nástup degenerativního procesu u demence patří výpočetní tomografie (CT), nukleární magnetická rezonance (MRI), jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT), pozitronová emisní tomografie (PET).³² „Podle současných diagnostických guidelines je vyšetření CT, lépe MR, nezbytné pro potvrzení všech typů demence. Na prvním místě jde o vyloučení expanzivních lézí mozku, vaskulárního postižení, normotenzního hydrocefalu (nebo jiných jeho typů), postraumatických změn apod. SPECT (PET) vyšetření ve většině případů není nezbytné, a je tedy vyhrazeno pro situace, kdy diagnóza není evidentní, tam kde je podezření na chronickou hypoperfuzi některé oblasti mozku, nebo pro vzácné případy některých metabolických poruch mozku.“ (LÍNEK, str. 28, 2013)

„V pokročilejších stádiích onemocnění může posoudit vliv deteriorace na funkcionalotu komunikace a může (logoped) navrhnout strategie, jimiž mohou rodina a pečovatelé zlepšit komunikaci s pacientem.“ (LOWE, WEBB, 2009)

³² Stručný popis zobrazovacích metod jsem popsala v kapitole, kde se věnuji diagnostice afázie.

MARKOVÁ a CZÉFALVAY (2013) popisují, že diagnostika byla úzce spjatá s hodnocením tzv. MCI³³. V roce 1999 stanovil PETERSEN a kol. typické příznaky pro MCI s přítomností:

- Subjektivních problémů s pamětí;
- dosahu horšího výkonu než 1 (standartní odchylky od normy) v testech paměti;
- kritéria, že nejsou narušeny jiné kognitivní funkce;
- kritéria, kdy nejsou narušeny aktivity denního života.

Právě poslední kritérium je z hlediska diagnostiky funkcionální komunikace u syndromu demence vodítkem. Podrobnějšímu výčtu poznatků vzhledem k diagnostice funkcionální komunikace se budu věnovat v práci dále.

MCI se rozlišuje na amnestickou formu a-MCI a na neamnestickou formu na-MCI. Tyto formy jsou pro diagnostický proces velice významné, protože se dá sledovat, o jaký typ demence by se mohlo na základě tohoto rozlišení jednat – Alzheimerova demence, vaskulární demence, frontotemporální demence nebo demence s Lewyho tělísky. Na druhou stranu je nutné připomenout, že ne u každého člověka s příznaky MCI se rozvine demence. PIDRMAN (2007) akcentuje rozvinutí demence v 60 % - 80 % případů v období až sedmi let.

U diferenciální diagnostiky demence je potřeba se zaměřit na vyloučení akutních kognitivních stavů, které by mohly zpočátku vypadat jako demence. Jedná se o depresivní stavy, stavy emoční rozladěnosti, zpomalení psychomotorického tempa vyčerpáním, deliria, akutní stavy zmatenosti, afázie. *„Neuropsychologické a psychologické diagnostické postupy zaujímají v diagnostice amnestických a demenciálních syndromů dominující postavení, které vyplývá z potřeby podrobné diagnostiky psychických schopností osob trpících poruchami kognice a orientace, a především potřeby spolehlivého odlišení syndromu demence od postižení CNS, které má jiný charakter, příčinu a vývoj symptomatologie.“* (NEUBAUER, str. 76, 2007)

Při posuzování přítomnosti kognitivně-komunikační poruchy u syndromu demence je zpočátku nutné provést screening. NEUBAUER (2007) popisuje materiály, které jsou v diagnostice často užívány:

³³ Mild cognitive impairment, tedy mírného kognitivního narušení.

- Neuropsychologická baterie Halstead-Reitan;
- Western Aphasia Battery;
- Wechsler Adult Intelligence Scale Revised“ – WAIS-R;
- Wechsler Memory scale Revised“ – WMS-R;
- Lurijovo neuropsychologické vyšetření nebo standardizovaná baterie Lurija-Nebraska Neuropsychological Battery.

U zhodnocení kognitivních deficitů MARKOVÁ a CZÉFALVAY (2013) uvádí nutnou syntézu dvou rovin diagnostiky, úroveň screeningu i komplexního hodnocení. Přitom je zásadní deficity odhalit včas a rychle. Mezi jednoduché a rychlé testy patří Mini Mental State Examination (MMSE), Cognitive Linguistic Quick Test (CLQT), The Butt Non Verbal Reasoning Test (BNVR), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Clock drawing test, Token test. MMSE je v českém prostředí klinické logopedické intervence nejčastěji užívaným při diagnostice. Demenci v tomto případě testu by měl stanovit výkon, který je slabší než 80 bodů. Z hlediska nízké senzitivity u pacientů je v diagnostice MCI například u Alzheimerovy nemoci méně vhodný. Tomu lze předejít doplněním testu MMSE dalšími testy, které jsou zaměřené na frontální funkce. Z hlediska kognitivních funkcí frontálního laloku se jedná konkrétně o paměť, řešení problémů, abstraktní myšlení, úsudek, pozornost, obtíže v plánování. Úspěšnost je vyšší v kombinaci MMSE s Clock testem, to vede ke zvýšení dané senzitivity u pacientů s MCI. Dále je vhodné poukázat na Montrealský kognitivní test (MoCA), který je momentálně na rozdíl od oficiální verze MMSE volně v distribuci na www.mocatest.org. Test hodin by však neměl stát v diagnostickém procesu samostatně. Studie s názvem „*Srovnání české verze Montrealského kognitivního testu s Mini-Mental State pro stanovení kognitivního deficitu u Parkinsonovy nemoci*“ realizované na neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze týmem BEZDÍČEK, BALABÁNOVÁ, HAVRÁNKOVÁ, ŠTOCHL, ROTH, RŮŽIČKA v období 2009-2010 došla k těmto výsledkům, které jsou pro srovnání testu MMSE (MMS) a MoCA nejen pro české prostředí klinické logopedie v posouzení syndromu demence nesmírně důležité: „*Za nevýhodu testu MoCA lze pokládat dobu jeho administrace, která byla v naší studii ve shodě se zahraničními pracemi významně delší než u MMS [16,17]. Výhody MoCA ve srovnání s MMS však převažují. Jsou jimi nejen existence jednotné české verze a její volná dostupnost, ale také vyšší záchyt*

typického kognitivního deficitu u PN (zejména díky subtestům na exekutivní funkce, pojmenování a zaměřenou pozornost). Test MoCA lze tedy považovat za vhodnou skriningovou zkoušku kognitivního deficitu u PN.“ (2010, s. 156)

Screeningové testy by měly být pouze vodítkem pro posouzení syndromu demence. Podle NIKOLAIE a VYHNÁLKA in KULIŠŤÁK, a kol. (2017) neumožňují profilaci kognitivního výkonu, a proto selhávají na poli diferenciálně-diagnostickém.

Na tyto testy je nutné navázat komplexním neuropsychologickým vyšetřením. Mezi zkoumané kognitivní domény³⁴ patří pozornost, paměť, pracovní paměť, exekutivní funkce, fatické funkce, vizuospeciální schopnosti. Následně bývají uváděny i možnosti dalších deficitů, a to z hlediska kognitivní výkonnosti – sociální kognice, deprese, úzkost, apatie, psychomotorické tempo apod. Posuzuje se stav klienta na základě analýzy anamnézy, rozhovoru, pozorování. Základ v posuzování z hlediska neuropsychologické baterie jsou testy epizodické paměti (např. Paměťový test učení – Auditory Verbal Learning Test, neverbální paměťový test – Brief Visuospatial Memory Test Revised). Dále se hodnotí exekutivní funkce například pomocí Testu cesty (Trail Making Test). Fatické funkce jsou zkoumány Boston Naming Testem a testy verbální fluence. Pozornost a pracovní paměť může být hodnocena testy opakování čísel. V případě vizuospeciálních schopností jsou to testy obkreslení figury (Reyova-Osterriethova komplexní figura. „V České republice v rámci výzkumu MCI u AN považujeme za dostatečně senzitivní a klinicky ověřenou Neuropsychologickou baterii Kognitivního centra Neurologické kliniky 2. Lékařské fakulty UK a FN Motol, která vychází zejména z protokolů používaných ve studiích Mayovy kliniky.“ (NIKOLAI, VYHNÁLEK, in KULIŠŤÁK, a kol. str. 491, 2017)

Podle NEUBAUERA (1997, str. 45) je *Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia – ABCD* výsledkem snah amerických neuropsychologů a logopedů o komplexní diagnostiku v této oblasti. *Baterie obsahuje testy sensorické percepce jazyka, impresivního a expresivního jazyka, schopností opakování a testy orientace a paměti.* V diagnostice kognitivně-komunikační poruchy u syndromu demence je možné využít i testy, které jsou určeny pro diagnostiku afázie – Western Aphasia Battery, Boston Diagnostic Aphasia Examination.

³⁴ Kognitivní doména je pojem, který se vyskytuje mezioborově. Například v Bloomově taxonomii jako „knowledge“ – mentální schopnosti, znalosti (týkající se výukového systému, kurikula). Kognitivní domény v kognitivním managementu souvisí s prostředím, které zpracovává znalosti, mění poznání člověka. V případě neuropsychologie hovoříme pak o složkách kognice a následně o kognitivním deficitu, jako o zhoršení výkonu v jedné nebo více doménách (složkách).

3.4 Terapie KKP u demence

Péče a intervence u osob se syndromem demence nebyla samozřejmě vždy na takové úrovni, jaká je dnes. Až do konce druhé poloviny 20. století bylo možné řešit kognitivní nedostatky pouze farmakologicky. Tento přístup se jistě musel změnit, a tak postupně Bourgeois (1991), Bayles, Tomoeda (1993), Lubinski (1995) a další odborníci zabývající se kognitivně-komunikačními poruchami navrhli první intervence kognitivní komunikace. Jejich cílem bylo maximalizovat kvalitu života u osob se syndromem demence. Právě po těchto klíčových událostech se po celém světě rozmohla snaha o zlepšení jejich podmínek. (MAHENDRA, HOPPER, 2013)

Farmakologická léčba je však dominantní, důležitou a nenahraditelnou součástí celkové intervence u osoby se syndromem demence. Proto považuji za nutné zde stručně shrnout poznatky z této části léčby. REKTOROVÁ v odborném článku týkající se farmakoterapie demence (2002) popisuje všechny kroky, jak postupovat při diferenciální diagnostice demence a následné intervenci:

1. Vyloučit delirium, depresi a lékově navozené stavy se symptomy demence (poruchy paměti, somnolence apod.);
2. vyhodnotit kognitivní deficit (neuropsychologické testové metody hodnotící funkce frontálních laloků, paměť a kognitivní tempo – např. MMSE apod.);
3. stanovení pravděpodobné diagnózy typu demence (na základě anamnézy, klinického obrazu, pomocných paraklinických vyšetření a platných diagnostických kritérií);
4. zahájení farmakoterapie kognitivních symptomů demence (klinicky prokázané inhibitory acetylcholinesterázy, vitamin E jako možnost zpomalení nástupu degenerativních změn, selegilin³⁵ (není standardem, neprokázaný vliv), dále je přítomna alternativní možnost léčby antioxidanty s též dosud neprokázaným vlivem (např. ginkgo biloba) a protizánětlivých léků (nesteroidní antiflogistika);

³⁵ Selegilin = L-deprenyl, substituovaný fenethylamin, užívaný pro redukci symptomů u Parkinsonovy nemoci, i k léčbě deprese

5. léčba nekognitivních příznaků demence – neuroleptika (antipsychotika), atypická neuroleptika, tricyklická antidepresiva, MAO-B inhibitory a SSRI³⁶.

PIDRMAN (str. 117, 2003) uvádí, že prvním krokem při léčbě demence u Alzheimerovy nemoci je nasazení inhibitor cholinesteráz. „*Inhibitory cholinesteráz jsou proto také hlavním a nejdůležitějším představitelem skupiny léků určených k terapii kognitivních funkcí – kognitiv. Podle FDA (Food and Drug Administration – úřad pro kontrolu léčiv v USA) jsou inhibitory cholinesteráz jedinými léky schválenými pro léčbu Alzheimerovy nemoci.*“

Pro klienta s Alzheimerovou nemocí je vhodné, když zůstane ve svém známém prostředí, nejlépe v přítomnosti rodiny. Na jeho psychickém stavu se projevuje mnoho proměnných, ale jedním z nejdůležitějších aspektů je možnost promítnutí jakékoliv změny situace do progresu zhoršení stavu. Hospitalizace člověka AN je pak nutná v případě, že je situace pro osobu samotnou i pro širší okolí obtížně zvladatelná (hlavně pokud žije osoba sama a nezvládá každodenní činnosti ani s pomocí profesionálního pečovatele). Existují instituce, které tuto péči poskytují, významnou roli v pomoci osobě s AN i jejímu okolí hraje Česká alzheimerovská společnost (ČALS).

Po úvodním stručném výčtu farmakologické terapie bych volně přešla k obecným zásadám komunikace s člověkem se syndromem demence. Dle NEUBAUERA (2007) jsou u podpory maximálně dosažitelné aktivní komunikace u osob trpících syndromem demence zásadní následující body:

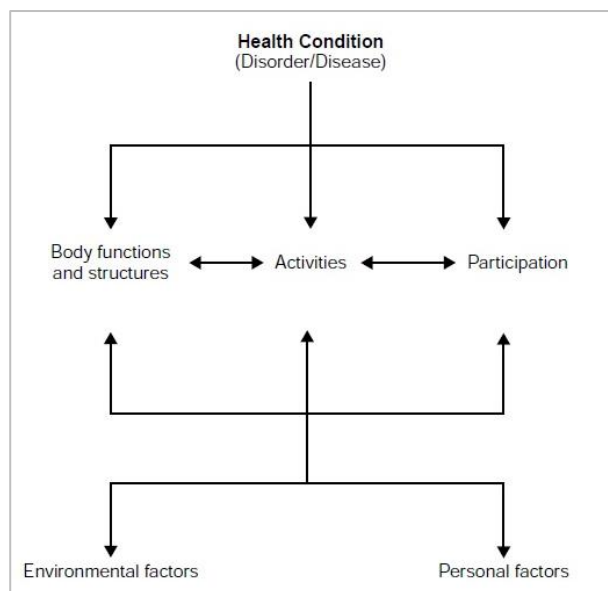
- Osvojit si klidný a vstřícný výraz tváře;
- zaujmout klidný a neagresivní postoj;
- přiblížit se k nemocnému v jeho zorném poli a nebát se ho dotknout (pro uklidnění);
- odstranit veškeré rušivé vizuální a akustické elementy;
- během terapie nehovořit s více osobami najednou;
- navázat oční kontakt;
- mluvit jasně v krátkých větách a pomalu;
- užít přímá pojmenování;

³⁶ SSRI = selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu („selective serotonin reuptake inhibitors“)

- užívat uzavřené otázky (ano – ne);
- hovořit o přítomných věcech (možnost pozorování a ukázání);
- dodržovat strukturu každodenního režimu;
- užívat pomůcky, které jsou zachytitelné více smysly;
- dát jasně najevo, kdy odcházíte pryč;
- komunikace jako s dospělým člověkem (zachovat jejich důstojnost);
- akceptovat přítomné poruchy sluchu (více otevírat ústa v dobře osvětleném a nerušivém prostředí, oční kontakt, upozornit na obsah komunikace, přesvědčit se, zda dotyčný rozuměl, nezvyšovat hlas, podporovat užívání sluchadla).

V následující kapitole o tvorbě Fotografického testu funkcionální komunikace FF budu popisovat, z jakých zdrojů jsem čerpala informace a jaké poznatky jsem aplikovala při tvorbě testu FF. Většina publikací se shoduje, že obecný rámec, ze kterého vychází vhodný design intervence, by se měla týkat modelu International Classification of Functioning, Disability and Health World Health Organization. Kde komponenty, které jsou vyobrazeny v modelu ICF (viz 1), spolu navzájem komunikují a mají obousměrný vliv. (MAHENDRA, HOPPER, 2013)

1: Model ICI: Health World Health Organization



V případě syndromu demence a kognitivně-komunikační poruchy je omezena schopnost člověka se zapojit do každodenních komunikačních činností, které se mohou

týkat bazálních potřeb člověka (potřeba jídla, společnosti apod.). Toto omezení pak může transferovat dál za hranice kognitivně-komunikační poruchy. Je způsobená deprivace, člověk se nudí, může být neklidným, nastupuje stresový obranný mechanismus, depresivní a úzkostné stavy, pocit vyhoření, nebo se objevují poruchy chování a další.

MAHENDRA, HOPPER (2013) tento model rozšiřují a charakterizují na základě obtíží u syndromu demence.³⁷

- **Tělesné funkce a struktury:** mírně těžké kognitivní poruchy a poruchy chování (např. opakující se dotazování, agitovanost), nutnost asistence;
- **participace/aktivita:** omezení komunikace (neschopnost koherentní konverzace), nutnost asistence s běžnými denními a společenskými aktivitami, (neschopnost individuálních společenských návštěv, nebo návštěvy kostela, restaurace apod. bez asistence)
- **faktory prostředí:** bariéry – např. personál nemá znalosti o demenci a vhodné komunikaci; informační bariéry (složitost formulářů, právních smluv), nutná kvalitní podpora rodinou a okolím
- **osobní faktory:** obecně dobré fyzické a psychické zdraví, dobrá socializace již před začátkem demence apod., osobní motivace, emoční stav, pozitivní přístup vs. negativismus (přijetí nemoci, vyrovnání se s problémem aj.)

Pro zahájení vhodné terapie kognitivně-komunikační poruchy u syndromu demence je nutné znát a pochopit tento model, vše je propojené. Terapeutické působení by mělo být co nejvíce komplexní. Zároveň je stěžejní multioborová spolupráce.

Psychoterapeutický přístup v terapii podporuje přístup logopedický, farmakologický. O člověka zajímá a snaží se zlepšit jeho kvalitu života a pozitivně ovlivňovat jeho adaptaci na každodenní životní situace. Působí na emotivitu a kognitivní funkce. Terapie v této situaci nemůže syndrom demence vyléčit, ani ihned a plně zkvalitnit život, může však stav alespoň trochu stabilizovat nebo oddálit progredaci, zlepšit dílčí životní podmínky. Jedná se hlavně o prvky behaviorální terapie. „*Jde o motivaci nemocného, aktivizaci, kognitivní a tělesný trénink, každodenní aktivní*

³⁷ Některé body modelu jsem na základě studia dalších odborných zdrojů pro zkoumání oblasti funkcionální komunikace rozšířila.

kontakt, provádění nejrůznějších aktivit směřujících k rehabilitaci a reaktivizaci mentální i somatické. Toto tvůrčí zázemí musí být doplněno i aktivní péčí o výživu dementního nemocného, neboť tito pacienti jsou často v katabolismu i při kaloricky adekvátně složené stravě.“ (PIDRMAN, 2003, str. 113.)

3.4.1 Logopedická terapie KKP u syndromu demence

V logopedické terapii kognitivně-komunikačních poruch u syndromu demence je nejúspěšnější navození stabilního, vlídného komunikačního prostředí tvořeného nejbližšími osobami a případně ošetřujícím personálem, který zná zásady komunikace s osobou se syndromem demence. Logoped se snaží toto prostředí podporovat. Tímto postupem se tak může předcházet depresivním a emočně nekonstantním stavům.

BAYLES a TOMOEDA (2007) popisují zásadní náležitosti terapeutické intervence u kognitivně-komunikační poruchy u syndromu demence (in MAHENDRA, HOPPER, 2013):

1. Terapie vycházející z kognitivních funkcí, které jsou zachované a snižující celkové nároky na člověka se syndromem demence;
2. terapie zahrnující podněty, díky kterým se vyvolají jen pozitivní emoce a zachová se motivace a faktická paměť s cílem individualizace podnětů a zachování smysluplnosti terapie;
3. terapie zaměřená na posílení znalostí a procesů, které mají potenciál se zlepšit, při vhodnosti intervence kulturně i jazykově.

NEUBAUER (1997, str. 14) poukazuje na fakt, že „logoped by měl být schopen využít formy práce vycházející z podpůrné zakrývací psychoterapie a vytvořit emočně stabilní prostředí pro terapii komunikační poruchy. Význam dlouhodobého psychoterapeutického vztahu v logopedické terapii je zatím nedoceněn na úkor přednostního hodnocení pokroku v řečové komunikaci“.

Postup při logopedické terapii kognitivně-komunikační poruchy u syndromu demence záleží vždy na míře závažnosti stupně demence. V raném stádiu to mohou být tréninky k zachování sociálních schopností. KITWOOD (1997) in MAHENDRA, HOPPER, (2013) chápe osobnost v kontextu sociálních vztahů, ve kterých existuje emoční vazba. Tato vazba se vytváří spontánně díky společenské interakci, na to se může

zaměřit terapie a péče o osoby s demencí. Logoped a další odborníci pak mohou vytvořit během první intervence terapie sdílené prostředí pro konverzace. Klientovi může pomoci úprava prostředí, psychoterapie, reminiscenční terapie a další. (NEUBAUER, 2014) MAHENDRA, HOPPER (překl. autora, 2013, str. 411) popisují reminiscenční terapii: „*Témata jsou ilustrována pomocí obrázků, oděvů, rekvizit atd., které jsou spjata s životními tématy (HELLEN, 1992). Motivy mohou být založeny na významných událostech z určité doby (např. člověk chodící po Měsíci, nebo na osobních událostech významných pro každou osobu (např. svatba) (BAYLES, TOMOEDA, 1997). Může být použit jakýkoliv hmatatelný podnět, který evokuje pozitivní vzpomínky (HOPPER, BAYLES, TOMOEDA, 1998). Hudba je také silným podnětem pro vzpomínku (ASHIDA, 2000)*“ Jako terapeutická pomůcka jsou známé tzv. pamětní knihy nebo „portfolio života“³⁸. V těchto knihách jsou obrazové a textové podněty, které osobě se syndromem demence připomínají celý život. Mohou zde být fotografie rodiny, fotografie z životních událostí (narozeniny, svatba), plány domu, staré ústřižky z novin aj. Terapie může užívat i tzv. memory box, memory room, maps of life. K dalším metodám terapie se řadí multisenzorické programy na bázi Montessori přístupu. MAHENDRA a kol. (2013, str. 412) shrnují koncepční rámec pro programy Montessori pro osoby se syndromem demence:

- Design připraveného prostředí pro osoby s demencí, se záměrem poskytnout smysluplné stimulace a aktivity;
- progrese činností od jednoduchých, konkrétních na složitější a abstraktnější;
- segmentace úkolů/aktivit do komponent v sekvenci s externími podněty pro snížení chyb a minimalizace rizika selhání;
- usnadnění učení účastníkům prostřednictvím pozorování a uznání, pak prostřednictvím odvolání a demonstrace;
- používání reálných, hmotných materiálů, které jsou funkční a esteticky příjemné;
- důraz na multisenzorickou stimulaci (sluchové, vizuální a hmatové) ve všech činnostech.

³⁸ Z angl. originálu „*memory books*“, které vyvinul Bourgeois (1990).

V lehčích fázích jsou užívány postupy komunikační adaptivní strategie, komunikační facilitační strategie a skupinové formy terapie. Tyto techniky dle NEUBAUERA (1997, str. 48) „*mohou stavět na většinou intaktnějších expresivních fonologických a syntaktických schopnostech a překonávat dominující sémantické poruchy, amnézie pojmů, obtíže v iniciaci mluvy, a to pro zachování koherence a jasného cíle mluveného projevu.*“ V případě těžších forem je nutné zajistit psychologickou podporu osobě se syndromem demence, případně i jeho rodině. Je zásadní, aby byly stimulovány kognitivní funkce, nikdy však ne na úkor emoční a psychické pohody člověka. Je vhodné kontrolovat, zda má člověk dostatek podnětů z okolního světa, předcházet deprivaci a snažit se, aby si zachoval co nejvíce ze svých každodenních životních aktivit.

3.5 Prognóza KKP u demence

Prognóza je stanovena na základě řady faktorů, které se navzájem ovlivňují. Záleží na celkové fyzické i psychické kondici člověka, na míře závažnosti zdravotního stavu. Záleží na momentu, kdy přesně se syndrom demence a kognitivně-komunikační porucha diagnostikují a jak včas je zahájena celková léčba a terapie. „*V blízké budoucnosti budeme svědky trendu ke zpomalení kognitivního poklesu AN a pravděpodobně směřujeme k prevenci AN tím, že budeme kontrolovat modifikovatelné rizikové faktory (např. fungování cévního systému, kontrola diabetu) pomocí léků v kombinaci s nefarmakologickými, kognitivními intervencemi. Klíčem k úspěchu těchto preventivních přístupů bude jejich zavádění co nejdříve v procesu onemocnění a pravděpodobně i v preklinických stádiích. Včasná identifikace AN a dalších demencí je cílem mnoha současných výzkumů, přičemž se vědci a další odborníci kognitivních věd snaží vyvíjet screeningové nástroje, které jsou citlivé na přítomnost neurologických, neuropsychologických a neuropsychiatrických deficitů demence.*“ MAHENDRA, HOPPER, (2013, str. 420) Záleží však na mnoho faktorech, takže často také ve stanovení prognózy dominuje, zda se bude na intervenci podílet i blízké okolí člověka a jestli se vhodně přizpůsobí prostředí, ve kterém žije. Pro efektivitu intervence jsou nefarmakologické terapeutické postupy u syndromu demence stěžejní a často právě aktivita, ke které je člověk motivován, vede ke zmírnění příznaků nebo alespoň k menším degenerativním a progredujícím změnám. Přitom vždy závisí na druhu demence.

Například demence u Parkinsonovy choroby je většinou mírnější a pomaleji progreduje, než je tomu tak při Alzheimerovy nemoci (NEUBAUER, 1997, FIŠAR, 2009).

4 Informačně-komunikační technologie v logopedické intervenci diagnostiky

Neustálý technologický vývoj může být klíčem pro úspěšnou a včasnou diagnostiku, detailně popsanou etiologii, kreativní a motivující terapii, přesnější stanovení prognózy aj. Informačně-komunikační technologie jsou zásadní v širokém spektru oborů. Samotná informační věda se díky ICT proměnila. V současnosti díky těmto technologiím se začínáme setkávat i s pojmem virtuální realita³⁹, ta může vytvářet iluzi skutečného i fiktivního.

„Na konci 20. století fenomén „virtuální reality“ dosáhl neočekávanému úspěchu, mimo jiné i kvůli jeho nejasné a zastřené definici“ tvrdí TRAUBE, LANDERS (1998) na začátku jedné stránky podkapitoly virtuální realita. Bylo to před 20 lety a zřejmě se změnilo jen století. Virtuální realita se stala naší každodenní vizí a našim nejlepším nástrojem „pro řešení radikálně nejisté budoucnosti“ (NYÍRI, 2012). Virtualita je magické slovo, které se vyvíjí od svého předchůdce: „inovace“.“ (překl. autora, ACZÉL, 2017, str. 29)

Podle FAJNEROVÉ in KULIŠŤÁK, a kol. (2017, str. 761) největším přínosem prostoru virtuální reality je *„potenciál vytvářet experimenty ekologicky validní, tedy blízké reálným životním situacím, za současného dosažení vysoké kontroly nad průběhem experimentu“*. Tento fenomén dnes prostupuje širokou škálou oborů, je využitelný v prostředí komerčním, ale i klinickém. Virtuální realita se stává základnou pro vývoj a výzkum. Z hlediska neuropsychologie, ale i obecně psychologie, pak může zkoumat chování, jednání, emoce a myšlení lidí po celém světě v jednom okamžiku i v průběhu času a neustále tyto akce opakovat, případně jen měnit přístup, a to rychle a efektivně. Virtuální realita tedy může pomoci v procesu výzkumu a vývoje, v diagnostickém procesu, zároveň může být i prostorem a nástrojem v pomoci lidem v jejich terapii a rehabilitaci i následné prognóze a prevenci.

„Virtuální realita je také velice významnou metodou testování kognitivních funkcí zobrazovacími metodami (MR, PET, EEG). Metody využívající virtuální realitu

³⁹ Pojem „virtuální realita“ má velice nejasný historický kontext, existují spekulace, kde a kdy opravdu vznikl. Jaron Lanier tvrdí, že pojem vytvořil sám v roce 1987 během období intenzivní výzkumné činnosti o této formě reality a technologií s tím spjatých. Od 70. let minulého století se však užíval pojem „umělá realita“, tento počín se připisuje Mironovi Kruegerovi. I dál v historii můžeme vypátrat zmínky o virtuální realitě. V roce 1938 popsal Antonin Artaud iluzorní charakter postav a objektů v divadle jako "la réalité virtuelle" ve sbírce esejí, Le Théâtre et son double. (VIRTUAL REALITY SOCIETY, 2018)

se objevují nejen v souvislosti s testováním kognitivních funkcí, ale také v terapii (remediaci) různorodých forem onemocnění. Virtuální rehabilitace představuje díky rychle se rozvíjející technice významnou metodu pro komplexní terapii u osob po traumatickém poškození mozku vyžadující integrovanou podporu fyzických, kognitivních i sociálních schopností.“ (ROSE, BROOKS, RIZZO, 2005 in KULIŠŤÁK, a kol. 2017, str. 762)

Sociolog PETERSUEK (2006) ve své publikaci „Společnost pozdní doby“ se snaží popisovat problematiku sociálního charakteru doby, ve které v současnosti žijeme. Zmiňuje se o frekventovaném pojmu „informační společnost“⁴⁰, který se snaží reflektovat neustále sílící zrychlení rozvoje informačních a komunikačních technologií. Další teoretici, kteří pracují s pojmem informační společnosti předvídají „progresivní automatizaci duševní práce, vytváření nových forem vědění a nových socioekonomických systémů.“ (ZOUNEK, ŠEĎOVÁ, 2009, str. 11)

4.1 Fotografie jako zobrazení

Člověk je v obou realitách, virtuální i reálné neustále vystavován změnám ve vývoji nových technologií. Prostřednictvím těchto prostorů na něj každý den působí nové informace a data v rozdílné formě. Je přítomný fenomén posunu tzv. „kulturního paradigmatu“, kdy v jednom okamžiku zrodu nové technologie nás v tomto stavu „nového“ ukotví, přitom se okolo nás stále hemží další progredace. Sama fotografie má sílu zmrazení okamžiku, který je v realitě v přesné podobě, ve které se odehrál, nevratný.

„Již od samého začátku tak byly do fotografie vkládány velké naděje, které se nejen naplnily, ale s postupným technickým vývojem předčily i všechna původní očekávání.“ „S postupným rozvojem média byly fotografickým obrazem pokryty snad všechny oblasti lidské činnosti. V řadě případů překonala fotografie svoji roli pasivního záznamového média a stala se aktivním prvkem spoluurčujícím lidské konání.“ (WITTLICH, 2011, str. 38)

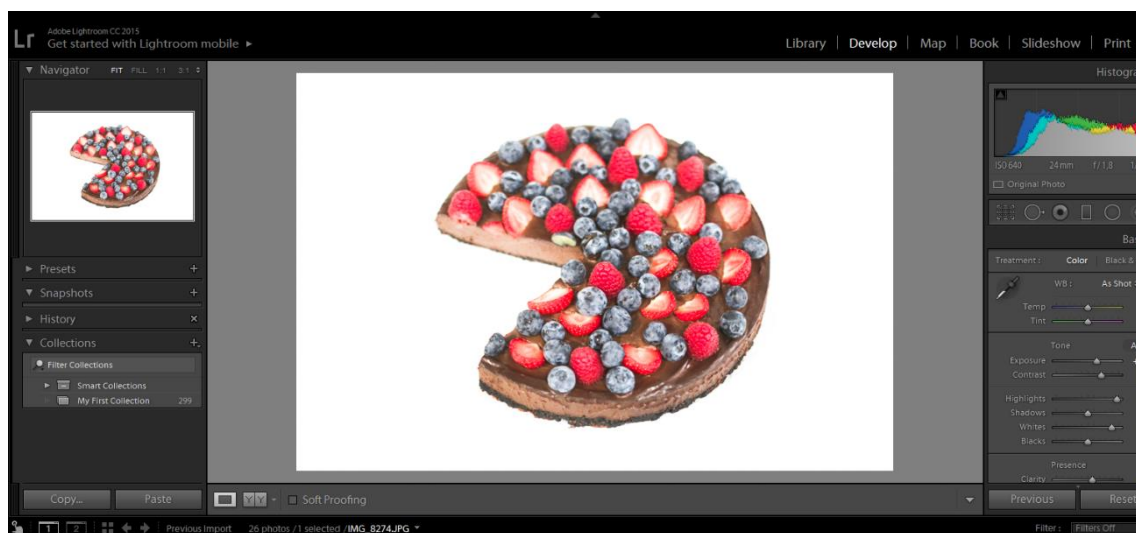
⁴⁰ „Informační společnost je charakterizována podstatným využíváním digitálního zpracování, uchování a přenosu informací. Ze zpracování informací se stává významná ekonomická aktivita, která jednak propouje tradičními ekonomickými či společenskými aktivitami a jednak vytváří zcela nové příležitosti a činnosti, které podstatně ovlivňují charakter společnosti. Technologickou základnou této proměny je využívání prvků moderních informačních technologií (IT) a digitálních komunikací. Tempo technologického pokroku v konstrukci počítačů je již několik desetiletí motorem doposud neomezeného růstu a neustálých inovací.“ (ZLATUŠKA, 1998)

Kvalitně vytvořená fotografie vytváří záznam reality tak, jak bychom ji skutečně mohli vidět za intaktního předpokladu vnímání a za existence kvalitního technologického zázemí. Je však vhodné upozornit na fakt, že percepce každého jednotlivce je velmi individuální. Příkladem je obecná teorie vnímání barev. Člověk barvy, tedy světelné frekvence, může vnímat odlišně. Existují poruchy barevného vidění dichromazie (protanopia), anomální trichromazie (tritanomalia), až monochromazie aj. I technologie využívají odlišná barevná schémata v podobě RGB (barvy fotografie viděné na monitoru) a CMYK (barvy fotografie při výstupu tisku). Proto tendence popisovat fotografii, jako striktně reálné zobrazení našeho světa, může být zavádějící. Fotografie má mnohdy umělecký až abstraktní přesah, které se v některých případech (komerční fotografie, reportážní fotografie, vědecká fotografie) nemusí upřednostňovat. Popíši základní kategorie fotografie:

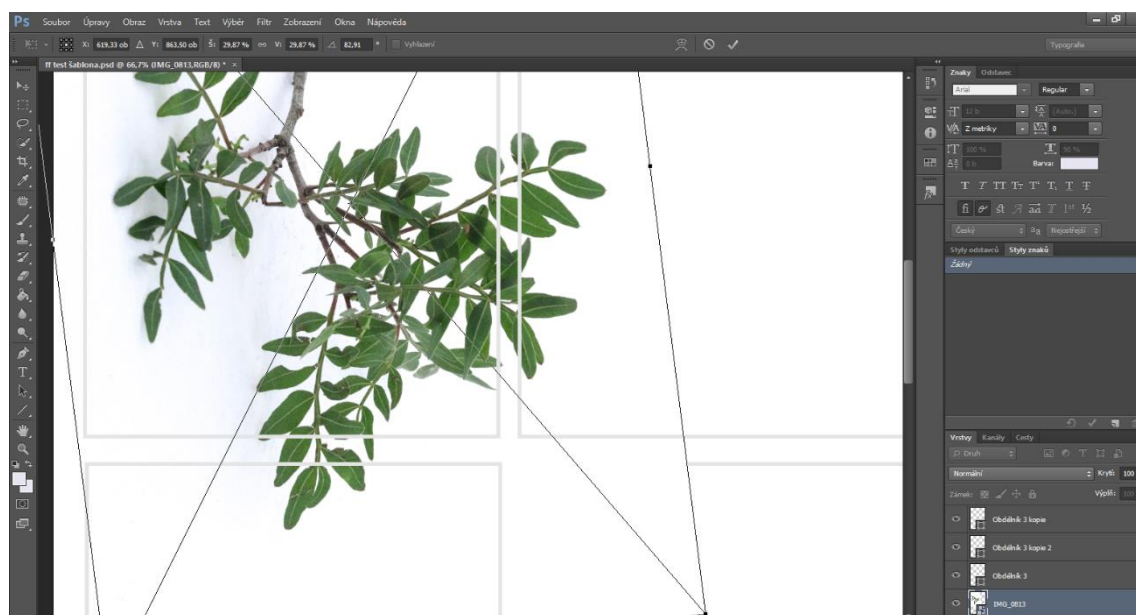
- reklamní fotografie (produkty, atéliérní a externí portréty),
- dokumentární fotografie (sociologické studie apod.),
- reportážní fotografie (zastoupena v první řadě v médiích),
- umělecká fotografie (vlastní tvorba prezentovaná společností),
- vědecká fotografie (fotografie jako podklad pro vědecké studie),
- soukromá a osobní fotografie.

Fotografie ve všech vědních oborech získala popularitu již v druhé polovině 19. století. Například zakladatelem lékařské fotografie byl specialista v oblasti rentgenologie Albert Londe. V publikaci *Focal Encyclopedia of Photography* začíná popis historického kontextu fotografie první datací roku 1826, kdy Niépce, J. Nicéphore zhotovil první fotografii přírody na cínu senzibilizovanou bitumenem, kdy expozice trvala 8 hodin. Historie fotografie sahá ale již do 16. století, kdy byla vynalezena první *camera obscura*. Ve stejné době a zemi jako tvořil Nicéphore zhotovil Jacques Daguerre chemický proces „daguerrotyp“. Fotografie se v tomto období dostává do širokého povědomí a začíná se o ni zajímat stále více lidí. Ještě před koncem 19. století vzniká první film. Ani ne za sto let od chvíle, kdy byl vytvořen první kompaktní fotoaparát, firma Sony vyrobila první digitální fotoaparát. Digitální fotografie se neukládá na film, ale na čip uvnitř přístroje, který je citlivý na světlo (CCD). Díky progresi v oblasti nových technologií je fotografie výhodou díky rychlosti, přesnosti zobrazovaného

záznamu. Při tvoření fotografie pro účely logopedické intervence je vhodné, aby její výsledná podoba byla co nejreálnější a dostupná co nejrychleji. PERES 2007, SOUČEK, 1963, BAATZ, 2004 in PRŮCHOVÁ (2014)



3: Printscreen postprodukce fotografií v Adobe PS Lightroom CC15



2: Další kroky postprodukce v Adobe Photoshop CS6

4.2 Prostor internetu a jeho využití v logopedické intervenci

Kapitola s úvodním slovem v publikaci *Technical Communication and the World Wide Web* (LIPSON, DAY, 2005) se jmenuje *Everything Seems to Be Up in the Air at This Time: The Ubiquity of Technical Communication*. Název se týká nejdůležitějších rysů současné virtuální komunikace. Všudypřítomnost a expanzivní nárůst „vzdušné“ komunikace. Prostor virtuální komunikace a World Wide Webu v období nástupu milénia naléhal (a naléhá dál) například v oblasti pedagogiky na disciplinární konvence, přístupy a kurikulární návrhy. Exploze virtuální reality samozřejmě přesahuje vědní obory a disciplíny, z úzkého profesionálního a vědeckého pole se tato komunikace díky dostupnosti a dalšímu vývoji technologií přesunula do širšího rámce a osobního prostředí člověka. Zpočátku pouze „technologická komunikace“ se dostala do struktur každodenních situací lidí. „*Technologie již nejsou nástroje pro uživatele; jsou prostředím, prostorem, světy a konverzacemi.*“⁴¹ (překl. autora, LIPSON, DAY, 2005, str. 7)

World Wide Web ve zkratce WWW usnadňující přístup k informacím na internetu prostřednictvím stránek. Stránka (page) figuruje jako základní jednotka webu. Tato stránka je zobrazena prohlížečem (browser) a každá z nich má konkrétní adresu (Uniform Resource Locator, ve zkratce URL). URL se skládá z protokolu (HTTP), serverů a jazyku (HTML). Internet je celosvětová masivní síť sítí: „*internet je celosvětová síť počítačů (servery, uživatelské počítače, jejich propojení) a soubor konvencí pro jejich komunikaci (protokol TCP/IP).*“ (KASAL, SVAČINA, 2001, str. 10)

Dnes je potřebné kriticky zhodnotit informaci jako obsah prostoru internetu. V mnoha publikacích je informace v tomto prostoru hodnocena jako rychle se šířící komuniké, je posuzována z hlediska globalizace a dalších současných aspektů komunikace a společnosti. S tím by měla být spjatá prevence proti negativním rysům této komunikace. Avšak skandální informace, které zveřejnila společnost The Cambridge Analytica ohledně úniku dat způsobila, že globální sociální síť Facebook mění způsob sdílení dat s aplikacemi třetích stran. Podle serveru THE GUARDIAN (2018) údajně zhruba 50 milionů Američanů byly zneužity třetí straně, a to konkrétně v oblasti politického poradenství. Je potřeba brát prostor internetu nejen jako přínosný,

⁴¹ GRAY (1996) in LIPSON, DAY (2005) popisuje, že se v období let 1993–1997 zvýšila četnost komerčních stránek s příponou „.com“ z 1,5 % dokonce na 62 %.

ale uvažovat o něm i z hlediska rizik v souvislosti zejména s rychlostí a vývojem a pro nás stěžejními změnami. „*Jedním z nejdůležitějších motorů rozvíjejícího se fenoménu globalizace byl rychlý rozvoj informačních a komunikačních technologií (ICT). Náš život se různými způsoby změnil a důsledky pro vzdělávání jsou obrovské. ICT změnily jazykové, kognitivní a vizuální dimenze lidské komunikace, stejně jako představy o tom, jaké konkrétní atributy definují společenskou identitu v globální kultuře.*“ (překl. autora, GIBBS, KRAUSE, 2007 in ZAJDA, GIBBS, 2009, str. 1)

Internet v souvislosti s logopedickou intervencí lze posuzovat z hlediska klinického-lékařského i pedagogického, přitom uvažuji i souvislosti s oblastí výzkumu v obou pohledech. Příkladem jsou perspektivy internetu ve zdravotnictví autorů KASAL, SVÁČINA (2009):

- Informační a edukační význam,
- obchodní význam,
- význam při řízení administrativně náročných procesů,
- význam zdravotnických informačních systémů.

Vymezit ICT z hlediska pedagogického se pokouší ZOUNEK, ŠEĎOVÁ, EARLE, SKALKOVÁ (2009, 2002, 2004). Technologie jsou zde chápány jako jedna z komponent v procesu vzdělávání, jako nástroje vzdělávacího obsahu a prostředkem zkvalitnění vyučovacích metod. Přitom bych doplnila dominanci přínosu ICT ve vzdělávání v inkluzivním přístupu.

PRŮCHA, WALTEROVÁ, MAREŠ, 2003, str. 139) popisují ICT jako „nové technologie ve vzdělávání“. Zde jsou charakterizovány jako „*moderní prostředky didaktické techniky, didaktické programy a jimi inspirované nové formy vyučování zahrnující zejména:*

- síť (lokální počítačové síť, internet a jeho prostřednictvím přístupné on-line knihovny, databáze a další zdroje informací, videokonference aj.)

- multimédia, která spojují různé formy prezentace informace (hypertext, obraz, a animovaný obraz, zvuk atd.) na různých typech nosičů (on-line, na CD-ROM⁴²)
- mobilní prostředky a přístupy podporující flexischooling a další formy distančního vzdělávání, zahrnující bezdrátové sítě, notebooky⁴³

„...Kombinace těchto prostředků – interaktivní multimediální učební materiály přístupné prostřednictvím počítačových sítí žákovi „odkudkoli kdykoli“ – vede ke vzniku „virtuální školy“ umožňující „distribuované vzdělávání“, učení „just-in-time“ atd.“

Stěžejní význam může mít ICT i ve formě dat uplatňující se v oblasti intervence, diagnostické i terapeutické (rehabilitační). V současné době je řada diagnostických testů nepřístupná, nepřeložená z cizích jazyků, dle ceny někdy až nedostupná. Z hlediska progresu v oblasti ICT by bylo vhodné poskytnout do prostředí internetu alespoň minimum standardizovaných testů nebo souhrn terapeutických postupů, informací o intervenci, aj., ke kterým by byl snadný přístup. Uvažuji všechna rizika s tím spojená, a proto je nutné zdůraznit, že informace by měly být ověřené a popis těchto dat a postup manipulace s nimi by měla být velmi srozumitelná, případně by bylo vhodné uvést odkazy, citace. Tato oblast ve virtuálním prostředí by mohla minimálně sloužit jako logopedická (aj.) prevence v souvislosti s přístupností informací, možnosti edukace širší neodborné společnosti apod.

4.3 Webový portál www.fotografickyslovník.cz jako virtuální soubor materiálu a metodologie pro užití v logopedické intervenci

„Hlavním cílem bakalářské práce je vytvoření webové aplikace (fotografického slovníku) s obrazovým materiálem pro následnou logopedickou intervenci

⁴² Pozn. autora: Dnes se nosiče typu CD-ROM, DVD-ROM již moc nepoužívají, postupně je nahradily nosiče, které jsou odolnější, menší (Flash disky) a kapacitně mnohonásobně větší (externí disky). V poslední době je dominantní rostoucí popularita virtuálních cloudů (Google drive, Dropbox, WeTransfer aj.)

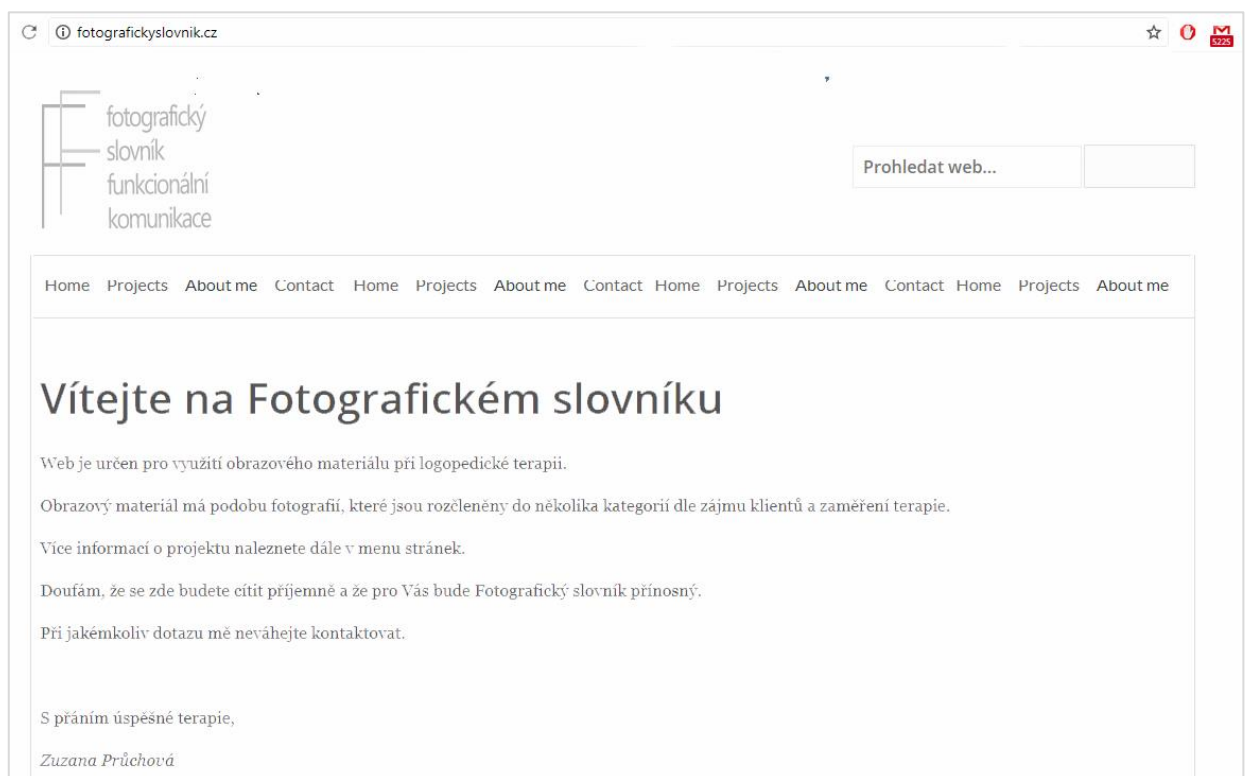
⁴³ Autoři Pedagogického slovníku zde doplňují, „notebooky půjčované studentům pro práci doma“. Na tyto citace reagují z hlediska aktuálnosti, větší množství studentů si technologie již nezapůjčuje, vlastní je. Je zde přítomna dostupnost k technologiím, tedy i notebookům, existence tabletů a rozvíjející se funkcionalita mobilních telefonů aj.

se zaměřením na dospělé a stárnoucí osoby. Obrazový materiál bude k dispozici každému, kdo jej bude potřebovat. Může s ním pracovat logoped při terapii s klientem v logopedické ambulanci, nebo sám klient v domácím prostředí. Po konzultaci s odborníky v oblasti informačních technologií jsem pro aplikaci zvolila podobu webových stránek. Webové stránky jsou v současnosti přístupnější a uživatelsky jednodušší, než je tomu například u programů a aplikací, kde mnohdy brání uživateli náročná instalace. Samotná distribuce takového programu je pak složitější než u webových stránek. Prioritou bylo příjemné uživatelské prostředí WWW, přehlednost, jednoduchost a snadný tisknutelný výstup obrazového – fotografického materiálu. Fotografie jako způsob zobrazení jsem si zvolila z důvodu reálnosti zobrazovaného. Fotografie je navíc velmi seriózní zobrazení, a tím je vhodná pro dospělé a stárnoucí osoby.“ (PRŮCHOVÁ, 2014, str. 54)

Výsledkem bakalářské práce byla existence webového portálu www.fotografickyslovník.cz. Obrazový (fotografický) materiál byl dostupný po celou dobu. Pouze v období dubna-května se podoba webových stránek měnila a web byl chvíli nepřístupný. Pro diplomovou práci jsem se rozhodla pokračovat v rozšiřování uplatnění těchto webových stránek v logopedické intervenci, tím jsem ověřovala i jeho funkci. Navrhla jsem jiný grafický design stránek s dominující přehledností, jednoduchostí a seriózností tohoto prostředí. Zvolila jsem kombinaci jednoduchých linek, bílého pozadí a černého minimalistického fontu. Pojmenovala jsem slovník „Fotografický slovník funkcionální komunikace“, tím jsem již zaměřila využití informací a obrazového materiálu jednotným a aktuálním směrem. Přitom však stále akcentuji komplexnost. Obrazový obsah je využitelný pro jakoukoliv formu intervence, kde se může uplatnit slovník s fotografiemi. Navrhla jsem logo fotografického slovníku. Celkovou podobu slovníku, i jeho účel jsem podstatným způsobem revitalizovala. Tak jak jsem „příslibem“ uvedla v závěru své bakalářské práce a její obhajoby v oblasti prognózy fotografického slovníku, plánuji v jeho inovaci pokračovat, a to nejen v oblasti formy, ale i obsahu a jeho uplatnění. Poznatky a praktické zkušenosti, které získávám jeho vytvořením a pozorováním souvislostí s jeho existencí, mohou nejen pomoci při procesu logopedické intervence, ale hypoteticky i na poli vědeckého výzkumu logopedického, informačně-komunikačně technologického, neuropsychologického aj.



4: Logo Fotografického slovníku funkcionální komunikace



5: Návrh grafické podoby Fotografického slovníku funkcionální komunikace

[Fotografický slovník](#) > [Získané poruchy řečové komunikace](#)

Získané poruchy řečové komunikace

Získané poruchy řečové komunikace u dospělých a stárnoucích osob

Charakteristika dospělého věku je specifická v různých oblastech. Je to období, ve kterém se člověk stává nejvyzrálejším, jeho rozumová aktivita se ocitá na vrcholu a člověk ji plně využívá. S postupujícím věkem se rozrnáhá proces stárnutí organismu. Je charakteristickými fyziologickými změnami. Zhoršují se percepční a kognitivní schopnosti, mohou vznikat duševní onemocnění a tím se komunikační proces stává znesnadněným, tím však nemusí být zasažena osobnost člověka.

V případě **náhlé ztráty schopnosti řečové komunikace** tato kognitivní schopnost však nemusí být zcela narušena. Daný přístup k člověku s takovýmto postižením je individuální a zejména komunikace s ním, může být komplikovaná. Osoby nacházející se v této situaci mohou být nepochopeny okolím, dochází k dezinformacím a k následnému podceňování osobnosti. **Dospělý a stárnoucí člověk se získanou poruchou řečové komunikace nemusí vždy ztratit kvalitu z hlediska roviny osobnosti nebo inteligenci.** Proto je zásadní poukázat na problematiku získaných poruch řečové komunikace v dospělém věku tak, abychom se nadále vyvarovali **nevhodných přístupů**.

Závažné poruchy řečové komunikace v dospělosti se vyskytují na bázi traumat CNS nebo na základě onkologických, neurologických a jiných onemocnění. Velká část traumat specificky pro skupinu dospělých osob nastává například po dopravních nehodách. Dalšími příčinami závažných poruch řečové komunikace v tomto období jsou cévní mozkové příhody a nádorové stavy. Traumatické poškození může mít na řečovou komunikaci dospělých a stárnoucích osob silnější dopad než u osob mladšího věku.

V případě **afázie**, poruchy užití individuálního jazykového systému, se nejedná o rozumovou ztrátu, ale o jev, který v sobě zahrnuje neschopnost se verbální řečovou formou vyjádřit, nedostatky při tvorbě řečového sdělení, tedy nedostatky gramatické při užívání správného tvaru slova a nenaplňený lexikální význam při chápání významu slova v pojmové i pragmatické rovině, parafrázie, dysnomie.

U **kognitivně komunikační poruchy u syndromu demence** je důležité včasné odhalení, ale i vhodný přístup k osobě, která syndromem demence trpí. Dochází ke snížení intelektu, paměti, mění se emotivita, vnímání okolí i celá osobnost člověka.

Vítejte na Fotografickém slovníku

Web je určen pro využití obrazového materiálu při logopedické terapii.

Obrazový materiál má podobu fotografií, které jsou rozčleněny do několika kategorií dle zájmu klientů a zaměření terapie.

Více informací o projektu naleznete dále v menu stránek.

Doufám, že se zde budete cítit příjemně a že pro Vás bude Fotografický slovník přínosný.

Při jakémkoliv dotazu mě neváhejte kontaktovat.

S přáním úspěšné terapie,

Zuzana Průchová

6: Proměna webových stránek www.fotografickyslovník.cz

Test FF

Následující podoba Fotografického testu funkcionální komunikace není verzí výslednou, standardizovanou. Jedná se o prozatímní a první návrh, který by byl do budoucna základem pro oficiální verzi testu. Test FF se skládá z následujících částí.

– Záznamového listu;

– listu hodnocení

– listu s výřezem obsahu testu;

– samotného testu s obrazovým (fotografickým) materiálem.

Funkcionální komunikace je schopnost přijímat nebo předávat sdělení bez ohledu na způsob, komunikovat efektivně a nezávisle v daném přirozeném prostředí. Je tedy vhodné dlouhodobě zacílit zájem a snahu o takovou intervenci, která ovlivňuje přímo reálnou kvalitu života klientů. Z hlediska komplexní diagnostiky osob se získanými neurogenními poruchami komunikace je důležitá etiologie a neurologická diagnostika zobrazovacími metodami, diagnostika širokospektrálními testovými bateriemi, ale také je vhodné zhodnocení pragmatických komunikačních schopností. Je důležité, aby člověk dokázal reagovat v každodenních situacích, tak, jak on sám nebo jeho okolí očekává. Většina testů v prostředí diagnostiky afaziologie a kognitivně-komunikačních poruch

7: Publiková stránka "test FF" na www.fotografickyslovník.cz

Platba v obchodě



8: Fotografie "platba v obchodě" (www.fotografickyslovník.cz)

5 Fotografický test funkcionální komunikace FF

Funkcionální komunikace je schopnost přijímat nebo předávat sdělení bez ohledu na způsob, komunikovat efektivně a nezávisle v daném přirozeném prostředí. Je tedy vhodné dlouhodobě zacílit zájem a snahu o takovou intervenci, která ovlivňuje přímo reálnou kvalitu života klientů. Z hlediska komplexní diagnostiky osob se získanými neurogenními poruchami komunikace je důležitá etiologie a neurologická diagnostika zobrazovacími metodami, diagnostika širokospektrálními testovými bateriemi, ale také je vhodné zhodnocení pragmatických komunikačních schopností. Je důležité, aby člověk dokázal reagovat v každodenních situacích, tak, jak on sám nebo jeho okolí očekává. Většina testů v prostředí diagnostiky afaziologie a kognitivně-komunikačních poruch nezkoumají, jak funkčně dotčený člověk využívá zbytky řečové komunikace i jiné formy komunikace v situacích, v životě.

„Závažnou a stále nedostatečně validizovanou oblastí diagnostického zhodnocení závažných fatických poruch je užití vhodného typu diagnostické pomůcky pro krátké klinické vyšetření, které je vhodné i pro těžší kognitivní poruchy, umožňuje zhodnocení přiléhavosti verbálního komentáře a poukazuje na přítomnost či absenci kompenzačních mechanismů, které umožňují orientaci osob s těžkými kognitivními deficity v neverbálně vyjádřených, celoživotně se opakujících běžných denních situacích.“ (NEUBAUER, 2015, str. 89)

Vytvořila jsem teoretické zázemí diplomové práce v oblasti funkcionální komunikace, problematiky dospělosti a stáří, afaziologie, kognitivně-komunikačních poruch u syndromu demence a v oblasti informačně-komunikačních technologií. V souvislosti s testem FF jsem si neustále pokládala tyto otázky: Jaké jsou důsledky jazykových poruch na schopnost komunikace u dospělých a stárnoucích osob v běžném životě? Jaký dopad má selhávající funkcionální komunikace na kvalitu života člověka? Proč je vhodné vytvořit diagnostický test pro posouzení funkcionální komunikace? Jak tento test pomůže při diagnostické intervenci? Je vhodné čerpat obrazový materiál z již vytvořeného fotografického slovníku? Pomůže odborné veřejnosti i klientům umístění tohoto testu a informací o diagnostickém postupu online na webové stránky? Bude propojení poznatků z výsledků z bakalářské práce s problematikou funkcionální komunikace přínosné?

Zde jsou mé cíle a výzkumné otázky:

Cíl 1 – Užít a rozšířit funkci specializovaného webového portálu <http://fotografickyslovník.cz> v testu FF. Navázat tak na poznatky a výsledky bakalářské práce a vytvořit tak „Fotografický test funkcionální komunikace FF“ - speciální test pro posouzení funkcionální komunikace.

Otázka 1 – Je možné propojit poznatky z bakalářské práce, využít obsah fotografického slovníku, tím i funkcí tohoto specializovaného webového portálu, a zároveň ho i rozšířit o problematiku funkcionální komunikace a vytvořit tak „Fotografický test funkcionální komunikace“?

Cíl 2 – Ověřit orientační funkčnost a užití vytvořeného návrhu diagnostického testu FF během logopedické intervence zhotovením kvalitativně orientovaného pilotního šetření se skupinou osob s neurogenními poruchami řečové komunikace, zhotovením kazuistických studií.

Otázka 2 – Ověřila se orientační funkčnost vytvořeného návrhu diagnostického testu FF tím, že jsem využila tento návrh testu FF během logopedické intervence a vytvořila na tomto základě kvalitativně orientovaného pilotní šetření v podobě kazuistických studií?

Uvádím dílčí kroky, které tvoří moji výzkumnou, praktickou část práce:

1. Příprava výzkumu:
 - a. Stanovení výzkumného problému, otázek, cíle;
 - b. navržení kritérií pro oblast výzkumu;
 - c. popis výzkumné metody a techniky;
 - d. stanovení zkoumané skupiny;
 - e. stanovení typu získávaných dat, jaký druh informací budu sbírat.
 - f. rešerše relevantní literatury k dané problematice;
2. Realizace předvýzkumu:
 - a. Získávání informací v terénu – realizace na větším vzorku;
 - b. testování formy a metodologie, srozumitelnost otázek, doba trvání testu, vhodnost testového nástroje.
3. Zhotovení výzkumného nástroje:
 - a. Návrh Fotografického testu funkcionální komunikace.

4. Realizace pilotního šetření s obecnými kritérii pro zhotovení kvalitativních případových studií na malém souboru osob se získanými neurogenními PŘK s cílem zjistit:
 - a. Zda v populaci existuje informace – přítomnost poškození funkcionální komunikace) – kterou požadují;
 - b. Zda může být výzkumný nástroj a zvolená strategie sběru dat užita, zda v nástroji nejsou chyby.
 - c. Simulovat podmínky další vlny sběru dat.
5. Kvalitativní analýza dat pilotního šetření:
 - a. Co ze zpracování analýzy případových studií vyplývá;
 - b. Hypotézy a predikce do budoucna;
 - c. Možnosti přistoupení k další vlně sběru dat.

5.1 Test FF v logopedické diagnostice u cílové skupiny klientů

Diagnostika poruch řečové komunikace vyžaduje transdisciplinární charakter. Pro podporu klienta je zásadní rozsáhlý tým odborníků, ve kterém mezi sebou o dané problematice komunikuje logoped, psycholog, neuropsycholog, neurolog, foniatr, případně psychiatr, praktický lékař a další. CSÉFALVAY, LECHTA, a kol. (2013) rozlišují proces diagnostiky v terminologii narušené komunikační schopnosti na následující úrovně:

- Orientační diagnostika (zjištění přítomnosti NKS);
- základní diagnostika (zjištění druhu NKS);
- speciální diagnostika (zjištění specifik dané NKS z kvalitativního i kvantitativního hlediska).

„Dospělým pacientům/klientům, zejména seniorům nebo pacientům se závažnými diagnózami, je třeba vytvořit vhodné diagnostické prostředí, přiměřené vnější podmínky vyšetření. Často je nutno vyšetření realizovat ve více kratších sezeních kvůli zvýšené unavitelnosti pacienta/klienta. Je třeba počítat také s diagnostickými komplikacemi způsobenými například nedoslýchavostí, problémy s pamětí, kognicí či vážnými zdravotními problémy klienta. Tyto problémy mohou být způsobené charakteristickými

znaky sénia, anebo může jít také o charakteristické příznaky afázie, demence atd.“
(CSÉFALVAY, LECHTA, a kol., 2013, str. 20)

Je důležité, aby se klient v prostředí probíhajícího diagnostického procesu cítil uvolněně, motivovaně a příjemně. S klientem musíme komunikovat přirozeně, dostatečně nahlas. Materiál pro intervenci nesmí být degradující a měl by být co nejvíce zřetelný a pochopitelný. Nevylučuji použití abstraktních obrázků pro zpestření intervence, přesto je stále nejvhodnějším materiálem užití nejreálnější podoby 2D obrazového materiálu – fotografie. Ve virtuální i reálné podobě. Zcela jasně však odborníci vylučují použití slabikářů a jim podobných materiálů, které jsou určeny spíše pro děti. Při procesu diagnostiky bychom měli být trpěliví a empatictí a navodit takové prostředí, aby se klient uvolnil. S diagnostikou je úzce spjato neustálé bádání a hledání vhodných a efektivních intervencí. V průběhu diagnostického procesu (před, i po něm) si pokládáme mnoho otázek. Pátráme i po stopách ve strukturách duševních procesů klientů, které mohou být základem nedostatečného komunikačního procesu. Sledujeme, jak se klient sám hodnotí. Dále pozorujeme a empaticky vnímáme jeho prožívání, reakce, pocity. Jak uvádí GOLPER in WALLACE, 1996, klienti totiž často poměřují poruchy řečové komunikace z hlediska dopadu na každodenní používání samotného jazyka. Mohu se zeptat klienta, jaký má problém a je téměř jisté, že neodpoví nebo nenaznačí abstraktně „*mám potíže napsat text, nerozumím obsahu sdělení*“, reaguje spíše konkrétně ve smyslu: „*nepodepíšu se a televize mě nebaví, přestal/a jsem chodit i na kávu.*“, v horším případě nám nerozumí, nebo nevnímá intaktní funkci podpisu nebo konverzace. Vždy není nejpodstatnější samotný problém, ale jeho dopad na kvalitu života. Tedy klient, který rád konverzoval v kavárně nad šálkem kávy s přáteli, se nemusí izolovat v domácím prostředí a vyhýbat se sociálním situacím. V případě, že posoudíme a pochopíme stav jeho funkcionální komunikace, můžeme terapii vést směrem, kdy klient tyto bariéry a demotivace s naší pomocí překonává. Když zjistí, že tréninkem komunikačních situací může svůj stav jedinečně zlepšit. Někdy stačí klienta pouze ujistit, že porucha komunikace mu nemusí bránit v činnostech, které má rád a díky kterým cítí v životě smysl. Zvláště u závažných získaných poruch řečové komunikace v dospělosti a stáří může stačit opravdu málo k tomu, aby se klient ve svém životě cítil o trochu lépe. U těžších forem porušení funkcionální komunikace můžeme díky vhodně zvolené diagnostické metodě eliminovat nebezpečí po návratu klienta do domácího prostředí (bez stoprocentního dohledu). V případě, kdy klient náhle nerozumí funkci nože a použije ho místo kabelu pro nabití telefonu, kdy nerozezná rozdíl mezi vínem a moštem,

kdyby na rozbité sklo bude sahat holou rukou namísto lopatky a smetáčku. Cílem u diagnostického procesu je tedy posouzení stavu komunikace klienta prakticky, pragmaticky, funkčně, navrhnout vhodnou terapeutickou intervenci a stanovit prognózu.

Výčet testů, které v logopedické intervenci aktuálně posuzují funkcionální komunikaci je následující:

- The Butt Non-Verbal Reasoning Test;
- CADL-3: Communication Activities of Daily Living – Third edition;
- Dotazník funkcionální komunikace DFK⁴⁴ z českého prostředí
- Functional Assessment of Communication Skills for Adults ASHA FACS⁴⁵.

Hodnocení funkcionální komunikace může být potřebné v akutních a subakutních podmínkách. Může pomoci při rozhodnutí o následující péči. Mým cílem je vytvořit Fotografický test funkcionální komunikace tak, aby bylo možné vyšetření provést kdykoliv během intervence. Test by měl být jednoduchý, pochopitelný a obsahovat obrazový (fotografický) materiál. Zároveň bylo zajímavé test koncipovat cestou neverbálního charakteru. Porucha funkcionální komunikace totiž může být přítomná téměř při jakékoliv diagnóze a fázích neurogenně podmíněných poruchách řečové komunikace. V této práci se však zaměřuji na afázii a kognitivně-komunikační poruchu u syndromu demence.

Podle GOLPERA IN WALLACE (1996) by v komplexní logopedické diagnostice afázie měly být přítomné tyto body:

1. Zhotovení diferenciatní diagnostiky;
2. determinace syndromu nebo typu afázie;
3. stanovení míry závažnosti;

⁴⁴ Test DFK hodnotí stav komunikace v reálných situacích pomocí dvaceti položek v oblastech bazální komunikace, sociální komunikace, čtení a psaní a v oblasti čísel a orientace. Dotazník se předkládá blízké osobě klienta. Dotazník nevyplňuje sám klient. (KOŠTÁLOVÁ, M.; KLENKOVÁ, J.; BEDNÁŘÍK, J.; a kol., 2013)

⁴⁵ ASHA FACS (1995) hodnotí klienta v oblastech: sociální komunikace, komunikace bazálních potřeb, ve čtení, v psaní, v číselném konceptu, a v denním plánování.

4. determinace možností pro intervenci, stanovení prognózy;
5. identifikace vhodných cest pro intervenci, stanovení zaměření léčby;
6. měření změn stavu komunikace, analýza efektu intervence.

V případě Fotografického testu funkcionální komunikace spadá test do „speciální kategorie testů“ a měl by posuzovat funkcionální komunikaci. Nejedná se o rozsáhlé testové baterie, které do hloubky analyzují závažnost, typ afázie, nebo vylučují přítomnost demence aj. Test může tyto baterie doplňovat, nemůže jim však jakkoliv konkurovat a užívat se pouze samostatně. Problémy a jejich zhodnocení v oblasti funkcionální komunikace v každodenních situacích nemusí být uniformní u všech pacientů s afázií, ani nemusí být rozdílné u pacientů se syndromem demence v porovnání s člověkem s afázií. Potíže v pragmatické/funkcionální komunikaci při běžných činnostech uniformně nesouvisí s mírou porušení oblasti řečové produkce. Proto je test koncipován tak, aby byl snadno pochopitelný, aby se mohl provést bez nutnosti řečové komunikace ve formě odpovědí. Klient může odpovědět verbálně, neverbálně (gesta, mrknutí), pomocí kresby, kroužkování atd., tedy jak bude potřebovat a chtít.

Diagnostika s Fotografickým testem funkcionální komunikace by měla mít následující kroky:

1. Zhotovení diferenciální diagnostiky – *musím mít k dispozici, test FF nemá potvrzený vliv;*
2. determinace syndromu demence nebo typu afázie – *znám z předchozí diagnostiky, test FF nemůže posuzovat, uvažuji přítomnost poškození funkcionální komunikace;*
3. stanovení míry závažnosti – *stanovím míru poškození funkcionální komunikace díky testu FF, ne míru závažnosti afázie nebo KKP u demence;*
4. determinace možností pro intervenci, stanovení prognózy – *prognózu u jednotlivé diagnózy typu PŘK znám, další intervence pro tento typ je již známá nebo se zhotovuje, po výsledcích testu FF rozšířím determinaci intervence o nové poznatky v oblasti funkcionální komunikace a prognózu doplním o tyto poznatky též;*
5. identifikace vhodných cest pro intervenci, stanovení zaměření léčby – *na základě stanovené vhodné intervence tuto intervenci dále posuzuji a přemýšlím o ní z hlediska funkcionální komunikace, zaměřím se*

na případné nedostatky v oblasti funkcionální komunikace, které test FF prokázal (nebo neprokázal);

6. měření změn stavu komunikace, analýza efektu intervence – *při měření stavu komunikace a efektů intervence bych hypoteticky mohla zahrnout opakované výsledky z testu FF a průběžně je vyhodnocovat⁴⁶. Přitom bych sledovala vývoj a stav PŘK a zkoumala problematiku poruchy na základě možných souvislostí se změnou stavu PŘK i samotné funkcionální komunikace. Poté lze analyzovat intervenci zaměřenou na funkcionální komunikaci a ve výsledku bych hodnotila její úspěšnost/neúspěšnost.*

5.2 Kontexty pro vytvoření testu FF

Funkcionální komunikace je dle L. WORRAL (1999, str. 13) „*schopnost jedince komunikovat ve svém vlastním každodenním prostředí.*“ WORRAL posuzuje funkcionální komunikaci s reakcí na profily Functional Communication Profile (SARNO, 1965), the Communicative Abilities in Daily Living (HOLLAND, 1980), the Communicative Effectiveness Index (LOMAS et al, 1989) nebo American Speech-Language-Hearing Association, Functional Assessment of Communication Skills (FRATALLI et al, 1995). WORRAL (1999, str. 13) uvádí, že „*tradiční metodou hodnocení funkční komunikace klientů by bylo posoudit jejich výkonnost v těchto úkolech bez ohledu na to, zda jsou pro klienta relevantní. Zatímco je důležité měřit stav komunikačních schopností ve vztahu k jiným lidem s afázií i k lidem bez afázie. Stanovení cílů terapie je dalším důležitým účelem hodnocení funkční komunikace.*“

Téma funkcionální komunikace se tedy začalo objevovat již na přelomu let 60. a 70. minulého století a bylo spojeno se jménem Martha Taylor Sarno. Na základě klinických logopedických a psychologických zkušeností bylo zjištěno, že testy zkoumající jazykové deficity nemusí posuzovat míru schopnosti komunikace v běžných každodenních situacích. Proto M. T. SARNO navrhla Profil funkcionální komunikace (Functional Communication Profile)⁴⁷. Ten umožňuje posuzovat a hodnotit pacientovu schopnost komunikace premorbidně a porovnat ji s následnou situací.

⁴⁶ U pilotního šetření šlo o první testování návrhu FF. Tento krok pilotní šetření nezahrnuje, je zatím návrhem pro budoucí postup s již standardizovanou formou testu, protože je zásadním předpokladem pro standardizaci testu).

⁴⁷ Test FCP má devítibodovou škálu a má pět kategorií: gesta (movement), mluvená řeč (speaking), prozumnění (understanding), čtení (reading) a jiné.

„Během 70. let minulého století se kliničtí pracovníci zaměřovali na analýzu komunikace a rehabilitaci; to se týkalo obnovování individuálních jazykových schopností. V letech 80. se zaměření přesunulo směrem na komunikační kompetence; to znamená být schopen užít veškeré formy komunikace, nejen ty, které jsou přímo zaměřeny na mluvené slovo. Tento posun se odrazil v počtu funkčních profilů rozvinutých v tomto konkrétním poli. Například Holland (1980), *Communication Effectiveness Index*; revidován na *Edinburgh Functional Communication Profile (EFCP; Skinner et al, 1990)*; a *Functional Assessment Communication skills for Adults (FACA: American Speech and Hearing Association, 1995)*.“ (BUTT, BUCKS, 2004, str. 3) Při zkoumání takovýchto diagnostických profilů došli autoři Butt a Bucks k závěru, že je vhodné využívat realistické zobrazení pomocí fotografií. Pro svůj BNVR Test (The Butt Non-Verbal Reasoning Test) vytvořily 11 (10 a 1 vzorek) barevných fotografií situací znázorňujících člověka s určitým problémem. Test je však koncipován tak, aby se předešlo propojení úspěšnosti klienta s jeho řečovou produkcí. Zároveň tak nedělá problémy klientům s těžkými poruchami v oblasti exprese řeči. *"The Butt Non-Verbal Reasoning Test"* (2004, BNVR) je vysoce inspirativním zástupcem takto orientované diagnostiky. Forma testu s dvěma sadami fotografií umožňuje rychlé (15 min.) a efektivní provedení vyšetření s minimálním verbálním vstupem a vysokou validitou pro multikulturní a vícejazyčné provedení. Pro uvedené vlastnosti je test vhodným podkladem do programu dlouhodobého ověřování na populaci českých osob s neurogenními poruchami komunikace, neboť lze pro minimální jazykovou a transkulturní odlišnost originálního testového materiálu předpokládat jeho úspěšné užití pro české jazykové prostředí a možné široké užití pro odborníky profesí, které uvádějí autoři testu – pro logopedy, ergoterapeuty a psychology. (NEUBAUER, 2013)

Existující kritiky zmíněných profilů a testů pro zhodnocení funkcionální komunikace u těchto často postrádají důležité body. Ve vztahu k Edinburgh Functional Communication Profile (EFCP) v review E. DUNCAN (1985) uvádí: FCP neorganizuje komunikační schopnost klienta ve smyslu komunikačního záměru. Profil neuvažuje paralingviální komunikaci (výraz obličeje, intonaci). Autoři EFCP (Skinner, et al, 1985), také naznačují, že CADL (1980) klade na klienta nespravedlivé požadavky tím, že vyžaduje roli a porozumění složitým instrukcím. CADL může být vhodný i u vyšších úrovní afázie, ale je obtížnější. Tedy přísnější ke klientům s těžkou poruchou řeči na bázi jazykových schopností, o jejichž funkční komunikaci se však chceme dozvědět

více, než je v testu možné. EFCP zkoumá komunikaci klienta během přirozené konverzační výměny. Autoři naznačují, že informace týkající se komunikace, mohou být také získávány od rodinného, nebo ošetrovatelského personálu. Zde sami upozorňují, že spolehlivost těchto informací může být poněkud sporná.

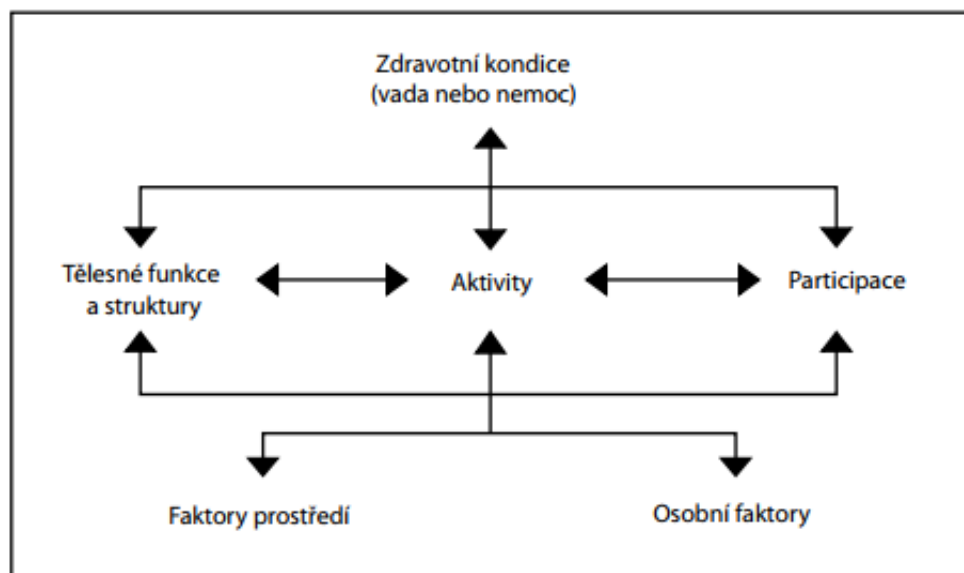
WORALL (1999, str.15) upozorňuje, že „*přístup funkční komunikace by neměl být užíván pouze v chronických fázích. Měl by být nedílnou součástí terapie ve všech fázích obnovy. Tento přístup zajišťuje, že jsou vzata v úvahu přání klienta a podporuje tak efektivitu terapeutického zásahu. V akutní fázi obnovy v nemocnici existuje mnoho každodenních komunikačních potřeb, kterým čelí klient s afázií. Je důležité zhodnotit, jak klient komunikuje v nemocničním oddělení.*“ TOFFOLO a kol. (1995) identifikovali řadu komunikačních aktivit při hospitalizaci a vytvořili The Inpatient Functional Communication Interview (IFCI). Týká se komunikačních situací, včetně žádosti o pomoc při přivolání výtahu nebo potřeby pohybu v prostoru. Také se vztahuje ke sdělení například osobních údajů, vyjádření spokojenosti s péčí, uvedení emočního stavu, nebo vyplnění menu apod.

Funkcionální komunikace zahrnuje aktivity jednotlivce během celého dne. Tato škála je rozsáhlá a individuální. Pro tuto skutečnost je tedy důležité zkoumat, jaké situace v životě lidí vůbec existují, se kterými věcmi přichází nejčastěji do kontaktu, co znamená každodenní běžná konverzace apod. Podle dokumentu „*Společný evropský referenční rámec pro jazyky*“ (2001) mohou v životě každého z nás nastat situace, které lze označit jako vnější a lze je popsat z následujících hledisek:

- Místa a času (kde a kdy k situacím dochází);
- institucí nebo organizací (jejich struktury a postupy, jaké situace se zde mohou běžně odehrávat);
- osob, jichž se situace týká (a to zejména jejich společenských rolí ve vztahu k uživateli jazyka/studentovi);
- předmětů (živých i neživých) v blízkém okolí;
- událostí, které se odehrávají;
- úkonů, které dané osoby vykonávají;
- textů, které se k situaci váží.

Tyto situace a interakce popisuje také WHO (2001). Environmentální a osobní faktory a složky tělesné struktury, funkce, aktivity a osobní účast charakterizují stav úrovně fungování člověka (i jeho zdravotní postižení). Struktura těla zahrnuje anatomické části těla (orgány, končetiny a jejich části), zatímco funkce těla se týká fyziologických a psychologických systémů. Činnosti a komponenty účasti popisují funkční schopnosti jednotlivce, jak dobře fungují v reálném světě. Činnosti se týkají provádění akcí nebo úkolů. Možná účast člověka na těchto činnostech je definována jako zapojení do běžných životních situací. Pro názornou ukázkou lze využít Schéma 1 (MKN, 2001, str. 30):

Schéma 1



9: Schéma 1 (MKN, 2001)

Jak na obrazovém schématu vidíme, vše se týká lidských aktivit. Při těchto aktivitách se člověk pohybuje a setkává se kolem sebe s následujícími proměnnými:

- Na konkrétní úrovni (osobní, veřejná, pracovní, vzdělávací);
- v určitém prostředí (domov, les, kancelář, třída);
- konkrétně v nějaké instituci (rodina, úřady, firma, škola);
- s konkrétními osobami (matka, právník, nadřízený, spolužák);
- s existencí různých předmětů; (vlastní křeslo, lavička v parku, kancelářská židle, školní lavice)

- během událostí (narozeniny, kulturní akce, firemní večírek, školní besídka)

Tabulka 5 *Vnější kontext užívání jazyka*

Oblast	Místo	Instituce	Osoby
Osobní	Domov: dům, pokoje, zahrada Vlastní domov Domov rodiny Domov přátel Cizí domov Vlastní prostor na ubytovně, v hotelu Krajina, pobřeží	Rodina Síť společenských vztahů	(Pra)rodiče, děti, sourozenci, tety a strýci, bratřenci a sestřenice, manželova/manželčina rodina, manžel/manželka, blízcí lidé, přátelé, známi
Veřejná	Veřejné prostory: ulice, náměstí, park Veřejná doprava Obchody, nákupní střediska, trhy Nemocnice, ordinace, kliniky Sportovní stadiony, hřiště, haly Divadlo, kino zábavní podniky Restaurace, hospoda, hotely Místa pro bohoslužby	Úřady Politické orgány Soudní orgány Zdravotnictví Kluby vysloužilců Spolky Politické strany Církev	Veřejnost Úředníci Obsluha v obchodech Policie, armáda, ochranka Řidiči, průvodčí, cestující Hráči, fanoušci, diváci Herci, diváci Číšníci, barmani Recepční Kněží, shromáždění
Pracovní	Kanceláře Továrny Dílny Přístavy, železnice Farmy Letiště Sklady, obchody Státní správa Hotely	Firmy Nadnárodní korporace Znárodněný průmysl Odbory	Zaměstnavatelé, zaměstnanci Vedoucí Kolegové Podřízení Spolupracovníci Klienti Zákazníci Recepční, sekretářky Uklízečky
Vzdělávací	Školy: hala, třídy, hřiště, sportovní hřiště, chodby Univerzity Přednáškové sály Učebny Svaz studentů Koleje Laboratoře Menza	Škola Univerzita Naučné společnosti Profesní instituce Orgány vzdělávání dospělých	Třídní učitelé Učitelův sbor Školníci Pomocný personál Rodiče Spolužáci Profesoři, lektori Studenti a jejich spolužáci Zaměstnanci knihoven a laboratoří, menzy, uklízeči, vrátní, sekretářky atd.

10: Vnější kontext užívání jazyka 1

- spolu s konkrétními úkony (poslech hudby, doprava MHD, práce na PC, vyplňování testu)

- a s různými texty (vlastní báseň, jízdní řád, trestní zákoník, diplomová práce).

Tabulka 5 *Vnější kontext užívání jazyka (pokračování)*

Předměty	Události	Úkony	Texty
Zařízení a nábytek Oblečení Vybavení domácnosti Hračky, nářadí, osobní hygiena Umělecké předměty, knihy Divoká /domácí zvířata, domácí miláčci Stromy, rostliny, trávník, jezírka Domácí potřeby Tašky Vybavení pro sport a zábavu	Rodinné události Setkání Náhody, nehody Přírodní jevy Večírky, návštěvy Chůze, cyklistika, mototuristika Dovolená, výlety Sportovní události	Každodenní rutina: oblékání, svlékání, vaření, stolování, umývání Kutilství, zahradničení Čtení, rádio a televize Zábava Koničky Sporty a hry	Teletext Záruky Recepty Návody Romány, časopisy, noviny Reklamní materiály Brožury Osobní dopisy Vysílané a nahrané mluvené projevy
Peníze, peněženka, náprsní taška Formuláře Zboží Zbraně Batohy Kufry, rukojeti Plesy Programy Jídlo, nápoje, svačina Pasy, oprávnění	Běžné události Nehody, nemoci Veřejné schůze Soudní pře, soudní přelíčení Studentská merenda, pokuty, zatčení Zápasy, soutěže Vystoupení Svatby, pohřby	Poskytování a využívání veřejných služeb Využívání zdravotních služeb Cesty autem, vlakem, lodí, letadlem Veřejná zábava a odpočinkové činnosti Církevní obřady	Veřejná oznámení a vyhlášky Nálepky a obaly Letáky, grafiiti Listky, jízdní řády Oznámení, směrnice Programy Smlouvy Jidelničky Duchovní texty Kázání, církevní písně
Firemní zařízení Průmyslové zařízení Stroje a řemeslné nástroje	Schůze Rozhovory Recepce Konference (Vele)trhy Konzultace Sezónní výprodej Pracovní úrazy Pracovní spory	Obchodní administrativa Vedení průmyslu Výrobní operace Kancelářské úkony Nákladní doprava Prodejní operace Uvedení na trh Počítačové operace Údržba	Obchodní dopis Memorandum Bezpečnostní varování Návody Směrnice Reklamní materiály Nálepky a obaly Popis práce Orientační značení Navštívenky
Psačí potřeby Školní uniformy Vybavení a oblečení pro hry Strava Audiovizuální vybavení Křída a tabule Počítače Kutříky a brašny	Vstup /návrat do školy Rozchody na konci roku Návštěvy a výměny Dny otevřených dveří/ rodičovské schůzky Sportovní dny, zápasy Kázeňské problémy	Shromáždění Výuka Hry Přestávka Kluby a společnosti Přednášky, psaní esejů Práce v laboratoři Práce v knihovně Semináře a konzultace Domácí úkoly Debaty a diskuse	Původní texty (viz výše) Učebnice, čítanky Příručky Texty na tabuli Texty na zpětném projektoru Texty na obrazovce počítače Videotexty Cvičné materiály Novinové články Anotace, výtahy Slovníky

11: Vnější kontext užívání jazyka 2

Pro návrh vytvoření testu FF je důležité si obecně připomenout mnoho oblastí a proměnných situací, které sem mohou patřit. Proto zde uvádím i podrobnější tabulky (5, 6) a citaci uvedenou ve Společném evropském referenčním rámci pro jazyky (2001, str. 47-51). Tyto kontexty užívání jazyka jsou totiž v evropském prostředí díky tomuto dokumentu oficiální. *„Už dlouho je známo, že jazyk se v průběhu užívání mění podle nároků kontextu, ve kterém se užívá. V tomto ohledu není jazyk neutrálním nástrojem myšlení jako třeba matematika. Potřeba a touha komunikovat pramení z konkrétní situace. Jak forma, tak i obsah komunikace jsou reakcí na tuto situaci.“*

5.3 Obsah a podoba a metodologie testu FF

Stanovila jsem výzkumný záměr, cíl, problém. Vybrala jsem techniku, jak budu zkoumat. Zadala jsem si očekávané výsledky a hypoteticky stanovila přínos tohoto výzkumu. Společně s tím jsem rozdělila samotný výzkum na předvýzkum a pilotní šetření se skupinou pacientů na základě kvalitativního popisu jejich případů.

Snažila jsem se využít co nejvíce dostupných poznatků ze zahraničních zdrojů a literatury a pro teoretickou a metodologickou základnu testu FF. Procházela jsem samotné testy a profily, a přitom jsem pročetla jejich kritiku. Pro tvorbu samotného diagnostického materiálu jsem využila poznatky nejen o závažných získaných neurogeně podmíněných poruchách řečové komunikace, ale i poznatky z konceptu humanistické psychologie (např. Maslowovu pyramidu lidských potřeb a kritiky této koncepce). Výchozí kategorie jsem vytvářela na základě informací Společného evropského referenčního rámce pro jazyky (2001), National Committee on vital and health statistic (2001), ICF (1999). Pro vytvoření Fotografického testu funkcionální komunikace bylo zásadní prostudovat koncepce všech autorů, které uvádím v celé práci.

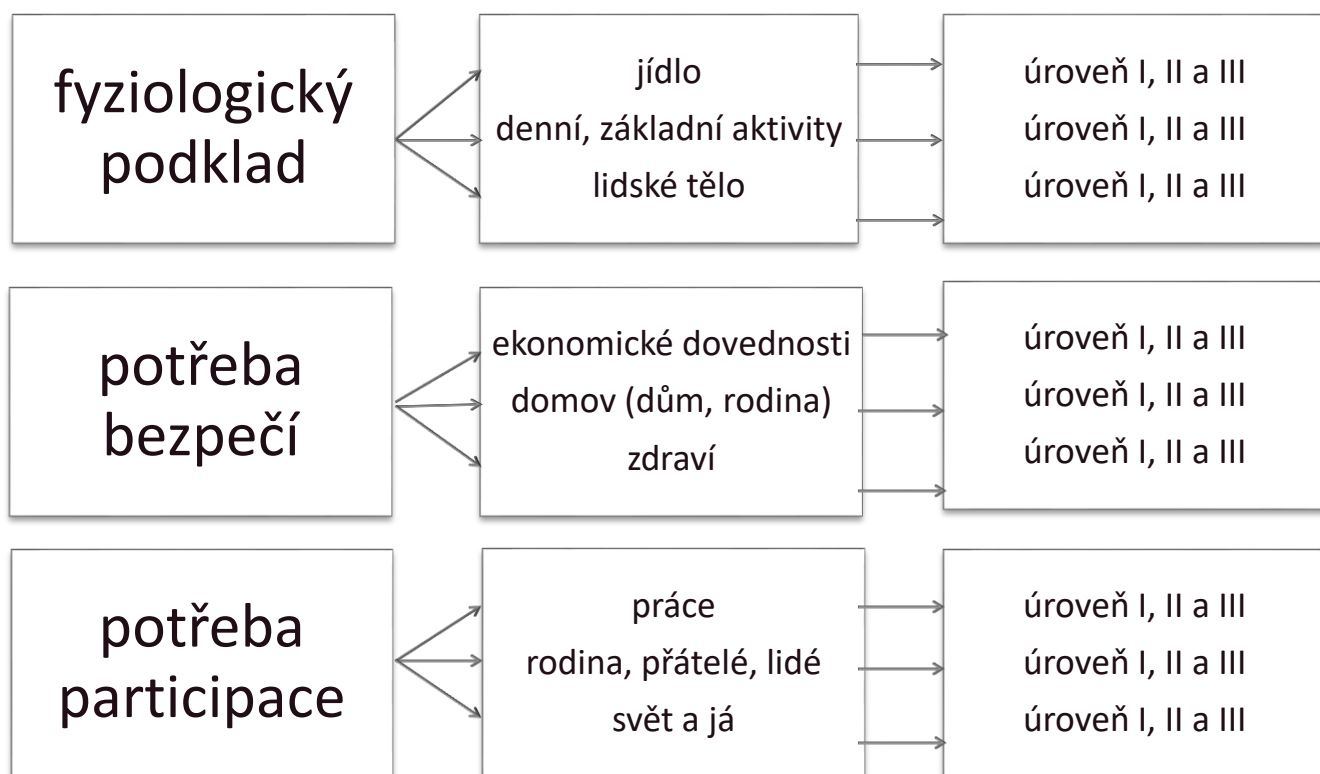
Definovala jsem tři nejdůležitější tematické kategorie:

- Fyziologický podklad (physiological base);
- potřeba bezpečí (safety);
- potřeba participace (participation).

Dále jsem body rozdělila na tematické okruhy, které spadají do nadřazených kategorií:

- Fyziologický podklad (jídlo, denní/základní aktivity, lidské tělo);
- potřeba bezpečí (ekonomické dovednosti, dům/domov/rodina, zdraví);
- potřeba participace (práce, lidé/rodina/přátelé, svět a já).

Domnívám se, že je vhodné koncipovat test tak, aby každá dílčí podkategorie obsahovala tři úrovně. Úrovně se reprezentují od nejjednodušších fotografií (jednotlivý předmět na bílém pozadí), přes středně složité fotografie situací (nehody, krizové situace) až po činnosti ve složitějším dějovém obraze. Klíčová je stoupající náročnost úrovní týkající se přirozenosti situací⁴⁸.



12: Kategorie Fotografického testu funkcionální komunikace

⁴⁸ V příkladu, paprika se v naší realitě nevyskytuje pouze na bílém pozadí. Můžeme ji vidět v obchodě, na kuchyňské lince při vaření, na zahradě apod. Klient po rozklíčování dějového obrazu „vaření v kuchyni“ by měl na výběr tři možnosti přidružených fotografií. Je na nich chléb, zelenina a parfém. Měl by zvolit fotografii parfému, jako nepatřící.

Dělení úrovní je následující:

1. Úroveň I: výběr jedné nepatřící fotografie do souboru (soubor 4x9 fotografií pojmů);
2. úroveň II: výběr jedné fotografie řešení na fotografie krizových situací (soubor 9 fotografií krizové situace x 3 fotografie na výběr pro pouze jednu správnou);
3. úroveň III: výběr jedné nepatřící fotografie netýkající se dějového obrazu (9 fotografií dějových obrazů x 3 fotografie na výběr pro jednu správnou).

Kategorie I. fyziologický podklad

1. Jídlo

pomeranč	džus	pomeranč	hřeben
rozsypané koření	hadr	nůž	rajče
vaření v kuchyni	chléb	zelenina	parfém

2. Denní/základní aktivity

kartáček	hřeben	mýdlo	pomeranč
prázdná lednice	koš	sirky	potraviny v tašce
vstávání z postele	polštář	provaz	budík

3. Lidské tělo

ústa	brýle	oko	ruka
noha v obvazu	berle	jídlo	činky
oblékání se	svetr	ponožky	plastový pytel

Kategorie II. potřeba bezpečí

1. Ekonomické dovednosti

peníze	peněženka	účtenka	kámen
chybí peníze	peníze	židle	zapalovač
placení	peněženka	nákupní taška	kočka

2. Dům/domov

klíče	zámek	oheň	klika
rozbité sklo	lopatka, smetáček	alkohol	ruka
u domu	lampa	tráva	šaty

3. Zdraví

ovoce	zelenina	voda	cigarety
krvavé zranění	náplast	nůž	rajče
cvičení	činky	míček	šroubovák

Kategorie III. potřeba participace

1. Práce

notebook	mobil	pero	hračka
vybitý telefon	nabíječka	kleště	vidlička
v kanceláři	židle	počítač	alkohol

2. Lidé/rodina/přátelé

snubní prstýnky	kytice	dort	činky
hádka	objetí	sluneční brýle	polštář
posezení s přáteli	dort	sklenice vína	notebook

3. Já a svět

květina	listy	kámen	sklo
plastové lahve	koš	sirky	tráva
člověk v přírodě	tráva	léky	květ

5.3.1 Realizace předvýzkumu

Mezi uniformní požadavky testů patří standardizace, objektivita, reliabilita a validita. Fotografický test funkcionální komunikace je zatím pouze návrhem, jak by oficiální test mohl v budoucnu vypadat. Test FF by měl posuzovat míru schopnosti komunikace v běžném životě, v každodenních situacích. Protože se zaměřuji na schopnost komunikace, hypotetická testová metodika by byla velmi blízká obecné metodice využívané v psychologii. Samotná schopnost komunikace má samozřejmý přesah do oblastí jako pedagogika, antropologie, sociologie, informační technologie, nebo lingvistika, neurologie a další. „*V psychologii to často znamená, že chceme porovnávat nějaké výkony, schopnosti, předpoklady dvou či více lidí navzájem, nebo porovnávat výsledky téhož jedince v různých časových úsecích. Pokud chceme, aby tyto výkony byly opravdu porovnatelné, musíme dbát na to, aby podmínky, za kterých byly výkony realizovány, jakož i procedury použité pro jejich měření a vyhodnocování, se neměnily. To je základní podmínka každého induktivního vyvozování.*“ (FÉRJENČÍK, 2000, s.196)

Uvažuji tyto zásady metodologie pro oficiální verzi testu, avšak do budoucna. Nejprve bylo potřebné vytvořit orientační návrh testu, diagnostického materiálu, který ověřím pilotním šetřením u skupiny osob se získanou neurogení poruchou komunikace (viz kapitola 6). Kritéria validity a reliability testu FF by byly předmětem realizovaného výzkumu, který by následoval až po pilotním šetření. Předmětem mého výzkumu je prozatím pilotní šetření. Před pilotním šetřením jsem realizovala předvýzkum.

V období předvýzkumu jsem v Krajské nemocnici Liberec testovala funkce formy a metodologie Fotografického testu funkcionální komunikace. Posuzovala jsem, jestli je vybraná forma testu (velikost a zpracování fotografií) vhodná a zjišťovala jsem reakce pacientů na test FF. Posuzovala jsem, zda v testu nejsou metodologické a jiné chyby. Zjistila jsem, že by bylo vhodné konzultovat jednotlivé případy pacientů s týmem nemocnice (lékaři a sestrami), kteří by mohli podat užitečné informace o stavu soběstačnosti pacienta.

Pro posouzení existuje několik testů (např. Barthel index⁴⁹) V případě mého předvýzkumu jsem konzultovala stav klienta s pracovníky oddělení. Na základě stavu pacienta a studie jeho případové dokumentace jsme společně vyloučili z diagnostického procesu pacienty, kteří by nedokázali reagovat. Byly to zejména případy osob na JiP. Během studia všech dostupných materiálů a praktické zkušenosti na oddělení nemocnice jsem došla k závěrům, že u funkcionální komunikace je samozřejmostí úzká spjatost komunikace s každodenními činnostmi, ty jsou prokazatelně provázané s mírou postižení. Tato návaznost je zřejmá, avšak popsána ve zdrojích již méně. Návaznost je tak úzká, že je možné vycházet ze základu, kdy se test nebude provádět se skupinu pacientů s vysokou mírou postižení. U této skupiny by byl test FF nejen zbytečný, ale i demotivující až nepříjemný. Chtěla bych znovu zdůraznit a upozornit, že diagnostický proces vyžaduje velkou míru empatie a šetrného přístupu k pacientům a klientům.

V průběhu předvýzkumu jsem test neměla ve své finální podobě, protože jsem zkoumala profil mnou stanovených požadavků a požadavků, které jsou z hlediska testových metod všeobecně univerzální. Test jsem opravovala a přizpůsobovala jsem ho k finální podobě návrhu. Ráda bych zde nastínila vývoj podoby testu.

⁴⁹ Barthel index a jiné podobné testy zhodnotí stav soběstačnosti. Je důležité, co pacient reálně dokáže, ne to, co by chtěl, nebo by dle předpokladů měl dokázat. Při konverzaci s pacienty, jsem se setkala s reakcemi, které vypadaly velmi kladně. „Ano, umím.“ „Ano, ano, to dokážu.“ „Rozumím.“, nebo neverbální kývnutí apod. Ve výsledku pro některé jednotlivce byl obtížný i úkol rozpoznání fotografie jablka na bílém pozadí. To je samozřejmě možné v případě těžších neurologických změn apod. Komunikaci jsem pak odvedla jiným směrem a postupně jsem od testu v těchto případech upustila, abych pacienty zbytečně nedemotivovala. Bylo by vhodné těmto situacím předcházet. V případě, kdy by index zhodnotil vysokou závislost, není možné test FF u dotyčného pacienta provádět.

První ilustrační návrh testu:

1. Vyberte 1 fotografii, která nepatří do souboru.



13: První návrh testu: kategorie 1

2. Vyberte 1 fotografii z nabídky (dole) pro řešení následující situace zobrazené na fotografii (nahore)



14: První návrh testu: kategorie 2

3. Vyberte 1 fotografii z nabídky (dole), která vůbec nesouvisí s dějem, prostředím a činnostmi na fotografii (nahore).



5.4 Fotografický test funkcionální komunikace – finální podoba návrhu

Následující podoba Fotografického testu funkcionální komunikace není verzí výslednou, standardizovanou. Jedná se o prozatímní a první návrh, který by byl do budoucna základem pro oficiální verzi testu. Test FF se skládá z následujících částí:

1. Záznamového listu;
2. listu hodnocení;
3. listu s výčtem obsahu testu;
4. samotného testu s obrazovým (fotografickým) materiálem.

Metodologie práce s Fotografickým testem funkcionální komunikace vychází ze studia výše uvedené problematiky zhodnocení funkcionální komunikace i z poznatků, jak vést úspěšnou diagnostickou intervenci.

1. Klienta pozdravíme, představíme se a navážeme s ním první kontakt;
2. Klientovi vysvětlíme, co bude předmětem následující činnosti, co test znamená, co obsahuje a ukážeme mu, jak test vypadá. Zeptáme se klienta, jestli se mu fotografie líbí, pokračujeme v navazování kontaktu, klienta motivujeme a snažíme se, aby se necítil jako „předmět pokusu“. Při neschopnosti vést komunikaci řečově, vedeme klienta ve formě jemu příjemné komunikace (neverbální – ukazování, kreslení apod.)
3. Máme připraveny všechny části testu (záznamový list, list hodnocení, list s výčtem obsahu testu a samotného testu FF s obrazovým materiálem);
4. Přejdeme k samotnému vyšetření funkcionální komunikace obrazovým materiálem. Připravený test máme seřazený podle návodu (viz list s obsahem testu)
 - a. V úkolech 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25 máme fotografie na jedné stránce pohromadě. Předkládáme tedy jednu stranu.
 - b. V úkolech 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 26, 27 předkládáme klientovi strany dvě. První fotografie „řešení situace“ a „dějového obrazu“ máme vytištěné ve velkém rozlišení na jednotlivé straně. Zbývající fotografie k těmto úkolům – vždy tři – jsou pohromadě na jedné straně papíru.

5. Klientovi v úvodu popíšeme, co od něj budeme potřebovat. Vysvětlíme mu, že může reagovat jakýmkoliv způsobem. Zdůrazníme, že test zkoumá každodenní situace. Klienta se zeptáme, zda vše chápe. Případně dovysvětlíme nejasnosti.
6. Zahájíme test. Zapneme si časovač. Klientovi předkládáme vždy jednotlivé strany s jedním úkolem. Klient může tedy reagovat „odpovídat“ jakýmkoliv způsobem. Může ukazovat, pojmenovat, kreslit apod. V průběhu testu hodnotíme výsledky a zaznamenáváme je do formuláře „hodnocení“. V průběhu si zapisujeme poznámky, doplňkové informace:
 - a. Zvládá samostatně a rychle (předpokládaná doba = 0,5-1 min./1 úkol);
 - b. zvládá samostatně (s časovou prodlevou >1 min./1 úkol, s možností vlastní opravy);
 - c. zvládá s instrukcí a pomocí (povolené jsou nejvíce 3 pomocné instrukce, s časovou prodlevou <2 min./1 úkol);
 - d. závažné nedostatky s pomocí (a delší časovou prodlevou >2 min./1 úkol
 - e. nezvládá s pomocí v delší prodlevě >3 min./1 úkol
7. Zásadně nepokračujeme v diagnostickém procesu, je-li klient unavený, nebo při náhlém zhoršení psychického, fyzického stavu. Diagnostika je vedená citlivě, empaticky s ohledem na klientův stav. V tomto případě je důležité proces ihned zastavit, příp. přivolat odbornou pomoc. Je vhodné si uvědomit, že jako terapeuti, logopedičtí kliničtí pracovníci, nejsme lékaři, psychologové nebo další odborníci. V situaci intervence je nám dána důvěra z několika stran, v tuto chvíli můžeme mít zodpovědnost za následky nevhodně vedeného vyšetření. Před, během i po vyšetření můžeme mít přístup k osobním, citlivým údajům klienta. **Tyto údaje nikdy nesmíme zprostředkovat další straně, sdělit je, nebo dokonce zveřejnit!**
8. Po provedení testu a zaznamenání odpovědí klientovi poděkujeme, zeptáme se ho, jak se mu test líbil a rozloučíme se s ním.
9. Výsledky detailně analyzujeme, spolu s informacemi, které v průběhu testu zaznamenáváme. Navrhujeme terapeutickou intervenci, prognózu.

5.4.1 Formuláře testu FF

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE		Záznamový list	
Jméno a příjmení:	<input type="text"/>	Hodnotil:	<input type="text"/>
Věk:	<input type="text"/>	Pracoviště:	<input type="text"/>
Diagnóza:	<input type="text"/>	Celkem bodů:	<input type="text"/>
Poznámky:	<input type="text"/>	Index FK:	<input type="text"/>
Funkcionální komunikace: <input type="text"/>			
	Správně	Poznámky	Body
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

16: Fotografický test funkcionální komunikace: 1. list, záznamový list

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Hodnocení

Jméno a příjmení: _____

Věk: _____

Diagnóza: _____

Poznámky: _____

Hodnotil: _____

Pracoviště: _____

Celkem bodů: _____

Index FK: _____

Funkcionální komunikace: _____

Bodové hodnocení na základě zvládnutí úloh:

Zadávejte body dle míry komplikací při diagnostice.

4 body	zvládá samostatně
3 body	samostatně zvládá (s časovou prodlevou, opravuje se)
2 body	zvládá s instrukcí, pomocí
1 bod	závažné nedostatky i s pomocí
0 bodů	nezvládá v delší prodlevě ani s pomocí

Věkové hranice a index, norma FF testu (intaktní vzorek populace):

Zaškněte věkovou kategorii klienta pro porovnání.

23 – 45	průměr 106 b
46 – 65	průměr 103 b
66 – 79	průměr 95 b
80 a více	průměr 84 b

Míra postižení v oblasti funkcionální komunikace:

0 – 21	velmi závažná porucha funkcionální komunikace
22 – 42	závažná porucha funkcionální komunikace
43 – 64	středně těžká porucha funkcionální komunikace
65 – 86	lehká porucha funkcionální komunikace
87 – 108	intaktní funkcionální komunikace

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Obsah testu

Fyziologický podklad (denní/základní aktivity, jídlo, lidské tělo): 1 - 9

Potřeba bezpečí (ekonomické dovednosti, dům/domov/rodina, zdraví): 10 - 18

Potřeba participace (práce, lidé/rodina/přátelé, svět a já): 19 -27

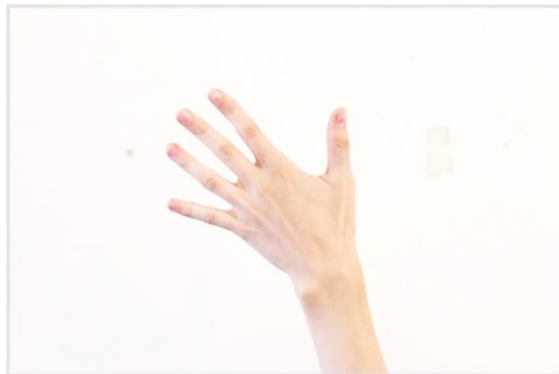
1	pomeranč	džus *	banán	jablko
2	rozsypané koření	hadr *	nůž	paprika
3	vaření v kuchyni	chléb	zelenina	parfém *
4	kartáček	mýdlo	pomeranč *	hřeben
5	prázdná lednice	potraviny v tašce *	koš	sirky
6	vstávání z postele	polštář	provaz *	budík
7	ústa	brýle *	ruka	oko
8	noha v obvazu	berle *	jídlo	činky
9	oblékání se	svetr	ponožky	plastový pytel *
10	peníze	peněženka	účetka	kámen *
11	chybí peníze	peníze *	židle	zapalovač
12	platba v obchodě	peněženka	nákupní taška	kočka *
13	klíče	zámek	oheň *	klika
14	rozbité sklo	lopatka, smetáček	alkohol	ruka
15	u domu	lampa *	tráva	šaty
16	ovoce	zelenina	voda	cigarety *
17	krvavé zranění	náplast *	nůž	rajče
18	cvičení	činky	míček	šroubovák *
19	počítač	mobil	sešit	hračka *
20	vybitý telefon	nabíječka *	kleště	vidlička
21	v kanceláři	židle	počítač	alkohol *
22	snubní prsteny	kytice	dort	činky *
23	hádky	objetí *	sluneční brýle	polštář
24	přátelské posezení	dort	víno	notebook *
25	květina	listy	kámen	sklo *
26	plastové lahve	koš *	sirky	tráva
27	člověk v přírodě	tráva	léky *	květ

18: Fotografický test funkcionální komunikace: 3. list, obsah testu

5.4.2 Ukázky obrazového – fotografického materiálu testu FF



20: Vaření v kuchyni (dějový obraz – úkol č. 3)



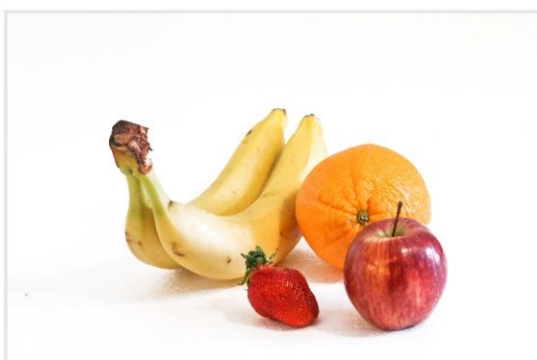
19: Lidské tělo (kategorie s nepatřící fotografií – úkol č. 7)



21: Krizová situace "rozbité sklo" a možné řešení (úkol č. 1Ě)



22: Dějový obraz "posezení s přáteli" (úkol č. 24)



23: Z kategorie "zdraví", výběr nepatřící fotografie (úkol č. 16)

6 Pilotní šetření

Návrh Fotografického testu funkcionální komunikace byl nástrojem pilotního šetření pro posouzení diagnostiky funkcionální komunikace u šesti osob přítomných na oddělení neurologie a neurochirurgie v Krajské nemocnici Liberec s cílem zhotovit případové studie zaměřující se na oblast funkcionální komunikace. V případových studiích je obsažena metodologie práce s testem a je podložena komplexní analýzou případů. V kazuistikách je následně přítomen i návrh možné terapie v oblasti funkcionální komunikace a prognózy do budoucna. Následující kazuistiky jsou zaměřené na skupinu osob se získanými závažnými neurogenními poruchami řečové komunikace.

6.1 Kazuistika 1

Abstrakt

Kazuistika je zaměřena na problematiku epilepsie a jí přidružených poruch řečové komunikace. Epilepsie⁵⁰ úzce souvisí s kognitivními a behaviorálními procesy. Při neuropsychologickém vyšetření se u syndromu epilepsie hodnotí nejen tyto kognitivní oblasti, ale i subjektivní kvalita života⁵¹. Zhodnocení funkcionální komunikace by v této případové studii mohlo být přínosné nejen z hlediska další psychosociální rehabilitace a deskripce dalších oblastí souvisejících s psychosociální adaptací a každodenními situacemi. Konkrétně se jedná o případovou studii ženy ve věku 71 let, paní H. Etiologicky jsou problémy datované k přítomnému epileptickému záchvatu (SE) s typickými přechodnými motorickými, senzorickými příznaky, levostrannou hemiparézou a kvalitativní poruchou vědomí ke dni 22. 5. 2018. Při záchvatu (SE) mohlo dojít k dalšímu ovlivnění kognitivních funkcí.

⁵⁰ Epilepsie je definována jako „chronické neurologické onemocnění mozku charakterizované opakovanými záchvaty a abnormálními výboji mozkových neuronů“ (HUMMELOVÁ in KULIŠŤÁK, 2017) a zahrnuje širokou problematiku odlišných syndromů, při kterých se nejčastěji vyskytují kognitivní deficity, přidružené mohou být i depresivní stavy. Podle WHO (2013) existuje na světě cca 50 milionů lidí s touto diagnosou.

⁵¹ PREISS, KUČEROVÁ, a kol. 2006

Úvod

Paní H. byla přijata k hospitalizaci na neurologické ambulanci se sekundární epilepsií na terapii levetiracetamem a lacosamidem pro parciální status epilepticus⁵² s levostrannými klonickými křečemi končetin, který trval 45 minut. Následně byla přítomná porucha vědomí a postparoxysmálně těžká levostranná hemipareza postupně regredující do lehké. Dle lékařů byla přítomna i fatická porucha. Na CT mozku byl lokalizován stacionární nález po kraniotomii vpravo s menším pooperačním hypodensním defektem. Za hospitalizace byla pacientka již bez křečí. Byla jí navýšena dávka lacosamidu⁵³. V průběhu hospitalizace paní H. rehabilitovala chůzi ve vysokém chodítku, které je momentálně schopna pouze s dopomocí druhé osoby. Hospitalizace proběhla bez komplikací. Paní H. byla propuštěna po domluvě s rodinou do domácí péče. Při propuštění trvala lehká levostranná hemiparesa. Celkově stav paní H. provází pomalé psychomotorické tempo a „oploštěná“ řeč. Diagnostika lékařů se týkala možných prvních projevů syndromu demence, a to jak na základě existence epileptických stavů, přítomnosti bezvědomí, tak na základě genetické predispozice z hlediska rodinné anamnézy (dále viz RA).

Základní informace

Pohlaví: žena

Věk: 71 let

Diagnóza: parciální status epilepticus, postparoxysmálně těžká levostranná hemipareza, stacionární nález po kraniotomii vpravo s menším pooperačním hypodensním defektem, R 47.0 dysfázie a afázie

Anamnéza (rodinná, osobní, sociální a pracovní)

Z hlediska rodinné anamnézy matka paní H. zemřela v 84 letech na CMP a léčila se s hypertenzí, otec zemřel v 83 letech též na CMP. Paní H. měla čtyři sourozence. První sestra zemřela v 64 letech, další sestra se léčí s nádorem prsu a tlustého střeva. Bratr je léčený pro přítomnost Alzheimerovy nemoci. Třetí sestra je dle výpovědi pacientky zdravá. Paní H. má jednoho syna, který se s ničím neléčí. Paní H. se léčí s epilepsií sekundárního typu. Dále je stále přítomna léčená minerálová dysbalance. Paní H.

⁵² Parciální status epilepticus je označení pro počáteční klinické projevy záchvatu v jedné mozkové hemisféře. V této případové studii se jedná o komplexní parciální záchvat s narušením vědomí.

⁵³ Lacosamid je antiepileptikum.

intervenovali na onkologii v období 05/2017. Je přítomné nechutenství a nevolnosti vstupně od 05/2017. Aktuálně se léčí s arteriální hypertenzí a hypothyreosis⁵⁴. Dále progreduje vředová choroba. V minulosti (1/2017) paní H. prodělala operaci tumoru. Díky informacím dostupných v sociální a pracovní anamnéze se dozvídáme, že paní H. byla dříve pradelna, nekouří a je abstinent alkoholu. V současné době žije s přítelem a synem v rodinném domě. Alergie neguje.

Diagnostika funkcionální komunikace

Po konzultaci s lékařkou Z. Marečkovou jsem se dostavila na oddělení neurologie, kde mi byly sděleny potřebné informace. Paní H. již byla informovaná, že přijdu. Zaklepala jsem, otevřela dveře a nahlas pozdravila. Došla jsem k lůžku a představila jsem se. Navázala jsem první, důležitý kontakt. Zeptala jsem se jí, jak se má, jak se dnes cítí. Vysvětlila jsem jí, proč jsem přišla, kde žiji a co studuji. Dotázala jsem se, zda jí nevadí, že spolu provedeme test, který by trval zhruba 30 minut. Přitom jsem již paní H. ukazovala dílčí fotografie testu a ptala se jí, jestli se jí líbí. Odpověděla, že ano. Sdělila jsem jí, že na fotografie a jednotlivé úkoly, může jakkoliv reagovat (ukazování, verbálně aj.) Přesvědčila jsem se, že mám test připravený pro užití (záznamový list, list hodnocení, list s výčtem obsahu testu a samotného testu FF s obrazovým materiálem, časovač) a začaly jsme. V průběhu testu jsem hodnotila výsledky a zaznamenávala je do formuláře, zapisovala jsem si poznámky a další informace v průběhu celého diagnostického procesu. Když se paní H. přestalo dařit odpovídat rychle a samostatně, začala užívat spojení typu „to já vím“, „tenkrát“, „tamhle je“, „todleto“. Test chápala a rozuměla jednotlivým úkolům, sama reagovala.: „já tohle chápu, moment“, „už to vím“, „to jo“ „to je pes v lese“ „nejde to“, já nevím, co z toho“. Paní H. jsem pomáhala instrukcemi 5x a 11x jí trvala odpověď déle, než by měla. Test trval 31 minut. Po provedení testu jsem paní H. poděkovala a zeptala jsem jí, jak se jí proces líbil. Měla velmi kladné reakce a děkovala mi, že jsem měla čas se jí věnovat. Z hlediska úspěšnosti testu, je výsledek s 88 body téměř na hraně (hranice pro intaktní funkcionální komunikaci tvoří 87 bodů a více). V následující části kazuistiky přejdu k další analýze.

⁵⁴ Hypothyreosis je onemocnění charakterizované sníženou funkcí štítné žlázy.

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Záznamový list

Jméno a příjmení: *P. #*

Věk: *71*

Diagnóza: *Statu epilepticus, závažná levostranná hemip. R47.0-af.*

Poznámky:

Hodnotil: *ZP*

Pracoviště: *neurologie*

Celkem bodů:

Index FK:

Funkcionální komunikace:

silně funkcionální komunikace 88

	Správně	Poznámky	Body
1	-	<i>"to je vím", "tenkrát" nevládla s pomocí</i>	0
2	✓		4
3	-	<i>"tamhle je", "tadleto" nevládla s pomocí</i>	0
4	✓		4
5	✓		4
6	✓	<i>nakonec samostatně</i>	3
7	✓		4
8	✓		4
9	✓		4
10	✓		4
11	✓	<i>delší procedura, ale samostatně</i>	3
12	✓		4
13	✓		4
14	✓		4
15	✓		3
16	✓		3
17	✓		4
18	✓	<i>"to, to, tamto" - dlouhá odpověď, instrukce</i>	2
19	✓		4
20	✓		4
21	✓	<i>delší, zvládla sama</i>	3
22	✓		4
23	✓		4
24	✓		4
25	-	<i>nevládla ani s pomocí</i>	0
26	✓		3
27	-	<i>nevládla s pomocí</i>	0

24: Záznamový list: Případová studie I

Návrh terapie, prognóza, zhodnocení

Z celkové analýzy diagnostického procesu vyplývá hypotéza, která by do budoucna mohla předpokládat reálné problémy paní H. s každodenními situacemi. Toto tvrzení může vyplývat z lékařské diagnostiky i z výsledků testu. Zdůrazňuji existenci epileptických stavů, přítomnosti bezvědomí a základ genetické predispozice z hlediska rodinné anamnézy. Logopedická terapie u paní H. probíhala od prvních dnů po incidentu. Po celkovém stanovení diagnóz, obrazu smíšené afázie s převahou expresivní složky, kognitivně-komunikační poruchy u syndromu demence a u epilepsie⁵⁵, by komplexní terapie měla vycházet z obnovy jazykového systému a kognitivního tréninku. Vhodnou metodou pro terapeutický plán, nácvik pojmů a práci s obrazovým materiálem dostupným na www.fotografickyslovník.cz, je postup, který ve své práci popsali CSÉFALVAY (2007); HOWARD a HARDING (1998). Tento přístup lze modifikovat dle individuálních potřeb klienta a podle nedostatků v testu FF a využít tak fotografie, které se týkají problematických oblastí. Postup se skládá z pojmenování obrázku (orálně nebo písemně, v čase 30 s. – 1 min.), užívání tabulky s abecedou (pro vyhledání počátečního písmena) a v případě selhání klienta s užitím dalších instrukcí a rad terapeuta (první písmeno, foném slova, vyslovení slova nahlas, nebo výzvy k opakování slova). U paní H. bylo dominantní selhávání v oblasti vaření, jídla a prostředí okolo nás (přírody vs. léky). Proto bychom pro nácvik pojmenování mohli využívat ve výše uvedeném postupu fotografie týkající se vaření a přírody. Hraniční výsledek 88 bodů u testu FF by mohl poukazovat na přítomné obtíže funkcionální komunikace. Chápání významu léků a jídla je pro oblast soběstačnosti zásadní. Paní H. nechápala rozdíl mezi džusem a ovocem, i když jsem jí rozdíl pojmenovala. V tomto případě jde o rutinní každodenní činnost – rozeznávání tekutin a tuhé stravy, chápání jejich významu. Je možné, aby paní H. při progresi onemocnění za pár let měla problémy v oblasti správné výživy? Proč nedokázala rozlišit, že parfém k vaření nepatří a chtěla na místo toho uvést chléb? Je možné, aby měla paní H. někdy v budoucnu problém rozeznat, že růžový prášek je na bolest hlavy a není to bonbón? Jsou tyto situace, které test zhodnotil, upozorněním, že něco není v pořádku? Terapeutická intervence na základě funkcionální komunikace by mohla vycházet z konverzačního tréninku (Koncept CC), metody PACE, ale i terapeutického materiálu k Dotazníku funkcionální komunikace. Pro plynulou návaznost diagnostického materiálu

⁵⁵ U epileptických stavů se může vyskytovat porucha expresivní funkce řečové komunikace (častěji u záchvatů v oblasti frontotemporální).

k terapeutické intervenci by bylo možné navrhnout terapii funkcionální komunikace, která by vycházela z testu FF a čerpala by z fotografického materiálu na www.fotografickyslovník.cz.

6.2 Kazuistika 2

Abstrakt

Následující kazuistika popisuje případ pana P. ve věku 82 let, který byl akutně přijat na oddělení neurologie. Krajské nemocnice Liberec pro ischemickou cévní mozkovou příhodu v povodí ACI 1. sin. a pro její následky. Ihned při přijetí měl pan P. těžkou expresivní fatickou poruchu a centrální parézu. Následky centrální parézy (syndromu centrálního motoneuronu) mohou vést k celkovému zvýšení svalového tonu a přítomnost pyramidových, zánikových i iritačních jevů. CMP však může způsobit i poškození s následky kognitivního, jazykového rázu, které se mohou promítnout do stavu funkcionální komunikace. V odborných publikacích a studiích je častější zvýšení zájmu o kvalitu života (QOL) u lidí po CMP. Cílem této studie je posoudit funkcionální komunikaci ke vztahu k problematice cévní mozkové příhody. Pacient byl na tomto oddělení následně hospitalizován od 18. 5. 2018 do 25. 5. 2018. Případová studie se zaměřuje na zhodnocení funkcionální komunikace s důrazem na oblast následků po CMP.

Úvod

Pan P. byl v dopoledních hodinách 18. 5. 2018 přijat z hlediska parézy a neschopnosti řečové komunikace. Na oddělení neurologie se zjistila přítomnost ischemické cévní mozkové příhody při uzávěru periferní větve M3 ACM vlevo s dominující centrální parézou n. VII ldx bez lateralizace na končetinách. Při nativním CT mozku bylo zjištěna rozvíjející se ischemie F vlevo s chronickým uzávěrem arteria carotis interna bilaterálně. Z hlediska perzistentní fibrilace síní byl pacientovi podán Warfarin. Podle intervenčního radiologa nebyla jakákoliv indikace k endovaskulárnímu výkonu. V průběhu hospitalizace došlo k regresi neurologického nálezu a lehčí fatická porucha byla přítomna i nadále. Pan P. byl v den dimise schopen validních odpovědí na otázky, vázly však počty a slovní řady, věty. Chůzi zvládal bez opory. Po domluvě personálu nemocnice s rodinou pana P. propustili do domácí péče.

Základní informace

Pohlaví: muž

Věk: 82 let

Diagnóza: ischemická CMP při uzávěru M3 ACM ldx, chronický uzávěr ACI bilat. od odstupu, perzistující fibrilace síní, arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus 2. typu, hyperlipidémie, R 47.0 dysfázie a afázie

Anamnéza

Matka pana P. zemřela v 86 letech na cévní mozkovou příhodu. Pacient měl bratra a sestru, oba zemřeli na následky nádorového onemocnění. Pan P. je v současné době již v důchodu a žije s manželkou. Z hlediska osobní anamnézy je přítomné následující: perzistující fibrilace síní 9/2017, primoimplantace dvoudutinového kardiosimulátoru 05/2017, arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus 2. typu, hypertrofie prostaty, dnavá artritida.

Diagnostika funkcionální komunikace

Klinický logoped by měl ve spolupráci s dalšími odborníky posoudit stav řečové komunikace a etiologicky určit jejich příčiny. Z předcházející diagnostiky jsem věděla, že má pan P. těžké fatickou poruchu v oblasti exprese. Chtěla jsem zhodnotit stav funkcionální komunikace s návazností na přítomnost expresivní fatické poruchy a celkového stavu po cévní mozkové příhodě. Lékařka Z. Marečková mě dovedla na oddělení neurologie, přímo k panu P. Vysvětlila mu, proč jsem tady a odešla. Představila jsem se a řekla jsem mu o sobě základní informace. Dotázala jsem se, zda nevadí, že spolu provedeme třicetiminutový test. Panu P. jsem ukázala fotografie a podobu testu. Sdělila jsem mu, jak test funguje. Dále jsem ho informovala, že na fotografie a jednotlivé úkoly, může reagovat, jak bude potřebovat (ukazování, verbálně aj.) Test jsem ve své podobě měla připravený, obsahoval všechny části a byl seřazený. Spustila jsem stopky a mohli jsme začít. V průběhu testu jsem hodnotila výsledky a zaznamenávala je do formuláře. Při obtížích u jednotlivých úkolů jsem se snažila užívat stejnou metodologii instrukcí, abych byl diagnostický proces co nejvíce objektivní. Během diagnostického procesu se mi pan P. zdál mírně zmatený. Prvním úkolům nerozuměl. Instrukce chápal, měl obtíže v popsání pojmů, proto jsem ho naváděla, že může reagovat i jiným způsobem. U třetího úkolu zareagoval ihned a vyřadil

„parfém“ jakožto položku, ze které se nemůže připravovat jídlo. Zaskočila mě reakce u analýzy části těla. Pan P. měl vybrat, co nepatří do kategorie vnímání lidského těla. Ukázal na oko a použil tento výrok: „Zdá se mi... takový, nepatří.“ Kroutil u toho hlavou, když jsem se ho zeptala, jestli si je jist, kýval a říkal „ano, ano, ano“. Po tomto úkolu se chvíli díval na fotografii „noha v obvazu“. Popsali jsme si společně, co je na fotografii, řekl „ano, vím“. Nevěděl však ani s dalšími dvěma instrukcemi, co má vybrat. Stejně tak nevyřadil fotografii šroubováku z kategorie „cvičení“, nezvládl reagovat na krizovou situaci, kdy v peněžence nejsou peníze, chtěl vybírat zapalovač. Dále měl pan P. problém s úkoly 22, 23 (rodina) 26 a 27 (já a svět). U úkolů 12-17 měl nejlepší výsledky. Panu P. jsem celkem 16x pomohla instrukcemi, 9x neodpověděl ani s pomocí, 8x odpověděl sám s delším časovým horizontem, 3x sám intaktně odpověděl. Test trval 43 minut. Z hlediska úspěšnosti testu, je výsledek s 43 body opět téměř na hraně, avšak tentokrát spolu hraničí oblasti středně těžké poruchy funkcionální komunikace a závažné poruchy funkcionální komunikace. Po provedení testu jsem panu P. poděkovala a zeptala jsem ho, jestli byla během procesu vše v pořádku.

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Záznamový list

Jméno a příjmení: P. P.

Věk: 82 let

Diagnóza: iCMP, hypertenze, diab. melitus, R49.0 atalúic

Poznámky:

Hodnotil: ZP

Pracoviště: neurologie

Celkem bodů: 43

Index FK:

Funkcionální komunikace:

	Správně	Poznámky	Body
1	0	neustádlé	0
2	0	neustádlé	0
3	✓	rybourně → ukázal na pětém	4
4	✓	s prodeurou	3
5	✓	—	3
6	✓	—	3
7	0	! „oko“ zde se mi takový, nepětri“	0
8	0	neustádlé „to ráh taky nepovím“	2
9	✓	prodeura	3
10	✓	prodeura	3
11	0	—	0
12	✓	rybourně	4
13	✓	prodeura	3
14	✓	—	3
15	✓	rybourně	4
16	✓	s pomocí avtalúic	2
17	✓	—	2
18	0	—	0
19	✓	s pomocí	2
20	✓	s pomocí	2
21	✓	velmi dlouho s pomocí	1
22	—	—	0
23	—	—	0
24	✓	ano	3
25	✓	s pomocí	2
26	—	—	0
27	—	—	0

25: Záznamový list: Případová studie 2

Návrh terapie, prognóza, zhodnocení

Pro analýzu kazuistiky a návržení vhodné terapie je vhodné nastínit aspekty kvality života (QOL) u lidí po CMP. Cílem terapeutického působení je co nejdříve zlepšit u klienta funkční komunikaci (pro komunikaci s ostatními členy týmu aj.) Porucha řečové komunikace podle KALVACHA; a kol (r) stresuje člověka více než postižení motorické. Péče po cévní mozkové příhodě se samozřejmě odvíjí od stupně postižení. Jakékoliv následky však vždy žádají rehabilitaci pod odborným vedením. Terapeutická intervence, rehabilitace, reedukace by se v tomto případě měla zaměřit vždy na cíl maximalizace potenciálu (komunikačního, funkčního), potenciálu pro kvalitu života. Pan P. byl v den dimise schopen validních odpovědí na otázky (vázly však počty a slovní řady, věty). Chůzi zvládal bez opory. Po domluvě Pana P. propustili do domácí péče. Pokud následná péče probíhá v domácím prostředí, je vždy zásadní navázat kontakt personálu nemocnice s rodinou, okolí člověka. Rodinní příslušníci by tak na základě této konzultace měli být připraveni na přijetí pana P. do domácí péče. Z osobní a sociální anamnézy vyplývá, že pan P. žije s manželkou. Jeho žena byla informována o následcích CMP a způsobu péče, která z tohoto stavu vyplývá. Logopedická terapie byla zahájena ihned po příjmu klienta. Byla vedena zacílením na trénink spontánního řečového projevu, porozumění. Vázla časová orientace. Z hlediska nomie byly výsledky konfrontačního pojmenování 14/20 a byl zde četný výskyt neologismů a parafrází, proto se terapie zaměřovala na trénink pojmenování. Nejvíce se terapie zaměřovala na porozumění a pojmenování v oblasti orientace na těle, kde byly shledány nedostatky. Spontánně se dařilo vybavování slov pouze v zautomatizovaných formách. Při kategorizaci obrázků a slov se jevily nedostatky v oblasti sémantického systému, proto se terapie zaměřovala i tímto směrem. V průběhu hospitalizace došlo k regresi neurologického nálezu, fatická porucha byla však přítomna i nadále. Z hlediska funkční komunikace a výsledků testu FF by bylo třeba vést terapii i tímto zaměřením. Terapeutická intervence na základě funkční komunikace by mohla opět vycházet z konverzačního tréninku (Koncept CC), metody PACE a možné terapeutické intervence navržené pro test FF. Tato terapie by mohla využívat konverzací, nácviků situací z oblastí orientace na těle, rodina, já a svět, bezpečí, zdraví. Vhodný by byl i trénink komunikace v sociálním prostředí.

6.3 Kazuistika 3

Abstrakt

Tato kazuistika se zaměřuje na pilotní zhodnocení funkcionální komunikace u paní K. ve věku 69 let. Paní K. byla hospitalizovaná dne 16. 5. 2018 pro ischemickou CMP v povodí ACI 1. dx. V této studii je přítomná problematika CMP, následků a poruch v oblasti exprese řečové komunikace. CMP může způsobit poškození s následky kognitivního, jazykového rázu, které se mohou promítnout do stavu funkcionální komunikace. Cílem komplexní intervence by byla snaha o maximální kvalitu života paní K. Již čtvrtým dnem měla silné potíže v oblasti řečové komunikace, nebyla schopna se vyjádřit, nevěděla však, že se může jednat o něco závažného. Byla tedy přítomná objektivně expresivní fatická porucha až středně těžkého charakteru. Hospitalizace probíhala do 25. 5. 2018.

Úvod

Paní K. se probudila v neděli ráno 13. 5. 2018 a cítila, že není v pořádku její schopnost se vyjádřit. Přesto čekala 4 dny, než si uvědomila, že by se mohlo jednat o něco závažnějšího než jen mírnou zmatenost. Po přijetí do Krajské nemocnice Liberec na oddělení neurologie se ihned zjistilo, že se jedná o cévní mozkovou příhodu ischemickou s uzávěrem M2 vpravo temporálně (vyplývalo ze zobrazení CT). Na EKG se potom rozpoznala přítomná fibrilace síní. Paní K. byl podán Warfarin a byla jí indikována dieta. Následně začala probíhat logopedická terapie. V oblasti poruchy řečové komunikace docházelo k postupné regresi. Paní K. byla po dimisi transferována do péče ambulantního kardiologa.

Základní informace

Pohlaví: žena

Věk: 69 let

Diagnóza: ischemická CMP při uzávěru M2 ACI ldx, primozáchyt fibrilace síní, hypertenze, hypercholesterolemie, hypothyreosa, obezita, R 47.0 dysfázie a afázie

Anamnéza

Rodinnou anamnézu nelze dohledat, pro vyšetřujícího lékaře byla „nevýznamná“. Z hlediska osobní anamnézy má paní K. od roku 2004 trvající hypertenze, od roku 2009 pak hypothyreosu, která je substituována Euthyroxem. V současnosti je přítomná diagnosa hypercholesterolemie. Paní K. je nyní v důchodu, dříve byla úřednicí na finančním úřadu. Žije s manželem. Alergie neguje.

Diagnostika funkcionální komunikace

Stav funkcionální komunikace je nutné posoudit s návazností na přítomnost anomické afázie lehkého charakteru a celkového stavu po cévní mozkové příhodě. Z hlediska logopedické diagnostiky se zjistily přítomné nedostatky z hlediska oslabení akusticko-verbální paměti. Paní K. již byla o mém příchodu informována. Po úvodním představení se a navázání prvního kontaktu jsem přešla k prezentaci testu FF. Sdělila jsem paní K. základní informace o testu a ptala se jí, jestli principu testu rozumí, následovala klasická otázka „Co říkáte na fotografie? Líbí se Vám?“ Paní K. odpověděla, že se na test těší. Sama má dost kritické sebehodnocení a cítí, že ji každá práce navíc pomůže překonávat komunikační bariéry. Po celé hodnocení paní K. odpovídala verbálně. V průběhu testu jsem hodnotila výsledky a zaznamenávala je do formuláře, moc jich však nebylo třeba. Paní K. měla zatím nejlepší výsledek z testu. Postupovaly jsme rychle a bylo vidět, že má ze svého úspěchu obrovskou radost. Průběh testu jsem vnímala velmi pozitivně. Viděla jsem, že diagnostický proces může být pro klienty cenný a zábavný. I když test neposoudil nedostatky v oblasti funkcionální komunikace (pouze 5x trvala odpověď o trochu déle), nebyl proces zbytečný. Paní K. sama poznamenala, že si během testu jistě procvičila řadu pojmů. Průběh diagnostiky tedy vnímala i jako terapeutickou intervenci, kdy si nacvičovala pojmenování fotografií. Test trval 21 minut. Po provedení testu jsem paní K. poděkovala a zeptala jsem jí, jestli vnímá test přínosně, příp. co by na něm změnila. Odpověděla, že se jí nejvíc líbily fotografie. Měla velmi kladné reakce a děkovala mi, že jsem měla čas se jí věnovat, protože ráda trénuje řečovou komunikaci. Z hlediska úspěšnosti testu, je výsledek se 103 body výborný a je v kategorii intaktní funkcionální komunikace.

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Záznamový list

Jméno a příjmení:
Věk:
Diagnóza:
Poznámky:

*P. K.
69
iCHP, hypertenze, hypotermie, R 47.0 stažení
sněžná opojení → pleťka strova*

Hodnotil:
Pracoviště:

Celkem bodů: Index FK:

Funkcionální komunikace:

intaktní funkcionální komunikace 103

	Správně	Poznámky	Body
1	✓		4
2	✓		4
3	✓		4
4	✓		4
5	✓		4
6	✓	<i>delší čas, bez pomoci</i>	3
7	✓		4
8	✓		4
9	✓		4
10	✓		4
11	✓	<i>delší čas, bez pomoci</i>	3
12	✓		4
13	✓		4
14	✓		4
15	✓	<i>delší čas bez pomoci</i>	3
16	✓	<i>—</i>	3
17	✓		4
18	✓		4
19	✓		4
20	✓		4
21	✓		4
22	✓		4
23	✓		4
24	✓		4
25	✓	<i>delší čas, bez pomoci</i>	3
26	✓		4
27	✓		4

26: Záznamový list: Případová studie 3

Návrh terapie, prognóza, zhodnocení

Pro terapeutickou intervenci je z hlediska přítomnosti anomické afázie lehkého charakteru stěžejní postup se zaměřením na trénink akusticko-verbální paměti, dále trénink kognitivních funkcí, paměti. Terapeutický plán se může zaměřovat i na trénink fluence spontánní řečové produkce. Porucha pojmenování patří k nejčastějším symptomům narušení fatických funkcí. Terapie by tak měla zacílit na nácvik fluentní řečové produkce, trénink kognitivních procesů. Pro maximalizaci fluentního projevu je vhodné nechat klienta, aby si napomáhal gesty. Proces zapojení neverbálních složek komunikace může klientovi pomoci k rychlejšímu vyjádření se. Pro postup tréninku paměti i nomie se mohou užít fotografie (dostupné www.fotografickyslovník.cz). Test FF vyhodnotil funkcionální komunikaci na intaktní rovině. Podle analýzy případové studie není třeba terapeutický proces zacílit dominantně na tuto oblast. Avšak v tomto případě bych doporučila sledovat další vývoj. Z hlediska široké problematiky CMP není vyloučeno, že bude funkcionální komunikace vždy na stejné úrovni. Ačkoliv je prognóza v oblasti afázie v této případové studii velmi dobrá, prognóza CMP závisí na mnoha faktorech (vyšší věk, rozsah iktového postižení, deficity pohybové, kognitivní, podpora a motivující sociální prostředí a další). Není zcela vyloučeno, že kognitivní nedostatky u paní K. (krátkodobá paměť) mohou signalizovat budoucí demenciální syndrom (z hlediska výskytu CMP). Minimálně bych zde doporučila další vyšetření odborníky, aby se mohl kognitivní deficit zcela vyloučit. Paní K. je v současnosti již v domácím prostředí, doporučila bych vytvoření co nejvhodnějších podmínek pro maximálnímu zlepšení stavu. Paní K. má velké požadavky na sebe sama, i přes úspěšnou logopedickou terapii a neprokázání poruch v oblasti funkcionální komunikace se velmi stresuje. Dle informací klientka po celou dobu hospitalizace nahlížela na své problémy velmi sebekriticky. Pro předejití depresivních stavů bych doporučila možnou psychoterapeutickou péči.

6.4 Kazuistika 4

Abstrakt

Kazuistika se zaměřuje na posouzení funkcionální komunikace v souvislosti s prodělanou cévní mozkovou příhodou a s existencí lehké dysartrie a expresivní fatické poruchy řečové komunikace. Následky poškození mozku jsou dlouhodobého charakteru

a mohou se promítnout do kvality každodenního života. Ve věku 74 let byla paní Č. přijata 30. 5. 2018 na JIP Krajské nemocnice Liberec pro operaci karotické endarterektomie, větve vnitřní karotické arterie – ACI 1 sin. Karotická endarterektomie je operace krční tepny zásobující mozek, tato operace byla provedena, aby se v budoucnu předešlo k opakované cévní mozkové příhodě. První cévní mozkovou příhodu paní Č. již prodělala a byla pro ni hospitalizována v období 24. 5. do 29. 5. 2018, v Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa. Sama si zavolala záchranou pomoc pro čtyři dny trvající pokles koutku a zhoršení řečové komunikace.

Úvod

Pacientka hospitalizována pro zhoršení artikulace a mírný pokles koutku k vyloučení CMP. Ta se však potvrdila v povodí levé ACI. Po hospitalizaci v České Lípě byla paní Č. přijata na JIP Krajské nemocnice Liberec pro operaci karotické endarterektomie. Po výkonu byla paní Č. přeložena na standardní oddělení neurochirurgie bez poruchy hybnosti s expresivní fatickou poruchou. Dne 2. 6. byla však náhle přítomná porucha hybnosti a zhoršující se fatická porucha. Paní Č. byla ihned převezena na operační sál po CT, kde se potvrdil nález pooperační 95 % stenózy s trombem a přechodným neurologickým deficitem. Před operačním výkonem však došlo k regresi nálezů, a proto nebyla operace vůbec provedena. Paní Č. byla poté na antikoagulační terapii. 3. 6. ještě přetrvávala lehká paréza pravé horní končetiny a lehká expresivní fatická porucha.

Základní informace

Pohlaví: žena

Věk: 75 let

Diagnóza: ischemická CMP v povodí ACI 1 sin., dyslipidémie, hypertenze, pooperační stenóza s trombem a přechodným neurologickým deficitem, 95 % stenóza ACI vpravo, R 47.0 dysfázie a afázie, R47.1 Anartrie a dysartrie

Anamnéza

Matka paní Č. zemřela v 70 letech a otec zemřel na CMP (neznámo kdy – pacientka si nevzpomněla). Paní Č. se léčí s hypertenzí, dyslipidemií, je sledována

v cévní ambulanci. V roce 2006 – st. p. fr. Os temporale vlevo. Alergie neguje. Paní Č. je v důchodu a žije sama.

Diagnostika funkcionální komunikace

Z hlediska diagnostiky určené lékaři a klinickým logopedem se v případě paní Č. jedná o následky cévní mozkové příhody, lehkou dysartrii a obraz smíšené afázie s převahou v expresivní složce řeči. I v tomto případě je vhodné posoudit funkcionální komunikaci. Paní Č. již byla o mém příchodu informována. Přišla jsem za ní na pokoj, kde se v úvodu představila a navázala jsem komunikaci. Zajímala jsem se, jak se paní Č. daří. Procházely jsme si test FF i se stručným popisem, aby paní Č. věděla, co bude předmět následujících minut. Paní Č. sama reagovala na fotografie, protože se jí líbila jejich barevnost a velikost. Čekala jsem na její pokyn, až bude připravena a následně jsem spustila časomíru a diagnostický proces započal. Diagnostika probíhala bez komplikací, avšak dominantní byly větší časové prodlevy v jednotlivých úkolech. V průběhu testu jsem hodnotila výsledky a zaznamenávala je do formuláře. Test trval 38 minut. V úkole č. 7 nechápala odlišení částí lidského těla. Stále ukazovala na fotografii „ruky“ namísto brýlí. Rozdílu nerozuměla ani po vysvětlení. V další otázce nechtěla odpovědět, je možné že byla demotivovaná z předchozího neúspěchu. V úkolu č. 16 nepoznala „cigaretu“. Fotografii jsem jí pojmenovala, přesto nerozuměla, proč je cigareta „nezdravá“ a proč jsou fotografie „ovoce“, „zeleniny“ a „vody“ označeny jako „zdravé“- Paní Č. podle informací nikdy cigarety nekouřila. Ptala jsem se jí, jestli kouří, odpověděla tedy, že ne a rozesmála se. Z mého pozorování jsem vyvodila, že opadly bariéry a nervozita a následovala část testu, kde si paní Č. vedla velmi dobře a bylo vidět, že jí to baví. Tato skutečnost mě vede k poznatku, že by bylo vhodné vést diagnostickou intervenci až při druhém „sezení“, tedy po prvotním úvodním seznámení se s klientem. Paní Č. měla problémy v oblastech: orientace na těle, ekonomické dovednosti (peníze), bezpečnosti (domácnost), rodina (sociální situace). Průběh diagnostiky hodnotila paní Č. velmi kladně. Poděkovala jsem jí za pomoc a rozloučily jsme se. Z hlediska úspěšnosti testu, je výsledek se 60 body v úrovni středně těžké poruchy funkcionální komunikace.

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Záznamový list

Jméno a příjmení: *p.č.* Hodnotil: *ZP*
 Věk: *75* Pracoviště: *neurologie*
 Diagnóza: *ICHP, hypertenze, R 47.0ofalce, R 47.9 dya.* Celkem bodů: Index FK:
 Poznámky: *2.máknost*

Funkcionální komunikace: *stř. kláka'porucha funk. komunikace* **60**

	Správně	Poznámky	Body
1	✓	<i>trva' de'le, bez pomoci</i>	3
2	✓		4
3	✓		4
4	✓	<i>trva' de'le</i>	3
5	✓		4
6	✓	<i>de'le, bez pomoci</i>	3
7	✗	<i>ukazovala na rukou, nechápala</i> —	0
8	—	<i>nechtěla hovor, nechce odpovídat, neví</i> —	0
9	✓	<i>společně jsme pojmenovali fotografie</i>	2
10	✓	<i>—</i>	2
11	—	<i>—</i>	0
12	✓	<i>trva' de'le, bez pomoci</i>	3
13	✓		4
14	—	<i>neví</i>	0
15	✓	<i>trva' de'le, bez pomoci</i>	3
16	—	<i>nepoznala cigaretu, nechápala rodič</i>	0
17	✓		2
18	✓	<i>výborně</i>	4
19	—	<i>neví</i>	0
20	✓	<i>s pomoci</i>	2
21	✓	<i>bez pomoci, s prodejkou</i>	3
22	✓	<i>výborně, důležitá</i>	3
23	—	<i>neví</i>	0
24	✓	<i>výborně</i>	4
25	—	<i>neví</i>	0
26	✓	<i>s prodejkou, bez pomoci</i>	3
27	✓	<i>s prodejkou</i> —	3

27: Záznamový list: Případová studie 4

Návrh terapie, prognóza, zhodnocení

Logopedická terapie probíhala již od prvních dní po incidentu. Po stanovení diagnózy obrazu smíšené afázie s převahou v expresivní složce řeči a lehkou dysartrií jako následky cévní mozkové příhody by měla terapie vycházet z obnovy jazykového systému a kognitivního tréninku. Terapie by měla obsahovat následující složky (dechová rehabilitační cvičení, fonační cvičení, vyvozování hlasu, stimulace orofaciální oblasti, porozumění, automatické řady, kalkule, lexie, grafie, opakování, pojmenování, sluchové a zrakové cvičení, cvičení pro maximalizaci kognice). A také oblast funkcionální komunikace. Test FF vyhodnotil funkcionální komunikaci v rovině středně těžké poruchy funkcionální komunikace. Vzhledem k problematice cévních mozkových příhod není vyloučeno, že bude funkcionální komunikace vždy na stejné úrovni, bylo by vhodné posoudit funkcionální komunikaci v budoucnu nejméně 2x. Pro nácvik funkcionální komunikace by bylo vhodné užít metody konverzačního tréninku, PACE nebo návrhu terapie navazujícího na FF test. Intervenci by bylo vhodné zacílit na oblasti: orientace na těle, ekonomické dovednosti (peníze), bezpečnosti (domácnost), rodina (sociální situace). Pro trénink kognitivní i s důrazem na pojmenování a pro funkcionální komunikaci by bylo možné užít obrazový materiál (např. fotografie dostupné www.fotografickyslovník.cz). Prognóza je závislá na problematice CMP. Při analýze případové studie paní Č. je důležité uvést, že žije sama. Bylo by vhodné se zkontaktovat s jejím okolím, aby se předešlo negativním skutečnostem z hlediska sebeobsluhy apod. Paní Č. by měla být nadále v péči klinického logopeda, případně dalších odborníků.

6.5 Kazuistika 5

Abstrakt

Následující případová studie se týká pana Č. ve věku 54 let, který byl hospitalizován na oddělení neurochirurgie Krajské nemocnice Liberec na základě vážné autonehody. Později se zjistilo, že autonehoda byla způsobena ztrátou vědomí z hlediska probíhající ischemické cévní mozkové příhody. Hospitalizován byl od 29. 5. do 4. 6. 2018. Pan Č. byl mnou vybrán pro zhodnocení funkcionální komunikace na základě diagnózy těžké dysartrie, u které jsem předpokládala, že by neměla působit velké nedostatky v této oblasti. Přesto je tato případová studie zajímavá tím, že se Pan Č.

nemohl řečově vyjádřit. Test FF probíhal pouze na základě neverbální komunikace. Pana Č. jsem vyšetřovala ihned v den, kdy byl propuštěn z JIP na lůžkové oddělení neurochirurgie.

Úvod

Pan Č. měl dne 29. 5. vážnou autonehodu v rámci současně probíhající iCMP. Provedl se operativní zákrok karotické endarterektomie - urgentní desobliterace větve vnitřní karotické arterie – ACI vpravo. Výkon byl bez komplikací. Po operaci byla přítomná těžká levostranná hemiparéza (dominantní u horní levé končetiny) a těžká dysartrie. Postupem času docházelo ke zlepšení, probíhala logopedická terapie. Pan Č. byl 4. 6. převezen do nemocnice Vrchlabí na chirurgické oddělení k další rehabilitaci. O další péči již bohužel nemáme informace.

Základní informace

Pohlaví: muž

Věk: 54 let

Diagnóza: ischemická CPM, uzávěr ACI bilat, pacient po karotické endarterektomie (CEA) ACI vpravo a osteosyntéze otevřené frakce bérce vlevo, R47.1 Anartrie a dysartrie

Anamnéza

Rodinná anamnéza je dle vyšetřujícího lékaře pana Č. nevýznamná. Podle zjištění se pan Č. s ničím neléčí. Kouří cigarety (krabičku denně) a pije alkohol. Alergie neguje. Žije s manželkou.

Diagnostika funkcionální komunikace

Diagnostika byla zacílená na posouzení funkcionální komunikace u pana Č., který jako jediný z výčtu případových studií neměl diagnostikovanou poruchu na základě fatického nebo kognitivního deficitu. Jedná o následky cévní mozkové příhody – těžkou dysartrií. I v tomto případě je vhodné posoudit funkcionální komunikaci, zejména pro porovnání, analýzu výsledků testu FF a samozřejmě pro vyloučení poruchy funkcionální komunikace. Pana Č. jsem vyšetřovala hned ten samý den, kdy byl propuštěn z JIP na oddělení neurochirurgie. Po představení a úvodním rozhovoru, popisu testové metody a ukázce fotografií následovaly chvíle, kdy se pan Č. snažil vyjádřit,

vyslechla jsem ho. Z úryvků řečové komunikace jsem pochopila, že apeluje, abych se telefonicky spojila s jeho ženou a vysvětlila jí, že již brzy bude mluvit „normálně“. Vysvětlila jsem, že zavolat osobně nemohu, ale ujistila jsem ho, že to sdělím na oddělení, a že jí rádi vše potřebné vysvětlí. Pan Č. se začal usmívat a ukazoval na test, že můžeme začít. Spustila jsem časomíru a diagnostický proces započal. Diagnostika probíhala bez komplikací, neverbálním způsobem, kdy pan Č. ukazoval prstem na fotografie. V průběhu testu jsem hodnotila výsledky a zaznamenávala je do formuláře. Test trval nejkratší dobu ze všech případů a to 20,5 minut. Malé prodlevy byly přítomné pouze 4x. Nutno dodat, že po celý proces byl pan Č. velmi pozitivně naladěný, to mi potvrzovali i pracovníci na oddělení. Během testu byl dokonce čas, aby se pan Č. vyjadřoval k úkolům. Některým jakým fotografií se smál. Pan Č. reagoval výrazně pozitivněji než klienti v předchozích diagnostických intervencích. Z hlediska úspěšnosti testu, je výsledek se 103 body výborný, na úrovni intaktní funkcionální komunikace.

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Záznamový list

Jméno a příjmení:
Věk:
Diagnóza:
Poznámky:

p. č.
54
iChP R 47.1 Dysornie
neverbálně

Hodnotil: ZP
Pracoviště: neurologie

Celkem bodů: Index FK:

703

Funkcionální komunikace: intaktní funkcionální komunikace

	Správně	Poznámky	Body
1	✓	první úkol → trvalá ústa, seřm	3
2	✓		4
3	✓		4
4	✓		4
5	✓		4
6	✓		4
7	✓	delší prodeř, samostatně	3
8	✓		4
9	✓		4
10	✓		4
11	✓		4
12	✓	má se jejm popisat (pojmenovat) fotografie	2
13	✓		4
14	✓		4
15	✓		4
16	✓		4
17	✓		4
18	✓		4
19	✓		4
20	✓		4
21	✓	delší čas, samostatně	3
22	✓		4
23	✓		4
24	✓		4
25	✓		4
26	✓		4
27	✓		4

28: Záznamový list: Případová studie 5

Návrh terapie, prognóza, zhodnocení

Podle mého názoru je vhodné pro porovnání výsledků posoudit narušení funkcionální komunikace i v případě dysartrie. Z hlediska testu FF, nejsou přítomny nedostatky. Proto bych zde ráda nastínila terapii u dysartrie. Dysartrie je porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy. Cílem terapeutického procesu je dosažení maximálního komunikačního potenciálu. Zásadní je spolupráce klienta, rodinných příslušníků a ošetřujících osob (v nemocnici). U klientů se získanou dysartrií, která vznikla náhle v důsledku cévní mozkové příhody by měla intenzivní intervence začít již v období posttraumatických stavů (NEUBAUER, 2014). Mezi metody a prostředky patří: využití relaxačních cvičení pro uvolnění napětí, orofaciálních cviků pro obnovování hybnosti a svalové síly, dechová a fonační cvičení, artikulační cvičení, rytmizačně-pohybová cvičení. Dále využití neverbální komunikace jako komunikačních pomůcky (využití AAK), užití technických podpůrných pomůcek a programů. V oblasti analýzy a prognózy případu pana Č. je vhodné zdůraznit, že poruchy vznikly etiologicky na základě CMP. U cévní mozkové příhody prognóza záleží na širokém spektru faktorů. Prognóza u osob s dysartrií záleží na stabilizaci stavu ohledně CMP. V některých případech odezní dysartrie prakticky na základě vhodné intervence. V závažnějších případech by se pak jednalo o funkční zlepšování. Tedy snaze o kompenzaci řečové komunikace s cílem předejít negativním dopadům neschopnosti komunikovat. Pokud by prognóza v tomto případě nebyla pozitivní (z hlediska velmi závažného typu dysartrie), bychom se měli snažit pana Č. motivovat ke komunikaci jakýmkoliv způsobem, alespoň do té doby, než se situacelepší. Pan Č. má velmi pozitivní přístup, přitom však nemůžeme vyloučit transfer psychického stavu do depresí apod. Poté by byla vhodná konzultace s psychologem a dalšími odborníky. U dysartrie je zásadní mezioborová spolupráce. I za předpokladu, že není porušená funkcionální komunikace samotná, je možné, že se dopad dysartrie projeví funkčně – pan Č. nebude verbálně komunikovat, bude se obávat vyjádření jiným způsobem, začne být deprivován z nedostatku sociálního kontaktu a bude se vyhýbat komunikačním situacím. Funkcionální komunikace má širší spektrum, než je zdánlivé, je potřeba tuto problematiku dále zkoumat a detailně popsat.

6.6 Kazuistika 6

Abstrakt

Následující případová studie se zaměřuje na problematiku syndromu demence a posouzení funkcionální komunikace u tohoto syndromu. Terminologické vymezení pojmu kognitivně-komunikační porucha spojuje pojmy a demonstruje tak poruchu kognice a komunikace. U této poruchy tedy záleží na stavu modalit, jako je verbální paměť, individuální jazykový systém, pozornost nebo motorické řečové funkce. Demence je progresivní onemocnění (NEUBAUER, 2007) Tato případová studie je zároveň i varovnou zprávou popisující, kam až může zajít vážnost situace, neschopnost péče z hlediska blízkého okolí osoby s postižením. 77letá paní M. byla přijata do Krajské nemocnice Liberec na základě kolapsového stavu. Zjistilo se, že žije již třetím rokem se zhoršenou sebeobsluhou a zdravotními problémy doma. Po tuto dobu nebyla u lékaře. Nyní byla přijata pro operaci nádoru. Hospitalizována byla zde od 2. 5. do 18. 5. 2018. Poté byla transportována na neurologické oddělení v České Lípě.

..

Úvod

Paní M. byla přijata na JIP po operaci – exstirpaci meningeomu falcis cerebely. Výkon byl bez komplikací, krevní ztráty byly minimální a neurologický nález bez progresu. Paní M. byla po celou dobu spavější a apatická. Je zde velmi velké podezření na počínající demenci a z toho plynoucí další poruchy (KKP), na základě poškození oblastí vzhledem k nádorovému onemocnění. Od 15. 5. se paní M. rehabilitovala na oddělení neurochirurgie. Je nutné a zásadní pokračování odborné péče. Dne 18. 5. paní M. transferovali na neurologické oddělení v České Lípě. Psychický stav paní M. byl měl být v normě, zatím se nenalezly žádné patologické rysy, avšak je dominantní kognitivní a komunikační deficit. Do budoucna by bylo vhodné vyřešit otázku domácí (jiné) péče. U paní M. tři roky progredoval meningiom, měla zhoršenou kvalitu života, vážla sebeobsluhu, přesto nebylo po celou tuto dobu iniciováno vyšetření.

Základní informace

Pohlaví: žena
Věk: 77 let

Diagnóza: TU v oblasti zadní jámy – extirpace TU cerebelli vs meningeoma (05/2018), hypertenze na terapii, renální insuficience, makrocytální hypochromní anémie, hypercholesterolémie, suspektní incipit demence, kognitivně-komunikační porucha řeči u syndromu demence

Anamnéza

Podle vyšetřujícího lékaře je RA bez zátěže. Paní M. je v důchodu a žije s dcerou a synem. Manžel paní M. zemřel na následky progredujícího nádorového onemocnění a syn měl před nedávnou dobou autonehodu, po které má vážné následky. Z hlediska osobní anamnézy je paní M. na terapii hypertenze, je přítomná efunkční struma, hypercholesterolémie, stp. Hysterectomie pro myomy, renální insuficience. Paní M. nekouří a nepije alkohol. Alergie neguje.

Diagnostika funkcionální komunikace

Zjištění existence demence u pacienta může být velmi náročné. Paní M. zatím nemá jasně diagnostikovaný syndrom demence. Jak jsem již u tohoto případu poukázala, v široké veřejnosti se může stále vyskytovat názor, že poruchy kognice jsou všeobecně známými důsledky stárnutí a nepovažují je za alarmující. Podle RŮŽIČKY (2003) jsou hlavní kritéria při diagnostice demence tyto: porucha paměti a dalších kognitivních funkcí, změny osobnosti a chování, postižení je na překážku každodenním činnostem, včetně práce a sociálního zapojení, postižení má chronicko-progresivní průběh, v době stanovené diagnózy není porušeno vědomí a nejsou přítomny známky deliria. Po rozpoznání demence je nutné určit její příčinu. V této souvislosti je to nádorové onemocnění. Již před diagnostickým procesem jsem uvažovala, že vyjde test velmi špatně. V tomto případě bylo zásadní empaticky a citlivě vést diagnostický proces. Paní M. je ve vážném stavu, po operaci nádoru s hypotetickou počínající demencí, bez poruch afatického spektra. Paní M. je podle informací velmi plačtivá a lítostivá. Pro jistotu mě šla představit sama lékařka Z. Marečková a vysvětlila paní M. proč jsem tady. Vyhradila jsem si potřebný čas na úvodní kontakt. Paní M odpovídala stroze, ale byla evidentní snaha o komunikaci, případně jen kývala, nebo se usmála. Ještě jednou jsem ji vysvětlila, proč jsem přišla. Poté jsem začala s ukázkou testu. Prohlíželi jsme si fotografii, ze strany paní bez větších reakcí, občas se usmála. Začaly jsme až ve chvíli, kdy jsem cítila, že je paní M. připravená a zeptala jsem se jí, zda můžeme. Kývla hlavou. V průběhu testu jsem hodnotila výsledky a zaznamenávala je do formuláře, zapisovala jsem si poznámky

a další informace v průběhu celého diagnostického procesu. Test vyšel velmi špatně. S úspěšností 4/27. Po celou dobu se mi paní M. snažila říci, že mi rozumí, ale že opravdu neví. Stále to opakovala. Velmi kladně reagovala na poslední fotografii „procházka v přírodě“, líbil se jí pes na fotografii. S pomocí zvládla úkoly č. 1, 13, 21, 27. Z hlediska úspěšnosti testu, je výsledek s 7 v kategorii velmi závažná porucha funkcionální komunikace.

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Záznamový list

Jméno a příjmení:

Věk:

Diagnóza:

Poznámky:

74 p. H
TH, oněmie, sosp. incepti acumena,
KRP u. demence

Hodnotil:

Pracoviště:

ZP neurochirurgie

Celkem bodů:

Index FK:

7

Funkcionální komunikace:

	Správně	Poznámky	Body
1	✓	s pomocí, instrukcemi vyřadila „džus“	2
2	-		0
3	-		0
4	-		0
5	-		0
6	-		0
7	-		0
8	-	rozumí, avšak „opravdu neví“, stále to opakuje u všech úkolů, pojmenování rdane, ale nakonec je kimer správně → nezná funkci, situace	0
9	-		0
10	-		0
11	-		0
12	-		0
13	✓	s pomocí i prodeevou určila repatřlu „ohed“	1
14	-		0
15	-		0
16	-		0
17	-		0
18	-		0
19	-		0
20	-		0
21	✓	s pomocí vyřadila „pivo“	2
22	-		0
23	-		0
24	-		0
25	-		0
26	-		0
27	✓	obrdzek se ličil, poznala letky, s pomocí	2

29: Záznamový list: Případová studie 6

Návrh terapie, prognóza, zhodnocení

Z hlediska terapie u syndromu demence se vždy posuzuje celkový průběh onemocnění, záleží tedy na stádiu a typu demence. V lehčích fázích se využívá trénink kognitivních schopností a úprava komunikačního prostředí s postupy komunikační adaptivní a komunikační facilitační strategie a skupinové formy terapie s cílem motivovat klienta a co nejvíce využít jeho komunikační potenciál s cílem co nejvyšší motivace k aktivitě. NEUBAUER (1997) U problematických a pozdních stádií demence by měla být snaha zachovat kognitivní a behaviorální funkce. Terapie funkcionální komunikace je zde důležitým bodem. Měla by obsahovat nácvik správného stravování, komunikačních situací, dalších každodenních situací osob, příp. iniciaci dohledu při neschopnosti soběstačnosti. Intervence související s funkcionální komunikací by v tomto případě paní M. mohla pomoci maximálně. Nejen že by se s paní M. mohl trénovat přímý nácvik situací (s fotografickým materiálem, ale i aktivně s dominujícím konverzačním tréninkem apod.), ale měla by se snaha zacílit směrem k informování rodiny a blízkého okolí. Snažit se o to, aby byla rodina vždy připravena pomoci. Aby každý z okolí rozuměl problematice daného postižení. Dalším krokem by byl nácvik konverzačních situací i s přítomnou rodinou apod. U paní M. nemusí být prognóza v souvislosti s nádorovým onemocněním pozitivní. Nádor se sice podařilo operovat, ale není zatím jasné, jak se bude situace dále vyvíjet. Akutní je sociální prostředí, ve kterém paní M. žije – tři roky u ní progredoval meningiom, měla zhoršenou kvalitu života, vážla sebeobsluha, přesto nebylo po celou tuto dobu iniciováno vyšetření, víme že žije s dcerou a synem. Syn měl vážnou autonehodu, nevíme přesné informace o jeho zdravotním stavu, ani o dceři nemáme dostatek informací. Tato situace by se dále měla řešit odborníky (např. sociální pracovník). Do té doby by paní M. měla mít komplexní intervenci vzhledem k vážnosti jejího stavu (dohled neurologů, neurochirurgů, psychiatra, klinického logopeda, příp. dalších).

6.7 Kvalitativní analýza pilotního šetření

6.7.1 Analýza výzkumných cílů a otázek

Abych mohla komplexně analyzovat obsah výzkumné části diplomové práce, musím zde znovu připomenout výzkumné cíle a otázky a odpovědět na ně:

Cíl 1 – Užít a rozšířit funkci specializovaného webového portálu <http://fotografickyslovník.cz> v testu FF. Navázat tak na poznatky a výsledky bakalářské práce a vytvořit tak „Fotografický test funkcionální komunikace FF“ - speciální test pro posouzení funkcionální komunikace.

Otázka 1 – Je možné propojit poznatky z bakalářské práce, využít obsah fotografického slovníku, tím i funkcí tohoto specializovaného webového portálu, a zároveň ho i rozšířit o problematiku funkcionální komunikace a vytvořit tak „Fotografický test funkcionální komunikace“?

Cíl 2 – Ověřit orientační funkčnost a užití vytvořeného návrhu diagnostického testu FF během logopedické intervence zhotovením kvalitativně orientovaného pilotního šetření se skupinou osob s neurogenními poruchami řečové komunikace, zhotovením kazuistických studií.

Otázka 2 – Ověřila se orientační funkčnost vytvořeného návrhu diagnostického testu FF tím, že jsem využila tento návrh testu FF během logopedické intervence a vytvořila na tomto základě kvalitativně orientovaného pilotní šetření v podobě kazuistických studií?

1. Poznatky z bakalářské práce byly pro práci zásadním odrazovým můstkem, plně jsem na ně navázala. Fotografický obsah dostupný na <http://fotografickyslovník.cz>, jsem rozšířila a využila pro Fotografický test funkcionální komunikace. Tím jsem ověřila funkci webového portálu.
2. Fotografický test funkcionální komunikace má na základě zhotovené analýzy ověřenou orientační funkčnost, protože byl diagnostickým nástrojem pro kvalitativně orientované případové studie se skupinou osob s neurogenními poruchami řečové komunikace.

6.7.2 Analýza pilotní studie a její metodologie

Pilotní studie je předmětem výzkumu v diplomové části a po jejím kritickém zhodnocení by mohla předznamenat možnost dalšího vývoje pro Fotografický test funkcionální komunikace v oblasti realizace klíčového výzkumu. Následně připomínám dílčí fáze, které tvoří moji výzkumnou, praktickou část práce:

1. Příprava výzkumu:
 - a. Stanovení výzkumného problému, otázek, cíle;
 - b. navržení kritérií pro oblast výzkumu;
 - c. popis výzkumné metody a techniky;
 - d. stanovení zkoumané skupiny;
 - e. stanovení typu získávaných dat, jaký druh informací budu sbírat.
 - f. rešerše relevantní literatury k dané problematice.
2. Realizace předvýzkumu:
 - a. Získávání informací v terénu – realizace na větším vzorku;
 - b. testování formy a metodologie, srozumitelnost otázek, doba trvání testu, vhodnost testového nástroje.
3. Zhotovení výzkumného nástroje:
 - a. Návrh Fotografického testu funkcionální komunikace.
4. Realizace pilotního šetření s obecnými kritériem pro zhotovení kvalitativních případových studií na malém souboru osob se získanými neurogenními PŘK s cílem zjistit:
 - a. Zda v populaci existuje informace – přítomnost poškození funkcionální komunikace) – kterou požadují;
 - b. zda může být výzkumný nástroj a zvolená strategie sběru dat užita, zda v nástroji nejsou chyby;
 - c. a simulovat podmínky další vlny sběru dat.
5. Kvalitativní analýza dat pilotního šetření:
 - a. Co ze zpracování analýzy případových studií vyplývá;
 - b. hypotézy a predikce do budoucna;
 - c. možnosti přístoupení k další vlně sběru dat.

Pilotní šetření probíhalo v přirozeném prostředí klientů nemocnice a navazovala jsem na realizovaný předvýzkum. Zjistila jsem, že v populaci existuje informace hodnotící funkcionální komunikaci. Dále jsem v průběhu zkoušela funkčnost výzkumného nástroje a zvolené strategie sběru dat. Zkoumala jsem, zda v tomto procesu nemám pochybení. U kvalitativní analýzy dat pilotního šetření, případových studií, jsem se snažila zpracovat všechna data. Na rozdíl od kvantitativního přístupu (dotazník) bylo při provádění kazuistik nutné, abych si neustále kladla otázky, abych jev (funkcionální komunikaci), osobu a další procesy, které jsou pro případovou studii zásadní, poznala

hlouběji. Případové studie jsou předmětem pilotního šetření a obsahují následující metodologii sběru a analýzy dat a vychází z metodologie popsané vycházející z teorie autora YIN (2014)

1. Konstruktová validita:

- a. využití všech dostupných zdrojů a dokumentace s cílem ochrany proti subjektivitě – nahlédnutí do dokumentace na oddělení neurologie, neurochirurgie, klinické logopedie s ochranou všech osobních údajů (sběr dat);
- b. zformování tzv. „řetězce důkazů“ – důkazy diagnózy na základě ověřených a profesionálních diagnostických procesů (sběr dat);
- c. požádala jsem informanty, aby reagovali na získaná data v případových studiích (interpretace nálezů);

2. vnitřní validita:

- a. díky teoretickému základu, jsem přiřadila vzorce daného jevu, tam kam věcně patří (analýza dat);
- b. v konečné analýze vysvětluji a zdůvodňuji strukturu studií (analýza dat);
- c. zformulovala jsem a popsala další, kritické zhodnocení jevu – funkcionální komunikace (analýza dat);
- d. pracuji se všemi získanými daty (analýza dat).

3. vnější validita:

- a. v případových studiích využívám známé vysvětlovací teorie (tvorba výzkumného projektu).

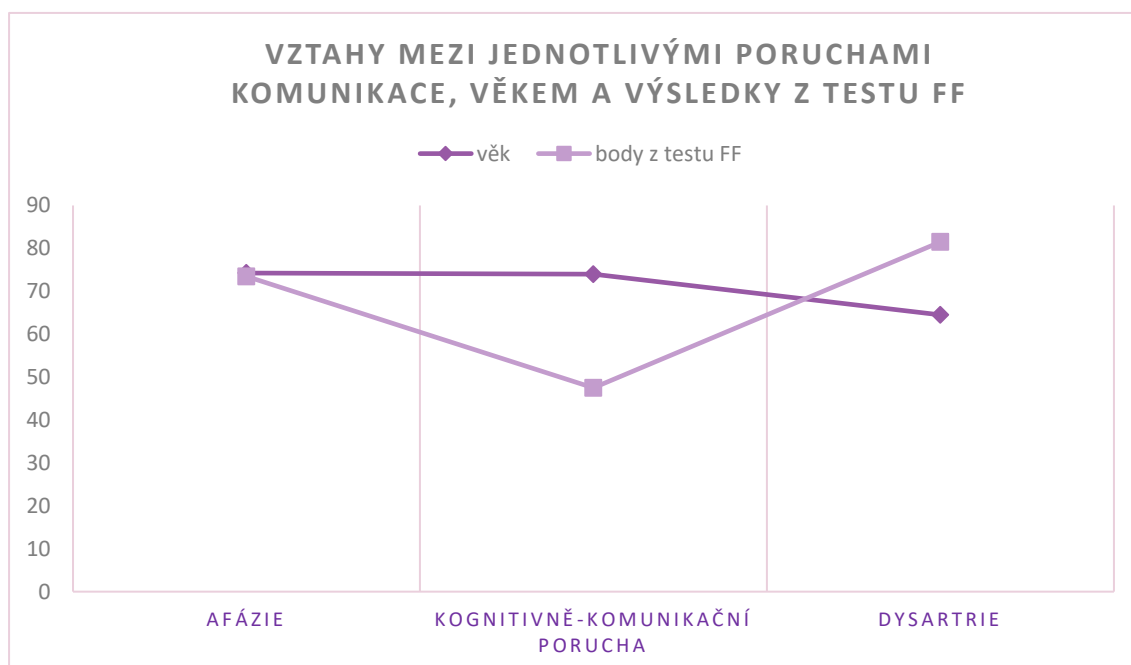
4. Reliabilita:

- a. protokol o výzkumu (samotná studie) jsem vedla pečlivě a zkoumala jsem, zda jsem někde nepochybila (sběr dat);
- b. Vytvořila jsem databázi výzkumných dat a pokusila jsem se analyzovat případné chyby a zkreslení (sběr dat).

6.7.3 *Analýza případových studií*

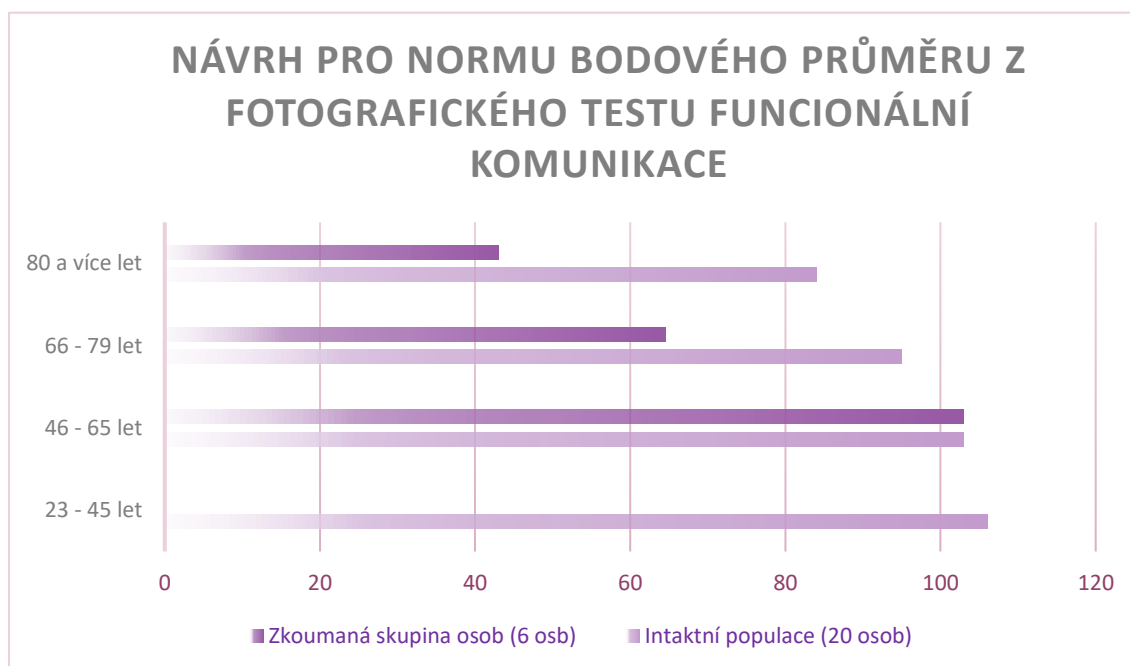
Analýza jednotlivých případů závisela na osobním subjektivním výběru tří případů a na objektivní náhodě, tedy přítomnosti dalších tří klientů ambulance neurologie a neurochirurgie v době provádění diagnostiky. Pro výsledné pilotní šetření jsem mohla

docházet až k 13 klientům. Bohužel někteří z nich diagnostický proces odmítli, u dalších klientů se zdravotní stav zhoršil natolik, že jsem diagnostický proces nemohla vykonat. V kazuistikách je přítomné porovnání vztahu diagnostikovaných jednotlivých poruch řečové komunikace z hlediska jejich etiologie a funkcionální komunikace. V první případové studii porovnávám vztah syndromu epilepsie a k němu přidružených poruch řečové komunikace se stavem funkcionální komunikace. V druhé kazuistice popisují vztah mezi expresivní fatickou poruchou na bázi cévní mozkové příhody a funkcionální komunikace. V třetí kazuistice je stav funkcionální komunikace nutný posoudit s návazností na přítomnost anomické afázie lehkého charakteru a celkového stavu po cévní mozkové příhodě. Čtvrtou případovou studii analyzuji vztahem funkcionální komunikace a expresivní afázie, lehké dysartrie na základě cévní mozkové příhody. Pátá kazuistika se zaměřuje na problematiku vztahu dysartrie a funkcionální komunikace. V poslední, šesté, případové studii se snažím komplexně analyzovat závažnost syndromu demence na základě nádorového onemocnění ve vztahu k funkcionální komunikaci. Ze zhodnocení na konci všech kazuistik vyplývá fakt, kdy profil funkcionální komunikace může vypadat u jednotlivých poruch odlišně. Zde jsou znázorněné vztahy mezi jednotlivými poruchami komunikace v závislosti na věku a výsledcích testu FF.



30: Graf vztahů mezi jednotlivými poruchami komunikace v závislosti na věku a výsledcích testu FF

Fotografický test funkcionální komunikace jsem orientačně testovala u intaktní skupiny dvaceti osob pro návrh normy. Na následujícím grafu jsou dostupné údaje.



31: Návrh pro normu bodového průměru z Fotografického testu funkcionální komunikace

6.7.4 Hypotézy a predikce, možnosti další vlny výzkumu

Je vhodné stanovit si hypotézy a predikce do budoucna a celkové možnosti přistoupení k další vlně výzkumu. Podle mého zjištění, je jediným východiskem, jak ověřit test FF (při stoupající reliabilitě) a kvalitně sledovat a posuzovat úroveň funkcionální komunikace v časovém horizontu. Na základě pilotního šetření jsem zjistila, že budoucí verze testu musí být ověřována v čase, a to minimálně 2x. Obecně bude platit, že čím déle bude test sledovat stav funkcionální komunikace v daných případech, tím lépe tento stav zhodnotí. Specifikovala jsem tedy hypotetickou reliabilitu. Analýza případových studií potvrdila můj předpoklad, že test FF ve svém zaměření spíše posuzuje kognitivní nedostatky a jejich důsledky v každodenním životě, než momentální zhodnocení schopnosti funkční (reálné, konverzační) komunikace. Samotná funkcionální komunikace má širší spektrum než posuzuje test FF, nebo jiné existující testy. Je třeba tuto problematiku dále zkoumat a rozšířit. Při samotné diagnostice případně využít více testů dohromady, porovnat jejich výsledky apod. A konečně, pro plynulou návaznost diagnostického materiálu k terapeutické intervenci, by bylo vhodné navrhnout terapii

funkcionální komunikace, která by vycházela z testu FF a čerpala by z fotografického materiálu na www.fotografickyslovník.cz. Tak by se intervence funkcionalní komunikace stala komplexní, mohla by působit inovativně v procesu celé logopedické diagnostiky, snažila by se o maximalizaci komunikačního potenciálu a potenciálu pro kvalitní život lidí se závažnými poruchami řečové komunikace získanými v dospělosti a stáří.

Závěr

Funkcionální komunikace zasahuje do širokého spektra poruch řečové komunikace a mnohem dál. Mým subjektivním dojmem z celého procesu tvoření diplomové práce je až fascinace, o jak závažnou a komplexní problematiku se jedná. Z celé práce zřetelně vyplývá dominantní postavení funkcionální komunikace v zahraničí. V této oblasti posouzení komunikace v každodenních situacích jsem čerpala v první řadě z publikací a studií zahraničních autorů. Zásadní přínos k tématu funkcionální komunikace mají A Basso, P. Butt, R. Bucks, E. Duncan, A. L. Holland, M. M. Forbes, Papathanasiou I., Coppens P., Sarno M. T., Toffolo a kol., Wallace G. L. Worrall L. Věřím, že se tématu bude věnovat v průběhu času více prostoru i v českém, nejen logopedickém, prostředí. Skutečnost, kdy by zájem o funkcionální komunikace prostoupil do všech oblastí, by byla východiskem pro všechny klienty se závažnými poruchami a onemocněními. Pro tuto specifickou oblast je nutná mezioborové spolupráce. Přínosné je holistické uvažování o člověku jako o bytosti s osobností realizující se v bio-psycho-sociálních interakčních aktivitách v průběhu svého života. Člověk každý den reaguje na řadu aspektů (informací), tedy komunikuje. Podle současných teorií o informační vědě (DEUTCH, SMOLIN, 2011, BARROW, DAVIES, HARPER, 2004, in BAWDEN, 2017) je informace strukturou našeho světa. Autoři popisují pojmy jako „informační sítě“. Nebo hovoří o pojmu „informační tok“ jako o prostém sledu změn. V biologických teoriích o informaci lze nalézt myšlenky, které přisuzují informaci podobné vlastnosti jako genetickému kódu. T. Stonler vyvinul model informací, kde jsou abstraktními silami tvořící organizaci ve fyzických, biologických, psychických a sociálních systémech všech druhů. Funkcionální komunikace je fenomén, který je pro tyto systémy a procesy nesmírně důležitý. Tato diplomová práce je jen malým krokem, spíše úvodem, k uchopení celého problému. V analýze bych si přála pokračovat i nadále. Návrh Fotografického testu funkcionální komunikace by mohl být rozvinut a pilotní šetření by tak mohlo být reálným předchozím krokem k celkovému výzkumu funkcionální komunikace. Zásadním momentem pro diplomovou práci je využití informačně-komunikačních technologií v intervenci funkcionální komunikace. Čerpání poznatků napříč obory tak mohlo v práci působit inovativně a progresivně v celkovém náhledu na danou problematiku. V současnosti jsou v logopedickém prostředí využívány ICT dominantně v podobě edukačního nebo speciálně-edukačního software. Mým cílem bylo využít virtuální prostor, kde bude

obrazový, fotografický, materiál vždy a pro všechny dostupný. V diplomové práci se tak střetla fotografie jako reálné zobrazovací 2D technologie s využití funkcí virtuálního prostředí webových stránek a konečně s oblastí funkcionální komunikace s cílem zlepšit životní situaci člověka s neschopností každodenních komunikačních situací a činností. Z konečné analýzy případových studií, které byly pro pilotní šetření zvolené jako výzkumná metoda, se dozvídáme orientační výsledky. Zdůrazňuji fakt, že samotná funkcionální komunikace může mít širší rozměr než posuzuje návrh „Fotografického testu funkcionální komunikace“, nebo jiné existující testy. Je potřeba tuto problematiku dále zkoumat a rozšířit (porovnat výsledky všech testů). Test by bylo možné podpořit vytvořením terapeutické intervence, která by čerpala z výsledků testu a využila by další poznatky v oblasti funkcionální komunikace. Na základě tohoto konceptu by terapie mohla plynule navázat na diagnostický proces a čerpat z fotografického materiálu dostupného na www.fotografickyslovník.cz.

Charakteristika dospělého a staršího věku je specifická v různých oblastech. Závažnost afázie a kognitivně-komunikační poruchy může jejím dopadem vyvolat problémy v každodenních situacích. Lidé nacházející se v situaci ztráty schopnosti řečové komunikace však nemusí ztratit možnost vést kvalitní život. A s tím bychom jim měli pomoci. Diplomová práce předkládá úvod do problematiky funkcionální komunikace a navrhuje postup jejího hodnocení i analýzy. Věřím v hypotézu, že informace zde obsažené nebudou ani pouhým zlomkem toho, co bude přítomno v budoucích analýzách a studiích ve světě.

Seznam literatury

- ACZÉL, P. *Virtual Reality – Real Visuality*. BERN: Peter Lang GmbH, 2017. 197s. ISBN 978-3-631-73106-2
- AMBLER, Z.; BEDNAŘÍK, J.; RŮŽIČKA E.; a kol. *Klinická neurologie I., Část obecná*. 2. vyd. Praha: Triton, 2004. 976 s. ISBN 978-80-7387-157-4.
- BAATZ, W. *Fotografie*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. 192s. ISBN 80-251-0210-6.
- BASSO, A. *Aphasia and Its Therapy*. New York: Oxford University Press, 2003. 317s. ISBN 0-19-513587-3.
- BAWDEN, D. *Úvod do informační vědy*. 1. vyd. Doubravník: Flow, 2017. 451s. ISBN 978-80-88123-10-1
- BEZDÍČEK, O.; BALABÁNOVÁ, P.; HAVRÁNKOVÁ, P.; ŠTOCHL, J.; ROTH, J. RŮŽIČKA, E. *Srovnání české verze Montrealského kognitivního testu s Mini-Mental State pro stanovení kognitivního deficitu u Parkinsonovy nemoci*. *CeskSlovNeurol N* 2010; 73/106(2): 150-156
- BUTT, P.; BUCKS, R. *BNVR: The Butt Non-Verbal Reasoning Test*: Bicester: Speechmark, 2004. 56p. ISBN: 978-08-6388-472-6
- CANFIELD, J.; GREY, T. *Digitální fotografie: tisk prezentace, archivace*. 1. vyd. Brno: CP Books, 2005. 287s. ISBN 80-251-0786-8.
- CSÉFALVAY, Z.; TRAUBNER, P. *Afaziológia pre klinickú praxi*. Martin: Osveta, 1996. 207 s. ISBN: 80-217-0377-6.
- CSEFALVAY Z.; KOŠŤÁLOVÁ M.; KLIMEŠOVÁ M. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. Praha: AKL ČR, 2003. 490s. ISBN 80-903312-0-3.
- CSEFALVAY, Z.; LECHTA V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 228s. ISBN 978-80-262-0364-3.
- DAY, M, LIPSON, C. *Technical Communication and the World Wide Web*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005. 355s, ISBN 978-08-058-4572-3
- DICKS, D. *Pragmatic aspects of human communication*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1974. 178s, ISBN 978-90-277-0520-4.
- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár nad Sázavou.: Logopaedika clinica, 2001. 223s. ISBN 80-902536-2-8.

- DUNCAN, E. *Edinburgh Functional Communication Profile (EFCP): An observation procedure for evaluation of disorder communication in the elderly*. Human Communication Canada. 1985, 9/1, str. 26
- EDWARDS, S. *Fluent Aphasia*. Cambridge: The Cambridge University Press, 2005, 230s, ISBN 978-0-511-12876-9.
- FÍŠAR, Z; a kol. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 384s. ISBN 978-80-247-2737-0.
- HARTL P.; HARTLOVÁ H. *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. 774s. ISBN 978-80-262-0873-0
- HEILMAN, K. M.; VALNTSTEIN E., eds. 5th ed. *Clinical neuropsychology*, New York: Oxford University Press. 2012. 690s. ISBN 978-0-19-538487-1.
- HEINRICH, J. *The Secret of Our Success: How Culture Is Driving Human Evolution, Domesticating Our Species, and Making Us Smarter*. Princeton: Princeton University Press, 2016. 439s. ISBN 978-0-691-16685-8
- HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ E.; SUCHÁ, J.; a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum, 2009. 299s. ISBN 978-80-86541-28-0.
- HOLÁSKOVÁ, K. *Přehled vývojové psychologie: Dospělost; Gerontopsychologie*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 189s. ISBN 978-80-244-2433-0
- INCE, Darrel. *A Dictionary of the Internet*. Oxford: Oxford University Press, 2001, 2003. 260s. ISBN 0-19-280460-X.
- HOLLAND, A. L.; FORBES, M. *Aphasia Treatment: World Perspectives*. 1sted. Dordrecht: Springer Science and Business Media, 1993. 376s. ISBN 978-1-4899-7248-4
- JANOŮŠEK, J. *Psychologické základy verbální komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 382s. ISBN 978-80-247-4295-3
- JEDLIČKA, I.; ŠKODOVÁ, E. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 612s. ISBN 80-7178-546-6.
- KASAL, P.; SVAČINA, Š.; a kol. *Internet a medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 224s. ISBN 80-247-0119-7.
- KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; ZAVÁZALOVÁ, H.; SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 861s. ISBN 80-247-0548-6.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

- KOŠŤÁLOVÁ, M.; KLENKOVÁ, J.; BEDNAŘÍK, J.; a kol. *Dotazník funkcionální komunikace DFK: u pacientů s afázií*. CeskSlovNeurol N 2013; 76/109(3): 385–386
- KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 400s. ISBN 978-80-7262-771-4.
- KOUKOLÍK, F. *Já: O mozku, vědomí a sebeuvědomování*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 223s. ISBN 978-80-246-2249-1
- KRAUS, J.; PETRÁČKOVÁ, V.; a kol. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Academia, 2001. 834s. ISBN 80-200-0607-9.
- KULIŠŤÁK, P.; a kol. *Afázie*. 1. vyd. Praha: Triton, 1997. 229s. ISBN 80-85875-38-1.
- KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 380s. ISBN 978-80-7367-891-3.
- KULIŠŤÁK, P.; a kol. *Klinická neuropsychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2017. 902s. ISBN 978-80-246-3068-7
- LECHTA, V.; a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 392s. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LOMAS, J.; et al. *The Communicative Effectiveness Index*. JSpeechHearDisord: 1989. 54; str. 113-124
- LOWE, R. J.; WEBB, W. G. *Mozek a řeč*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 376s. ISBN 978-80-7367-464-9.
- LURIJA, A. R. *Neuropsychologie a vyšší psychické funkce*. 1. vyd. Praha: SPN, 1980. 70s.
- LUŽNÝ, J. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. 159s. ISBN 978-80-7387-573-2.
- PAPATHANASIOU, I.; COPPENS, P. *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (2013), 2nd ed. Burlington: Jones & Bartlett Publishers, 2016. 572s. ISBN 978-1-284-07731-5
- PETRUSEK, M. *Společnost pozdní doby*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. 459 s. ISBN 80-86429-63-6
- MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 361s, ISBN 80-247-0650-4
- MIŠOVIČ, J. *Komunikace ve společnosti*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015. 303s, ISBN 978-80-7380-545-6

- MUMENTHALER, BASSETTI, DAETWYLER, *Neurologická diferenciální diagnostika*, 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 369s. ISBN 978-80-247-2298-6
- NEUBAUER, K. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 227s. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: AKL ČR, 1997. 52s. ISBN 50.
- NEUBAUER, K. *Logopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 133s. ISBN 978-80-7435-109-9.
- NEUBAUER, K.; NEUBAUEROVÁ, L.; JAVORSKÁ, M. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 134s. ISBN 978-80-7435-174-7.
- NAUMANN, Friedrich. *Dějiny informatiky: Od abaku k internetu*. 1. vyd. Praha: Academia, 2009. 422 s. ISBN 978-80-200-1730-7.
- OBEREIGNERŮ, R. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 333s. ISBN 978-80-244-3737-8
- OREL, M.; FACOVÁ V.; a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 256s. ISBN 978-80-247-2617-5
- PETERSEN, R. C. et al. *Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome*. Arch Neurol. 1999; 56: 303-308
- POWELL, Trevor. J. *Poškození mozku*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 197s. ISBN 978-80-7367-667-4.
- PREISS, M.; a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 406s. ISBN 80-7169-443-6.
- PREISS, M.; KUČEROVÁ, H.; a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368s. ISBN 80-247-0843-4.
- PRŮCHA, J., a kol. *Pedagogický slovník*. 7. vyd. Praha: Portál, 2013. 400s. ISBN 978-80-262-0403-9
- REKTOROVÁ, I. *Terapie demencí*. Neurologie pro praxi. 2002, 3/5, s. 260-263. ISSN 1213-1814
- RŮŽIČKA, E; a kol. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 175s. ISBN 80-7262-205-6.
- SACKS, O. *Zrak myslí*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2011. 214s. ISBN 978-80-7438-050-1
- SARNO, M. T. *The functional communication profile : manual of directions*. New York: Institute of Rehabilitation Medicine, New York Univ. Medical Center, 1969. 32s. ISBN

- SHAMES, G. H.; WIING, E. H.; SECORD, W. A. *Human Communication Disorders*. 5. ed. Boston: Allyn and Bacon, 1998. 706s. ISBN 0-205-27002-6 .
- SIOSTRONEK, J.; a kol. *Fotografie a sociologie*. Opava: Slezská Univerzita v Opavě, 2011. 151 s. ISBN 978-80-7248-656-4.
- SMRČKA, M.; a kol. *Poranění mozku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 272s. ISBN 80-7169-820-2.
- SOVÁK, Miroslav. *Uvedení do logopedie*. Praha: SPN, 1978. 318s.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320s. ISBN 80-
- SZTOMPKA, Piotr. *Vizuální sociologie: Fotografie jako výzkumná metoda*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 168 s. ISBN 978-80-86429-77-9.
- TRUHLÁŘOVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1975. 16s. + 103 obrazových tabulí.
- TOFFOLO a kol. *IFCI: Inpatient functional communication interview*. Oxon: Speechmark, 2004. 86s. ISBN 0-86388506-3
- WALLACE, G. L. *Adult Aphasia Rehabilitation*. NEWTON: Butterworth-Heinemann, 1996. 393s. ISBN 0-75069535-8
- WITTLICH, Filip. *Fotografie - přímý svědek?!: fotografický obraz a jeho význam pro historické poznání*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2011. 203s. ISBN 978-80-7422-157-6.
- WORRAL, L. *Functional communication therapy planner*. Bicester: Winslow Press Ltd, 1999. 39s. ISBN 978-05-851-4182-4
- WHO. *MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 280s. ISBN 978-80-247-1587-2
- YIN, R. K. *Case study research design and methods*. Thousand Oaks: Sage, 1989. 166s. ISBN 8601200589665
- ZAJDA, J.; GIBBS D. *Comparative Information Technology: Languages, Societies and the Internet*. Springer Science & Business Media, 2009. 200s. ISBN 978-14-0209-448-4
- ZLATUŠKA, J. *Informační společnost*. Zpravodaj ÚVT MU. 1998; 4/VIII: 1-6
- ZOUNEK, J.; ŠEĐOVÁ, K. *Učitelé a technologie: Mezi tradičním a moderním pojetím*. 1. vyd. Brno: Paido, 2009. 173s. ISBN 978-80-7315-187-4.
- ŽANTOVKSÁ, I. *Rétorika a komunikace*. 1. vyd. Praha: Dokořán, 2015. 287s. ISBN 978-80-7363-712-5

Seznam elektronických zdrojů

WHO. *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: World Health Organization. 2001. [online]. [cit. 24. 10. 2017]. Dostupné na: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/42407>>

VIRTUAL REALITY SOCIETY, *How did virtual reality begin?* [online]. [cit. 15. 2. 2018]. Dostupné na: <<https://www.vrs.org.uk/virtual-reality/beginning.html>>

RUSINA, R.; MATĚJ, R. *Neurologie pro praxi: Vaskulární demence* [online]. [cit. 18. 1. 2018]. Dostupné na: <<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/04/13.pdf>>

WONG, J. C. The Guardian: *Mark Zuckerberg apologises for Facebook's 'mistakes' over Cambridge Analytica* [online]. [cit. 24. 4. 2018]. Dostupné na: <<https://www.theguardian.com/technology/2018/mar/21/mark-zuckerberg-response-facebook-cambridge-analytica>>

Seznam obrazových příloh

1: Model ICI: Health World Health Organization.....	56
3: Další kroky postprodukce v Adobe Photoshop CS6	65
2: Printscreen postprodukce fotografií v Adobe PS Lightroom CC15.....	65
4: Logo Fotografického slovníku funkcionální komunikace.....	70
5: Návrh grafické podoby Fotografického slovníku funkcionální komunikace ..	70
6: Proměna webových stránek www.fotografickyslovník.cz	71
7: Publiková stránka "test FF" na www.fotografickyslovník.cz	72
8: Fotografie "platba v obchodě" (www.fotografickyslovník.cz)	72
9: Schéma 1 (MKN, 2001)	82
10: Vnější kontext užívání jazyka 1	83
11: Vnější kontext užívání jazyka 2	84
12: Kategorie Fotografického testu funkcionální komunikace	86
13: První návrh testu: kategorie 1	91
14: První návrh testu: kategorie 2.....	92
15: První návrh testu: kategorie 3.....	93
16: Fotografický test funkcionální komunikace: 1. list, záznamový list.....	96
17: Fotografický test funkcionální komunikace: 2. list, způsob hodnocení	97
18: Fotografický test funkcionální komunikace: 3. list, obsah testu	98
19: Lidské tělo (kategorie s nepatřící fotografií – úkol č. 7).....	99
20: Vaření v kuchyni (dějový obraz – úkol č. 3).....	99
21: Krizová situace "rozbité sklo" a možné řešení (úkol č. 1č).....	100
22: Dějový obraz "posezení s přáteli" (úkol č. 24).....	101
23: Z kategorie "zdraví", výběr nepatřící fotografie (úkol č. 16).....	102
24: Záznamový list: Případová studie I	106
25: Záznamový list: Případová studie 2	111
26: Záznamový list: Případová studie 3	115
27: Záznamový list: Případová studie 4	119
28: Záznamový list: Případová studie 5	123
29: Záznamový list: Případová studie 6	128
30: Graf vztahů mezi jednotlivými poruchami komunikace v závislosti na věku a výsledcích testu FF	133
31: Návrh pro normu bodového průměru z Fotografického testu funkcionální komunikace.....	134

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s Rektorským výnosem č. 1/2013 a Rozhodnutím děkana č. 27/2017.

Datum:

Podpis studenta:

Přílohy – Fotografický test funkcionální komunikace



FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Záznamový list

Jméno a příjmení: _____

Věk: _____

Diagnóza: _____

Poznámky: _____

Hodnotil: _____

Pracoviště: _____

Celkem bodů: _____

Index FK: _____

Funkcionální komunikace: _____

	Správně	Poznámky	Body
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Hodnocení

Jméno a příjmení:

Věk:

Diagnóza:

Poznámky:

Hodnotil:

Pracoviště:

Celkem bodů:

Index FK:

Funkcionální komunikace:

Bodové hodnocení na základě zvládnutí úloh:

Zadávejte body dle míry komplikací při diagnostice.

4 body	zvládá samostatně
3 body	samostatně zvládá (s časovou prodlevou, opravuje se)
2 body	zvládá s instrukcí, pomocí
1 bod	závažné nedostatky i s pomocí
0 bodů	nezvládá v delší prodlevě ani s pomocí

Věkové hranice a index, norma FF testu (intaktní vzorek populace):

Zaškrtněte věkovou kategorii Klienta pro porovnání.

23 – 45	průměr 106 b
46 – 65	průměr 103 b
66 – 79	průměr 95 b
80 a více	průměr 84 b

Míra postižení v oblasti funkcionální komunikace:

0 – 21	velmi závažná porucha funkcionální komunikace
22 – 42	závažná porucha funkcionální komunikace
43 – 64	středně těžká porucha funkcionální komunikace
65 – 86	lehká porucha funkcionální komunikace
87 – 108	intaktní funkcionální komunikace

FOTOGRAFICKÝ TEST FUNKCIONÁLNÍ KOMUNIKACE

Obsah testu

Fyziologický podklad (denní/základní aktivity, jídlo, lidské tělo): 1 - 9

Potřeba bezpečí (ekonomické dovednosti, dům/domov/rodina, zdraví): 10 - 18

Potřeba participace (práce, lidé/rodina/přátelé, svět a já): 19 -27

1	pomeranč	džus	banán	jablko
2	rozsypané koření	hadr	nůž	paprika
3	vaření v kuchyni	chléb	zelenina	parfém
4	kartáček	mýdlo	pomeranč	hřebec
5	prázdná lednice	potraviny v tašce	koš	sirky
6	vstávání z postele	polštář	provaz	budík
7	ústa	brýle	ruka	oko
8	noha v obvazu	berle	jídlo	činky
9	oblékání se	svetr	ponožky	plastový pytel
10	peníze	peněženka	účetka	kámen
11	chybí peníze	peníze	židle	zapařovač
12	platba v obchodě	peněženka	nákupní taška	kočka
13	klíče	zámek	oheň	klika
14	rozbité sklo	lopatka, smetáček	alkohol	ruka
15	u domu	lampa	tráva	šaty
16	ovoce	zelenina	voda	cigarety
17	krvavé zranění	náplast	nůž	rajče
18	cvičení	činky	míček	šroubovák
19	počítač	mobil	sešit	hračka
20	vybitý telefon	nabíječka	kleště	vidlička
21	v kanceláři	židle	počítač	alkohol
22	snubní prsteny	kytice	dort	činky
23	hádky	objetí	sluneční brýle	polštář
24	přátelské posezení	dort	víno	notebook
25	květina	listy	kámen	sklo
26	plastové lahve	koš	sirky	tráva
27	člověk v přírodě	tráva	léky	květ

