

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Petra Dušková

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Logopedická intervence u osob s percepční afázií

Bakalářská práce

Autor: Petra Dušková
Studijní program: B 7506– Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby
s poruchami komunikace
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Pedagogická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Dušková**
Osobní číslo: **P12964**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace**
Název tématu: **Logopedická intervence u osob s percepční afázií**
Zadávající katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Bakalářská práce se zabývá logopedickou intervencí u osob s percepční afázií. Teoretická část práce na základě současného stavu poznatků zpracovává problematiku afázie. Věnuje se etiologii, symptomatologii, klasifikaci, prognóze a především diagnostice a terapii afázie. Praktická část je realizována pomocí kvalitativně zaměřeného šetření s využitím kazuistických studií osob s percepční afázií. Zaměřuje se na diagnostiku a terapii při obnovování komunikačních schopností u osob s percepční afázií.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.**
Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **17. února 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

doc. PhDr. Pavel Váček, Ph.D.
děkan

L.S.

doc. PhDr. Tíbor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce doc. PaedDr. Karla Neubauera, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Děkuji panu doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady, které mi při zpracování závěrečné práce poskytl. Zároveň bych chtěla poděkovat panu Mgr. Davidu Konopáčovi, DiS. a panu Mgr. Petru Šmídovi, DiS, za možnost realizace výzkumného šetření.

Anotace

DUŠKOVÁ, Petra. *Logopedická intervence u osob s percepční afázií*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 104 stran. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá logopedickou intervencí u osob s percepční afázií. Teoretická část práce na základě současného stavu poznatků zpracovává problematiku afázie. Práce je rozdělena do 8 kapitol. První kapitola se věnuje vymezení pojmu afázie. Druhá kapitola popisuje etiologii a nejčastější příčiny vzniku této narušené komunikační schopnosti. Afázie se vyznačuje velkým množstvím symptomů, které jsou popsány v kapitole třetí. Čtvrtá kapitola představuje klasifikace afázií a podrobněji popisuje Bostonskou a Lurijovu klasifikaci, podle nichž pracovala zařízení, ve kterých byla realizována praktická část. Pátá kapitola se věnuje prognóze. Šestá kapitola popisuje diagnostiku afázie a diagnostické testy. V sedmé kapitole je popsána terapie a jednotlivé terapeutické přístupy. Poslední kapitola se věnuje samotnému výzkumu.

Praktická část je realizována pomocí kvalitativně zaměřeného šetření s využitím kazuistických studií a pozorování.

Cílem práce je analýza diagnostické a především terapeutické intervence. Dílčím cílem práce je analýza úrovně řečových modalit u jednotlivých případových studií a porovnání úrovně řečových modalit všech případových studií.

Klíčová slova: Afázie, terapie, případová studie.

Annotation

DUŠKOVÁ, Petra. *Speech therapy of people with receptive aphasia*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 104 pp. Bachelor Degree Thesis.

This bachelor thesis deals with the speech therapy intervention for people with receptive aphasia. The theoretical part of the thesis analyses the issue of aphasia on the basis of the current state of knowledge. The work is divided into eight chapters. The first chapter is focused on the definition of the term aphasia. The second chapter describes the etiology and the most common causes of this communication disorder. Aphasia is characterized by a large number of symptoms, which are described in the third chapter. The fourth chapter presents a classification of aphasia and describes in detail the Boston and Luria's classification used in institutions where the practical part was performed. The fifth chapter is focused on prognosis. The sixth chapter describes the diagnostics of aphasia and the diagnostic tests. In the seventh chapter the therapy and individual therapeutic approaches are described. The last chapter focuses on research.

The practical part of the thesis is performed with qualitatively focused research with the use of case studies and observation.

The aim of this bachelor thesis is the analysis of the diagnostic and mainly the therapeutic intervention. The partial goal of this work is the analysis the level of speech modalities of individual case studies and comparing the level of speech modalities of all case studies.

Keywords: Aphasia, therapy, case studies.

Obsah

ÚVOD	9
1. VYMEZENÍ POJMU AFÁZIE.....	11
2. ETIOLOGIE AFÁZIE.....	12
2.1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA (CMP).....	12
2.2 ÚRAZY A PORANĚNÍ MOZKU.....	14
2.3 MOZKOVÉ NÁDORY	15
2.4 DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ CNS.....	16
3. SYMPTOMATOLOGIE AFÁZIE	16
4. KLASIFIKACE AFÁZIE	20
4.1 BOSTONSKÁ KLASIFIKACE	22
4.2 LURIJOVA KLASIFIKACE	28
5. PROGNÓZA AFÁZIE.....	29
6. DIAGNOSTIKA AFÁZIE	30
6.1 DIAGNOSTICKÉ TESTY	31
7. TERAPIE AFÁZIE	34
7.1 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY	37
PRAKTICKÁ ČÁST	42
8. REALIZACE VÝZKUMU	42
8.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	42
8.2 METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	42
8.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	43
8.4 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1	44
8.4.1. Analýza úrovně řečových modalit	48
8.5 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2	51
8.5.1. Analýza úrovně řečových modalit	58
8.6 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3	62
8.6.1. Analýza úrovně řečových modalit	69
8.7 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 4	73
8.7.1. Analýza úrovně řečových modalit	78
8.8 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 5	81
8.8.1. Analýza úrovně řečových modalit	85
8.9 ZACÍLENÁ ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	88
8.10 SHRNU TÍ	91
ZÁVĚR	93
POUŽITÁ LITERATURA.....	94
POUŽITÉ INTERNETOVÉ ZDROJE.....	97
SEZNAM TABULEK.....	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	99

Úvod

S problematikou afázie je možné seznámit se v mnoha odborných publikacích, avšak jen malé množství z nich věnuje dostatečnou pozornost právě tomuto typu. Proto je tato práce věnována logopedické intervenci u osob s percepční afázií.

Cílem bakalářské práce je analýza průběhu diagnostické a především terapeutické intervence u osob s percepční afázií.

Dílčím cílem práce je analýza úrovně řečových modalit u jednotlivých případových studií a porovnání úrovně řečových modalit všech případových studií.

Bakalářská práce je členěna do 8 kapitol. První kapitola se věnuje vymezení pojmu afázie. Předkládá dostupné definice, nejen z oblasti logopedie.

Druhá kapitola popisuje etiologii afázie. Existuje velké množství příčin vzniku této narušené komunikační schopnosti a mezi nejčastější patří cévní mozkové příhody, úrazy a poranění mozku, mozkové nádory nebo degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. Výše zmíněné příčiny jsou podrobněji popisovány právě v této kapitole.

Afázie se vyznačuje velkým množstvím různých symptomů, které jsou ve třetí kapitole představeny hlouběji. Jedná se například o neologismy, parafrázie, parafrázie, logorheu, perseverace, agramatismy, anomie či poruchy čtení a psaní.

Čtvrtá kapitola popisuje klasifikace afázií. Podrobněji se zabývá Bostonskou a Lurijovou klasifikací, neboť právě tyto klasifikace, byly používány v zařízeních, ve kterých proběhla realizace praktické části.

Pátá kapitola přibližuje prognózu pacientů s afázií.

Šestá kapitola je zaměřená na diagnostiku afázie. Popisuje modality, na které se vyšetření blíže zaměřuje. Představuje diagnostické testy– screeningové, komplexní a speciální. Podrobněji se věnuje MAST testu a Lurijově neuropsychologickému vyšetření opět z důvodu, neboť pomocí těchto testů byli diagnostikováni pacienti z případových studií.

Sedmá kapitola je věnována terapii. Popisuje, jak probíhá terapeutická pomoc u osob s afázií. Věnuje se také fázím terapeutického působení. Blíže popisuje jednotlivé terapeutické přístupy, mezi které se řadí například Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie, kognitivně-neuropsychologicky orientovaný přístup, psycholingvisticky orientovaný přístup, specifické cílené postupy obnovovací terapie, dále systémy s využitím neverbálních komunikačních

prostředků. Popisuje též terapii, která využívá funkcionálně zaměřené postupy, zacílené na modifikaci praktické komunikační situace a v neposlední řadě přibližuje skupinovou terapii.

Osmá kapitola se věnuje samotnému výzkumu.

V rámci výzkumného šetření bakalářské práce bude použito kvalitativně zaměřené šetření s využitím kazuistických studií a pozorování.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení pojmu afázie

V literatuře lze najít velké množství definic afázie a právě první kapitola věnuje pozornost těm nejzákladnějším.

Afázie je předmětem odborníků z nejrůznějších oblastí. Jedná se například o obory neurologie, neurochirurgie, neurolingvistiky, neuropsychologie, psycholingvistiky či logopedie. Obor, který se zabývá touto problematikou, se nazývá afaziologie (Klenková, 2006).

V průběhu let, byli výzkumníci nuceni vytvářet různé definice. Většina z nich se dohodla na společných prvcích, které bude obsahovat jakákoliv definice afázie. Shodli se na faktu, že afázie je jazykový problém, zahrnuje receptivní i expresivní složky, má vícemodální povahu a je způsobena dysfunkcí centrální nervové soustavy (CNS) (Code, 2011).

Termín afázie je odvozen z řeckého slova *phasis*, což znamená v českém překladu řeč. Písmeno *a-* značí zápor (Čecháčková, 2007).

Afázie je definována jako „*porucha individuálních jazykových schopností na bázi poškození CNS– je vždy vícemodálním jevem, který ovlivňuje percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexikální a grafické dovednosti i verbálně-mnestické funkce. Dominující bývá zejména nemožnost srozumitelně se vyjádřit verbální řečí, narušení schopnosti chápat signální význam slov, obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů, závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií*“ (Neubauer, 2007, s. 53).

Čecháčková (2007) řadí afázii do souboru vyšších kortikálních poruch, mezi které zařazuje též agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruchy pravo-levé orientace a poruchy orientace v prostoru.

Cséfalvay (2007) vnímá afázii jako získanou poruchu produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku.

Dále dodává, že podstatou afázie jsou následující charakterizující znaky. „*1. Jde o získané narušení komunikační schopnosti, 2. týkající se poruch symbolických procesů, 3. které vzniká při ložiskových poškozeních mozku, 4. jako*

důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka“ (Cséfalvay, 2003, s. 203).

Kiml (1969) ve své publikaci představuje afázii jako poruchu některé lingvistické roviny při poškození centrální nervové soustavy.

Vlivem poškození mozku je též porušeno vyjadřování a chápání jazyka, na což upozorňuje Koukolík (2000).

V knize *Mozek a řeč* je afázie popisována jako „*ložiskové poškození mozku, které zasahuje do funkce kortikálních a/nebo subkortikálních jazykových mechanismů dominantní hemisféry (což je u většiny lidí hemisféra levá)*“ (Love, Webb, 2009, s. 235).

2. Etiologie afázie

Jak uvádí Sovák, ke vzniku afázie dochází na podkladě orgánového poškození tkáně mozku dominantní hemisféry (Sovák, 1978).

Může se jednat o ložiskové (ohraničené) či difuzní (rozptýlené) poškození CNS. Vždy se jedná o poruchu získanou.

Klinický obraz afázie závisí především na typu patologického procesu (zda se jedná například o cévní mozkovou příhodu nebo úraz hlavy), rozsahu a lokalizaci léze (v kterých místech CNS se mozková léze nachází a jak je veliká) a v neposlední řadě závisí klinický obraz na věku pacienta (Čecháčková, 2007).

Mezi nejčastější příčiny vzniku afázie patří cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody, traumatická poškození tkáně CNS, nádory a infekce CNS a degenerativní onemocnění CNS (Neubauer, 2007).

2.1 Cévní mozková příhoda (CMP)

Cévní mozková příhoda patří mezi nejčastější příčinu vzniku afázie. Vzniká náhle a týká se významné části populace dospělých a stárnoucích osob. Je způsobena přerušением zásobování mozku krví (WHO, 2004).

V žebříčku úmrtnosti se CMP posunula z celosvětového 3. místa na 2. (hlavně v Evropě a Spojených státech amerických).

V České republice zemře ročně právě na cévní mozkovou příhodu kolem 17 000 obyvatel (Kalvach, 2010).

Rozlišuje se několik typů CMP. Jde o cévní mozkové příhody hemoragické (mozkové krvácení), cévní mozkové příhody ischemické (mozkové infarkty) a intermeningeální krvácení (subarachnoideální krvácení, SAK) (Káš, 1997).

Cévní mozkové příhody hemoragické (mozkové krvácení, HCMP)

Tento typ představují přibližně 20–25 % cévních mozkových příhod (Káš, 1997). Je způsobena rupturou (prasknutím) cévy v dané oblasti, kdy se krev vylévá do okolní mozkové tkáně. Nejčastější příčinou krvácení je vysoký krevní tlak (hypertenze). Další příčinou může být porucha srážlivosti krve, různé cévní malformace či užívání drog a alkoholu.

Mezi nejčastější oblasti mozku, kde dochází ke krvácení, je krvácení do bazálních ganglií, krvácení do mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku. Také se sem řadí krvácení subarachnoideální (viz níže) (Čecháčková, 2007).

Pokud toto krvácení nekončí smrtí, téměř vždy zanechává trvalé následky.

Cévní mozkové příhody ischemické (mozkové infarkty, ischemický infarkt, snížené prokrvení mozku, ICMP)

Ischemické cévní mozkové příhody jsou mnohem častější, představují přibližně 75–80 % CMP (Káš, 1997). Jsou způsobeny sníženým prokrvením mozku. Příčinou může být systémová hypoperfuze, trombóza či embolie.

Systémová hypoperfuze představuje snížení průtoku krve. Příčinou je srdeční choroba či pokles krevního tlaku.

Trombóza, jedná se o pevnou krevní sraženinu neboli trombus, který vzniká v systému krevních cév. Objevuje se především díky ateroskleróze, což je kornatění tepen.

Embolie je důsledkem odtržení části trombu, který vznikl v jiném místě cévního řečiště a pomocí krevního proudu je přenesen do mozku. Na rozdíl od trombózy je tento průběh velmi rychlý (Čecháčková, 2007; WHO, 2004).

Intermeningeální krvácení (subarachnoideální krvácení, SAK)

Poslední, méně častou, ale velmi vážnou příčinou cévní mozkové příhody, může být právě intermeningeální čili subarachnoideální krvácení. Jde o výlev krve mezi mozkové pleny. Mozková tkáň však zůstává neporušena. Příčinou tohoto krvácení je nejčastěji ruptura aneurysmatu. Což je vrozené vzniklé oslabení cévní stěny (Neubauer, 2007).

Faktorem, který může vyvolat subarachnoideální krvácení je například nadměrná fyzická námaha, sportovní výkon či zvýšení intrakraniálního (nitrolebního) tlaku při kašli nebo tlaku na stolicí (Káš, 1997).

2.2 Úrazy a poranění mozku

Úrazy a poranění mozku jsou na druhém místě v nejčastějších příčinách vzniku neurogenních poruch řečové komunikace. Jak uvádí Neubauer (2007), až 50 % všech dopravních nehod je doprovázeno právě úrazy mozku. Za další příčinu jsou považovány násilné činy a pády.

Úrazy a poranění mozku se dělí na primární a sekundární. *Primární* poranění jsou přímým důsledkem úrazu. Řadí se mezi ně například fraktury lebky, mozkové kontuze (zhmoždění mozku), hematomy, lacerace (roztržení mozku) či difúzní axonální poranění.

Za *sekundární* mozková poranění se považují změny, které se projeví s časovým odstupem po nehodě. Jsou většinou podkladem dlouhodobých a těžkých poruch. Lze je však terapeuticky ovlivnit. Mezi sekundární poranění mozku se řadí intra- a extracerebrální hematomy, mozkové edémy (otoky), zvýšený intrakraniální tlak, intrakraniální infekce, epilepsie, hypoxémie (snížená koncentrace kyslíku v krvi), arteriální hypertenze, změny srdeční a plicní činnosti či abnormální krevní srážlivost (Böhm, 2002; Kalina, 2004).

Otřes mozku (comotio cerebri)

Otřes mozku, též označován jako komoce mozku. Jedná se o nejlehčí typ poranění mozku. Představuje reverzibilní funkčně krátkodobou poruchu činnosti CNS. Uvádí se ztráta vědomí, maximálně však do 30 minut. Otřes mozku nemívá žádné trvalé následky (Böhm, 2002).

Mezi příznaky patří bolesti hlavy, nauzea (nevolnost, pocit na zvracení), zvracení, závratě, podrážděné chování, nejistota v chůzi či zvýšená únavnost (Pfeiffer, 2007).

Zhmoždění mozku (contusio cerebri)

Zhmoždění mozku, též označováno jako kontuze, je poškození mozkové tkáně, které je často spojeno s prokrvácením. Ke zhmoždění mozku dochází především nárazem mozku do vnitřní lebky.

Mezi základní příznaky kontuze patří psychomotorický neklid, poruchy afektivity, ztráta orientace v prostoru či spavost. Objevuje se i bezvědomí, které může trvat minuty až hodiny. Poté následuje období zmatenosti, které trvá několik dnů i týdnů (Böhm, 2002).

Roztržení mozku (dilaceratio cerebri, lacerace)

Roztržení mozku představuje poškození mozkové tkáně– roztržení. Je často spojené s kontuzemi mozku a hematomy.

Příznaky lacerace jsou podobné jako u kontuze mozku, jsou však výraznější a déletrvající (Böhm, 2002).

2.3 Mozkové nádory

Mozkové nádory se vyskytují přibližně u 0,3–2,6 % všech neurologických pacientů. Projevují se pozvolným tempem, nikoliv náhle jako cévní mozkové příhody. V některých případech se objevují skokově progredující komplikace (Neubauer, 2007).

Mozkové nádory se dělí dle histologické struktury, malignity (zhoubnosti) či dle lokalizace. Jak uvádí Čecháčková (2007), nezáleží na tom, zda je nádor benigní (nezhoubný) či maligní (zhoubný). Záleží pouze na jeho lokalizaci.

Existují nádory čelního laloku, temenního laloku, týlního laloku, spánkového laloku, nádory kalózního tělíska, v bazálních gangliích a talamu. Dalšími jsou nádory hypotalamu a středního mozku, dolní části mozkového kmene, mozkových komor, nádory oblasti tureckého sedla, mozečku či nádory koutu mostomozečkového (Káš, 1997).

2.4 Degenerativní onemocnění CNS

Demence jsou poruchy, které se projevují podstatným snížením úrovně paměti a dalších kognitivních (poznávacích) funkcí. Jedná se například o pozornost, vnímání či schopnost tvorby řeči. Bývají postiženy i exekutivní funkce, mezi které patří motivace k určité činnosti, plánování činnosti, provedení a následné zhodnocení dané činnosti.

Jsou popisovány okruhy tří základních skupin funkcí, které bývají u demence postiženy. Jedná se o kognitivní funkce, aktivity denního života a poruchy emocí, chování a spánku (Jiráček, 2009).

Mezi nejčastější degenerativní onemocnění, u kterého se může vyskytnout afázie, je Alzheimerova nemoc, která zapříčiňuje kolem 50–65 % všech demencí.

Mezi degenerativní onemocnění cévní nervové soustavy je řazena i Pickova choroba, při které dochází k atrofii mozku (Neubauer, 2007).

3. Symptomatologie afázie

„Symptomatologie afází je velmi bohatá“ (Sovák, 1978, s. 292).

Mezi symptomy afázie patří především změna fluence řeči, neologismy, paraafázie, parafrázie, poruchy rozumění, perseverace, logorhea a anomie (Čecháčková, 2007).

Neubauer (2007) považuje za nejčastější symptom afázie dysnomii a parafrázi.

Cséfalvay (2007) ve své knize Terapie afázie popisuje schéma nejčastějších jazykových deficitů v důsledku léze mozku. Jde o tyto deficity: perseverace, anomie, porucha plynulosti řeči, poruchy porozumění řeči, parafázie (neologismy) a agramatismy.

Fluence řeči

Fluence je popisována jako plynulost řečového projevu. Jde o schopnost tvořit řeč v určitém tempu a rytmu bez pomlk.

Za normální řečovou produkci je považováno přibližně 120 slov za minutu. Pokud nastane pokles pod 50 slov za minutu, jde o nonfluenci. Opačný případ, kdy zvýšená produkce řeči přesahuje 200 slov za minutu, je označována jako hyperfluence.

Řeč u *fluentní afázie* bývá normálně rychlá či mírně zrychlená. Informační hodnota sdělením většinou odpovídá dané situaci. Typickým znakem fluentní (plynulé) afázie je „prázdná řeč“, neboť nemá obsahtovná slova (podstatná jména, přídavná jména a slovesa).

Hyperfluentní afázie se vyznačuje především nízkou informační hodnotou sdělení. Pacient podává rozvláčný, bezúčelný popis a musí vynaložit větší úsilí. Též se může vyskytovat logorhea či neologismy (Růžička, Bednařík, 2004; Čecháčková, 2007).

Neologismy

Neologismus představuje slovní novotvar. Jde o záměrně uměle vytvořené nové slovo, které se v jazyce nepoužívá, neboť nemá žádný význam (Dvořák, 2007).

Parafázie

Parafázie je dalším základním symptomem afázie. Představuje záměny hlásek či celých slov.

Parafázie se dělí na 3 základní typy: parafázie fonemická, žargonová a sémantická.

U *fonemické parafrázie* dochází k tomu, že je slovní tvar deformovaný. Stále však obsahuje některé správné prvky daného slova, tudíž lze porozumět jeho významu. Často jde pouze o záměny fonému. Příkladem mohou být slova: *kopec–kopes, papír– patír, kvítek– klítek, kočka– koťa, kečke, kytká– kika, dveře– dveřka, tabule– babute*.

Žargonová parafrázie představuje slovní deformaci. Slovo je přeměněné k nepoznání, a proto nelze danému člověku porozumět (např. *žduchla– židle, kořmazenek žda kudo*).

U *sémantické parafrázie* pacient nahrazuje slovo, na které si nemůže vzpomenout, slovem jiným, většinou významově podobným (např. *pero– tužka, židle– stolička*) (Čecháčková, 2007).

Parafrázie

Dle Čecháčkové (2007) představuje parafrázie sníženou schopnost až nemožnost vyjádřit se pomocí věty. Pacient má k dispozici pouze jediné slovo, pomocí kterého se vyjadřuje a používá v různých obměnách. Toto slovo se označuje jako slovní troska.

Parafrázie je charakteristická především pro expresivní afázii. Příkladem mohou být následující věty. *Přišel jsem dnes za vámi. = Já tady toto ted’.; Budu muset odejít. = Já tam* (Čecháčková, 2007, s. 152).

Dvořák v logopedickém slovníku popisuje parafrázi jako poruchu při sestavování vět a ve vyhledávání vhodných slov (Dvořák, 2007).

Poruchy rozumění

Poruchy rozumění nemusí být při prvním kontaktu s člověkem s afázií ihned viditelné. Obtížně se charakterizují, neboť vycházejí z pacientových reakcí na dané příkazy (Růžička, Bednařík, 2004).

Čecháčková (2007) uvádí, že jen velmi malé množství osob s afázií nemá porušené rozumění řeči.

Často se stává, že pacient s poruchou rozumění, vykonává příkazy správně, což je důsledkem toho, že pochopí příkaz z dané situace.

Logorhea

Logorheou je označována překotně rychlá mluva, která má sníženou srozumitelnost, kvůli častým žargonovým parafáziím.

Má téměř nulovou informační hodnotu a bývá často označována též jako překotný tok řeči.

Vyskytuje se převážně u percepční afázie (Čecháčková, 2007).

Perseverace

Pokud člověk s afázií ulpívá na předchozích podnětech i při dalších odpovědích, i když na něho daný podnět již nepůsobí, jedná se o perseveraci.

Příkladem je pacient, který má za úkol vyjmenovat dny v týdnu. Následujícím úkolem je vyjmenování měsíců v roce. Pacient však měsíce v roce označí opět jako dny v týdnu.

Perseverace se odlišuje od echolálie, která je charakterizována opakováním po druhých osobách (Čecháčková, 2007).

Dvořák (2007) popisuje perseveraci jako ulpívání na určité reakci. Může jít o pohyb či slovo. Jedinec po sobě samém opakuje slova či věty. Při odpovědích na otázky ulpívá na určitých slovech či slovních spojeních.

Anomie/dysnomie

Jde o poruchu pojmenování. Pacient má problém v pojmenování určitého pojmu. Nevybaví si slovo ze sémantické jazykové sítě. Nejde o ztrátu paměťové informace, nýbrž o vybavení dané informace (Neubauer, 2007).

Dochází k nahrazování daného slova opisem nebo slovem stejného významu (Čecháčková, 2007).

Agramatismy

Agramatismus je projev nesprávného gramatického vyjádření. Může jít například o vynechání předložky, špatné skloňování či časování (Dvořák, 2007).

Poruchy čtení a psaní

Mezi symptomy, které se vyskytují při poruchách vyšších kortikálních funkcí patří agrafie, alexie, agnozie a apraxie.

Právě *agrafie* je označována jako ztráta či porucha schopnosti psát i přes zachovanou motorickou funkci ruky. U pacienta se mohou vyskytovat potíže s vybavováním a následnou realizací grafických symbolů (písmen, čísel).

„*Afázie a s ní spojená agrafie nejčastěji vzniká při lézi dominantní hemisféry (ve většině případů levé), a proto vysoké procento nemocných má poruchu hybnosti dominantní ruky (pravé)*“ (Čecháčková, 2007, s. 163).

Neschopnost číst nebo porozumět správně psanému či tištěnému slovu se označuje jako *alexie*.

Agnozie je porucha rozpoznávání, která se objevila důsledkem poškození mozku. Rozpoznává se agnozie sluchová, vizuální a taktilní (Love, Webb, 2009).

Ztráta nebo porucha schopnosti provádět nacvičené (životní praxí získané) pohybové výkony nebo napodobovat pohyby předvedené druhou osobou se označuje jako *alexie* (Čecháčková, 2007).

4. Klasifikace afázie

Existuje velké množství klasifikací. Již při definování pojmu afázie je značná názorová nejednotnost. Stejně je tomu i u klasifikace. Jednotlivé afaziologické školy si vytvářejí své klasifikační systémy. Afázie je klasifikována dle různých psychologických, medicínských a lingvistických hledisek (Klenková, 2006).

Nejjednodušším rozdělením je dělení na afázii motorickou (*motorica*, expresivní), senzorickou (*senzorica*, impresivní) a totální (senzomotorická).

U *motorické afázie* se vyskytují obtíže ve schopnosti vyjádřit se. Bývá relativně zachované rozumění řeči.

U *senzorické afázie* je porušena především percepce a rozumění řeči. Vyjadřování je postiženo sekundárně.

Totální afázie je popisována jako celkový rozpad řeči. Člověk nemluví a ani nerozumí řeči ostatních, někdy ani sám sobě (Dvořák, 2007).

V literatuře se lze setkat například s Kimlovou klasifikací, která se zaměřuje především na lingvistický deficit a podmiňuje se lokalizací léze. Tuto klasifikaci používali především foniatři.

Kimlova klasifikace popisuje motorickou afázii (*aphasia motorica*), sensorickou afázii (*aphasia sensorica*) a totální afázii (*aphasia totalis*). Motorickou afázii dále dělí na typ jargon a typ anartrie (*aphasia motorica anarthrica*). Sensorickou dělí opět na typ jargon (*aphasia sensorica typus „jargon“*) a typ dyslogický (*aphasia sensorica dyslogica*) (Čecháčková, 2007).

Hrbkova klasifikace řadí afázii do poruch kortikálních funkcí. Kromě lingvistického deficitu popisuje též poruchy grafie, lexie, gnozie, dále poruchy v prostorové orientaci, v orientaci v čase, místě a poruchy kalkule (Čecháčková, 2007).

Olomoucká klasifikace afází je využívána především na Neurologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc. Vychází z některých poznatků právě Hrbkovy klasifikace.

Tato klasifikace říká, že lézi, která je lokalizovaná v určitém mozkovém laloku, přísluší specifické symptomy.

Popisuje expresivní afázii, integrační, percepční, amnestickou a globální (totální) afázii (Čecháčková, 2007).

S ohledem na téma bakalářské práce a fakt, že autorka v praktické části pracovala s pacienty, kteří byli diagnostikováni dle Bostonské a Lurijovy klasifikace, uvede blíže charakteristiku právě těchto dvou klasifikací.

4.1 Bostonská klasifikace

Jak uvádí Cséfalvay (2007), Bostonská klasifikace je stále častěji používaná mezi lékaři a logopedy. Díky tomu pomáhá zlepšovat interdisciplinární komunikaci mezi odborníky.

Základy této klasifikaci položili v 19. století Broca a Wernicke. Cséfalvay (2003, s. 208) definuje Bostonskou klasifikaci jako „*vnitřní diferenciaci afázie založenou na silných a slabých stránkách jednotlivých řečových modalit.*“

Jedná se o modality: pojmenování, fluence konverzační řeči (spontánní řeč; fluentní– plynulá, nonfluentní– neplynulá), porozumění mluvené řeči a opakování.

Bostonská klasifikace se nezaměřuje na vyšetření praxie, gnozie a orientaci v prostoru (Čecháčková, 2007).

Pro ilustraci je přiložena tabulka charakteristických znaků jednotlivých typů afázií, kterou Cséfalvay publikoval v knize Terapie afázie.

Tabulka č. 1 Bostonský klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie (Cséfalvay, 2007, s. 8)

Klinický syndrom afázie	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování	Pojmenování
Brocova afázie	nonfluentní agramatická parafázie	lehké až těžké poruchy	narušeno	narušeno
Globální afázie	absentuje řečová stereotypie	těžce narušeno	těžce narušeno	těžce narušeno
Transkortikální motorická afázie	nonfluentní echolalická	lehké až středně těžké poruchy	nenarušeno, případně lehce narušeno	narušeno
Směšaná transkortikální afázie	nonfluentní řečové stereotypie	těžce narušeno	zachováno, mírně narušeno	narušeno
Wernickeho afázie	fluentní parafázie, neologismy	těžce narušeno	narušeno	narušeno
Konduktivní afázie	fluentní	lehce narušeno	výrazně narušeno, fonemická parafázie	lehce narušeno
Anomická afázie	fluentní anomické pauzy	lehce narušeno	zachováno	narušeno
Transkortikální senzorická afázie	fluentní echolalická	těžké poruchy	zachováno, echolálie	narušeno

Brocova afázie

Brocova afázie, též označována jako motorická či expresivní afázie. Vzniká při lézi levého frontálního laloku, přesněji posteroinferiorní kůry a přilehlé bílé hmoty levého frontálního laloku (Růžička, Bednařík, 2004).

Charakteristickým znakem je nonfluentní porucha řeči s poměrně zachovaným porozuměním řeči.

Při snaze o komunikaci, musí pacient vynaložit velké úsilí. Jeho slovní produkce je zpomalená a velmi chudá. Často se u tohoto typu afázie objevují parafázie a agramatismy.

Porozumění řeči a čtenému textu bývá poměrně zachováno. Problémy nastávají s porozuměním gramatické a syntaktické složky řeči. Pacient jednotlivým slovům rozumí, ale nechápe jejich logické propojení. Může se jednat například o určování příbuzenských vztahů mezi „matkou bratrova otce“ a „bratrem otcovy matky“. Problém bude mít i s odpovědí na otázku typu, zda matka mé sestry je má babička a podobné otázky.

Dalším problémem je *pojmenování*. Při pojmenovávání předmětů může někdy pomoci fonemická („H- hrnek“) či sémantická nápověda („čaj pijeme z- hrnku“)
(Růžička, Bednařík, 2004).

Opakování je u Brocovy afázie vždy porušené.

Protože má většinou pacient s tímto typem afázie pravostrannou hemiparézu, používá k psaní nedominantní levou ruku. Proto je psaní podprůměrné, obsahuje pravopisné chyby či vynechaná písmena. Někdy je psaní dokonce díky hemiparéze nemožné.

Hlasité čtení a následné porozumění čtenému textu je též většinou špatné (Love, Webb, 2009).

Neubauer (2007) uvádí, že tato afázie může přecházet dle vývoje příznaků do transkortikální, kondukční či anomické afázie.

Wernickeho afázie

Wernickeho afázie, též sensorická, percepční. Je charakteristická fluentní mluvou, obsahující logorheu, neologismy a parafázie. Porušen bývá i fonemický sluch (Čecháčková, 2007).

Jako lokalizace léze Wernickeho afázie se uvádí posterosuperiorní kůra a přilehlá bílá hmota levého temporálního laloku (Růžička, Bednařík, 2004).

Obsah *spontánní řeči* je většinou nesmyslný, neboť věty neobsahují významová slova (podstatná jména, slovesa). Řeč bývá označována jako „prázdná řeč“. Pokud pacient používá ve své řeči často neologismy, může se zdát, že mluví plynule, avšak neznámým jazykem. Tento úkaz je označován jako „neologický žargon“.

Těžce narušené *porozumění řeči* patří mezi jeden ze základních rysů Wernickeho afázie.

Narušeno je i *pojmenování a opakování* (Růžička, Bednařík, 2004).

Čtení i psaní je většinou porušené. Pacienti zaměňují hlásky, slova i celé větné obraty. Písmo je čitelné, ale nesrozumitelné obsahem. Většinou si chybu neuvědomí, a proto se ani neopraví (Neubauer, 2007).

Stejně tak si často neuvědomují ani své postižení. Při konverzaci s druhým člověkem se mohou zlobit, že jim nerozumí. Dokonce se může projevit i agresivita.

Stává se, že pacienti s Wernickeho afázií bývají díky nesrozumitelnosti řeči, která vyvolává dojem zmatenosti, často chybně diagnostikováni jako pacienti trpící psychiatrickým onemocněním (nejčastěji maničtí) (Kulišťák, 2003) .

Konduktivní afázie

Konduktivní afázie, též kondukční, centrální, převodová či převodní afázie. Lokalizace léze konduktivní afázie je temporoparietální pomezí levé hemisféry (Růžička, Bednařík, 2004).

U tohoto typu afázie je výrazně porušeno *opakování*. Plynulost spontánního projevu je zachována. Porozumění řeči a pojmenování je narušeno lehce.

Mluvená řeč je obvykle plynulá, obsahuje však četné fonemické parafázie, případně pauzy či zaváhání, které odrážejí obtíže při hledání slov (Růžička, Bednařík, 2004).

Porozumění řeči je porušeno pouze lehce. Pacienti nemají významné obtíže ani s dekodováním gramatických či logických vztahů, jak je tomu u Brocovy afázie (Cséfalvay, 2007).

Vyskytují se též poruchy čtení. Při hlasitém čtení jsou přítomny parafázie, naopak tiché čtení s porozuměním bývá bez problémů.

Přítomná je i porucha psaní, označovaná jako agrafie (Love, Webb, 2009). Prognóza u tohoto typu afázie bývá příznivá (Neubauer, 2007).

Globální afázie

Globální afázie představuje propojení příznaků afázie Brocovy a Wernickeovy. Typickou lokalizací léze je fronto-temporo-parietálně vlevo (Růžička, Bednařík, 2004).

Globální afázie je nejtěžší typ afázie. Jedná se o závažné postižení všech fatických funkcí.

Je narušena plynulost *řečového projevu, porozumění, opakování i pojmenování*. Pacient není schopen slovně se vyjádřit, v lepším případě opakuje pouze jednoduchá slova (např. nadávky), jde o tzv. slovní trosku.

Globální afázie může přetrvávat, ale též se může vyvinout do motorické afázie.

U pacientů s tímto typem afázie se vyskytuje praktická alexie a agrafie (Neubauer, 2007).

Transkortikální motorická afázie

Léze transkortikálních afázií se nacházejí především ve vaskulárním (cévním) hraničním pásmu mezi řečištěm arteria cerebri media a řečištěm arteria cerebri anterior a arteria cerebri posterior (Love, Webb, 2009).

Neubauer (2007) transkortikální motorickou afázii označuje jako echolalickou, dynamickou afázii. U tohoto typu nonfluentní afázie je hlavním znakem porucha řečové iniciace. Pacient proto spontánně velmi málo hovoří, řeč je pro něho namáhavá.

Řeč většinou neobsahuje přísudek a je velmi chudá. Může obsahovat slova, která zazněla v předešlé otázce (echolálie).

Porozumění řeči je vcelku zachováno. Pacient zopakuje slova či krátké víceslovné obraty. Přiřazování obrázků k mluveným slovům nečiní též velké obtíže.

Mezi typický znak transkortikální motorické afázie patří neporušené *opakování*.

Pojmenování je narušeno.

Čtení zůstává většinou zachováno, psaní je však ovlivněno pomalým tempem (Cséfalvay, 2007).

Transkortikální senzorická afázie

Transkortikální senzorickou afázií označuje Neubauer (2007) také jako echolalickou, avšak sémantickou.

Tento typ je podobný Wernickeově afázií, má však zachovanou schopnost *opakování*.

Spontánní řečový projev je fluentní, objevují se opět parafázie, žargony či neologismy.

Narušeno je *pojmenování* i *porozumění*, jak mluvené, tak i psané řeči (Růžička, Bednařík, 2004).

Čtení i psaní bývá též porušené (Love, Webb, 2009).

Smíšená transkortikální afázie

Tento typ afázie je označován jako syndrom izolace řečových zón. Vyskytuje se velmi vzácně (Cséfalvay, 2007).

Spontánní řečový projev u pacientů se smíšenou transkortikální afázií je nonfluentní. Nejsou schopni plynule se vyjadřovat.

Narušeno je *porozumění řeči* i *pojmenování*. Jediná jazyková modalita, která zůstala zachována je *opakování* (Růžička, Bednařík, 2004).

„*Pacienti nemluví, pokud nejsou osloveni a odpovídají pouze opakováním*“ (Love, Webb, 2009, s. 241).

Objevuje se zde i echolálie, což znamená opakování všeho, co pacient slyší (Love, Webb, 2009).

Anomická afázie

Anomická afázie je označována jako nejlehčí typ afázie (Čecháčková, 2007).

Anomie představuje obtíže s vybavováním správných slov či výrazů z vlastní slovní zásoby.

Velmi často bývá pozůstatkem jakéhokoliv typu afázie (Love, Webb, 2009).

Při anomické afázii je *spontánní řečový projev* fluentní. Objevují se však tzv. anomické pauzy, což jsou pauzy zapříčiněné vyhledáváním správných slov (Neubauer, 2007).

Porozumění řeči a opakování bývá zachováno či pouze lehce narušeno.

Problémy bývají u pacientů s anomickou afázií s *pojmenováním*, nejsou schopni vybavit si slovo z jazykového slovníku. Někteří pacienti tento problém maskují tím, že použijí synonymum.

Čtení i psaní nebývá závažně porušeno (Cséfalvay, 2007).

4.2 Lurijova klasifikace

Původ Lurijovy neuropsychologické školy lze hledat ve třicátých až padesátých letech 20. století.

Vychází z tradičních ruských škol, především z myšlenek A. S. Vygotského a A. N. Leontěva. Dále také z tradic školy francouzské, zde je reprezentantem například J. Piaget (Mikešová, 2007).

Lurija nezkoumal afázii izolovaně, nýbrž jako součást tzv. funkčního systému. Nutností proto byla charakteristika pojmu „funkce“. Lurija pod tímto pojmem viděl speciální složitou aktivitu, která je podmíněna určitým specifickým cílem a ukončena specifickou operací (Čecháčková, 2007).

Zrealizování určité činnosti je podmíněno velmi složitým funkčním systémem vzájemně prolínajících se procesů.

Do tohoto funkčního systému neustále zasahují aferentní a eferentní složky. Funkční systémy se mění dle podmínek a charakteru úkolu, proto se označují jako dynamické funkční systémy.

Tyto soustavy umožňují realizovat složité psychické procesy, přestože se každý z nich nachází v jiné mozkové oblasti (Cséfalvay, 2003).

Klasifikace afázie dle Luriji je založena na koncepci funkčních bloků a kortikálních zón mozku (Lurija, 1982).

Tato klasifikace zahrnuje celkový pohled na funkci celého centrálního nervového systému a zaměřuje se na definování primárního defektu (Cséfalvay, 2003).

Typ afázie závisí na lokalizaci léze. Jsou rozděleny dle precentrální lokality (léze předních oblastí mozku) a postcentrální lokality (léze zadní oblasti mozku).

V precentrální lokalitě se rozlišuje afázie dynamická a eferentní.

Dynamická afázie je charakteristická neschopností vyjádřit myšlenku. U *eferentní motorické afázie* je porucha v přepínání pohybové série. Při mluvení není plynulý pohyb (např. u slova auto, pacient zopakuje pouze „to“).

V postcentrální lokalitě se rozlišují afázie: aferentní motorické, akusticko-mnestické, sensorické a sémantické afázie.

U *aferentní motorické afázie* jde o poruchu vnímání polohy a pohybu. Pacient není schopen při artikulaci najít polohu rtů a jazyka. Místo vypláznutí jazyka nafoukne tváře. Místo zatleskání, rozpaží ruce.

Akusticko-mnestická afázie je typická poruchou sluchovo-řečové paměti. Pacient si nepamatuje dlouhé věty. Má problém s kapacitou krátkodobé paměti. Není schopen zapamatovat si krátký sled zvuků, slabik či jednoduchých slov.

Pro sensorickou afázii je charakteristická porucha fonematische diferenciace. Objevuje se narušení porozumění řeči. Pacient se neslyší, nerozumí řeči.

U *sémantické afázie* je porušeno dekódování logicko-gramatických struktur. Pacienti mají problémy s chápáním gramatiky a její tvorby. Může se objevovat i porucha prostorové orientace (Čecháčková, 2007).

5. Prognóza afázie

Prognóza afázie je ovlivněna několika faktory. Jedná se především o rozsah a místo poškození mozku, typ a stupeň afázie.

Důležitým faktorem je i věk pacienta, dále motivace a jeho vůle svůj stav změnit. Nedílnou součástí je též ochota a spolupráce blízkých členů rodiny a přátel, podílet se na terapeutickém působení (Košťálová, online, 2015).

6. Diagnostika afázie

Diagnostika afázie je součástí komplexní diagnostiky, která zasahuje do více oborů. Jedná se například o odborníky z oblasti neurologie, klinické psychologie, neuropsychologie či o odborníky z oblasti sociálního poradenství.

Diagnostika slouží k propojení diagnostického a terapeutického procesu. Stanovuje počátek a plán následné logopedické intervence (Neubauer, 2007).

Mezi základní úkoly diagnostiky patří především navázání kontaktu s danou osobou a následné navození pocitu důvěry. Dle možností se provádí vyšetření, na jehož základě se definuje závažnost postižení řečové komunikace. Poté dochází ke stanovení terapeutického plánu. V případě nutnosti, je doporučeno vyšetření jinými odborníky (foniatr, oční lékař). Nutností bývá spolupráce s fyzioterapeutem. Nedílnou součástí je i motivování rodiny, blízkých osob a ošetřujícího personálu (Neubauer, 2007).

V dnešní době je možnost využívat velké množství různých testů, testových baterií či zkoušek k diagnostikování afázie. Každá významnější afaziologická škola má svůj vlastně vyrobený test. V testových bateriích se odrážejí nové trendy a pohledy na danou problematiku.

Během let se potvrdil fakt, že pacienti s afázií se chovají jinak v každodenních situacích a jinak při testování v „laboratorních podmínkách“. Objevily se proto testy funkční komunikace (Cséfalvay, 2003).

Jak uvádí Cséfalvay (2003), diagnostika afázie by se měla skládat z kvantitativní a kvalitativní analýzy. Součástí by mělo být i hodnocení pragmatické roviny komunikace.

V dnešní době neurologové pomocí tradičního neurologického vyšetření, kterého je součástí i vyšetření vyšších psychických funkcí, zjišťují jazykové poruchy. Toto vyšetření hodnotí funkce nervového systému a též lokalizuje případné dysfunkce.

Testování je nezbytné pro správnou tvorbu a plánování terapeutických strategií (Love, Webb, 2009).

Před vlastním vyšetřením fatických funkcí by měly být vyloučeny vedlejší neurologické příznaky a možné projevy nefatické povahy. Může se jednat například o poruchy vědomí a orientace, sensorických funkcí či o poruchy mluvy (Růžička, Bednařík, 2004).

Vyšetření a diagnostika řeči by se měla zaměřit především na vyšetření a zhodnocení spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Hodnocení by mělo též zahrnovat čtení a psaní.

Spontánní řečovou produkci lze zhodnotit z projevu při běžné konverzaci či sdělování anamnézy. Zjistí se, zda je pacientova řeč fluentní či nonfluentní, gramaticky a obsahově správná nebo zda neobsahuje parafázie. Vyšetření probíhá pomocí rozhovoru a poté popisem obrázku.

Porozumění řeči se vyšetřuje většinou pomocí jednoduchých otázek, na které lze odpovědět ano či ne. Pokračují jednoduchá slova a věty, složitější instrukce a v poslední řadě se používají složité gramatické struktury. Příkladem může být příkaz: „Ukažte tužkou na papír.“

K vyšetření *opakování* slouží nejprve slabika či krátké slovo. Náročnost se postupně ztěžuje a přechází se k delším slovům a poté větám.

Pojmenování se vyšetřuje pomocí reálných předmětů, se kterými přijde pacient často do styku a naopak předmětů, se kterými se setkává jen velmi vzácně.

Při vyšetření *psaní* se nejprve začíná zautomatizovanými slovy, jako je například jméno či adresa. Následuje spontánní psaní a psaní dle diktátu.

Podobným způsobem probíhá i hodnocení *čtení* (Cséfalvay, 2003).

Nezbytností při diferenciální diagnostice je odlišit afázii od dysartrie. Důležité je nezaměňovat různé typy apraxií či agnozií s globální nebo percepční afázií (Čecháčková, 2007).

6.1 Diagnostické testy

V dnešní době existuje velké množství diagnostických, klinických i testových materiálů. Většina jich je však publikována v zahraničí. Některé testové baterie byly přepracované i do našich podmínek.

Cséfalvay (2007) rozděluje diagnostické testy na screeningové testy afázie, speciální testy afázie a komplexní testy afázie, které dále člení na kvalitativně, kvantitativně orientované testy a testy funkční komunikace.

Screeningové testy

Tyto testy jsou především zaměřeny na přítomnost fatických poruch (Neubauer, 2007).

Mezi zahraniční screeningové testy patří Frenchay Aphasia Screening Test– FAST (Enderby a kol., 1987), Beside Evaluation Screening Test– BEST–2 (West a kol., 1998), Sklar Aphasia Scale (Revised)– SAS (Sklar, 1983).

Pro naše podmínky je upravený Aphasia Screening Test– AST (Preiss a kol., 1999) a Mississippi Aphasia Screening Test– MAST (Nakase-Thompson, 2004) (Cséfalvay, 2007).

Speciální testy

Těmito speciálními testy se dají diagnostikovat pouze některé řečové funkce. Řadí se sem Boston Naming Test– BNT (Kaplan, Goodglass a Weintraub, 1983), Boston Assessment of Severe Aphasia– BASA (Helm-Estabrooks, Ramsberger, Morgan a Nicholas, 1989), Token test– TT (De Renzi a Vignolo, 1962), Reporter´s Test (De Renzi a Ferrari, 1979) a Bilingual Aphasia Test– BAT (Paradis, 1987) (Cséfalvay, 2007).

Komplexní testy

Komplexní testy se používají až po několika dnech, týdnech či měsících, kdy dojde k ustálení klinického obrazu afázie.

Mezi komplexní testy se řadí například Boston Diagnostic Aphasia Examination– BDAE (Goodglass a Kaplan, 1983). Jedním z nejvíce využívaných testů je Western Aphasia Battery– WAB (Kertesz, 1982), který byl předělaný i do českého jazyka.

Dalším vyšetřením, které je též využíváno i u nás je Lurijovo neuropsychologické vyšetření (Christensenová, 1977).

Mezi komplexní testy se dále řadí Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia– PALPA (Kay, Lesser a Coltheart, 1992), Conversation Analysis Profile of People with Aphasia– CAPP (Withworth, Perkins a Lesser, 1997), Communicative Activities in Daily Living– CADL–2 (Holland, Frattali a Fromm, 1999), Vyšetření fatických funkcí– VFF (Cséfalvay, Košťálová a

Klimešová, 2003) a vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace–VZNPŘK (Neubauer, 2007) (Cséfalvay, 2007).

Mezi komplexní testy lze zařadit také Pražské afaziologické vyšetření– PAV (Neubauer, 2007).

Jelikož autorka v praktické části pracovala s pacienty, kteří byli diagnostikováni pomocí MAST testu a Lurijova neuropsychologického vyšetření, popisuje blíže pouze tyto dva diagnostické přístupy.

Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)

Mississippi Aphasia Screening Test (Nakase-Thompson, 2004) patří mezi screeningové testy, sloužící k vyšetření poruch fatických funkcí. Používá se v akutním stadiu onemocnění (Cséfalvay, 2007).

MAST test byl vyvinut týmem neuropsychologů, psychiatrů a logopedů. Lze jej použít u pacientů s poraněním mozku, mrtvicí, epilepsií či demencí.

Test je časově nenáročný, trvá kolem 5–15 minut. Současná podoba má 9 subtestů (Nakase-Thompson, online, 1998–2000).

Subtesty se zaměřují na automatickou řeč, pojmenování, opakování, fluenci při popisu fotografie, psaní na diktát, rozumění alternativním otázkám, rozumění slovu– identifikace objektů, rozumění mluvené instrukci a posledním subtestem je rozumění čtené instrukci.

Každý subtest obsahuje zpravidla pět položek (Košťálová, online, 2015).

Lurijovo neuropsychologické vyšetření

Toto vyšetření vypracoval A. R. Lurija a svým přístupem k diagnostice se odlišuje od všech ostatních afaziologických metod.

Hlavní myšlenkou bylo pomocí analýzy a porovnání syndromů identifikovat narušení. Tvrdil, že pokud dojde k narušení jednoho faktoru funkčního systému, dojde k rozpadu celého funkčního systému.

Lurijovo neuropsychologické vyšetření nepatří mezi standardizované diagnostické metody.

Christensenová v roce 1973 vytvořila schéma tohoto vyšetření. Obsahuje nejprve úvodní rozhovor a stanovení mozkové dominance. Poté následuje deset subtestů. Jedná se o vyšetření motorických funkcí– ruky, orální praxe, řečové regulace motoriky, audiomotorické organizace, vyšších kožních a kinestetických funkcí, vyšších zrakových funkcí, impresivní řeči, vyšetření expresivní řeči. Dále vyšetření čtení, psaní, počítání, paměťových a intelektových funkcí.

Po každém subtestu se uvádí analýza symptomů a lokalizace příslušné léze v mozku (Cséfalvay, 2003).

7. Terapie afázie

V posledních třech desetiletích 20. století došlo k velkému rozkvětu různých terapeutických směrů. Pozitivním přínosem pro osoby s afázií, bylo zapojení logopedů, neuropsychologů a psycholingvistů. Z toho vyplývá, že péče zahrnuje týmovou spolupráci nejrůznějších odborníků (Cséfalvay, 2005).

Činnosti, které vynaloží terapeut k obnově komunikačních schopností, jsou označovány jako reedukace, cvičná léčba, rehabilitace řeči, logopedická terapie nebo pouze jako terapie afázie. Cílem je dosáhnout maximální možné schopnosti komunikovat. Je důležité brát ohled na dané postižení. Společně s terapií dochází i k důležitému obnovování sociálních vazeb (Čecháčková, 2007).

Terapeutická pomoc osobám s afázií je dlouhodobým procesem, který vyžaduje spolupráci dané osoby a jejího okolí. Právě nejbližší příbuzní a přátelé mohou pro osobu s afázií vytvořit motivující prostředí, které výrazně ovlivní terapii. Jednotlivé terapeutické postupy se snaží rozvíjet zbylé komunikační možnosti dané osoby a napomáhají v učení se novým technikám (Neubauer, 2007).

Nedílnou součástí úspěšné terapie je též správně zvolený terapeutický materiál, který je přiměřený věku osoby s afázií.

Člověk, který je v kontaktu s osobou s afázií by měl dodržovat několik zásad.

- *Upoutejte pozornost osoby před začátkem mluvy, odstraňte rušivé zvukové podněty.*
- *Mluvte pomaleji, výrazněji, oddělujte slova a podpořte je neverbálně pomalou, jasnou gestikulací.*
- *Obsah mluvy je vhodné udržet u krátkých konkrétních témat, pokud možno bez abstraktních pojmů, s mluvou v krátkých větách.*
- *Opakujte pomalu sdělení, zdůrazněte klíčová slova, ale nezvyšujte hlas, nekřičte!*
- *Nepohoršujte se nad častým klením či nadávkami, mohou být projevem automatismů při snaze říci jiná slova.*
- *Nejvíce užitečné pro praxi mohou být odpovědi na otázky typu ano –ne.*
- *Neopravujte gramaticky chybné tvary v mluvě člověka s afázií, nehodnoťte jeho projev.*
- *Snažte se vyvolat další mluvu na dané téma a vzájemné porozumění.*
- *Vámi vyslovené slovo může osoba s afázií opakovat bez rozumění, přesvědčte se, zda ví, o čem mluvíte, otázkou typu ano–ne, ukázáním na předmět apod.*
- *Nemluvte za nemocného! Mějte trpělivost s jeho snahou dokončit sdělení a při neúspěchu mu nabídněte slovní či větný tvar, který by mohl vyjadřovat obsah toho, co vám chtěl sdělit.*
- *U těžkých poruch rozumění a řeči může mít člověk s afázií potíže rozumět i nezákladnějším dotazům a nemusí být schopen ani artikulované mluvy. Přesto je to myslící a citící osoba, nemluvte na něj jako na dítě, nemluvte o něm, jako by tu nebyl nebo nebyl schopen myslet. Řeč se zde nerovná myšlení!*

(Neubauer, 2007, s. 127–128)

Avšak nejdůležitější podmínkou k tomu, aby byla terapie úspěšná, je včasný počátek terapeutického procesu.

Huber, Springer a Willmes (1993) popisují tři fáze terapie afázie. Jde o aktivační fázi, symptomově-specifickou fázi a konsolidační fázi.

V první, *aktivační* fázi, je cílem podpořit obnovení dočasně narušených jazykových funkcí.

Druhá fáze, též symptomově-specifická, se zahajuje po ukončení první fáze. Usiluje o reedukaci narušených lingvistických schopností, reaktivaci jazykových modalit a reedukaci kompenzačních lingvistických strategií.

A *třetí* fáze se snaží o doplnění či udržení lingvistických znalostí, které se získaly během předchozí fáze (Cséfalvay, 2007).

Terapii afázie lze též rozdělit dle časového hlediska. A to na terapii v akutním stadiu a na terapii v chronickém stadiu (Čecháčková, 2007).

Akutní fáze terapie afázie je intenzivní a individuální. Osoby s afázií jsou obvykle hospitalizovány na jednotce intenzivní péče při neurologickém oddělení. Do péče klinického logopeda se dostávají následující den od vzniku cévní mozkové příhody.

Terapie se zaměřuje především na obnovu fatické poruchy a na udržení či znovuzískání psychické stability. Logoped se zaměřuje na vhodné metody komunikace a vytváří komunikačně stimulační prostředí. V této fázi je důležité vysvětlit nejzákladnější informace o afázii samotné osobě a rodinným příslušníkům. Nutností je brát ohled na zvýšenou unavitelnost a psychický stav osoby s afázií. Po ukončení hospitalizace je logopedovým úkolem zajistit návaznou logopedickou péči.

Chronické stádium terapie afázie je dlouhodobé. Zaměřuje se na obnovu sociálních kontaktů. Je zde nutná důvěra mezi logopedem a pacientem. V této fázi mohou osoby s afázií využívat léčebné a rehabilitační pobyty. Terapie mohou být individuální, ale i skupinové (Čecháčková, 2003; Neubauer, 2007).

7.1 Terapeutické přístupy

Mezi používané afaziologické terapeutické směry dnešní doby lze zařadit Lurijovu neuropsychologickou koncepci obnovovací terapie, kognitivně-neuropsychologicky orientovaný přístup, psycholingvisticky orientovaný přístup. Dále specifické cílené postupy obnovovací terapie, systémy s využitím neverbálních komunikačních prostředků, funkcionálně zaměřené postupy, zacílené na modifikaci praktické komunikační situace a skupinové terapie. V této kapitole jsou zmíněné terapeutické přístupy představeny (Neubauer, 2007).

Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie

Podle této koncepce je možné řeč obnovit pomocí speciální obnovovací restituční terapie, která představuje přestrukturování funkčních systémů.

Je pro ni typické užívání tzv. nepřímých metod facilitace řečových funkcí. Využívá zachované, především neverbální dovednosti, které souvisí s řečovým deficitem. Tyto dovednosti zapojuje do nových funkčních systémů, které se dříve neúčastnily na realizaci narušené funkce (například při obnově čtení lze využít hmat a obtahování trojrozměrného písma) (Neubauer, 2014).

Základním úkolem Lurijovy neuropsychologické koncepce je zmírnění, popřípadě překonání centrálního defektu a mechanismu a obnovení verbálních komunikačních schopností jedince.

Při terapii je věnována pozornost nejen řečovým obtížím, ale i praktickým, gnostickým, mnestickým, lexikálním, grafickým, kalkulickým, motorickým a psychickým obtížím. Za velmi důležité považuje Lurija propojení verbálních a neverbálních metod (Mikešová, 2011).

Kognitivně-neuropsychologicky orientovaný přístup

Cílem tohoto přístupu je identifikovat narušenou funkci některé z modalit kognitivních procesů (např. porozumění řeči, pojmenování).

Nejprve dochází k důkladnému vyšetření a diagnostikování, z kterého vyplyne, na jaké úrovni selhání nastalo. Z tohoto vyšetření se zjistí charakter funkcionální léze (např. porucha opakování) a následně se vytvoří individuální terapeutický postup, který obsahuje sérii úloh k obnovení narušené funkce (Cséfalvay, 2005).

Kognitivně-neuropsychologický přístup využívá stimulační a facilitační techniky, které slouží k zmírnění obtíží v některé z kognitivních modalit a následném zlepšení v komunikaci se svým okolím (Neubauer, 2014).

V našich podmínkách se s aplikací tohoto přístupu lze setkat pouze ojediněle (Cséfalvay, 2005).

Psycholingvisticky orientovaný přístup

Důraz je kladen na obnovování všech součástí složek řečové komunikace.

Cílem psycholingvisticky orientovaného přístupu je „*snaha využít vzájemného kladného působení jednotlivých složek řečové komunikace v procesu obnovování. Využíváme tedy všech možností, jak k sobě přiblížit úroveň mluveného projevu, rozumění, čtení či psaní. Snahou je spojení těchto činností při terapeutickém postupu*“ (Neubauer, 2007, s. 146).

Používá se obrazový a názorný materiál, který má po prezentaci vyvolat spontánně verbální, čtený a psaný projev. Následujícím cvičením může být vytváření vět, dokončování neúplných vět či odpovědi na otázky.

Terapie se též zaměřuje na čtení, psaní i počítání (Neubauer, 2007).

Specifické cílené postupy obnovovací terapie

Neboť mají osoby s afázií významné obtíže při produkci řeči, byli pro ně vymyšleny právě tyto specifické postupy, které většinou bývají zařazovány ke kognitivně-neuropsychologickému přístupu.

Mezi tyto postupy patří melodicko-intonační terapie (MIT), tlumení perseverací a fonematicko-vizuální stimulační metoda (Neubauer, 2014).

Melodicko-intonační terapie (MIT), se využívá především u osob s dobře zachovanou schopností zpívat text a zachovaným rozuměním řeči. Terapie využívá melodickou strukturu věty a doprovodu rytmického pohybu ruky či vyťukáváním slabik, slov nebo frází (Cséfalvay, 2007).

Tlumení perseverací, se snaží o navození sebekontroly nad mluvním projevem. K tomu se používají různé pauzy, které se vkládají mezi ukázání podnětu a jeho následné pojmenování. Posloužit může například gesto, kresba či počáteční písmeno (Neubauer, 2014).

Fonematically-vizuální stimulační metoda, se využívá především u osob se závažnými projevy afázie, u kterých by melodicko-intonační terapie nebyla úspěšná. Tyto osoby nejsou schopni zopakovat melodii písně, neboť pravděpodobně nechápu zadání. Napodobují melodii, ale nedojde k artikulaci slov. Nedaří se ani opakování slov s využitím rytmizace a pohybem ruky. Ve velkém případě je přítomna orální dyspraxie, která představuje nemožnost nápodoby hybnosti mluvidel. Daná osoba nenapodobí ani vzor v zrcadle.

Cílem fonematically-vizuální metody je především rozvoj orální dyspraxie, navození sluchové reakce, spojení grafického obrazu hlásky se zvukem dané hlásky. Dále se soustředí na zapojení izolovaných hlásek do slov a větných obrátů. Podporuje opakování slov a větných celků se zapojením do mluvního projevu. A v neposlední řadě se soustředí na rozlišování písemného a mluveného vzoru.

Při této terapii lze využít zrcadla, u kterého terapeut nastaví pacientovi mluvidla, tak aby viděl zvukovou realizaci hlásky. Dále lze využít grafického obrazu hlásky se zobrazeným obličejem či karty s hláskou v tiskací i psací podobě (Neubauer, 2007).

Systémy s využitím neverbálních komunikačních prostředků

Tato terapie se využívá především u osob s globální afázií. Využívají se gesta a symboly. Lze použít například i piktogramy, pojmové kresby či stimulační programy s užitím prostředků neverbální komunikace (vizuálně-akční terapie, využití posunků, gest, kresby) (Neubauer, 2014).

Funkcionálně zaměřené postupy, zacílené na modifikaci praktické komunikační situace

Velkým problémem právě u osob s afázií je fakt, že se dostávají do sociální izolace, která přináší nedostatek komunikačních příležitostí (Cséfalvay, 2005).

Funkcionálně zaměřené postupy vycházejí z úrovně pragmatických schopností a poukazují na skutečnost, že jsou osoby s afázií schopné i přes těžké řečové poruchy, komunikovat se svým okolím. Právě proto jsou tyto postupy vedeny snahou o navození oboustranné komunikace mezi terapeutem a afatikem (Neubauer, 2014).

Důležitostí této terapie je fakt, že po skončení bude afatik schopen zužitkovat získané dovednosti mimo nepřírozené „laboratorní“ podmínky.

Hlavním cílem tohoto postupu je zlepšit úroveň funkční komunikace, která je využívána při běžné každodenní komunikaci.

Při funkcionálně zaměřeném postupu je přijatelný jakýkoliv způsob komunikace. Může se jednat o mluvenou řeč, písmo, kresbu, gesta či kombinaci výše zmíněných (Cséfalvay, 2005).

Mezi nejrozšířenější pragmaticky orientované terapeutické techniky se řadí PACE a konverzační trénink.

PACE (Promoting Aphasia Communicative Effectiveness) je technika, která se zaměřuje na zlepšení komunikace osob s afázií.

Snahou je docílit přirozené konverzace a výměny informace, která vychází střídavě od terapeuta či pacienta. Oba komunikační partneři mohou komunikovat pomocí všech možných prostředků (mluvená řeč, psaní, gesta, kreslení).

Ve skupinové terapii je tato metoda hojně využívána (Cséfalvay, 2005).

Konverzační trénink (Conversational Coaching), zde je snahou využít kompenzačních komunikačních strategií při vysílání informace. Terapeut společně s pacientem vymýšlejí scénář, který obsahuje například vypsaná klíčová slova, která v případě jakékoliv překážky, afatik využije. Poté si danou situaci pacient a terapeut několikrát po sobě zopakují a následně je do místnosti přizván rodinný příslušník či jinak blízká osoba, která scénář nezná. Pacient se snaží novému komunikačnímu partnerovi přiblížit dané téma (Cséfalvay, 2005).

Skupinová terapie

Individuální logopedická péče by měla být po čase doplněna i o skupinovou terapii. Stále častěji dochází na pracovištích klinické logopedie ke vzniku skupinových terapií (Neubauer, 2014).

Nejlépe se ve skupině osob realizuje právě pragmaticky orientované terapie, představitelem je metoda PACE či konverzační trénink.

Pro skupinovou terapii se doporučuje maximálně šest osob ve skupině a účast dvou terapeutů či terapeuta a facilitátora z řad studentů nebo rodinných příslušníků.

Využívá se slovních, paměťových a společenských her, tematického kreslení nebo prvků muzikoterapie. Pro skupinovou terapii je též vhodné využití hraní rolí a simulace reálných situací, využívání souborů fotografií nebo obrázků (rodiny, známých míst či památek), které si osoby s afázií lepí do sešitu a vytvářejí si tak svůj afatický sešit.

Využívány jsou též rozhovory na daná témata (Cséfalvay, 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

8. Realizace výzkumu

8.1 Cíle výzkumného šetření

S problematikou afázie je možné seznámit se v mnoha odborných publikacích, avšak jen malé množství z nich věnuje dostatečnou pozornost právě tomuto typu. Proto je cílem této bakalářské práce analýza diagnostické a především terapeutické intervence u osob s percepční afázií.

Dílčí cíle:

- Analýza úrovně řečových modalit u jednotlivých případových studií
- Porovnání úrovně řečových modalit všech případových studií

8.2 Metody výzkumného šetření

K vypracování praktické části bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativně zaměřené šetření s využitím kazuistických studií a pozorování.

Kazuistika, též případová studie patří mezi výzkumné metody (Hartl, Hartlová, 2010). Je definovaná jako „*metoda podrobného popisu a výkladu konkrétního individuálního případu. Popisujeme se v ní aktuální stav jedince a hledají se příčiny tohoto stavu v kontextu všech souvislostí. Na základě rozboru a srovnávání jednotlivých kazuistik se vyvozují společné projevy, příčiny studovaných jevů a léčebné, terapeutické či pedagogické přístupy, které lze aplikovat u obdobných případů*“ (Křováčková, Skutil, 2011, s. 113).

Pozorování bylo zúčastněné a otevřené (Trousil, Jašíková, 2015).

8.3 Charakteristika výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno na dvou pracovištích. Jedním byla Hamzova léčebna Luže-Košumberk a druhým pracovištěm byly Státní léčebné lázně Janské lázně.

Výzkumný vzorek tvořilo pět jedinců s diagnostikovanou percepční (Wernickeho, sensorickou) afázií. Jednalo se o dva muže a tři ženy. Pozorování bylo zaměřené na jednotlivé řečové modalitty (spontánní řečový projev, porozumění řeči, opakování, pojmenování, grafii a lexii).

Pacienti z případových studií č. 1, 2, 3 a 4 absolvovali léčebný a rehabilitační pobyt v Hamzově léčebně Luže-Košumberk, která nabízí cílenou rehabilitaci pacientů po mozkové příhodě.

Kliničtí logopedové se zde nejčastěji setkávají právě s afáziemi. Provádí diagnostiku pomocí MAST testu a řídí se Bostonskou klasifikací.

Při vstupním vyšetření je pacientům navržen individuální logopedický plán a také se stanoví počet terapeutických sezení. Jednotlivé terapie trvají zhruba půl hodiny. Na závěr léčebného a rehabilitačního pobytu je realizováno výstupní vyšetření a zhodnocení terapie. Logoped pacienta seznámí s možným terapeutickým materiálem, který dostane s sebou k procvičování a doporučí mu logopedické pracoviště v místě jeho bydliště.

Druhým zařízením, kde absolvoval logopedickou terapii muž z případové studie č. 5, jsou Státní léčebné lázně Janské Lázně. I zde se zaměřují na pacienty po cévních mozkových příhodách. Nabízejí léčebné rehabilitační programy, pod které spadá právě logopedie. Klinický logoped zde pracuje dle Lurijovy klasifikace. K diagnostice využívá Lurijovo neuropsychologické vyšetření.

Logopedická intervence je obdobná jako u předešlého zařízení. Nejprve se provede vstupní diagnostiku, návrh individuálního terapeutického plánu a logoped si dle klientovy potřeby zvolí četnost terapeutických sezení. Terapie zde trvají též 30 minut, pokud však logoped usoudí, že je potřeba delší terapie, může ji změnit na hodinovou.

Na konci pobytu logoped zhodnotí pacientův stav a napíše výstupní zprávu.

V Hamzově léčebně i v Janských Lázních je cílem logopedické péče dosáhnout ve spolupráci s pacientem i jeho rodinou, maximální možné komunikační schopnosti.

8.4 Případová studie č. 1

Věk: 64 (ročník 1951)

Pohlaví: muž

Anamnéza: Stav po iCMP, s lehkou pravostrannou poruchou a smíšenou fatickou poruchou– 11. 08. 2014

Diagnóza: R 47.0 Obraz středně těžké Wernickeho afázie

R 48.0 Získané obtíže v oblasti grafie a lexie na úrovni těžké poruchy

R 48.2 Obraz orální i verbální apraxie na úrovni středně těžké poruchy

K vyšetření použít: MAST Aphasia screening test

Rodinná anamnéza: Dcera vysoký tlak

Sociální anamnéza: Rodinné zázemí– žije s manželkou a synem

Pracovní anamnéza: Dělnická profese, nyní pracovní neschopnost

Logopedická zpráva– vstupní (17. 10. 2014– 15:02):

Dle vyšetření se jedná o obraz středně těžké Wernickeho afázie vzniklé jako důsledek iCMP s lehkou pravostrannou poruchou a smíšenou fatickou poruchou (11. 8. 2014). Pacient poprvé v našem zařízení, dle pacienta logopedickou péčí dosud neabsolvoval. Spontánní řečový projev je fluentní, s nízkou informační hodnotou, tvořen perseveracemi, parafáziemi, neologismy neplnovýznamovými i neadekvátními slovy. Pacient původem ze Slovenska od polských hranic, což komplikuje srozumitelnost výpovědi. Automatické řady tvoří samostatně. Pojmenování se daří samostatně nebo se sémantickou či fonemickou nápovědou, objevují se neologismy či fonemické parafázie. Pacient často hledá vhodné slovo ve všech třech jemu známých jazycích. Opakování je zachováno na úrovni slov, opakování i krátkých vět nebo slovních spojení se nedaří. Rozumění narušeno již u otázek ANO/NE, adekvátnost zachována pouze u otázek týkajících se vlastní osoby. Narušena somatognozie i pravolevá orientace. Rozumění na úrovni slov zachováno. Rozumění pokynům narušeno, je třeba pacientovi pokyn několikrát zopakovat nebo předvést. Slovním pokynům nerozumí. Grafie realizována LHK– levou horní končetinou (premorbidně dominantní PHK– pravá horní končetina) je zachován nejistý podpis, psaní na diktát se nedaří, ani u izolovaných grafémů.

Lexie pouze na úrovni globálního čtení slov. Motorika artikulačních orgánů limitována příznaky orální apraxie. Dysfagické obtíže neguje.

Výkon ve screeningovém testu afázie MAST:

CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	54/100
INDEX PRODUKCE	28/50
INDEX ROZUMĚNÍ	26/50

Cíl logopedické terapie:

- stimulace motoriky artikulačních orgánů
- stimulace pojmenování
- stimulace opakování (slova, slovní spojení, věty)
- stimulace rozumění (ANO/NE, slova, jednoduché pokyny)
- stimulace grafie (podpis, grafémy, slova)
- stimulace lexie (globální čtení slov, vět)

Pacient byl po cévní mozkové příhodě, která se mu stala 11. 08. 2014 hospitalizován na neurologii. O dva měsíce později, dne 17. 10. 2014, nastoupil na měsíční, léčebný a rehabilitační pobyt do Hamzovy léčebny Luže-Košumberk.

Průběh logopedické terapie

Pacient docházel na logopedickou terapii 5x týdně. Sezení probíhalo přibližně půl hodiny. Byl motivován ke spolupráci s logopedem.

Jednotlivé úkoly se vzájemně prolínaly a doplňovaly. Pacient dostával materiály s sebou na pokoj, kde mohl v klidném prostředí trénovat.

1. terapie (14. 11. 2014)

Ke stimulaci rozvoje spontánní produkce byl použit textový materiál. Jednalo se o kartičky s názvy dnů, které měl za úkol správně seřadit. Spletl se pouze jednou, přehodil sobotu a neděli, sám se však opravil. Poté měl za úkol dny v týdnu přečíst. Čtení mu nečinilo problém.

Stejně cvičení se opakovalo, tentokrát s kartičkami s názvy měsíců. I ty seřadil a přečetl správně.

Pro rozvoj spontánní produkce sloužilo i následující cvičení. Jednalo se o kartičky s čísly. Pacient měl za úkol seřadit čísla, tak, jak jdou za sebou, poté přiřadit k číslům kartičky s příslušným počtem puntíků a nakonec kartičky se slovním popisem. Problém měl pacient pouze s přiřazováním puntíků. Sám si však chybu uvědomil a opravil se.

Následující cvičení sloužilo ke stimulaci pojmenování. Šlo o kartičky s obrázky krávy, auta, mrkve, psa, motorky, lodě a okurky. Logoped se zeptal, co je na obrázku. Pacientovi však dělalo problém obrázky pojmenovat. Věděl, že se jedná například o automobil, ale hledal označení typu auta. U motorky řekl „*JAMAHA*“, místo jednoduššího označení „*motorka*“. Musela být použita fonemická nápověda, poté odpověděl správně.

Následovalo přiřazování slovního popisku k obrázkům. Pacient vždy kartičku se slovním označením přečetl a přiložil, bez většího zaváhání, k příslušnému obrázku.

K rozvoji rozumění sloužil úkol, ve kterém měl rozdělit obrázky z výše uvedeného cvičení do 3 skupin a pojmenovat je nadřazeným slovem. Jednalo se o obrázky se zvířaty, zeleninou a dopravními prostředky. Kartičky rozdělil bezchybně. Správně však pojmenoval pouze skupinu zvířat. U ostatních skupinek byla nutná logopedova nápověda.

K procvičení rozumění sloužily i otázky typu: „*Co je nyní za měsíc?; Jaký je den v týdnu?; Jaký je rok?*“ Odpověděl správně, u data si však nebyl jistý. Proto logoped napsal datum na tabulku a předložil ji před pacienta, ten měl tak zřetelnou oporu.

Ke stimulaci grafie byla použita tabulka na psaní. Úkolem bylo podepsat se. Nejprve vynechal první písmena. Poté si celé slovo řekl a následně správně napsal.

2. terapie (21. 11. 2014)

Ke stimulaci rozumění bylo použito následující cvičení. Pacient dostal papír a na něm napsané číslovky, jak graficky, tak i slovně. Měl za úkol k sobě příslušná čísla přiřadit (např. 26= dvacet šest). Dále měl tyto čísla i správně pojmenovat.

Když četl, logoped zakryl všechna ostatní čísla, která by ho při čtení mohla rozptylovat. První číslo přečetl správně, u dalšího však chyboval, začal číst něco jiného. Logoped musel napovědět, ukázal mu tabulku s abecedou a zeptal se, na které písmenko daná číslice začíná, pacient věděl a číslo přečetl správně. Další však

přečetl opět špatně, podíval se na abecedu a odpověděl správně. I další číslo bylo přečtené chybně. Logoped vyzval pacienta, aby se na něho podíval a zopakoval číslo po něm. Řekl ho správně. Ve cvičení však pokračoval opět chybně. Říkal jiná čísla, pletl si je.

Další úkol byl obdobný. Logoped napsal na papír číslovky slovem a úkolem bylo napsat číslovku graficky (dva= 2). Tento úkol mu šel dobře. Dostal ho s sebou na pokoj k procvičování.

Na stimulaci pojmenování byl použit textový materiál. Jednalo se o obrázky činností. Logoped ukazoval na kartičce napsané krátké slovní spojení: žena stříhá, muž řeže, muž pije, žena nalévá. Pacient měl za úkol tyto kartičky přečíst a přiřadit k příslušnému obrázku.

Poté u každého obrázku doplnil větu. Vymyslel například: „*Žena stříhá papír.; Muž pije pivo nebo vodu.*“ Cvičení mu šlo dobře, věděl co doplnit. U některých obrázků chvíli přemýšlel, ale nakonec větu dokončil. Někdy si konec věty domýšlel pouze podle obrázku.

Během terapie pacient komunikoval a sdělil autorce, že když přijel do zařízení, byl jeho stav špatný, nedokázal se vyjádřit a s nikým komunikovat.

3. terapie (24. 11. 2014)

Tato terapie byla poslední. Byl proveden MAST test, který sloužil k porovnání se vstupními výsledky. Dále dostal od logopeda kontakty na logopedická pracoviště v místě jeho bydliště a materiál pro autoterapii.

Logopedická zpráva– výstupní (26. 11 .2014– 15:53):

Spolupráce s pacientem byla výborná, pacient je pro terapii náležitě vnitřně motivován. Ve sledovaných modalitách došlo k výrazným pozitivním změnám, především v oblasti rozumění. Spontánní řečový projev je fluentní, vyskytují se sémantické i fonemické parafázie, cirkumlokuce, perseverace i neologismy. Informační hodnota kolísá, při dostatečném časovém prostoru, trpělivosti a empatii komunikačního partnera je schopen uskutečnit komunikační záměr. Pojmenování stále narušeno, většinou nutná sémantická nebo fonemická nápověda. Opakování se daří na úrovni izolovaných slov nebo slovních spojení. Rozumění narušeno na úrovni složitějších gramatických struktur, narušena pravolevá orientace. Grafie realizována střídavě LHK i PHK (premorbidně dominantní PHK), podle stavu PHK, pacient

schopen podpisu, dochází stále k záměnám jednotlivých grafémů ve slovech, opis je jistý, bezchybný. Lexie: pacient schopen vyhovět jednoduchým psaným instrukcím týkající se jeho osoby. Lexie stále spíše formou globálního čtení.

Výkon ve screeningovém testu afázie MAST:

	<i>Na začátku</i>	<i>na konci:</i>
CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	54/100	69/100
INDEX PRODUKCE	28/50	29/50
INDEX ROZUMĚNÍ	26/50	40/50

Diagnóza: R 47.0 Obraz středně těžké Wernickeho afázie
R 48.0 Získané obtíže v oblasti grafie a lexie na úrovni těžké poruchy
R 48.2 Obraz orální i verbální apraxie na úrovni lehké poruchy

Doporučení pro další péči: Doporučuje se pokračovat v logopedické péči v místě bydliště, pacient edukován o možnostech autoterapie, vybaven potřebnými materiály.

8.4.1. Analýza úrovně řečových modalit

Terapeutické působení se zaměřovalo především na stimulaci motoriky artikulačních orgánů, stimulaci pojmenování, opakování (slova, slovní spojení, věty), porozumění řeči (ANO/NE, slova, jednoduché pokyny), na stimulaci grafie (podpis, grafémy, slova) a stimulace lexie (globální čtení slov, vět).

Z provedeného výstupního MAST testu vyplývá zlepšení především v oblasti rozumění. Z původních 26 bodů se výstupní výsledek zlepšil na 40 bodů. Index produkce se změnil pouze o 1 bod, z 28 na 29.

Spontánní řečový projev zůstal fluentní. Stále se objevují sémantické a fonemické parafázie, perseverace a neologismy. Automatické řady tvoří samostatně. V momentě, kdy chybuje se sám opraví. Nyní je schopen uskutečnit komunikační záměr, čehož dříve nebyl.

Porozumění řeči se zlepšilo. Na začátku terapie se vyskytovaly problémy již u otázek ANO/NE. Narušeno bylo i porozumění pokynům a nutností bylo daný úkol předvést či zopakovat. Nerozuměl slovními pokynům. Na konci terapie byl však schopen všech výše zmíněných pokynů. Problémy nastaly pouze na úrovni

složitějších gramatických struktur. Jednalo se například o přiřazování číslovek ke slovním popiskům (např. 58= padesát osm).

Opakování bylo zachováno pouze na úrovni slov. Nedařilo se opakování krátkých vět nebo slovních spojení. Na konci terapie se opakování zlepšilo o opakování slovních spojení.

Pojmenování se nijak výrazně nezlepšilo. Je schopen samostatně pojmenovat například obrázky či činnosti, ale ve většině případů je nutná fonemická či sémantická nápověda.

Grafie byla realizována na začátku terapie pouze levou horní končetinou. Nyní již však používá i pravou horní končetinu. Podpis byl nejprve nejistý. Dnes je schopen téměř bezchybného podpisu. Při chybování se sám opraví. Při opisu slov nechybuje, je si jistý.

Lexie se vcelku nezměnila. Je stále spíše na úrovni globálního čtení slov.

Jednou týdně se pacient účastnil skupinové terapie afázie. Jednalo se o skupinu 8 pacientů. Společně navštěvovali místní kavárnu a jejich úkolem bylo objednat si zákusek či kávu. Dle slov logopeda byl pacient v této skupince nejmýřečnější a bavil své okolí.

Terapeutické působení vedlo ke zlepšení kvality a srozumitelnosti řečové komunikace. Nyní je pacient schopen uskutečnit komunikační záměr a přiměřený dialog se svým okolím.

Diagnóza středně těžké Wernickeho afázie, však i nadále přetrvává. Bylo doporučeno pokračovat v logopedické péči a předány kontakty na logopedická zařízení v místě jeho bydliště.

Tabulka č. 2 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 1

	Případová studie č. 1
Spontánní řečový projev	<p>Zlepšil</p> <ul style="list-style-type: none"> - fluentní - sémantické a fonemické parafázie - perseverace - neologismy - automatické řady tvoří samostatně - nyní schopen uskutečnit komunikační záměr
Porozumění řeči	<p>Zlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - byly problémy u otázek typu ANO/NE - nerozuměl slovním pokynům - bylo nutné předvést daný pokyn - stále přetrvává problém s porozuměním složitějším gramatickým strukturám
Opakování	<p>Zlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - bylo zachováno na úrovni slov - nedařilo se opakování krátkých vět ani slovních spojení - nyní dokáže opakovat slovní spojení
Pojmenování	<p>Nezlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - schopen pojmenovat obrázky či činnosti - nutná fonemická či sémantická nápověda
Grafie	<p>Zlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - nyní schopen podpisu
Lexie	<p>Nezlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - stále úroveň globálního čtení slov

8.5 Případová studie č. 2

Věk: 73 (ročník 1942)

Pohlaví: žena

Anamnéza: Stav po CMP 12/13 s těžkou pravostrannou hemiparézou

Diagnóza: R 47.0 Obraz středně těžké Wernickeho afázie
R 48.2 Obraz lehké orální apraxie
R 48.0 Získané obtíže v grafii na úrovni těžké poruchy
Získané obtíže v lexii na úrovni těžké poruchy

K vyšetření použit: MAST Aphasia screening test

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na CMP

Sociální anamnéza: Od příhody žije s dcerou, vdova, pobírá příspěvek na péči,
průkaz ZTP (zvláště těžké postižení)

Pracovní anamnéza: Nyní SD (starobní důchod), dříve pracovala jako ošetřovatelka
skotu

Logopedická zpráva– vstupní (22. 10. 2014– 11:09):

Dle vyšetření se jedná o obraz středně těžké Wernickeho afázie vzniklé na podkladě iCMP 12/13 s těžkou pravostrannou hemiparézou a těžkou smíšenou afázií, dále stav po tromboembolii úspěšný, aneurysma a.femoralis po výkonu. Pacientka poprvé v našem zařízení, dle pacientky logopedickou terapii neabsolvovala. Spontánní řečový projev je lehce hypofluentní, s nízkou informační hodnotou, složen především z perseverací, neologismů, parafrází a neplnovýznamových a neadekvátních slov. Pacientka orientovaná pomocí kalendáře, samostatně neprosloví datum ani místo. Automatické řady zvládá s nápovědou prvního prvku. Pojmenování se daří pouze s fonemickou nebo slabičnou nápovědou, objevují se sémantické parafrázie nebo neologismy. Opakování zachováno na úrovni slov a slovních spojení, opakování vět se nedaří. Rozumění kolísá již na úrovni otázek ANO/NE (adekvátnost cca 50 %), pacientka chybí i v otázkách týkajících se její vlastní osoby, rozumění mluveným slovům je zachováno, delší mluvenou instrukci je nutné několikrát zopakovat, případně předvést. Lexie zachována na úrovni globálního čtení slov, nedaří se ani čtení izolovaných grafémů. Grafie realizována dominantní PHK, zachován fragment podpisu, opis se nedaří, patrné grafické stereotypie.

Výkon ve screeningovém testu afázie MAST:

CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	41/100
INDEX PRODUKCE	19/50
INDEX ROUZUMĚNÍ	22/50

Motorika artikulačních orgánů:

- **ČELIST:** pohyb i síla dostatečná
- **JAZYK:** patrná lehká apraxie, při plazení uchyluje vlevo, pohyb jazyka dolů se daří, elevace jazyka se nedaří, laterální pohyby zvládá se zrakovou oporou terapeuta, síla jazyka oslabena ve všech směrech, přisátí k patru se nedaří
- **MĚKKÉ PATRO:** elevuje při fonaci, dávivý reflex výbavný, nafouknutí tváří se daří, přefukování je nejisté
- **RTY:** protruzi i retrakci zvládá, při úsměvu patrná vlevo lehká asymetrie, retný uzávěr oslaben, více vpravo
- **Respirace a fonace:** hlas dysfonický, fonační doba mírně zkrácena
- **Dysfagické obtíže:** uvádí občasné zaskočení sousta, při pití bez obtíží

Cíl logopedické terapie:

- stimulace spontánní produkce (automatické řady, doplňování přísloví)
- stimulace pojmenování
- stimulace opakování (věty)
- cvičení motoriky artikulačních orgánů
- dechová a fonační cvičení

Pacientka byla po cévní mozkové příhodě v prosinci roku 2013 hospitalizována na neurologii. Do Hamzovy léčebny Luže-Košumberk na sedmitýdenní pobyt nastoupila téměř rok po příhodě, a to 22. 10. 2014.

Průběh logopedické terapie

Logopedická terapie jí byla předepsána 5x týdně. Sezení probíhalo přibližně půl hodiny. Byla motivovaná ke spolupráci s logopedem, práce ji bavila.

Materiály a jednotlivé úkoly dostávala s sebou na pokoj k autoterapii.

1. terapie (14. 11. 2014)

Prvním úkolem bylo cvičení na rozvoj spontánní produkce. Byl použit textový materiál– kartičky s čísly. Pacientka měla za úkol seřadit čísla, jak jdou správně za sebou. Protože je řadil chybně, použil logoped tabulku, na kterou napsal čísla, aby měla pacientka zrakovou oporu.

Dalším úkolem bylo přiřadit k číslům kartičky s příslušným počtem puntíků a poté i názvy čísel. Při přiřazování puntíků chybovala, řekla například číslo 7 a ukázala na 4. Logoped jí poradil, ať vše postupně počítá. Poté odpověděla správně. Všechny čísla následně i správně přečetla.

Ke stimulaci pojmenování sloužil následující úkol. Logoped použil opět textový materiál, kartičky s obrázky. Pacientka měla za úkol věci na obrázku správně pojmenovat. Logoped jí musel napovídat otázkami typu: „*Dává to mléko?*“ Při přiřazování a čtení popisků nechybovala.

Následně se logoped se zeptal: „*Kde jsou zvířata?; Je tu někde nějaký dopravní prostředek?*“ U zvířat ukázala pouze jedno, dopravní prostředky našla všechny.

Na procvičení paměti a stimulaci opakování měla pacientka znovu dvakrát za sebou zopakovat a srovnat čísla podle příslušného pořadí. Řazení jí trvalo delší dobu, opravovala se, ale nakonec srovnala všechny čísla správně.

K procvičení motoriky artikulačních orgánů byly použity cviky, kdy měla za úkol například našpulit ústa, schovat rty mezi zuby, nafouknout tváře, držet špátli mezi rty, kterou se logoped pokoušel vytáhnout ven. Dále potom přefukovat vzduch z tváře do tváře, vypláznout jazyk, dát jazyk na bradu, dát jazyk do koutků úst, olíznout si rty, usmát se či zatlačit jazykem do tváře.

Jednotlivé cviky bylo nutné předvést a poté i zopakovat, jinak pacientka nevěděla, co dělat.

2. terapie (21. 11. 2014)

Terapie začínala grafomotorickými cviky. Na papíře měla předepsaná písmena, obrazce, kolečka, čtverce a spirály. Úkolem bylo každé písmenko nebo geometrický obrazec opsat.

Při opisu chybovala. Tam, kde měly být háčky, nebyly. Písmeno Q jí též dělalo problém. Místo něho psala písmeno O.

V příloze A, B, C a D jsou ukázky tohoto cvičení.

Pacientka si s sebou přinesla cvičení, které vypracovala na pokoji. Jednalo se o opis jejího jména psacím a tiskacím písmem. Čitelnější verze byla napsaná tiskacím písmem.

Logoped autorce práce ukázal vstupní logopedickou zprávu, kde byl právě podpis a jeho opis. U podpisu bylo rozpoznatelné pouze první písmeno. U opisu nebylo poznat nic.

Na procvičení grafie tedy sloužil podpis. Logoped předložil před pacientku tabulku s fixy a požádal ji, aby se podepsala. Fixu vzala do levé ruky a ruku nechala ve vzduchu, nepoložila si ji na stůl. Nejprve se podepsala psacím písmem. Podpis byl čitelný, obsahoval pouze drobné chyby. Následoval bezchybný podpis tiskacím písmem.

Když měla za úkol provést opis svého příjmení psacím písmem, vyměnila si fixu z levé ruky do pravé. Opět ale chybovala, některá písmenka se musela umazat, sama se však opravila a opis byl čitelný.

Opis příjmení tiskacím písmem jí dělal větší problém. Po chvíli, ale příjmení opsala.

Následoval diktát příjmení po písmenkách. Několikrát zaváhala, ale věděla. Příjmení bylo čitelné.

Ke stimulaci pojmenování byl použit textový materiál, kartičky s barvami, které měla pacientka za úkol pojmenovat. Polovina barev se podařila úspěšně identifikovat, druhá polovina nikoliv. Byla proto nutná logopedova nápověda. Zeptal se: „*Jakou barvu má slunce?; Jakou barvu má nebe?*“ Pacientka, ale stále nevěděla. Proto byly použity kartičky s názvy barev, které přečetla a poté přiřadila k příslušné barvě. Některé kartičky přiřadila správně, některé opět chybně, s pomocí logopeda se ale opravila.

Následným úkolem bylo přečtení popisků u barev. Ze začátku hádala, ale poté názvy přečetla bezchybně.

Logoped přidal těžší odstíny barev, fialovou, hnědou, oranžovou a růžovou. Pacientka poznala hnědou barvu. U ostatních barev musel logoped použít fonemickou nápovědu. Opět měla za úkol přiřadit kartičky s popisky a přečíst je.

Při čtení hádala, místo oranžové barvy řekla pomerančová. Proto logoped přidal staré, jednodušší barvy. Ukázal opět kartičky s názvy barev a pacientka je přiřazovala. Nyní přiřadila všechny správně. Následovaly otázky: „*Ukažte, kde je*

bilá?; Ukažte, kde je červená?'' Některé barvy našla ihned, některé po delší době, neboť se neorientovala ve velkém výběru barev.

Logoped uklidil těžší barvy a nechal pouze základní. Nyní chybovala pouze jednou, v zápětí se opravila.

Kartička se zelenou barvou sloužila i k následujícímu úkolu. Logoped ji ukázal pacientce a zeptal se, jakou zná písničku, ve které se vyskytuje právě tato barva. Začala zpívat: *„Na tý louce zelený...“* Sama od sebe začala zpívat další písničku: *„Skákal pes přes oves, přes zelenou louku...“* Toto cvičení sloužilo ke stimulaci spontánní produkce.

3. terapie (28. 11. 2014)

I tato terapie začínala opět cvičením na rozvoj spontánní produkce. Nejprve řazením kartiček se dny v týdnu. Tuto terapii je pacientka seřadila správně, kromě jednoho dne, který přehodila. Logoped ji na chybu upozornil a ona se sama opravila. Následovalo čtení dnů v týdnu, které bylo bez problémů.

Stejně cvičení, akorát s kartičkami s měsíci, dělalo pacientce problémy. Logoped před ni proto předložil papír, na kterém byly měsíce seřazeny a ona je mohla rovnat přímo dle předlohy. Polovinu seřadila správně, pozastavila se u června. Nejprve ho vyměnila za jiný měsíc, poté za červenec, nakonec se ale opravila. Dalším úkolem bylo měsíce přečíst. Přečetla je bez chyby.

Poté logoped zamíchal kartičky s měsíci a pacientka měla za úkol poskládat automatickou řadu ještě jednou. Toto cvičení sloužilo na procvičení paměti a stimulaci opakování. Měla u sebe stále tabulku se seřazenými měsíci, i přesto jí úkol dělал problémy. Musel zasáhnout logoped. Jednotlivé měsíce jí předčítal a ukazoval v tabulce. Nyní řazení probíhalo v pořádku. Čtení též nedělalo problém.

Ke stimulaci pojmenování byl použit následující úkol. Šlo o textový materiál–obrázek koupelny. Logoped ukazoval pacientce kartičky s názvy předmětů z koupelny, ta je přečetla a našla na obrázku. Poté pojmenovávala ostatní předměty, které se nacházely na obrázku. Logoped se zeptal: *„Jak se jmenuje tato místnost?“* Odpověděla, až když logoped napověděl a řekl: *„Kam se chodíme koupat?“*

Následoval obrázek kuchyně. Čtení a ukazování předmětů jí šlo dobře. Logopedem byla vyzvána, aby pojmenovala další věci na obrázku. Byla však nutná nápověda a dané předměty popisovat.

Poté logoped začal postupně odebírat popisky obrázků a vždy se zeptal, co vidí za předmět. To činilo pacientce problémy. Ve většině případů jí musel logoped danou kartičku znovu ukázat, aby si ji přečetla a předmět pojmenovala.

Dalším cvičením pro stimulaci pojmenování byl opět textový materiál. Jednalo se o obrázky činností. Logoped ukazoval na kartičce napsané krátké slovní spojení. Pacientka měla za úkol tyto kartičky přečíst a přiřadit k příslušnému obrázku. Tento úkol jí nečinil problémy.

Následovalo cvičení motoriky artikulačních orgánů. Byla použita i masáž orofaciální oblasti s prvky bazální stimulace, kterou si pacientka pochvalovala.

4. terapie (05. 12. 2014)

Tuto terapii měla autorka možnost vést samostatně. Nejprve začaly s cvičením na rozvoj spontánní produkce, čili automatickými řadami. Na začátku seřazovaly dny v týdnu a poté i čísla, ke kterým následně přiřazovaly popisky a příslušný počet puntíků. Nakonec řadily kartičky s měsíci.

Při seřazování dnů v týdnu byla použita tabulka, na které byly napsané dny ve správném pořadí. Tabulka posloužila jako zrková opora a pacientka si mohla samostatně zkontrolovat výsledek svého počínání. Dny srovnala téměř bez chyby. Poté je všechny přečetla.

U seřazování čísel měla nejprve řadit čísla od 1 do 5. I zde bylo využito vizuální kontroly pomocí napsaného správného pořadí na tabulce. Při řazení chybovala, proto byla čísla opravena společně. K opravě se použila tabulka s předepsanou automatickou řadou. Zazněla otázka, zda je její automatická řada shodná s řadou na tabulce, pacientka si chybu uvědomila a opravila.

Následně byla přidána čísla od 6 do 10. Pacientka je správně srovnala i přečetla. Sama od sebe začala číst čísla od začátku. Poté měla za úkol přiřadit popisky. Pacientka je postupně četla a správně přiřazovala. V některých případech jí pojmenování pomocí popisku trvalo déle.

Následovalo přiřazování příslušného počtu puntíků. Byla jí ukázána kartička s puntíky, společně je spočítaly a pacientka řekla k jakému číslu patří. Tento úkol jí nečinil problém.

Poté se řadily měsíce v roce. Chybovala, opět dostala papír, kde byly měsíce napsané. Kontrola proběhla společně, řazení trvalo opět delší dobu.

Následovalo procvičování grafie. Dostala tabuli, na kterou se měla za úkol podepsat. Nejprve se zkusil podpis bez opisu, zda si ho sama vybaví. Šel jí, ale nebyl příliš čitelný. Byl jí předložen papír, který si přinesla s sebou a na kterém podpis trénovala, poté se podepsala správně.

Následně se místo tabule na fixy zkusil použít papír a propiska, což bylo mnohem lepší.

Ke cvičení pojmenování sloužil textový materiál– kartičky s obrázky. Šlo o obrázky melounu, banánu, papriky, pračky, polévky, mléka, telefonu, křesla a sýru. Pacientka měla za úkol obrázky pojmenovat a poté přiřadit popisky. Jistá si byla pouze u obrázku polévky, tu pojmenovala bez nápovědy. U ostatních byla nápověda nutná.

Poté měla za úkol vybrat obrázky jídla, ovoce a zeleniny. Což sloužilo ke cvičení rozumění. Kartičky roztřídila správně.

Posledním úkolem bylo opět cvičení pojmenování a to pomocí kartiček s barvami. Byly před ní předkládány postupně kartičky s barvami a ona měla za úkol barvy pojmenovat. Chybovala, proto bylo nutné využít popisků, které přečetla a poté správně přiřadila.

Logopedická zpráva– výstupní (10. 12. 2014– 11:39):

Spolupráce s pacientkou byla dobrá, pacientka je pro terapii náležitě vnitřně motivována, ve sledovaných modalitách došlo k pozitivním změnám. V oblasti produkce jsou patrné změny v pojmenování, které je jistější, téměř bez nutnosti nápovědy. Opakování se daří na úrovni slov jistě, opakování vět se stále nedaří. Spontánní řečový projev je adekvátnější komunikační situaci, stále se však objevuje množství sémantických i fonemických parafází a neologismů. Ke změnám došlo také v oblasti rozumění, odpovědi na otázky ANO/NE jsou adekvátní z cca 80 % (na počátku 50 %), odpovědi na otázky týkající se vlastní osoby odpovídá jistě, u ostatních odpovědí je patrná nejistota. Předměty i obrázky správně přiřadí k mluvenému nebo psanému slovu. Obtíže stále činí rozumění slovní i psané instrukci. Pacientka je schopna podpisu, opis se daří s chybami. Pacientka není schopna uskutečnit komunikační záměr.

Výkon ve screeningovém testu afázie MAST:

	<i>Na začátku</i>	<i>na konci</i>
CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	41/100	53/100
INDEX PRODUKCE	19/50	27/50
INDEX ROZUMĚNÍ	22/50	26/50

Diagnóza: R 47.0 Obraz středně těžké Wernickeho afázie
R 47.2 Obraz lehké orální apraxie
R 48.0 Získané obtíže v oblasti grafie a lexie na úrovni těžké poruchy

Doporučení pro další péči: Doporučuje se pokračovat v logopedické péči v místě bydliště. Pacientka vybavena materiály pro autoterapii motoriky artikulačních orgánů a edukována o možnostech samostatného cvičení fatických funkcí v domácím prostředí.

8.5.1. Analýza úrovně řečových modalit

Jednotlivá terapeutická sezení se zaměřovala na stimulaci spontánní produkce (automatické řady, doplňování přísloví), stimulaci pojmenování, opakování (věty), cvičení motoriky artikulačních orgánů, dechová a fonační cvičení. Dále na grafomotorické cvičení, stimulaci grafie (podpis, izolované grafémy) a stimulaci lexie (globální čtení slov, izolovaná písmena). Využito bylo i masáže orofaciální oblasti z konceptu bazální stimulace.

Výstupní výsledky MAST testu poukazují na zlepšení v oblasti produkce. Z původních 19 bodů se výsledek zlepšil na 27 bodů. Index rozumění vzrostl pouze o 4 body, z původních 22 na 26.

Na začátku terapie byl *spontánní řečový projev* lehce hypofluentní s nízkou informační hodnotou. Obsahoval velké množství perseverací, neologismů, parafází a neplnovýznamových a neadekvátních slov. Automatické řady zvládala s nápovědou prvního prvku. Po absolvování terapie se spontánní řečový projev zlepšil. Stále však přetrvávají sémantické i fonemické parafázie a neologismy.

Pokrok byl viditelný například u automatických řad. Na začátku terapie dostala za úkol srovnat kartičky s čísly od 1 do 10. Chybovala, byla nutná zraková nápověda pomocí tabulky, na které byly napsané správně seřazené čísla. Následovalo

přiřazování příslušného počtu puntíků k danému číslu. I to dělalo pacientce problémy, řekla například číslo 7 a ukázala číslo 4.

V polovině terapie u tohoto úkolu chybovala již méně. Stále však byla potřeba zrková opora.

Při předposlední terapii čísla srovnala téměř správně. Nejprve měla za úkol seřadit čísla od 1 do 5. Chybovala, ale sama se opravila. Následovalo seřazení čísel od 6 do 10. Tyto čísla srovnala bez chyby a sama od sebe začala pojmenovávat čísla od 1 do 10. Puntíky při poslední terapii přiřadila též bez chyby.

Porozumění řeči na začátku logopedické terapie kolísalo již na úrovni otázek ANO či NE. Pacientka chybovala v otázkách, které se týkaly její vlastní osoby. Rozumění mluveným slovům bylo zachováno. Delší a složitější mluvený pokyn byl nutný několikrát po sobě zopakovat, popřípadě předvést.

Po absolvování terapie se adekvátnost odpovědi na otázky typu ANO či NE zvýšila z původních 50 % na 80 %. V otázkách týkající se vlastní osoby již nechybuje a odpovídá jistě. U ostatních odpovědí je však patrná nejistota. Složitější mluvní instrukci je však stále nutné zopakovat či předvést. Příkladem může být cvičení zaměřené na motoriku artikulačních orgánů. Daný úkol byl potřeba vždy předvést.

Na začátku bylo *opakování* zachováno na úrovni slov a slovních spojení. Nedařilo se ani opakování vět, což přetrvalo i po prodělané terapii.

U *pojmenování* byla ze začátku nutnost fonemické či sémantické nápovědy. Objevovaly se sémantické parafázie a neologismy. Po skončení terapie nedošlo ke zlepšení této modality. Stále je nutná sémantická či fonemická nápověda. Příkladem může být cvičení, kdy měla pacientka za úkol pojmenovávat kartičky s barvami. Správně označila pouze polovinu, u druhé části byla nutná sémantická nápověda. Stejný problém byl i následující terapii, kdy měla za úkol pojmenovávat předměty v místnosti. Bez vizuální, fonemické či sémantické nápovědy nevěděla.

Grafie byla realizována pomocí dominantní pravé horní končetiny. Na začátku terapie byl zachován fragment podpisu. Opis se nedařil. Byly patrné grafické stereotypie.

Na jedné z prvních terapií se realizoval podpis, nejprve psacím písmem a poté tiskacím písmem, s opisem. U tiskacího písma se pacientka musela více soustředit, ale nakonec se podepsala správně a čitelně. Podpis se též trénoval nejprve bez opisu, což šlo, ale podpis nebyl čitelný.

Nyní po prodělané logopedické terapii je již schopna čitelného podpisu. Opis se daří, ale s chybami.

Při diktátu váhala, ale slovo napsala správně.

Lexie byla na začátku zachována na úrovni globálního čtení slov, což přetrvává i nyní po prodělané terapii.

Pacientka i po prodělané logopedické terapii není schopna uskutečnit komunikační záměr.

Obraz středně těžké Wernickeho afázie přetrvává i nadále a proto byla logopedem doporučena následná logopedická péče v místě bydliště. Byla poučena o možnostech autoterapie a vybavena materiály pro stimulaci cvičení motoriky artikulačních orgánů.

Tabulka č. 3 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 2

	Případová studie č. 2
Spontánní řečový projev	<p>Zlepšil</p> <ul style="list-style-type: none"> - byl hypofluentní s nízkou informační hodnotou - obsahoval perseverace, neologismy, parafázie, neplnovýznamová a neadekvátní slova - automatické řady zvládala s nápovědou - stále přetrvávají sémantické, fonemické parafázie a neologismy - automatickou řadu čísel 1–10 tvoří nyní samostatně
Porozumění řeči	<p>Zlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - byly problémy u otázek typu ANO/NE - jejich adekvátnost se z 50 % zvýšila na 80 % - již nechybuje v otázkách týkající se vlastní osoby - stále je nutné předvést složitější mluvené pokyny
Opakování	<p>Nezlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - stále na úrovni slov a slovních spojení - nedaří se ani opakování vět
Pojmenování	<p>Nezlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - stálá nutnost sémantické či fonemické nápovědy - objevují se sémantické parafázie a neologismy
Grafie	<p>Zlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - nyní je schopna čitelného podpisu - opis se nyní daří
Lexie	<p>Nezlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - stále na úrovni globálního čtení slov

8.6 Případová studie č. 3

Věk: 81 (ročník 1934)

Pohlaví: žena

Anamnéza: Stav po iCMP 18. 10. 2014

Diagnóza: R 47.1 Obraz těžké Wernickeho afázie
R 48.2 Orální apraxie
R 48.0 Získané obtíže v lexii a grafii

K vyšetření použit: MAST Aphasia screening test

Rodinná anamnéza: Matka opakovaně CMP po 70 letech, sourozenci a děti zdravé,
bratr se léčí se srdcem

Sociální anamnéza: Žije se synem, vdova, rodinný dům– bydlí v patře

Pracovní anamnéza: Nyní SD, pracovala jako kuchařka

Logopedická zpráva– vstupní (14. 11. 2014– 09:41):

Dle vyšetření se jedná o obraz těžké Wernickeho afázie vzniklé na podkladě iCMP 18. 10. 2014. Pacientka poprvé v našem zařízení. Spontánní řečový projev je fluentní až hyperfluentní bez informační hodnoty, tvořen převážně neologismy, parafáziemi (sémantickými i fonemickými) a neplnovýznamovými slovy (tady, tadyhle, teď...). Řeč je srozumitelná, artikulace v pořádku. Automatické řady samostatně nezvládá, nutná nápověda nejen počátečního prvku. Pojmenování se nedaří, objevují se neologismy, slova k předmětu, obrázku přiřadí. Opakování se nedaří ani na úrovni hlásek. Rozumění zachováno na úrovni slov, daří se identifikace objektů, odpovědi na otázky ANO/NE nejsou adekvátní ani u otázek týkajících se vlastní osoby. Mluvené ani čtené instrukci nerozumí. Nutno pokyn předvést. Grafie realizována dominantní PHK, zvládá napsat své jméno, příjmení částečně, dochází k perseveracím koncovky (u, uj, uje) a počátečního R. Psaní slov na diktát se nedaří, pacientka píše nelogicky, při diktátu izolovaných grafémů pacientka produkuje neologická slova. Lexie: pacientka schopna čtení i dlouhých vět, bez porozumění, porozumění částečně zachováno u izolovaných slov, které pacientka čte spíše globálně. Motorika artikulačních orgánů narušena pro orální apraxii. Dysfagické obtíže se nevyskytují.

Výkon ve screeningovém testu afázie MAST:

CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	32/100
INDEX PRODUKCE	10/50
INDEX ROZUMĚNÍ	22/50

Cíl logopedické terapie:

- stimulace pojmenování
- stimulace spontánní řeči (automatické řady, doplnění přísloví)
- stimulace opakování (hlásky, slabiky, slova)
- stimulace rozumění (předmět + slovo, obrázek + slovo, ANO/NE)
- stimulace grafie (podpis, grafémy, slabiky)
- stimulace lexie (globální čtení)
- cvičení motoriky artikulačních orgánů u zrcadla

Pacientka byla po cévní mozkové příhodě, která se jí stala 18. 10. 2014, hospitalizována na neurologii. O měsíc později, dne 14. 11. 2014, nastoupila na měsíční, léčebný a rehabilitační pobyt do Hamzovy léčebny Luže-Košumberk.

Průběh logopedické terapie

Pacientka docházela na logopedickou terapii 5x týdně. Terapeutické sezení probíhalo půl hodiny. Byla motivovaná ke spolupráci.

Jednotlivé úkoly se vzájemně prolínaly a doplňovaly.

1. terapie (14. 11. 2014)

Po příchodu pacientky se logoped zeptal: „*Jak se jmenujete?*“ Paní odpověděla: „*M..., 23 ve 3.*“ Logoped: „*Kde bydlíte?; Co je za den?*“ Paní: „*58.*“ Logoped: „*Jaký je den v týdnu?*“ Paní: „*22.*“ Logoped: „*Jaký je měsíc?*“ Paní: „*Bude 8.*“

Následovalo řazení kartiček se dny v týdnu, na procvičení automatické řady. Pacientka chybovala. Logoped ji poskytl papír, na kterém byly dny seřazeny. Snažila se je seřadit dle předlohy, ale i to jí dělalo potíže. Přiřazovala dny, jak chtěla. Zkusila je seřadit s logopedem. Opět si ale dny řadila podle sebe a na logopeda se nedívala. Neustále si povídala sama pro sebe. Nakonec dny srovnala správně, přehodila pouze pondělí a sobotu, ale opravila se.

Následoval ten samý úkol, jen s kartičkami s čísly. Seřadila je správně. Poté měla za úkol přiřadit k číslům příslušný počet puntíků, což jí nedělalo nijak výrazný problém.

Ke stimulaci pojmenování sloužil následující úkol. Logoped položil před pacientku dva předměty, peněženku a míček. Zeptal se jí, co vidí. Neuměla však dané předměty pojmenovat. Když jí logoped předměty pojmenoval, chtěla názvy zopakovat, ale ani to se nedařilo a pacientka řekla úplně jiné slovo.

Protože logoped usoudil, že je peněženka těžké slovo, vyměnil ji za tužku. Následně vytvořil popisky k těmto předmětům, předložil je před pacientku, ukázal na předmět a zeptal se, co to je. Nyní přiložila lístečky s popisky správně.

K předmětům přidal logoped ještě jeden, gumu na gumování. Opět použil popisek a pacientka jej správně přiřadila. Během tohoto úkolu si neustále předloženou tužku brala do ruky a chtěla s ní psát.

I další úkol sloužil ke stimulaci pojmenování. Logoped použil textový materiál, kartičky s obrázky. Šlo o obrázek auta, krávy a mrkve. Některé obrázky pojmenovala správně, některé nikoliv a říkala pouze neologismy. Poté měla za úkol k jednotlivým obrázkům přiřadit popisky. Přiřadila je správně. Logoped přidal další sadu obrázků. I ty pojmenovala správně.

Dále byly použity kartičky s barvami. První dvě barvy pojmenovala správně, zbytek barev pojmenovala neologismy. Poté dostala kartičky s popisky barev, které přiřadila správně. Logoped následně sebral popisky a pacientka zkoušela barvy pojmenovat znovu. Protože nereagovala a nekoukala na logopeda, napsal logoped na papír ANO a NE. Na tyto kartičky reagovala.

Následně zkusila znovu pojmenovat barvy, ale opět chybovala. Nakonec však popisky přiřadila bez chyby.

Při cvičení motoriky artikulačních orgánů musel být vždy daný cvik předveden, jinak ho pacientka nepředvedla.

Ke stimulaci rozumění sloužily otázky typu: „*Kde máte nos?; Kde máte uši?; Kde máte oči?; Kde máte čelo?; Kde máte bradu?; Kde máte vlasy?; Kde máte jazyk?; Kde máte krk?; Kde máte obočí?*“

Na všechny otázky odpověděla správně, kromě otázky: „*Kde máte bradu?*“ Pacientka nejprve ukázala obočí a poté se opravila. U otázky: „*Kde máte vlasy?*“ Ukázala jazyk. U otázky: „*Kde máte krk?*“ Nevěděla a ukázala tvář.

Dále následovalo cvičení zaměřené na grafii. Úkolem bylo napsat, jak se jmenuje. Podepsala se správně.

K dalšímu úkolu použil logoped kartičky s obrázky myši, krávy a auta. Jednotlivé obrázky předkládal před pacientku a ta měla za úkol napsat, co na obrázku vidí. Správně napsala pouze slovo myš.

Následoval diktát slov, který se ale nedařil. Proto logoped přešel k diktování písmen, ani to se však nedařilo a pacientka psala něco jiného.

Posledním úkolem byl opis slov vlak a mrak, které logoped předepsal na tabuli. Slova opsala správně, ale docházelo k perseveraci koncovky (např. vlak–vlakuuu).

2. terapie (21. 11. 2014)

První cvičení bylo zaměřené na procvičování grafie. Úkolem pacientky bylo podepsat se na tabulku. To se však nedařilo. Docházelo k perseveraci písmene R.

Následovalo řazení automatické číselné řady, která ji nečinila problém. Číslovky přečetla též bez problémů. Chybovala pouze u přiřazování puntíků k číslům.

Následně logoped odebral kartičky s čísly, zamíchal je a úkolem pacientky bylo přiřadit číslovky zpět k příslušnému počtu puntíků. Toto cvičení provedla bez chyby, stejně tak přiřadila kartičky se slovními popisky.

Ke stimulaci pojmenování použil logoped kartičky s obrázky plyšového medvídka, myši a okurky. Pacientce ukazoval jednotlivé obrázky a ptal se co vidí. Ta měla k dispozici tři popisky, které si přečetla a následně správně přiřadila.

Další sadou obrázků byly kartičky s krávou, panenkou, cibulí, zelím, slepicí a vláčkem. Bez popisku pojmenovala správně pouze cibuli a slepici. Po přečtení popisků, identifikovala správně všechny zbylé obrázky.

Následně se logoped zeptal na otázky: „*Ukažte mi, kde je myš?; Ukažte mi, kde je slepice?; Ukažte mi, kde je kráva?*“ Poté sebral popisky a zeptal se: „*Ukažte mi, kde je zelenina?*“ Ukázala ji správně. Logoped: „*Ukažte mi nějakou hračku?; Co je to?*“ Ukázala na vláček, ale neuměla ho pojmenovat. Ve slově vynechávala hlásku Č. Poté ukázala jiný obrázek s hračkou a řekla: „*Tamto byl vláček.*“ Toto cvičení sloužilo ke stimulaci rozumění.

3. terapie (28. 11. 2014)

I tato terapie se začínala procvičováním automatických řad. Nejprve se řadily kartičky se dny v týdnu. Pacientka seřadila polovinu kartiček správně. Poté začala dny v týdnu číst. Tam, kde byly dny chybně seřazené, začala číst čísla. Logoped ji upozornil na chybné seřazení. Chybu opravila a dny přečetla bez chyby

Poté následoval stejný úkol pouze s kartičkami s měsíci. Pacientka jednou chybovala. Logoped jí předložil papír, kde bylo napsané správné pořadí měsíců. Když si ho prohlédla, chybu sama našla a opravila ji. Měsíce přečetla bezchybně.

Následovaly kartičky s barvami. Pojmenovala téměř všechny správně. Místo červené však řekla červenec.

Poté měla za úkol ke každé barvě přiřadit popisek a přečíst jej. Popisky přiřadila správně, problém byl pouze se čtením černé barvy, četla: „*červenec, červen, to není červené*“. Logoped ji vyzval, aby se na něho podívala a zopakovala, co říká. Opět černou pojmenovala chybně.

Následovaly otázky: „*Co může být modré?*“ Pacientka neodpověděla. „*Kde je žlutá?; Kde je modrá?; Kde je černá?*“ Barvy ukázala správně.

Cvičení, ve kterém měla za úkol přečíst popisek a přiřadit k příslušnému obrázku s činností, zvládla bezchybně. Navazujícím úkolem bylo domyslet konec věty, který vyplýval z obrázku. To jí však činilo problémy. Používala neologismy a proto logoped přešel k jinému cvičení.

Ke stimulaci grafie sloužil podpis. Podepsala se bezchybně psacím písmem. Následoval diktát slov: kolo, pes, myš, lev, bok a puk. Správně napsala pouze názvy zvířat, zbytek byly neologismy.

Následně logoped vyslovoval slova a pacientka měla za úkol tyto slova zopakovat. Šlo o slova: dveře, kolo, hodiny, stůl, židle, podlaha, obraz. Některá slova zopakovala správně, poté se opět dostavily neologismy. Pro ilustraci je uveden příklad: obraz– „*vese, oří, odněnesezna*“; podlaha– „*podlene, odcese, odně, nasvětně*“; stůl– „*svídně, slud*“; židle– „*naše svídí*“.

Následně měla za úkol opakovat slabiky, které logoped vyslovil. Slabika ME– „*nas mí*“; SO– „*čo, vedně, svedčí*“. Písmena též nezopakovala. A– „*né*“; E– „*sí*“.

Tato cvičení sloužila ke stimulaci opakování.

Následovalo procvičování motoriky artikulačních orgánů. Šlo o již zmíněné cviky jako je špulení rtů, vyplazování jazyka a podobně. Logoped opět cvik předvedl a pacientka zopakovala. Cvičili před zrcadlem.

4. terapie (05. 12 .2014)

Tuto terapii vedla autorka samostatně. Nejprve procvičovaly automatické řady. Začaly jako obvykle seřazováním kartiček se dny v týdnu, poté seřazováním kartiček s čísly, přiřazováním popisků a příslušným počtem puntíků a nakonec seřazováním měsíců.

Při řazení dnů v týdnu pacientka velmi pospíchala. Byl jí předložen papír, kde byly dny seřazené a podle, kterého si mohla správné řazení kontrolovat. Nepoužívala tento papír a řadila si dny po svém.

Když se autorka snažila s pacientkou chyby opravit, nevnímala jí, vždy řekla název daného dne a přešla na další.

Poté se řadily čísla. Nejprve dostala pouze čísla od 1 do 5, které srovnala správně. Ihned sahala po dalších číslech. Za úkol měla však ještě čísla přečíst. Ani to jí nečinilo problém.

Následovalo řazení zbytku číselné řady. Druhou polovinu srovnala pouze s jednou chybou. Čísla přečetla bezchybně. Přiřazování popisků trvalo delší dobu, avšak též bezchybně. Při přiřazování puntíků si pomáhala tím, že si vždy všechny puntíky spočítala a poté přiřadila k příslušné číslovce. U poslední kartičky se pozastavila, ale poté ji správně přiřadila.

Následovalo řazení měsíců v roce. Opět měla k dispozici papír, kde byly měsíce seřazené. Ani zde ho nevyužívala a řadila měsíce podle sebe.

Poté měsíce společně s autorkou kontrolovaly a opravovaly. Když byla položena nějaká otázka, pacientka řekla pouze „ano“ a šla na další kartičku. Nesnažila se najít příslušný měsíc a správně ho seřadit.

Nakonec, ale všechny měsíce srovnala správně. Při čtení názvů měsíců nechybovala.

Další cvičení bylo zaměřené na rozvoj grafie. Úkolem bylo podepsat se na tabulku. Nejprve se podepsala bez opisu. Poté jí bylo předepsáno příjmení na tabulku a pacientka provedla bezchybný opis.

Následovalo diktování slov: kolo, ucho, oko, okno, pes, ryba. Opět psala neologismy. Tyto slova se napsaly na tabulku a pacientka je zkusila opsat. Slova však obsahovala perseverace.

Ke stimulaci pojmenování sloužily kartičky s barvami. Byly jí předkládány jednotlivé popisky, které správně přečetla a poté přiřadila. Protože nechybovala, byly použity těžší barvy, hnědá, růžová, oranžová a fialová. I u těchto barev přiřadila popisky správně. Pozastavila se pouze u oranžové barvy.

Logopedická zpráva– výstupní (12. 12. 2014– 08:33):

Spolupráce s pacientkou byla dobrá, pacientka je pro terapii motivována. Ve sledovaných modalitách došlo k mírným pozitivním změnám. V oblasti produkce se částečně samostatně daří automatické řady, pojmenování stále neologické. Spontánní řečový projev je stále neadekvátní komunikační situaci, je tvořen převážně neologismy, žargonovými parafáziemi a neplnovýznamovými slovy. Pacientka často perseveruje slova „světlo, světi“. Rozumění stále narušeno již na úrovni otázek ANO/NE, spíše u složitějších gramatických struktur, na otázky týkající se vlastní osoby odpovídá jistě. Identifikace objektů se daří, mluvené instrukci pacientka nerozumí, obtíže činí také somatognozie. Čtení se daří bez porozumění čtenému. Z grafických dovedností se daří podpis a opis slov, psaní na diktát a spontánní psaní se stále nedaří. Motorika artikulačních orgánů stále limitována příznaky orální apraxie.

Výkon ve screeningovém testu afázie MAST:

	<i>Na začátku</i>	<i>na konci</i>
CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	32/100	37/100
INDEX PRODUKCE	10/50	13/50
INDEX ROZUMĚNÍ	22/50	24/50

Diagnóza: R 47.1 Obraz těžké Wernickeho afázie
R 48.0 Získané obtíže v lexii a grafii na úrovni těžké poruchy
R 48.2 Orální apraxie

Doporučení pro další péči: Doporučuje se pokračovat v logopedické péči v místě bydliště. Pacientka vybavena materiály pro cvičení v domácím prostředí a byly předány kontakty na logopedická pracoviště v místě bydliště.

8.6.1. Analýza úrovně řečových modalit

Logopedická terapie se zaměřovala na stimulaci pojmenování, stimulaci spontánní řeči (automatické řady, doplnění přísloví), stimulaci opakování (hlásky, slabiky, slova), rozumění řeči (předmět + slovo, obrázek + slovo, ANO/NE), stimulaci grafie (podpis, grafémy, slabiky), stimulaci lexie (globální čtení) a na cvičení motoriky artikulačních orgánů se zrakovou oporou.

Výstupní výsledky MAST testu nevykazují nijak výrazné zlepšení. Index produkce se z původních 10 bodů zvýšil na 13 a index porozumění z 22 bodů na 24.

Spontánní řečový projev byl na začátku fluentní až hyperfluentní, bez informační hodnoty. Byl tvořen převážně neologismy, sémantickými i fonemickými parafáziemi a neplnovýznamovými slovy (tady, tadyhle, teď). Řeč je srozumitelná a artikulace v pořádku. U automatických řad je nutná nápověda nejen počátečního prvku.

Při tvorbě automatických řad se úspěšnost střídala. Při prvních terapiích pacientka nesprávně řadila například dny v týdnu. I po předložení vizuální nápovědy, stále chybovala. Při druhé terapii však dny srovnala zcela bezchybně. Následující terapie opět proběhla s částečně chybným seřazením dnů v týdnu. Polovinu seřadila správně. Po vyzvání logopedem však chyby našla a sama je opravila. Při poslední terapii, kdy měla za úkol seřadit tuto automatickou řadu, velmi pospíchala. Opět měla k dispozici vizuální oporu v podobě tabulky s předepsanými dny.

Během všech terapií téměř nechybovala při tvoření automatické řady čísel od 1 do 10. Pokud ano, jednalo se pouze o drobnou chybu, kterou vzápětí sama opravila.

Po absolvování terapie lze usoudit určité zlepšení ve tvoření samostatných automatických řad.

Porozumění řeči bylo zachováno na úrovni slov. Dařila se identifikace objektů. Odpovědi na otázky typu ANO či NE nebyly adekvátní ani u otázek týkajících se vlastní osoby. Příkladem mohou být otázky, které položil logoped při jedné z prvních terapií. Jednalo se o otázky: „*Jak se jmenujete?; Kde bydlíte?; Co je za*

den?; Jaký je den v týdnu?; Jaký je měsíc?“ Pacientka si nebyla ničím jistá a její odpovědi byly neadekvátní.

Mluvené ani čtené instrukci nerozuměla. Nutností bylo dané pokyny předvést či několikrát zopakovat, což bylo viditelné u cvičení motoriky artikulačních orgánů. Pokud se daný cvik nepředvedl, pacientka opakovala jeden cvik stále dokola.

I po terapii je stále narušeno porozumění řeči na úrovni otázek ANO či NE, nyní však spíše u složitějších gramatických struktur. S větší jistotou odpovídá na otázky, které se týkají její vlastní osoby. Příkladem mohou být otázky typu „*Kde máte nos?; Kde máte uši?; Kde máte oči?; Kde máte čelo?; Kde máte bradu?; Kde máte vlasy?; Kde máte jazyk?; Kde máte krk?; Kde máte obočí?*“ Téměř na všechny odpověděla správně. U některých se spletla a ukázala na jinou část těla.

Na stejné úrovni jako před započítím terapie zůstala identifikace objektů a porozumění mluvené instrukci. Ani jedno se nedaří.

Před zahájením terapie se nedařilo *opakování* ani na úrovni hlásek, což se během terapie nezměnilo a stále tento problém přetrvává. Příkladem může být cvičení, kdy měla pacientka za úkol zopakovat slova. Jednalo se o slova dveře, kolo, hodiny, stůl, židle, podlaha a obraz. Některá slova zopakovala správně, poté se však opět objevily neologismy. Příkladem může být slovo obraz, které zopakovala takto: „*vese, oří, odněnesezna*“. Slovo podlaha– „*podlene, odcese, odně, nasvětně*“; stůl– „*svídně, slud*“ a židle– „*naše svídí*“.

Stejně problémy byly i u opakování slabik a poté i hlásek.

Pojmenování se na počátku terapie nedařilo. Objevovaly se neologismy. Popisek k obrázku či předmětu dokázala přiřadit. Ať se jednalo o popisky ke kartičkám s obrázky předmětů, zvířat, barev či činností. Například, když použil logoped sadu složitějších odstínů barev, nedělal pacientce problém barvy pomocí popisků pojmenovat. Bez kartiček s popisky nedokázala pojmenovat nic. To samé i u kartiček s různými obrázky.

Pomocí dominantní pravé horní končetiny byla realizována *grafie*. Před terapií byla schopna napsat své křestní jméno, příjmení pouze částečně. Často docházelo k perseveracím. Písemný projev byl nelogický. Psaní slov na diktát se nedařilo. Při diktátu izolovaných grafémů pacientka produkovala neologismy.

Chybování při podpisu se během terapie střídalo. Nejprve se podařil podpis bez chyby, následující terapii již obsahoval perseveraci hlásky R. Na poslední terapii

byl však podpis čitelný. Zkoušel se nejprve s opisem a poté i bez opisu. Oba se povedly bez jediné chyby.

Diktát slov se nedařil, výjimečně napsala správně několik slov, zbytek však byly neologismy. Při opisu slov se vyskytovaly perseverace.

Lexie byla na začátku terapie zachována spíše na úrovni globálního čtení, což přetrvává i po skončení terapie. Pacientka byla schopna čtení i dlouhých vět, avšak bez porozumění. Porozumění bylo zachováno částečně u izolovaných slov, což přetrvává i nadále.

Pacientka i po absolvování léčebného pobytu a intenzivní logopedické terapie, není schopna uskutečnit komunikační záměr.

Obraz těžké Wernickeho afázie přetrvává i nadále. Doporučeno bylo pokračovat v následné logopedické péči. Logoped proto pacientce poskytl seznam nejbližších logopedických pracovišť v místě jejího bydliště. Též dostala materiály k autoterapii.

Tabulka č. 4 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 3

	Případová studie č. 3
Spontánní řečový projev	<p>Mírné zlepšení</p> <ul style="list-style-type: none"> - byl fluentní až hyperfluentní, bez informační hodnoty - tvořen převážně neologismy, sémantickými, fonemickými parafáziemi a neplnovýznamovými slovy - byla nutná nápověda při tvoření automatických řad - samostatně nyní tvoří automatickou řadu čísel 1–10
Porozumění řeči	<p>Mírné zlepšení</p> <ul style="list-style-type: none"> - bylo zachováno na úrovni slov - problémy u odpovědi na otázky typu ANO/NE - problémy u otázek týkající se vlastní osoby - nerozuměla mluvené ani čtené instrukci což přetrvává i nadále - nyní si je jistější u odpovědi na otázky typu ANO/NE a otázky týkající se vlastní osoby
Opakování	<p>Nezlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - nedařilo se opakování hlásek, což přetrvává
Pojmenování	<p>Zlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - nejprve se nedařilo - objevovaly se neologismy - nyní dokáže přiřadit popisek k obrázkům
Grafie	<p>Zlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - byla schopna napsat jen své křestní jméno, příjmení částečně - často docházelo k perseveracím - nelogický projev - opis se nedaří - nedařilo se psaní na diktát, což přetrvává - nyní je schopna podpisu
Lexie	<p>Nezlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - stále na úrovni globálního čtení slov

8.7 Případová studie č. 4

Věk: 71 (ročník 1944)

Pohlaví: žena

Anamnéza: Stav po CMP 02. 02. 2013

Diagnóza: R 47.0 Obraz těžké Wernickeho afázie
R 48.2 Obraz těžké orální a verbální apraxie

K vyšetření použít: MAST Aphasia screening test

Rodinná anamnéza: Otec zemřel v 66 letech karcinom prostaty, prodělal CMP, matka ICHS (ischemická choroba srdeční), syndrom AP (angina pectoris), bazaliom (karcinom kůže), 2 zdravé děti

Sociální anamnéza: Bydlí s manželem v bytě

Pracovní anamnéza: Nyní SD, dříve pracovala jako dělnice

Logopedická zpráva– vstupní (19. 11. 2014– 08:24):

Dle vyšetření se jedná o obraz těžké Wernickeho afázie v koexistenci s těžkou orální i verbální apraxií. Narušená komunikační schopnost je v důsledku CMP 02. 02. 2013. Pacientka opakovaně v našem zařízení, v místě bydliště navštěvuje pracoviště klinické logopedie cca 1x týdně. Spontánní řečový projev je logorheického charakteru, bez významové hodnoty, vyskytují se četné anomické pauzy, cirkumlokuce, perseverace a fonemické i sémantické parafázie. Pacientka není schopna uskutečnit komunikační záměr. Pacientka schopna seřadit číselnou řadu 1 až 10, samostatně prosloví s nápovědou prvního prvku. Modalita pojmenování není zachována, spíše anomie, objevují se cirkumlokuce a žargonové parafázie. Opakování je narušeno již na úrovni izolovaných vokálů. Rozumění je nekonstantně zachováno na úrovni jednoduchých otázek ANO/NE (pacientka spíše odhaduje), identifikace objektů se daří pouze minimálně. Výrazně narušeno je rozumění mluvené instrukci, pacientka spíše pochopí z kontextu situace, ani dvouslovné výzvě nerozumí. Grafie je realizována LHK (premorbidně dominantní PHK), pacientka samostatně schopna podpisu, obtíže činí i opis, psaní na diktát se nedaří ani u samostatných grafémů. Pacientka při pokusu o psaní na diktát perseveruje jméno. Lexie je zachována na úrovni globálního čtení, dochází k záměně tvarově podobných slov, izolované hlásky pacientka nepřečte. Motorika artikulačních orgánů je výrazně narušena pro těžkou orální apraxii. Pacientka i doprovod negují dysfagické obtíže.

Výkon ve screeningovém testu afázie MAST:

CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	25/100
INDEX PRODUKCE	11/50
INDEX ROZUMĚNÍ	14/50

Cíl logopedické terapie:

- stimulace pojmenování (hlásky, předměty, obrázky, činnosti)
- stimulace produkce (automatické řady)
- stimulace opakování (vokály, izolované hlásky, slabiky, slova)
- stimulace rozumění (otázky ANO/NE, identifikace objektů)
- stimulace grafie (podpis, globální psaní)
- stimulace lexie (izolovaná písmena, globální čtení)
- cvičení motoriky artikulačních orgánů

Pacientka byla po CMP, která se jí stala 02. 02. 2013, hospitalizována na neurologii. Do Hamzovy léčebny Luže-Košumberk nastoupila na měsíční, léčebný a rehabilitační pobyt, téměř po roce od příhody, a to dne 19. 11. 2014.

Poprvé zde byla v lednu, zhruba dva měsíce. Výkon ve screeningovém testu afázie MAST z ledna roku 2014 vypadal takto: celkový jazykový index 21/100, index produkce 5/50 a index rozumění 16/50.

Průběh logopedické terapie

Pacientka docházela na logopedickou terapii 5x týdně. Doprovod jí činil manžel. Sezení probíhalo přibližně půl hodiny. Byla motivovaná ke spolupráci s logopedem.

Terapeutický materiál dostávala s sebou na pokoj, kde mohla v klidném prostředí trénovat.

1. terapie (29. 11. 2014)

Na terapii si s sebou přinesla svůj logopedický sešit, který jí vytvořil manžel a trénuje v něm například svůj podpis. Obsahuje též různé obrázky či fotografie členů rodiny.

Terapie začínala cviky na rozvoj grafie. Logoped na tabulku napsal její jméno a chtěl, aby ho přečetla a opsala. Při čtení neustále perseverovala křestní jméno,

příjmení nemohla přečíst. Logoped ji vyzval, aby se mu podívala na ústa a příjmení znovu zopakovala.

Logoped napsal na kartičky písmena jejího jména a pacientka měla za úkol své jméno složit. Přehodila v něm jedno písmenko. Logoped jí ukázal příjmení napsané v sešitě. Měla tak zrakovou oporu a mohla se opravit.

Nyní měla za úkol své příjmení opět přečíst. Stále však opakovala pouze své křestní jméno. Příjmení neřekla, ani nezopakovala. Cvičení logoped zopakoval ještě jednou. Zamíchal všechna písmenka jejího jména do sebe. Jméno i příjmení složila nyní správně, chybovala při čtení příjmení, nakonec jej ale přečetla správně. Toto cvičení sloužilo k rozvoji lexie.

Během terapie byla pesimistická, neustále vzdychala a říkala, že jsou tyto cvičení zbytečné a že jí to beztak nejde. Úkoly však plnila.

Následovalo cvičení na rozvoj spontánní produkce. Jednalo se o kartičky s čísly, které měla za úkol seřadit. Pacientka říkala: „*Ach jo, to je hrozný.*“

První půlku čísel seřadila správně, dalších pět seřadila nejdříve chybně, poté se sama opravila. Při čtení čísel jí dělalo problémy skloňování (např. „*jedna, druhý, desáté*“). Někdy se na číslo podívala a řekla: „*Ano, ano.*“

Následovalo stejné cvičení, pouze se dny v týdnu. Seřadila je správně. Opět měla za úkol kartičky přečíst. Dny jí však činily problémy, četla něco jiného. Byla nutná fonemická nápověda. Poté měla dny za úkol přečíst znovu. Četla: „*Pondělí, druhý, třetí.*“

Po tomto cvičení říkala: „*Už to mám za sebou, už chci jít.*“ A smála se.

Následovalo cvičení ke stimulaci pojmenování. A to kartičky s barvami. Měla za úkol k jednotlivým barvám přiřadit příslušné popisky. První barvu nevěděla, druhou již ano. Některé popisky přiřadila chybně. U některých váhala.

Poté se logoped ptal: „*Ukažte mi, kde je bílá?; Ukažte mi, kde je modrá?; Ukažte mi, kde je zelená?; Ukažte mi, kde je žlutá?; Ukažte mi, kde je červená?*“ Nevěděla zelenou, žlutou a červenou barvu.

Logoped ponechal pouze tři barvy s popisky. Zeptal se: „*Která barva je žlutá?; Která barva je červená?; Která barva je modrá?*“ Logoped musel napovídat i verbálně.

Měla radost, že terapie končí a může odejít.

2. terapie (05. 12. 2014)

Tuto terapii vedla autorka samostatně. Opět začaly automatickými řadami. Na začátku seřazovaly dny v týdnu, poté čísla a přiřazovaly popisky a puntíky k příslušné hodnotě. Nakonec řadily kartičky s měsíci.

Při seřazování dnů v týdnu byla použita tabulka k vizuální opoře. Dny seřadila pacientka vcelku správně.

Dalším úkolem bylo řazení číslovek. Nejprve měla za úkol seřadit čísla od 1 do 5. Autorka napsala automatickou řadu na tabuli, aby měla pacientka zrakovou oporu a mohla si čísla zkontrolovat, ale i tak chybovala. Společně proto opravily správné pořadí. Porovnávaly automatické řady napsané na papíře a na tabuli. Podle předlohy se pacientka opravila.

Poté měla za úkol čísla přečíst. Nejprve přečetla všechna čísla správně. Když je měla přečíst opakovaně, chybovala.

Následovalo přiřazování popisků k číslům. První popisek přečetla správně, ale přiřadila ho chybně. To samé se opakovalo i u dalších popisků. Pacientka řekla, že neví a že toto cvičení nechce dělat, proto se dále nepokračovalo.

Přešlo se ke cvičení na rozvoj grafie. Úkolem bylo podepsat se na tabulku. Nejprve zkusila podpis bez opisu, to jí však nešlo. K podpisu s opisem byl použit její pracovní sešit, ve kterém podpis trénovala. Podle sešitu se podepsala.

Poté se trénovalo pojmenování. Byly použity kartičky s obrázky a následně kartičky s barvami. Nutné bylo použití popisků.

3. terapie (12. 12. 2014)

I tuto terapii vedla autorka samostatně.

Terapie začínala cvičením motoriky mluvidel. Šlo o již zmíněné cviky. Nutností bylo vždy jednotlivé cviky nejprve ukázat. Některé cviky trvaly delší dobu, nakonec se ale povedly provést všechny.

Následovalo trénování retozubných hlásek. Nejprve autorka vyslovila hlásku a pacientka ji měla zopakovat, říkala jí však chybně. Proto byla vyzvaná, aby se podívala, jak se hláska vyslovuje. Zopakovala ji správně.

Dalším úkolem bylo procvičování automatické řady. Na obrázku měla napsané slabiky: PA, PE, PI, PO, PU; BA, BE, BI, BO, BU a MA, ME, MI, MO, MU. U každé hlásky byly nakresleny i obrázky (např. panenka, piškot, myš či mapa).

Pacientka měla za úkol nejprve hlásku správně pojmenovat, zopakovat automatickou řadu a pokusit se popsat obrázek.

U první hlásky spolupracovala, správně vyslovovala i opakovala, nebyl žádný problém. U další se již vyskytly potíže. Chtěla mít cvičení rychle za sebou a přešla hned k obrázkům. U poslední hlásky již nespupracovala. Řeklo: „*To, to, to a jdu.*“

Při odchodu říkala, že se těší na víkend, kdy nebude mít logopedii.

Logopedická zpráva– výstupní (19. 12. 2014– 13:37):

Spolupráce s pacientkou byla dobrá, motivace pacientky kolísá s časem a únavou. S manželem cvičili i mimo pravidelné terapie. V oblasti produkce nedošlo k výrazným změnám. V oblasti rozumění pacientka zvládá identifikaci objektů, která však kolísá. Adekvátnost odpovědí na otázky ANO/NE značně kolísá (cca 50 %) i u jednoduchých otázek týkajících se vlastní osoby. Pacientka není schopna uskutečnit komunikační záměr. Pacientka je schopna samostatně s drobnými chybami podpisu, psaní písmen na diktát se nedaří. Lexie na úrovni globálního čtení. Přiřazování slova k obrázku částečně zachována pouze u známých předmětů.

Výkon ve screeningovém testu afázie MAST:

	<i>Na začátku</i>	<i>na konci</i>
CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	25/100	29/100
INDEX PRODUKCE	11/50	11/50
INDEX ROZUMĚNÍ	14/50	18/50

Diagnóza: R 47.0 Obraz těžké Wernickeho afázie
R 48.0 Získané obtíže v grafii na úrovni těžké poruchy
Získané obtíže v lexii na úrovni těžké poruchy
R 48.2 Těžká orální a verbální apraxie

Doporučení pro další péči: Doporučuje se pokračovat v logopedické péči v místě bydliště. Pacientka i doprovod edukováni o možnostech domácího cvičení.

8.7.1. Analýza úrovně řečových modalit

Jednotlivá terapeutická sezení byla zaměřena na stimulaci pojmenování (hlásky, předměty, obrázky, činnosti), produkce (automatické řady), opakování (vokály, izolované hlásky, slabiky, slova), stimulaci porozumění řeči (otázky ANO/NE, identifikace objektů), stimulaci grafie (podpis, globální psaní), stimulaci lexie (izolovaná písmena, globální čtení) a cvičení motoriky artikulačních orgánů.

Z provedeného výstupního MAST testu je patrné, že nedošlo k žádné změně v oblasti produkce. 11 bodů byl výsledek, jak na začátku terapie, tak i na konci. Index rozumění se zvýšil o 4 body, ze 14 na 18.

K porovnání jsou dostupné výsledky MAST testu konaného při prvním pobytu v lednu roku 2014. Index produkce se za necelý rok zvýšil o 6 bodů, z původních 5 na 11. Ovšem index rozumění poklesl z 16 získaných bodů na 14.

Na začátku terapie byl *spontánní řečový projev* logorheického charakteru, bez významové hodnoty. Vyskytovaly se anomické pauzy, perseverace a fonemické i sémantické parafázie.

Během terapie, při tvoření automatických řad, byla nutná vizuální opora. Řazení číselné řady od 1 do 10 probíhalo vcelku správně. Při chybování se sama opravila.

Dny se jí také dařily rovnat bezchybně, pomocí již zmíněné vizuální opory v podobě tabulky s předepsaným pořadím dnů.

Nedošlo však k nijak výrazným změnám v oblasti produkce. Pacientka není stále schopná uskutečnit komunikační záměr.

Porozumění řeči bylo zachováno na úrovni jednoduchých otázek typu ANO či NE. Pacientka však odpovědi spíše odhadovala dle situace. Významně bylo narušeno rozumění mluvené instrukci, i zde pacientka spíše odhadovala z kontextu situace. Nerozuměla ani dvouslovné výzvě. Identifikace objektů se dařila pouze minimálně. Nyní po terapii se již identifikace daří. Adekvátnost odpovědí na otázky ANO/NE výrazně kolísá. Stejně je tomu i u otázek týkající se vlastní osoby. Mluvené instrukce je stále nutné předvést a zopakovat.

Opakování bylo narušeno již na úrovni izolovaných hlásek, což přetrvává i nadále.

Pojmenování se též nijak výrazně nezlepšilo. Před terapií se objevovaly cirkumlokuce a žargonové parafázie.

Výjimečně se dařilo pojmenovávání pomocí popisků. Nejprve však byla nutná nápověda.

Premorbidně dominantní horní končetinou byla pravá. Nyní je však *grafie* realizována pomocí levé horní končetiny. Před terapií byla pacientka schopna samostatného podpisu. Problémy byly při opisu. Nedařilo se psaní na diktát ani u izolovaných grafémů. Při diktátu slov, perseverovala jméno.

Po absolvování terapie je schopna podpisu. Pokud je k dispozici opis, je podpis bezchybný. Bez opisu dochází k drobným chybám. Psaní písmen se i nadále nedaří.

Lexie byla zachovalá na úrovni globálního čtení. Docházelo k změně tvarově podobných slov. Izolované hlásky nepřečetla.

Lexie se ani po terapii nijak výrazně nezlepšila. Je stále na úrovni globálního čtení. Například při čtení svého jména perseverovala křestní jméno a nebyla schopna přečíst své příjmení. Problémy jí dělalo i složení svého jména pomocí kartiček s písmenky. Při opakovaném čtení svého jména, nebyla schopna přečíst své příjmení, dokonce ani zopakovat.

Při čtení číslovek činilo problémy skloňování. U čtení dnů začala nejprve správně, poté však pokračovala chybně, úplně jinými slovy, nikoliv číslovkami. Když se použila fonemická nápověda, přečetla číslo správně.

Chybovala i při čtení popisků.

Pacientka byla během terapie místy pasivní a pospíchala, aby měla daný úkol, co nejdříve hotový a mohla odejít.

Terapeutické působení nevedlo ke zlepšení kvality a srozumitelnosti řečové komunikace. Stále však není schopna uskutečnit komunikační záměr a přiměřený dialog se svým okolím.

Diagnóza těžké Wernickeho afázie přetrvává i nadále. Bylo doporučeno pokračovat v logopedické péči v místě bydliště. Pacientka i její manžel byly poučeni o možnostech autoterapie. Byli vybaveni i terapeutickým materiálem.

Tabulka č. 5 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 4

	Případová studie č. 4
Spontánní řečový projev	<p>Mírné zlepšení</p> <ul style="list-style-type: none"> - byl logorheického charakteru, bez významové hodnoty - objevovaly se anomické pauzy, perseverace, fonemické sémantické parafázie - nyní zvládá skládat automatické řady s vizuální oporou
Porozumění řeči	<p>Mírné zlepšení</p> <ul style="list-style-type: none"> - zachováno na úrovni otázek typu ANO/NE - narušeno bylo rozumění mluvené instrukci - identifikace objektů se dařila minimálně - nyní se identifikace daří - stále nerozumí mluvené instrukci a je nutné předvést daný pokyn
Opakování	<p>Nezlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - narušeno na úrovni izolovaných hlásek, což přetrvává
Pojmenování	<p>Nelepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - objevovaly se žargonové parafázie - výjimečně se daří pojmenování pomocí popisků - nutná nápověda
Grafie	<p>Nezlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - byla schopna podpisu i před terapií - při diktátu slov– perseverace
Lexie	<p>Nezlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - stále na úrovni globálního čtení slov

8.8 Případová studie č. 5

Věk: 62 (ročník 1953)

Pohlaví: muž

Anamnéza: Stav po iCMP– 7/2014

Osobní anamnéza: již před CMP hypertenze

Pracovní anamnéza: OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná)

Logopedická diagnóza (23. 01. 2015):

Senzorická afázie těžkého stupně.

Centrálním mechanismem poruchy je narušení fonemického rozpoznávání (diskriminace a identifikace řečových zvuků– fonémů), akustická agnozie (porucha rozpoznávání obecných zvuků). Projevuje se jako obtíže v rozumnění slyšené řeči, sekundárně, kvůli narušení zpětné sluchové vazby v kontrole vlastního mluveného projevu, který je fonemicky až žargonově parafatický, neologický. Lexie je těžce parafatická, což znemožňuje plynulé pochopení textu (sluchový a kinestetický vstup přináší nesprávné informace). Grafie kopíruje parafatický diktát, je tedy taktéž těžce parafatická.

Logopedická terapie:

Byla rehabilitována akustická gnozie, především pak fonemické slyšení s využitím kompenzačních aferentací– vizuální a kinestetické. Pacient byl vybaven návody a materiály pro domácí terapii s rodinným příslušníkem a kontaktem na logopedické pracoviště v místě bydliště. Terapeutický efekt je pozitivní, ale afázie je nadále těžkého stupně. Doporučuji intenzivní ambulantní logopedickou intervenci.

Pacient byl co cévní mozkové příhodě, kterou prodělal v červenci roku 2014, hospitalizován na neurologii. Od 05. 01. 2015 do 26. 01. 2015 absolvoval léčebný a rehabilitační pobyt ve Státních léčebných lázních Janské lázně.

Průběh logopedické terapie

Pacient docházel na logopedickou terapii každý den. Sezení probíhalo přibližně půl hodiny. Některé terapie trvaly dokonce hodinu. Byl dobře naladěný a motivován ke spolupráci s logopedem.

Jednotlivé úkoly se vzájemně prolínaly a doplňovaly. Pacient dostával materiál i s sebou na pokoj, kde mohl v klidném prostředí trénovat. Poskytnuté úkoly ho bavily a vyžadoval více materiálů, se kterými by mohl na pokoji trénovat.

1. terapie (19. 01. 2015)

S sebou si přinesl úkol z předešlé terapie. Jednalo se o příklady zaměřené na sčítání a odčítání. Společně s logopedem cvičení zkontrolovali.

Prvním úkol byl zaměřený na fonematickou diferenciaci. Nejprve logoped pacientovi postupně ukazoval kartičky s jednotlivými písmenky. Ten je správně pojmenoval a rozložil si je na stůl. Poté logoped začal vyslovovat jednotlivé hlásky a pacient měl za úkol rozpoznat o jakou hlásku se jedná, též ji vyslovit a ukázat z předloženého výběru.

Následoval ten samý úkol se slabikami (BA, BE, BI, BO, LA, ŽA, ŽE, SI). Logoped vždy slabiku, která již byla identifikována, vyměnil za novou.

Nejtěžší úrovní bylo rozpoznávání celých slov. Logoped použil názvy zvířat (křeček, kočka, ryba a pes). Vyslovil nějaké zvíře a pacient ho ukázal v obrázkové knize se zvířaty.

Protože ho bavily příklady, které dostal minulou terapii i nyní ho logoped vybavil cvičením, které si odnesl s sebou na pokoj. Tentokrát se jednalo o příklady zaměřené na násobení a dělení. Zkusil začít počítat již během terapie, ale narazil na problém. Nevěděl, co znamená znaménko krát a děleno.

Během celé terapie neustále opakoval: „*Já jsem blbej.*“

2. terapie (20. 01. 2015)

Tato terapie byla hodinová.

Neboť se blížil pacientův odjezd z lázní, přál si, aby logoped zavolal jeho dceři a promluvil si s ní.

Logoped tak učinil a vysvětlil jí, že hlavním problémem u jejího tatínka je to, že sluchem nerozlišuje zvuky řeči, neslyší se. Sdělil jí, že na poslední terapii předá pacientovi kontakty na logopedy v místě jeho bydliště, poskytne mu rady, které by měl dodržovat a vysvětlí mu úkoly, které by mohl v domácím prostředí uplatnit.

Pacient logopedovi poděkoval. Neustále opakoval, že je „*hodná*“.

Prvním úkol této terapie byl opět zaměřený především na fonematické rozlišování. Logoped předložil před pacienta obrázky částí těla. Jednalo se například o loket, krk, patu, nos, vlasy, obočí či nehty. Následně vyslovil jednu z částí těla a pacient měl za úkol identifikovat, o kterou část se jednalo. Na začátku cvičení odpovídal a ukazoval obrázky správně, později byl unavený a začal chybovat.

Logoped mu poskytl popisky k obrázkům. Úkolem bylo jednotlivé popisky přečíst a přiřadit k příslušnému obrázku. Při čtení chyboval, ale snažil se sám opravovat. Logoped mu raději podával jednotlivé popisky postupně a v případě, že si nebyl jistý, kam popisek umístit, logoped napověděl a snažil se mu příslušnou část těla popsat.

Tento úkol byl zaměřený na procvičení pojmenování, které je též vlivem afázie narušeno.

Dalším úkolem bylo opakování hlásek. Pacient byl vyzván, aby zavřel oči a zopakoval hlásku, kterou vysloví logoped. Opakoval správně, po chvíli, ale řekl, že je unavený a nechce pokračovat.

Následovalo tedy jiné cvičení. Logoped říkal názvy předmětů v místnosti a pacient je ukazoval. Odpovídal správně a pokud si nebyl něčím jistý, logoped mu daný předmět blíže popsal.

U posledního úkolu této terapie, využili počítačového programu MENTIO–Zvuky, konkrétně se jednalo o podskupinu asociace, která představuje zvuky, které mají nějakou souvislost s prezentovaným obrázkem. Příkladem je zvuk letadla, ke kterému měl pacient přiřadit obrázek mraku. Dalším příkladem je zvuk hasičské sirény a obrázek ohně. Ke zvuku zvonku, přiřadil obrázek dveří.

Vždy to, co ukázal, musel zároveň i pojmenovat.

3. terapie (22. 01. 2015)

Tuto terapii vedla autorka samostatně. Stejně jako předešlá terapie i tato trvala hodinu.

Neboť se blížil konec jeho pobytu, dostal od logopeda na míru sepsané instrukce, které by měl i doma dodržovat. Tyto instrukce jsou k vidění v příloze E.

První cvičení bylo opět zaměřené na trénování fonematické diferenciaci. Šlo o úkol, který již pacient zkoušel. Jednalo se o rozpoznávání hlásek a slabik. Autorka vyslovila nějakou hlásku či slabiku a pacient ji ukázal na předložených kartičkách.

Některým hláskám nerozuměl, bylo to však kvůli tomu, že nebyl zvyklý na jiný hlas. I to je pro něho však přínosné. Alespoň si zkusil identifikovat jiný, nejenom logopedův hlas.

Následovalo cvičení zaměřené na tvorbu automatických řad. Jednalo se o kartičky se dny v týdnu. Seřadil je správně. Poté byl vyzván, aby ukázal například úterý. I to mu nečinilo problém. Ten samý úkol absolvoval i s kartičkami měsíců v roce a s ročním obdobím.

Následující cvičení bylo zaměřené na další z modalit, a to na rozumění. Před pacienta byly vyskládány čtyři obrazce. Jednalo se o modrý čtverec, zelený čtverec, bílé kolečko a červené kolečko. Byl vyzván, aby ukázal modrý čtverec. Pacient však nerozuměl. Následně mu bylo vysvětleno a ukázáno, co je čtverec a co je kolečko. Stále tento úkol nechápal a proto se v něm nepokračovalo a přešlo se k jinému.

K dalšímu úkolu byla použita knížka s obrázky. Jednalo se o obrázky zvířat, obrázky jídla, zahradního náčiní, zeleniny či ovoce. Pacient byl vyzván, aby ukázal například máslo. Pokud nevěděl, slovo mu bylo blíže popsáno. Tento úkol mu nečinil větší problémy.

Posledním úkolem byly kartičky s obrázky a popisky. Před pacienta se rozložily čtyři obrázky a pět popisků. Úkolem bylo popisky správně přečíst a poté přiřadit k příslušnému obrázku. Jednalo se o obrázky jitrnice, ředkvičky, švestky, koblíhy, mouky, masa, másla, tlačenky, hroznového vína a kedlubny. Problém měl pouze se čtením, popisky přiřazoval správně.

Na konci terapie logoped pacientovi ukázal jedno ze cvičení, které může zkoušet doma. Položil před něho leták z obchodu a vyzval ho, ať mu ukáže například stan. Stejným způsobem může pracovat doma s manželkou či ostatními rodinnými příslušníky, kteří mu budou dávat instrukce.

4. terapie (23. 01. 2015)

Jednalo se o poslední hodinovou terapii, kterou opět vedla autorka.

Nejprve se procvičovalo porozumění řeči. Před pacienta byl předložen textový materiál, na kterém byly otázky a obrázky. Jednou z otázek byla: „*Které zvíře létá?*“

Pacient měl za úkol z předložených obrázků vybrat ten správný. Výběr odpovědi mu nedělal problém. Čtení popisků k obrázkům však ano. U většiny slov začal správně, ale uprostřed slova chyboval. Příkladem je například slovo *zvíře*. Pacient ho přečetl takto: „*zvíše, zvíče*.“ Často opakoval, že neslyší.

Opět se procvičovala fonemická diferenciacie. Před pacienta byl položen papír s hláskami. Nejprve zůstal odkrytý pouze první řádek. Autorka vyslovovala písmena a pacient je ukazoval. Sám od sebe chtěl celý řádek s písmeny přečíst. Čtení ani ukazování příslušných písmen mu nedělalo problémy. Následně zůstaly odkryté tři řádky a nakonec celá tabulka. I při nejtěžší variantě s celou odkrytou tabulkou nechyboval.

Protože tato terapie byla poslední, logoped pacientovi ukazoval textový materiál, s kterým může doma pracovat. Dostal s sebou materiál se slabikami, které si má za úkol doma předčítat a také kontakty na logopedická zařízení v blízkosti jeho bydliště.

8.8.1. Analýza úrovně řečových modalit

Jednotlivá terapeutická sezení byla zaměřena především na rehabilitování akustické gnozie. Ve velké míře však byla terapie zaměřena na fonemické slyšení.

Pozornost se věnovala i stimulaci pojmenování, porozumění řeči, opakování, stimulaci spontánního řečového projevu a stimulaci lexie.

Spontánní řečový projev je po absolvování terapie fluentní. Obsahuje i nadále fonemické a žargonové parafázie a neologismy. Je schopný tvořit samostatně automatické řady.

Porozumění řeči jednoduchým slovním pokynům nebylo výrazně narušeno, avšak místy byla potřeba sémantická nápověda. Problémy se objevily ve složitějších slovních a logičtějších pokynech. Příkladem je cvičení, kdy měl pacient za úkol vybrat mezi různě barevnými geometrickými tvary, ten, který se požadoval. Úkolu nerozuměl.

Na začátku terapie bylo *opakování* zachováno na úrovni hlásek. Po terapii se zlepšilo a nyní je schopen opakovat slabiky a jednoduchá slova.

Pojmenování se nijak výrazně nezlepšilo. Pacient je stále schopen pojmenovat hlásky a slabiky. Problémy bývají u slov, je proto potřeba použít nápovědu. Přiřazování popisků k obrázkům či předmětům se daří, ale je též nutné využít sémantické nápovědy.

Grafie je realizována pomocí pravé horní končetiny. Stejně jako před terapií, i nyní je schopen čitelného podpisu. Neboť grafie kopíruje parafatický diktát, je též parafatická.

Lexie obsahuje četné parafázie. Problémy činí, jak čtení hlásek, tak čtení slabik či slov. Sám se však snaží opravovat.

Narušeno je též *fonemické rozpoznávání* a *akustická gnozie*. Ze začátku terapie se objevovaly problémy a pacient často opakoval, že neslyší. Poté, co si navykl na logopedův hlas, problémy ustály a byl schopen ukazovat slyšené hlásky, slabiky či celá slova. Problém opět nastal, když terapii vedla autorka a nebyl zvyklý na její hlas. Rychle ho však rozpoznal a odpovídal správně. Při poslední terapii si vyžádal složitější úkoly, které mu nedělaly problémy.

Terapeutické působení vedlo ke zlepšení kvality a srozumitelnosti řečové komunikace. Stále je však narušeno fonemické rozlišování a akustická gnozie, což se projevuje v neschopnosti rozumění slyšené řeči. Stále přetrvává těžký stupeň senzorické afázie.

Logopedem bylo doporučeno pokračovat v domácí terapii a v intenzivní logopedické péči. Dostal kontakty na logopedická pracoviště v místě jeho bydliště. Byl vybaven i terapeutickým materiálem, který může využít při autoterapii se svými rodinnými příslušníky.

Tabulka č. 6 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 5

	Případová studie č. 5
Spontánní řečový projev	<p>Mírné zlepšení</p> <ul style="list-style-type: none"> - fluentní - obsahuje i nadále fonemické a žargonové parafrázie a neologismy - nyní je schopný samostatně tvořit automatické řady
Porozumění řeči	<p>Nezlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - problémy v porozumění složitějším a logičtějším pokynům - nutná sémantická nápověda
Opakování	<p>Zlepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - nejprve zachováno na úrovni hlásek - nyní je schopen opakovat slabiky a jednoduchá slova
Pojmenování	<p>Nelepšilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - stále dokáže pojmenovat hlásky a slabiky - u slov je potřeba použít nápovědu - přiřazování popisků se daří též s nápovědou
Grafie	<p>Nezlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - byl schopna podpisu i před terapií - parafrázie
Lexie	<p>Nezlepšila</p> <ul style="list-style-type: none"> - obsahuje i nadále parafrázie

8.9 Zacielená analýza získaných dat

Tabulka č. 7 Výsledky bodového hodnocení MAST testu

	Případová studie č. 1	Případová studie č. 2	Případová studie č. 3	Případová studie č. 4
CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	54/100 69/100	41/100 53/100	32/100 37/100	21/100 25/100 29/100
INDEX PRODUKCE	28/50 29/50	19/50 27/50	10/50 13/50	5/50 11/50 11/50
INDEX ROZUMĚNÍ	26/50 40/50	22/50 26/50	22/50 24/50	16/50 14/50 18/50

V této tabulce jsou výsledky MAST testu případových studií z Hamzovy léčebny Luže-Košumberk. Jde tedy o případové studie č. 1, 2, 3 a 4. Zde probíhala diagnostika pomocí tohoto testu. Výsledky jsou z počátku a konce terapie.

Je patrné, dle bodového hodnocení, že nejvyšší skóre měla případová studie č. 1. Také u ní došlo k největšímu zlepšení. Celkový jazykový index ukazuje zlepšení o 15 bodů. Index produkce se zlepšil pouze o 1 bod, avšak index rozumění o 14 bodů.

Téměř stejného pokroku dosáhla i případová studie č. 2. Její celkový jazykový index vzrostl o 12 bodů. Zde došlo ke zlepšení právě u indexu produkce. Z původních 19 bodů, vzrostl na 27. Index rozumění vzrostl o 4 body.

U případové studie č. 3 a č. 4 došlo jen k mírnému pokroku. Celkový jazykový index u případové studie č. 3 vzrostl jen o 5 bodů. U případové studie č. 4 o pouhé 4 body. Dokonce u této případové studie nedošlo k žádné změně v oblasti produkce.

Protože tato případová studie již absolvovala pobyt v tomto zařízení, jsou k dispozici výsledky MAST testu z ledna roku 2014. Je zde vidět zlepšení v oblasti produkce. Naopak index rozumění se zhoršil. Z původních 16 bodů klesl na 14.

Lze tedy vyhodnotit, že největšího pokroku z hlediska výsledků MAST testu, dosáhla případová studie č. 1, naopak nejmenšího pokroku dosáhla případová studie č. 4.

Tabulka č. 8 Pokroky u jednotlivých řečových modalit

	Případová studie č. 1	Případová studie č. 2	Případová studie č. 3	Případová studie č. 4	Případová studie č. 5
Spontánní řečový projev	Zlepšil	Zlepšil	Mírné zlepšení	Mírné zlepšení	Mírné zlepšení
Porozumění řeči	Zlepšilo	Zlepšilo	Mírné zlepšení	Mírné zlepšení	Nezlepšilo
Opakování	Zlepšilo	Nezlepšilo	Nezlepšilo	Nezlepšilo	Zlepšilo
Pojmenování	Nezlepšilo	Nezlepšilo	Zlepšilo	Nezlepšilo	Nezlepšilo
Grafie	Zlepšila	Zlepšila	Zlepšila	Nezlepšila	Nezlepšila
Lexie	Nezlepšila	Nezlepšila	Nezlepšila	Nezlepšila	Nezlepšila

U *případové studie č. 1* došlo k výrazným změnám. Zlepšil se spontánní řečový projev, porozumění řeči, opakování a grafie. Pojmenování a lexie zůstala na svém původním stavu.

Nyní je schopen uskutečnit komunikační záměr, čehož před terapií nebyl schopen.

K pozitivním změnám došlo i u *případové studie č. 2*. Zde došlo ke zlepšení spontánního řečového projevu, porozumění řeči a grafie. Opakování, pojmenování a lexie stagnuje.

Případová studie č. 3 vykazuje mírné pozitivní změny. K poměrně mírnému zlepšení došlo ve spontánním řečovém projevu. Jedná se zde spíše o tvoření automatických řad. Mírné zlepšení je viditelné i v porozumění řeči. U pojmenování a grafie došlo ke zlepšení. Opakování a lexie se nezměnila.

U *případové studie č. 4* nedošlo k nijak výraznému zlepšení. V oblasti spontánní produkce došlo pouze k mírnému zlepšení. I zde se jednalo o zlepšení ve tvoření samostatných automatických řad. Mírné zlepšení je vidět i v modalitě porozumění řeči. Opakování, pojmenování, grafie ani lexie nezaznamenala zlepšení.

U *případové studie č. 5* došlo také k mírnému zlepšení v oblasti spontánní produkce. Nejvíce se zlepšilo opakování. Zbylé modality, jako je porozumění řeči, pojmenování, grafie a lexie zůstaly na stejné úrovni jako před zahájením terapie.

Spontánní řečový projev se zlepšil u všech případových studií. Ve třech případech došlo pouze k mírnému zlepšení.

Porozumění řeči se zlepšilo téměř u všech případových studií. Ve dvou případech se jednalo pouze o mírné zlepšení. Jedna případová studie nevykazuje žádné zlepšení.

Ke zlepšení *opakování* došlo u dvou případů. Zbylé tři zůstávají na původní úrovni.

Pojmenování se zlepšilo pouze v jednom případě.

Grafie se zlepšila u tří případových studií. U dvou z nich nedošlo k žádnému zlepšení.

Ani u jedné z případových studií nedošlo ke zlepšení *lexie*.

Nejlepší výsledky vykazuje *případová studie č. 1.*, kde došlo k výrazným změnám téměř ve všech modalitách. Opakem je *případová studie č. 4.*, u které nedošlo k nijak výraznému zlepšení ani v jedné modalitě. Vykazuje pouze mírné zlepšení v oblasti produkce o porozumění řeči.

U žádné z uvedených případových studií nedošlo během prodělané logopedické terapie k výraznému zlepšení zdravotního stavu, tak, aby došlo ke změně původní diagnózy. Všichni pacienti odjížděli se stejnou diagnózou, jako když přijížděli. Došlo však ke zlepšení některých řečových modalit.

Všem je doporučována následná logopedická péče.

8.10 Shrnutí

Praktická část byla zaměřená podrobněji na terapeutické působení, než-li na diagnostiku, neboť se autorka domnívá, že pro přiblížení této problematiky je mnohem přínosnější popis terapeutického působení na osoby s tímto typem afázie.

Výzkum byl realizován ve dvou velkých zařízeních České republiky. Prvním byla Hamzova léčebna Luže-Košumberk, druhým zařízením byly Státní léčebné lázně Janské Lázně.

Práce logopedů se v těchto zařízeních od sebe odlišovala, neboť každý pracoval dle jiné afaziologické školy. Logoped v Hamzově léčebna používal při své práci Bostonskou klasifikaci. Naopak logoped v Janských Lázních pracoval dle Lurijovy klasifikace, která není v našich podmínkách tolik využívána.

Díky tomuto zaměření probíhala odlišně i diagnostika. V Hamzově léčebně se k diagnostikování afázie používal screeningový MAST test, který logoped provedl na začátku i na konci pobytu a následně vyhotovil logopedické zprávy.

Kdežto logoped v Janských Lázních diagnostikoval pomocí Lurijova neuropsychologického vyšetření a zprávu psal pouze výstupní.

Rozdílná byla i délka terapeutického sezení. V Hamzově léčebně trvaly kolem půl hodiny. V Státních léčebných lázních Janské Lázně převážně hodinu.

Obě zařízení se při terapii afázie zaměřovaly na spontánní řečový projev, porozumění řeči, pojmenování, opakování a též na grafii a lexii.

V Janských Lázních byla navíc věnována pozornost i akustické gnozii a především fonematickému rozlišování, které je u osob s percepční afázií narušené.

V praktické části bakalářské práce byl popsán průběh terapií u pěti případových studií. Následně došlo k porovnání jednotlivých řečových modalit u každé případové studie. Pozornost byla věnována spontánnímu řečovému projevu, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Též se zaměřovala na úroveň grafie a lexie.

Pro přehlednost byla u každé případové studie vytvořena tabulka s těmito modalitami a zhodnocením, zda došlo ke zlepšení či nikoliv.

Následně byly výsledky z těchto tabulek porovnány mezi sebou a bylo zhodnoceno, které modalitty dosáhly největšího zlepšení a naopak. Došlo i k vyhodnocení, která případová studie dosáhla největšího pokroku.

Závěr

Cílem bakalářské práce byla analýza diagnostické a především terapeutické intervence u osob s percepční afázií.

Dílčím cílem práce byla analýza úrovně řečových modalit u jednotlivých případových studií a porovnání úrovně řečových modalit všech případových studií.

Práce byla členěna do 8 kapitol. V teoretické části byly shrnuty poznatky o afázii. Zabývala se též etiologií, symptomatologií, klasifikací, prognózou, diagnostikou a terapií afázie.

Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativně zaměřeného šetření s využitím kazuistických studií a pozorování.

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou v Hamzově léčebna Luže-Košumberk a ve Státních léčebných lázních Janské Lázně.

Byl popsán průběh jednotlivých terapií a následně došlo ke zhodnocení úrovně řečových modalit jednotlivých případových studií. Pro přehlednost byly vytvořeny u každé studie tabulky, které popisovaly jednotlivé řečové modalit.

Z těchto tabulek byla vytvořena další tabulka, která obsahovala informace o tom, zda došlo ke zlepšení v dané modalitě či nikoliv.

Výsledky ukazují, že u žádné z prezentovaných případových studií nedošlo během prodělané logopedické terapie k výraznému zlepšení zdravotního stavu, tak, aby došlo ke změně původní diagnózy. Všichni pacienti odjízděli se stejnou diagnózou, jako když přijížděli. Došlo však ke zlepšení některých řečových modalit.

U všech případových studií došlo, ať již k mírnému nebo většímu pokroku ve spontánním řečovém projevu. Naopak ani u jedné nedošlo ke zlepšení lexie.

Použitá literatura

BÖHM, J. 2002. Kraniocerebrální traumata. In: NEVŠÍMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA, E.; TICHÝ, J. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, Kapitola 20. s. 163–170. ISBN 80-7262-160-2.

CODE, CH. 2011. Significant Landmark in the History of Aphasia and Its Therapy. In: LAPOINTE, L. L. *Aphasia and related neurogenic language disorders*. 4. vyd. New York: Thieme, Kapitola 1. s. 1–22. ISBN 978-1-60406-261-8.

CSÉFALVAY, Z. 2003. Diagnostika afázie. In: LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, Kapitola 6, s. 202–236. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Z. 2005. Terapie afázie. In: LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, Kapitola 6, s. 203–238. ISBN 80-7178-961-5.

CSÉFALVAY, Z. 2007. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, 175 s. ISBN 978-80-7367-316-1.

ČECHÁČKOVÁ, M. 2007. Získané organické poruchy řečové komunikace. In: ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, Kapitola 12, s. 147–206. ISBN 978-80-7367-340-6.

DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník*. 3. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd., Praha: Portál, 797 s., ISBN 978-80-7367-686-5.

JIRÁK, R. 2009. Úvod. In: JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. a kolektiv. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, Kapitola 1. s. 11–12. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALINA, M. 2004. Akutní stavy v neurologii. In: AMBLER, Z.; BEDNAŘÍK, J.; RŮŽIČKA, E. a kolektiv. *Klinická neurologie I. část obecná*. 2. vyd. Praha: Triton, Kapitola 30, s. 877–902. ISBN 80-7254-556-6.

KALVACH, P. 2010. Epidemiologie cerebrovaskulárních onemocnění. In: KALVACH, P. a kolektiv. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, Kapitola 1, s. 13–24. ISBN 978-80-247-2765-3.

KÁŠ, S. 1997. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 338 s. ISBN 80-7169-339-1.

KIML, J. 1969. *Afasie a reedukace řeči*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. 236 s. Bez ISBN.

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

KOUKOLÍK, F. 2000. *Lidský mozek: funkční systémy, norma a poruchy*. 1. vyd. Praha: Portál, 360 s. ISBN 80-7178-379-X.

KŘOVÁČKOVÁ, B.; SKUTIL, M. 2011. Vybrané metody a designy sběru dat. In: SKUTIL, M. a kol., *Základy pedagogicko- psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vyd., Praha: Portál, Kapitola 5. s. 79–126. ISBN 978-80-7367-778-7.

KULIŠŤÁK, P. 2003. *Neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 336 s. ISBN 80-7178-554-7.

LOVE, R. J.; WEBB, W. G. 2009. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. 1. vyd. Praha: Portál, 376 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

LURIJA, A. R. 1982. *Základy neuropsychologie*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 405 s. Bez ISBN.

MIKEŠOVÁ, V. 2007. Diagnostika a terapie afází v koncepci Lurijovy neuropsychologické školy. In: NEUBAUER, K. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. 1. vyd. Praha: Portál, Kapitola 11. s. 175–215. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, K. 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. 1. vyd. Praha: Portál, 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, K. 2014. Poruchy individuálního jazykového systému. In: NEUBAUER, K.; DOBIAS, S. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, Kapitola 3. s. 74–113. ISBN 978-80-7435-518-9.

PFEIFFER, J. 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

RŮŽIČKA, E.; BEDNAŘÍK, J. 2004. Poruchy řeči. In: AMBLER, Z.; BEDNAŘÍK, J.; RŮŽIČKA, E. a kolektiv. *Klinická neurologie I. část obecná*. 2. vyd. Praha: Triton, Kapitola 9, s. 443–468. ISBN 80-7254-556-6.

SOVÁK, M. 1978. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 464 s. Bez ISBN.

TROUSIL, M; JAŠÍKOVÁ, V., 2015. Úvod do tvorby odborných prací. 2. vyd., Hradec Králové: Gaudeamus, 240 s., ISBN 978-80-7435-542-4.

WHO. 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 199 s. ISBN 80-247-0592-3.

Použité internetové zdroje

KOŠŤÁLOVÁ, M. *Afázie* [online]. c2015, [cit. 2015–03–05]. Dostupné z:
<<http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--afazie>>

KOŠŤÁLOVÁ, M. *Screening afázie: MAST cz* [online]. c2015, [cit. 2015–03–06].
Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>>

NAKASE-THOMPSON, R. *Introduction to the Mississippi Aphasia Screening Test*
[online]. c1998–2012, [cit. 2015–03–06]. Dostupné z:
<<http://www.tbims.org./combi/mast/index.html>>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Bostonský klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů	23
Tabulka č. 2 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 1	50
Tabulka č. 3 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 2	61
Tabulka č. 4 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 3	72
Tabulka č. 5 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 4	80
Tabulka č. 6 Analýza úrovně řečových modalit u případové studie č. 5	87
Tabulka č. 7 Výsledky bodového hodnocení MAST testu	88
Tabulka č. 8 Pokroky u jednotlivých řečových modalit	89

Seznam příloh

Příloha A– Ukázka nácviku grafomotoriky č. 1 u případové studie č. 2

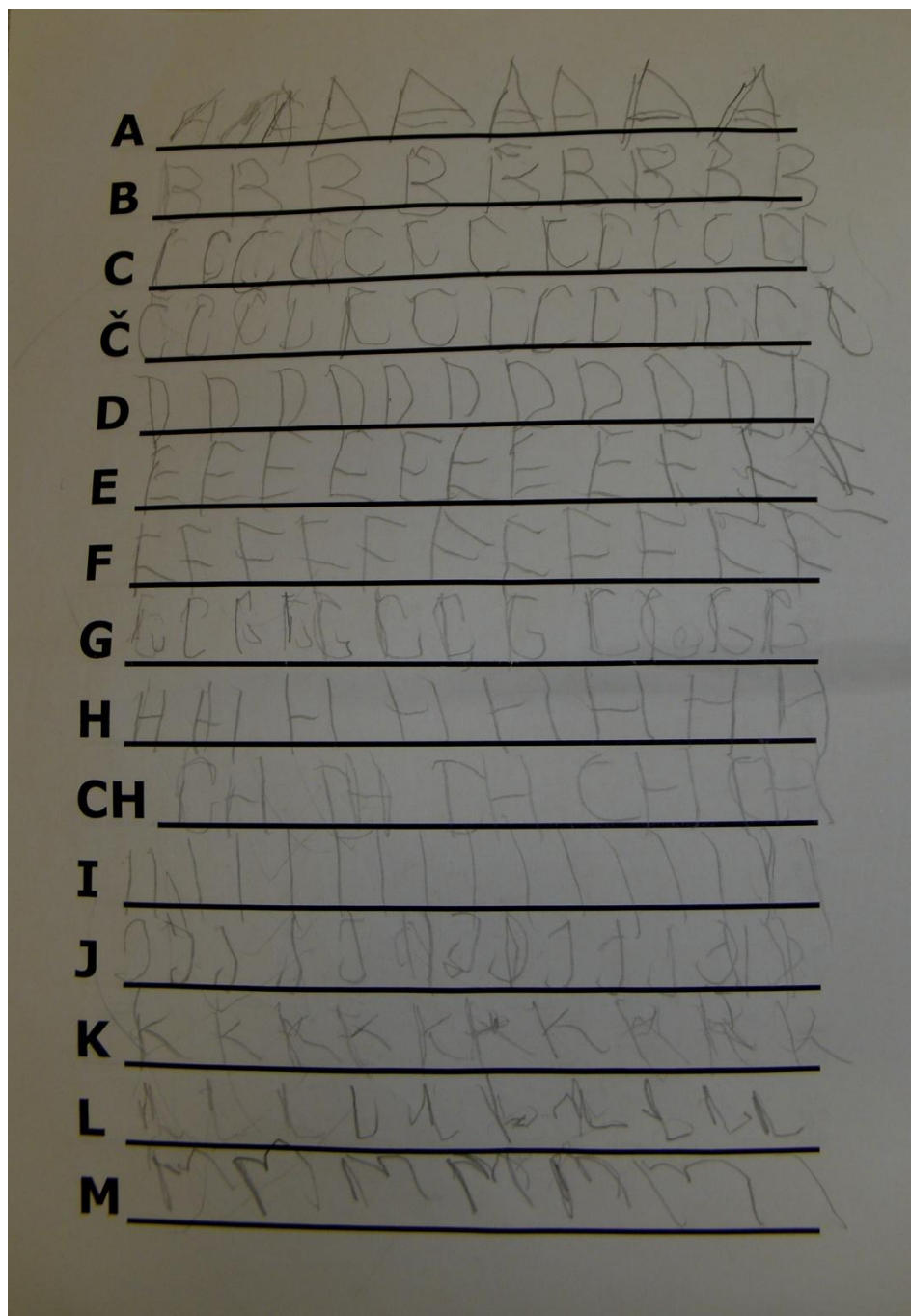
Příloha B– Ukázka nácviku grafomotoriky č. 2 u případové studie č. 2

Příloha C– Ukázka nácviku grafomotoriky č. 3 u případové studie č. 2

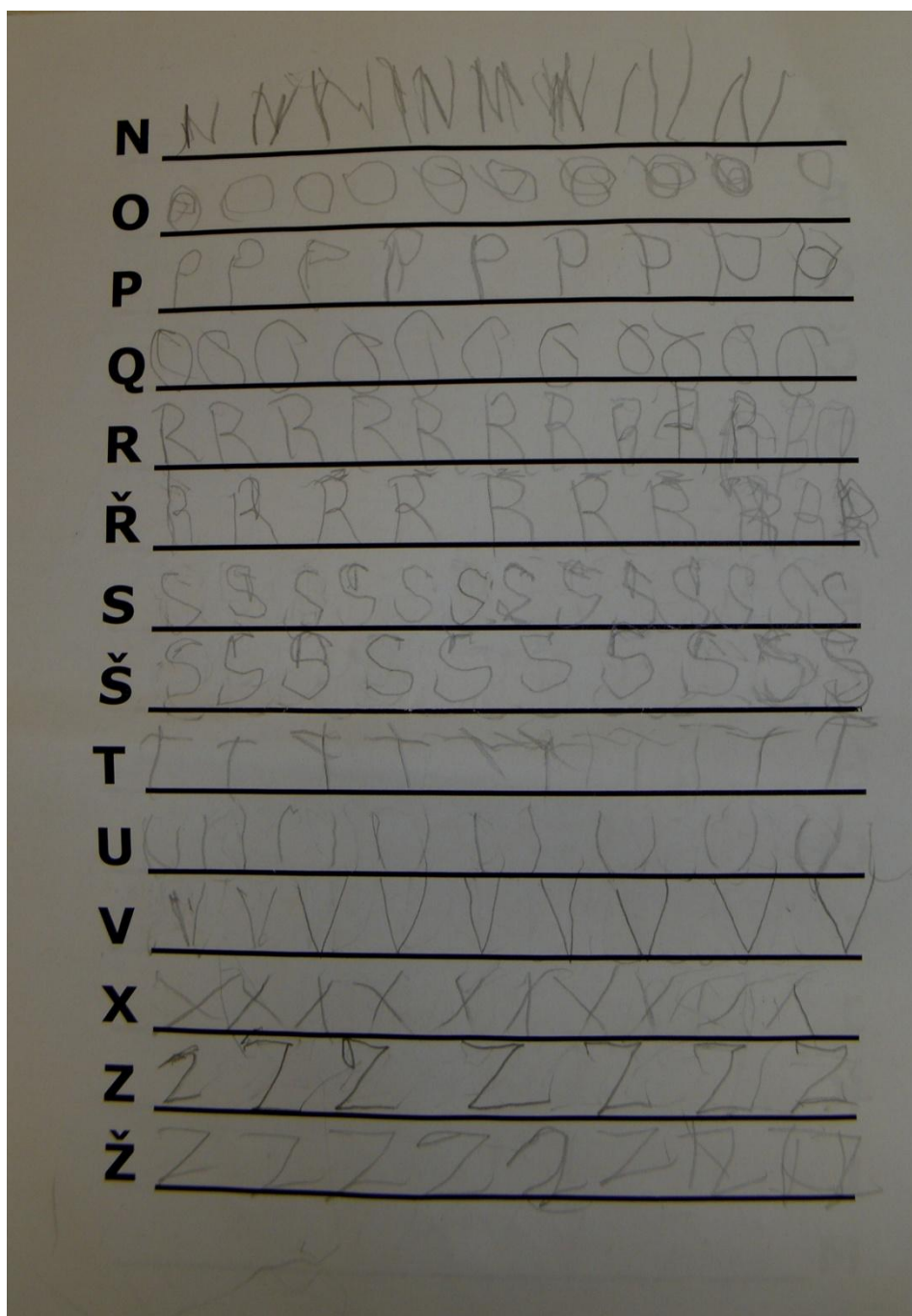
Příloha D– Ukázka nácviku grafomotoriky č. 3 u případové studie č. 2

Příloha E– Pokyny k domácí autoterapii u případové studie č. 5

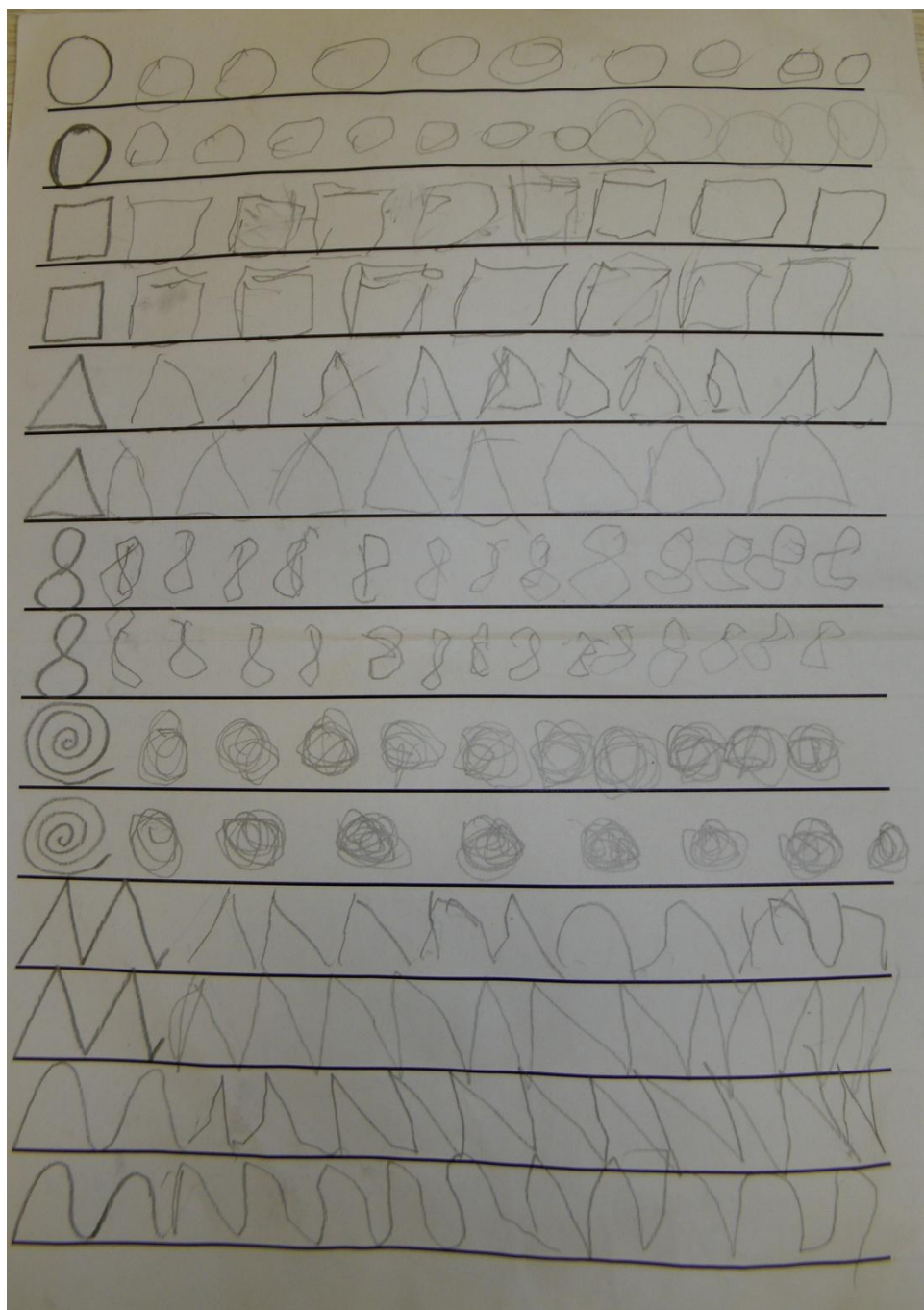
Příloha A– Ukázka nácviku grafomotoriky č.1 u případové studie č. 2



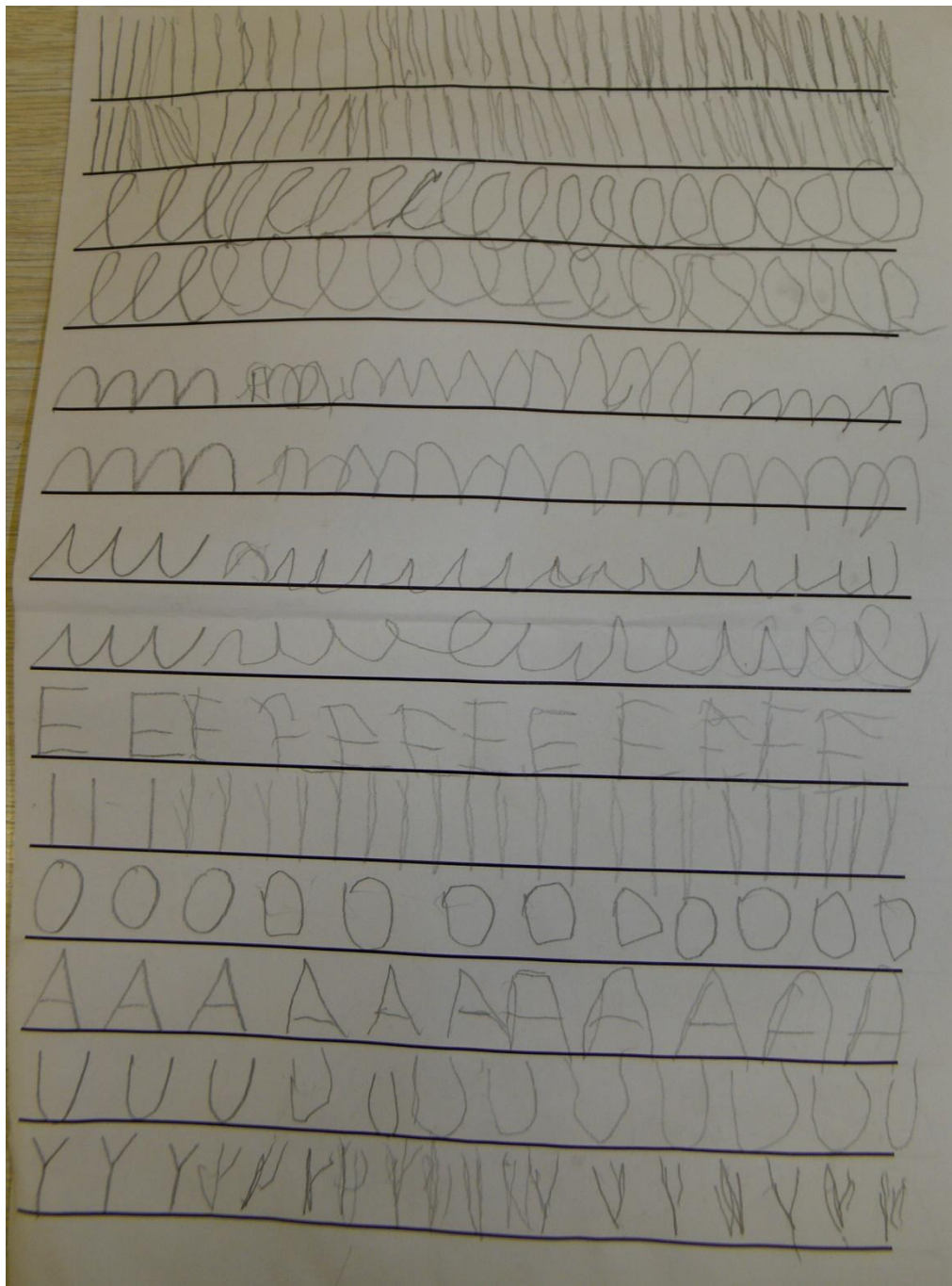
Příloha B– Ukázka nácviu grafomotoriky č. 2 u případové studie č. 2



Příloha C – Ukázka nácviku grafomotoriky č. 3 u případové studie č. 2



Příloha D– Ukázka nácviku grafomotoriky č. 4 u případové studie č. 2



Příloha E– Pokyny k domácí autoterapii u případové studie č. 5

Co dělat doma, pane [REDACTED]

1. Skládejte puzzle, kostky, stavebnice, hrajte pexeso, karty, dámu atp.
2. Luštěte osmisměrky, sudoku, bludiště.
3. Cvičte střídání dvojic nastavení obličej (viz papír Orálně-motorické sekvence).
4. Vystříhnete písmena abecedy. Před pana [REDACTED] partner položí několik písmen (asi 6) a nechá ho písmena přečíst. Partner poté vyslovuje jednotlivá písmena v náhodném pořadí; pan [REDACTED] ukáže slyšené písmeno a opakuje nahlas.
5. Totéž provádějte se slabikami. (Nastříhejte množství slabik ze dvou písmen, např. BA, DE, AC; ze tří písmen MEK, BIC, JAF...)
6. Stejně jako u předchozích cvičení partner vyloží před pana [REDACTED] několik předmětů (postupně čím dál více) a pan [REDACTED] ukazuje předměty, které partner pojmenuje (postupně i dva najednou, např.: „Ukaž lžici a klíč.“). Později bude dobré zařadit i více předmětů stejného typu – např. červenou a zelenou pastelku, velký a malý klíč atp... Partner postupně říká dvojice i trojice předmětů (např. „Ukaž malý knoflík a zelený špendlík.“)
7. Partner pojmenovává věci v místnosti a pan [REDACTED] je musí ukázat. („Ukaž, kde je strop, radiátor, vlasy, květináč...“)
8. Pan [REDACTED] ať opakuje partnerem vyslovovaná písmena, slabiky, slova.
9. Sežeňte si množství obrázků (zvířat, předmětů, činností, čehokoli). Partner jeden z obrázků panu [REDACTED] předloží (ale sám nesmí vědět, co na obrázku je). Úkolem pana [REDACTED] je jakýmkoli způsobem dát partnerovi nájevo, co je na obrázku.
10. Čtete nahlas, pane [REDACTED].
11. Přiřazujte popisky k obrázkům.
12. Držte se a pokračujte v logopedii, protože tyhle návody jsou pro současný stav a nejbližší vývoj, později bude nutné postupovat zase trochu jinak.