

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Proces obnovování porušených funkcí u osob s motorickou afázií

diplomová práce

Autor: Tereza Polláková

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie (P-SLN)

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

Oponent práce: Mgr. Tereza Koliášová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Tereza Polláková

Studium: P16P0184

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - logopedie

Název diplomové práce: **Proces obnovování porušených funkcí u osob s motorickou afázií**

Název diplomové práce AJ: The recovery process of impaired function in persons with expressive aphasia

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

V diplomové práci jsou zpracovány současné poznatky v oblasti afaziologie. Teoretická část se zabývá vymezením charakteristiky afázie jako neurogenní poruchy, jejími typy, diagnostikou a možnostmi terapie. Práce zahrnuje logopedickou intervenci u osob s afázií. V praktické části je představen terapeutický materiál využitelný u osob s motorickou afázií a následně je popsáno ověření tohoto materiálu v praxi. Kvalitativní výzkum je proveden na základě vypracování vícenásobné případové studie osob s motorickou afázií, které jsou v péči rehabilitačního zařízení.

CSÉFALVAY, Zsolt. Terapie afázie: teorie a případové studie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1. KOUKOLÍK, František. Lidský mozek. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-771-4. NEUBAUER, Karel. Neurogenní poruchy komunikace u dospělých. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4. NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071785466.

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: 20.12.2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu diplomové práce, doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení práce. Za poskytnutí potřebných údajů, odborné rady a vstřícný přístup děkuji klinické logopedce Mgr. Evě Kocábkové. V neposlední řadě mé poděkování patří i pacientům, kteří byli ochotni poskytnout potřebné dokumenty a aktivně spolupracovali v rámci terapeutických sezení.

Anotace

POLLÁKOVÁ, Tereza. Proces obnovování porušených funkcí u osob s motorickou afázií. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 111 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá tématem afázie a blíže se zaměřuje na specifika motorické afázie. V práci jsou zpracovány současné poznatky v oblasti afaziologie, teoretická část se dále zabývá vymezením charakteristiky afázie jako neurogení poruchy, jejími typy, etiologií, diagnostikou a možnostmi terapie. Z teoretického základu následně vychází praktická část práce, která je reprezentována tvorbou souboru stimulačních cvičení k terapii afázie. Výzkum využitelnosti tohoto souboru při terapii u osob s motorickou afázií v praxi je podstatou empirické části práce. Kvalitativní výzkum je proveden na základě vypracování kazuistik osob s projevy motorické afázie v chronickém stadiu onemocnění a následného porovnání jednotlivých výkonů v použitých cvičeních.

Klíčová slova: afázie, terapie, klinická logopedie

.

Annotation

POLLÁKOVÁ, Tereza. The Recovery Process of Impaired Function in Persons with Expressive Aphasia. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2018. 111 pp. Diploma Thesis.

The diploma thesis deals with the theme of aphasia and focuses more closely on the specifics of expressive aphasia. At present, the current knowledge in the field of aphasiology is elaborated, the theoretical part deals with defining the characteristics of aphasia as neurogenic disorders, its types, etiology, diagnostics and therapy. From the theoretical basis follows the practical part of the work, which is represented by the set of stimulation exercises for the therapy of aphasia. Research on the applicability of this set in therapy in expressive-aphasic patients in practice is the essence of the empirical part of the thesis. Qualitative research is carried out on the basis of the preparation of case studies of people with expressive aphasia in the chronic stage and the subsequent comparison of individual exercises.

Keywords: aphasia, therapy, speech therapy

Obsah

Úvod.....	8
1 Afázie jako neurologická porucha	10
1.1 Afaziologie	10
1.2 Symptomy afázie.....	11
1.3 Přidružené poruchy vyšších kortikálních funkcí při afázii	14
2 Etiologie afázie a její klasifikace	17
2.1 Příčiny vzniku afázie.....	17
2.1.1 Cévní mozkové příhody.....	17
2.1.2 Další příčiny vzniku afázie	19
2.2 Typy afázie.....	20
2.2.1 Motorická (Brocova) afázie	22
2.2.2 Další typy afázie	23
3 Diagnostika afázie.....	26
3.1 Diferenciální diagnostika	26
3.2 Neuropsychologické vyšetřovací metody	27
3.3 Logopedická diagnostika afázie.....	28
4 Terapeutické přístupy k osobám s motorickou afázií	32
4.1 Možnosti obnovování porušených funkcí	33
4.2 V praxi využívané terapeutické soubory.....	39
5 Průběh terapie u vybraných osob s projevy motorické afázie	42
5.1 Výzkumná otázka, metodika a cíl práce	42
5.2 Soubor stimulačních cvičení	44
5.3 Použití stimulačních cvičení v rámci terapie	46
5.3.1 Kazuistika č. 1.....	47
5.3.2 Kazuistika č. 2.....	61
5.3.3 Kazuistika č. 3.....	76
5.3.4 Kazuistika č. 4.....	89
5.4 Kvalitativní analýza výsledků kazuistik.....	102
Závěr	104
Použitá literatura	106
Seznam tabulek	110
Seznam příloh	111
Přílohy.....	112

Úvod

Komunikace mluvenou řečí je nedílnou součástí života každého člověka. Každé omezení či neschopnost se domluvit má negativní dopad na celou osobnost jedince. U každé osoby se porucha komunikace projeví jinak v závislosti na jeho vlastnostech, osobnostních rysech a v neposlední řadě na stupni poruchy. V případě osob stížených afázií lze mluvit nejen o poruše řečové komunikace, ale i o motorickém deficitu, který často afázií doprovází (především následkem cévní mozkové příhody) a také o možném výskytu psychických poruch, neboť takové postižení zpravidla zasahuje celou osobnost jedince. Člověku se mění celý život, ve většině případů je nucen opustit zaměstnání a přeorganizovat celý svůj dosavadní život. Schopnosti, které mu dříve přišly zcela automatické musí znovu obnovovat a objevovat jejich funkci. Ke každé osobě s afázií (i jinou neurogenní poruchou) je třeba přistupovat citlivě, s ohledem na její individuální schopnosti a potřeby. Neméně důležité jsou také spolupráce, pochopení a podpora rodiny osoby s postižením.

Téma afázie je velice rozsáhlé a v posledních letech se dostává do popředí právě cílená logopedická terapie v rámci komplexní rehabilitační péče. Práce má ambice věnovat se průběhu terapie u osob s projevy motorické afázie. Je založena na podání ucelených informací o problematice afázie, které vychází z co nejaktuálnějších poznatků v oboru afaziologie. Cílem práce je, na základě těchto poznatků, navrhnout terapeutický soubor stimulačních cvičení, který by byl využitelný v rámci reedukace porušených schopností u osob s afázií a následně ho aplikovat v praxi.

První kapitola se zaměřuje na vymezení pojmu afázie v kontextu afaziologie. V podkapitolách jsou dále popsány konkrétní projevy, s nimiž se u osob s afázií setkáváme, a přidružené poruchy vyšších kortikálních funkcí, které při afázii často koexistují.

Druhá kapitola se zabývá různými příčinami vzniku afázie, přičemž největší pozornost věnuje cévním mozkovým příhodám nejen proto, že se jedná o nejčastější příčinu vzniku neurogenních poruch, konkrétně právě afázie, ale i proto, že cévní mozková příhoda je příčinou vzniku poruchy u všech osob s afázií zařazených do výzkumné části této práce. Dále se tato kapitola věnuje klasifikaci afázií, jejichž druhů je vyjmenováno hned několik. Pro účely práce byla vybrána v českém prostředí nejužívanější klasifikace – Bostonská a další typy dělení jsou popsány spíše okrajově.

Ve třetí kapitole je rozpracováno téma diagnostiky afázie s důrazem kladeným na důležitost diferenciální diagnostiky, rozlišení neuropsychologických vyšetřovacích metod a diagnostiky logopedické. V závěru kapitoly je podrobněji popsáno Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace u dospělých (Neubauer, 2007), které se také objevuje v praktické části práce a je použito k vyšetření osob s afázií, které jsou součástí výzkumného vzorku.

Samotnému praktickému výzkumu je věnována pátá kapitola. Ta obsahuje stanovené výzkumné otázky a cíl výzkumu za využití popsaných výzkumných metod. Cílem praktické části je vytvořit soubor stimulačních cvičení, která jsou zaměřena na reedukaci porušených funkcí při motorické afázii. Samotná tvorba terapeutického materiálu vychází z individuálních potřeb osob s motorickou afázií v chronickém stadiu onemocnění, kteří dochází pravidelně do ambulance klinického logopeda. Před započítím ambulantní formy terapie všichni pacienti z výzkumného vzorku absolvovali rehabilitační pobyty v některém z rehabilitačních zařízení, zpravidla opakovaně v několika z nich. Zmíněné osoby jsou zapojeny do skupinové terapie v rámci logopedické ambulance. Skupina má na každého z nich pozitivní vliv především z psychologického hlediska a z hlediska sociálního kontaktu, který je u nich v důsledku poruchy řečové komunikace omezen. Jedna z pacientek například žije úplně sama, nikoho z rodiny už nemá. Skupina tak slouží jako místo, kde se může setkávat s osobami se stejnými potížemi alespoň v oblasti komunikace. Pacienti si mohou vzájemně sdělovat své problémy, pocity, zkušenosti, a zároveň se nemusí za svůj projev stydět, ani ho nijak skrývat.

Smyslem práce je tedy popsat průběh terapie u těchto osob a zaznamenat práci s vytvořeným terapeutickým materiálem.

1 Afázie jako neurologická porucha

Afázie je dle Neubauera (2015) získaná porucha individuálních jazykových schopností na bázi traumatu CNS. Jedná se vždy o vícemodální jev, při němž bývá ovlivněna percepce mluvního projevu, verbální exprese, lexické a grafické schopnosti a verbálně mnestické funkce.

U osoby s afázií bývá přítomno ložiskové poškození mozku zasahující do funkce kortikálních či subkortikálních jazykových mechanismů dominantní – nejčastěji levé – hemisféry (Love, 2009). Pacient s afázií není schopen přesné přeměny mentální reprezentace tvořící myšlení do symbolů a gramatického uspořádání jazyka a naopak (Koukolík, 2012). Porucha se projevuje se nemožností se srozumitelně vyjádřit verbální řečí, narušením schopnosti chápat signální význam slov, obtížemi s vyhledáváním adekvátních výrazů, závažnými nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií (Neubauer, 2015).

Afázie vzniká při ložiskovém poškození mozku, převážně v levé hemisféře, která je rozhodující oblastí pro intaktní lingvistické struktury řečové komunikace (Cséfalvay in Neubauer, 2014). Rozhodujícím faktorem rozlišení jednotlivých typů afázie je rozsah a lokalizace léze mozku. Nejzávažnější afázie bývají způsobeny rozsáhlými lézemi, které zasahují fronto-temporo-parietální oblasti mozku, nejčastěji při okluzi nebo stenóze arteria cerebri media. Nejčastěji afázie vznikají při ložiskových postiženích mozku v kortikální oblasti. Mohou však vznikat také při lézích níže uložených oblastí mozku, spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech (Cséfalvay, 2007).

1.1 Afaziologie

Afaziologie je nauka zabývající se výzkumem, diagnostikou, terapií a prevencí afázie (Dvořák, 2001). První období afaziologie datujeme do 19. století. První případy pacientů s afázií popsali Broca (1861) a Wernicke (1874). Po smrti těchto osob byla zjištěna různá lokalizace mozkové léze a předpokládal se úzký vztah mezi lézí a typem afázie. Jednotlivé klinické syndromy afázií se dodnes označují právě názvy z 19. století (Brocova, Wernickeho, transkortikální, amnestická afázie), ale za tyto termíny už skrývají nový obsah. Tzv. bostonská klasifikace vychází z faktu, že specifická ložisková léze v mozku vede ke specifickému klinickému obrazu afázie. V dřívějších pracích

přetrvává představa, že určitá lokalizace léze v mozku způsobuje specifické typy afázie (Csefalvay, 2007).

V současnosti byly popsány případy stejného typu afázie při různé lokalizaci léze mozku. Neplatí tedy striktně dříve uznávaný názor, že Wernickeho afázie vzniká lézí ve Wernickeho oblasti mozku a Brocova afázie zase lézí v oblasti mozku zvanou Brocova. V současném pohledu dominuje názor, že klinický syndrom je tvořen koexistencí řady typických jazykových deficitů, které vznikají u různých lézí mozku a také se profiluje systémový vliv léze na vyšší psychické funkce (produkce a porozumění řeči). S koncepcí dynamických funkčních systémů pracoval i zakladatel ruské neuropsychologické školy A.R.Lurija, který pojímá afázii jako součást poruch vyšších kortikálních funkcí. Zabývá se celostním pohledem na deficity CNS a nezaměřuje se pouze na lingvistickou rovinu (Obereignerů, 2013).

Díky vývoji technologie a moderních zobrazovacích metod jsme dnes schopni přesněji předpokládat, které oblasti mozku se podílejí na realizaci určité úlohy. Z těchto lze zmínit CT (počítačovou tomografii), MRI (magnetickou rezonanci) či fMRI (funkční magnetický rezonance), PET (pozitronovou emisní tomografii). Mozková léze způsobuje různé jazykové deficity (Csefalvay, 2007). Díky tomuto pokroku se afaziologie přibližuje k jednotlivým neurovědním oborům. V klinické praxi nechybí vyšetření základních řečových funkcí při vyšetření psychologickém, psychiatrickém či neurologickém. Logopedické postupy zařazují do svých vyšetřovacích metod stále více prvky určené k diagnostice dalších kognitivních funkcí, jako je paměť, pozornost, vizuo-prostorové schopnosti a další (Obereignerů, 2013).

Dle Koukolíka (2012) jsou jednotlivé mozky různých lidí jedinečné podobně otisky prstů. Funkčně stejné korové oblasti mohou být u různých lidí různě velké, s různým objemem a různou lokalizací. Neurokognitivní síť reprezentující jazyk a řeč je tedy mnohem rozsáhlejší než ohraničená oblast známá pod pojmem centrum řeči, je tvořená řadou korových a podkorových oblastí obou hemisfér.

1.2 Symptomy afázie

Afázie jako syndrom sestává z jednotlivých řečových poruch. Je třeba rozlišovat řeč jako lingvistickou složku a mluvu jako složku motorickou. Mluva je zajištěna rozsáhlým nervovým a svalovým systémem. Na tvorbě mluvy se podílí respirační systém, hrtan a supralaryngeální systém (hltan, patro, čelisti, jazyk, rty). Respirační

system je primárním zdrojem energie pro mluvu a hrtan je zdrojem vibrací sloupce vzduchu v tomto systému. Zvuková informace je výsledkem dvou procesů – artiklace jako proces stahování a uvolňování, díky čemuž je možné tvarovat jednotlivé zvuky, a rezonance jako proces formování vzduchem naplněných dutin za účelem posílit určité frekvence zvukové energie (Obereignerů, 2013).

Řečová plynulost neboli verbální fluence je schopnost tvořit pravidelný proud řeči. Normální řečovou plynulostí se rozumí produkce 90-120 slov za minutu. V případě, že slovní produkce klesne pod 40 slov za minutu, jedná se o řeč neplynulou. U afázie se neplynulost projevuje značnou snahou o řečový projev, přidávají se poruchy artiklace a prozodie, narušená bývá i prozodie, gramatika a větná skladba. Osoby s afázií často chybují ve slovesných koncovkách, nedodrží osobu, rod, číslo nebo čas. Opačným extrémem je hyperfluence, tedy stav zvýšené slovní produkce až 200 slov za minutu (Čecháčková, 2003). Slovní projev může být také překotný. V takovém případě ho nazýváme logorea a jedná se o nepřerušovaný tok řeči, při němž není narušena artiklace ani prozodie. Řeč je prázdná, význam vět má často nulovou hodnotu a může se jednat až o tzv. slovní salát. Pacient například nepoužívá podstatná jména, mluví pouze prostřednictvím citoslovcí, částic atd.

Parafrázie je neúmyslná deformace slov různého typu a stupně týkající se celých slov nebo jen některých slabik. Čím četněji se parafrázie v mluvě vyskytují, tím ji činí nesrozumitelnější. Dle Čecháčkové (2003) se jedná o sníženou schopnost až neschopnost větného vyjádření. Nejtěžším stupněm je žargonová parafrázie, při níž prakticky nelze porozumět významu sdělení (př. žduchla – židle). Mírnější formou je parafrázie fonemická, při níž dochází k deformaci tvaru slova, ale některé prvky slova zůstávají zachovány a významu je tedy většinou možné porozumět (př. kopec – kopes) (Obereignerů, 2017).

Typy parafrázie:

- a) **Sémantické parafrázie** – slovo, které si pacient nemůže vybavit nahrazuje významově podobným nebo potřebný pojem vyjádří opisem (př. píše se s tím).
- b) **Fonemická parafrázie** – slovní tvar je deformovaný, ale obsahuje některé správné prvky daného slova, díky čemuž lze porozumět jeho významu. Často jde o záměny fonémů např. papír – patír, kočka – kořa apod.

c) **Žargonová** – slovo je deformováno k nepoznání, významu nelze porozumět, např. židle – ždrucla (Čecháčková, 2003).

d) **Embolofrázie** – neboli tzv. vmetky. Jedná se o osamocené, nadbytečné hlásky či slabiky nebo slova (př. tak tedy, no, ano) (Cséfalvay, 2007).

Neologismy neboli novotvary se mohou vyskytovat jako slova spojená do vět bez patričného významu nebo jako nová slova, která v daném jazyce, jenž osoba ovládá, nejsou obsažena. Neologismy jsou typickým projevem u senzorické afázie.

Porucha artikulace – porucha řeči charakterizovaná špatnou artikulací je označována jako dysartrie. Dysartrii definuje Růžička a kol. (2004) jako „*poruchu artikulace na podkladě postižení centrálního či periferního nervového systému, vedoucí k poruše inervace svalstva jazyka, periorálních mimických svalů, hltanu a měkkého patra, případně při postižení nervosvalového přenosu či artikulačních svalů.*“

Prozódie jako pojem v sobě zahrnuje melodii, intonaci, kladení větného a slovního důrazu. Prozódie má zásadní význam pro vyznění výroku, určuje emoční ladění, odděluje typ věty (oznamovací, tázací, rozkazovací), usnadňuje porozumění (Obereignerů, 2013).

Agramatismus – nedodržování gramatických pravidel při tvorbě vět. Nejčastějším projevem je v českém jazyce porucha skloňování a časování. Obereignerů (2017) uvádí, že ubýváním gramatické struktury vět dochází ke změnám řeči do telegrafického stylu (př. „Doma...pád...volat...nemocnice“).

Stereotypie, automatismy – jedná se o opakování zvuků, slabik, slov nebo větných celků při iniciaci řeči. Stereotypie se často vyskytují u Brocovy afázie. Jako automatismus označujeme spontánně opakovaný jazykový fragment vyskytující se s vysokou frekvencí v běžné řeči (zvolání, výkřiky, vulgarismy atd.).

Echolalie – spontánní opakování otázek či slyšených slov lze nazvat tzv. ozvěnových opakováním slyšeného. Echolalie se vyskytují u transkortikálních typů afázie. Do značné míry porucha indikuje oslabení exekutivních systému, kdy pacient není schopen mírnit své nežádoucí projevy (Obereignerů, 2013).

Perseverace – na rozdíl od předešlých stereotypií a automatismů se odlišují počáteční aktivací vnějším podnětem. Perseverace se svým charakterem řadí k závažnějším symptomům organického původu. Dle Dvořáka (2007) se jedná o ulpívání na určité

reakci, opakování slov či vět po sobě samém, ulpívání na určitých slovech a neschopnost změny.

Anomie – je poruchou pojmenování předmětů a častým fenoménem při počátečních stadiích některých typů demence. Při rozhovoru se anomie projevuje nejen neschopností vybavit si daný pojem a předmět pojmenovat, ale i pomlkami, váháním, hledáním slov. Orientačně hodnotíme přítomnost potíží, pokud si během anamnestického rozhovoru pacient tři a vícekrát není schopen vybavit slovo, které chtěl říct. Místo hledaného pojmu používá *tohle, tamto, ta věc*. Poruchu výbavnosti pojmu (pojmenování osob, činností a předmětů) a orientace v sémantickém systému označujeme jako **dysnomii** (Obereignerů 2017).

Mutismus – pojmem označujeme úplnou ztrátu řeči. V akutním stadiu afázií ovšem používáme pojem globální afázie jako označení syndromu.

Poruchy porozumění – jedná se o obtížně rozpoznatelné poruchy, které mohou být snadno zaměněny za jiný problém. Nebo si poruchy při prvním kontaktu nemusíme vůbec všimnout, neboť pacient reaguje na naše výzvy díky pochopení pokynů z kontextu situace. Poruchu porozumění lze odhalit z projevů chování pacienta. Reakce na naše verbální pokyny jsou nepřiléhavé. Poruchy porozumění jsou u afázií velmi častým průvodním jevem. Často se také stává, že pacient vykoná jednoduchou výzvu správně, avšak složitější příkaz neprovede. Při diagnostických vyšetření je porozumění jedním z nejdůležitějších kritérií hodnocení, protože pokud pacient nerozumí úkolu, je hodnocení zkreslené. Typickým příkladem přítomnosti poruchy porozumění je Wernickeho afázie, dále pak transkortikální, smíšená a globální afázie (Obereignerů 2013, Čecháčková 2007).

1.3 Přidružené poruchy vyšších kortikálních funkcí při afázii

Mezi frekventovaně se vyskytující přidružené poruchy při afázii patří řečová apraxie, alexie, agrafie, akalkulie či neglect syndrom. V následujícím textu jsou krátce popsány.

Apraxie

Apraxie je porucha motorického plánování, která není parézou, oslabením nebo poruchou koordinace svalstva, ani důsledkem sensorických poruch, poruch porozumění či poruchy pozornosti (Geschwind, 1975). Je při ní narušena integrace motorických komponent k provádění naučených pohybů. Love (2009) rozlišuje několik typů afázie

a zdůrazňuje výskyt některých forem právě při afázii, k nimž dochází nejčastěji při poruše oblastí motorických asociačních oblastí a asociačních drah. V logopedické literatuře je nejčastěji popisovaná orální a řečová apraxie, které se mohou vyskytovat nezávisle na sobě nebo spolu koexistovat.

a. Orální apraxie

Orální apraxie představuje neřečovou poruchu, je charakterizována neschopností provádět neřečové pohyby orálního svalstva přesto, že automatické pohyby týchž svalů jsou zachovány. V některých případech mohou být zachovány rovněž imitační pohyby (Love, 2009).

b. Řečová apraxie

Řečová apraxie často doprovází klasickou Brocovu afázii. Při této poruše má postižená osoba zachované porozumění, ale narušenou schopnost sladit řečové pohyby, správně artikulovat, aby byla jeho řeč srozumitelná. U osoby s řečovou apraxií se vyskytují nekonzistentně chybně artikulovaná slova a vyskytují se u ní tzv. ostrůvky plynulé řeči, které přisuzujeme spíše automatickému projevu či navyklým frázím, než řízené činnosti. Řečovou apraxií je obtížné diagnostikovat obzvláště za současného výskytu afázie a dysartrie. Je třeba provést důkladnou diferenciací diagnostiku, kterou by měl provádět erudovaný logoped-afaziolog. Na rozdíl od pacienta s motorickou afázií má osoba s řečovou apraxií potíže s vylovením slova, nikoliv s jeho hledáním. Pacient s dysartrií naopak trpí oslabením či ochrnutím svalů ovládajících mluvidla a z toho plynoucí poruchy řečového projevu jsou zjevně konzistentní (Kulišťák, 2011).

Alexie

Alexie je porucha porozumět čtenému textu. Obvykle bývá přidružená k afázii, ale může se vyskytovat i samostatně. Kulišťák (2011) konkrétně uvádí výskyt alexie společně s agrafií, bez agrafie či jako hemialexie (potíže při čtení v levém zorném poli). Alexie při afázii se vyskytuje v důsledku postižení zadního horního temporálního laloku a gyru angularis¹. Love (2009) dodává, že symptomy alexie jsou v afaziologii chápány jako náležitá součást klinického obrazu daného typu afázie, nikoliv jako rys alexie samotné.

¹ Mozkový závit umístěný na pomezí mezi spánkovým, temenním a týlním lalokem

Agrafie

Psaní je komplexní motorická schopnost, kterou se člověk učí v průběhu života. Tato schopnost vyžaduje převedení symbolů mluvené řeči na symboly řeči psané (Love, 2009). Agrafii lze definovat jako porušenou schopnost vyjádřit se písemným projevem. V poměrně rozsáhlé literatuře se vyskytuje několik různých třídění. Kulišťák (2011) popisuje konkrétně agrafii s expresivní afázií, která se váže k tématu této práce. Je charakterizovaná pragrafiemi písmen a paragramatismy. Typické je používání podstatných jmen a infinitivu sloves. Pacient zvládne napsat slova, jména, adresu, ale nepopíše vývoj svého případu. Schopnost opisu bývá neporušena (Obereingerů, 2013).

Akalkulie

Počítání zahrnuje množství duševních procesů a počtářská dovednost je zdatně závislá na vzdělání. Akalkulie neboli porucha počtářské dovednosti se často pojí s tzv. Gerstmannovým syndromem, který je tvořen agnozií prstů, pravo-levou dezorientací, agrafií a právě akalkulií (Čecháčková 2007, Kulišťák 2011).

Neglect syndrom

Unilaterální neglect je typickou poruchou při lézích pravého parietálního laloku. Projevuje se zanedbáváním levé poloviny vlastního těla i levé části prostoru vůbec (Kulišťák, 2011). V praxi se neglect může projevit tak, že si pacient neobléká levou stranu těla, muži si neholí levou tvář, nesní jídlo na levé straně talíře, nečte levou polovinu textu, začíná psát až od poloviny papíru atd.

2 Etiologie afázie a její klasifikace

Afázie je porucha individuálního jazykového systému, která se dotýká významné části populace dospělých a stárnoucích osob. Tato porucha může mít různou etiologii a stejně tak se lze setkat s různými přístupy k dělení jednotlivých typů afázie. Proto se tato kapitola věnuje právě shrnutí a objasnění problematiky příčin vzniku afázie a následnému popisu jednotlivých známých typů.

2.1 Příčiny vzniku afázie

Příčinou afázie bývají nejčastěji vnitřní somatické komplikace a onemocnění nebo vnější příčiny. V obou případech má změna dopad na organický substrát mozku.

2.1.1 Cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou nejčastější příčinou vzniku afázie. Laska a kol. (2001) uvádí výskyt afázie u 21 – 38 % pacientů po akutních cévních mozkových příhodách. Klinický obraz závisí na lokalizaci léze.

Zásobení mozku

Přední a střední část mozku je zásobena pravou a levou krkavicí (arterií carotis interna), která se dělí na přední a střední mozkovou tepnu (a. cerebri anterior a media). A. cerebri anterior zásobuje přední a mediální část a a. cerebri media střední a laterální části příslušné hemisféry. Pravá a levá vertebrální arterie zásobují týlní lalok, mozeček a mozkový kmen a dále se spojují v a. basilaris, z níž vycházejí větve na pravou a levou stranu (Love, 2009).

Hlavní mozkové tepny vytváří tzv. circulus arteriosus Willisii, který je umístěn na lební bázi a má velký význam při eventuálních uzávěrech velkých tepen. V takovém případě krev může z nezasazeného řečiště proudit do oblasti uzavřeného řečiště (pokud je uzávěr pod Willisovým kruhem). Ovšem Willisův kruh nemusí být vždy dokonale vytvořen a mohou chybět některé spojky nebo bývají velmi slabé a nedostatečné (Kulišťák, 1997).

Postižení mozkových cév

Postižení mozkových cév může být získané i vrozené. Získané postižení se může projevit jako:

a) Lokální změny cév způsobující lokální snížení nebo přerušení prokrvení a vedoucí k lokální ischemii a způsobují infarkt mozku (encefalomalacii);

b) Generalizované změny cévní způsobují generalizované **ischemické postižení** (způsobené nedokrvením) a vedou k víceložiskovým ischemickým změnám, případně k atrofii mozku.

Příčina sníženého prokrvení mozku je extracerebrální. Čecháčková (2007) rozlišuje tři typy příčin:

1. Může se jednat buď o **embolii**, kdy je céva ucpaná krevní sraženinou ze srdce (při srdečních vadách) nebo z karotidy v oblasti krku;
2. Příčinou může být snížení prokrvení mozku vlivem nedostatečné srdeční činnosti – **hypoperfuze**;
3. Nebo může snížené prokrvení mozku zapříčinit **trombóza** mozkových cév, tedy srážení krve v cévách, jenž se pozvolna, postupně vyvíjí.

Jedním z velmi častých příčin teritoriálního infarktu je uzávěr arteria cerebri media či disekce arteria carotis interna. V klinickém obrazu v takovém případě dominuje hemiparéza včetně n. VII facialis s větším postižením horní než dolní končetiny nebo kompletní hemiplegie v dominantní hemisféře. Důležité je i vyšetřování elevace ramen, neboť zachování schopnosti tohoto pohybu na postižené straně obvykle znamená příznivou prognózu. Základním diagnostickým prostředkem je CT mozku. Magnetická rezonance sice identifikuje známky ischemie časněji, dostupnost je ale podstatně omezenější. Navíc se léčebné metody opírají právě o CT snímky (Kalina, 2000). CT vyšetření může zaznamenávat patofyziologické děje v různých časových úsecích během celého onemocnění a v současné době má v neurologii dominantní postavení při vyšetřování patologických procesů (Pfeiffer, 2007).

c) Mozková hemoragie (krvácení) způsobí zničení či utlačení mozkové tkáně výronem krve z prasklé cévy. Nejčastější příčinou je hypertenze (vysoký krevní tlak). Může prasknout aneurysma (tepenná výduť), krvácení může být projevem mozkového nádoru nebo úrazu. Krvácení může vzniknout v jakékoliv oblasti mozku, nejčastěji se jedná o

oblast bazálních ganglií, mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku či o subarachnoideální krvácení – tzn., že dojde k výlevu krve mezi mozkové pleny, nejčastěji se tak děje v případě prasknutí aneurysmatu (Čecháčková 2007).

Vrozené postižení mozkových cév není předmětem této práce, avšak pro úplnost je vhodné alespoň zmínit jeho možnost výskytu. Vyskytuje se ve dvou formách – aneurysma a arteriovenózní malformace.

a) Aneurysma (tepenná výduť) je vrozené zeslabení a vyduťování cévní stěny, která může prasknout. Krev se tak dostane do subarachnoideálního prostoru a dojde k tzv. subarachnoideálnímu krvácení (SAK).

b) Arteriovenózní malformace (zkrat) připravuje mozek o krev a působí lokální či difúzní hypoxii mozku. Stěny malformovaných cév jsou velmi tenké, mohou snadno prasknout a způsobit krvácení do mozku nebo SAK (Nebudová in Kulišťák, 1997).

2.1.2 Další příčiny vzniku afázie

Dalšími příčinami vzniku afázie mohou být různé úrazy mozku, nádorová onemocnění, záněty mozku, degenerativní onemocnění CNS nebo, v poslední době čím dál tím častější, intoxikace mozku.

Traumatické postižení mozku

Úrazy mozku jsou po cévních onemocněních druhou nejčastější příčinou vzniku afázie. Vzhledem ke vzrůstajícímu počtu dopravních nehod se závažnými následky jejich procento stále stoupá. Neubauer (2007) pracuje s faktem, že až 50 % dopravních nehod je doprovázeno úrazy mozku, z nichž asi ve třetině případů dochází ke vzniku poruchy řečové komunikace. V případě krátké ztráty vědomí z důvodu otřesu mozku většinou nedochází ke vzniku fatické poruchy. Zhmždění mozku může mít tři různé podoby, přičemž při středně těžkém poranění může být přítomna afázie s dobrou prognózou, při těžkém úrazu hlavy může dojít k bezvědomí trvajícím asi šest hodin a v důsledku dlouhodobého stavu bezvědomí může vzniknout apalický syndrom (Čecháčková, 2007).

Mozkové nádory a infekce

Výskyt mozkových tumorů se udává asi u 0,3 – 2,6 % neurologických pacientů. O tom, zda ke vzniku afázie dojde či nikoliv rozhoduje lokalizace nádoru. Dle lokalizace a typu se nádor může projevit jako celá škála neurogenních komunikačních poruch. Afázie může vzniknout při tumoru mozku jakékoliv histologické povahy. Poruchy funkcí, na

rozdíl od cévních onemocnění mozku, nastupují pozvolna či skokově progredují. K infekčnímu onemocnění CNS často dochází po traumatickém poranění CNS či po operačním výkonu. Při komplikovaném průběhu mohou tato onemocnění, především encefalitidy či myelytity, zanechat reziduální chronické postižení i v oblasti řečové komunikace a verbální paměti (Neubauer, 2007).

Zánětlivá onemocnění mozku

Při zánětu mozku se většinou jedná o akutně probíhající onemocnění, které postihuje jak mozkovou tkáň, tak i mozkové pleny (Čecháčková, 2007).

Degenerativní onemocnění CNS

Degenerativní onemocnění CNS je často příčinou vzniku pozvolna progredujících dysartrií a dyspraxií. Při většině těchto onemocnění nejsou zasaženy kognitivní a fatické funkce, ale centrální motorický systém. Z degenerativních onemocnění CNS, při nichž se může afázie vyskytnout lze zmínit Alzheimerovu nemoc či Pickovu nemoc. Alzheimerova nemoc dle Neubauera (2007) zapříčiňuje 50 – 60 % všech demencí.

Intoxikace mozku

Nadměrné užívání alkoholu a dalších drog může vést k poškození mozku stejně jako otrava jedovatými plyny (např. oxid uhelnatý). Vlivem intoxikace dochází často k poruchám komunikace a především k deterioraci celé osobnosti člověka (Čecháčková 2007).

2.2 Typy afázie

V literatuře bylo publikováno již několik klasifikačních systémů afázií, které mohou na první pohled vypadat velmi odlišně. Pravdou ovšem je, že z hlediska podstatných klinických symptomů jsou si velmi podobné. Odlišnosti vznikají především terminologicky, a také odlišným pojetím syndromů. Dnešní pohled na afázie je komplexnější, neboť je fatická porucha brána jako součást tzv. poruchy kortikálních funkcí. Afázie je poruchou lingvistickou, neurologickou a kognitivní, z čehož vyplývá požadavek na interdisciplinární rehabilitaci. Tím, že se na terapii afázií podílí více různých oborů (neurologie, klinická logopedie, klinická psychologie, neuropsychologie, lingvistika) vzniklo několik různých klasifikací a jednotný systém nebyl doposud vytvořen (Obereignerů 2013, Čecháčková 2007).

V klinické praxi je stále nejužívanější dělení na motorickou (Brocovu), senzorickehou (Wernickeho) a globální afázii. Značně zjednodušení dělení vychází z rozlišení, zda se jedná o poruchu vlastní řečové produkce (vytváření kódů) v případě expresivní afázie, anebo je porušeno porozumění a jedná se o receptivní afázii. Neurologové také často vycházejí z obecného dělení na fluentní a nonfluentní formy afázie.

Z velkého množství možného dělení afázie lze uvést tři nejčastější systémy. Jedním ze směrů kategorizujících jednotlivé typy afázie je Kimlova klasifikace afázií. Jedná se o symptomově orientovaný přístup, který charakterizuje konkrétní typy afázie dle lingvistických kritérií. Dokáže precizně popsat jednotlivé typy, ale chybí zde pohled na osobu s afázií z hlediska postižení celé CNS (Čecháčková 2007).

Dalším typem klasifikace je ruská neuropsychologická škola zastoupená A. R. Lurijou. Lurijův přístup se od klasické Bostonské klasifikace liší v tom, že ložiskové poškození mozku rezultuje primární defekt, který se manifestuje typickou symptomatologií. Lurija ve své klasifikaci rozlišuje mimo jiné dva typy motorické afázie – aferentní a eferentní v závislosti na tom, zda jsou zasaženy dostředivé či odstředivé dráhy převádějící vzruchy mezi centrální nervovou soustavou a periferií (Cvetkovova, 1989).

Třetím a nejrozšířenějším typem klasifikace je již zmíněná Bostonská afaziologická škola opírající se o lokalizaci léze. Klade důraz na vztah mezi symptomem a různými oblastmi léze mozku (Obereignerů, 2013).

Bostonská klasifikace hodnotí čtyři základní percepčně-kognitivní schopnosti: pojmenování předmětů i obrazových souborů, fluenci spontánního řečového projevu, porozumění mluvené řeči a schopnosti opakování hlásek, slabik, slov a vět (Obereignerů 2013, Neubauer 2007, 2014, 2015). Osoby s afázií mají v různé míře potíže s porozuměním a vyjádřením jazyka. Při Wernickeho (senzoricke) afázii mívají pacienti potíže při sluchovém vnímání jazyka, při percepci řeči v sémantické rovině, ale jsou schopni mluvit plynule. Řečový projev osob s Wernickeho afázií se projevuje špatným pojmenováním, opakováním i rozuměním. Důležitý je také fakt, že si osoba svou poruchu řeči neuvědomuje. Naopak člověk s Brocovou (motorickou) afázií si bývá vědom své neplynulé, těžko utvářené mluvy. Frekventovaně se v projevu vyskytují parafrázie a perseverace. Časté jsou také agramatismy, potíže s opakováním vět. Porozumění bývá v tomto případě zachováno. Nejzávažnějším typem je globální afázie projevující se úplnou ztrátou produkce řeči nebo rozumění jazykovém obsahu sdělení

(Neubauer 2015, Csefalvay 2007). Čecháčková (2007, str. 154–157) uvádí dále Hrbkovu či Olomouckou klasifikaci.

Zpracování praktické části této práce vychází právě ze zmíněné Bostonské klasifikace. Vzhledem k zacílení práce je v následujícím textu podrobněji popsána motorická afázie a její projevy. Další typy jsou zmíněny spíše okrajově.

2.2.1 Motorická (Brocova) afázie

Love (2009) charakterizuje Brocovu afázii jako nonfluentní poruchu se sníženou řečovou produkcí, větší námahou při řeči, přítomností dysprozodie a agramatismů. U tohoto typu afázie dominuje porucha v plynulosti a expresivní složce řeči, jenž je způsobená lézí lokalizovanou v levém frontálním laloku (Brocova area), ale také v částech ležících před a za touto oblastí (Cséfalvay, 2002). Zasažena je zadní třetina levého dolního čelního závitu společně se sousedícími korovými poli, přilehlou bílou hmotou a případně bazálními ganglii Obereignerů, 2013). Brocova oblast dle Koukolíka (2012) neslouží pouze k tvorbě řeči, ale její funkční význam je širší. Brocova area je aktivována nejen syntaktickou analýzou, ale i aritmetickými operacemi a zpracováním hudby. Podílí se i na chápání jazyka a její funkce je součástí procesu chápání akce druhých lidí (tzv. mentalizace).

Řečová produkce je při Brocově afázii narušená, zatímco porozumění bývá relativně dobře zachováno. Problémy s porozuměním však mohou činit gramaticky složitější celky a jazykové konstrukce. Řečovou produkci ovlivňují dynamické změny po vzniku léze a v akutní fázi dochází až k anarthrii (neschopnost verbálně se vyjádřit). Osoba s motorickou afázií mluví s patrným úsilím, ale s jasným komunikačním záměrem. Spontánní řečový projev bývá neplynulý, tvořený s námahou, někdy je zredukován na jednoslovné promluvy (Dvořák 2001, Neubauer 2014, 2015).

Převládajícím symptomem je těžkopádná agramatická řeč s množstvím fonemických a verbálních parafází. Agramatismus je jedním z nejnápadnějších příznaků a projevuje se především užitím nesprávného tvaru slova, výraznou redukcí sloves a neplnovýznamových slov ve spontánní produkci. Osoby s afázií často nesprávně užívají funkční slova (např. spojky a, nebo, ale), předložky, zájmena či přípony vyjadřující například minulý čas nebo rod osoby. Důsledkem je tzv. telegrafický styl řeči. Dalším příznakem je poškozená syntaxe projevující se neschopností organizovat slova do vět dle gramatických pravidel. Výjimkou není ani výskyt poruch v chápání

řeči, kdy u pasivních vět je pro pacienta obtížné určit podmět věty, tedy KDO co udělal (Koukolík, 2012). Např. ve větě „Zloděj byl zadržen policistou“ má osoba s afázií potíží určit, kdo koho zadržel. V aktivním tvaru („Policista zadržel zloděje.“) větu chápu bez problému.

U Brocovy afázie se mohou vyskytovat i perseverace. Například, pokud má pacient v úkolu pojmenovat předměty na obrázcích, může se stát, že se výraz „zablokuje“ a je opakován i při pojmenování dalšího předmětu. Dalším častým symptomem je alexie a agrafie. Příznaky při poruše čtení a psaní jsou podobným potíží v mluvené řeči. Love (2009) obecně charakterizuje hlasité čtení a porozumění čtenému u osob s Brocovou afázií jako špatné, avšak někteří pacienti mohou vykazovat relativně dobrý výkon. Neubauer (2014) a Cséfalvay (2002) k tomuto dodávají, že čtení může být narušeno jak při vstupu (během dekodování slov), tak i při výstupu, kdy se naruší kódování slov, což se projeví jako porucha čtení nahlas. Podobně jako při mluvené řeči se i při psaní vyskytují těžkosti při aktualizaci slov z ortografického lexikonu. Opakování a pojmenování bývá postiženo, někdy se však projevuje lepším výkonem než v oblasti spontánní řeči. Konfrontační pojmenování (pojmenování předmětů a obrázků) bývá omezené. Autoři se shodují, že u řady pacientů je afázie doprovázena i poruchou motorického charakteru, jako např. řečová apraxie a dysartrie (Cséfalvay 2007, Love 2009, Neubauer 2014, 2015).

Pacient s motorickou afázií má náhled na svou poruchu a neschopnost vyjádřit se může vést k frustraci a psychickému vyčerpání. V rámci vývoje může motorická afázie přecházet v transkortikální, kondukční nebo anomickou formu afázie (Obereignerů, 2013, Neubauer, 2015).

2.2.2 Další typy afázie

Vzhledem k zacílení práce jsou v následujících odstavcích další typy afázie, pro zachování ucelenosti tématu, zmíněny alespoň okrajově.

Senzorická (Wernickeho) afázie

Osoby se senzorickou afázií se projevují poruchou rozumění, pojmenování a opakování. Dominujícím symptomem je porucha dekodování mluvené (i psané) řeči, díky čemuž je u značné části osob s Wernickeho afázií těžce porušeno opakování. Při pojmenování jsou časté parafrázie, a to jak na fonologické, tak i lexikální úrovni. Pacienti si zpravidla nejsou vědomi své poruchy řeči a jejich řečový projev je fluentní. Projev bývá výrazně

akcelerovaný a často se v něm vyskytují neologické výrazy a parafrázie. Schopnost reprodukovat slova je narušena. Mluva vytváří dojem inkoherence a nepřiléhavosti a obtíže osob mohou být mylně diagnostikovány jako psychiatrická onemocnění. Projevy sensorické afázie se většinou vyvíjí přes neologický a sémantický žargon až po anomii (Cséfalvay 2007, Neubauer 2014, 2015).

Globální (totální) afázie

Při globální afázii jsou postiženy všechny fatické funkce, řečový projev je neplynulý a pro člověka je velmi obtížné až nemožné verbálně sdělit jakoukoliv obsahovou informaci. Závažně je porušeno porozumění řeči i řečová exprese. Opakování je omezené na stereotypní spojení a často i expresivní nadávky. Pacient tedy buď mlčí, nebo produkuje repetitivní vokalizaci. Konfrontační pojmenování je stejně jako schopnost lexie a grafie těžce narušené. Stav může perzistentně přetrvávat nebo se vyvinout do obrazu motorické afázie (Love 2009, Neubauer 2015).

Kondukční (centrální) afázie

Kondukční afázie se řadí k fluentním typům afázie. Výskytu fonemických parafrází a porušenému opakování s častými fonémovými záměnami kontrastuje relativně dobrá fluence i dostatečné rozumění verbálnímu projevu. Opakování je oproti produkci slov výrazně horší a při snaze slova opakovat se vyskytují četné parafrázie. Konverzační řeč bývá fluentní, parafatická a ve srovnání s Wernickeho afázií je její kvantita obecně nižší. Pacienti chybují i v konfrontačním pojmenování. U kondukční afázie bývá dobrá prognóza, většinou dochází ke kompletní úpravě poruchy či přetrvávají pouze anomická rezidua (Kulišťák 1997, Love 2009).

Transkortikální sensorická (echolická, asémantická) afázie

Při tomto typu afázie má osoba porušené především porozumění. Řečový projev bývá fluentní, s dobrým opakováním. Často však chybí i porozumění opakovanému, a tak odpovědi na otázky mohou postrádat koherenci nebo obsahovou informaci. Prognóza vývoje bývá dobrá, poměrně často dochází k úplné úpravě příznaků nebo přecházejí v anomické obtíže (Neubauer, 2014, 2015).

Transkortikální motorická (echolická, adynamická) afázie

Spontánní řečová produkce je velmi omezená, řeč je chudá s máloslovnými odpověďmi, často chybí prediktát – to vše v důsledku poruchy řečové iniciace. Opakování bývá

zachováno na úrovni slov a krátkých obrátů, relativně dobře je zachováno i rozumění. Prognóza je relativně dobrá a může se vyvinout od anomie až po „ad integrum“, tedy úplné vymizení příznaků (Neubauer, 2007, 2014, 2015).

Dysnomická afázie

Dysnomická (Neubauer 2007, 2014), některými autory (např. Love, 2009) nazývaná jako anomická, afázie se projevuje obtížemi ve vybavování slov, tzv. anomie (popř. dysnomie). Fluentní řečový projev bývá přerušován anomickými pauzami. Problémy jsou patrné u pojmenování předmětů a činností. Typickým projevem jsou tzv. cirkumlokece, tedy opisování slov, která si pacient nemůže vybavit. Největší obtíže se projevují právě při nalézání a výběru slov z vlastní slovní zásoby. Rozumění i pojmenování bývá zachované, stejně jako opakování. Potíže s vybavností slov se mohou projevovat i v písemném projevu. Tento typ se nejčastěji vyskytuje jako reziduum po některém z předchozích typů afázie.

Transkortikální smíšená afázie

Tzv. syndrom izolace řečových zón klinickým obrazem připomíná globální afázii s výjimkou reprodukce slov či frází. Transkortikální smíšená afázie je charakterizována nonfluentním projevem s řečovými stereotypy, těžkou poruchou porozumění a zachovaným opakováním slov (Cséfalvay, 2002).

3 Diagnostika afázie

Pro zahájení úspěšné terapie je potřeba provést kvalitní diagnostické zhodnocení stavu pacienta. V zahraničí bylo již publikováno velké množství diagnostických klinických i testových materiálů. Není v možnostech této práce, ani jejím účelem, všechna vyšetření vyjmenovat. Následující kapitola se v první řadě zabývá diferenciální diagnostikou, která je důležitou složkou diagnostiky. V následujícím textu je pak zmíněn výčet některých nejznámějších vyšetřovacích metod, které jsou rozděleny na neuropsychologické metody a logopedické testy. Podrobněji je popsána škála „Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace u dospělých osob“ (VZNPŘK, Neubauer 2007), která je aplikovaná na výzkumný vzorek v praktické části práce.

3.1 Diferenciální diagnostika

V rámci diferenciální diagnostiky je třeba odlišit v oblasti neurogenních řečových poruch projevy poruchy individuálního jazykového systému, především afázie (řadíme sem však i projevy alexie a agrafie) od projevů motorické řečové poruchy, tedy dysartrie či apraxie a projevů kognitivně – komunikační poruchy, čímž chápeme globální deterioraci u demence nebo parciální poruchy kognitivních funkcí (Obereignerů 2013).

Zatímco **afázie** je, jak již bylo vysvětleno výše, porucha užití individuálního jazykového systému, **dysartrie** představuje motorickou řečovou poruchu. Porucha se v různé míře projevuje v oblasti dýchání, fonace, rezonance a artikulace. Symbolické – fatické funkce (lexie, grafie, gnozie, kalkule atd.) nebývají porušeny, nevyskytují se parafrázie, mluva bývá i přes těžkosti v utváření plynulá. Nekonstantní poruchy programování řečových prvků, hlásek, slabik, jejich záměny, vynechávání či perseverace nazýváme **řečová dyspraxie**. V tomto případě projevy poruchy nebývají spojeny s poruchou dalších motorických řečových schopností. Různé typy **apraxií** mohou být zaměněny s globální či percepční afázií v případě, že pacient nereaguje na daný podnět nebo reaguje neadekvátně, protože nerozumí. Podobně u agnózie člověk nereaguje na pobídku ne proto, že by nerozuměl, ale proto, že předmět nepoznává. **Kognitivně-komunikační deficity** vyskytující se převážně jako následek úrazu CNS či počátku degenerativních onemocnění způsobují difúzní úbytek kognitivních funkcí v oblasti

verbální paměti, cílené pozornosti, zrakové a sluchové diferenciaci (Neubauer 2014, Čecháčková 2007).

3.2 Neuropsychologické vyšetřovací metody

Cílem neuropsychologického vyšetření osoby s fatickou poruchou je zhodnocení stavu vyšších psychických funkcí (řečové, gnostické, mnestické a praktické funkce), které mohou být porušeny.

Kompaktní neuropsychologické testové baterie

Při vyšetřování poruch fatických funkcí se obvykle pracuje s částí expresivní a impresivní řeči, čtení, psaní, počítání, případně další složky vyšetření v závislosti na schopnostech a možnostech pacienta vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu a psychickému rozpoložení.

Celosvětově známým, avšak rozporuplně přijímaným vyšetřením je **Lurijovo neuropsychologické vyšetření**, které se objevuje buď v jeho základní klinické formě, nebo v různých standardizovaných podobách (např. „*Luria-Nebraska Neuropsychological Battery*“). Základní záznam vyšetřovacího postupu A.R.Luriji zachytila A.L.Christensenová (1974) jako „*Lurija Neuropsychological Investigation*“. Do české podoby byl vyšetřovací postup také přeložen (Richter, 1977), nicméně vzhledem k jeho klinické, nepsychometrizované podobě je rozporuplně použitelný. Dalším testem je **Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery** (Reitan, Wolfson, 1985) a uvedena by zde měla být i **Western Aphasia Battery** (Kertesz, 2007), která je tvořena osmi subtesty vyšetřujícími spontánní projev, prozumění slyšené řeči, opakování, cílené pojmenování, čtení, psaní, praxii, kalkulii a konstrukční schopnosti. Dle získaných skóre v jednotlivých modalitách lze určit typ afázie, nikoliv však podrobnější informace o stavu řečových, fatických či symbolických funkcí (Cséfalvay 1995).

Mezi samostatné neuropsychologické techniky lze zařadit Ravenovy barevné progresivní matice, The Wisconsin Cards Sorting Test (Milner, 1963; Drewe, 1974), Rey-Osterriethovy figury – obkreslení a paměťové vybavení. Tzv. vizuokonstrukční úloha., Block Design – „kostky“, jsou součástí Wechslerovy revidované škály k vyšetření rozumových schopností (WAIS-R) (Říčan a spol., 1983), MFD (The Memory for Designs Test – Graham, Kendall, 1960) – geometrické figury různé

náročnosti na samostatných předlohách (pacient z paměti kreslí, co předtím viděl), RMT (Rey Memory Test) – ověření bezprostřední zrakové paměti (Neubauer 2015).

3.3 Logopedická diagnostika afázie

Komplexní diagnostika osob s poruchami CNS by měla být mezioborovou spoluprací mezi neurologem, klinickým psychologem, klinickým logopedem a sociálním pracovníkem (Neubauer, 2015). Diagnostika afázie hodnotí poruchy komunikačního procesu u vyšetřované osoby a na základě tohoto zhodnocení stanovuje stupeň poruchy především ve vztahu k praktické realizaci kontaktu a komunikace s okolím. Základním požadavkem při volbě klasifikační metody je pro klinického logopeda možnost rutinního provádění vyšetření u všech pacientů. Vyšetřovací schéma by mělo mít potřebnou jednoduchost a nenáročnost na výkon, aby bylo dobře využitelné v praxi a poskytlo srovnatelné výsledky pro celé spektrum osob. Je potřeba respektovat odlišnost dle věku, závažnosti stavu, intelektu, dosaženého vzdělání i případné psychické potíže. Vzhledem k tomu, že je často vstupní vyšetření prováděno u pacienta na lůžku za přítomnosti ostatních pacientů, vyžaduje diskrétní interakci, jejíž podstatu a výsledky by okolí, pokud možno, nemělo zaznamenat (Mimrová in Kulišťák, 1997).

Logopedické diagnostické materiály

V zahraničí i v našem prostředí byla publikována celá řada různých testových materiálů, které odrážejí velké množství diagnostických a terapeutických poznatků. Dle Neubauera (2014) lze obecně rozdělit klinické diagnostické materiály a škály na orientační, screeningové a komplexní postupy.

Úkolem **orientačních vyšetření** je především zhodnotit aktuální stav řečové komunikace a vymezit zachované komunikační schopnosti, které lze využít pro započatí terapeutického procesu. Tato vyšetření by měla respektovat celkový stav a vysokou únavnost, kterou často trpí člověk v subakutním stadiu. Volně přístupné vyšetření VAFO pro subakutní stavy publikovala Herejková (2007) a je určené pro nejranější diagnostiku pacientů na oddělení ARO, JIP, neurologie či neurochirurgie (Klinická logopedie, online).

Screeningové vyšetření afázie se zaměřuje na zjištění přítomnosti poruchy fatických funkcí. V českém prostředí patří mezi nejvyužívanější screeningové testy Token test (DeRenzi, Vignolo, 1962), jehož administrace spočívá v manipulaci s barevnými obrázky ve čtyřech sadách na základě verbálních pokynů. Je zaměřen na kvantifikaci

receptivní složky řeči a krátkodobou verbální paměť. Token test lze použít kromě screeningového účelu i pro komplexní zhodnocení percepce vyšetřované osoby (Čecháčková, 2007). Provedení současné revidované formy (Preiss, 1996) zabere 10 až 15 minut.

Dalším často používaným screeningovým vyšetřením je AST (Aphasia Screening Test), které umožňuje v rámci deseti minut zhodnotit obtíže v užívání individuálních jazykových schopností vyšetřované osoby. Zaměřuje se také na odhalení nelingvistických projevů neurogení poruchy jako je neglect syndrom, dyspraxie, porucha pravo-levé orientace či dysgnózie tělesného schématu (Preiss, M., Preiss, J, Neubauer K., Preissova I., Tilšerová H, 1999).

Třetím zmíněným vyšetřením hojně využívaným v rámci screeningu, především pro jeho krátkou (asi 15minutovou) administraci, je MAST (Mississippi Aphasia Screening Test). Test obsahuje devět subtestů lze ho snadno vyhodnotit prostřednictvím uvedených indexů (Obereignerů 2017). I toto vyšetření je volně dostupné na webových stránkách asociace klinických logopedů ČR (Klinická logopedie, online).

Komplexní logopedické vyšetření by mělo zahrnovat všechny zásadní oblasti pro zhodnocení funkčnosti komunikačního procesu. Pro vyšetření řeči pacientů s fatickou poruchou, hospitalizovaných či navštěvujících logopedickou ambulanci vytvořila např. M. Mimrová materiál vycházející z neurofyziologické Hrbkovy teorie s Pelikánovou korekcí s názvem PAV (Pražské afaziologické vyšetření). Vyšetření bylo publikováno v roce 1964 (Budínová-Smělá, Mimrová) a podruhé Mimrovou v roce 1997 (Mimrová in Kulišťák, 1997).

V současné klinické praxi je využívaným vyšetřením VFF (Vyšetření fatických funkcí). Toto vyšetření plní požadavek komplexnosti a vychází z koncepce kognitivně-psycholingvistické koncepce diagnostiky afázií (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Souhrnné práce pak publikovali Cséfalvay, (1995, 2007) nebo Neubauer (1997, 2007, 2014). Výsledky vyšetření lze aplikovat na stanovení typu fatické poruchy. Mezi nejznámější zahraniční testy patří již výše zmíněný Western Aphasia Battery, Boston Diagnostic Aphasia Examination a další. Tyto testy ve výsledku pracují s několika základními typy afázie (motorická, sensorická, globální, kondukční, transkortikální sensorická, transkortikální motorická, dysnomická a transkortikální smíšená), které již

byly popsány výše. Dělení vychází především z výsledků dosažených v jednotlivých oblastech, tedy ve spontánní řeči, kdy hodnotíme fluenci (plynulost a tempo) řečového projevu, opakování hlásek, slabik, slov a vět, v pojmenování předmětů i obrazových souborů a v rozumnění obsahu řeči od jednotlivých pojmů po větné struktury (Neubauer 2007, 2014, 2015).

Z diagnostických přístupů nazvané Cséfalvayem (2013) „*mapování kognitivních deficitů*“ lze vyzdvihnout tři ucelené testové materiály: Zkouška vizuální pozornosti (ZVP), Mini Mental State Examination (MMSE), oba vytvořeny či dlouhodobě používány v českém prostředí (Cséfalvay, Košťálová 2013) a The Butt Non Verbal Reasoning Test (BNVR) (Butt, Bucks, 2004), který má původ v anglickém jazykovém prostředí, nicméně je poměrně snadno převoditelný do českého jazykového prostředí, což dokládá např. Neubauer (2015), který mimo jiné přináší poznatky o potřebnosti vhodného profilu vyšetření kognitivních funkcí u osob s afázií na základě srovnání výsledků dosažených v testu BNVR, MMSE a revidovaném Token tesu. Administrace těchto tří testů je společně s Clock testem zahrnuta do IV. oddílu škály Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace u dospělých osob (VZNPŘK), která je použita v praktické části této práci.

Škála VZNPŘK

Škála „Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace“ je originálním souborem zkoušek logopedického vyšetření publikovaným autorem v roce 2007 (Neubauer, 2007). Dle autora (Neubauer, 2014) vychází škála z osvědčených klinických vyšetření, zejména z koncepce PAV (Pražského afaziologického vyšetření).

Soubor je určen pro komplexní zhodnocení schopností osob s neurogenními lézemi CNS. Využití je směřováno na pracoviště klinické logopedie v rámci rehabilitačních zařízení pro dospělé osoby s neurologickými poruchami po CMP, po úrazech CNS, pro zařízení pečující o osoby dlouhodobě nemocné, ale i pro ambulantní praxi klinické logopedie. Tato škála je skutečně souhrnným vyšetřením, které se zaměřuje na celé spektrum možných problémů u cílové skupiny osob. Díky ní lze zachytit přítomné neurogenní poruchy fatických funkcí, poruchy lexie, grafie, kalkulie, praxie HK a orální praxie, motorických řečových schopností a kognitivně-komunikační poruchy. Po provedení vyšetření by měl být vyšetřující schopen rozlišit projevy jednotlivých poruch v rámci diferenciální diagnostiky (afázie, dysartrie, dyspraxie, kognitivně-komunikační

porucha). Samozřejmostí je přítomnost ratingové škály, díky níž lze zaznamenat stupeň dané poruchy. Dále vyhodnocením vyšetření lze odhalit koexistující poruchy řečové komunikace, ujistit se o tom, která porucha v profilu vyšetřované osoby je tou dominující (která má závažnější dopad na proces komunikace, tedy i vliv na omezení v sociálním životě).

Způsob provedení

Vyšetření lze provést v rámci běžného diagnostického sezení trvajícího 45 minut. V případě potřeby (potíže s udržením pozornosti, únava, odmítání spolupráce apod.) ho lze rozdělit na dvě části po dvaceti minutách. Způsob klasifikace je plně kvalitativní a zcela závislý na schopnostech vyšetřujícího. Předpokládá se dostatečná odborná erudice, znalosti v oblasti klinické logopedie a administrace komplexního logopedického vyšetření.

Vyhodnocení

Výsledky diagnostických zkoušek jsou přiřazeny k hodnotící škále jednotlivých submodalit a graficky zaznamenávány do tabulek. Doplnkem k testu je zaznamenání výsledků do grafu. Díky grafickému znázornění jednotlivých modalit je diagnostik schopen vést přehledně záznamy z jednotlivých vyšetření a zaznamenávat případné změny ve výkonu vyšetřovaného.

Využití vyšetření v praxi je interpretováno v rámci případových studií praktické části této práce a přílohy 1 – 4 obsahují vyplněné záznamové archy jednotlivých vyšetřovaných osob s afázií.

4 Terapeutické přístupy k osobám s motorickou afázií

Cílem logopedické terapie je obnovení komunikační schopnosti osoby s afázií na co nejvyšší možnou úroveň vzhledem k charakteru postižení. Současně nelze zapomínat na to, jak je často obtížné nově vzniklou situaci přijmout a vypořádat se s ní. Proto by terapie měla také směřovat k obnovování sociálních vazeb a poskytnuté případné psychoterapeutické pomoci. Terapie by měla být dlouhodobá a cílená, přičemž v akutním stadiu se více zaměřuje na restituci fatické poruchy a udržení, případně znovunabytí psychické rovnováhy člověka. V chronickém stadiu se terapie zaměřuje více na obnovu sociálních kontaktů a zapojení člověka do sociálního prostředí (Čecháčková, 2007).

V zahraniční literatuře se objevuje pojem terapie zaměřená na důkazy. Papathanasiou a Coppens zdůrazňují odpovědnost terapeutů jednat se svými klienty tak, aby dosáhli svých nejlepších možností za použití nejlepších dostupných prostředků a terapeutických pomůcek. Tento přístup pomáhá zajistit kontrolu kvality terapie. Jedná se o přístup, kdy terapeut vybírá důkazy z nejlepších dostupných a ověřených zdrojů pro terapii s konkrétní osobou s afázií, aby sestavil nejlépe přizpůsobený terapeutický program potřebám jedince (Papathanasiou, Coppens, 2017). Dle autorů Johnson a Jacobson (2007) jsou poznatky vychází z vědeckých statí, pokynů vytvořených ze zkušeností klinické praxe, názorů odborníků, ale také z potřeb jedince, jeho zdravotního stavu a v neposlední řadě i z možnostech spolupráce pacientovy rodiny. Praktické informace a odborné názory jsou dostupné například na webových stránkách American Speech Language Association (asha, online).

Cséfalvay (2007) vymezuje tři možnosti přístupů k terapii afázie.

1. Terapie zaměřená na obnovení narušené funkce. Logoped se při této terapii soustředí na některé izolované jazykové funkce (pojmenování, porozumění, čtení apod.) a snaží se prostřednictvím stimulace či reedukace obnovit dané funkce. Předpokládá se, že po obnovení nebo alespoň částečném obnovení dané funkce se zmírní i její negativní dopad na komunikační proces. Tento způsob je reprezentován například kognitivně-neuropsychologickým přístupem.

2. Terapie zaměřená komplexně na narušenou komunikační schopnost. Postupy jsou orientovány celkově, ne pouze na izolované jazykové funkce. Předmětem terapie je

podpora kompenzačních mechanismů i za předpokladu, že určité funkce zůstanou narušeny. Příkladem tohoto přístupu je využití kresby jako komunikačního nástroje.

3. Terapie zaměřená na zmírnění následků postižení. Jedná se o negativní sociální důsledky, jež mohou vzniknout následkem získané narušené komunikační schopnosti. Cílem terapie je tyto psychosociální důsledky zmírnit v nejvyšší možné míře. Používá se forma skupinové terapie, při které je pacient zařazen do přirozené situace, avšak nadále dostává dostatečnou podporu k vyjádření svých potřeb, pocitů a myšlenek.

4.1 Možnosti obnovování porušených funkcí

Základní předpokladem úspěšnosti terapie je její včasné zahájení. U poúrazových stavů a stavů po CMP by měl mít postižený k dispozici komunikativně podnětné prostředí již v období postakutní péče, a to od nejen od členů ošetřujícího personálu, ale i od osob blízkých. Pro efektivní logopedickou péči je třeba využít obnovovací postupy a specializované pomůcky, které by měly být voleny s rozvahou, měly by být přiměřené věku, vlastnostem i schopnostem jedince, motivující a efektivní. Zacílení terapeutických postupů musí odpovídat stupni a charakteru poruchy a nelze je aplikovat šablonovitě. Obnovovací terapie je vedena snahou znovu integrovat vyšší psychické funkce v oblasti řečové komunikace a obnovit jejich koordinaci. Užívané globální metody vždy vychází ze situace člověka, který v minulosti mluvil, četl a psal (Neubauer 2007). Terapeutické přístupy jsou v literatuře rozdělovány dle používaných technik následovně.

Kognitivně-neuropsychologický přístup k terapii afázie

Dle zkušeností vycházejících z praxe je pro většinu pacientů efektivní intenzivní, dlouhodobá terapie. V rámci tohoto přístupu k terapii afázie se terapeut primárně zaměřuje na obtíže ve funkci určité modality kognitivních procesů (např. poruchy rozumění řeči). Terapeutické postupy jsou představovány jako facilitační či stimulační techniky, jejichž cílem je využití transferu, díky němuž dojde ke zmírnění obtíží v dané kognitivní modalitě. To se následně projeví zlepšením v oblasti komunikace (Neubauer 2007).

Dle Cséfalvaye (2007) může kvalitní terapii nabídnout pouze logoped dobře orientovaný v teoretickém pozadí dané koncepce terapie. Jen s dobrým teoretickým podkladem je schopen navrhnout a aplikovat individualizovanou terapii pro konkrétního pacienta. V tomto přístupu jde o plánování terapie na základě pracovních hypotéz vycházejících z výsledků diagnostiky. Logoped vytváří hypotézu o tom, jak bude

intervence modifikovat fungování narušených funkcí a následně sérii úloh, stimulační materiál (obrázky, slova na kartičkách apod.). Logoped také definuje strategie, které budou v rámci terapie použity. Aplikace tohoto postupu se nejlépe osvědčila při terapii poruch pojmenování, získaných poruch čtení a psaní.

Mezi specifické cílené postupy obnovovací terapie lze zařadit následující:

a. Kresba

V literatuře bylo již mnohokrát popsáno využití kreslení u pacientů s afázií. Podstatným principem interaktivního kreslení je 1. „ekonomika“ kreslení, nikoliv kvalita kresby, 2. efektivní spoluúčast konverzačního partnera při facilitaci a posílení vzájemné interakce a 3. důležitost kresby v přirozeném komunikačním kontextu, především při konverzaci. Ověřený terapeutický postup je v zahraničí známý pod anglickým akronymem BDB. Ze studií vyplynul poznatek, že zatímco pacienti s levohemisferiálním poškozením mozku produkovali jednoduché až primitivní kresby, u nichž lze ale finální záměr rozpoznat (např. jde poznat, že se jedná o postavu člověka přesto, že chybí některé části těla), kresby pacientů s pravohemisferiálním deficitem mají mnoho detailů, ale výsledně chybí či je zkreslená konfigurace kresby (Cséfalvay, 2007).

b. MIT

Melodicko-intonační terapie je založená na schopnosti osob s motorickou afázií a zachovaným porozuměním správně intonovat určité krátké mluvní fráze či zpívat text známé písně, a to i při výrazných narušeních produkce řeči. Jedná se o vysoce strukturovaný program, který zahrnuje intonaci (zpěv), krátké fráze a postupně dochází k prodlužování projevu u nonfluentní afázie a vede ke zmírnění jejich klinických projevů (Johnson, Jacobson 2007). Tento jev bývá v literatuře vysvětlován tak, že při zpívání známé písně se více aktivizují funkce pravé hemisféry, zatímco při běžné řeči, mluvení se více aktivizují levohemisferiální procesy mozku. To znamená, že pacienti s Brocovou afázií vzniklou při lézi levé hemisféry budou schopni zpívat text písně, kterou znali ještě před vznikem mozkového onemocnění (Cséfalvay, Traubner, 1996).

c. VAF

Vysoce automatizované formy řeči jsou součástí většiny diagnostických vyšetření, jako je Lurijovo neuropsychologické vyšetření (Cséfalvay, 1996), Mississippi Aphasia Screening Test (Nakase-Thompson 2002), Vyšetření fatických funkcí (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová 2003), Western Aphasia Battery (Kertesz, 2007) a další.

Lezaková (2004) řadí mezi automatismy abecedu, číselné série, dny v týdnu, měsíce v roce, roční období, slogany apod. Verbální mechanismy jsou podle ní mechanicky naučený materiál používaný během života bez přemýšlení, automaticky, s minimálním volným úsilím. Větší počet chyb než jedna v produkci některé z automatických řad signalizuje mozkovou dysfunkci (Košťálová, 2007).

c. Tlumení perseverací

Perseverace jsou velmi častou komplikací u těžších forem afázie. Jejich frekvence se snižuje s nabývajícím sebekontrolou vlastního řečového projevu. Terapeutický přístup se proto zaměřuje na navození vědomé kontroly počátku mluvní produkce u osoby s afázií. Využívají se různé formy prodloužení pauzy mezi registrací stimulu a jeho pojmenováním, dále se zařazují jiné modalities, jako je gesto či počáteční písmeno apod. (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Pragmaticky orientovaná terapie

Pragmaticky orientované terapie cílí na zlepšení funkční komunikace osob s afázií v každodenní komunikaci. Terapie se nezaměřuje na jednotlivé jazykové deficity izolovaně, ale pojímá je jako komplex důsledků těchto narušení na komunikaci, jenž se snaží zmírnit. Pro pacienta s afázií bývá často problémem sociální izolace způsobená omezenou možností či nemožností komunikovat (Cséfalvay, 2007). Tato izolace zase zpětně přináší nedostatek komunikačních podnětů a příležitostí a nedostatek možností rozvíjet již existující schopnosti a dovednosti. Je proto potřeba pacienta zapojovat do běžných situací, podněcovat ho ke komunikaci a nechat ho, aby za sebe rozhodoval sám i přesto, že bude náročnější mu porozumět nebo bude potřebovat více času k vyjádření svých myšlenek, potřeb a rozhodnutí. Dle Cséfalvaye (2007) porucha řečové komunikace u osob s afázií může u komunikačních partnerů působit dojmem, že absence okamžité odpovědi znamená i absenci myšlenky.

Pragmaticky orientovaná terapie je tedy založená na **konverzačním tréninku**, pro jehož účely jsou připraveni konverzační partneři. Tito partneři jsou edukováni pro efektivní komunikaci v různých situacích. Pro odhalení komunikační kompetence pacientů je třeba jim nabídnout dostatek komunikačních příležitostí. Terapie pak spočívá ve využívání domluvené komunikační strategie v rámci přehrávání předem připraveného scénáře. Na scénáři se domluví logoped s pacientem. Logoped pacientovi vždy navrhne, jakou strategii by mohl použít při určitém zablokování.

Po několikanásobném zopakování scénáře je do místnosti pozván i komunikační partner pacienta, který ale scénář nezná. Úkolem pacienta je co nejpřesnější reprodukce příběhu. Cílem je zkvalitnění vzájemné komunikace pacienta s komunikačním partnerem (Cséfalvay, 2002).

Získané konverzační dovednosti je vhodné přenést postupně do dalšího prostředí, kde bude mít pacient upravené podmínky. Vhodné je následně zařazení pacienta do skupinové terapie. Skupina posiluje psychosociální integraci svých členů a přirozeně stimuluje interakci mezi nimi, a tím posiluje jejich pragmatické dovednosti (výměna rolí, iniciování komunikace atd.).

Podobným funkcionálně zaměřeným postupem, jako je konverzační trénink je technika **PACE** (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness). Jedná se o modelování konverzační situace, při níž dochází k výměně nové informace. Tuto informaci střídavě vysílají terapeut a pacient, přičemž si mohou zvolit kterýkoliv komunikační kód (Cséfalvay, 2007). Mohou použít mluvenou řeč, gesta, psaní, kreslení atd. Klíčová je skutečná výměna informací. Typickým příkladem je střídavý popis obrázku, který má před sebou vždy pouze jeden z účastníků komunikace a úkolem druhého z nich je přijít na to, co se na obrázku nachází, aniž by ho viděl. Pacient užívá všech dostupných možností sdělení a terapeut mu přirozeně poskytuje zpětnou vazbu o úspěšnosti komunikace (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie

Základním východiskem koncepce je skutečnost, že řeč při afázii lze obnovit pouze prostřednictvím speciálního, správně organizovaného, obnovovacího restitučního učení. V rámci obnovovacího učení jde o přestrukturování funkčních systémů. K tomu se využívají nepřímé metody, které slouží především k odblokování řečového projevu a k obnovení jazykových dovedností. Na tyto nepřímé metody navazují přímé metody intenzivního tréninku formou jazykových cvičení (Neubauer 1998).

Důležitým pojmem jsou tzv. **funkční systémy**. Ty vytvořili K. Anochim a A.R.Lurija jako selektivní dynamické útvary spojující jednotlivé části mozku. Poznatky ohledně funkčních systémů se staly základem nauky o systémové dynamické lokalizaci psychických funkcí. Ta předpokládá, že k realizaci vyšších psychických funkcí dochází vzájemnou činností funkčně diferencovaných oblastí mozkové kůry a každá vyšší

psychická funkce je realizována systémem těch mozkových oblastí, které se účastní na realizaci její struktury (Cvetkovova, 1989).

Lurija ve své teorii rozlišuje tři funkcionální jednotky, tzv. bloky (Cvetkovova, 1989). Prvním z nich je blok regulace tonu a bdění, který je nezbytným předpokladem fungování psychických procesů. Tento blok aktivuje a kontroluje korovou činnost a podléhá vlivu mozkové kůry. Druhý blok uskutečňuje příjem, zpracování a uchování informace. Jsou zde modálně specifické systémy, při jejichž poruše diagnostikuje Lurijova koncepce aferentní motorickou a senzoricou afázi. Blok programování je třetím blokem a je charakteristický regulací a kontrolou složitých forem činnosti. Při poruše tohoto bloku se může vyskytnout eferentní motorická afázie. Ruský autor dále poukazuje na to, že není možné vyšší psychické funkce, praktické, myšlenkové, paměťové, gnostické, kalkulačnické a grafické, lokalizovat do ohraničených korových nebo podkorových oblastí mozku (Kulišťák, 2011).

Lurijova neuropsychologická koncepce afázií odlišuje způsoby obnovování poruch čtení a psaní od obnovování mluvené řeči z toho důvodu, že čtení a psaní jsou výsledkem cílevědomého učení, zatímco řeč je produktem přirozeného vývoje (Neubauer, 2015). Mezi základní principy obnovovací terapie v této koncepci patří:

1. Zapojení nových složek, které se předtím na realizaci porušené funkce neúčastnily. Například při obnově čtení je zásadní zapojit hmat a vnímání pohybu obtahováním písmena či kroužením písmena ve vzduchu.

2. Vnitřní přestavba činnosti na nižší úroveň volní kontroly. Využívá se u pacientů s poruchami volní organizace. Jestliže afatik sahá na věc a nemyslí přitom na pohyb, půjde mu to lépe. V oblasti řeči se tento princip využívá, aby se afatik odpoutal od artikulace. Jedná se například o zapojení rytmicko-melodických cvičení či zpívání textů.

3. Převod na vyšší úroveň. Jedná se například o komentování vlastní činnosti pacientem nebo popis pojmů. Při odblokování řečových mechanismů nebo automatických celků nepřímé metody nepůsobí hned. Později je nutné zapojit i metody přímé (Cvetkovová, 1989).

4. Navazující přímé metody intenzivního tréninku formou jazykových cvičení.

Neurolingvistické přístupy k terapii afázie na úrovni vět

Věta je považována za základní komunikační jednotku jazyka a vnější realizaci myšlenky. Některé příznaky afázie se zlepšují díky terapii na úrovni slova. Avšak u pacientů, kteří mají problémy s porozuměním či produkcí větších celků (frází a vět), má význam právě terapie na úrovni vět. Primárně je terapie určena osobám s Brocovou afázií, tedy osobám s poruchou porozumění a nonfluentní řečovou produkcí (Marková, 2007).

Mezi přístupy s teroetickým podkladem lze zařadit například terapii zaměřenou na obnovování predikativní funkce řeči pomocí kartiček, které pacientovi pomáhají vytvářet větné struktury. Na tomto přístupu pracovali Lurija, Cvetková a kol. a popis postupu lze nalézt v publikaci autorů Cséfalvay a Traubner (1996).

Přístupy opírající se o mapování (ve smyslu přiřazování) jsou podloženy Garretovým modelem větné produkce. Tento model předpokládá obnovení deficitních procesů mezi funkční a poziční úrovní a jeho cílem je buď obnovení sloves (lexikálního vyhledávání nebo zápisu), anebo vlastní proces mapování. Obnovení produkce sloves se věnovala řada terapií. Některé využívaly opakované pojmenování dějových obrázků, jiné se opíraly o sémanticky orientované úlohy (např. vymyslet slovesa vztahující se k danému tématu či scéně nebo najít slovesa dle poskytnutých podstatných jmen).

Druhým typem mapování je tzv. procedurální mapování, které spočívá v propojení a obnovování vztahů mezi poziční a funkční úrovní. Pro obnovování se používají různé postupy, jako například tvorba vět ze slov barevně napsaných na kartičkách a následný výběr adekvátního obrázku z dvojic. Nebo může být pacientovi nabídnuta trojice vět – v minulém, přítomném a budoucím čase, prostřednictvím nichž má popsat sekvenci tří obrázků (př. letadlo bude vzlétat – letadlo vzlétá – letadlo vzletělo).

Další skupina přístupu se zaměřuje na obnovu východiskových lingvistických struktur. Podle této teorie mají věty s různou syntaktickou složitostí odlišnou strukturu, ale jejich východisková struktura je stejná. Věty lze rozdělit do určitých typů. Terapie se orientuje vždy vybraný typ vět a generalizace se následně promítne i na věty, které se generují stejným způsobem. Výsledkem by mělo být zlepšení v porozumění či produkci daného typu. Výzkum potvrdil, že věty s odlišným druhem přesunu zůstanou beze změny (Marková, 2007).

Skupinová terapie afázie

Pragmaticky orientovaná terapie se nejlépe využívá právě ve skupině. Skupinová terapie se snaží pozitivně působit na jeden z nejnápadnějších důsledků ztráty schopnosti řečové komunikace, a to sociální izolace, do níž se lidé s afázií často dostávají. Sociální izolace představuje nedostatek komunikačních příležitostí a nedostatek možnosti rozvíjet zachované schopnosti. Neschopnost se domluvit vede k nechuti osoby k sociálnímu kontaktu a tím vzniká začarovaný kruh, který život osoby s afázií výrazně ovlivní. Úkolem logopeda je zjistit, jaké formy komunikace jsou efektivní, a které nikoliv. V rámci dorozumění se je žádoucí využívat všechny dostupné komunikační modalitativ a způsoby dorozumívání (psaní, gesta, atd.) Pokud to okolnosti dovolí, je vhodné tvořit skupiny dle stupně afázie a také podle zájmů členů skupiny. U osob s těžší formou afázie lze využít techniky hraní rolí a simulace reálných situací, PACE, památníky (fotografie rodinných příslušníků atd.), společné řešení problémů či hraní her. Pro osoby s lehkou formou afázie je vhodné využít konverzaci na určité téma a osoba logopeda se tak do terapie zapojuje jen minimálně (Lechta, 2005).

4.2 V praxi využívané terapeutické soubory

Následující podkapitola uvádí nejznámější a v terapii u osob s afázií nejčastěji využívané terapeutické materiály.

Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie (Cséfalvay, 2002)

Testová baterie byla sestavena Cséfalvayem, Košťálovou a Klimešovou za účelem diagnostiky fatických funkcí u pacientů s poškozenou mozkovou tkání, je doplněna o manuál terapeutických postupů, které se orientují na obnovení nebo alespoň zmírnění projevů poruch řečové komunikace. Publikace se skládá ze tří částí. Úvodní část je věnována obecné problematice afázií a klasifikaci, další část obsahuje diagnostický postup a hodnocení výsledků vyšetření fatických funkcí a v poslední části jsou uvedené terapeutické techniky. Navržené terapeutické postupy jsou otevřeným souborem, který popisuje, jak při terapii s pacienty pracovat. Terapeutický materiál se skládá z šesti oddílů. Součástí každého z nich jsou návody k terapii a pracovní listy.

Obrázkový slovník pro afatiky (Truhlářová, 1973).

Obrázkový slovník pro afatiky byl vytvořen v roce 1973 (Truhlářová) jako zásoba obrázků pro odborníky, kteří pracují s osobami s afázií. Autorka zdůrazňuje možnost

využití obrázků jak k diagnostice tak k následné terapii. Soubor obsahuje jeden list se samohláskami, pět listů s číslicemi a 97 listů obrázků. Kresby jsou uspořádány do jednotlivých skupin: části lidského těla, dům a jeho části, bytové zařízení, části oděvu, potřeby a osoby, druhy jídel a nápojů, ovoce, zelenina a luštěniny, dopravní prostředky, zvířata, ptáci a hmyz, plazi, květiny a stromy, barvy, činnosti, kontrasty, popis děje. Obrázky lze využívat k terapii afázie různými způsoby, podle stupně závažnosti. Obrázky se používají k pojmenování, opakování, k přiřazování slov k obrázkům nebo iniciální hlásky k obrázkům, k terapii lexie slov, grafie, somatognozii, rozšiřování slovní zásoby, k tvorbě vět i příběhů, orientaci v prostoru, popisu předmětu apod. Přestože některé z obrázků nejsou v současnosti již aktuální, jsou přesto dobře využitelné pro výrazné kontury, jednoduchost a výstižnost. Naopak pro některé starší pacienty může být jistá „zastaralost“ určitých obrázků ku prospěchu terapie, neboť si na jevy či předměty pamatují se svého života.

Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie (Mimrová, 1998)

Marie Mimrová vytvořila Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie. Terapeutický soubor je určen pro práci s pacienty, u nichž došlo ke ztrátě řečových schopností v důsledku mozkového poškození. Publikace s pracovními listy je doplněna komentářem v knize Afázie (Kulišťák, 1997), kde nabízí další návody k terapii afázie. Autorka vytvořila vlastní diagnostickou metodu, jež vychází z Hrbkovy klasifikace afázií, na základě které postupuje při terapii. Sestavila souhrn textů a cvičení, jež se zaměřují na obnovení a zlepšení řečových i komunikačních schopností.

MASTcz – terapeutická část

Zkratka MASTcz je používána pro českou verzi The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST). Jedná se o screeningový test afázie, alexie a agrafie, který je určen nejen jazykovým specialistům tj. klinickým logopedům, ale i odborníkům (tj. klinickým neuropsychologům, neurologům, ...), kteří se v klinické praxi setkávají s pacienty s fatickými poruchami. Kromě záznamového listu a samotného materiálu potřebného k provedení vyšetření obsahuje soubor i materiál ke cvičení. Jednotlivá cvičení jsou rozdělena do oblastí: automatická řeč, pojmenování, opakování, fluence při popisu fotografie, psaní, psaní na diktát, rozumění alternativním otázkám, rozumění slovu – identifikace objektů, rozumění verbální instrukci a čtení, rozumění čtené instrukci.

Všechny kategorie obsahují tři baterie cvičení – A,B,C pro možnost využití při terapii. Celý soubor je dostupný na webových stránkách FN Brno (fnbrno, online).

MENTIO

Jedná se o odborný výukový software primárně vytvořený pro dospělé osoby. Postupem času autoři program zpřístupnili i dětským uživatelům. Mentio je určeno pro rozvoj řeči a komunikace a pro upevnění některých dalších dovedností. V současné době je vytvořeno devět titulů: Mentio Slovní zásoba, Mentio Hádanky, Mentio Zvuky, Mentio Hlas, Mentio Nakupování, Paměťová cvičení Mentio MM, Mentio Skládačky a Mentio Nahrávání. Jednotlivé tituly nabízí různé baterie cvičení zaměřených na tvoření hlasu, výslovnost, čtení, psaní, počítání, paměť, sluchovou diferenciaci, zrakové vnímání, logické a časoprostorové vztahy atd. U každého úkolu je k dispozici řada parametrů, které si lze nastavit a upravit tak stupeň obtížnosti dle individuálních potřeb uživatele (Mentio, online). Program Mentio je dobře využitelný u osob s afázií zejména v akutní či postakutní fázi, měl by však vždy sloužit jako doplněk ke kvalitně vedené logopedické terapii. Počítač totiž nikdy plně nenahradí sociální kontakt a přímé působení osoby terapeuta.

Na poli klinické logopedie samozřejmě existují další mnohé materiály. Není v možnostech ani cílech této práce uvést veškeré využívané terapeutické soubory. Popsány byly ty, které jsou považovány za nejznámější. Je také důležité říci, že kvantita neznamena kvalita a není nutné vytvářet nespočet obrázků, kartiček či pracovních listů. Stěžejní je přístup logopeda a jeho schopnost pomůcky použít vhodným způsobem tak, aby stimuloval postižené funkce pacienta. Právě na terapeutovi a jeho kreativitě záleží. Měl by být schopen vybrat, upravit existující či vytvořit terapeutický materiál pro konkrétní osobu s ohledem na její individuální potřeby a schopnosti. Zároveň je možné tentýž soubor cvičení použít u několika různých osob, případě i s odlišnou diagnózou, ale bude použit vždy jiným způsobem.

5 Průběh terapie u vybraných osob s projevy motorické afázie

Praktická část práce se věnuje vytvoření terapeutického materiálu pro osoby s afázií a jeho následnému ověření v praxi, které je reprezentováno případovými studii čtyř osob s afázií. Terapeutický materiál se skládá z různých cvičení stimulujících analýzu, syntézu, výbavnost pojmů, porozumění, lexii a grafii. Dále materiál pracuje s ustálenými konstrukcemi a obecně známými celky (příslloví, rčení apod.), podporuje schopnost udržet časovou linii při vyprávění a další.

5.1 Výzkumná otázka, metodika a cíl práce

Praktická část práce odpovídá na otázku: „Jak probíhá terapie u osob s motorickou afázií za využití vytvořeného souboru stimulačních cvičení?“ Na základní výzkumnou otázku navazuje doplňující otázka: „Byla jednotlivá cvičení přiměřená schopnostem sledovaných osob s afázií?“

Cílem práce je tedy popsat tvorbu těchto stimulačních cvičení a jejich použití v rámci terapie s konkrétními osobami s projevy motorické afázie. Pro dosažení tohoto cíle jsou vypracovány čtyři kazuistiky reprezentující jednotlivé pacienty s afázií, v nichž je kromě klasické anamnézy a záznamů z lékařských vyšetření popsána i práce s pracovními listy během sezení. Vše následně shrnuje kvalitativní analýza výsledků terapeutických sezení.

Použité výzkumné metody

Pro vypracování praktické části práce bylo využito studium dokumentace pacientů, konkrétně zpráv z výstupních lékařských i logopedických vyšetření a zápisy z průběhu logopedické terapie, která byla u pacientů prováděna. Další použitou metodou je volné pozorování. Pozorování byli pacienti při práci s terapeutickým materiálem. Na základě vedené terapie, vypracování pracovních listů a po zhodnocení spolupráce s pacienty byly vypracovány případové studie, v nichž jsou obsaženy i veškeré zápisy z jednotlivých sezení.

a. Studium dokumentace

Dokumenty a sekundární data jsou často využívaným způsobem sběru informací. Sekundární data jsou taková, která byla vyhotovena a shromážděna v minulosti

a obvykle někým jiným. Účel jejich pořízení se také mohl lišit od současného výzkumného cíle. Hendl (2017) rozlišuje čtyři typy dokumentů: osobní, oficiální, předmětné a archivovaná data. Osobní dokumenty slouží soukromým účelům a zahrnují vše, co bylo v rámci nich vyhotoveno. Jedná se o deníky, rodinné fotografie atd. Oficiální dokumenty jsou materiály pořízené veřejnou či soukromou institucí (noviny, výroční zprávy, záznamy schůzí apod.) Předmětné dokumenty zahrnují fyzické stopy zanechané lidmi jejich každodenními aktivitami. Jedná se například o použité knihy, oblečení atd. Archivovaná. jsou data původně použitá k výzkumným záměrům a následně uložená do úschovny (archivována).

b. Případová studie

Případová studie je důležitá součást psychologie, psychiatrie i dalších oborů. Zařazujeme ji do kvalitativního přístupu. Je základní a jedna z nejrozšířenějších typů v rámci kvalitativního přístupu. V centru pozornosti je případ, který je charakterizován jako objekt našeho výzkumného zájmu (Miovský, 2006). Jedná se o detailní studium jednoho nebo několika málo případů, jehož podstatou je zachycení složitosti případu a popis vztahů (Hendl, 2005).

Typy případových studií uvádí Hendl (2005):

1. Osobní případová studie: Jedná se o podrobný výzkum jedné osoby. Zkoumají se možné příčiny, které přispěly k dané události. Studie se zaměřuje na minulost, kontextové faktory a postoje, které události předcházely.
2. Studie komunity;
3. Studium sociálních skupin;
4. Studium organizací a institucí;
5. Zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů.

Jako zdroje údajů mohou sloužit lékařské dokumentace, případová akta státní správy, autobiografie, deníky, životopisy, korespondence, rekonstrukce historie rodiny či rodu, dokumenty o organizaci, zápisy z porad, výroční zprávy, historie organizace, rozhovory, pozorování a další metody. Výzkumník si musí odpovědět na otázky: Jak, čím a proč je případ ohraničen? Lze zvolený postup aplikovat na daný případ? Jsou zvoleny odpovídající metody? Jak bude interpretovat výsledky? Je odpovídající teoretický rámec? (Miovský, 2006).

Případová studie má obvykle tyto části: výzkumná otázka, definice případu, volba strategie výběru vzorku, metody tvorby dat, způsob hodnocení a analýzy dat, kritéria interpretace výsledků, zpětná reflexe a kontrola, návrh a realizace závěrečné zprávy. Konkrétní studie se však mohou v některých bodech od tohoto obecného schématu lišit (Mioviský, 2006). Dle Hendla (2005) se mohou výzkumné otázky během průběhu studie měnit, upravovat či přidávat.

c. Pozorování

Pro vypracování kazuistik byly výzkumné metody doplněny i volným nestrukturovaným pozorováním realizovaným v rámci terapeutické činnosti s pacienty. Podle Hendla (2017) spočívá kvalitativní nestrukturované pozorování v pozorování všech relevantních jevů, které výzkumník zaregistruje, přičemž si dělá rozsáhlé poznámky. Takové pozorování se provádí zpravidla v přirozeném prostředí a není předem stanoveno, které jevy budou předmětem pozorování. Účast výzkumníka se po delší době může také měnit od pouhého pozorování až po účast na dění.

5.2 Soubor stimulačních cvičení

Tvorba terapeutického materiálu pro osoby s afázií vychází ze třech výchozích bodů. Prvním bodem je přetrvávající nedostatek materiálu právě pro tuto cílovou skupinu v českém prostředí. Kliničtí logopedi musí být velice kreativní a vynalézaví při provádění terapie, neboť zásoba cvičení použitelných k terapii je omezená. Není mnoho ucelených souborů určených k terapii afázie, a tak je potřeba v praxi často vycházet z materiálů vytvořených pro jinou cílovou skupinu (učebnice pro zvláštní školy, pro dyslektiky, dysgrafiky apod.), které jsou však při projevení určité dávky kreativity přizpůsobitelné právě pro dospělé osoby s afázií. Nicméně pokud do ambulance dochází pacient již několik let, je velmi obtížné se neopakovat a volit stále nové prostředky k provádění terapie. Terapeutických materiálů tedy není nikdy dostatek.

Druhý bod vychází z předpokladu, že ačkoliv je dnešní doba charakteristická rozvojem moderních technologií, které se čím dál tím hojněji využívají v rámci terapie, je vhodné se v některých případech vrátit nebo alespoň střídavě využívat původní, klasické provedení terapeutických materiálů – tedy za použití tužky a papíru.

Třetím výchozím bodem pro tvorbu materiálu bylo zaměření se na osoby nikoliv v akutním stadiu afázie, tedy bezprostředně po prodělání onemocnění (v našem případě po cévní mozkové příhodě), nýbrž pro osoby, které s poruchou žijí již několik let.

Praktická část této práce se věnuje osobám, u nichž od vzniku poruchy uběhlo již několik let, absolvovali rehabilitační pobyty a v současnosti stále docházejí do logopedické ambulance. Zlepšování stavu jejich funkcí je sice velmi pozvolné, nicméně lze je pozorovat. Aplikací vhodného terapeutického programu lze stále postupně stimulovat porušené funkce a pozorovat alespoň malé změny k lepšímu. Hlavním přínosem terapie v této fázi onemocnění je zaměření na udržení sociálního statusu a zlepšení sociálních vztahů z hlediska možnosti úspěšné komunikace.

Z těchto předpokladů vychází terapeutický materiál, který byl sestaven na základě zkušeností a klinické logopedické praxe. Základní podoba byla testována na člověku intaktním, bez jazykové poruchy. Následně byly provedeny potřebné úpravy a po konzultaci s logopedkou byl materiál použit při práci s pacienty v průběhu deseti ambulantních sezení, trvajících každé přibližně půl hodiny. Soubor je složen z několika cvičení zaměřených na jednotlivé roviny jazyka – lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou, foneticko-fonologickou a pragmatickou.

Tvorba pracovních listů

Pracovní listy byly sestaveny na základě zkušeností a praxe klinických logopedů při terapii osob a afázií. Jejich tvorba probíhala v září a říjnu 2017. Podkladem byly sešity pro děti s dysporuchami a již existující materiál pro afatiky. Vytvořený soubor stimulačních cvičení byl nejprve ověřen u intaktní osoby bez poruchy jazykového systému. Nedostatky a nejasné obraty byly odstraněny a cvičení upravena k následnému použití u osob s motorickou afázií. K vlastním pracovním listům byl vytvořen i stručný manuál pro práci s jednotlivými cvičeními, který je součástí terapeutického souboru. V příloze 5 je vložen popis zaměření jednotlivých cvičení. V manuálu jsou navrženy i různé varianty provedení cvičení či doporučené způsoby použití, kdy lze využít jeden pracovní list k rozvíjení různých stránek jazyka. Jak již bylo zmíněno, vždy záleží na kreativitě a schopnostech terapeuta, který by měl materiál přizpůsobit individuálním schopnostem a aktuálnímu stavu pacienta, s nímž momentálně pracuje. Ukázka několika použitých pracovních listů je součástí příloh.

Výzkumný vzorek

Využitelnost materiálu byla ověřena v průběhu logopedické terapie u čtyř osob s afázií. Na základě několika terapeutických sezení byly sestaveny případové studie, v nichž je podrobněji popsán diagnostický souhrn, anamnéza a dosavadní terapie pacientů, a také

průběh jednotlivých sezení za využití vytvořeného souboru. Pro ověřování materiálu byly vybrány čtyři osoby s projevy motorické afázie. Všichni pacienti byli nejprve hospitalizováni na neurologickém oddělení nemocnice, následně na rehabilitační klinice a poté absolvovali pobyty v rehabilitačních zařízeních, jakými jsou například Janské Lázně nebo Hamzova odborná léčebna. U sledovaných pacientů je přítomná afázie v chronickém stadiu a již se nepředpokládá markantní zlepšení stavu fatických funkcí. Společným faktorem je také docházení do logopedické ambulance na logopedickou terapii ať už individuálně či v rámci skupiny. Právě skupinová terapie má pozitivní vliv nejen na zlepšení jejich schopností, ale působí pozitivně i z hlediska sociálního kontaktu a sounáležitosti. U vybraných pacientů bylo provedeno vstupní Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace u dospělých (Neubauer, 2007) a po provedení deseti terapeutických sezení za využití vytvořeného souboru stimulačních cvičení bylo toto vyšetření zopakováno. Porovnání a souhrn výsledků shrnuje podkapitola 4.4. této práce.

5.3 Použití stimulačních cvičení v rámci terapie

Pacienti vybráni pro vypracování těchto kazuistik nemají velké potíže v případě, že se potřebují dorozumět se svým okolím. Základní požadavek pro komunikaci je u nich splněn. Z tohoto hlediska by se mohlo zdát, že pacienti již logopedickou terapii nepotřebují. Nicméně jejich řečový projev zůstává stigmatizovaný, pro laickou veřejnost může znít „zvláštně“. U těchto osob přetrvávají potíže s výbavností slov – dysnomie, někteří z nich místy ulpívají na předešlém úkonu (artikulační postavení, slovo), zvláště pokud se musí na projev více soustředit (např. něco vyprávějí). U některých pacientů přetrvávají obtíže při čtení, vážné syntéza a analýza a další. Obdobně jako řeč zůstává porušena lexie. Nejen z důvodu parézy HK se výše zmíněné poruchy v řeči se mohou projevit i v psaném projevu.

U každé osoby bylo při prvním sezení provedeno Vyšetření získaných poruch řečové komunikace u dospělých (Neubauer, 2007). Vyplněné formuláře jsou součástí příloh. Po absolvování deseti terapeutických sezení bylo toto vyšetření u pacientů provedeno znovu se zaměřením na porušené submodalities, a byl porovnán stav schopností pacientů v těchto submodalitách před a po použití terapeutického souboru. Zhodnocení a porovnání jednotlivých výsledků je zaznamenáno v kapitole 5.4 Kvalitativní analýza výsledků kazuistik.

5.3.1 Kazuistika č. 1

Paní J, narozená r. 1962

Osobní anamnéza

Paní J má ukončené středoškolské vzdělání, pracuje na poloviční úvazek a žije sama v bytě bez bariér. Sama uvádí, že příliš nesportuje, není sportovní typ. Ve volném čase se věnuje čtení nebo práci na zahradě. Alkohol pije příležitostně, kouří asi 10 cigaret denně. Očkována na chřipku není, transfuzi krve nedostala, klíště neměla. Žádné známé alergie v jejím případě nejsou.

Pacientka prodělala cerebrální infarkt vel. 50 x 40 mm, temporoparietálně vlevo při uzávěru M2 úseku arterie cerebri media se vznikem 27.12.2015. Lékaři byla diagnostikována manifestní expresivní fatická porucha, agrafie, akalkulie, v. s. kardioemboligenní etiologie při perzistujícím foramen ovale.

Pacientka prodělala již v minulosti ischemickou CMP v povodí arterie carotis interna vpravo 5/2014 a faciobrachiální levostrannou heisymptomatologii 05/2014. Dále prodělala operaci cyst ovaria.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel na následky cévní mozkové příhody ve věku 70 let. Matka zemřela stářím. Bratr zemřel tragicky ve 41 letech. Děti nemá.

Pracovní anamnéza

Před příhodou pracovala pacientka jako skladnice u autorizovaného prodejce automobilů. Po příhodě jí byl přiznán částečný invalidní důchod. Po intenzivním absolvování terapií a zlepšení motorických i fatických funkcí se do zaměstnání vrátila na poloviční úvazek.

Diagnóza

Žena s anamnézou CMP z pravého karotického povodí s odeznělou levostrannou faciobrachiální symptomatikou z byla přeložena z neurologie FNHK na lůžko rehabilitační kliniky pro recidivu CMP temporoparietálně vlevo při uzávěru arterie cerebri media, vznik 27.12.2014.

Pacientka při přijetí vážila 67 kg, měřila 172 cm (BMI 22,6). Tlak byl naměřen 130/80, teplota 36,0. Při přijetí byla zaznamenána bolest VAS stupeň 0/10, samostatná chůze bez motorického deficitu.

Neurostatus: V rámci řeči byla zjevná porucha vyjadřování i pochopení mluvené řeči, domluva ale byla možná s dopomocí prostřednictvím písma a vyjádřením slova na papír. Jednalo se o náhle vzniklou poruchu řeči ve smyslu expresivní fatické poruchy, agrafie a akalkulie. Dle vyšetřujícího lékaře byly meningy volné, bulby ve středním postavení, okulomotorika bez paréz, bez nystagmu, bez diplopie. Funkce n. V správná, bez poklesu ústního koutku, patrové oblouky zvedala symetricky, jazyk plazila středem, diadochokinéza jazyka, elevace ramen symetricky proti odporu.

Akutní CT mozku s nálezem dokonané ischemie temporoparietálně vlevo. TEE zobrazilo perzistující foramen ovale.

HKK – dominantní pravá HK, úchop, držení i stisk byly slabší na LHK.

Celkový tonus byl v normě a pacientka mohla stabilně sedět.

Pobyty v rehabilitačních zařízeních

Pacientka byla hospitalizovaná nejprve na neurologické klinice FNHK. Následně absolvovala třítydenní pobyt na rehabilitační klinice, kde u ní probíhala denně logopedická péče těžké smíšené fatické poruchy s převahou v expresivní složce. Dále byla přítomna alexie a agrafie. Denně také probíhala péče ergoterapeuty. Postupně odezníval mírný organický psychosyndrom s poruchou symbolických funkcí. Rehabilitaci zvládla bez komplikací. Byla bez motorického deficitu, pouze s lehkou parézou LHK. Chůzi zvládala samostatně po rovině i po schodech. V klinickém nálezu dominovala řečová porucha. Pro přetrvávání vysoké míry psychického stresu byla pacientka také v péči klinické psycholožky. Byla jí nasazena antidepresiva.

Výstupní logopedické vyšetření

Diagnóza: motorická afázie

Spontánní produkce je zrychleného tempa, fluentní, dysgramatická, s četnými sémantickými a fonemickými parafráziemi, které se snaží opravit. Pojmenování a opakování slov je výrazně narušeno pro potíže s fonologickým uvědoměním a pro potíže s verbální apraxií. Grafický projev je výrazně lepší oproti projevu verbálnímu, je plynulejší s nižším výskytem fonemických záměn. Lexie je relativně intaktní, hlasité čtení je ale parafatické. Porozumění verbální i čtené instrukci je dobré, lehké poruchy porozumění jsou u dekodování složitých gramaticko-lexikálních struktur. Během hospitalizace byl posilován fonologický systém, terapie byla zaměřena na zlepšení

cílené výbavnosti, zlepšení agrafie, posílení porozumění na úrovni celých vět, byly stimulovány vizuokonstrukční dovednosti a posilována krátkodobá paměť. Zlepšení nastalo částečně v oblasti automatických řad, výrazně se zlepšilo pojmenování a lexie, dále nastalo zlepšení v oblasti porozumění řeči i psané instrukci.

Výstupní psychologické vyšetření

Diagnóza: organický psychosyndrom s poruchou kognitivních funkcí, pozornosti a řeči

Osobnost je harmonická, cílevědomá, maximálně zaměřená na kognitivní trénink a logopedickou terapii.

Doporučení: dočasná neschopnost řízení motorového vozidla

Výstupní kineziologické vyšetření (fyzioterapie):

Subjektivní hodnocení: cítí se dobře, limitovaná při vyjadřování, vnímání toho, co říká.

Objektivní vyšetření: pacientka je soběstačná, bez motorického deficitu, chůzi zvládá samostatně po rovině i po schodech. Dominuje expresivní fatická porucha, pacientka se snaží komunikovat.

Kognitivní funkce: již lépe reaguje na pokyny.

Bolesti neguje, spasticita není přítomna.

Objektivní vyšetření motoriky: Rozsah pohyblivosti i síla svalová jsou funkční. Rovnováha v normě. Čítí v normě. Taxe a koordinace pohybu v normě.

Výstupní ergoterapeutické vyšetření:

Subjektivní hodnocení: Pacientka vnímá zlepšení spontánní komunikace, stále limitována výraznou poruchou komunikace.

Objektivní hodnocení funkčních schopností: Mobilita na lůžku – v rámci základní mobility na lůžku bez obtíží, sed stabilní, výdrž zvládá. Chůze bez lokomočních pomůcek. Chůze z/do schodů zvládá samostatně. Personální denní činnosti provádí samostatně bez obtíží, využívá polohy v sedě či ve stoji. Instrumentální aktivity zvládá s menšími obtížemi, limitující je porucha komunikace (nakupování, komunikace s další osobou, na úřadech apod.)

Hybnost PHK je bez funkčního omezení, zvládá dynamické úchopy, podpis, tužku drží s jistotou. Pacientka je zlepšena v možnosti spontánní komunikace. Využívá více komunikaci prostřednictvím psaní, pro správnou informaci. V rámci terapie byl použit

program MENTIO. Podúkol „nakupování“ zvládá bez obtíží. Podúkol „skládačky“ zvládá se stupňováním aktivit. Podúkol „MM“ nutný s vedením druhé osoby, adaptace aktivit, opakování zadání úkolu aj.

Následně byla pacienta přeložena do Janských Lázní, kde absolvovala pětítýdenní rehabilitační pobyt. Logopedickou terapii zde měla také třikrát týdně.

Souhrn logopedické terapie

Porucha řečové komunikace postupně regredovala od globální afázie, kdy pacientka nemluvila vůbec, až do obrazu motorické afázie. Motorický deficit se postupně upravoval, ale přetrvávala těžká apraxie. V rámci nemocnice byla dotace logopedické péče na denní bázi, v rehabilitačních zařízeních také každý den či obden a následně bylo v terapii pokračováno ambulantně třikrát týdně. V současnosti dochází pacientka do logopedické ambulance jednou za 14 dní. Je patrné velké zlepšení, avšak potíže stále přetrvávají. Nejvíce je u pacientky narušená syntaxe, gramatické vazby a přítomny jsou dysnomické potíže.

Vstupní vyšetření – VZNPŘK

Kompletní přehled záznamu vyšetření je uveden v tabulce viz příloha 1 této práce.

Tabulka 1 – submodalita fatických funkcí – paní J

	Spontánní řeč	Plynulost řeči	Pojmenování	Opakování	Rozumění	Přispívající modalita	
						Slovní řady	Zpěv
1. Intaktní výkon				●	●		
2. Lehká porucha	●	●				●	●
3. Výrazná porucha			●				
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 2 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule/praxie – paní J

	Čtení	Psaní	Kreslení	Ústní početní úkony	Písemné početní úkony	Přispívající submodalita	
						Praxie HK	Orální praxie
1. Intaktní výkon			●	●	●		
2. Lehká porucha	●	●				●	●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 3 – submodalita motorických řečových funkcí – paní J

	Srozumitelnost	Respirace	Fonace	Nazalita	Artikulace	Přispívající modalita	
						Řazení hlásek a slabik	Tempo řeči, fluence
1. Intaktní výkon	●	●	●	●	●	●	
2. Lehká porucha							●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 4 – kognitivně-komunikační submodality/ rozumění – paní J

	Mnestické funkce	Prostorové vnímání	Prozódie	Rozumění – větné pokyny Pracovní paměť (Token test)
1. Intaktní výkon	●	●	●	●
2. Lehká porucha				
3. Výrazná porucha				
4. Těžká porucha				
5. Ztráta funkce				

Z vyšetření vyplývá přetrvávající porucha fatických funkcí a také lehká porucha lexických a grafických dovedností s přidruženou poruchou praxe.

Průběh terapie

Logopedická terapie byla prováděna v rámci deseti sezení. Každé sezení trvalo přibližně 30 minut.

1. sezení

Paní J se dnes necítila moc dobře, její výkon tomu odpovídal. Vypadala unaveně a měla potíže s udržením pozornosti. Jako první cvičení byly vybrány popletené věty, kdy měla paní J seřadit přeházená slova za sebe tak, aby věta dávala smysl (pracovní list č. 1 a 2) viz Příloha 6. Zpočátku bylo cvičení problematické, než paní J pochopila jeho princip. Na začátku vždy přečetla všechna napsaná slova a poté se snažila je různě řadit za sebou. Cvičení bylo prováděno pouze slovně, paní J si značila pořadí slov čísly. Místy bylo nutné ji s pořadím pomoci. V českém jazyce lze řadit slova ve větě v různém pořadí, aniž by věta změnila význam. To lze považovat za klad cvičení, protože je akceptovatelných hned několik správných řešení.

Jako druhé cvičení měla paní opravit popletená přísloví (pracovní list č. 3 – 5) viz Příloha 7. V obecně známých obratech bylo zaměněno jedno či dvě slova. Pacientka vždy nejprve celou větu přečetla, a poté se zamýšlela, co je v ní uvedeno nesprávně. Čím více se paní J soustředila na jednotlivá slova, tím obtížněji nacházela chybu.

Nejsprávnější odpověď přišla při bezprostřední odpovědi. Na většinu chyb přišla sama, případně po chvíli váhání. Některá slova doplnila po nápovědě.

2. sezení

Po úvodním rozhovoru bylo s pacientkou provedeno několik cvičení na oromotoriku, například: špulení rtů, vypláznutí jazyka, široký úsměv, zamračení, vtažení rtů, nafouknutí tváří apod. a následné střídání těchto pohybů. Některé sekvence jsou pro paní J složitější, obtížněji si uvědomuje jemné pohyby obličejových svalů, a proto jsou pro ni některé přechody mezi jednotlivými pohyby obtížněji proveditelné. Hybnost svalů je však intaktní.

Následovalo několik cvičení z pracovních listů. Pracovní list č. 9 (10 a 11) obsahuje obecně známá tvrzení jejichž pravdivost či nepravdivost měla pacientka za úkol určit. Cvičení pracuje s různým tvarem a pořadím slov ve větě, a tím změněným významem vět. Paní J správnost většiny vět určila správně, v některých případech potřebovala více času na přemýšlení nebo si větu přečetla několikrát. Za větu vždy napsala ANO v případě, že věta dávala význam, a NE v případě, že je věta napsaná nesprávně.

Jako další byl použit pracovní list s ustálenými známými výrazy, kdy v prvním sloupečku byla nějaká vlastnost (převážně přídavné jméno) a ve druhém sloupečku podstatné jméno (pracovní list č. 23). Pacientka měla za úkol spojit příslušná slova a vytvořit dvojice ustálených pojmů, jako například babí léto, domácí úkol, pracovní pohovor a další. Po správném spojení slov měla paní J navíc doplňovat různé další vlastnosti, které by dané podstatné jméno mohlo mít, např. rozmarné léto, léto s kovbojem nebo dětský, zubní lékař. Pacientka neměla problém přiřadit slova a vytvořit dvojice. Vymýšlení dalších vlastností k podstatným jménům pro ni však bylo obtížné vzhledem k dysnomii, tedy zhoršené výbavnosti slov. V takovém případě jsem pacientce podala nápovědu opisem, případně ještě poradila počáteční hlásku.

3. sezení

V dnešním cvičení měla paní J do tabulky vypsát předměty, které se nacházejí v různých místnostech bytu (pracovní list č. 17 – 19). Do prvního sloupečku doplňovala, co patří do koupelny, ve druhém sloupci kuchyňské potřeby a ve třetím sloupečku věci, které se běžně nacházejí v obývacím pokoji. Cvičení bylo modifikováno tak, že se výběr slov přehnutím listu papíru skryl a pacientka měla slova vymýšlet samostatně. Paní J zvládla napsat ke každé kategorii 3 slova, v písemném projevu je pro

ni výbavnost slov, a především jednotlivých hlásek ve správném pořadí jednodušší. Po přečtení zapsaných slov si paní J otočila skrytou část pracovního listu a rozřazovala pojmy v nabídce do příslušných sloupečků. S rozpoznáním příslušnosti jednotlivých předmětů neměla potíže, v psané formě zvládla cvičení bez problémů. Potíže měla s výbavností pojmů a případným vyslovením slova, v čemž jí pomohlo následné napsání a hláskování slova.

V následujícím cvičení bylo úkolem pacientky vybrat z řady slov vždy jedno, které mezi ostatní nepatří (pracovní list č. 20 a 21). Paní J tento krok nečinil potíže. Po vyškrtnutí slova dále měla zdůvodnit, proč právě toto slovo vyškrtla, proč nepatří mezi ostatní. To už pro ni bylo podstatně obtížnější. Obtížně nacházela názvy příslušných kategorií, často bylo potřeba použít nápovědu. Následně byla paní J požádána, zda by zkusila vymyslet další podřazené pojmy v dané kategorii. Některá slova naskočila pacientce hned, občas věděla, co chce, pouze nenacházela správné pojmenování pro daný předmět a někdy bylo třeba slovo napovědět.

Dalším bylo cvičení podobné osmisměrce. Úkolem bylo najít slova ukrývající se v odstavci souvislého toku písmen bez mezer (pracovní list č. 24 – 26). Pacientce byl pouze vysvětlen postup a následně pracovala samostatně. Pohledem i tužkou postupovala písmeno po písmenu a vyhledávala 10 ženských jmen a 8 českých měst, což se jí po poskytnutí dostatku času podařilo. Poslední slova byla podpořena nápovědou v podobě pomocného řádku, na němž byla vypsána slova, která se v odstavci skrývají. Tento řádek slouží i k ověření správnosti řešení. Při provádění cvičení byl list papíru přehnutý tak, aby tento řádek s nápovědou nebyl vidět. Po potvrzení příslušného počtu slov si paní okryla řádek s nápovědou a zkontrolovala správnost nalezených slov. Našla všech 10 jmen a 8 názvů měst.

4. sezení

Dnešní sezení bylo orientováno na grafickou podobu slova, jeho stavbu. Také se zaměřuje na schopnost analýzy a syntézy pacienta. Jako první cvičení byl použit pracovní list č. 27 (28), který obsahuje jednotlivá slova s chybějícími písmeny viz Příloha 8. Namíchaný jsou jednodušší slova, v nichž je chybějícím elementem alespoň jedna samohláska a těžší slova, kde chybí souhlásky. Úkolem pacientky bylo doplnit chybějící písmena do slova a přečíst ho. Pracovní list obsahuje i nápovědu, která je umístěná vždy nad daným slovem a charakterizuje ho z hlediska příslušnosti k určité

kategorii. Například udává, zda se jedná o zvíře, oblečení či ovoce. Jednodušší variantu slov pacientka zvládala doplnit, s chybějícími souhláskami měla již potíže. Poměrně dlouho nad některými slovy přemýšlela a až po upozornění na kategorii, k níž hledané slovo náleží, vyhledala s pomocí správné slovo a doplnila chybějící písmena.

Dalším cvičením byly přesmyčky (pracovní list č. 32). Jednotlivá slova představovala různé druhy ovoce. V jejich názvu však bylo změněné pořadí písmen. Úkolem pacientky bylo přečíst a zapsat správné znění slova a odhalit, o jaké ovoce se jedná. Tento úkol byl pro paní J problematický, neboť má potíže s uvědomováním si jednotlivých hlásek ve slově ať už v mluveném či písemném projevu. Na pořadní napsaných písmen se musí soustředit a pomalu si je předřikává nahlas. Znamé slovo z hlediska globálního čtení zvládne přečíst, ale rozložit ho na hlásky a doplnit příslušné písmeno je obtížnější. Pacientka tedy slovo nejprve přečetla a následně postupovala písmeno po písmenu až došla k prázdnému políčku, kam chybějící písmeno vepsala. Jako nadstavbu cvičení měla pacientka vymýšlet další slova spadající do příslušné kategorie. Paní J ví, jaká slova do které kategorie patří, ale má potíže s jejich výbavností, často bylo třeba použít nápovědu, aby jí slovo naskočilo.

V následujícím cvičení (pracovní list č. 30) měla pacientka tvořit slova z nabídky slabik. Usnadnění úkolu spočívalo v úvodu cvičení, kde je konkretizováno, že jde o vyhledávání surovin na pečení. Obzvláště pro ženu je to již signálem, jaká slova může očekávat. Bylo potřeba najít pět ingrediencí. Paní J přecházela od jedné slabiky k další, nahlas je četla a snažila se vytvořit správnou dvojici. Cvičení pro ni bylo poměrně obtížné. Zpočátku jsem ji poradila první slabiku, aby našla pouze druhou část hledaného slova. To se podařilo a zbylé ingredience vyhledala již sama a následně slova zapsala do příslušného řádku.

5. sezení

Po úvodním rozhovoru o dění v uplynulém týdnu jsme se přesunuli k pracovním listům. Dnešní cvičení se zaměřovala na stavbu slova, čtení s porozuměním a krátkodobou paměť. Prvním pracovním listem (č.33) byla tajenka, která byla odhalena po vyškrtání přebytečných písmen v jednotlivých slovech. Pacientka musela škrtnout vždy jedno písmeno, které bylo ve slově navíc, aby toto slovo dávalo smysl. Vyškrtnuté písmeno následně vepsala do připraveného políčka a tato vyškrtnaná písmena dohromady utvořila tajenku, kterou pacientka přečetla. S rozpoznáním, o jaké slovo se jedná, neměla paní

J potíže. Ovšem problematické bylo určit, jaké konkrétní písmeno přebývá. V několika případech pacientka označila nesprávné písmeno ale většinou se následně opravila, někdy potřebovala více času na přemýšlení.

Následující cvičení (pracovní list č. 38) pracuje se skloňováním slov a s používáním předložek. Na začátku jednotlivých řádků jsou běžně používané předložky a ve spodní části pracovního listu nabídka podstatných jmen, která se mohou buď vystříhat a přiřkládat na řádek nebo opisovat, dle schopností pacienta. Pacientka slovo vybrané z nabídky ve spodní části skloňovala vždy podle předložky uvedené na řádku. Tuto činnost pacientka zvládla dobře. Následně měla jako nadstavbu cvičení vymýšlet další slova, která by se dala v kombinaci s těmito předložkami použít. Protože i tento úkol zvládla paní J dobře, snažily jsme se přidat další větné členy a vytvořit tak co nejrozsáhlejší větu či souvětí.

V dalším cvičení (pracovní list č. 39) se pracuje s krátkým příběhem, který pacientka přečetla nahlas. Následně měla text zakrýt, přečíst otázky pod textem a odpovědět na ně. Pacientka čte pomalu, rozvážně, soustředí ale na každé slovo, ale projev je poměrně fluentní. Některá slova je nucena číst opakovaně při záměně některých hlásek. Otázkám pod textem rozumí, některé skutečnosti si ovšem nezapamatovala. Následně měla pacientka příběh převyprávět. Časovou linii dodržela, pouze některé části děje vynechala. Po skončení vyprávění jí byly připomenuty a pacientka si rozpomněla i na zbytek příběhu.

6. sezení

Náplní dnešního sezení bylo opět několik cvičení z pracovních listů. Prvním cvičením byla tvorba slov z rámečku (pracovní list č. 31), což už pacientka znala z předchozího obdobného úkolu. Ze slabik v rámečku je potřeba vybrat určité slabiky a sestavit pomocí nich jakékoliv slovo. Na rozdíl od prvního úkolu, kde bylo konkretizováno, která slova má paní J v rámečku vyhledávat, je vyhledávání slov v této obměně úkolu již zcela na pacientce. Při plnění úkolu musí nejen dostatečně koncentrovat svou pozornost, ale i vyhledávat potřebná slova ve vlastním lexikonu a také zvládnout syntézu slabik ve slova a ty poté spojit právě se známými slovy ze slovníku. Zpočátku bylo cvičení pro pacientku komplikované, nedařilo se jí přijít na správný postup, očima přecházela od jedné slabiky k další a nemohla nalézt žádné smysluplné slovo. Jedno

slovo jí bylo napovězeno jako příklad postupu. Následně několik slov vytvořila, ale těžkopádně skládala jednotlivé slabiky do slovních celků.

Dalším cvičením bylo dokončování přísloví (pracovní list č. 6 – 8). Vzhledem ke schopnostem pacientky zde nebyly použity žádné nápovědné věty, z nichž by paní J mohla vybírat. Pacientce znění přísloví naskakovala, na první pokus, když se příliš nezamýšlela, většinou přísloví doplnila správně. Když začala nad jednotlivým slovy více přemýšlet, nedařilo se je vybavit, byly patrné dysnomie.

Na závěr sezení měla pacientka přečíst krátký příběh (pracovní list č. 40) A jako to již znala z minulého sezení, pod textem se nacházely otázky týkající se přečteného textu, na které měla paní J na základě porozumění textu odpovědět. Po zodpovězení otázek měla paní J celý příběh vlastními slovy převyprávět. U pacientky přetrvávají specifické poruchy ve čtení. Čtení je nonfluentní, pacientka se zaškobrťává a opakovaně čte některá problematická slova. Na doplňující otázky však odpovídá bez obtíží. Při převyprávění příběhu se drží dějové linie, nezapomněla na žádné důležité události. Projev je však neplynulý, ovlivněn dysnomickými pauzami a pacientka používá jednoduché věty či pouze slovní spojení.

7. sezení

V rámci dnešního sezení byl použit pracovní list zaměřená na automatismy (pracovní list č. 34 – 37). Jednalo se o řazení uvedených slov podle abecedy a jejich následné zapsání do řádku. S tímto cvičením neměla pacientka větší obtíže a zvládla ho poměrně samostatně. Jednotlivá slova si přečetla v duchu a rovnou zapisovala na příslušný řádek. Pouze předposlední dvě slova otočila, přehodila pořadí písmen „h“ a „g“ v abecedě.

Následující úkol byl obdobný, pouze ve jednotlivých slovech navíc chyběla některá písmena a jednalo se o měsíce v roce, tudíž mechanismus řazení byl odlišný od abecedního řazení (pracovní list č. 29). Jako první tedy pacientka doplnila chybějící slova a vytvořila názvy jednotlivých měsíců v roce. Určit chybějící písmeno pro ni bylo obtížné, musela slovo nejprve odhadnout, poté si ho předříkávat nahlas a postupovat po hláskách. S pomocí se podařilo slova doplnit. Poté měla paní J měsíce seřadit tak, jak následují v roce za sebou. Úkol vyjmenovat měsíce v roce zvládla bez problémů, ale vybírání jednotlivých měsíců a jejich řazení do sloupečku pod sebe už bylo problematictější. Pacientka si neustále celou řadu opakovala a s občasnou nápovědou nakonec sepsala měsíce ve správném pořadí do sloupečku.

Na závěr sezení pacientka opět pracovala s krátkým příběhem. Postup byl stejný jako v předchozích případech. Nejprve krátký příběh přečetla a následně po zakrytí textu odpovídala na doplňující dotazy. Po jejich zodpovězení měla celý příběh převyprávět. Dnešní otázky nebyly pro pacientku tak snadné jako při předchozím příběhu, nebyla si jistá odpovědí a bylo potřeba jí napovědět ukázáním textu.

8. sezení

Dnešní první část sezení byla věnovaná rodinným vztahům (pracovní list č. 12). Jako první byl použit list s příběhem z oslavy narozenin, kde byly zakomponovány příbuzenské vazby. Pacientka měla text přečíst a následně odpovědět na otázky pod textem. Tentokrát mohla při odpovědích nahlížet do samotného textu, neboť byla úloha poměrně složitá. Pro pacientku není snadné představit si rodinné vztahy, udržet v paměti více informací a následně si vybavit příslušné pojmenování. V některých případech bylo potřeba nabídnout fonemickou nápovědu, především u méně často používaných pojmenování, jako je švagr či zeť.

Následující cvičení tématicky navazovalo na rodinný příběh. Na pracovním listu jsou uvedeny názvy jednotlivých rodinných příslušníků (př. teta, snacha, bratranec, apod.) a úkolem pacientky bylo popsat, kdo je to ve vztahu k ní (pracovní list č. 15 a 16). Toto cvičení bylo velice obtížné, pacientka nebyla schopna vysvětlit a popsat pojem. Do budoucna by bylo vhodné použít cvičení s výběrem různých možností, aby pacientka měla možnost kontroly a vybírala pouze z omezené baterie možností.

Na závěr sezení byl použit opět krátký příběh obdobným způsobem jako v předchozích případech (pracovní list č. 41). Tentokrát bylo vyprávění poměrně fluentní, pacientka se snažila o produkci souvislého projevu a o používání rozvitějších vět. Oproti prvnímu případu vyprávění příběhu je zde patrný rozdíl.

9. sezení

První dnešní cvičení bylo zaměřeno opět na příbuzenské vazby. Tentokrát však byl postup obrácený – na pracovním listu byl uveden popis určitého člena rodiny a úkolem pacientky bylo doplnit jeho název (pracovní list č. 13, 14). Díky přetrvávajícím dysnomiím se dalo předpokládat, že toto cvičení nebude pro pacientku příliš snadné. Avšak nakonec ho zvládla poměrně dobře, což lze možná přisoudit procvičování rodinných vztahů na předešlém sezení. U několika pojmů si pacientka nebyla jistá, ale úkol s nápovědou zvládla dokončit.

Následující cvičení bylo použito již podruhé. Jednalo se o pracovní list s ustálenými známými výrazy (pracovní list č. 22). Pacientka měla za úkol spojit příslušná slova a vytvořit dvojice ustálených pojmů, tak, jak se běžně používají. Například se zde objevila slovní spojení smečka psů, hrozen vína či dav lidí. Pacientce nedělalo problém dvojice správně spojit. Po vytvoření dvojic měla ke každému slovu v prvním sloupečku doplnit další možnosti, například smečka vlků. Tento krok byl již obtížnější vzhledem k omezené výbavnosti. Paní J se však snažila a případně jí byla poskytnuta sémantická či fonemická nápověda. Jinak pracovala poměrně samostatně.

10. sezení

Desáté sezení bylo zároveň sezením posledním. Pacientku čekalo cvičení na reedukaci lexie, kdy měla dle obecných zvyklostí doplnit chybějící slova v dopise (pracovní list č. 43). Paní J se měla vžít do role malého chlapce, který píše dopis rodičům z tábora. V případě, že pacientka slovo nevěděla nebo si nebyla jistá, byla v dolním řádku uvedena nápověda. V ní byla obsažena všechna chybějící slova v textu. S touto nápovědou se podařilo doplnit celý dopis a následně ho přečíst.

Na úplný závěr byla pro pacientku připravena sada obrázků, které při správném seřazení znázorňovaly určitý děj (pracovní list č. 44). Konkrétně tyto obrázky se týkaly výměny prasklé pneumatiky. Pacientka obrázky po dostatečném rozmyšlení seřadila správně, pouze u dvou dějů přehodila pořadí. Po společné domluvě došla ke správnému řešení. Po seřazení dějové linie měla paní J celý příběh převyprávět a držet se při tom daných obrázků. Schopnost vyprávění je stále lehce omezená, pacientka používá jednoduché věty respektive samostatná slova a slovní spojení k popisu toho, co vidí na obrázcích. Po dokončení příběhu byly obrázky schovány a pacientka byla požádána k převyprávění příběhu z paměti. To se jí dařilo o poznání lépe, příběh si představila v duchu a nebyla rozptylována konkrétními dějovými obrazy, kterých se v prvním případě musela držet.

Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno stejným způsobem jako vyšetření vstupní. Použito bylo opět VZNPŘK. Tentokrát však byla sledována pouze konkrétní submodalita, v rámci níž má pacientka potíže, a to submodalita fatických funkcí a submodalit lexických a grafických dovedností.

Tabulka 5 – submodalities fatických funkcí II. – paní J

	Spontánní řeč	Plynulost řeči	Pojmenování	Opakování	Rozumění	Přispívající modalities	
						Slovní řady	Zpěv
1. Intaktní výkon				●	●		
2. Lehká porucha	●	●	●			●	●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 6 – submodalities lexických a grafických dovedností a kalkule/praxie II – paní J

	Čtení	Psaní	Kreslení	Ústní početní úkony	Písemné početní úkony	Přispívající submodalities	
						Praxie HK	Orální praxie
1. Intaktní výkon			●	●	●		
2. Lehká porucha	●	●				●	●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Z vyšetření je patrné, že poruchy fatických funkcí, které jsou u pacientky přítomny již několik let stále přetrvávají. Je potřeba si všimnout maličkostí a i drobný pokrok je změna k lepšímu. Za viditelné zlepšení funkcí lze považovat vyhodnocení schopnosti pojmenování na úrovni lehké poruchy oproti výrazné poruše na začátku.

Shrnutí

Při opakovaném využívání obdobných cvičení sice dysnomie nevymizí úplně, výbavnost je však podporována. Tempo spontánní řeči je stále mírně zrychlené a vzhledem k přetrvávajícím dysnomiím není projev tolik plynulý. Opakovaným prováděním cvičení se pacientka na vlastní projev začala více zaměřovat, snažila se používat i složitější větné konstrukce a nenechat se vyvést z míry neschopností vybavit si ihned hledaný pojem. Přetrvávající potíže jsou patrné i ve čtení a psaní, které byly v rámci práce s pracovními listy také podporovány. V těchto submodalitách patrná velká změna není. Dá se ovšem říci, že hlasité čtení je o nepatrně kontrolovanější, srozumitelnější a plynulejší po opakovaném tréninku čtení krátkých příběhů. U pacientky přetrvávají dysgramatismy, které se ale při kontrole daří eliminovat.

5.3.2 Kazuistika č. 2

Pan Ř, narozen r.1965

Osobní anamnéza

Pan Ř žije s manželkou v rodinném domě se čtyřmi schody u vchodu. Je nekuřák, nepije alkohol, neužívá drogy. Rád sportuje, před příhodou se věnoval cyklistice a horolezectví, to je nyní omezené. V současnosti je v invalidním důchodu, více se věnuje rodině, drobným opravám v domě a kutilství. Alergie jsou negativní, je u něj přítomna arteriální hypertenze.

Rodinná anamnéza

Matka žije, je zdravá. Otec zemřel, měl IM. Dcera (nar. 2010) i manželka jsou zdravé.

Pracovní anamnéza

Pan Ř pracoval jako technik v dopravním podniku. V současnosti pobírá invalidní důchod.

Diagnóza

Mozkový infarkt se vznikem 08.06.2014 při proximálním uzávěru arteria carotis interna vlevo v.s. na podkladě disekce s reziduální lehkou pravostrannou hemiparézou včetně centrální léze nervu facialis vpravo a poruchou symbolických funkcí – smíšená transkortikální afázie.

Byl přítomný stav po sekundárním epileptickém záchvatu 17.06.2014, pacient byl zajištěn antikonvulzivou. Dále bylo třeba zavést umělou plicní ventilaci 09-13.06.2014. Přítomná byla arteriální hypertenze a odeznívající organický psychosyndrom. Patrný byl mírný kognitivní deficit v oblasti pozornosti a psychomotorického tempa.

Pobyty v rehabilitačních zařízeních

Pacient byl přijat 21.06.2014 na Neurologickou kliniku pro náhlý rozvoj pravostranné hemiparézy až hemiplegie s fatickou poruchou. Při přijetí vážil 180 cm a měřil 79 kg, krevní tlak i tělesnou teplotu měl v pásmu normy (130/90, 36.5). Pacient byl při vědomí, spolupracoval. Po příjezdu dle CT beze změn, dle UZ uzávěr ACI vlevo proximálně. 24.06.2011 komplikace bakteriální pneumonií a rychlou normalizací stavu ATB. Byly zjevné záškuby levé tváře a ramene, dle EEG hemisferální amnormita vlevo. Stočení hlavy doleva, areaktivita, přechodně plegie LHK, upraveno po podání medikace. Další záchvat se neopakoval – zajištěn fenytoinem.

Během třítydenní hospitalizaci na rehabilitační klinice počáteční frontální projevy ustoupily, významně regredovala pravostranná hemiparéza, nemocný byl kontinentní, schopen samostatné chůze, přetrvávala porucha symbolických funkcí, verbální kontakt byl možný a byla mu poskytována logopedická péče.

Byla diagnostikována smíšená fatická porucha s převahou expresivní složky a dyskalkulie. Dominantní PHK. Vertikalizace z lůžka samostatně, sed stabilní, stoj stabilní, stoj na špičkách i patách vázl. Chůze bez opory byla nestabilní, nutný dohled. Objevoval se lehký tah doprava.

DK byly nebolestivé, bez otoků a známek zánětů, inervace v pořádku. HK: stisk vpravo slabý, vázla jemná motorika vpravo – pacient nesvedl opozici malík-palec, špetkový úchop vpravo, při pěsti chyběl 1 cm do dlaně, diadochokinéza, taxe přesná, vpravo pomalejší tempo, vázla grafomotorika.

V průběhu pobytu kromě fyzioterapie, ergoterapie a logopedie dojížděl ambulantně do Hronova na oxygenoterapii, která byla prováděná v hyperbarické komoře. Pacient i logopedka potvrzují přínos této terapie a potvrzují velké zlepšení stavu pacienta po absolvování dvaceti návštěv v rámci dvou týdnů.

ORL a logopedické vyšetření

Vyšetření MAST – automatická řeč 8/10, pojmenování 0/10, opakování 6/10, fluence 10/10, psaní na diktát 0/10, rozumění alternativním otázkám 10/20, slovu 8/10, verbální instrukci 4/10, čtené instrukci 2/10

Celkový jazykový index: 48/93, index produkce 24/45, index rozumění 24/46

Závěr: fatická porucha smíšená

Doporučení: stimulace rozumění a verbální produkce, eliminace perseverací, zpřesnění srozumitelnosti řeči, úprava tempa řeči.

Výstupní logopedické vyšetření

Stav po mozkovém infarktu při proximálním uzávěru arteria carotis interna vlevo, se smíšenou fatickou poruchou. Pacient komunikuje fluentně, s akcelerací tempa řeči, s pomocí ustálených rčení a obrátů, jeho řeč je hůře srozumitelná pro místy až slovní salát, komolení slov a sémantické parafrázie. Ne vždy si je uvědomuje, pokud si jich je vědom má snahu se opravit. Čtení je zachováno, s potížemi dyslektickými, kdy si domýšlí slova i celé obraty. Psaní těžce narušeno. Rozumění řeči a textu je částečné, složitým větným strukturám nerozumí. Během pobytu došlo ke zlepšování jak exprese, tak percepce řeči.

Závěr: smíšená transkortikální afázie s převahou v expresivní složce, postupně regredující.

Doporučení: pokračovat v cílené logopedické péči.

Výstupní kineziologické vyšetření

Subjektivní hodnocení: pacient se subjektivně cítí lépe, zlepšení motoriky PHK, zlepšení svalové sály a koordinace PHK, zlepšení kognitivních funkcí

Objektivní vyšetření: přetrvává porucha fatických funkcí (převážně motorická afázie), zlepšení dynamiky prstů PHK, celkově koordinovanější hybnost pravostranných končetin, soběstačnost v rámci lůžka i mimo něj plná, chůzi zvládá bez pomůcek funkčním stereotypem, schody zvládá samostatně.

Výstupní ergoterapeutické vyšetření

Facilitace PHK, cvičení jemné motoriky ke zlepšení obratnosti, dynamiky prstů. Návčik úchopu proti gravitaci. Procvičování grafomotorických cviků, návčik denních činností. Zapojení PHK do denních činností, manipulace s přiborem.

Psychologické vyšetření

Chování při vyšetření: pacient čeká jako vždy včas připraven, ke spolupráci je motivován, zajímá se o výsledky, během vyšetření odpovídá pohotově, místy zbrkle, což v několika případech vede k chybné odpovědi, čehož si je vědom. Svě odpovědi slovně komentuje, občas chybnými výrazy.

Aktuální situace: přestože vyjadřovací schopnosti pacienta se zlepšují, řeč je stále omezená a objevují se chybná pojmenování. Rovněž použití pravé ruky není ještě zautomatizované, pacient stále využívá nedominantní LHK. Tato omezení limitují možnosti psychologického vyšetření, které je tedy prováděno převážně počítačovými metodami. Percepce je bez deficitu, v normě, pozornost a schopnost koncentrace narušena. Psychomotorické tempo prodlouženo, ale patrná tendence ke zlepšení.

Osobnost: aktivní, spolupracující, cílevědomá, soustředěná na výkon, občas s tendencí k unáhleným rozhodnutím. Bez depresivního ladění.

Závěr: odeznívá organický psychosyndrom, stále mírný kognitivní deficit v oblasti pozornosti a psychomotorického tempa.

Souhrn logopedické terapie

Logopedická terapie byla pacientovi poskytována na denní bázi v rámci hospitalizace na neurologii a následně i na rehabilitační klinice. Následně pan Ř pokračoval v komplexním rehabilitačním programu na pětítýdenním rehabilitačním pobytu v Luži – Košumberku, kde mu byla také k dispozici pravidelná, intenzivní logopedická péče. Klinický obraz afázie postupně regredoval od globální afázie k motorické afázii. Péče pokračovala v rámci ambulance klinického logopeda, kam docházel s manželkou. Zpočátku měl pacient svislý koutek a docházelo k úniku slin. Cvičení byla zaměřená na zlepšení oromotoriky, byly prováděny i masáže. V řeči byly přítomny neologismy, parafrázie, agramatismy, dysnomie. Pacient vykazoval typické specifické dysgrafické chyby, jako je například přesmykování hlásek ve slově. Terapie se zaměřovala i na reedukaci čtení a psaní. Současně byla přítomna hemiparéza. Písmo je těžkopádné, což

souvisí s motorickým deficitem. V současnosti přichází pan Ř do ambulance jednou za dva týdny pro přetrvávající specifické chyby a také z důvodu sociálního kontaktu.

Vstupní vyšetření – VZNPŘK

Kompletní přehled záznamu vyšetření je uveden v tabulce viz příloha 2 této práce.

Tabulka 7 – submodalities fatických funkcí – pan Ř

	Spontánní řeč	Plynulost řeči	Pojmenování	Opakování	Rozumění	Přispívající modalities	
						Slovní řady	Zpěv
1. Intaktní výkon				●	●		
2. Lehká porucha		●				●	●
3. Výrazná porucha	●		●				
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 8 – submodalities lexických a grafických dovedností a kalkule/praxie – pan Ř

	Čtení	Psaní	Kreslení	Ústní početní úkony	Písemné početní úkony	Přispívající submodalities	
						Praxie HK	Orální praxie
1. Intaktní výkon			●	●	●		
2. Lehká porucha	●	●				●	●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 9 – submodalitty motorických řečových funkcí – pan Ř

	Srozumitelnost	Respirace	Fonace	Nazalita	Artikulace	Přispívající modalitty	
						Řazení hlásek a slabik	Tempo řeči, fluence
1. Intaktní výkon	●	●	●	●	●	●	
2. Lehká porucha							●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 10 – kognitivně-komunikační submodalitty/ rozumění – pan Ř

	Mnestické funkce	Prostorové vnímání	Prozódie	Rozumění – větné pokyny Pracovní paměť (Token test)
1. Intaktní výkon	●	●	●	●
2. Lehká porucha				
3. Výrazná porucha				
4. Těžká porucha				
5. Ztráta funkce				

Průběh terapie

Logopedická terapie byla prováděna v rámci deseti sezení. Každé sezení trvalo přibližně 30 minut.

1. sezení

Pán přišel dobře naladěný, motivovaný ke spolupráci. Po jeho příchodu jsme probrali jeho cestu do ambulance vlakem. Pán aktivně a rád vypráví, řeč se stočila k jeho dětem a rodině. Následně jsme přešli k pracovním listům. Pro začátek měl pán za úkol seřadit slova v popletených větách tak, aby věta dávala smysl (pracovní list č. 1 a 2) viz Příloha 9. Zpočátku cvičení vypadalo složitě, při složení první a druhé věty potřeboval pacient pomoci. Několikrát bylo potřeba mu zopakovat, aby vždy nejprve slova přečetl nahlas a poté se je pokusil očíslovat tak, jak by měla jít za sebou. Díky variabilitě českého jazyka je možné větu sestavit v různém pořadí slov, což cvičení usnadnilo. Nicméně pán již nedokázal vysvětlit rozdíl ve významu jednotlivých vět s různým uspořádáním slov. Např. „*Moje svíčková je nejoblíbenější jídlo.*“ – věta může být myšlena tak, že konkrétně ta svíčková, kterou uvařím já, je nejoblíbenějším jídlem například v rodině. Versus věta „*Svíčková je moje nejoblíbenější jídlo*“, kdy konstatujeme, že naším nejoblíbenějším jídlem je svíčková.

Ve druhém cvičení měl pan Ř opravit popletená přísloví (pracovní list č. 3 – 5). V obecně známých obratech bylo vždy změněno jedno nebo dvě slova. Pán vždy nejprve celou větu přečetl a poté přemýšlel, co je v ní nesprávně. Většina vět mu buď přišla v pořádku nebo často přemýšlel nad změnou jiného slova a například u přísloví „Neházej flintu do žita“ byl přesvědčený o správnosti tvaru: „Neházej pušku do pšenice.“

V dalším cvičení (pracovní list č. 9 – 11) měl pacient určit pravdivost tvrzení viz Příloha 10. Jednalo se o obecně známé pravdy, sepsané vždy v několika variantách přehozením jednotlivých slov ve větě. Například lžíci jím polévku x lžíci jím polévkou. Je potřeba zapojit jazykový cit a správně určit předmět věty. Také se zapojuje sluchová zpětná vazba. Pan Ř cvičení řešil poměrně samostatně, větu vždy přečetl a následně určil, zda dává smysl nebo ne. Ve dvou případech o správnosti tvrzení nerozhodl dobře z důvodu špatného přečtení věty. Pan Ř. často přečte pouze začátek slova či věty a domýšlí si zbytek. To často vede k unáhlené nesprávné odpovědi. Je potřeba ho upozornit, aby si větu přečetl ještě jednou a zaměřil se na napsaná slova důsledněji.

2. sezení

S panem Ř byl dnes vyplňován pracovní list s ustálenými známými výrazy, kdy v prvním sloupečku byla nějaká vlastnost (převážně přídavné jméno) a ve druhém sloupečku podstatné jméno (pracovní list č 23). Pacient měl za úkol spojit příslušná slova a vytvořit dvojice ustálených pojmů, jako například babí léto, domácí úkol, pracovní pohovor a další. Po správném spojení slov navíc doplňoval různé další vlastnosti, které by dané podstatné jméno mohlo mít, např. horké, dlouhé léto nebo důležitý, těžký úkol.

V dalším cvičení měl pacient vymyslet a zapsat do tabulky předměty, které se nacházejí v různých místnostech bytu (pracovní list č. 17 – 19) viz Příloha 11. Do prvního sloupečku měl doplnit, co patří do koupelny, ve druhém sloupci kuchyňské potřeby a do třetího sloupečku věci, které se běžně nacházejí v obývacím pokoji. Cvičení bylo modifikováno tak, že výběr slov se přehnutím listu papíru skryl a pan Ř měl slova vymýšlet samostatně. Do každého sloupečku napsal správně dvě slova, která správně zařadil do příslušné kategorie. Po přečtení zapsaných slov byla odkryta přehnutá část pracovního listu a pan Ř rozřazoval slova v nabídce do příslušných sloupečků. S rozpoznáním příslušnosti jednotlivých předmětů neměl větší obtíže.

3. sezení

Dnešním úkolem pacienta bylo vybrat z řady slov vždy jedno, které mezi ostatní nepatří (pracovní list č. 20 a 21). Tento krok mu nečinil potíže. Po vyškrtnutí slova měl dále zdůvodnit, proč právě toto slovo vyškrtl. To už bylo podstatně složitější. Obtížně nacházel názvy příslušných kategorií, často bylo potřeba použít fonemickou či sémantickou nápovědu. Následně byl pacient dotazován na další podřazené pojmy, které by také zařadil do dané kategorie. Některá slova se vybavila panu Ř hned, občas věděl, co chce říct, pouze nenacházel správné pojmenování pro daný předmět a někdy bylo třeba slovo napovědět.

V následujícím cvičení měl pan Ř najít slova ukrývající se v odstavci souvislého toku písmen bez mezer (pracovní list č. 24 – 26). Pánovi byl pouze vysvětlen postup a následně měl samostatně podtrhávat nalezená slova. Pohledem i tužkou postupovala písmeno po písmenu a vyhledával 8 českých měst a 8 domácích zvířat, což mu i s absencí nápovědy nečinilo větší potíže.

4. sezení

Tento den přišel pan Ř v dobrém rozpoložení a v prvních několika minutách vyprávěl zážitky z víkendu. Ze stimulačních cvičení byly pro dnešní sezení na řadě přesmyčky (pracovní list č. 32). V jednotlivých, na první pohled nesmyslných, slovech se ukrývají různé druhy ovoce. V jejich názvech bylo změněné pořadí písmen. Úkolem pacienta bylo přečíst, zapsat správné znění slova a odhalit, o jaké ovoce se jedná. Pan Ř většinu slov zvládl samostatně, u několika z nich se příliš unáhlil v odpovědi a vyslovil jiné slovo, které neodpovídalo uvedeným písmenům. Po důkladnějším přečtení však na správnou odpověď přišel.

V následujícím cvičení (pracovní list č. 30) měl pacient tvořit slova z nabídky slabik. V úvodu cvičení, kde je konkretizováno, že jde o vyhledávání surovin na pečení. Bylo potřeba najít 5 ingrediencí. Pacientovy odpovědi byly ovlivněny impulsivním jednáním, kdy pacient nedočítá slova do konce a pouze si jejich čtení domýšlí. Snadno tak zamění slabiku a tím vznikne zcela jiné slovo. S mírnou asistencí však pan Ř úkol zvládl. Stačilo například napovědět první slabiku nebo naznačit, k čemu daná ingredience slouží či jak vypadá. Jako nadstavbu cvičení měl pan Ř jmenovat další suroviny, které by se daly k pečení použít. S tím neměl žádné větší potíže, vyjmenoval ještě další tři suroviny (prášek do pečiva, perníkové koření, kakao).

Následující pracovní list (31) spočívá ve stejném principu jako cvičení jemu předcházející, pouze hledaná slova nespojuje žádný společný jmenovatel (u předchozího cvičení to byly suroviny na pečení). Pacient měl hledat pouze jakákoliv slova a měl by jich nalézt minimálně pět. To bylo pro pana Ř obtížnější, zejména proto, že se mu dařilo vyhledat slovo, které nemělo v českém jazyce žádný význam. Některá slova mu bylo potřeba opět napovědět, snažil se ale pracovat samostatně. Cvičení jsme prováděli ústně, pacient si pouze snažil již použité slabiky v nabídce.

5. sezení

Pan Ř dnes přišel opět s dobrou náladou a pozitivně naladěný. Již od dveří se usmíval. Po klasickém úvodním povídání jsme přikročili k pracovním listům. Dnešní cvičení se zaměřovala na stavbu slova, čtení s porozuměním a krátkodobou paměť. Prvním pracovním listem (č.33) byla tajenka, která byla odhalena po vyškrtání přebytečných písmen v jednotlivých slovech. Pacient musel škrtnout vždy jedno písmeno, které ve slově přebývalo, aby toto slovo dávalo smysl. Vyškrtnuté písmeno následně vepsal do

připraveného políčka a tato vyškrtaná písmena dohromady utvořila tajenku, kterou pacient přečetl. S rozpoznáním, o jaké slovo se jedná neměl pan Ř potíže. Určit, jaké konkrétní písmeno ve slově přebývá bylo problematické. Pacient se opět unahloval v odpovědi a vykazoval kolísavou pozornost. V několika případech pacient označil nesprávné písmeno, někdy potřeboval více času na přemýšlení a v jednom případě určil písmeno správně, ale do tajenky zapsal jiné.

Následující cvičení (pracovní list č. 38) pracuje se skloňováním slov a s používáním předložek. Na začátku jednotlivých řádků jsou v českém jazyce běžně užívané předložky a ve spodní části pracovního listu nabídka podstatných jmen, která se mohou buď vystříhnout a přikládat na řádek nebo opisovat, dle schopností pacienta. V případě pana Ř jsme zvolili druhou možnost, jelikož je pacient schopen psát. Z časových důvodů nezapisoval na řádek všechna slova, ale pouze je vyslovoval ve správném tvaru ústně. Po správném zařazení a skloňování vybraných slov ve spodním řádku měl pacient vymýšlet další slova k jednotlivým předložkám tak, jak se běžně používají. Například za předložku „u“ vymyslel slova „domu a lavičky“.

Další cvičení (pracovní list č. 39) bylo reprezentováno krátkým příběhem, který pacient přečetl nahlas a následně měl text zakrýt, přečíst otázky pod textem a odpovědět na ně. Pacient čte rychle a často nedočítá konce vět či slov a tím se dopouští chyb nebo dokonce celé slovo přehlédne a přeskočí. Je potřeba ho upozornit, aby větu přečetl opakovaně, aby mu některé informace neunikly nebo si nezapsal do paměti mylná fakta. Text však zvládne dočíst do konce bez dalších potíží. Otázkám pod textem rozumí, některé skutečnosti si ovšem nezapamatoval. To lze odůvodnit faktem, veškerou pozornost soustředil na správné přečtení textu a méně již na jeho obsah. Následně měl pacient příběh převyprávět. Časovou linii dodržoval, příběh dokázal převyprávět poměrně srozumitelně, místy se projevovaly dysnomie, tedy vážlo vybavení potřebného slova.

6. sezení

V rámci dnešního sezení byl použit pracovní list č. 31, jehož cílem byla tvorba slov z nabídky slabik v rámečku. Pacient už s obdobným cvičením pracoval, pouze v prvním případě bylo cvičení zaměřeno na vyhledávání konkrétní skupiny slov (ingredience na pečeni). V tomto případě je úkolem vyhledat jakákoliv slova, která budou složena z nabídnutých slabik. Pacient neměl s vyhledáním slov větší obtíže, při dostatku času

na přemýšlení cvičení zvládl s vysokou mírou samostatnosti. V několika případech však opět negativně ovlivnilo výkon jeho spontánní až zbrklé jednání, kdy díky kolísavé pozornosti nedočítá slova či slabiky a domýšlí si jejich znění. To vedlo v vyhledání slova, které však nebylo složeno z nabídky slabik. V takovém případě bylo potřeba pacienta na chybu upozornit a poskytnout mu nápovědu.

Dalším cvičením bylo dokončování přísloví (pracovní list č. 6 – 8). Vzhledem ke schopnostem pacienta zde nebyly použity žádné nápovědné věty, z nichž by mohl vybírat správné řešení. Pacient známá přísloví doplní automaticky, bez většího váhání. Dvě z přísloví doplnit nezvládl, pravděpodobně jeho znění ani neznal.

Na závěr sezení měl pacient přečíst krátký příběh (pracovní list č. 40) A na základě porozumění textu odpovědět na doplňující otázky, které se nacházely pod příběhem. Odpověď na otázky pan Ř. věděl, obtížně však vyhledávat potřebná slova a formuloval odpověď. Většinou byla odpověď jednoslovná, náznaková, přestože bylo patrné, že pacient odpověď zná, že si celý příběh v rámci pracovní paměti pamatuje. Po zodpovězení otázek měl pacient celý příběh převyprávět vlastními slovy. Jak už bylo zmíněno, potíže se zapamatováním děje pan Ř neměl, ale bylo pro něj obtížné formulovat souvislé věty, vybavit si potřebné pojmy a plynule vyprávět příběh.

7. sezení

Počátek sezení byl zaměřen na práci s pracovním listem č. 34 (34– 37), který vychází z práce s automatismy. Cílem cvičení je řazení uvedených slov podle abecedy a jejich následné zapsání do řádku. S tímto cvičením neměl pacient větší obtíže a zvládl ho poměrně samostatně. Jednotlivá slova si četl vždy nahlas a předříkával si písmena abecedy tak, jak jdou za sebou. V případě, kdy chtěl na řádek zapisovat slovo, které však ještě nebylo na řadě, byl pacient upozorněn, aby se na jednotlivá slova podíval ještě jednou. U pana Ř je potřeba kontrolovat unáhlené reakce a motivovat ho k rozváznému řešení cvičení.

Následující úkol byl velice podobný, pouze ve jednotlivých slovech navíc chyběla některá písmena a jednalo se o měsíce v roce, tudíž mechanismus řazení byl odlišný od abecedního řazení (pracovní list č. 29). Jako první tedy pacient doplnil chybějící slova a vytvořil názvy jednotlivých měsíců v roce. Určit chybějící písmeno nebylo obtížné, pacient globálně slovo rozpoznal, přečetl a následně doplnit chybějící element. Poté měl pacient seřadit vytvořené názvy měsíců podle toho, jak jdou v roce za sebou. Pacient je

schopen bez problému vyjmenovat měsíce v roce, ale vybírání jednotlivých měsíců a jejich řazení do sloupečku pod sebe už bylo problematictější. Pacient si celou řadu opakovaně přeříkával a s občasnou fonemickou či sémantickou nápovědou nakonec sepsal měsíce ve správném pořadí do sloupečku.

Na závěr sezení pacient opět pracovala s krátkým příběhem. Postup byl stejný jako v předchozích případech. Nejprve krátký příběh přečetl a následně, po zakrytí textu, odpovídal na doplňující otázky ve spodní části listu. Po zodpovězení otázek měl pan Ř celý příběh převyprávět. Pacient při čtení textu ztrácí pozornost a díky tomu nedočítá věty do konce a pouze si jejich znění domýšlí. To by mohlo vést k uložení nesprávné informace do pracovní paměti, a proto je pacient vždy upozorněn, aby větu přečetl ještě jednou a soustředěněji. S následným zapamatováním si děje a zodpovězením dotazů neměl větší potíže, pouze v odpovědi byly ovlivněny přetvárajícími dysnomiemi.

8. sezení

Dnešní první část sezení byla zaměřena na příbuzenské vztahy (pracovní list č. 12). Jako první byl použit list s příběhem z oslavy narozenin, kde byly zakomponovány příbuzenské vazby. Pacient měl text přečíst a následně odpovědět na otázky pod textem. Pacient mohl pro kontrolu vyhledávat informace v samotném textu. Pro pacienta není snadné orientovat se v příbuzenských vztazích, ale základní používané pojmy zvládne zařadit. V některých případech bylo potřeba pacienta vést a nabídnout fonemickou nápovědu, případně ukázat příslušnou část v textu.

Následující cvičení tématicky navazovalo na rodinný příběh. Na pracovním listu jsou uvedeny názvy jednotlivých rodinných příslušníků (př. švagr, teta apod.) a úkolem pacienta bylo popsat, kdo je to ve vztahu k němu (pracovní list č. 15 a 16). Toto cvičení bylo velice obtížné, pacient nebyla schopen vysvětlit a popsat pojem. Opakoval slovní spojení „no to je to, no, teta, to je prostě teta“ atd. Nedařilo se smysluplně popsat daný pojem. Bylo by vhodné cvičení upravit a přidat výběr různých možností, aby pacient měla k dispozici nápovědu a možnost kontroly.

Na závěr sezení byl použit opět krátký příběh obdobným způsobem jako v předchozích případech (pracovní list č. 41). Pacient se snažil více soustředit a koncentrovat pozornost na čtený text. Následné vyprávění bylo poměrně fluentní, pouze poznamenané dysnomiemi.

9. sezení

První cvičení bylo zaměřeno opět na rodinné vztahy. Tentokrát však byl postup opačný – na pracovním listu byl uveden popis určitého člena rodiny a úkolem pacienta bylo doplnit jeho název (pracovní list č. 13 a 14). Díky přetrvávajícím dysnomiím se dalo předpokládat, že toto cvičení nebude pro pacienta příliš snadné, což se také potvrdilo. Pacient používal sémantické parafrázie, slovo opisoval a nemohl si vybavit potřebný pojem k pojmenování dané příbuzenské vazby. V případech pojmů, s nimiž se pacient setkává pravidelně, se dařilo pojem vybavit.

Následující cvičení bylo již použito v jednom z předchozích sezení. Jednalo se o pracovní list s ustálenými známými konstrukcemi (pracovní list č. 22). Pacient měl za úkol spojit příslušná slova a vytvořit dvojice ustálených pojmů, tak, jak se běžně používají. Například se zde objevila slovní spojení smečka psů, hejno ptáků či roj včel. Panu Ř nedělalo problém dvojice správně spojit, avšak byl ochotný určit i jinou dvojici jako správnou s tím, že i takto by se to dalo říct. Po vzájemné diskuzi došel pacient až na konec cvičení. Po vytvoření dvojic měl ke každému slovu v prvním sloupečku doplnit další možnosti, například smečka vlků, hejno hus. Tento krok byl již obtížnější vzhledem k omezené výbavnosti pojmů. Pacient však ke každému slovu vymyslel alespoň jeden příklad samostatně či s nápovědou.

10. sezení

Desáté, poslední, sezení bylo zaměřeno na reedukaci lexie, kdy měl pacient dle obecných zvyklostí doplnit chybějící slova v dopise (pracovní list č. 43). Pan Ř se měl vžít do role malého chlapce, který píše dopis rodičům z letního tábora. V případě, že pacient slovo nevěděl nebo si nebyl jistý, byla v dolním řádku uvedena nápověda. V ní byla obsažena všechna chybějící slova z textu. S touto nápovědou se pacientovi podařilo doplnit celý dopis a následně ho přečíst.

Na úplný závěr byla pro pacienta připravena sada obrázků, které při správném seřazení znázorňovaly určitý děj (pracovní list č. 44). Konkrétně tyto obrázky zobrazovaly děj jedoucího auta, které najede na střep, píchne pneumatiku a řidička musí vyměnit kolo. Pacient na první pokus obrázky neseřadil správně, při druhém pokusu a pomoci na správné pořadí přišel, pouze u dvou dějů přehodil pořadí. Po seřazení dějové linie měl pacient celý příběh převyprávět a držet se při tom daných obrázků. Schopnost vyprávění příběh souvisle, celými větami je u pacienta omezená. Používá jednoduché

věty, případně izolovaná slova a slovní spojení k popisu toho, co vidí na obrázcích. Po dokončení příběhu byly obrázky schovány a pacient byl vyzván k převyprávění příběhu z paměti. To se mu dařilo o něco lépe, než popisování izolovaných obrázků.

Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno stejným způsobem jako vyšetření vstupní. Použito bylo opět VZNPŘK. Tentokrát však byly sledovány pouze konkrétní submodality, v rámci nichž má pacient potíže, a to submodality fatických funkcí a submodality lexických a grafických dovedností

Tabulka 11 – submodality fatických funkcí II – pan Ř

	Spontánní řeč	Plynulost řeči	Pojmenování	Opakování	Rozumění	Přispívající modalitty	
						Slovní řady	Zpěv
1. Intaktní výkon				●	●		
2. Lehká porucha	●	●	●			●	●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 12 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule/praxie II – pan Ř

	Čtení	Psaní	Kreslení	Ústní početní úkony	Písemné početní úkony	Přispívající submodalita	
						Praxie HK	Orální praxie
1. Intaktní výkon			●	●	●		
2. Lehká porucha	●	●				●	●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Na základě vyhodnocení vyšetření lze posunout křivku v oblasti spontánní řeči a pojmenování na úroveň lehké poruchy z předešlé poruchy výrazné. Zlepšení je patrné zejména při intenzivním opakování jednotlivých cvičení. Pokroky jsou velmi malé, přesto při téměř půlroční intenzivní práci s pacientem, viditelné.

Shrnutí

U pacienta přetrvávají dysgramatismy, v rámci nichž používá často slovo v nesprávném tvaru. Také má stále potíže s výbavností pojmů, což ovlivňuje plynulost jeho projevu. Přesto lze pozorovat v oblasti spontánního projevu i v pojmenování pokroky. Největším nepřítelem pacienta je jeho zbrkllost a rychlé jednání, které často zhoršuje jeho výkon a klade vysoké nároky na výbavnost ze slovníku pojmů. Při eliminaci potřeby rychle odpovědět a upozornění pacienta, aby nespěchal, se tyto problémy vyskytují méně často. Toto zjištění tedy bylo aplikováno v rámci cvičení a při jejich opakování si pacient svůj projev zvládl kontrolovat poměrně dobře sám. Oblast lexie a grafie zůstává na podobné úrovni jako při prvním vyšetření.

5.3.3 Kazuistika č. 3

Paní K, narozena r. 1968

Osobní anamnéza

Pacientka žije sama v bytě. Je v invalidním důchodu, je zaměstnaná v chráněné dílně, kde pracuje jako švadlena a vyrábí různé textilní výrobky. Práce je i jejích koníčkem.

Rodinná anamnéza

Žijící blízké příbuzné pacientka nemá, manžel zemřel v roce 2012. Matka zemřela 23.12.2013 (šest dní před příhodou pacientky. Děti nemá.

Pracovní anamnéza

Pacientka pracuje jako švadlena v chráněné dílně. Je držitelkou průkazu ZTP. Pracovní zařazení působí pozitivně na psychický stav pacientky, kdy v případě, kdy nemá žádnou žijící rodinu ani vlastní děti, má díky práci pocit sounáležitosti, je členem určité skupiny a necítí se tolik osamocně a nepotřebně.

Diagnóza

Symptomatická okluze M1 úseku arteria cerebri media v úvodu s těžkou pravostrannou hemiparézou a smíšenou fatickou poruchou. Současně došlo k otevření foramen ovale s pravolevým zkratem, což bylo potvrzeno vyšetřením srdce. Po dohodě s kardiologem bylo dohodnuto jeho uzávěr.

Pobyty v rehabilitačních zařízeních

Pacientka byla hospitalizována na neurologickou kliniku 29.12.2013 ráno pro náhle vzniklou poruchu komunikace a slabost pravostranných končetin těžkého stupně. Byl zahájen trombolytický protokol a provedena rekanalizace. Na CT mozku byla patrna hyperdenzita v oblasti arteria cerebri media vlevo, perfúzní scan zobrazil asi 20 mm dokonanou malacii. CT i následující den potvrdilo přetrvávající uzávěr v periférii a byla zobrazena akutní ischemie. V dalším průběhu docházelo k rychlé regresi deficitu, při propuštění přetrvává jen lehký pravostranný končetinový hemisyndrom s přetrvávající fatickou poruchou.

Následně absolvovala třítydenní pobyt na rehabilitační klinice, kde u ní probíhala denně logopedická péče těžké fatické poruchy, která z obrazu globální afázie postupně regredovala do obrazu motorické afázie. Dále byla u pacientky přítomna alexie

a agrafie. Denně také probíhala péče ergoterapeuty. Rehabilitaci zvládla bez komplikací. Přetrvával motorický deficit – pravostranná hemiparéza. Chůzi zvládala samostatně po rovině i po schodech. V klinickém nálezu dominovala řečová porucha. Pro přetrvávání vysoké míry psychického stresu byla pacientka také v péči klinické psycholožky a byla jí nasazena antidepressiva. Pacientka těžce nesla nedávné úmrtí vlastní matky, která byla poslední žijící příbuznou osobou.

Výstupní logopedické vyšetření

Diagnóza: motorická afázie

Spontánní produkce je nefluentní, dysgramatická, s četnými sémantickými a fonemickými parafrázemi, které se snaží opravit. Pojmenování a opakování slov je výrazně narušeno pro potíže s výbavností slov a pro potíže s řečovou apraxií. Grafický projev je výrazně lepší oproti projevu verbálnímu, je plynulejší s nižším výskytem fonemických záměn. Lexie je relativně intaktní, hlasité čtení je ale parafatické. Porozumění verbální i čtené instrukci je dobré, lehké poruchy porozumění jsou u dekódování složitých gramaticko-lexikálních struktur. Během hospitalizace byl posilován fonologický systém, terapie byla zaměřena na zlepšení cílené výbavnosti, zlepšení agrafie, posílení porozumění na úrovni celých vět, byly stimulovány vizuokonstrukční dovednosti a posilována krátkodobá paměť. Zlepšení nastalo částečně v oblasti automatických řad, výrazně se zlepšilo pojmenování a lexie, dále nastalo zlepšení v oblasti porozumění řeči i psané instrukci. V projevu přetrvávají anomické pauzy, pacientka obtížně vyhledává slova potřebná pro spontánní produkci i pro pojmenování předmětů či obrázků.

Souhrn logopedické terapie

Pacientce byla poskytována logopedická péče v rámci neurologické a následně rehabilitační kliniky každodenně. Následně absolvovala pobyt v rehabilitačním zařízení. Pacientku její řečová porucha velice trápila a styděla se za ni. Po překonání akutní fáze přetrvávala neschopnost vyprávění, vyskytovaly se četné agramatismy, spontánní projev byl nonfluentní, pacientka se často zadržovala. Potíže se projektovaly i do lexie a grafie. Terapeutická cvičení byla zaměřena na reedukaci lexie, grafie, schopnosti vyprávění a na redukci dysnomií.

Vstupní vyšetření

Kompletní přehled záznamu vyšetření je uveden v tabulce viz příloha 3 této práce.

Tabulka 13 – submodality fatických funkcí – paní K

	Spontánní řeč	Plynulost řeči	Pojmenování	Opakování	Rozumění	Přispívající modalitty	
						Slovní řady	Zpěv
1. Intaktní výkon				•	•	•	•
2. Lehká porucha		•	•				
3. Výrazná porucha	•						
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 14 – submodality lexických a grafických dovedností a kalkule/praxie - paní K

	Čtení	Psaní	Kreslení	Ústní početní úkony	Písemné početní úkony	Přispívající submodalitty	
						Praxie HK	Orální praxie
1. Intaktní výkon			•	•	•		
2. Lehká porucha	•	•				•	•
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 15 – submodalitty motorických řečových funkcí – paní K

	Srozumitelnost	Respirace	Fonace	Nazalita	Artikulace	Přispívající modalitty	
						Řazení hlásek a slabik	Tempo řeči, fluence
1. Intaktní výkon	●	●	●	●	●	●	
2. Lehká porucha							●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 16 – kognitivně-komunikační submodalitty/ rozumění – paní K

	Mnestické funkce	Prostorové vnímání	Prozódie	Rozumění – větné pokyny Pracovní paměť (Token test)
1. Intaktní výkon	●	●	●	●
2. Lehká porucha				
3. Výrazná porucha				
4. Těžká porucha				
5. Ztráta funkce				

Průběh terapie

Logopedická terapie byla prováděna v rámci deseti sezení. Každé sezení trvalo přibližně 30 minut.

1. sezení

Paní K přišla v dobrém rozpoložení, stěžovala si jen na lehkou únavu z práce, ale ke spolupráci byla motivovaná. Po úvodním rozhovoru byla k terapii využita některé listy ze souboru stimulačních cvičení.

Jako první cvičení byly z pracovních listů vybrány popletené věty, kdy měla paní K poskládat přeházená slova za sebe tak, aby věta dávala smysl (pracovní list č. 1 a 2). Zpočátku byl pacientce vysvětlen postup a předveden první příklad věty. Následně si pacientka vždy slova potichu přečetla a nahlas se snažila sestavit větu, která by dávala smysl. Nad některými větami váhala a potřebovala více času k přemýšlení, případně bylo potřeba ujištění, že zvolené pořadí je správné či nikoliv. Když si byla jistá pořadím, jednotlivá slova za sebe zapisovala do příslušného řádku. Pacientka pracovala téměř samostatně, potřebovala pouze ujištění o správnosti jejího počínání.

V následujícím cvičení měla pacientka opravit popletená přísloví (pracovní list č. 3 – 5). V obecně známých příslovích byla zaměněna některá slova za jiná a tím byl změněn jejich význam. Paní K vždy nejprve celou větu přečetla, a poté přemýšlela, co je v ní nesprávné. Čím více se paní soustředila na jednotlivá slova, tím obtížněji nacházela chybu. Nejsprávnější odpověď byla ta první, okamžitá. U několika přísloví si patrně vůbec nebyla jistá významem (možná jej neznala ani v původním znění), a tak bylo potřeba jí zaměněné slovo napovědět či říct celé správné znění přísloví.

2. sezení

Paní tentokrát přišla na sezení po čtrnácti dnech. Předchozí týden se nemohla dostavit z důvodu nemoci. Po úvodním rozhovoru bylo s pacientkou provedeno několik cvičení na oromotoriku, například: nafouknutí tváří, úsměv, našpulení rtů, vypláznutí jazyka, zamračení, vtažení rtů apod. a následné střídání těchto pohybů. Základní sekvence, ve kterých se střídají pouze dva pohyby pacientka zvládá dobře. Při střídání tří cviků má už potíže s koordinací pohybů a přecházením na nové nastavení mluvidel.

Následovalo několik cvičení z pracovních listů. Pracovní list č. 9 (10 a 11) obsahuje obecně známá tvrzení jejichž pravdivost či nepravdivost měla pacientka za úkol určit

viz Příloha 12. Cvičení pracuje s různým tvarem a pořadím slov ve větě, a tím změněným významem vět. Paní K správnost vět určila správně, se cvičením neměla větší potíže. Větu si vždy přečetla, označila nesprávnou část a nahradila ji správným zněním tvrzení. V některých případech potřebovala více času na přemýšlení, ale pracovala poměrně samostatně. Za větu vždy napsala ANO v případě, že věta dává význam, a NE v případě, že je věta napsaná nesprávně.

Jako další byl použit pracovní list s ustálenými známými výrazy, kdy v prvním sloupečku byla dána určitá vlastnost (převážně přídavné jméno) a ve druhém sloupečku podstatné jméno (pracovní list č. 23). Pacientka měla za úkol spojit příslušná slova a vytvořit dvojice ustálených pojmů tak, jak se běžně používají. Například babí léto, domácí úkol, pracovní pohovor a další. Po správném spojení slov měla paní K navíc doplňovat různé další vlastnosti, které by dané podstatné jméno mohlo mít, např. rozmarné léto, léto s kovbojem nebo dětský, zubní lékař. Paní K chvíli trvalo, než přišla na řešení úkolu, v některých případech bylo potřeb napovědět. S vymýšlením dalších přívlastků k podstatným jménům neměla větší obtíže, ke každému alespoň dva příklady vymyslela.

3. sezení

V dnešním cvičení měla paní K do tabulky vypsát předměty, které se nacházejí v různých místnostech bytu (pracovní list č. 17 – 19). Pacientka je grafomotoricky schopná, proto mohla cvičení provádět písemně. Do prvního sloupečku doplňovala, co patří do koupelny, ve druhém sloupci kuchyňské potřeby a ve třetím sloupečku věci, které se běžně nacházejí v obývacím pokoji. Cvičení bylo modifikováno tak, že se výběr slov přehnutím listu papíru skryl a pacientka měla slova vymýšlet samostatně. Paní K zvládla napsat ke každé kategorii 2 slova samostatně, na další jsme přicházely společně. Psaní je sice pomalejší, ale je možné, proto je vhodné tuto schopnost posilovat. Po přečtení zapsaných slov si paní K otočila skrytou část pracovního listu a rozřazovala pojmy v nabídce do příslušných sloupečků. S rozpoznáním příslušnosti jednotlivých předmětů neměla potíže.

V následujícím cvičení pacientka pracovala s kategoriemi a podřazenými pojmy. Jejím úkolem bylo vybrat z řady slov vždy jedno, které mezi ostatní nepatří (pracovní list č. 20 a 21). Paní K na tento krok potřebovala více času, několikrát jsme společně četly celý řádek a u každého slova si říkala ANO či NE. Nakonec zvládla vyřadit slovo nepatřící

do dané kategorie. Obecné pojmenování kategorie bylo obtížné, snažila se skupinu slov nějak popsat, ale nenacházela správné slovo pro její pojmenování. V několika případech bylo třeba podpořit výbavnost slova nápovědou. Následně měla pacientka vymyslet další pojmy, které by se daly do kategorie zařadit. Výbavnost slov byla pomalá, ale přesto paní K dokázala zmínit vždy alespoň dvě další podřazená slova.

Dalším bylo cvičení podobné osmisměrce. Řešení úkolu spočívá v nalezení slova ukrývajícího se v odstavci souvislého toku písmen bez mezer (pracovní list č. 24 – 26) viz Příloha 13. Paní byl pouze vysvětlen postup a následně pracovala samostatně. Pohledem i tužkou postupovala písmeno po písmenu a vyhledávala 10 ženských jmen, 8 českých měst, což se jí po poskytnutí dostatek času podařilo. Proto byl vyplněn i další obdobný pracovní list, na němž se ukrývala mužská jména a názvy domácích zvířat. Nalezení slov bylo zjednodušeno nápovědou v podobě pomocného řádku, na němž byla vypsána slova, která se v odstavci skrývají. Tuto nápovědu však paní zpočátku nepoužila, pracovní list byl přehnut tak, aby pomocný řádek nebyl vidět. Byl použit teprve po vyškrtání příslušných slov a sloužil tak k ověření správnosti řešení. Pacientka měla na provedení cvičení dostatek času a v případě potřeby se mohla poradit. Našla všech 10 ženských jmen a 8 názvů měst.

4. sezení

Dnešní sezení bylo orientováno na grafickou podobu slova, jeho stavbu, schopnost analýzy a syntézy. Jako první cvičení byl použit pracovní list č. 27 (28), který obsahuje jednotlivá slova s chybějícími písmeny. Namíchaný jsou jednodušší slova, v nichž je chybějícím elementem alespoň jedna samohláska a těžší slova, kde chybí souhlásky. Úkolem pacientky bylo doplnit chybějící písmena do slova a přečíst ho. K tomu náleží i nápověda, která je umístěná vždy nad daným slovem a charakterizuje ho z hlediska příslušnosti k určité kategorii, například udává, zda se jedná o zvíře, oblečení či ovoce. Jednodušší variantu slov pacientka zvládala doplnit, s chybějícími souhláskami měla již potíže. Poměrně dlouho nad některými slovy přemýšlela a až po nápovědě a upozornění na kategorii, k níž hledané slovo náleží, vyhledala správné slovo a doplnila chybějící písmena.

Dalším cvičení byly přesmyčky (pracovní list č. 32) viz Příloha 14. Konkrétně jednotlivá slova představovala různé druhy ovoce. V jejich názvu však bylo změněné pořadí písmen. Úkolem pacientky bylo přečíst a zapsat správné znění slova a odhalit, o

jaké ovoce se jedná. Paní K většinu slov zvládla samostatně, pouze s méně známými druhy ovoce měla potíže. V takovém případě jí byla poskytnuta nápověda, například u dlouhého slova ostružina jsem paní K na správnou odpověď navedla nápovědou, že toto ovoce roste v lese nebo na zahradě, je malé a má černou barvu. Napsat slova po hláskách také zvládla dobře.

V následujícím cvičení (pracovní list č. 30) měla pacientka tvořit slova z nabídky slabik. Usnadnění úkolu spočívalo v úvodu cvičení, kde je konkretizováno, že jde o vyhledávání surovin na pečení. Obzvláště pro ženu je to již signálem, jaká slova může očekávat. Bylo potřeba najít 5 ingrediencí. Pacientka z nabídnutých slabik vytvořila čtyři suroviny a poslední se jí nedařilo najít. Napověděla jsem jí tedy první písmeno, poté první slabiku a poté už si věděla rady a poslední surovinu doplnila.

5. sezení

Dnešní cvičení se zaměřovala na stavbu slova, čtení s porozuměním a krátkodobou paměť. Prvním pracovním listem (č.33) byla tajenka, která byla odhalena po vyškrtání přebytečných písmen v jednotlivých slovech. Pacientka musela škrtnout vždy jedno písmeno, které bylo ve slově navíc, aby toto slovo dávalo smysl. Vyškrtnuté písmeno následně vepsala do připraveného políčka a tato vyškrtnaná písmena dohromady utvořila tajenku, kterou pacientka přečetla. S rozpoznáním, o jaké slovo se jedná neměla paní K potíže. Ovšem problematické bylo určit, jaké konkrétní písmeno přebývá. V několika případech pacientka označila nesprávné písmeno, někdy potřebovala více času na přemýšlení.

Následující cvičení (pracovní list č. 38) pracuje se skloňováním slov a s používáním předložek. Na začátku jednotlivých řádků jsou běžně používané předložky a ve spodní části pracovního listu nabídka podstatných jmen, která se mohou buď vystříhat a přikládat na řádek nebo opisovat dle schopností pacienta. V případě paní K jsme zpočátku zvolily druhou variantu, kdy pacientka dané slovo skloňovala vždy podle předložky, která mu předcházela. Tuto činnost pacientka zvládla dobře. Následně jsme jako nadstavbu vymýšlely další slova, která by se dala v kombinaci s těmito předložkami použít, a protože i to zvládla paní K dobře, alespoň jeden příklad vždy vymyslela a k dalším jsme se dopracovaly společně, snažily jsme se poté přidat další větné členy a vytvořit tak co nejrozsáhlejší větu či souvětí.

Další cvičení (pracovní list č. 42) bylo reprezentováno krátkým příběhem, který pacientka přečetla nahlas a následně měla text zakrýt, přečíst otázky pod textem a odpovědět na ně. Pacientka čte lehce nonfluentně, ale text zvládne dočíst do konce. Otázkám rozumí, některé skutečnosti si ovšem nezapamatovala. To lze odůvodnit faktem, že musela pozornost soustředit na správné přečtená textu a méně již na jeho obsah. Následně měla pacientka příběh převyprávět. Časovou linii dodržovala podle skladby doplňujících otázek a tím vynechala značnou část příběhu, na jejíž obsah se otázky nedotazovaly. Zbytek však dokázala vyprávět souvisle a srozumitelně.

6. sezení

Náplní dnešního sezení bylo opět několik cvičení z pracovních listů. Prvním cvičením byla tvorba slov z rámečku (pracovní list č. 31), což už pacientka znala z předchozího obdobného úkolu. Ze slabik v rámečku je potřeba vybrat určité slabiky a sestavit pomocí nich jakékoliv slovo. Na rozdíl od prvního úkolu, kde bylo konkretizováno, která slova má paní K v rámečku vyhledávat, je vyhledávání slov v této obměně úkolu již zcela na pacientce a může z uvedených slabik sestavit jakýchkoliv pět slov. Zpočátku bylo cvičení pro pacientku komplikované, nevěděla, kde začít a neměla postup, kterého by se mohla držet. První slovo jsem jí proto bylo ukázáno jako nápověda. Další slova se snažila sestavit sama, zkoušela různé i nesmyslné kombinace slabik a nakonec se jí podařilo vytvořit čtyři další slova.

Dalším cvičením bylo dokončování přísloví (pracovní list č. 6 – 8). Při tomto cvičení nebyly použity žádné nápovědné věty, z nichž by paní K mohla vybírat správné řešení, což se později ukázalo jako chyba. Bez výběru konkrétního dokončení pacientka nebyla schopná samostatně doplnit přísloví. Dařilo se jí to pouze u dvou notoricky známých frází. Pacientce tedy byly vždy alespoň slovně nabídnuty dvě možnosti, ze kterých měla vybrat správnou. Toto zjednodušení pacientce pomohlo a ve většině případu zvolila správnou možnost.

Na závěr sezení měla pacientka přečíst krátký příběh (pracovní list č. 40) A jako to již znala z minulého sezení, pod textem se nacházely otázky týkající se přečteného textu, na které měla paní K, na základě porozumění textu, odpovědět. Po zodpovězení otázek měla pacientka celý příběh vlastními slovy převyprávět. Na doplňující otázky odpovídá paní K bez obtíží, informace z textu v krátkodobé paměti udrží a následně interpretuje. Při převyprávění příběhu se drží dějové linie, nezapomněla na žádné důležité události.

Projev je však neplynulý, ovlivněn dysnomickými pauzami a pacientka v projevu používá jednoduché věty či pouze slovní spojení.

7. sezení

Pro dnešní sezení byl vybrán pracovní list zaměřený na automatismy (pracovní list č. 34 – 37). Jednalo se o řazení uvedených slov podle abecedy a jejich následné zapsání do řádku. Na toto cvičení potřebovala pacientka dostatek času aby si uvědomila postup při řešení úkolu. Nahlas četla jednotlivá slova a mezitím si přeříkávala abecedu a uvědomovala si počáteční písmena jednotlivých slov. Poté vždy jedno slovo vybrala a čekala na souhlasnou reakci. V případě, že se dostavila kladná odpověď, slovo zapsala na řádek. Pro pacientku je obtížné uvědomit si pořadí hlásek ve slově při mluveném projevu a totéž se promítá i do psaného textu. Při zapisování slov si proto několikrát opakuje pořadí jednotlivých písmen.

V následujícím cvičení plnila pacientka podobný úkol, pouze v jednotlivých slovech navíc chyběla některá písmena a jednalo se o měsíce v roce, tudíž mechanismus řazení byl odlišný od abecedního řazení (pracovní list č. 29). Jako první tedy pacientka doplnila chybějící písmena ve slovech a vytvořila názvy jednotlivých měsíců v roce. Doplnění písmen pro ni nebylo snadné, postupovala po jednotlivých hláskách, nahlas si je přeříkávala a musela velmi koncentrovat svou pozornost, aby si uvědomila správné pořadí a tedy i chybějící písmeno. S pomocí se podařilo slova doplnit. Následně měla paní K měsíce seřadit tak, jak jsou v roce za sebou. Pacientka opakovaně vyjmenovávala celou řadu a vždy se u potřebného měsíce zastavila a zapsala ho do sloupečku. Tento krok zvládla poměrně samostatně.

Na závěr sezení pacientka opět pracovala s krátkým příběhem. Postup byl stejný jako v předchozích případech. Nejprve krátký příběh přečetla a následně po zakrytí textu odpovídala na doplňující dotazy. Po jejich zodpovězení měla celý příběh převyprávět. Dnes se zdála být paní K již unavená, nesoustředila se, při čtení dvakrát přeskočila řádek a na doplňující otázky nebyla schopná souvisle odpovědět, některé skutečnosti si nejspíš z textu nezapamatovala. Z toho důvodu byl přeskočen další bod cvičení – převyprávění příběhu vlastními slovy.

8. sezení

Začátek sezení byl soustředěn na téma rodinných vztahů (pracovní list č. 12). Jako první byl použit list s příběhem z oslavy narozenin, kde byly zakomponovány příbuzenské

vazby. Pacientka měla text přečíst a následně odpovědět na otázky ve spodní části listu. V tomto případě mohla jako nápovědu použít vyhledávání přímo v textu, neboť byla úloha poměrně složitá. V některých případech bylo potřeba nabídnout fonemickou nápovědu, především u méně často používaných pojmenování, jako je švagrová či snacha.

Následující cvičení tématicky navazovalo na rodinný příběh. Na pracovním listu jsou uvedeny názvy jednotlivých rodinných příslušníků (př. snacha, otčím, apod.) a úkolem pacientky bylo popsat, kdo je to ve vztahu k ní (pracovní list č.15 a 16). Pro paní K bylo velice obtížné popsat pojem souvislou větou, používala spíše kratší sdělení, jednoduchá slovní spojení a převážně nedokázala vysvětlit daný pojem. Stejně jako v případě obou předchozích pacientů by bylo vhodné použít cvičení s výběrem různých možností, aby pacientka měla možnost kontroly a vybírala pouze z omezené baterie popisných vět.

Na závěr sezení byl použit opět krátký příběh obdobným způsobem jako při předchozích sezeních (pracovní list č. 41). Tentokrát bylo vyprávění poměrně fluentní, cvičení pacientka zvládla lépe než při předchozím setkání, snažila o produkci co nejvíce souvislého projevu a používání rozvitějších vět.

9. sezení

První dnešní cvičení pokračovalo v tématu příbuzenských vazeb. Tentokrát však byl postup obrácený – na pracovním listu byl uveden popis určitého člena rodiny a úkolem pacientky bylo doplnit jeho název (pracovní list č. 13 a 14). Díky přetrvávajícím dysnomiím se dalo předpokládat, že toto cvičení nebude pro pacientku příliš snadné. Paní K u většiny příkladů věděla přesně, o kterého člena rodiny se jedná, pouze si nedokázala vybavit potřebný pojem. V těchto případech pomohla fonemická nápověda.

Následující cvičení bylo použito již v druhém případě. Jednalo se o pracovní list s ustálenými známými výrazy (pracovní list č. 22). Pacientka měla za úkol spojit příslušná slova a vytvořit dvojice ustálených spojení, tak, jak se běžně používají, jako například: smečka psů, hejno ptáků, dav lidí. Pacientce nedělalo problém dvojice správně spojit. Po vytvoření dvojic měla ke každému slovu v prvním sloupečku doplnit další možnosti, například „smečka vlků“. Tento krok byl již obtížnější vzhledem k omezené vybavnosti slov. Opět pomohla fonemická nápověda.

10. sezení

Poslední sezení bylo zpočátku zaměřeno na reedukaci lexie, kdy měla pacientka dle obecných zvyklostí doplnit chybějící slova v dopise (pracovní list č. 43). Paní K se měla vžít do role malého chlapce, který píše dopis rodičům z tábora. V případě, že pacientka slovo nevěděla nebo si nebyla jistá, byla v dolním řádku uvedená nápověda. V ní byla obsažena všechna chybějící slova v textu. S touto nápovědou se podařilo doplnit celý dopis a následně ho přečíst.

Na úplný závěr pacientka pracovala se sadou obrázků, které při správném seřazení znázorňovaly určitý děj (pracovní list č. 44). Konkrétně se tyto obrázky týkaly pichnuté pneumatiky u automobilu a její následné výměny. Pacientka si zpočátku příliš nevěděla rady a po delší době pouhého dívání se na obrázky jí byla poskytnuta nápověda formou zařazení prvního obrázku v pořadí. Další obrázky pacientka postupně seřadila správně. Po uspořádání dějové linie měla paní K celý příběh převyprávět a držet se při tom daných obrázků. Schopnost vyprávění je stále ovlivněná poruchou výbavnosti, pacientka ve vyjadřování používá jednoduché věty nebo pouze slovní spojení. Po dokončení popisu příběhu byly obrázky schovány a pacientka byla vyzvána k převyprávění příběhu z paměti. To se jí dařilo o poznání lépe, příběh si představila v duchu a její projev byl následně plynulejší než v předchozím případě, kdy se musela držet dějových obrázků.

Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno stejným způsobem jako vyšetření vstupní. Použito bylo opět VZNPŘK. Tentokrát však byla sledována pouze konkrétní submodalita, v rámci nichž má pacientka potíže, a to submodalita fatických funkcí a submodalit lexických a grafických dovedností

Tabulka 17 – submodality fatických funkcí II – paní K

	Spontánní řeč	Plynulost řeči	Pojmenování	Opakování	Rozumění	Přispívající modalita	
						Slovní řady	Zpěv
1. Intaktní výkon				●	●	●	●
2. Lehká porucha	●	●	●				
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 18 - submodality lexických a grafických dovedností a kalkule/praxie – paní K

	Čtení	Psaní	Kreslení	Ústní početní úkony	Písemné početní úkony	Přispívající submodalita	
						Praxie HK	Orální praxie
1. Intaktní výkon			●	●	●		
2. Lehká porucha	●	●				●	●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

U paní K je dle výsledků vyšetření patrné zlepšení ve spontánní řečové produkci. Lze to přisuzovat eliminaci dysnomií a soustředění cvičení právě na reedukaci výbavnosti, gramatických vazeb, lexie i schopnosti vyprávění.

Shrnutí

Přestože u pacientky specifické potíže přetrvávají, v jednotlivých oblastech lze pozorovat malé změny. Po opakovaném procvičování těchto oblastí za pomoci pracovních listů lze například uvést schopnost pacientky srozumitelněji se vyjádřit, kontrolovat spontánní projev, zpomalit jeho tempo a při neschopnosti vybavit si potřebný pojem se pokusit nahradit ho pojmem jiným, nezaseknou se ve výpovědi a snažit se plynule přecházet mezi jednotlivými slovy.

5.3.4 Kazuistika č. 4

Pan H, narozen r.1944

Osobní anamnéza

Pacient prodělal běžná dětská onemocnění. Trpí hypertenzí. Ve volném čase se věnuje vnučatům nebo rybaření. Subjektivně pacienta trápí zhoršená funkce pravé ruky a fatická porucha. Ani v současné době není schopen psát delší sdělení, hybnost PHK je omezená.

Rodinná anamnéza

Rodiče již nežijí. Bratr měl diabetes mellitus, jinak nevýznamné. Manželka i dvě děti jsou bez závažných zdravotních komplikací. Dcera s rodinou žije v zahraničí.

Pracovní anamnéza

Pracoval jako manažer, nyní je ve starobním důchodu.

Diagnóza

12/2013 ischemická CMP při okluzi levé arteria carotis interna, paréza n. VII, lehký pravostranný pyramidový hemisyndrom.

Pobyty v rehabilitačních zařízeních

Pacient byl hospitalizován na neurologické klinice a následně přeložen na rehabilitační kliniku, kde strávil tři týdny. Poté mu byla poskytnutá pětítýdenní péče v Janských Lázních, která se po roce opakovala.

Při přijetí na neurologickou kliniku byly naměřeny údaje: váha 103 kg a výška 181 cm, krevní tlak byl naměřen 130/80.

Neurologické vyšetření

Patrná je expresivní fatická porucha. Centrální paréza n. VII vpravo. U HK amyotrofie drobných ručních svalů pravé ruky, porucha dikce, neobratná špetka, slabší stisk, pasivní a aktivní hybnost správná, v ramenní vázne elevace, která je prováděna se souhybem. Diadochokineze a taxe jsou vpravo nepřesné. Stoj na špičkách či na patách zvládne. Chůze je normální s přidupnutím vpravo.

Fyzioterapeutické vyšetření

Subjektivně se cítí dobře, bolesti neudává, trvá mírná neobratnost PHK. Byla prováděna mobilizace drobných kloubů ruky, protažení flexorů, extenzorů ruky a prstů. Pěst dovře, špetka mírně neobratná pro poslední dva prsty, opozice palce a jednotlivých prstů zvládne. Terapie byla zaměřená na mobilizaci ruky a prsních svalů, Kabathova cvičení pro PHK.

Logopedické vyšetření

Diagnóza: motorická afázie. Centrálním mechanismem řečové poruchy je kinestetická apraxie, deficit kinestetické kontroly nad polohou a pohybem mluvidel. Artikulace je nekonstantně fonemicky parafatická, nepřesná, obzvláště při realizaci strukturálně obtížných slov. Deficit se promítá do grafického projevu jako paragrafie, respektive nejistota v zápisu slov v důsledku narušené kinestetické analýzy. Rozumění a chápání mluvené či čtené podoby řeči je intaktní.

Terapie se zaměřovala na rehabilitaci orální a manuální kinestetické praxe a reciproční dynamické praxe. Byla prováděna artikulační a grafická cvičení.

Souhrn logopedické terapie

Logopedická péče byla pacientovi poskytována v rámci neurologické a rehabilitační kliniky každodenně, následně pokračovala několikrát týdně v rehabilitačním zařízení, kde je pobyt pravidelně opakován. Zpočátku potíže odpovídaly globální afázii, která regredovala do podoby motorické afázie. Byly přítomny četné dysnomie, pokles koutku v důsledku hemiparézy, ale rozumění narušeno nebylo. U pacienta byla prováděna orofaciální stimulace zaměřená na masáže tváře a jazyka, prováděno bylo i míčkování ve spolupráci logopeda s ergoterapeutem. Tato cvičení vedla ke zlepšení hybnosti a koordinace mluvidel, byl posílen retní uzávěr, mimické svalstvo i svaly jazyka. V současnosti se hybnost obličejových svalů opět horší, pacient nedochází na žádnou

rehabilitaci a doma necvičí. V rámci ambulantní péče docházel pacient do ambulance jednou týdně za doprovodu manželky, v současnosti přichází sám jednou za dva týdny.

Vstupní vyšetření – VZNPŘK

Kompletní přehled záznamu vyšetření je uveden v tabulce viz příloha 4 této práce.

Tabulka 19 – submodalities fatických funkcí – pan H

	Spontánní řeč	Plynulost řeči	Pojmenování	Opakování	Rozumění	Přispívající submodalities	
						Slovní řady	Zpěv
1. Intaktní výkon					•	•	
2. Lehká porucha	•		•	•			•
3. Výrazná porucha		•					
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 20 – submodalities lexických a grafických dovedností a kalkule/praxie – pan H

	Čtení	Psaní	Kreslení	Ústní početní úkony	Písemné početní úkony	Přispívající submodalities	
						Praxie HK	Orální praxie
1. Intaktní výkon			•	•	•		
2. Lehká porucha	•						•
3. Výrazná porucha		•				•	
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 21 – s ubmodalitý motorických řečových funkcí – pan H

	Srozumitelnost	Respirace	Fonace	Nazalita	Artikulace	Přispívající modalitý	
						Řazení hlásek a slabik	Tempo řeči, fluence
1. Intaktní výkon		●	●	●	●	●	
2. Lehká porucha	●						●
3. Výrazná porucha							
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 22 – kognitivně-komunikační submodalitý/ rozumění – pan H

	Mnestické funkce	Prostorové vnímání	Prozódie	Rozumění – větné pokyny
				Pracovní paměť (Token test)
1. Intaktní výkon	●	●	●	●
2. Lehká porucha				
3. Výrazná porucha				
4. Těžká porucha				
5. Ztráta funkce				

Průběh terapie

Logopedická terapie byla prováděna v rámci deseti sezení. Každé sezení trvalo přibližně 30 minut.

1. sezení

Pan H přišel v dobré náladě. Je velmi hovorný, proto má na začátku sezení prostor k volnému povídání. Po úvodním rozhovoru, kdy byly probrány zážitky z uplynulého týdne jsme se přesunuli ke cvikům na oromotoriku. Prováděny byly oromotorické sekvence, v rámci nichž měl pacient vždy podle mého vzoru provádět cviky stimulující hybnost mluvidel a mimických svalů, např. nafouknout tváře, zamračit se, usmát se, nakřčit nos, vypláznout jazyk apod. Následně vždy dva až tři cviky opakoval za sebou. Dva za sebou jdoucí pohyby zvládal bez potíží, sled tří pohybů pro něj byl již složitější. Musel si uvědomovat polohu mluvidel a pomalu po mém vzoru přecházet k dalšímu cviku. Následně jsme přešli k pracovním listům.

V prvním cvičení měl pacient za úkol seřadit slova v popletených větách tak, aby věta dávala smysl (pracovní list č. 1 a 2). Nejprve si vždy řadu za sebou jdoucích slov přečetl a následně přemýšlel o jejich pořadí. Samostatně si nezačal nic poznamenávat, až na můj pokyn, že by mu to mohlo usnadnit práci, si začal číslovat pořadí slov ve větě malými čísly. Vzhledem k tomu, že v českém jazyce počítáme s více správnými variantami uspořádání slov ve větě, neměl pán s tímto cvičením větší obtíže.

Ve druhém cvičení měl pán opravit popletená přísloví (pracovní list č. 3 – 5). V obecně známých obratech bylo vždy změněno jedno nebo dvě slova. Pacient si první větu přečetl pro sebe a potichu přemýšlel nad řešením. Na můj pokyn další věty četl již nahlas. Většinu přísloví dobře znal a jejich správná podoba mu rychle naskočila. U několika z nich si nebyl jistý a potřeboval napovědět.

V dalším cvičení (pracovní list č. 9 – 11) měl pacient určit pravdivost tvrzení viz Příloha 15. Jednalo se o obecně známé pravdy, sepsané vždy v několika variantách přehozením jednotlivých slov ve větě. Například lžící jím polévku x lžící jím polévkou. Je potřeba zapojit jazykový cit a správně určit předmět věty. Také se zapojuje sluchová zpětná vazba. Pacient si větu přečetl pro sebe, rovnou pronesl odpověď a ihned přecházel k další větě. Poprosila jsem ho, zda by mohl větu vždy nejprve přečíst nahlas. Čtení je u pana H stále pomalejší, pomaleji přechází od jednotlivých pohybových sekvencí. Po malých krůčcích se však stále zlepšuje. S určením správného tvaru neměl větší potíže.

2. sezení

Po obvyklém úvodním rozhovoru byl dnes pro pana H připraven pracovní list s ustálenými známými výrazy, kdy v prvním sloupečku byla určitá vlastnost (převážně přídavné jméno) a ve druhém sloupečku podstatné jméno (pracovní list č. 23). Pacient měl za úkol spojit příslušná slova a vytvořit dvojice ustálených slovních spojení, jako například babí léto, domácí úkol, pracovní pohovor a další. Po správném spojení slov navíc doplňoval různé další vlastnosti, které by dané podstatné jméno mohlo mít, např. horké, dlouhé léto nebo důležitý, těžký úkol. Pacient zvládl úkol téměř samostatně, problematické bylo pouze spojování slov čarou, jelikož má stále PHK paretickou a téměř v ní není schopen držet tužku a psát. Proto jsme jako nadstavbu úkolu tvořili věty, v nichž bylo použito právě některé ze slovních spojení. Cvičení bylo vedeno snaho vytvořit co nejroztvitější větu. Pán většinou potřeboval více času, aby přišel na další vlastnost nebo další slovo, které by se do věty hodilo. V případech, kdy žádné další slovo z paměti nenaskakovalo, použil i výraz, který vůbec se zbytkem věty významově nekorespondoval. V takových případech jsem se mu snažil napovědět slovo opisem, případně pak nápovědou prvních písmen určitého slova.

V následujícím cvičení měl pacient vymyslet a zapsat do tabulky předměty, které se nacházejí v různých místnostech bytu (pracovní list č. 17 – 19). Do prvního sloupečku měl doplnit, co patří do koupelny, ve druhém sloupci kuchyňské potřeby a do třetího sloupečku věci, které se běžně nacházejí v obývacím pokoji. Cvičení bylo modifikováno tak, že výběr slov se přehnutím listu papíru skryl a pan H slova vymýšlel samostatně. Cvičení bylo prováděno pouze ústně vzhledem k omezené psací schopnosti pacienta. Do každého sloupečku vymyslel a slovně zařadil tři pojmy do každé z kategorií. Následně byl odkryt přehnutý řádek s výběrem slov a pan H je opět slovně zařadil do příslušných kategorií. Nad některými pojmy váhal, temp bylo pomalejší, ale zařazení do kategorií mu nečinilo větší potíže.

3. sezení

Po úvodním rozhovoru jsme se věnovali opět oromotorickým sekvencím, které měl pacient vždy podle vzoru zopakovat několikrát za sebou. V rámci cvičení pán střídal především tři pohyby za sebou, protože přechod mezi nimi mu činí největší potíže. Následně byl použit pracovní list s úkolem vybrat z řady slov vždy jedno, které mezi ostatní nepatří (pracovní list č. 20 a 21). Tento krok panu H nečinil potíže, nesouvisející

slovo vyhledat. Na otázku, proč dané slovo do řady nepatří odpovídal váhavě, nesouvisle, nebyl si jistý. Když slyšel mou verzi odůvodnění, pouze přikyvoval. U dalších řad bylo třeba použít alespoň nápovědu a navést pacienta na správné pojmenování kategorie. Jako nadstavbu cvičení měl pan H jmenovat další pojmy, které spadají do dané kategorie. V některých případech jmenoval příklad téměř okamžitě, v jiných mu trvalo delší dobu vybavit si správný pojem, případně k němu došel až po použití nápovědy.

V následujícím cvičení měl pan H najít slova ukrývající se v odstavci souvislého toku písmen bez mezer (pracovní list č. 24 – 26) viz Příloha 16. Pacientovi byl pouze vysvětlen postup a následně měl samostatně podtrhávat nalezená slova. Pohledem i tužkou postupovala písmeno po písmenu a vyhledával 8 českých měst a 8 domácích zvířat a následně 8 ženských jmen. Vyhledávání slov bylo pomalé, ale dařilo se. Problematické bylo podtrhávání daných slov vzhledem k omezené schopnosti úchopu tužky a omezené motorice HK. Z časových důvodů si pacient zbytek cvičení vzal s sebou domů, kde si ho prý vyplní.

4. sezení

Pan H si dnes stěžoval na bolesti zad, což mohlo ovlivnit jeho pozornost. Rozhodli jsme se vyzkoušet, co zvládneme a dohodli se, že případně sezení ukončíme dříve. Začali jsme prvním cvičením, kterým byly přesmyčky (pracovní list č. 32). Jednotlivá slova představovala různé druhy ovoce. V jejich názvu však bylo změněné pořadí písmen. Úkolem pacienta bylo přečíst a zapsat správné znění slova a odhalit, o jaké ovoce se jedná. Pan H většinu slov zvládl samostatně, problémy mu činily pouze méně známé druhy ovoce, jako například mango. Pacient většinu slov vyřkl okamžitě, bez velkého přemýšlení a už se přesouval na další položku. Bylo patrné, že spěchá, aby měl už cvičení za sebou. Cvičení bylo prováděno pouze ústně vzhledem k omezené motorice HK.

V následujícím cvičení (pracovní list č. 30) měl pacient tvořit slova z nabídky slabik. Usnadnění úkolu spočívalo v úvodu cvičení, kde je konkretizováno, že jde o vyhledávání surovin na pečení. Bylo potřeba najít 5 ingrediencí. Zde už měl pacient s vyplněním úkolu potíže, snažil se odpovědět co nejrychleji a jeho zbrklé odpovědi vedly k nesprávnému řešení. Bylo potřeba mu napovědět, kterou slabikou bude například slovo začínat, případně danou ingredienci popsat. Po upozornění pacienta, že

nemusí spěchat, ať se pokusí lépe soustředit, se nakonec podařilo nalézt všech pět surovin. Jelikož pán H. nemohl slova napsat (respektive napsat by je zvládl, ale bylo by to časově i psychicky vyčerpávající), jako nadstavbu cvičení měl jmenovat další suroviny, které by se daly k pečení použít. Pacient měl potíže s vybavením daných slov, což lze přisoudit i faktu, že se s pečením tak často neseťkává. Lze očekávat, že v případě výběru jemu bližšímu tématu by cvičení zvládl snáz.

Vzhledem ke kolísající pozornosti jsme svedli rozhovor na pánovu domácnost, na oblíbená jídla, restaurace apod. Poté jsme se pomalu rozloučili a domluvili se na dalším setkání za týden.

5. sezení

Pán H dnes přišel o poznání v lepším rozpoložení než minule. Vyprávěl o svých vnoučatech, která viděl o víkendu na rodinné oslavě. Následně jsme se přesunuli k pracovním listům. Dnešní cvičení se zaměřovala na stavbu slova, čtení s porozuměním a krátkodobou paměť. Prvním pracovním listem (č.33) byla tajenka, která byla odhalena po vyškrtání přebytečných písmen v jednotlivých slovech viz Příloha 17. Pacient musel škrtnout vždy jedno písmeno, které ve slově přebývalo, aby toto slovo dávalo smysl. Vyškrtnuté písmeno následně vepsal do připraveného políčka a tato vyškrtaná písmena dohromady utvořila tajenku, kterou pacient přečetl. S rozpoznáním, o jaké slovo se jedná, neměl pan H potíže. Ovšem problematické bylo určit, jaké konkrétní písmeno ve slově přebývá. V několika případech pacient označil nesprávné písmeno, někdy potřeboval více času na přemýšlení a v jednom případě určil písmeno správně, ale do tajenky zapsal jiné.

Následující cvičení (pracovní list č. 38) pracuje se skloňováním slov a s používáním předložek. Na začátku jednotlivých řádků jsou běžně používané předložky a ve spodní části pracovního listu nabídka podstatných jmen, která se mohou buď vystříhnout a přikládat na řádek nebo opisovat, dle schopností pacienta. V případě pana H jsme však zvolili ústní formu provedení a to především z časových důvodů. Samozřejmě by bylo možné a vhodné i jednotlivá vystřižená slova na řádek přikládat a následně ve správném tvaru přečíst. Po správném zařazení a skloňování vybraných slov ve spodním řádku měl pacient vymýšlet další slova k jednotlivým předložkám tak, jak se běžně používají. Například za předložku „nad“ vymyslel slova „domem a hlavou“.

Další cvičení (pracovní list č. 39) bylo reprezentováno krátkým příběhem, který pacient přečetl nahlas a následně měl text zakrýt, přečíst otázky pod textem a odpovědět na ně. Pacient čte nonfluentně, často opakuje iniciální část slova či celé slovo, nejčastěji na začátku věty. Text však zvládne dočíst do konce. Otázkám rozumí, některé skutečnosti si ovšem nezapamatoval. To lze odůvodnit faktem, veškerou pozornost soustředil na správné přečtení textu a méně již na jeho obsah. Následně měl pacient příběh převyprávět. Časovou linii dodržoval podle skladby doplňujících otázek a nakonec se rozpomněl i na události, na které se otázky neodkazovaly. Příběh dokázal převyprávět poměrně srozumitelně, místy vázlo vybavení potřebného slova.

6. sezení

Při dnešní terapii byl využit pracovní list č. 31. Práce s tímto cvičením spočívá v tvorbě slov z nabídky slabik v rámečku. Pacient už se cvičením založeném na stejném principu pracoval, pouze v prvním případě bylo cvičení zaměřeno na vyhledávání konkrétní skupiny slov (ingredience na pečení). V tomto případě je úkolem vyhledat jakákoliv slova, která budou složena z nabídnutých slabik. Pacient neměl s vyhledáním slov větší obtíže, při dostatku času na přemýšlení zvládl vyhledat pět slov poměrně samostatně.

Další cvičení bylo zaměřeno na ustálené, známé konstrukce. Jednalo se o dokončování přísloví (pracovní list č. 6 – 8). Vzhledem ke schopnostem pacienta zde nebyly použity žádné nápovědné věty, z nichž by mohl vybírat správné řešení. Pacient známá přísloví doplnil automaticky, bez většího váhání. V jednom případě přísloví nepoznal ani po prozrazení správného znění.

Na závěr sezení měl pacient přečíst krátký příběh (pracovní list č. 40) a na základě porozumění textu odpovědět na doplňující otázky ve spodní části pracovního listu. Odpověď na otázky pan Ř. věděl, obtížně však formuloval odpověď a jeho projev byl znesnadněn ulpíváním na předchozím artikulačním postavení. Na otázky odpovídal jednoslovně, případně krátkými větami. Po zodpovězení otázek měl pacient celý příběh převyprávět vlastními slovy. I v tomto případě byl projev hůře srozumitelný, pacient se musí velice soustředit na artikulaci. Z hlediska paměti však úkol zvládl dobře, všechny dějové skutečnosti si zapamatoval.

7. sezení

Zpočátku bylo sezení věnováno zaměřením se na automatismy (pracovní list č. 34 – 37). Cílem cvičení je řazení uvedených slov podle abecedy a jejich následné zapsání na

řádek v příslušném pořadí. Pacient si četl jednotlivá slova vždy nahlas a předříkával si písmena abecedy tak, jak jdou za sebou. I přesto v několika případech nějaké slovo přeskočil či změnil pořadí slov. Proto byl pacient upozorněn, aby se na cvičení podíval ještě jednou. Následně jsme společnými silami vytvořili nové pořadí slov a zároveň použité slov v řádku vždy vyškrtli.

Následující úkol byl velice podobný, pouze ve jednotlivých slovech navíc chyběla některá písmena a jednalo se o měsíce v roce. Mechanismus řazení byl tedy odlišný od abecedního řazení (pracovní list č. 29). Jako první pacient doplnil chybějící slova a vytvořil názvy jednotlivých měsíců v roce. Určit chybějící písmeno nebylo tolik obtížné, pacient vždy správně odhadl, o jaké slovo se jedná, přesto některá písmena nedoplnil správně a bylo potřeba použít nápovědu. Následně měl pacient seřadit vytvořené názvy podle toho, jak jdou měsíce v roce za sebou. Pacient je schopen bez problému vyjmenovat měsíce v roce, ale vybírání jednotlivých měsíců a jejich řazení do sloupečku pod sebe už bylo problematictější. Bylo potřeba použít zejména fonemickou nápovědu, aby si pacient vybavil konkrétní název měsíce. Pacient si celou řadu opakovaně přeříkával a vždy řadu zastavil u potřebného měsíce. V několika případech daný měsíc přeskočil. V takovém případě byla využita další, například sémantická, nápověda.

Na závěr sezení pacient opět pracoval s krátkým příběhem (pracovní list č. 42). Postup byl stejný jako v předchozích případech. Nejprve krátký příběh přečetl a následně, po zakrytí textu, odpovídal na doplňující otázky ve spodní části listu. Po zodpovězení otázek měl pan H celý příběh převyprávět. Pacientův projev při hlasitém čtení není dobře srozumitelný, je potřeba ho upozorňovat na zpomalení tempa a preciznost artikulačních pohybů. Na doplňující otázky odpověď zná, dokáže ji i vyhledat v textu, pouze není jednoduché je srozumitelně interpretovat.

8. sezení

Dnešní první část sezení byla zaměřená na příbuzenské vztahy (pracovní list č. 12). Jako první byl použit list s příběhem z oslavy narozenin, kde byly zakomponovány příbuzenské vazby. Pacient měl text přečíst a následně odpovědět na otázky pod textem. Pacient mohl pro kontrolu vyhledávat informace v samotném textu vzhledem k vyšší obtížnosti cvičení. Pro pacienta je obtížné orientovat se v příbuzenských vztazích, ale

základní používané pojmy zvládne zařadit. V některých případech bylo potřeba pacienta vést a nabídnout fonemickou nápovědu, případně zdůraznit příslušnou část v textu.

Následující cvičení tématicky navazovalo na rodinný příběh. Na pracovním listu jsou uvedeny názvy jednotlivých rodinných příslušníků (př. švagr, teta apod.) a úkolem pacienta bylo popsat, kdo je to ve vztahu k němu (pracovní list č. 15 a 16). Pacient si uvědomoval, o jakého člena rodiny se jedná, bylo pro něj ale obtížné svou odpověď správně formulovat. Bylo by vhodné cvičení upravit a přidat výběr různých možností, aby pacient měla k dispozici nápovědu a možnost kontroly stejně jako u ostatních pacientů.

Na závěr sezení byl použit opět krátký příběh obdobným způsobem jako v předchozích případech (pracovní list č. 41). Pacient se snažil klást důraz na svůj projev tak, aby byla zvýšená míra srozumitelnosti. Na otázky odpovídal samostatně. Přestože používal krátké věty, byly odpovědi poměrně srozumitelné.

9. sezení

První cvičení bylo zaměřeno opět na rodinné vztahy. Tentokrát však byl postup opačný – na pracovním listu byl uveden popis určitého člena rodiny a úkolem pacienta bylo doplnit jeho název (pracovní list č. 13 a 14). Tento postup byl pro pacienta a jednodušší než v předchozím cvičení. I přes občasnou zhoršenou výbavnost pojmů byl ve většině případech úspěšný a dokázal doplnit příslušný název člena rodiny.

Následující cvičení bylo již použito v rámci jednoho z předchozích sezení. Jednalo se o pracovní list s ustálenými známými konstrukcemi (pracovní list č. 22). Pacient měl za úkol spojit příslušná slova a vytvořit dvojice ustálených pojmů, tak, jak se běžně používají. Například se zde objevila slovní spojení smečka psů, hejno ptáků či dav lidí. Panu H nedělalo problém dvojice správně spojit samostatně. Po vytvoření dvojic měl ke každému slovu v prvním sloupečku doplnit další možnosti, například smečka vlků, dav demonstrantů. Tento krok byl již obtížnější vzhledem k omezené výbavnosti pojmů. Pacient však ke každému slovu vymyslel alespoň jeden příklad samostatně či s nápovědou.

10. sezení

Desáté, poslední, sezení bylo zaměřeno na reedukaci lexie, kdy měl pacient dle obecných zvyklostí doplnit chybějící slova v dopise (pracovní list č. 43). Pro případ, že by pacient slovo nevěděl nebo si nebyl jistý, byla v dolním řádku uvedena nápověda.

V ní byla obsažena všechna chybějící slova z textu. S touto náповědou se pacientovi podařilo doplnit celý dopis a následně ho přečíst.

Na úplný závěr byla pro pacienta připravena sada obrázků, které při správném seřazení znázorňovaly určitý děj (pracovní list č. 44). Konkrétně tyto obrázky zobrazovaly děj jedoucího auta, které najede na střeр, píchne pneumatiku a řidička musí vyměnit kolo. Pacient na první pokus obrázky seřadil správně, bylo pro něj však obtížné samostatně vyprávět celý děj. Zpočátku začal velice rychle vyslovovat nesrozumitelná slova, aby měl co nejrychleji všechny obrázky popsány. Byl požádán, aby zpomalil své tempo a na vyprávění se soustředil. S pomocí postupně popsal každý obrázek z příběhu. Následně byly obrázky uklizeny a pacient měl převyprávět celý příběh znovu, vlastním slovy. Pacient se na vyprávění velmi soustředil, obrázky si z paměti představoval před sebou a snažil se používat srozumitelné a i delší slovní spojení. Ke konci cvičení již byla patrná únava a kolísání pozornosti.

Výstupní vyšetření

Výstupní vyšetření bylo provedeno stejným způsobem jako vyšetření vstupní. Použito bylo opět VZNPŘK. Tentokrát však byly sledovány pouze konkrétní submodality, v rámci nichž má pacient potíže, a to submodality fatických funkcí a submodality lexických a grafických dovedností

Tabulka 23 – submodality fatických funkcí II. – pan H

	Spontánní řeč	Plynulost řeči	Pojmenování	Opakování	Rozumění	Přispívající submodality	
						Slovní řady	Zpěv
1. Intaktní výkon				●	●	●	
2. Lehká porucha	●		●				●
3. Výrazná porucha		●					
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Tabulka 24 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule/praxie II. – pan H

	Čtení	Psaní	Kreslení	Ústní početní úkony	Písemné početní úkony	Přispívající submodalita	
						Praxie HK	Orální praxie
1. Intaktní výkon			●	●	●		
2. Lehká porucha	●						●
3. Výrazná porucha		●				●	
4. Těžká porucha							
5. Ztráta funkce							

Výsledek vyšetření nepoukazuje na zlepšení výkonů v takovém rozměru, který by byl během půl roku terapeutického působení zaznamatelný v tabulce v porovnání s prvním vyšetřením. To však neznamená, že nebyly zaznamenány konkrétní malé pokroky ve schopnostech pacienta.

Shrnutí

Porucha plynulosti mluvy včetně zpěvu je také důsledkem motorického deficitu a celkově snížené hybnosti v orofaciální oblasti. Pro pacienta jsou náročné přechody mezi jednotlivými artikulačními polohami, což znesnadňuje artikulaci a omezuje srozumitelnost projevu. Porucha grafie a praxie HK je spíše motorického původu, kdy pacient z důvodu hemiparézy nedokáže psát dominantní rukou. Levou rukou sdělení napsat zvládne, psanému projevu ale, pokud to není nezbytné, vyhýbá. V rámci cvičení bylo pracováno s podporou srozumitelnosti projevu pacienta. Naučil se kontrolovat svůj projev, zpomalit jeho tempo. Pro pacienta by bylo vhodné pokračovat v rehabilitaci orofaciální oblasti pro zlepšení její hybnosti, což by vedlo k e snadnější artikulaci a tedy i ke zvýšení efektivity komunikace.

5.4 Kvalitativní analýza výsledků kazuistik

Následující tabulka shrnuje, jak si jednotliví pacienti vedli při konkrétních cvičeních. Údaje mají spíše srovnávací charakter, podrobnější popis terapeutických sezení a práce s pracovními listy jsou popsány v rámci jednotlivých kazuistik v předcházejících podkapitolách.

	paní J	pan Ě	paní K	pan H
pracovní list č. 1, 2	N	N	Z	Z
pracovní list č. 3-5	N	NN	N	N
pracovní list č. 6-8	Z, D	N	NN, D	Z
pracovní list č. 9-11	Z	N	Z	Z
pracovní list č. 12	NN	NN	N	N
pracovní list č. 13-14	Z, D	N, D	N, D	Z, D
pracovní list č. 15,16	0	0	NN	NN, D
pracovní list č. 17-19	Z, D	Z	Z	Z
pracovní list č. 20,21	N, D	N, D	N	N, D
pracovní list č. 22	N	N, D	Z, D	Z, D
pracovní list č. 23	N, D	Z	N	Z, D
pracovní list č. 24-26	Z	Z	Z	Z
pracovní list č. 27,28	NN	-	N	-
pracovní list č. 29	N	N	Z	NN, D
pracovní list č. 30	N	N	N	Z, D
pracovní list č. 31	NN	N, D	N	Z
pracovní list č. 32	N, D	N	N, D	Z
pracovní list č. 33	N	NN	N	N
pracovní list č. 34-37	Z	N	N	NN
pracovní list č. 38	Z, D	Z, D	Z	Z, D
pracovní list č. 39-42	Z, D	Z, D	Z, D	Z, D
pracovní list č. 43	Z	Z	Z	Z
pracovní list č. 44	Z	Z	Z	N

Vysvětlivky:

Z – zvládl/a samostatně

N – zvládl/a s nápovědou

NN – nutno napovědět a vést pacienta opakovaně

0 – nedařilo se

D – dysnomie

Zhodnocení

Přestože je stav sledovaných submodalit u pacientů dle vstupního vyšetření podobný, v jednotlivých cvičení vykazovali mírně odlišné výkony. To potvrzuje fakt, že při plánování i provádění terapeutické péče je nutné ke každému pacientovi přistupovat specificky vzhledem k jeho individuálním potřebám.

Konkrétně u paní J lze považovat za zlepšení posun v oblasti pojmenování z úrovně výrazné poruchy k obrazu poruchy lehké. Terapie byla soustředěna na eliminaci dysnomií a zmírnění jejich negativního působení na plynulost a celkovou kvalitu komunikace. Při „zasekávání“ či ulpívání na předchozím podnětu si pacientka pomáhá napsáním potřebného slova na papír a tím si uvědomí výslovnost slova a pořadí jednotlivých hlásek, což jí usnadní následné vyslovení slova.

U pana Ř lze pozorovat malé pokroky zejména v oblasti spontánní řeči a pojmenování ze stupně výrazné poruchy k úrovni poruchy lehké. U pacienta stále přetrvávají dysgramatismy a dysnomie, pacient má však náhled na své postižení a snaží se na tyto jevy zaměřovat. Zlepšení je patrné v kontrole vlastního projevu, kdy se pacient snaží nejednat unáhleně, zpomalit tempo řeči a při výskytu dysnomie se pokouší slovo popsat jinak a nestresovat se z nemožnosti vybavit si potřebný pojem.

U paní K je patrné zlepšení ve spontánní řečové produkci. Lze to přisuzovat mírné eliminaci dysnomií a soustředění cvičení právě na reedukaci výbavnosti, gramatických vazeb, lexie i schopnosti vyprávění. Pacienta je v současné době schopná se srozumitelněji vyjádřit, kontrolovat spontánní projev, zpomalit jeho tempo a při neschopnosti vybavit si potřebný pojem se pokusit nahradit ho pojmem jiným, nezaseknout se ve výpovědi a snažit se plynule přecházet mezi jednotlivými slovy.

Pro pana H je srozumitelnost projevu omezena motorickým deficitem, který by bylo vhodné mírnit v rámci rehabilitace, na kterou bohužel pacient odmítá docházet. V rámci terapie se však naučil kontrolovat svůj projev, zpomalit jeho tempo a alespoň v rámci možností zvýraznit artikulaci. Čtení i vyprávění je lehce plynulejší a srozumitelnější.

Za necelý půlrok terapeutického působení se podařilo dosáhnout alespoň menších, dílčích úspěchů. Vzhledem k chronickému stádiu afázie u sledovaných pacientů se ani nepředpokládá razantní zlepšení jejich funkcí, přesto, jak již bylo uvedeno a potvrzeno, má pokračování terapie svůj smysl.

Závěr

Cílem práce bylo na základě získaných poznatků vytvořit terapeutický soubor stimulačních cvičení a ověřit využití tohoto materiálu v průběhu terapie u osob s projevy motorické afázie.

V úvodní kapitole byl vymezen pojem afázie jako neurologická porucha, byly popsány konkrétní projevy, s nimiž se u osob s afázií setkáváme, a přidružené poruchy vyšších kortikálních funkcí, které při afázii často koexistují.

V druhé kapitole byly zpracovány různé příčiny vzniku afázie. Největší důraz byl kladen na problematiku cévních mozkových příhod, které jsou nejčastější příčinou všech vzniklých afázií. Cévní mozková příhoda byla také příčinou vzniku poruchy u všech osob s afázií zařazených do výzkumu práce. Druhá kapitola se také věnovala klasifikaci afázií. Existuje několik různých druhů dělení afázií, avšak pro účely této práce byla vybrána nejčastěji užívaná klasifikace u nás, tedy Bostonská klasifikace. V rámci ní byly popsány jednotlivé druhy afázie a jejich klinický obraz.

Třetí kapitola byla věnována tématu diagnostiky afázie. Důraz byl kladen na důležitost diferenciální diagnostiky. V podkapitole byly rozlišeny neuropsychologické vyšetřovací metody a vyšetření používaná v rámci logopedické diagnostiky. Závěr kapitoly podrobněji rozebral VZNPRK (Neubauer, 2007), které bylo použito ke vstupnímu a výstupnímu vyšetření v rámci vypracování kazuistik.

Pátá kapitola se věnovala samotnému praktickému výzkumu. Byly zde shrnuty výzkumné cíle, metodika a cíl práce. Cílem praktické části bylo vytvořit soubor stimulačních cvičení zaměřených na reedukaci porušených schopností při motorické afázii. Samotná tvorba terapeutického materiálu vycházela z individuálních potřeb osob s motorickou afázií v chronickém stadiu onemocnění, kteří dochází pravidelně do ambulance klinického logopeda a v rámci ní jsou zapojeni do skupinové terapie.

Již před započítím terapie s danými pacienty s afázií se nedaly očekávat žádné převratné zázračné změny a zlepšení schopností pacientů. V rámci absolvování dlouhodobé logopedické péče a zejména pokud již uplynulo několik let od vzniku poruchy, jsou jednotlivé pokroky již menší. Přesto má logopedická terapie i v chronickém stadiu afázie smysl a každá změna řečového projevu k lepšímu je přínosem pro celkový život osoby s afázií. Afatik má možnost se radovat i z malých dílčích úspěchů a ty následně přenášet do běžného života. S pomocí a odborným

vedením terapeuta lze využít tyto pokroky promítat do zlepšení efektivity komunikace a zlepšení sociálních vztahů. Kritik by mohl namítat, že *cílem terapie u osob s afázií je přeci vytvořit využitelnou formu komunikace, a tu přeci všichni čtyři uvádění pacienti ovládají. Pokud nemohou nalézt správné slovo, aby se vyjádřili, mohou přeci slovo popsat, použít písmo, gesta* apod. Nelze se však omezit na takto jednoduchý a nízký cíl a logopedická péče by měla vést k co nejvyššímu možnému úspěchu, respektive k nastolení takového stavu řečové komunikace, se kterou bude pacient spokojen, bude ho co nejméně (v ideálním případě vůbec) omezovat v běžném kontaktu s okolím a v nejlepším případě nebude znít stigmatizovaně vzhledem k tomuto okolí. Je zřejmé, že ne ve všech případech lze tohoto stavu dosáhnout, ale veškeré snahy by měly být směřovány k co největšímu přiblížení se stanovenému cíli.

Cíl práce byl naplněn vytvořením souboru cvičení, který byl využit během deseti terapeutických sezení se čtyřmi osobami s projevy motorické afázie. U všech pacientů bylo provedeno vstupní vyšetření a po absolvování terapeutického působení následně výstupní vyšetření za využití shodné škály. Výsledky byly zaznamenány v tabulkách a je patrné, že se jednotlivá cvičení zaměřují na problematické oblasti vybraných osob s afázií se snahou reedukovat je. Výběr souboru cvičení se skládal z pracovních listů různých obtížností. Pro některé z pacientů byla konkrétní cvičení jednoduchá, jiná složitější. Některým pacientům bylo potřeba častěji nabízet nápovědy, jiní zvládli pracovat samostatně. Rozdíly mezi pacienty jsou patrné i přes velice podobné diagnózy. Veškeré terapeutické působení je potřeba přizpůsobit individuálně danému člověku a dle potřeb cvičení modifikovat. Tento požadavek cvičení splňují, neboť nabízí hned několik možností použití dle stupně obtížnosti.

Samozřejmě se nabízí prostor pro další doplnění a rozšíření materiálu, který by nabízel větší množství zaměřených cvičení a textů a měl by tak širší využití v praxi klinické logopedie, případně pro širší okruh pacientů i s odlišnými typy afázie.

Použitá literatura

AMBLER, Z., J. BEDNAŘÍK a E. RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2004. ISBN 9788073871574.

BUTT P., R. BUCKS. *BNVR: The Butt Non-Verbal Reasoning Test*. Alston Drive: Speechmark Publishing. 2009.

CSÉFALVAY, Z. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Z., M. KOŠŤÁLOVÁ, M. KLIMEŠOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. Praha: Portál, 2002.

CSÉFALVAY, Z., P. TRAUBNER.: *Afaziologie pro klinickou prax*. Martin, Osveta 1996

CSÉFALVAY, Z. *Terapie afázie*. In LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

CSÉFALVAY, Z., M. KOŠŤÁLOVÁ. *Diagnostika afázie*. In CSÉFALVAY, Z. a V. LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

CVETKOVÁ L. S. *Neurologická rehabilitácia*. In KONDÁŠ O., S. KRAOTCHVÍL a E. SYŘIŠŤOVÁ. *Psychoterapia a reedukácia*. Martin: Osveta, 1989. 2. doplň. vydání. ISBN 80-217-0014-9.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: Terminologický a výkladový*. 2. dopl. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HENDL, J. a J. REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

JOHNSON, Alex F. a B. H. JACOBSON. *Medical speech-language pathology: a practitioner's guide*. 2nd ed. New York: Thieme, c2007. ISBN 978-1588903204.

KALINA, M. *Akutní neurologie: intenzivní péče v neurologii*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-100-5.

- KOŠŤÁLOVÁ, M. Vysoce automatizované formy řeči. In CSÉFALVAY, Z. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
- KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek: funkční systémy, norma a poruchy*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-771-4.
- KULIŠŤÁK, P. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
- KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-891-3.
- LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-8063-100-X.
- LEZAK, D.M., B. D. HOWIESON, W. D. LORING.: *Neuropsychological assesment*. New York, Oxford University Press 2004.
- LOVE, R. J. a W. G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MARKOVÁ, J. Neurolingvistické přístupy k terapii afázie na úrovni vět. In CSÉFALVAY, Z. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
- MIKEŠOVÁ V. Diagnostika a terapie afázií v koncepci Lurijovy neuropsychologické školy. In NEUBAUER, K a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 807367159X.
- MIMROVÁ, Milada. *Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie*. V Praze: Triton, 1998. ISBN 80-85875-81-0.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- NEUBAUER, K. Poruchy řečové komunikace – diagnostika a terapie. In PREISS, M. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.

- NEUBAUER, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 807367159X.
- NEUBAUER, K. a S. DOBIAS. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.
- NEUBAUER, K., T. SKÁKALOVÁ. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-640-7.
- OBEREIGNERŮ, R. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.
- OBEREIGNERŮ, R. Afázie. In KULIŠŤÁK, P. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.
- PAPATHANASIOU, I. a P. COPPENS. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Second edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2017. ISBN 978-1-284-07731-5.
- PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-2471-135-5.
- PREISS, M. *Token test – aplikace zkrácené verze*. In: *Klinická logopedie v praxi*, 1996.
- PREISS, M., J. PREISS, K. NEUBAUER, I. PREISSOVÁ, H. TILŠEROVÁ. *Screeningová zkouška afázií – experimentální verze*. Diagnostika a terapie poruch komunikace 1999.
- ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- TRUHLÁŘOVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky*. Ilustroval Václav KRÍŽEK. Praha: Avicenum, 1973.

Elektronické zdroje

LASKA, A. C., A. HELLBLOM, V. MURRAY, T. KAHAN, M. von ARBIN. Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *Journal of Internal Medicine* [online]. 14 May 2001, 9 [cit. 2017-12-15]. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2796.2001.00812.x/full#ss14-1>

Asociace klinických logopedů České republiky [online]. 2018. [cit. 2018-02-16] Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php>

GESCHWIND, N. The apraxias: Neural mechanism of disorders of learned movements. [online]. *American Scientist*, 63. [cit. 2018-01-25] Dostupné také z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1115438>

MENTIO [online]. [cit. 2018-03-10] Dostupné z: <https://www.mentio.cz/>

Screening afázie: MASTcz [online]. [cit. 2018-03-10] Dostupné také z:

<https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>

Seznam tabulek

Tabulka 1 – submodalita fatických funkcí – paní J	50
Tabulka 2 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule/praxie – paní J	51
Tabulka 3 – submodalita motorických řečových funkcí – paní J	51
Tabulka 4 – kognitivně-komunikační submodalita/ rozumění – paní J	52
Tabulka 5 – submodalita fatických funkcí II. – paní J	60
Tabulka 6 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule II – paní J	60
Tabulka 7 – submodalita fatických funkcí – pan Ě	65
Tabulka 8 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule – pan Ě	65
Tabulka 9 – submodalita motorických řečových funkcí – pan Ě	66
Tabulka 10 – kognitivně-komunikační submodalita/ rozumění – pan Ě	66
Tabulka 11 – submodalita fatických funkcí II – pan Ě	74
Tabulka 12 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule II – pan Ě	75
Tabulka 13 – submodalita fatických funkcí – paní K	78
Tabulka 14 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule - paní K	78
Tabulka 15 – submodalita motorických řečových funkcí – paní K	79
Tabulka 16 – kognitivně-komunikační submodalita/ rozumění – paní K	79
Tabulka 17 – submodalita fatických funkcí II – paní K	88
Tabulka 18 - submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule – paní K	88
Tabulka 19 – submodalita fatických funkcí – pan H	91
Tabulka 20 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule – pan H	91
Tabulka 21 – submodalita motorických řečových funkcí – pan H	92
Tabulka 22 – kognitivně-komunikační submodalita/ rozumění – pan H	92
Tabulka 23 – submodalita fatických funkcí II. – pan H	100
Tabulka 24 – submodalita lexických a grafických dovedností a kalkule II. – pan H..	101

Seznam příloh

- Příloha 1** – záznamový list VZNPŘK – paní
- Příloha 2** – záznamový list VZNPŘK – pan Ě
- Příloha 3** – záznamový list VZNPŘK – paní K
- Příloha 4** – záznamový list VZNPŘK – pan H
- Příloha 5** – popis zaměření reedukačních cvičení
- Příloha 6** – paní J, pracovní list č. 1
- Příloha 7** – paní J, pracovní list č. 4
- Příloha 8** – paní J, pracovní list č. 27
- Příloha 9** – pan Ě, pracovní list č. 1
- Příloha 10** – pan Ě, pracovní list č. 10
- Příloha 11** – pan Ě, pracovní list č. 19
- Příloha 12** – paní K, pracovní list č. 11
- Příloha 13** – paní K, pracovní list č. 25
- Příloha 14** – paní K, pracovní list č. 32
- Příloha 15** – pan H, pracovní list č. 11
- Příloha 16** – pan H, pracovní list č. 25
- Příloha 17** – pan H, pracovní list č. 33

Přílohy

Příloha 1 – záznamový list VZNPŘK – paní J

Vyšetření získaných NPŘK u dospělých osob – záznamový list VZNPŘK		
Jméno: paní J	Datum narození:	Bydliště:
Datum vyšetření: říjen 2017		
Screeningová diagnostika: ANO – NE datum:		
PORUCHA FATICKÝCH FUNKCÍ Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce AFÁZIE Motorická – percepční – smíšená Kondukční Anomická Globální – izolovaná Transkortikální motorická Transkortikální sensorická Transkortikální smíšená	ANO	NE
LEXICKO – GRAFICKÉ DOVEDNOSTI PORUŠENY V rámci syndromu afázie – reziduální poruchy – izolované poruchy	ANO	NE
DYSKALKULIE	ANO	NE
DYSMÚZIE	ANO	NE
MOTORICKÁ ŘEČOVÁ PORUCHA Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce	ANO	NE
DYSARTRIE Spastická – hypokinetická – hyperkinetická – ataktická – flacidní – smíšená	ANO	NE
DYSPRAXIE V ŘEČI	ANO	NE
ORÁLNÍ DYSPRAXIE	ANO	NE
KOGNITIVNĚ-KOMUNIKAČNÍ PORUCHA Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce Porušeno: Paměť – prostorové vnímání – extralingvistické funkce – rozumění – globální porucha Diferenciálně syndrom: Amnestický – demenciální – extralingvistický – neglect	ANO	NE
DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR: DOMINUJÍCÍ PORUCHA ŘEČOVÉ KOMUNIKACE: motorická afázie KOEXISTUJÍCÍ PORUCHY ŘEČOVÉ KOMUNIKACE:		

Příloha 2 – záznamový list VZNPŘK – pan Ř

Vyšetření získaných NPŘK u dospělých osob – záznamový list VZNPŘK		
Jméno: pan Ř	Datum narození:	Bydliště:
Datum vyšetření: říjen 2017		
Screeningová diagnostika: ANO – NE datum:		
PORUCHA FATICKÝCH FUNKCÍ Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce AFÁZIE Motorická – percepční – smíšená Konduktivní Anomická Globální – izolovaná Transkortikální motorická Transkortikální senzorická Transkortikální smíšená	ANO	NE
LEXICKO – GRAFICKÉ DOVEDNOSTI PORUŠENY V rámci syndromu afázie – reziduální poruchy – izolované poruchy	ANO	NE
DYSKALKULIE	ANO	NE
DYSMÚZIE	ANO	NE
MOTORICKÁ ŘEČOVÁ PORUCHA Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce	ANO	NE
DYSARTRIE Spastická – hypokinetická – hyperkinetická – ataktická – flacidní – smíšená	ANO	NE
DYSPRAXIE V ŘEČI	ANO	NE
ORÁLNÍ DYSPRAXIE	ANO	NE
KOGNITIVNĚ-KOMUNIKAČNÍ PORUCHA Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce Porušeno: Paměť – prostorové vnímání – extralingvistické funkce – rozumění – globální porucha Diferenciálně syndrom: Amnestický – demenciální – extralingvistický – neglect	ANO	NE
DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR: DOMINUJÍCÍ PORUCHA ŘEČOVÉ KOMUNIKACE: motorická afázie KOEXISTUJÍCÍ PORUCHY ŘEČOVÉ KOMUNIKACE:		

Příloha 3 – záznamový list VZNPŘK – paní K

Vyšetření získaných NPŘK u dospělých osob – záznamový list VZNPŘK		
Jméno: paní K	Datum narození:	Bydliště:
Datum vyšetření: říjen 2017		
Screeningová diagnostika: ANO – NE datum:		
PORUCHA FATICKÝCH FUNKCÍ	ANO	NE
Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce AFÁZIE Motorická – percepční – smíšená Konduktivní Anomická Globální – izolovaná Transkortikální motorická Transkortikální senzoričká Transkortikální smíšená		
LEXICKO – GRAFICKÉ DOVEDNOSTI PORUŠENY	ANO	NE
V rámci syndromu afázie – reziduální poruchy – izolované poruchy		
DYSKALKULIE	ANO	NE
DYSMÚZIE	ANO	NE
MOTORICKÁ ŘEČOVÁ PORUCHA	ANO	NE
Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce		
DYSARTRIE	ANO	NE
Spastická – hypokinetická – hyperkinetická – ataktická – flacidní – smíšená		
DYSPRAXIE V ŘEČI	ANO	NE
ORÁLNÍ DYSPRAXIE	ANO	NE
KOGNITIVNĚ-KOMUNIKAČNÍ PORUCHA	ANO	NE
Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce Porušeno: Paměť – prostorové vnímání – extralingvistické funkce – rozumění – globální porucha Diferenciálně syndrom: Amnestický – demenciální – extralingvistický – neglect		
DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR:		
DOMINUJÍCÍ PORUCHA ŘEČOVÉ KOMUNIKACE: motorická afázie		
KOEXISTUJÍCÍ PORUCHY ŘEČOVÉ KOMUNIKACE:		

Příloha 4 - záznamový list VZNPŘK – pan H

Vyšetření získaných NPŘK u dospělých osob – záznamový list VZNPŘK		
Jméno: pan H	Datum narození:	Bydliště:
Datum vyšetření: říjen 2017		
Screeningová diagnostika: ANO – NE datum:		
PORUCHA FATICKÝCH FUNKCÍ	ANO	NE
Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce AFÁZIE Motorická – percepční – smíšená Kondukční Anomická Globální – izolovaná Transkortikální motorická Transkortikální senzorická Transkortikální smíšená		
LEXICKO – GRAFICKÉ DOVEDNOSTI PORUŠENY	ANO	NE
V rámci syndromu afázie – reziduální poruchy – izolované poruchy		
DYSKALKULIE	ANO	NE
DYSMÚZIE	ANO	NE
MOTORICKÁ ŘEČOVÁ PORUCHA	ANO	NE
Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce		
DYSARTRIE	ANO	NE
Spastická – hypokinetická – hyperkinetická – ataktická – flacidní – smíšená		
DYSPRAXIE V ŘEČI	ANO	NE
ORÁLNÍ DYSPRAXIE	ANO	NE
KOGNITIVNĚ-KOMUNIKAČNÍ PORUCHA	ANO	NE
Mírná – středně závažná – těžká – výpadek funkce Porušeno: Paměť – prostorové vnímání – extralingvistické funkce – rozumění – globální porucha Diferenciálně syndrom: Amnestický – demenciální – extralingvistický – neglect		
DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR:		
DOMINUJÍCÍ PORUCHA ŘEČOVÉ KOMUNIKACE: motorická afázie		
KOEXISTUJÍCÍ PORUCHY ŘEČOVÉ KOMUNIKACE:		

Příloha 5 – popis zaměření reedukačních cvičení

Pracovní list č. 1 a 2 – syntax, morfologická stavba věty, gramatika (slovo se správném tvaru), lexie, grafie

Pracovní list č. 3 – 5 – ustálené větné konstrukce, lexie, sémantika

Pracovní list 6 – 8 – ustálené větné konstrukce, lexie, grafie, sémantika, lexikon

Pracovní list č. 9-11 – morfologie, sémantika (význam slov), gramatika (určení podmětu), lexie, koncentrace pozornosti, kognitivní trénink

Pracovní list č. 12 – čtení s porozuměním, krátkodobá paměť, lexikon, orientace v daném tématu, výbavnost pojmů (lexikon)

Pracovní list č. 13-14 – lexikon, orientace v příbuzenských vztazích, sémantika (význam slov, kontext)

Pracovní list č. 15,16 – lexikon, orientace v příbuzenských vztazích, sémantika (význam slov, kontext)

Pracovní list č. 17-19 – kategorizace (třídění pojmů), lexikon, lexie, grafie

Pracovní list č. 20,21 – kategorizace, lexikon, porovnávání

Pracovní list č. 22 – ustálená slovní spojení (automatismy), lexikon, sémantika (jazykový cit)

Pracovní list č. 23 – ustálená slovní spojení (automatismy), lexikon, sémantika

Pracovní list č. 24-26 – tvarosloví, pozornost, zraková diferenciacie, globální čtení

Pracovní list č. 27,28 – lexie, grafie, morfologie (stavba slova), tvarosloví

Pracovní list č. 29 – lexie, grafie, morfologie (stavba slova), tvarosloví, automatismy

Pracovní list č. 30 – syntéza, lexikon, grafie, sémantika (sémantická nápověda= zadání)

Pracovní list č. 31– syntéza, lexikon, grafie

Pracovní list č. 32 – tvarosloví, lexikon

Pracovní list č. 33 – tvarosloví, lexikon

Pracovní list č. 34-37 – automatismy, globální čtení, grafie, výbavnost slov

Pracovní list č. 38 – skloňování, předložky, orientace v prostoru, lexikon (bez nabídky slov)

Pracovní list č. 39-42 – čtení s porozuměním, krátkodobá paměť, schopnost vyprávění

Pracovní list č. 43 – syntax (gramatické vazby), lexikon, pragmatika, grafie

Pracovní list č. 44 – orientace v čase, schopnost vyprávění (udržení dejové linie), lexikon – výbavnost pojmů

Příloha 6 – paní J, pracovní list č. 1

Uspořádejte slova tak, aby věta dávala smysl.

si Každé vyčistím ráno zuby *každé ráno si vyčistím zuby*

najdeme stromečkem Pod dárky vánočním

dovolenou těšíme na rok se Celý *celý rok*

prezidentem s rozhovor dělal Novinář panem

Příloha 7 – paní J, pracovní list č. 4

Opravte popletená přísloví:

Neházej ^{žito} pistol do pšenice.

Trpělivost ^{ráte} tulipány přináší.

Výjimka ruší pravidlo.

Pro dobrotu k ^{žebrotu} bohatství.

Zadarmo ani ^{lůže} osel nehrabe.

Zakázané ovoce chutná ^{nejlepší} nějhůře.

Žádný ^{nabe} učený z ^{ves} pekla nevylezl.

Příloha 8 – paní J, pracovní list č. 27

Doplňte chybějící písmena:

1. Zvíře

MEŠVĚD

2. Oblečení

BUNDA

3. Dopravní prostředek

LETADO

4. Město

OLŠMOUŠ

5. Květina

KOŠRETINA

6. Ovoce

JABLO

7. Zelenina

OKUŠKA

8. Pečivo

ROŽLÍŠ

Příloha 9 – pan Ě, pracovní list č. 1

Uspořádejte slova tak, aby věta dávala smysl.

⁵ si ¹ Každé ⁴ vyčistím ² ráno ³ zuby

³ najdeme ² stromčkem ¹ Pod ⁵ dárky ⁴ vánočním

⁵ dovolenou ⁴ těšíme ² na ³ rok ¹ se ⁶ Cělý

³ prezidentem ⁶ s ⁴ rozhovor ² dělal ¹ Novinář ⁵ panem

Příloha 10 – pan Ř, pracovní list č. 10

Určete, která tvrzení jsou pravdivá:

Lžící jím polévku. ↗

Polévkou jím lžící. ✓

Polévku jím lžící. ↗

Lžící jím polévkou. ✓

Vlasy češu hřebenem. ↗

Hřeben češu vlasy. ↗

Vlasy češu hřeben. ↗

Hřebenem češu vlasy. ↗

Určete, která tvrzení jsou pravdivá:

Měsíc obíhá kolem Země. ↗

Země obíhá kolem Měsíce. ✓

Kolem Měsíce obíhá Země. ✓

Kolem Země obíhá Měsíc. ✓

Z jablka padá strom. ✓

Strom padá z jablka. ✓

Jablko padá ze stromu. ↗

Ze stromu padá jablko. ↗

Příloha 11 – pan Ř, pracovní list č. 19

Roztříd'te slova:

TELEVIZE	VAŘEČKA	MIXÉR	VANA	ŠAMPON	KŘESLO
DŘEZ	SPRCHA	TALÍŘ	KARTÁČEK	KNIHY	POLŠTÁRKY

KOUPELNA	KUCHYŇ	OBÝVACÍ POKOJ
vač	stůl	Sadačky
Vana	židle	televize ✓
Mýdla	robot	okřeslo -
	knihy ✓	

Příloha 12 – paní K, pracovní list č. 11

Určete, zda jsou tvrzení pravdivá či nepravdivá.

Slunce zapadá po celý rok ve stejnou dobu.	P – N
Kalhoty si oblékáme na ruce.	P – N
Dveře zamykám klíčem.	P – N
Vlasy si češu vařečkou.	P – N
Píšu pravou rukou.	P – N
Při čtení používám brýle.	P – N
Zuby si čistím kartáčkem.	P – N
Pravidelně obědvám v koupelně.	P – N
Čaj si zalévám horkou vodou.	P – N

Příloha 13 – paní K, pracovní list č. 25

Najděte 10 dívčích jmen:

Anna, Andrea, Monika, Kateřina, Veronika, Daniela, Jana, Markéta, Lenka, Tereza

HKL GJKVKJBG ANDREA HKTGBUIFZU TEREZA KHJBKVVHJVJBKBNMVKJVHSDDKA
TEŘI NABJKGIUGIFKL VNLKŽYDSNVUH GKIJANABJKBKJHGIBLKILHICKOPANNAB
KLBVUV LENKA KLBKBIUGUI VERONIKA BJILGZUFLZUL DANIELA AFDMKHSUIGRNKNK
MARKÉTA ADSFVNDKOVSDHINO VNDIOČDSN MONIKA AIPVNDIKŠNO

Najděte 8 měst:

Jihlava, Kostomlaty, Poděbrady, Liberec, Brno, Slaný, Kladno, Praha

NDSGÚDSOBHVIOP PODĚBRADY SDKNHJDRJUPRAHA AKRUTKADMRNJCLIBEREČEK
ÁUPLATA KLADNO KOPANTBRNOLAVANIJTKRNJSOVSEĚRBSRÝSFESYDVŮNJIHLA
VAYGAERIOSNCTRM KOSTOMLATY DFRŮEGKRLJMANK SLANÝ AJWIODMNSDJLK
GMNRELSDJO

Příloha 14 – paní K, pracovní list č. 32

Přesmyčky – ovoce

ARHŠKU *HEVŠKA*
AOJLKB *JABLKO*
EVŠASTK *SIROSTKA*
BLMAU
ŇTEŘEŠ
JHDOA
ASANAN
PMERČAON

Přesmyčky – ovoce

WIİK *VÍVÍ*
GRATNŠE
LIMANA *TRKINA*
STNRUAŽIO
RUKAŇEM *TRKAVA*
GOMAN *HRABO*
GEPR *BEPR*
NABÁN *DANÁN*

Příloha 15 – pan H, pracovní list č. 11

Určete, zda jsou tvrzení pravdivá či nepravdivá.

Slunce zapadá po celý rok ve stejnou dobu.	P – N
Kalhoty si oblékáme na ruce.	P – N
Dveře zamykám klíčem.	P – N
Vlasy si češu vařečkou.	P – N
Píšu pravou rukou.	P – N
Při čtení používám brýle.	P – N
Zuby si čistím kartáčkem.	P – N
Pravidelně obědvám v koupelně.	P – N
Čaj si zalévám horkou vodou.	P – N

Příloha 16 – pan H, pracovní list č. 25

Najděte 10 dívčích jmen:

Anna, Andrea, Monika, Kateřina, Veronika, Daniela, Jana, Markéta, Lenka, Tereza

HKLGJKVKJBGANDREAHKTGBUIFZUTEREZAKHJBJKVHJVJBJKBNMVKJVHSDDKA
TEŘINABJKGIUGIFKLVLNKŽYDSNVUHGKIJANABJKBKJHGIBLKILHICKOPANNAB
KLBVUVLENKALKBIUGUIVERONIKABJILGZUFLZULDANIELAFDMKHSUIGRNKNK
MARKÉTADSFVNDKOVSDHINOVDIOČDSNAMONIKAIPVNDIKŠNO

Najděte 8 měst:

Jihlava, Kostomlaty, Poděbrady, Liberec, Brno, Slaný, Kladno, Praha

NDSGÚDSOBHVIOPODÉBRADYSKDNHJDRJUPRAHA AKRUTKADMRNJCLIBERECEK
ÁUPLATAKLADNOKOPANTBRNOLA VANIJTKRNJSOVSEÉRBSRÝSFESYDVÚNJIHLA
VAYGAERIOSNCTRMAKOSTOMLATYDFRŮEGKRLJMANKSLANÝAJWIDMNSDJK
GMNRELSDJO

Příloha 17 – pan H, pracovní list č. 33

Škrtněte přebývající písmenko, aby slova dávala smysl. Vyškrtnutá písmena vepište do tabulky.

HARMONIHKA

POKLADENA

ŽIDLZE

PODLKAHA

ZAHÝRADA

NŮŽDKY

PEREO

KARNTÁČEK

H	E	Z	L	Y
---	---	---	---	---

D	F	N
---	---	---