KLÁRA ŠÁRKOVÁ
IV. ročník – prezenční studium

Obor: Logopedie

RODINA JAKO FACILITAČNÍ ČINITEL
PŘI REEDUKACI OSOB S AFÁZIÍ

Diplomová práce

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

OLOMOUC 2011
Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne 8. dubna 2011

……………………………
vlastnoruční podpis

Klára Šárková
# OBSAH

## ÚVOD

- Úvodní rozměry a cíl práce ............................................................................................................. 6

## 1. RODINA

- 1.1 Terminologické vymezení rodiny a pojmů souvisejících.......................................................... 9
- 1.2 Rodina jako systém..................................................................................................................... 11
- 1.3 Funkce rodiny a její klasifikace.................................................................................................. 12
- 1.4 Strategie zvládání zátěže v rodině.............................................................................................. 15

## 2. AFÁZIE

- 2.1 Terminologické vymezení a definice afázie............................................................................... 17
- 2.2 Etiologie afázie.......................................................................................................................... 19
- 2.3 Symptomatologie afázie............................................................................................................. 24
- 2.4 Klasifikace a průběh afázie........................................................................................................ 27
- 2.5 Diagnostika a diferenciální diagnostika...................................................................................... 33
  - 2.5.3 Speciální testy afázie ............................................................................................................. 38
  - 2.5.4 Klinické vyšetření.................................................................................................................. 39
  - 2.5.5 Diferenciální diagnostika....................................................................................................... 43
- 2.6 Terapie afázie............................................................................................................................. 44
  - 2.6.1 Terapie afázie v akutním a chronickém stadiu....................................................................... 45
  - 2.6.2 Terapeutické směry.............................................................................................................. 47
    - 2.6.2.1 Kognitivně-neuropsychologický přístup......................................................................... 47
    - 2.6.2.2 Pragmaticky orientovaná terapie ...................................................................................... 49
    - 2.6.2.3 Psychosociální přístup..................................................................................................... 51
    - 2.6.2.4 Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie......................................... 51
  - 2.6.3 Formy terapie afázie............................................................................................................. 52

## 3 VLASTNÍ ŠETŘENÍ

- 3.1 Cíl práce...................................................................................................................................... 56
- 3.2 Metody šetření........................................................................................................................... 56
  - 3.2.1 Dotazník pro logopedy.......................................................................................................... 57
  - 3.2.2 Pozorování............................................................................................................................ 60
- 3.3 Analýza výsledků ....................................................................................................................... 61
  - 3.3.1 Analýza výsledků dotazníků pro logopedy.......................................................................... 61
  - 3.3.2 Případové studie.................................................................................................................... 81
    - 3.3.2.1 Případová studie č. 1........................................................................................................ 81
3.3.2.2 Případová studie č. 2 ................................................................. 82
3.3.2.3 Případová studie č. 3 ................................................................. 83
3.3.3 Analýza výsledků pozorování ...................................................... 84
ZÁVĚR ........................................................................................................... 86
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ............................................................ 87
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .................................................... 89
SEZNAM PŘÍLOH ......................................................................................... 92
  Příloha č. 1 ............................................................................................... 93
ÚVOD

„Afázie je postižení schopnosti jazykové produkce a percepce, jež vzniká na základě získaného poškození centrálního nervového systému. Je to multimodální porucha, která se může projevovat roznmitými obtížemi v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní. Takto narušený jazyk může být ovlivněn fyziologickými deficity nebo narušením kognice, avšak nelze jej vysvětlovat demencí, smyslovou nebo motorickou poruchou“
(Rosenbek a kol. in Love, Webb, 2009, s. 235).

Toto onemocnění nezasahuje pouze komunikační schopnost pacienta, ale celou jeho osobnost – zejména pak psychiku. Stále častěji se s tímto narušením komunikační schopnosti setkáváme u mladých lidí, u nichž zhoršená možnost komunikace, která je klíčovým prostředkem sociální interakce, může vést nejen k narušení sociálních kontaktů (jako je tomu i u osob starších), ale dokonce ke ztrátě zaměstnání, což může mít dopad na socioekonomické postavení celé rodiny. I toto může být, podle mínění autorky diplomové práce, důvod, proč je afázie stále aktuálním tématem.

Diplomová práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. Teorie se skládá ze dvou kapitol Rodina a Afázie. Záměrem první z nich je vymezení pojmů souvisejících s rodinou, její funkcí a klasifikací a dále pak přibližení strategií zvládání zátěžových situací v rodině. Ve druhé části se pokusíme alespoň o částečné shrnutí dosavadních poznatků o afázií a to v oblastech týkajících se terminologie, etiologie, symptomatologie, klasifikace a terapie tohoto onemocnění.

Praktická část diplomové práce má charakter kvantitativního výzkumného šetření a jejím cílem je zmapování a zhodnocení spolupráce logopedů a rodin osob s afázií v procesu reedukace a vlivu účasti rodin osob s touto narušenou komunikační schopností v procesu reedukace. Chceme zjistit, zda logopedi v ČR zapojují členy rodiny do terapie osob s afázií, považují-li tuto spolupráci za přínosnou a ve které oblasti. Mají-li rodiny osob s afázií o spolupráci na reedukaci příslušníka rodiny vůbec záměr a je-li tento zájem ovlivněn i pohlavím. Dále pak v jakém stádiu onemocnění je podle jejich názoru zapojení rodiny do tohoto procesu nejvhodnější, jakým způsobem se roduina osoby s afázií může podílet na terapii těchto osob, doporučují-li logopedi i spolupráci s jinými odborníky, jaký typ terapie považují
z hlediska své praxe pro osoby s afázií za nejpřínosnější a dostupnost možnosti skupinové terapie pro osoby s afázií a jejich rodiny.
I. TEORETICKÁ ČÁST
1. RODINA

1.1 Terminologické vymezení rodiny a pojmů souvisejících


„Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.“ (Kramer, 1980 in Sobotková, 2007, s. 24).

Rodina je skupina, která „jednotlivci umožňuje, aby v ní nalézal oporu, ztotožňoval se s ní, zároveň mu dává svobodu k tomu, aby si buďval a zachovával svou osobní odlišnost. Život v rodině se pohybuje mezi pólem sdílení a chráněného soukromí“ (Matoušek, 1993, s. 71).

Dvořák (2007, s. 172) definuje rodinu takto: „Malá společenská skupina založená na manželství či pokrevním příbuzenství a odpovědností a vzájemné pomoci, v širším pojetí zahrnuje příbuzenstvo. Je nenahraditelná zejména pro psychologický vývoj dítěte, pokud plní základní funkce v oblasti biologické, psychické, emocionální a sociální.“

Definování rodiny však nemůžeme vyčlenit od ostatních, s tímto pojmem úzce souvisejících, termínů. Proto následně uvedeme několik z nich.

Adaptabilita se týká rozsahu flexibility a schopnosti rodinného systému měnit svou strukturu moci, role a pravidla vztahů v závislosti na vývojovém stresu (krize ve vývojovém cyklu rodiny) a situacem stresu (nepředpokládaná zátěž působící na celou rodinu – např. vážné onemocnění některého z členů rodiny). Podle Sobotkové (2007) míra adaptability velmi úzce souvisí s mírou otevřenosti nebo uzavřenosti rodinného systému.

Autonomie je podmínkou maximální možné nezávislosti a minimální omezování aktivit jednotlivých členů rodiny. Rozumná míra autonomie je podstatnou podmínkou zdravého vývoje osobní identity.

Hranice – neviditelná linie mezi jednotlivými členy rodinného systému. Funkční rodina by hranice měla mít jasně vymezené a všichni její členové by ji měli respektovat.
Koalice vyjadřuje spojenectví mezi jednotlivými členy rodiny. Může být funkční – pevné spojenectví, které je ale otevřené dalším vazbám, jež jsou rovnocenné bez preferování některých z nich. Opakem koalice funkční je koalice dysfunkční, kam řadíme tyto: schizmatická – relativně stálá či chybějící manželská koalice, ale silné spojenectví napříč generacemi; asymetrická – jeden člen je poněkud izolován od ostatních, kteří tvoří velmi pevné vazby; generální – manželé na jedné straně a děti na straně druhé tvoří samostatné přirozené koalice, mezi nimiž může dojít až ke generální propastí; pseudodemokratická – všechny vztahy a komunikační kanály mají zdánlivě stejný význam, ale ve skutečnosti tomu tak není; totální koalice – jde o případ rodin s propletenými těsnými vazbami, kde jednání a pocity jednoho člena zasahují ostatní členy rodiny (Sobotková, 2007).

Langmeier, Balcar, Špitz (2000) uvádí, že diagnosticky a terapeuticky důležitými případy vazeb jsou alliance (vztah spojenectví, v němž jednotliví členové sledují svou činnost společný zájem) a koalice (spojenectví dvou osob, které je zároveň namířeno proti zájmu jiného člověka).

Koheze je soudržnost představující síly, jež udržuje vztah pohromadě. „Ve funkčních rodinách je zdravá soudržnost vyvažována adekvátní osobní autonomií členů rodiny“ (Sobotková, 2007, s. 37).

Komplementarita vypovídá o vzájemné sluchitelnosti členů rodiny a o tom, jak se vzájemně doplňují ve svých potřebách, vlastnostech a schopnostech (in ibid).


Rodinnou identitu můžeme chápat jako subjektivní aspekt rodinné celistvosti. Je to kognitivní a emocionální „my“ dané rodiny. Představuje zachovávání jistých hodnot, spojenectví při řešení problémů adaptace, vzájemně doplňování se v procesu uskutečňovaných rodinných rolí. Zahrnuje pocit blízkosti, souhlasitosti, projevy zájmu a vřelosti, souvisí s kohezi. Druhé pojetí tohoto pojmu je rodinná stabilita, která udržuje rodinnou identitu v čase, zajišťuje kontrolu nad konflikty a schopnost rodiny se měnit a vyvíjet (in ibid).

Rodinná interakce jsou systémově založené, dynamické způsoby komunikace mezi členy rodiny a to, jak se k sobě tito členové navzájem vztahují. Bylo odhaleno šest primárních
teoretických dimenzí, které jsou bipolární a rozlišují mezi „normálními“ a „dysfunkčními“ rodinami. Patří sem dominance (souvisí se strukturou moci); city (emocionální reakce a vztahy); komunikační dovednosti (jasnost, přímost, soulad verbální složky řeči s neverbální složkou řeči); výměna informací a instrumentální chování při řešení problémů; konflikt jako stupeň otevřené tenze v rodinné interakci; podpora, pečování, respekt, porozumění, ocenění (Sobotková, 2007).

1.2 Rodina jako systém


Kantor a Lehr (in Sobotková, 2007) shrnují základní charakteristiky rodinného systému takto:

- Rodinné systémy jsou organizačně složité, vytváří sítě vzájemně propojených vztahů. Složky tohoto systému nejsou neměnné, fixní ani chaotické a vztahy mezi nimi jsou cirkulární (vzájemně se ovlivňující).
- Rodinné systémy jsou otevřené a tuto otevřenost podmiňuje životaschopnost systémů, schopnost reprodukce či kontinuity nebo schopnost změny.
- Rodinné systémy jsou adaptabilní a vyvíjejí se na základě reakcí na podněty vnějšího i vnitřního původu (mechanismus zpětného vlivu).
- Rodinné systémy zajišťují průběžnou informační výměnu


Každý rodinný systém se skládá z několika subsystémů, z nichž nejpodstatnějšími jsou podle Sobotkové (2007) manželský (partnerský), subsystém rodič – dítě a sourozenec.
Manželský subsystém je podle této autorky základní a hraje hlavní roli ve všech vývojových stadiích živototního cyklu rodiny. Fungování rodiny tedy do jisté míry závisí i na schopnosti muže a ženy vytvořit vytvořit dobře fungující vztah. Důležitým poznatkem v těchto vztahových vazbách je to, že porucha v jednom prvku, v jedné části se nutně projeví ve funkci celku (Matějček, 1992).


Rodina si vnější vztahy vytváří na základě své koncepce sociální skutečnosti. O tom, jak rodina buduje a udržuje své přesvědčení o povaze sociální reality píše Reiss (in Matoušek, 1993). Pro soubor těchto přesvědčení užívá termín paradigm, kterým označuje nevyslovené a přitom nezpochybněné předpoklady vysvětlující povahu mimočlového společenského prostředí.

Reiss rozlišuje tři dimenze rodinného paradigmatu: Konfigurace – vyjadřuje, do jaké míry rodina považuje své prostředí jako předvidatelné, přehledné strukturované a nakolik je schopná odkrývat v sociálním světě pravidelnosti, jež vysvětlují podstatné události. Druhou dimenzí tohoto paradigmatu je koordinace, což je parametr vyjadřující, jakým způsobem se rodina cítí být vnímána svým okolím (sebepojetí rodiny, její prestiž). Třetí a poslední dimenzi je uzavřenost udávající rovnováhu mezi otevřeností rodiny novým zkušenostem a uchováváním rodinných tradic (Sobotková, 2007).

1.3 Funkce rodiny a její klasifikace

Rodinné fungování je způsob, jakým rodina plní své funkce. Pettersonová (in Sobotková, 2007) dělí základní funkce rodiny na: začleňování jedince do hodnotové struktury (poskytuje pocit sounáležitosti, ovlivňuje osobní identitu, smysl a zaměření života);
ekonomická podpora (zajišťování základních i rozvojových potřeb členů rodiny); péče, výchova, socializace (umožňuje biopsychosociální a duchovní vývoj dětí i dospělých, zprostředkovává sociální hodnoty a normy); ochrana zranitelných členů (mladých, nemocných, handicapovaných či starých nebo na ostatních různou měrou závislých).

Podle Saubera (in Sobotková, 2007) se fugování rodiny měří podle schopností fungovat v těchto následujících oblastech: osobní (spokojenost členů se svou pozicí a rolí v rodině); manželské, resp. partnerské (spokojenost v sexuální oblasti, vzájemný soulad); rodičovské (odpovědnost za výchovu dětí a pocit obohacení z rodičovské role); socioekonomické (ekonomická úroveň rodiny i sociální začlenění).

Grecmanová a kol. (2002) uvádí tyto funkce rodiny:

- **Biologická – erotická (reprodukční)** spočívá v zajišťování reprodukce lidského rodu, ve vytvoření podmínek pro zdravý biologický vývoj členů rodiny (především dětí). Řeší např. otázky sexuálního života manželů (partnerů), svobodného rozhodnutí o počtu dětí, zdravou výživu, tělesné aktivity a zdraví celkově.

- **Ekonomická – zabezpečovací** prezentuje podíl členů rodiny na společenském výrobním procesu (zaměstnanost) a zabezpečování materiálních podmínek a potřeb členů rodiny. Rodiče nesou zodpovědnost za hmotné zajištění svých dětí a v případě, že rodiče nemohou své děti ekonomicky zabezpečit, pomáhá stát s různými sociálními příspěvky, daňovými úlevami apod.

- **Emocionální** se zakládá na intenzivní citové vazbě mezi jednotlivými členy rodiny a tvoří tak láskyplné a životním optimismem naplněné rodinné prostředí. Jelikož žádná jiná instituce nedokáže vytvořit podobné citové zázemí, je tato funkce nezastupitelná a zásadní. Členové rodiny by k sobě měli přistupovat se vzájemnou důvěrou, odpovědností, vyrovnaností a snažit se o spolupráci. Takto může rodina uspokojovat potřebu bezpečí a soukromí, souhlasí s tím, že spolu s funkcí výchovnou se často řadí k šířce pojmuté funkci socializační.

- **Výchovná** znamená cílené, záměrné a dlouhodobě působení rodiny na své členy (zejména pak děti) v souladu s jejich individuálními potřebami a společenskými zájmy. Tak dochází ke všestrannému formování těchto členů, které má adaptační a anticipační charakter.

- 13 -
„Kvantitativní a kvalitativní naplnění těchto funkcí je závislé na společenských podmínkách a na rodinné struktuře“ (Grecmanová a kol., 2002, s. 11).

Podle zahraničních studií např. Greeff (in Sobotková, 2007) kvalitu rodinného fungování podstatně ovlivňují tyto faktory: spokojenost jednotlivých členů s rodinným životem, resp. s úrovní rodinné soudržnosti a adaptability; dovednosti a schopnosti řešit konflikty a problémy v partnerském vztahu, aby bylo dosaženo oboustranné spokojenosti; flexibilita a soulad partnerů ohledně volného času; pozitivní postoj k sexualitě a spokojenost se způsobem vyjadřováním cítů; spokojenost s uspokojováním vlastních potřeb a zájmů; efektivní komunikace mezi partnery a volný tok informací; rodinné síly (loajalita a důvěra, víra v to, že členové rodiny spolu překonají i případné krize a těžké doby); dobré vztahy s širší rodinou a přáteli – kvalitní sociální opora.

V současné době se můžeme setkat s rodinou jako se zdrojem opory, soudržnosti a ohromné síly – tzv. zdravá rodina (Grecmanová a kol., 2002). „Funkční rodina úspěšně řeší problémy, je v ní příznivé emocionální klima a dochází ke stálému vyrovnávání vztahů v souladu s životním cyklem jejich členů“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 504). Bohužel může existovat také rodina, která je problémová, nezajišťuje svým členům uspokojování základních potřeb. V takovém případě mluvíme o rodině dysfunkční (Grecmanová a kol., 2002). V dysfunkční rodině jsou narušené vztahy nebo komunikace a členové takovéto rodiny si nedokáží být blízcí, svěřovat se a vzájemně se otevřít (Hartl, Hartlová, 2010). Tito autoři dále ještě definují rodinu nefunkční, která selhává v plnění základních funkcí, nezajišťuje výchovu dětí, neposkytuje pocit bezpečí ani svým členům ani rodině jako celku.


Další možné dělení je z hlediska členů rodiny, které do ni zařazujeme. Nukleární (jaderná) rodina zahrnuje pouze matku, otce a děti. Do širší rodiny patří početná skupina lidí, jež jsou vázáni pokrevními pouty, rodinnými tradicemi, postoji, rysy, jazykem. Zpravidla sem řadíme prarodiče, strýce, tety, bratrance a sestřenice (Hartl, Hartlová, 2010).

Z hlediska vaze a jejich narušení můžeme rozdělit rodinu na úplnou, neúplnou, obnovenou a smíšenou. Úplná rodina je tvořena dvěma rodiči a jejich dítětem, popř. dětmi. V neúplné rodině chybí jeden z rodičů, ať následkem rozvodu, rozchodu nebo úmrtí jednoho z nich. V obnovené rodině má dítě (děti) po předchozím rozpadu opět oba rodiče. Pokud
jeden z rodičů nebo oba žili již v jiném manželství případně mají dítě (děti), které do stávající rodiny přivedli, nazýváme takto vzniklou rodinu smíšenou (Hartl, Hartlová, 2010).

1.4 Strategie zvládání zátěže v rodině

Dallos (in Sobotková, 2007, s. 26): „Rodiny se musí postupně přizpůsobovat změnám, které přináší rodinný životní cyklus, aby zvládaly různé životní úkoly. V každé rodině se vyvíjí specifické způsoby zvládání úkolů a řešení problémů. Tyto pokusy o řešení jsou ovlivněny systémem přesvědčení a názorů, které zastávají jednotliví členové rodiny i rodina jako celek.“


Sobotková (2007) uvádí strategie rodiny, jejímiž autory jsou McCubin a Thomson:

- Strategie zaměřená na snižování nároků v rodině (např. při rozhodnutí o umístění člena rodiny v terminálním stádiu nemoci do hospicové péče)
- Strategie zaměřená na získávání dalších zdrojů (zajištění pečovatelské služby chronicky nemocnému členu rodiny)
- Strategie zaměřená na průběžné zvládání tenze v rodině (vhodné užití humoru, posezení a zábava s přáteli, fyzické cvičení)
- Strategie zaměřená na hodnocení situace a pochopení jejího významu (sdílení názoru, že určité rozhodnutí je za daných okolností nejlepší)
Se strategiemi zvládání zátěžových situací v rodině souvisí i tzv. **resilience rodiny**, což je vlastnost rodiny, která ji umožňuje udržet si zavedené vzorce fungování, i když je konfrontována s rizikovými faktory (elasticita rodiny). Dále se sem řadí schopnost rodiny rychle se zotavit z krize nebo z přechodné události, která vyvolala změny v rodinném fungování (Sobotková, 2007).

„Narušený rodinný systém, zatížený nebo ohrožený kritickou událostí má tendenci se znovu stabilizovat a obnovit svou funkci, reparovat se třeba i za cenu určitých obětí. Jde jen o to, aby tyto oběti neznamenaly obětování některého člena subsystému rodiny“
(Matějček, 1992, s. 36).
2. AFÁZIE

2.1 Terminologické vymezení a definice afázie


"Afázii je možné nejsnáze definovat jako poruchu již vybudované řeči, která vznikla následkem ložiskového poškození mozku“ (Cséfalvay, 1996, s. 13). Předpona a- značí v české terminologii, že jde o poruchu získanou, na rozdíl od předpony dys-, která vyjadřuje fakt, že se jedná o poruchu vývojovou. V odborné literatuře, zejména anglických autorů, se často užívá těchto předpon jako vyjádření míry poruchy, v tomto případě tedy dys- značí částečnou ztrátu schopnosti a a- ztrátu úplnou (in ibid).


"Podmínkou neporušených kognitivních funkcí je určitá úroveň vědomí a dostatečná činnost vyšších kortikálních i subkortikálních funkcí“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 148).
Afázie je získaná porucha jazykových procesů, jeho receptivních a expresivních modalit, které vznikají při poškození oblastí mozku odpovědných za jazykové funkce“ (Davis in Cséfalvay, Traubner, 1996, s. 15).

Lurija (in Cséfalvay, Traubner, 1996, s. 15) definuje afázi jako „systémové narušení řeči, jež vzniká při organických poškozeních mozku, zasahující rozličné úrovně organizace řeči. Toto poškození ovlivňuje vztah řeči k ostatním psychickým funkcím, vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka a narušuje především komunikační funkci řeči. Jde o poruchu s interpsychickými a intrapsychickými následky.“

Cséfalvay (1996) uvádí: „Afázie vzniká při ložiskovém poškození mozku jako následek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka“ (s. 15). Charakterizuje také podstatné atributy afázie a to takto: „jde o získané narušení komunikační schopnosti zasahující všechny modality řeči (expresivní, receptivní, psanou i mluvenou) a v různé míře i všechny roviny jazykového systému (lexikálně-sémantickou, fonetico-fonologickou, morfologico-syntaktickou a pragmatickou)“ (in ibid).

„Afázie se projevuje především nemožností se srozumitelně vyjádřit pomocí verbální řeči, narušením schopnosti chápat signální význam slov, obtížemi s výběrem vhodných výrazů z mentálního slovníku, nedostatky při sestavování souvislých vět a zvláštnostmi v užívání gramatických kategorií. Tyto problémy jsou často doprovázeny poruchami v oblasti čtení, psaní, popřípadě apraxii“ (Neubauer, 1997).

„Afázie je úplná nebo částečná neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči, na podkladě jednostranného poškození mozku“ (Kulišťák, 1997, s. 26).

„Afázie je užívaný termín pro ztrátu naučených schopností dorozumívat se řeči (mluvenou, čtenou, psanou) organického původu, především jako důsledek ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku“ (Dvořák, 2007, s. 11).

Jak jsme již uvedli, každý zúčastněný obor nahlíží na problematiku afázie ze svého hlediska. Lze však konstatovat, že bylo dosaženo shody při zdůraznění neurogenního charakteru afázie, tedy že se jedná o poruchu funkčního systému jazyk – řeč, a že je způsobena ložiskovými poškozeními mozku.

2.2 Etiologie afázie


„Afázie vznikají při ložiskových poškozeních mozku, především v kortikální oblasti, ale i při lézi níže uložených oblastí mozků, spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech“ (Cséfalvay, 2007, s. 15). Podle tohoto autora se nejzávažnější afázie objevují u rozsáhlých lézi, které zasahují do fronto-temporo-parietální oblasti mozku.

Klinický obraz afázie závisí na povaze patologického procesu, na rozsahu a lokalizaci léze a také na věku pacienta. Příčiny afázie jsou různé a na nich závisí vedení terapie. Vždy se však jedná o poruchu získanou (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Traubner (1996) uvádí, že více než 50 % afázií je podmíněných cévní mozkovou příhodou. Jako druhou nejčastější příčinu afázií řadí úrazy mozku, kdy je afatických asi třetina pacientů a tumory, demence či infekce nervového systému zahrnují další část postižených.

- Cévní mozkové příhody definuje Kalita (2006) jako klinický syndrom charakterizovaný rychle se vyvíjejícími klinickými známkami ložiskové nebo globální poruchy mozkové funkce, se symptomy trvajícími děle než 24 hodin nebo vedoucími ke smrti, bez zjevné příčiny jiné, než cévního původu. Dělíme je na:

  - Cévní mozkové příhody hemoragické (krvácivé) způsobuje krvácení do mozkové tkáně (bývají označovány také jako intracerebrální krvácení nebo mozkový hematom) nebo do prostoru pod pavoučnicí (subarachnoidální krvácení, SAK) (Feigin, 2004). Podle Čecháčkové (2007) může ke krvácení dojít ve kterékoli oblasti mozků, ale nejčastěji vniká krvácení do bazálních ganglií, do mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku, intermeningeální krvácení (těž označovaného jako SAK, viz výše). Krvácení z tepny uvnitř lebky bývá způsobeno prasknutím aneuryzmatu (tepenné výdutě) nebo určitými onemocněními, která zapříčinění ztenčení, ztvrdnutí a lomivost stěny tepen. Mezi tyto choroby patří např. hypertenze a amyloidové poškození cév (ukládání amyloidu do stěny malých mozkových tepen). Pří
vzniku krvácení do mozku poškozuje krev tlačící se do mozkové tkáně neurony, což znemožňuje dobré fungování postižené části mozku (Feigin, 2004).

- **Cévní mozkové příhody ischemické** (ischemický infarkt, snížené prokrvení mozku) je nejčastější náhlovou cévní mozkovou příhodu. Vzniká blokadou krevní sražení, zúžením (ucpáním) přívodné mozkové tepny nebo tepen, emboly (vmetky) uvolněnými ze srdce nebo extrakraniálních tepn, jež zablokují jednu nebo více intrakraniálních tepen. Většina těchto infarktů vzniká v mozkových hemisférách, ale mohou vznikat též v mozečku nebo v mozkovém kmeni. Jsou buď zcela bezpříznakové (tichý, němý iktus) nebo se může objevit neobratnost, mírná slabost obvykle jen jedné z končetin nebo mírná porucha paměti (in ibid).

- **Tranzistorní ischemická ataka** – TIA (tzv. přechodná cévní mozková příhoda, miniiktus, malá mrtvice) je hlavním rizikovým faktorem pro vznik ischemického iktu a nastává jedním ze čtyř hlavních mechanizmů, jsou to: trombóza, embolie, hemodynamiccké selhání nebo vazospasmus (Pfeiffer, 2007). Příznaky mají obvykle náhlý začátek, trvají od deseti sekund do patnácti minut a většinou se upraví do původního stavu do 24 hodin (Feigin, 2007). Podle Mettera se z TIA až u 20 % pacientů vyvine do jednoho roku dokončená cévní příhoda a podle Whisnanta při neléčených atacích dostane až polovina pacientů do 5 let dokončenou mozkovou příhodu (Traubner, 1996).

➢ **Úrazy a poranění mozku (traumata lebky)** bývají vážnou příčinou fatických poruch. Až polovinu všech dopravních úrazů provázejí úrazy mozku, u kterých asi v jedné třetině případů současně vznikne i porucha řeči (Traubner, 1996). Úrazy mozku můžeme rozdělit na otevřené, kdy je porušena integrita povrchu hlavy nebo zavřené, kdy je integrita kostní schránky neporušena (in ibid). Řadíme sem:

- **Otržes mozku (commotio cerebri)** definujeme jako krátkodobou funkční reverzibilní poruchu mozkových funkcí na základě traumatu. Hlavním příznakem je bezvědomí a amnézie na následný stav. Pacient je při vzniku komece v bezvědomí, při zlepšování stavu se z něj probírá, má často závatě
a bývá dezorientovaný. Vyskytuje se zvracení a někdy také stavy zmatenosti. V dalších fázích si pacient ještě může stěžovat na bolesti hlavy, trvající závratě a amnézií (nepamatuje na období bezprostředně před úrazem nebo ani po něm). Při komocích se někdy objevují přechodné poruchy řeči, které však mají krátkodobý charakter (Traubner, 1996).


- **Mozkové expanze** – nádory (tumor, novotvary) se vyskytuje asi u 0,3 – 2,6% všech neurologických pacientů (Traubner 1996). Všechny mozkové nádory představují svou přítomností a expanzním růstem velké nebezpečí vzniku afázie. „Nezáleží na histologické povaze nádoru, ale pouze na jeho lokalizaci“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 150).

- **Benigní nádor** roste pomalu, bývá ohraničený a většinou nemetastázuje.
- **Maligní nádor** roste rychle, infiltruje se do okolní tkáně a někdy metastázuje. Lokální ložiskové příznaky intrakraniálních nádorů se projeví také podle toho, kde se nádory nachází. Mozkový nádor může růst z mozkových tkání (gliomy), z mozkových obalů (meningeomy, ependymomy), nervových pochev (neurinomy), ale i z jiných tkání. Kromě toho se v mozku mohou objevit metastáze nádorů nejčastěji z plic apod. Poruchy fatických funkcí se vyskytují
zejména při nádorech parietálního laloku. Projevují se např. amnestickou afázií, alexií, akalkulii, agrafii, poruchou prostorové orientace a apraxií (in ibid).

➢ Mezi zánětlivá onemocnění mozku patří:

- **Encefalitida** je akutně probíhající onemocnění, které postihuje nejen mozkovou tkáň, ale současně i mozkové pleny (meningoencefalitida).
- **Meningitida** – je závažné infekční onemocnění, při kterém dochází k zánětu mozkových obalů (tzv. meningů).

Původcem zánětlivých onemocnění mozku je nejčastěji virus, ale může se vyskytnout i jako sekundární onemocnění po středoušním zánětu nebo příušnících (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

➢ Degenerativní onemocnění CNS se stává stále větším celosvětovým problémem. Ve všech vyspělých státech přibývají v populaci starší lidé, kteří přestávají být soběstační a vyžadují sociální pomoc. Uvádí se, že v období okolo 60 roků se vyskytuje 5 % demencí a nad 80 roků stoupá výskyt na 15–20 %, z toho je 60 % demence Alzheimerova typu (Cséfalvay, Traubner, 1996).

- **Demence** „se manifestuje progresivním rozpadem kognitivních funkcí, změnami osobnosti a poruchami sociální a psychosociální adaptace“ (Traubner, 1996, s. 76). „Demence je syndrom způsobený chorobou mozků, obvykle chronické a progresivní povahy, kdy dochází k porušení četných nejvyšších nervových (kortikálních) funkcí. Mezi tyto funkce řadíme paměť, myšlení, orientaci, chápatí, počítání, schopnost učit se, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno“ (Pfeiffer, 2007, s. 197).
- **Alzheimerova choroba** je nejčastěji se vyskytující degenerativní onemocnění CNS, jenž se projevuje ústupnou deteriorací kognitivních funkcí a porušením adaptace na sociální prostředí (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007). Podle této autorky, může v rámci Alzheimerovy choroby vzniknout afázie, která má

- **Pickovu nemoc** „charakterizuje rozvoj demence s atrofií mozkových laloků. Příčiny této nemoci nejsou všeobecně známy, ale soudí se, že degeneraci vyvolává nejspíš metabolická odchylka, která je často dědičně podmíněná“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 150). Postupně se rozvíjí poruchy auditorního porozumění, váhavá a rozvláčná mluva, anomie a zhoršování jazykových schopností v oblasti syntaxe (Neubauer, 2007).

- **Multiinfarktová demence** vzniká na základě cerebrovaskulárních lézií, jež jsou způsobeny drobnými infarkty mozku (Traubner, 1996).

> **Intoxikace mozku** se vyskytuje stále častěji v souvislosti s nárůstem požívání drog a vyšší konzumací alkoholu. „Vlivem intoxikace dochází nejen k poruchám komunikace, ale i k deterioraci celé osobnosti člověka“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 151). Poškození vzniká například vlivem otvary CNS jedovatými plyny, nejvíce oxidem uhelnatým (in ibid).
2.3 Symptomatologie afázie

Kortikální poruchy zahrnují celý komplex symptomů, které se mohou projevovat v různých kombinacích, množství a kvalitě.

- **Fluentní nebo nonfluentní řečová produkce** – za fluentní (plynulou) řečovou produkci je považováno přibližně 120 slov za minutu. Pokles pod 50 slov za minutu označujeme jako nonfluenci. Překračuje-li řečová produkce 200 slov za minutu, jedná se o řeč hyperfluentní. Ta se vyznačuje zejména rozvláčným, bezúčelným popisem s použitím nevhodných výrazů, mající nízkou informační hodnotu (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

- **Parafázie** „neúmyslné nahrazování slov jiným slovem, které se subjektu nechtěně vybaví a které se více či méně podobá slovu, které chce postižený vyslovit“ (Dvořák, 2007, s. 140). Čecháčková (in Škodová, Jedlička, 2007) definuje parafázie jako deformace slov různého typu a stupně a dělí je na:
  - Fonemické (dříve meristické) – deformace slovního tvaru, jenž ale obsahuje některé správné prvky daného slova a lze tedy rozumět významu. Často se vyskytují pouze záměny fonému.
  - Žargonové – těžká slovní deformace. Slovo je změněné natolik, že nelze porozumět produkované řeči.
  - Sémantické – pacient nahrazuje slovo, na nějž si nemůže vzpomenout, významově podobným nebo opíše význam pojmu. Často se vyskytuje u amnestické afázie.


Logorhea je „chorobná povídavost, překotná řeč, nepřetržitý a nezastavitelný proud řeči bez ohledu na obsah, posluchoača a danou životní situaci“ (Dvořák, 2007, s. 112). Čecháčková (in Škodová, Jedlička, 2007) piše, že logorhea se projevuje jako překotná mluva (překotný tok řeči) se sníženou srozumitelností pro častý výskyt žargonových parafázií. Většinou se vyskytuje u afázií percepčního typu.


Neologismy – afatik tvoří slova, která jsou gramaticky chybně, zaměňuje hlásky, slabíky, slova jsou nesrozumitelná, vznikají nesmyslná sdělení (Dvořák, 2007).

Poruchy rozumění – mohou, ale nemusí být patrné při prvním kontaktu s afatikem. Často vykoná příkaz správně, i když se u něho vyskytují poruchy porozumění, neboť vyrozumí, pochopí na základě dané situace. K poruše dekódování, vnímání a chápání mluvené řeči dochází při poruše temporoparietálních lokalit (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Agrafie (R 48.8) „je porucha nebo ztráta schopnosti psát i přes zachovanou motorickou funkci ruky.“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 163). U pacienta se mohou objevovat obtíže při vybavování a následné realizaci grafických symbolů. Afázie a s ní spojená agrafie nejčastěji vzniká lézí dominantní hemisféry (ve většině případů levé). Čecháčková (2007) dále píše, že se může stát, že grafie bude zobrazovat
poruchu mluvené řeči – deformace slov v mluvené podobě se může stejným způsobem projevovat i v psané podobě (pacient píše slova tak, jak by je vyslovil) nebo může být na mluvním projevu nezávislá.

- **Alexie** (R 48.0) „je porucha nebo ztráta schopnosti číst nebo rozumět psané řeči“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 167).

- **Agnozie** – ztráta nebo porucha poznávání objektivní reality.

  

- **Somatognozie** – porucha vnímání, poznávání, pojmenování, identifikace jednotlivých částí těla. Agnozie prstů ruky, která je součástí Gertsmanova syndromu, nemusí být součástí nerozeznávání ostatních částí těla. Bývá porušena i orientace těla v prostoru.

Neglect syndrom se dá definovat jako opomíjení poloviny těla či prostoru. Objevuje se při lézi nedominantní hemisféry tzv. levostranný neglect, ale ukázalo se, že se může vyskytovat i při lézi dominantní hemisféry tzv. pravostranný neglect (je však hůře diagnostikovatelný díky fatické poruše). Neglect syndrom se projevuje obtížemi při čtení, orientaci na hodinách, identifikaci předmětů v polovině prostoru, který pacient neakceptuje (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

2.4 Klasifikace a průběh afázie


Obě tyto koncepce vycházejí z klasického asociacionismu a předpokládají úzký vztah mezi lézi a typem afázie. I když se jednotlivé klinické syndromy afázií dodnes označují terminologií z konce devatenáctého století, tato terminologie má již nový obsah.

Existuje však i názor (Caramazza, Badecker, Darley), že symptomatologie afázie u každého pacienta je natolik variabilní, že není možné její zařazení do klinicky relevantních kategorií. Kertesz (1979) naopak tvrdí, že většina afaziologů souhlasí s názorem, že fatické poruchy představují určitý komplex klinických obrazů, do něhož lze zařadit převážnou většinu afatiků. a právě ve velkém množství rozličných klasifikací se odráží skutečnost, že ještě nebyl vytvořen uspokojivý klasifikační systém (Cséfalvay in Lechta a kol, 2002).
„V klinické praxi je dosud nejužívanější následující základní dělení“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 154):

- motorická afázie (Brockova, expresivní)
- senzorická afázie (Wernickeova, receptivní)
- totální afázie (globální)

Takovéto dělení je velmi zjednodušené, protože rozlišuje pouze, jedná-li se o poruchu vlastní řečové produkce (v případě expresivní afázie), či poruchu dekódování řeči (receptivní afázie). Problém této klasifikace spočívá v tom, že nemůžeme odlišit, zda při pacientově poruše pojmenování viděného se jedná o poruchu exprese, či výrazné problémy s pamětí. Při narušení percepce je zase nezbytné určit, zda k poruše došlo ihned při vstupu informace, anebo až při jejím zpracování (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Obr. č. 1: Základní charakteristiky Bostonské klasifikace (Cséfalvay, 2007, s. 18)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klinický syndrom afázie</th>
<th>Spontánní řeč</th>
<th>Porozumění řeč</th>
<th>Opakování</th>
<th>Pojmenování</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Brocova afázie</td>
<td>nonfluentní agramatická parafázie</td>
<td>lehké až těžké poruchy</td>
<td>narušeno</td>
<td>narušeno</td>
</tr>
<tr>
<td>Globální afázie</td>
<td>absentuje řečová stereotypie</td>
<td>těžce narušeno</td>
<td>těžce narušeno</td>
<td>těžce narušeno</td>
</tr>
<tr>
<td>Transkortikální motorická afázie</td>
<td>nonfluentní echolalicí</td>
<td>lehké až středně těžké poruchy</td>
<td>nenarušeno, případně lehce narušeno</td>
<td>narušeno</td>
</tr>
<tr>
<td>Smišená transkortikální afázie</td>
<td>nonfluentní řečové stereotypie</td>
<td>těžce narušeno</td>
<td>zachováno, mírně narušeno</td>
<td>narušeno</td>
</tr>
<tr>
<td>Wernickeho afázie</td>
<td>fluentní parafázie, neologismy</td>
<td>těžce narušeno</td>
<td>narušeno</td>
<td>narušeno</td>
</tr>
<tr>
<td>Konduktivní afázie</td>
<td>fluentní</td>
<td>lehce narušeno</td>
<td>výrazně narušeno, fonemická parafázie</td>
<td>lehce narušeno</td>
</tr>
<tr>
<td>Amnestická afázie</td>
<td>fluentní anomické pauzy</td>
<td>lehce narušeno</td>
<td>zachováno</td>
<td>narušeno</td>
</tr>
<tr>
<td>Transkortikální senzorická afázie</td>
<td>fluentní echolalicí</td>
<td>těžké poruchy</td>
<td>zachováno, echolalie</td>
<td>narušeno</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Klasifikace afázie, kterou popsal Lurija (1982), je založena na koncepci funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Tato koncepce nepojímá afázie izolovaně, ale jako součást tzv. funkčního systému. Funkci rozumí složitou adaptační aktivitu organizmu určovanou specifickým cílem a ukončenou specifickou operací. Důležitým poznatkem je i vzájemná součinnost zón mozkové kůry a podkorových struktur. Do každého funkčního systému se neustále zapojuje řada aferentních (přinášejících) a eferentních (výkonných) realizujících složek (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Lurijův přístup zahrnuje komplexní pohled na funkci celého centrálního nervového systému a je orientován na definování primárního defektu. Tímto Lurija vysvětluje charakter symptomů vzniklých při lézích daných oblastí mozku.

Podle výzkumů (Cséfalvay, Traubner, 1996) vyšší psychické funkce (například řeč, psaní, čtení) není možno lokalizovat do určitých oblastí mozku a ani do izolovaných buněčných skupin.
Lurija rozdělil mozek na 3 funkční bloky:

- **I blok** – reguluje stav vědomí. Důležitou funkcí zde má retikulární formace.
- **II blok** – parietální a okcipitální laloky.
- **III blok** – programuje, reguluje a kontroluje rozličné aktivity. Tvoří frontální laloky a limbický systém.


| Tab. č. 1: Klasifikace afázie podle A. R. Luriji (Cséfalvay in Lechta a kol., 2002, s. 151) |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Typ afázie</th>
<th>Primární defekt</th>
<th>Kortikální oblast</th>
<th>Blok</th>
<th>Zóna</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dynamická</td>
<td>iniciace řečí</td>
<td>frontální lalok</td>
<td>III</td>
<td>terciální</td>
</tr>
<tr>
<td>Eferentní motorická</td>
<td>porucha kinetické oraganizace</td>
<td>precentrální</td>
<td>III</td>
<td>sekundární</td>
</tr>
<tr>
<td>Aferentní motorická</td>
<td>porucha kinestetické aferentace</td>
<td>postcentrální</td>
<td>II</td>
<td>sekundární</td>
</tr>
<tr>
<td>Senzorická</td>
<td>porucha fonematičké diferenciace</td>
<td>horní zadní temporální</td>
<td>II</td>
<td>sekundární</td>
</tr>
<tr>
<td>Akusticko-mnemická</td>
<td>porucha sluchově-řečové paměť</td>
<td>střední temporální</td>
<td>II</td>
<td>sekundární</td>
</tr>
<tr>
<td>Sémantická</td>
<td>porucha simultánní syntézy informace</td>
<td>TPO</td>
<td>II</td>
<td>terciální</td>
</tr>
</tbody>
</table>

V uvedeném přehledu není zařazený syndrom amnestické afázie, protože podstata vzniku tohoto typu afázie je nejasná. Sagiová (1986 in Lechta, 2002) uvádí tyto hypotézy patomechanismu u tohoto typu afázie – porucha sémantických schémat; patologické spoje, které vznikly při narušení zákona síly (aktualizují se formální spoje); porucha vizuální reprezentace slov.

Základní fyziologický mechanismus řeči tvoří podle jeho teorie funkce soustavy šesti korových okrsků:

- **Proprioceptivně logestetický (PL)** – hlavní programátor vnitřní řeči, iniciátor spontánní mluvy, engramátor a operátor mluvené i psané řeči, koordinátor všech jiných semiomotorických (přidružených) soustav
- **Proprioceptivně grafestetický (PG)** – tvoří plán písma a převádí logestetické a optické podněty
- **Logomotorický (LM)** – řídí výkonnou část mluvené řeči
- **Grafomotorický (GM)** – řídí výkon písma
- **Akustický (A)** – slouží k vnímání mluvené řeči
- **Optický (O)** – slouží k vnímání písma

Jako poslední uvádíme Olomouckou klasifikaci, která se opírá o některé prvky Hrbkovy teorie (1983), ale také o moderní zobrazovací metody. „Podle této klasifikace je léze lokalizovaná v určitém mozkovém laloku charakterizována specifickými symptomy a ty pak tvoří obsah konkrétní kortikální poruchy“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 159).

- **Expresivní afázie** vzniká při lézi frontálního laloku a při lokalizaci léze na parietofrontálním a frontotemporálním pomezí. Těžkosti se projevují zejména v utváření jednotlivých slov a větném vyjadření (parafrázie). V nejtežších případech pacient užívá k řečovému vyjadření tzv. „větné trosky“. Řeč je pomalá, nonfluentní a většinou bývá porušena také lexie i grafie.

- **Integrační afázii** vyvolávají léze parietálního laloku nebo parietotemporálního
a parietofrontálního pomezí. Charakteristický pro tento typ afázie je Gerstmannův syndrom. Dále může být narušena lexie, spontánní kresba či kresba na příkaz, může být zachována schopnost obkreslování. Často se objevují mnemické obtíže, problémy s vybavováním slov, rozumění mluveného slovu porušeno není. Může se však objevit obtížnější chápání složitých mluvních celků.

- **Percepční afázie** se objevuje při lézi zadní části horního temporálního závitu a temporoparietalního pomezí. Tomuto typu afázie dominuje narušení dekódování a rozumění řeči. Může být přítomen překotný tok řeči (tzv. logorhea). Při těžkém postižení bývá velmi narušeno rozumění mluvené řeči. Často pozorujeme též problémy s vybavováním slov, rozumění mluveného slovu porušeno není. Může být narušena grafie, lexie i kresba.

- **Amnestická afázie** se vyskytuje u lézi v parietálním laloku a řadí se k nejlehčím typům afázie. Řeč je latentní, jedinec se rozpomíná na daný pojem. Objevují se anomie, sémantické parafázie a v lehčí formě je přítomna porucha grafie (vynechávání písmen, opomnění interpunkčních znamének, věty bývají nedokončené). Rozumění mluvené řeči bývá zachováno. Tento typ afázie se může vyskytovat samostatně nebo jako součást jiných typů afázie.

- **Globální (totální) afázie** patří mezi nejtěžší poruchy postihující všechny kortikální funkce. Pacient je dezorientovaný ve všech směrech, nerozumí mluvené řeči a ani sám není schopen mluvit. Může se vyskytovat jako akutní forma a postupně přecházet v některý z výše jmenovaných typů afázie.

Košťálová a kol. (2006) uvádí dělení afázií dle průběhu na:

- **Akutní fázi** (období přibližně 0–14 dní od vzniku), kterou charakterizuje výrazná dynamika změn klinického obrazu (kolísání, progrese, regrese, vymízení symptomů afázie). Příznaky afázie někdy zcela spontánně odezní během několika hodin v závislosti na neurologickém onemocnění. V jiných případech je klinický obraz neměnný – např. u globální či Wernickeho afázie.
Období subakutní je ohraničeno od dvou týdnů až do tří (podle některých autorů do šesti) měsíců po vzniku poruchy. Pro tuto fázi je typická stabilizace klinického obrazu, kdy je již možno v převážně většině případů provést kvalitativní analýzu a zahájit terapii individuální i skupinovou.

U období chronického se autoři neshodují v časovém vymezení (orientačně od šesti do dvanácti měsíců), shodují se však na společné charakteristice tohoto období – stabilizovaný klinický obraz a minimální spontánní změny.

2.5 Diagnostika a diferenciální diagnostika

Vyšetření a stanovení diagnózy je klíčové pro naplánování terapie pacienta s afázií. V současné době existuje řada diagnostických postupů (metodik, testů), díky nimž lze zmapovat veškeré aspekty afázie. Takto vytvořený detailní klinický obraz umožňuje co nejpřesněji popsat předpokládaný deficit a vnitřní mechanismus poruchy. „Logoped tak dostává možnost nesoustředit se jen na manifestující se symptomy afázie, ale v některých případech i na to, co stojí v pozadí těchto příznaků“ (Cséfalvay, 2007, s. 33).

Orientační vyšetření afázie mohou provádět lékaři (nejčastěji neurologové). Kompetence k detailnímu a komplexnímu vyšetření pacienta s afázií pak náleží klinickému logopedovi. Pacient může být diagnostikován pomocí klinického vyšetření nebo pomocí standardizovaných testů pro vyšetření afázie (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Cséfalvay (2007) dále uvádí, že při diagnostice afázie lze sledovat různé cíle např. zhodnotit, je-li anebo není-li v klinickém obrazu přítomna afázie, diagnostikovat afázií v akutním stadiu onemocnění; určit typ a stupeň afázie, zjistit mechanismus narušení; zmapovat úroveň každodenní komunikace pacienta při existujícím narušení (diagnostikovat tzv. funkční komunikaci pacientů s afázií); analyzovat některé specifické symptomy afázie (pojmenování podstatných jmen a sloves) nebo vyšetřit specifickou populaci (bilingvní pacienti).

Pro srovnání Neubauer (2007) zmiňuje tyto cíle klinické diagnostiky: screening poruch řečové komunikace – stanovení přítomnosti či nepřítomnosti řečové poruchy; diferenciální
**diagnostika** – diagnostikování klinicky odlišitelných poruch řečové komunikace i poruch koexistujících u jedné osoby; **diferenciální diagnostika báze poruchy**, její závažnosti a typu diferenciální neurogenní poruchy řečové komunikace – stanovení typu poruchy, její dominance a stupně závažnosti pro komunikaci s okolím; **individuální plán terapie** – návrh intervenční strategie na základě diagnostických údajů a diagnostické úvahy; **hodnocení výsledků terapie po určitém časovém období** – definování posunu, stagnace či regrese v oblasti komunikačních schopností; **stanovení možné dynamiky procesu úzdravy funkcí** – prognostická úvaha o potenciálu dalšího obnovování porušených funkcí.

K základním praktickým úkolům logopedické diagnostiky patří: **navázat kontakt s osobou s poruchou řečové komunikace**, vytvořit pocit vzájemné důvěry a naděje ve výsledek terapie řečové komunikace; podle možností a celkového stavu pacienta **provést alespoň screeningové a orientační vyšetření**, popř. celkové vyšetření, umožňuje-li to stav pacienta; na základě diagnostiky **definovat závažnost narušení řečové komunikace**, určit typ a rozsah deficitu; **stanovit plán terapie** a individuální plán logopedické péče; **iniciovat působení dalších odborníků**, pokud je to žádoucí; **navázat kontakt s fyzioterapeutem**; motivovat rodinu a ošetřující personál ke spolupráci (Neubauer, 2007).

Při testování je potřeba dodržovat tyto obecné zásady:

- vyšetřující osoba hovoří zřetelně, příměřeně hlasitě, v běžném konverzačním tempu, čelem k vyšetřované osobě
- při vyšetření je třeba zajistit alespoň relativní klid
- zkontrolovat, zda má vyšetřovaný potřebné kompenzační pomůcky – sluchadlo, brýle
- brát ohled na aktuální zdravotní stav pacienta, nepřetěžovat ho
2.5.1 Testové metody

Diagnostika v akutním stadiu onemocnění, screening afázie

V akutním stadiu onemocnění bývá diagnostika výrazně ovlivněna velmi rychlou unavitelností pacientů a omezenou schopností koncentrace pozornosti, což může být způsobeno i užíváním léků proti bolesti. Ztráta schopností komunikovat, případně narušení hybnosti (zejména končetin) nebo porucha polykání, která se u těchto pacientů také objevuje, může mít za následek odmítnutí spolupráce pacienta při logopedickém vyšetření. Je tedy nezbytné pokusit se pacientovi vysvětlit důležitost tohoto vyšetření, přístupovat k němu citlivě a zvážit, je-li možné (vhodné) realizovat přímo formální vyšetření afázie. Z těchto důvodů se v prvních dnech velmi často diagnostika omezuje pouze na spontánní produkci a porozumění řeči. Po vzniku onemocnění bývá často stupeň afázie velmi těžký, ale klinický obraz se může každým dnem významně měnit.

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

V České republice se používá experimentální verze Aphasia Screening Test (Preiss a kol., 1999) a Mississippi Aphasia Screening Test MASTcz (Košťálová a kol., 2008), s jehož pomocí lze velmi rychle zmapovat jazykové schopnosti vyšetřované osoby. Tento test je dělen do devíti subtestů a každý dílčí subtest zpravidla obsahuje pět položek. Hodnotí se zde automatická řeč, pojmenování, opakování, fluence při popisu fotografie, psaní na diktát, rozumění alternativním otázkám, rozumění slovům – identifikace objektů, rozumění mluvené instrukci a rozumění čtené instrukci.

Dalším standardizovaným testem zhodnocení afázie je Aphasie Schnell Test – AST (Kroker, 2006). Tento test hodnotí typické oblasti mapované v každém testu afázie: pojmenování předmětů a osob na obrázku, porozumění slyšené řeči (reálné předměty na obrázku a identifikace geometrických tvarů podle slyšené instrukce), čtení slov a krátké instrukce, psaní. Odpovědi pacienta se kvantifikují podle přesně stanovených kritérií, čímž vyšetřující získá hrubý skóre. Výhodou testu je i to, že jsou připraveny i normy pro částečně realizovaný test (tzv. verze bez exprese) pro pacienty v akutním stadiu onemocnění, u nichž není možné vyšetřit expresivní složku řeči nebo psaní.
2.5.2 Komplexní testy afázie

Tyto testy jsou určeny pro pacienty v subakutní a chronické fázi afázie – tedy v době, kdy se klinický obraz afázie více méně ustálí. Nejvíce používanými diagnostickými postupy jsou standardizované testové baterie afázie, které hodnotí lexii, grafii, praxii i kalkulii.

Kritéria, která mají splňovat komplexní testy afázie, shrnul Kertesz (1988). Podle něj by testy afázie měly zjistit každou narušenou modalitu řeči, obsahovat subtesty ke spolehlivé diferenciaci jednotlivých typů afázie, být administrovatelné při jednom sezení a měřit i úspěšnost komunikace v reálných situacích.

Podle přístupu k hodnocení vyšších psychických funkcí můžeme tyto testy rozdělit na:

- **Kvantitativně orientované testy afázie** – tyto testové baterie poskytují k hodnocení výkonů pacientů přesná kritéria, která se dají skórovat. V některých případech je kvantifikace poměrně jasná a jednoduchá (např. správné pojmenování obrázku), v jiných je hodnocení méně jednoznačné (kupř. kvantifikace spontánní řečové produkce). Můžeme mezi ně zařadit např. Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE; Goodglass a Kaplan, 1983) a Western Aphasia Battery (WAB; Kertesz, 1982).

- **Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)** je diagnostický test bostonské afaziologické školy. Metoda se zaměřuje především na identifikaci klinických syndromů afázie, popis a strategii chování pacienta. Úvodní konverzační rozhovor a spontánní řeč pacientů se hodnotí jednoduchou stupnicí, škálovou míry afázie. Ostatní části testu se zaznamenávají ve škálovém profilu řečových charakteristik. Tyto části se týkají porozumění mluvené řeči, motoriky artikulačních orgánů, produkce automatických řad, recitace a zpěvu známé písně, reprodukce rytmu, opakování slov a vět, čtení slov i delších vět, krátkých odpovědí, pojmenování, vyšetření porozumění psané řeči a vyšetření psaní. V manuálu testu jsou uvedeny typické profily řečových charakteristik pro jednotlivé typy afázie.

- **Western Aphasia Battery (WAB)** je testová baterie, skládající se z částí, v nichž se vyšetřuje spontánní řeč, porozumění řeči, pojmenování, opakování, psaní, čtení, praxie, kalkule a konstrukční schopnosti. Svou podstatou,
skladbou i cíli se velmi podobá BDAE. Rozdíl spočívá ve způsobu kvantifikace. Jde o sumární skóre, které se skládá z kvocientu afázie (AQ), jazykového kvocientu (LQ) a indexu kortikálního poškození (CQ).

- **Kvalitativně orientované testy afázie** hodnotí způsob a kvalitu řešení dané úlohy. Zásadním aspektem není jen to je-ли/není-li pacient danou úlohu schopen vyřešit, ale především to, jaké jsou jeho odpovědi. Analýza těchto „nesprávných a neúplných“ odpovědí vypovídá o předpokládaném vnitřním mechanismu poruchy.

- **Lurijovo neuropsychologické vyšetření** afázie se opírá o syndromovou analýzu. Obsahuje předběžný rozhovor s pacientem o jeho schopnostech orientace, vzdělání, postojích, potížích a také dalších jedenáct testů, které jsou rozděleny do dvou až čtyř subtestů. Jsou zaměřeny na oblasti vyšetření dominance mozkové hemisféry, motorické funkce, akusticko – motorickou koordinaci, vyšetření vyšších zrakových funkcí, expresivní i impresivní řeči, psaní, čtení, počítání, paměti a intelektových funkcí. Nejdůležitější částí je stanovení neuropsychologického deficitu a pravděpodobné lokalizace léze CNS, která jej způsobuje. Výsledky nebylo možné zpracovat psychometricky, proto Golden a kol. v roce 1979 sestavili testovou baterii Lurija – Nebraska Neuropsychological Battery umožňující zpracování výsledků psychometricky. Tato diagnostická metoda je využívána především v USA.

2.5.3 Speciální testy afázie

Tyto testy diagnostikují jen některé řečové funkce, resp. jsou sestaveny pro specifickou populaci s afázií. Mnohé z nich jsou součástí komplexních testových baterií, ale velmi často se používají při zaměření na specifickou oblast, jež nebyla předmětem hodnocení základního testování. Řadíme sem např. Boston Naming Test (BNT), který diagnostikuje schopnost vyšetřovaného pojmenovat 60 černobílých nakreslených objektů reprezentujících slova s postupně klesající frekvencí (Kaplan, Goodglass a Weintraub, 1983). V manuálech těchto testů se uvádí normy intaktní populace s různým vzděláním a pro různé věkové kategorie, protože kromě afázie ovlivňují výkony v testu dosažené vzdělání a věk.

Dalším diagnostickým nástrojem k rychlé kvantifikaci poruch porozumění a produkce řeči
u pacientů s těžkými poruchami je Boston Asessment of Severe Aphasia BASA (Helm-Estabrooks a kol., 1989). Test se užívá u pacientů, u nichž nelze použít komplexnější testy afázií. Poskytuje informaci o verbálních i neverbálních schopnostech pacienta, úrovni porozumění řeči a gestům, praxii, lexii a vizuoprostorových schopnostech.

Token test – TT (De Renzi a Vignolo, 1962) hodnotí míru poruchy porozumění řeči osob s afázií. Výzkum potvrdil, že afatici bez ohledu na typ afázie v testu dosahují skóre pod hranicí normy. Test měl zjišťovat krátkodobou verbální paměť afatiků a kvantifikovat poruchy receptivní složky řeči. Úkolem vyšetřené osoby je na základě instrukce ukázat geometrický tvar (kruh nebo čtverec) různé velikosti a barvy (5 různých barev). Pokyny tedy obsahují pojmenování obrazců, slovesa, příslovečná určení především místa a prostorové vztahy mezi obrazci („Dejte modrý kruh pod bílý čtverec.“). Pacient však nesmí vykazovat gnostické potíže v rozpoznávání barev a tvarů.

Je třeba mít na paměti, že problémy v tétoch testech nemusí mít pouze pacienti s afázií, ale i osoby s poruchou pracovní paměti, pozornosti nebo exekutivních funkcí. V současné době se používá zkrácená forma testu, poprvé uveřejněná v r. 1978 De Renzim a Faglionim. Provedení trvá 20–30 minut a obsahuje 36 položek. Bezchybné provedení úkolu se hodnotí jedním bodem, při opakování instrukce 0,5 bodu. s modifikacemi Token testu se setkáváme i u nás.

Mezi speciální testy afázie můžeme nepochybně zařadit i spoustu dalších testů – např. Reporterš test či Bilingual Aphasia Test (Cséfalvay, 2007).

2.5.4 Klinické vyšetření

Při vyšetření vyšších kortikálních funkcí je nezbytná ohleduplnost, taktost a empatie do pacientových pocitů. Není striktně dán postup vyšetřování (čím začít), ale pokud se pokusíme představit si, jak se pacient cítí, když nemůže mluvit, je lepší začít vyšetřením grafie (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Následně uvedená forma klinického vyšetření afázie je užívaná především na Oddělení klinické logopedie FN Olomouc primářkou Čecháčkovou.
Vyšetření grafie – při vyšetřování grafie je důležité si všimnout, jak pacient rozumí mluvenému slovu, jakým způsobem uchopí tužku a manipuluje s ní. Patří sem:

- spontánní psaní – pacient má za úkol napsat své jméno, příjmení, datum narození v číslech, adresu bydliště, popř. dny v týdnu, měsíce v roce
- psaní na diktát – písmen, slabík, jednoslabičných slov, víceslabičných slov, krátkých vět (Pes štěká.), delších vět
- opisování dle předlohy – slabíky a jednoslabičná slova, víceslabičná slova, věta

K vyšetření grafie zařazujeme i vyšetření kresby, kde hodnotíme spontánní kresbu – namalujte něco, podle vaší představy; kresbu na příkaz – nakreslete strom, lidskou postavu; obkreslování – zkuste překreslit tento dům.

Rozumění mluvené řeči – hodnotíme reakci pacienta na mluvní podnět. Pacient má za úkol: na mluvený příkaz ukázat jmenovaný obrázek, podat jmenovaný předmět, splnit složitější pokyn („Vezměte klíče a dejte je na papír.“) nebo odpovídat na položené otázky pouze ano nebo ne (od nejjednodušších ke složitějším).

Spontánní mluva – sledujeme fluenci mluvního projevu, schopnost vyjádření, adekvátnost užití jednotlivých slov. Všímáme si motility rtů, jazyka, bukálních svalů, délky fonace. Měli bychom se zaměřit také na typ parafázií, parafrázií, změny prosodických faktorů řeči. Fluenci můžeme vyšetřit i tak, že pacientovi zadáme písmeno a on má za úkol, vymyslet co nejvíce slov začínajících tímto písmenem (volíme frenkventovaná písmena).

- Nonfluentní afázie – označení pro situaci, kdy řečová produkce pacienta klesne pod 50 slov za minutu. Vyznačuje se depešovým stylem, verbálními stereotypy, agramatismy
- Fluentní afázie – daná normální nebo zvýšenou produkci slov. Bývá charakterizována tzv. logorheou, nebo bezúčelnými popisy, časté chyby v gramatické stavbě slov i vět.
Gertsmanův syndrom bývá příznakem léze parietálního laloku. Toto vyšetření je možné provést pouze při zachovaném rozumění mluvené řeči. Gertsmanův syndrom bývá součástí integrační afázie a zahrnuje tyto poruchy:

- Agnozie prstů ruky – pacient má za úkol se na pokyn dotknout jmenovaného prstu na levé nebo pravé ruce vyšetřujícího, vlastní ruce nebo jím pouze zahýbat (záleží na možnostech pacienta).
- Porucha rozeznávání pravé a levé strany těla – pacient ukazuje jmenované části těla na pravé nebo levé polovině těla, přičemž střídáme obě horní končetiny (pravou i levou).
- Agrafie disociovaná – bývá porušeno spontánní psaní a psaní na diktát. Schopnost opisu zůstáva zachována, ale může se objevit tzv. echografie – pacient opíše slovo bez porozumění (u těžších poruch)
- Porucha kalkulie – porucha nebo ztráta schopnosti provádět početní výkony. Zadáváme příklady s přechodem přes desítku, nikoli malou násobilku, kde může být zachována schopnost automatizace.


Vyšetření praxie – Čecháčková (2007) uvádí vyšetření těchto typů apraxie:

- **Konstrukční apraxie** – porucha nebo ztráta schopnosti vytvořit na základě viděně předlohy nebo zpaměti na slovní příkaz obrazec i přes zachování vlastních pohybových funkcí. Při vyšetření využíváme obkreslování, kresbu na příkaz, sestavení určitého obrazce s pomocí párátek, špejlí.

- **Motorická apraxie** – ztráta nebo porucha naučené dovednosti. Pohyby ztrácí plynulost a dokonalost. Plán pohybu bývá zachován, realizované výkony zhruba odpovídají záměru.


- **Ideativní apraxie** – nevhodná volba pohybu, záměna adekvátního pohybu za neadekvátní. Při vyšetření má pacient za úkol zapálit svíčku, která je ve svícnu zápalkami, jenž jsou v krabičce.

Somatognozie – viz symptomatologie. Při vyšetření pacient ukazuje (na sobě či vyšetřující osobě) jednotlivé prsty nebo části těla na pokyn nebo má možnost ukazované části pojmenovat.

Neglect syndrom – při diagnostice neglect syndromu můžeme využít popisu místnosti, obrázku nebo těla s instrukcí: „Zkuste vyjmenovat předměty, které se nachází na pravé straně této místnosti (obrázku).“ „Ukažte mi levou ruku.“ Neglect syndrom se dá také vyšetřit pomocí obkreslování osově souměrného obrázku. Pacient překreslí pouze tu část obrázku, která se nachází v akceptované polovině prostoru.

Od roku 2002 je pro českou odbornou veřejnost k dispozici manuál Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie vypracovaný ve spolupráci autorů Cséfalvayem, Košťálová a Klimešová. Jedná se o kognitivně-neuropsychologický přístup vyšetření fatických funkcí, zaměřující se na čtyři jazykové procesy – porozumění slyšeným slovům, produkci slov, čtení
a psaní. Na základě tohoto je možné klasifikovat poruchu do některého klinického syndromu afázie dle Bostonské afaziologické školy.

### 2.5.5 Diferenciální diagnostika

„Základním úkolem diferenciální diagnostiky v oblasti neurogenních řečových poruch je odlišit projevy motorické řečové poruchy (dysartrie či řečové dyspraxie) od projevů poruchy jazykového systému (afázie, alexie, agrafie) a kognitivně-komunikační poruchy (gloabalní deteriorizace u demence, parciální poruchy kognitivních funkcí a komunikace“ (Neubauer, 2007, s. 19).

Nejčastější chybou, které se můžeme dopustit, je záměna afázie a dysartrie. U dysartrie nebývají porušeny symbolické – fálické funkce jako grafie, lexie, kalkule, gnozie atd. Lze sice najít porušení grafomotoriky, což se projevuje například třesem, ale nikoli grafie, která znamená změnu kvality obsahu psaného textu. U dysartrie není narušeno porozumění řeči, nikdy se nevyskytují parafázie a mluva je i přes poruchu artikulace, fonace a respirace plynulá (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).


Dále je nutné odlišit globální nebo percepční afázií od různých typů apraxií. Neadekvátní reakce či provedení úkolu na daný vizuální či mluvní podnět je u těchto typů afázie způsobeno neporozuměním na rozdíl od apraxie (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Řečová dyspraxie „se projevuje poruchami programování řečových prvků, hlásek, slabík, jejich záměnami, vynecháváním nebo perseveracemi. Tyto projevy nejsou konstantní a nebývají spojeny s poruchami dalších motorických řečových činností“ (Neubauer, 2007, s. 19).

U agnózií pacient nereaguje na pobídku, ne proto, že nerozumí, nýbrž proto, že daný předmět nepoznává (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Úkolem lékaře při prvním kontaktu s neurologicky nemocným pacientem s komunikační
poruchou není podrobněji případnou afázií klasifikovat, ale vůbec ji diagnostikovat a diferenciálně diagnosticky ji odlišit od jiných možných komunikačních poruch.

2.6 Terapie afázie

Cílem logopedické terapie je dosažení maximálního obnovení schopností komunikace s ohledem na dané postižení. „Terapie afázie by měla být dlouhodobá a cílená a měla by být uchována kontinuita od počátečního ošetření v akutním stadiu až do období stabilizace“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 172). Úkolem klinického logopeda není tedy jen poskytování kvalitní terapeutické pěče, ale také zajištění pěče navazující v dalším období po ukončení pobytu ve zdravotnickém zařízení (in ibid).


Požadovaná kritéria, která by měla splňovat nároky na moderní terapii uvádí Heroutová (in Klenková, 2007). Terapie afázie by měla být systematická (cílená, děletrvající); strukturovaná (postup musí sestávat z logických strukturovaných kroků); adaptovaná (vzhledem ke specifické konstelaci příznaků u každého afatika je potřeba každý typ úkolu modifikovat a individuálně adaptovat); intenzivní (dle výzkumů afatici nejvíce profitují z reedukace trvající 18–25 hodin týdně).

Cséfalvay (1996) cituje Leischnera a jeho všeobecné předpoklady pro začátek terapie s afatiky: diagnostika afázie jako příznak ložiskové léze mozku, schopnost afatika
koncentrovat pozornost alespoň po určitý čas, afatik motivovaný ke komunikaci.

Kutálková, Palodová (2007) uvádí základní charakteristiky reedukačního postupu:

- Diagnostika a popis řeči
- Rámcový plán práce a jeho priority, stanovení konkrétního individuálního využití obecného reedukačního schématu (časem upřesňujeme podle vývoje zdravotního stavu i změn v komunikačních dovednostech)
- Spolupráce s rehabilitačními pracovníky a koordinace činností směřujících k návratu hybnosti, je-li narušena
- Kontakt s rodinou – pro stanovení přiměřených reedukačních cílů potřebuje znát co nejpřesněji obraz osobnosti pacienta před onemocněním, rodina také zajišťuje nezbytnosti: brýle, zubní protézu, sluchadlo apod.
- Nutno brát v úvahu možnost výrazně nerovnoměrných výkonů
- U percepčních poruch je třeba detailně rozpracovat úkoly po jednotlivých krocích a kontrolovat, zda pacient chápe smysl zadání
- Měli bychom počítat i se spontánní únavou během terapie

2.6.1 Terapie afázie v akutním a chronickém stádiu

Čecháčková (in Škodová, Jedlička, 2007) dělí terapii afázie podle stádia onemocnění na terapii v akutním stadiu a terapii v chronickém stádiu.

**Terapie v akutním stádiu** afázie se provádí u pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče (JIP), neurologickém či interním oddělení nemocnice. Pokud jsou neporušeny vitální funkce, pacient s afázií se dostává do péče klinického logopeda již druhý den po vzniku cévní mozkové příhody.

„Terapie v akutní fázi je intenzivnější, prováděna individuálně, zaměřena na restituci fatické poruchy a udržení, popř. znovunabytí psychické stability pacienta“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007, s. 172). V raných fázích onemocnění proto autorka doporučuje psychoterapeutickou a řečovou stimulaci. Tuto provádí klinický logoped s psychoterapeutickým výcvikem nebo klinický psycholog. Při terapii v tomto stadiu se dá využít prvků z tzv. body therapy, což je léčba léčba těla, při níž využíváme taktilních podnětů
současně s cíleným slovním doprovodem. Timto způsobem je možné stimulovat určité lokality těla, ale nejedná se pouze o mechanickou, dotekovou rehabilitaci. Velmi důležitou roli hraje i mentální spolupráci terapeuta. Úroveň spolupráce pacienta je důležitým kritériem pro strukturu terapie (Čecháčková in Skodová, Jedlička, 2007).


Druhou skupinu tvoří pacienti somnolentní, u nichž můžeme aplikovat výše uvedenou metodu doplněnou o dechová cvičení a cvičení na uvědomování si vlastního těla. Čecháčková (in Škodová, Jedlička, 2007) v této souvislosti zmiňuje možnosti využití metody vizualizace a muzikoterapie.


Z počátku se zaměřujeme na rozvíjení těch druhů komunikace, které pacient nejvíce potřebuje a u nichž lze očekávat alespoň malé zlepšení (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007). Při přetrvávání obtíží v komunikaci zejména u těžkých typů afázií můžeme využít
kompenzačních strategií, mezi něž patří metody augmentativní a alternativní komunikace (in ibid).

Terapie v chronické fázi onemocnění může být uskutečňována i formou skupinové terapie, na rozdíl od terapie v akutním stadiu, která je prováděna formou individuální. Rizikově na zařazení do skupinové terapie je i období subakutní, kdy pacient lpl na naději v celkovou úpravu obtíží a zařazení mezi pacienty s afázií v chronické fázi by mu mohlo spíše ublížit (Heroutová in Klenková, 2007).

2.6.2 Terapeutické směry

Code a Müller (1989) dělí terapeutické směry podle základního přístupu k afáziím na: lingvisticky, psycholingvisticky orientovaný přístup; neuropsychologicky orientovaný přístup; psychosociálně orientovaný přístup; behaviorálně orientovaný přístup; směry augmentativní a alternativní komunikace a eklektický přístup (Heroutová in Klenková, 2007).

Podle Heroutové (2007) existují v současné době v afaziologii dva dominující terapeutické směry a to: kognitivně-neuropsychologický přístup a pragmaticky orientovaná terapie.

2.6.2.1 Kognitivně-neuropsychologický přístup


➢ TAP (Treatment of Aphasics Perseveration) – metoda tlumení perseverací. Perseverace doprovází především pacienty s těžší formou afázie. „Frekvence perseverací se snižuje při navozené sebekontrole řečového projevu, proto se cílený terapeutický postup snaží o navození vědomé kontroly počátku vlastní mluvní produkce u osoby s afázií“ (Neubauer, 2007, s. 145). Využívá se k tomu různých forem prodlužování pauzy mezi ukázáním stimulu a jeho pojmenováním (in ibid).

➢ MIT (melodicko-intonační terapie) využívá zpěvu a rytmu. Dobrými kandidáty na tuto formu terapie jsou afatici s unilaterálním poškozením mozku, s léží v předních oblastech frontálního laloku, pacienti s nonfluently afázií, s narušenou artikulací ve spontánní řečové produkci, s poruchami nominativních funkcí řeči, s řečovými automatismy, popřípadě afatici se středně až lehkým deficitem v porozumění řeči (Cséfalvay, 1996). Program je rozdělen na tři na sebe navazující úrovni. V první a druhé jde o intonaci frází, které jsou pro afatika dobře odezíratelné. Ve třetí fázi se již nacvičují komplexní celky, terapeut se snaží o intonaci fráze co nejpodobnější běžné řeči a shodně s charakterem intonace textu pohybuje levou rukou pacienta (in ibid).

2.6.2.2 Pragmaticky orientovaná terapie

Pragmaticky (funkcionálně) orientovaná terapie zdůrazňuje vliv narušení na specifické schopnosti člověka s afázií. Představitelé tohoto směru tvrdí, že je důležité afatika co nejdříve resocializovat, poskytnout mu adekvátní možnost komunikace (i kompenzační) a učinit ho samostatným. v rámci terapie se snaží se o obnovení schopnosti užívat jazyk a rozumět mu v kontextu. Cílem terapie tedy je dorozumět se v přirozeném prostředí. Výzkumy totiž prokázaly, že oproti ostatním jazykovým rovinám je pragmatická rovina postižena nejméně (Heroutová in Klenková, 2007).

Terapeut se snaží u afatíků podpořit užívání úspěšně používaných komunikačních strategií, eliminovat strategie kontraproduktivní a učit strategie, které v repertoáru pacienta nejsou (Perkins, Lesser in Lechta, 2005). Na rozdíl od tradičních stimulačních přístupů vystupuje - 49 -
terapeut jako rovnocenný partner a pacient není pouze „pasivním přijemcem“ iniciačních tendencí terapeuta. Aktivně se totiž podílí na formulaci cílů a výběru úloh. Střídá se jeho úloha jako komunikátor a recipienta informace – stejně jako při běžném dialogu (Heroutová in Klenková, 2007).

Při funkcionální komunikaci se akceptuje jakýkoliv způsob dorozumívání (mluvená řeč, psaní, kresba, gesta nebo jejich kombinace). Toleruje se agramatická produkce i fonologická parafázie. „Cílem je, aby komunikace probíhala, i když slova nefungují zcela správně“ (Kirschner 1999 in Lechta, 2005, s. 224).

- **PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness)** je program, jehož autory jsou Davis a Wilcoxová. Vytvořili postup založený na interakci mezi terapeutem a afatikem, mezi nimiž probíhá výměna nové informace. Odpověď terapeuta závisí na tom, zda porozuměl informaci, kterou afatik vyslal. Cílem je, aby se tento rozhovor co nejvíce přibližil běžné konverzaci. K tomu je potřeba dodržovat základní principy, k nimž patří: výměna roli komunikátor a recipienta mezi pacientem a terapeutem (změna aktivizace receptivní a expresivní složky řeči); výměna nové informace mezi pacientem a terapeutem; možnost afatika v roli komunikátora zvolit komunikační modalitu (verbální komunikace, psaní, gesta, obrázky, kreslení apod.); vyjádření pochopení či nepochopení informace přirozenou zpětnou vazbou ze strany terapeuta k pacientovi. Výhodou tohoto programu je vyriabilní aplikace na kterýkoliv typ a stupeň afázie a možnost využití při individuální i skupinové terapii (Cséfalvay, 1996).

v samostatné konverzaci. Cílem je zkvalitnění vzájemné komunikace mezi afatikem a komunikačním partnerem.

2.6.2.3 Psychosociální přístup

Zájem terapeuta v rámci tohoto přístupu se přesunuje na celé prostředí, ve kterém osoba s afázií žije. Specifika psychosociálního přístupu popsal Cséfalvay (2001) takto: zájem se posunul z pacienta v akutním stádiu na afatika v chronické fázi; důraz se klade na skupinovou formu práce; snaha o nezávislost na institucích omezujících čas potřebný k terapii a je podporován vznik skupin na místní úrovni. Využívá se i práce s partnery a rodinou afatika (Heroutová in Klenková, 2007).

Mezaux a kol. (2000) shrnuli cíle psychosociálních přístupů takto: zmírnit narušení komunikační schopnosti nebo udržet dosažené výsledky při reedukaci, rozvinout schopnost sociální komunikace; věst afatika k znovunalezení své role ve společnosti a v rodině, podporovat společenské kontakty; umožnit pacientovi psychickou adaptaci na postižení, posílovat sebedůvěru a poskytnout oporu; informovat rodinu a blízké okolí o všem, co se vznikem afázie souvisí, pomoci při řešení vzniku konkrétních problémů ve vztazích (Heroutová in Klenková, 2007).

2.6.2.4 Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie

Metodu vypracovali Lurijovi spolupracovníci pod vedením Cvetkové a její teoreticko-metodologická východiska obnovování vyšších psychických funkcí vychází z koncepcí funkčních systémů a tezí o rekonstrukci patologického funkčního systému. „Jde o proces reedukace, o přestrukturování funkčních systémů metodou obnovovací terapie“ (Neubauer, 2007, s. 143).

Na odblokování řečového projevu a obnovení jazykových dovedností se užívá tzv. nepřímých metod, na něž navazují metody přímé, zaměřené na intenzivní trénink formou stimulačních jazykových cvičení a postupy obnovování gramatických a lexikálních dovedností (in ibid).
Cséfalvay (1996) shrnuje podle Cvetkové požadavky na metodu obnovovací terapie takto: musí být adekvátní mechanizmu poruchy; má být inderiktivní (primární porucha se obchází); měla by být zprostředkována (na řeč působíme pomocí jiných psychických prostředků); musí mít systémový charakter (nemá působit pouze na izolované funkce).

Základními úkoly této koncepce je obnovit řeč jako psychickou funkci a neadaptovat pacienta na řečovou poruchu; obnovit řečovou komunikaci a neobnovovat izolované konkrétní řečové senzomotorické operace; obnovit komunikativní funkci řeči a ne pouze jednotlivé aspekty; vrátit pacienta do normálního společenského prostředí a nevytvářet mu zjednodušené životní podmínky; dosáhnout praktických výsledků v maximální možné míře (Preiss, 1998).

Koncepce obnovování má v praxi dva směry. Prvním je přestavba funkčních systémů pomocí oživení latentních aferencí, které během ontogeneze ustoupily vedoucí aferentaci a staly se tak rezervním fondem. Druhým je konstrukce nových funkčních systémů, kdy se do funkčního systému zapojují nové články, které se dříve realizace nyní porušené funkce neúčastnily (Cséfalvay, 1996).

2.6.3 Formy terapie afázie

Terapie u osob s afázií může probíhat formou individuální nebo skupinovou. **Individuální terapie** se provádí zejména v akutní fázi, kdy je potřeba, aby terapie byla intenzivnější (Čecháčková in Škodová, 2007). Při této formě terapie se zaměřujeme na rozvoj těch druhů komunikace, které pacient nejvíce potřebuje a u nichž lze očekávat alespoň mírných pokroků (in ibid). Intenzivní individuální logopedická reedukace by však měla být postupně doplněna o práci skupinovou (Neubauer, 2007).

**Skupinová terapie** se uskutečňuje v chronické fázi onemocnění. Skupinové sezení osob s afázií bývá obecně zaměřeno na stimulaci všech psychických funkcí. Orientuje se na zlepšení paměťových funkcí, percepcie, pozornosti, psaní, čtení, vyjadřování jazykovými verbálními prostředky, využívá slovních a paměťových her, tematického kreslení či prvků muzikoterapie (Kulišťák, 1997).

Cséfalvay (in Lechta, 2005) uvádí, že skupinová terapie bývá spojována s pragmaticky orientovanými metodami jako je PACE nebo konverzační trénink. Doporučuje skupiny
o velikosti maximálně šesti členů a účast dvou terapeutů, popřípadě terapeuta a facilitátora z řad studentů, rodinných příslušníků apod. Jejich úkolem je facilitace konverzace ve skupině, maximalizace efektivnosti komunikace, podpora vzrůstající nezávislosti skupiny na terapeutech, podpora využívání navozených komunikačních strategií, povzbuzení a podpora členů skupiny, vytvoření pozitivně naladěné atmosféry (in ibid).

Skupinové aktivity zahrnují hrani roli, simulace reálných situací, využívání souborů fotografií nebo obrázků (tzv. památníky), užití programu PACE, společenských her a rozhovory na určité téma s formulací názoru a řešení problému (Cséfalvay in Lechta, 2005).

Elmanová (in Lechta, 2005) uvádí tato pozitiva skupinové terapie s afatiky: přirozeným způsobem stimuluje interakci mezi jejími členy, tím posiluje pragmatické zručnosti, iniciaci komunikace, rozšíření repertoáru ružných dorozumívacích funkcí; nabízí široký okruh komunikačních partnerů a přirozené komunikační akty a v neposlední řadě posiluje psychosociální integraci svých členů. Avšak přes všechna tato pozitiva sama skupinová terapie není dostatečná, proto je třeba ji vhodně kombinovat s terapií individuální.


Na závěr této kapitoly ještě uvádime některé nejpoužívanější metodické materiály v logopedické praxi u nás, které s poučením od zkušeného logopeda mohou být užívány v rámci reedukace v domácím prostředí rodinnými příslušníky. Patří sem:

- Obrázkový slovník pro afatiky (Truhlářová, 1973, 1975, 1984)
- Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie (Mimrová, 1998)
- Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií (Čecháčková, 1998)
- Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie (Cséfalvay, Koštálová, Klimešová, 2002)
Nechceme však opomenout ani možnosti dnešní technicky vyspělé společnosti, kdy s rozvojem počítačové techniky a informatiky se objevují i počítačové programy, kterých lze při terapii afázie také velmi vhodně využít jako např:

- Speech Viewer, který je určen pro stimulaci motorických řečových modalit
- Train to Brain, jenž se využívá při poruchách kognitivních funkcí (především paměti a pozornosti)
- MENTIO (Petržílková, 1996), což je výukový software pro děti a dospělé se speciálními potřebami, který se zaměřuje na rozvoj lexie, grafie, artikulace, kalkulie, manipulaci s penězi, paměťová cvičení, zrakové vnímání, logické a časoprostorové vztahy, rozvoj komunikačních dovedností.
II. PRAKTICKÁ ČÁST
3.1 Cíl práce

Cílem praktické části diplomové práce je zhodnocení spolupráce logopedů a rodin v procesu reedukace osob s afázií a vlivu účasti rodin osob s afázií na terapii těchto osob. Chceme zjistit, zda logopedi v ČR zapojují členy rodiny do terapie osob s afázií, považují-li tuto spolupráci za přínosnou a ve které oblasti. Mají-li rodiny osob s afázií o spolupráci na reedukaci příslušníka rodiny vůbec zájem a je-li tento zájem ovlivněn i pohlavím. Dále pak v jakém stádiu onemocnění je podle jejich názoru zapojení rodiny do tohoto procesu nejvhodnější, jakým způsobem se rodina osoby s afázií může podílet na terapii těchto osob, doporučují-li logopedi i spolupráci s jinými odborníky (pokud ano, se kterými), jaký typ terapie považují z hlediska své praxe pro osoby s afázií za nejpřínosnější a dostupnost možnosti skupinové terapie pro osoby s afázií a jejich rodiny.

Na základě dotazníků a pozorování jsme provedli výzkumné šetření. Výsledky tohoto šetření jsme následně zpracovali a analyzovali.

3.2 Metody šetření

Praktická část diplomové práce má charakter kvantitativního výzkumu. K získání potřebných informací a dosažení stanoveného cíle praktické části diplomové práce jsme uplatnili studium odborné literatury, abychom získali teoretické poučení o dané problematice. Pro získání informací o pohledu na spolupráci mezi logopedy a rodinami osob s afázií jsme sestavili dotazník určený logopedům, jež s těmito osobami pracují. Dále jsme využili metody pozorování při práci s osobami s diagnózou afázie v rámci logopedické praxe, kterou autorka diplomové práce absolvovala od července do listopadu 2010.
3.2.1 Dotazník pro logopedy


Chráska (2007, s. 163) definuje dotazník jako „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“

Druhy položek v dotazníku podle formy požadované odpovědi dělíme podle toho, jakým způsobem má respondent v určité položce (otázce) dotazníku odpovědět. Tyto položky mohou být otevřené (nestrukturované) nebo uzavřené (strukturované). U otevřených položek respondent sám vytváří odpověď, u položek uzavřených určitým způsobem manipuluje s odpověďmi, které jsou již navrženy (Chráska, 2007).


- **Uzavřené položky** dotazníku respondentovi předkládají vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Výhodou je podstatné zjednodušení při vyhodnocování odpovědí a často také větší ochota respondentů dotazník vyplnit. Nevýhodou této formy dotazníků zůstává fakt, že všechny možné kvality odpovědí jsou násilně vtěsnány do schématu připravených odpovědí a respondent se tudíž musí ztotožnit s některou z daných možností. Podle počtu předkládaných odpovědí lze uzavřené položky rozdělit na dichotomické a polytomické. Pokud lze na otázku dát pouze dvě možnosti, jež se vzájemně vylučují (např. ano–ne), jedná se o otázky dichotomické.

- **Polouzavřené položky** dotazníku můžeme použít, chceme-li se vyhnout nebezpečí, že neuvedeme některou možnou odpověď. Respondent má tedy možnost vybrat si z uvedených odpovědí a pokud mu žádná z nabízených možností nevyhovuje, může zvolit položku „jiná odpověď“.

Položkami v dotazníku jsme zjišťovali informace související se spolupráci logopedů a rodin osob s afázií v rámci reedukace těchto osob.

Dotazník obsahoval položky uzavřené, které logopedům nabízely možnost výběru z předem připravených odpovědí, položky polouzavřené, jež skýtaly možnost „jiné odpovědi“, jestliže jim žádná z nabízených odpovědí nevyhovovala, a jednu požku otevřenou.

Dotazník měl celkově osmnáct položek, které uvádíme níže:

- **Navštěvují Vaše logopedické pracoviště osoby s afázií?**
  U položky jsme nabídli odpovědi ano, ne.

- **Je podle Vašeho názoru vhodné zapojovat do terapie osob s afázií také rodinu?**
  Zde mělí logopedi možnost volit z nabízených možností ano, ne.
Ve které fázi afázie je podle Vašeho názoru nejvhodnější zapojit rodinu do spolupráce na terapii osob s afázií?

Logopedi zde vybírali z odpovědí v akutní, v subakutní, v chronické či není vhodné rodinu do terapie zapojovat.

Projevuje rodina osoby s afázií v rámci terapie zájem o spolupráci s vámi?

V připravených odpovědích byly možnosti ano, spíše ano, spíše ne, ne.

Jak probíhá Váš první kontakt s rodinou osoby s afázií?

Zde jsme kromě odpovědí rodina mě sama kontaktuje a já kontaktuji rodinu, nabídl také možnost jiné odpovědi.

Se kterým členem rodiny osob s afázií jste nejčastěji v kontaktu?

Zde jsem navrhovali odpovědi manžel, manželka (druh, družka); matka, otec; dcera, syn i možnost jiné odpovědi.

Navštěvuje Vaše logopedické pracoviště více osob s afázií ženského nebo mužského pohlaví?

Logopedi mohli volit mezi možnostmi ženského, mužského, je to vyrovnané nebo nedokážu posoudit.

Se členy rodiny kterého pohlaví spolupracujete častěji?

Zde byly navrženy stejné odpovědi jako u předchozí otázky – tedy ženského, mužského, je to vyrovnané, nedokážu posoudit.

Má podle Vás účast rodiny na terapii osoby s afázií vliv na úspěšnost této terapie?

Nabízené odpovědi byly ano, ne a nedokážu posoudit.

Čím se podle Vás nejvíce podílí rodina na terapii osoby s afázií?

U této položky mohli logopedi vybírat z odpovědí: psychická podpora; procvičování zadaných úkolů s klientem; rozvoj komunikace v přirozeném prostředí (rodina jako přirozený komunikační partner) a možnost jiná odpověď.

Jakým způsobem ovlivňuje podle Vašeho názoru vznik afázie vztahy v rodině?

Logopedi měli možnost výběru z odpovědí: vztahy jsou pevnější, rodina osobu s afázií podporuje; vztahy v rodině jsou narušené vlivem změn roli některých členů; vztahy
v rodně jsou nezměněné a možnost jiná odpověď

- Dáváte rodině osoby s afázií instrukce, jakým způsobem s touto osobou komunikovat? (např. jaké zásady při komunikaci dodržovat, aby se komunikace této osoby co nejvíce rozvíjela).

  U této položky (stejně jako u následujících tří dalších položek) jsme předložili možnosti ano, ne.

- Když zadáváte úkoly na procvičování osobě s afázií, vysvětlujete i rodině, co a jakým způsobem má s touto osobou procvičovat?

- Myslíte si, že by bylo vhodné zavést školení pro rodiny osob s afázií, aby věděli, jak s těmito osobami správně pracovat?

- Doporučujete v rámci terapie osobě s afázií a její rodně také jinou odbornou pomoc?

- Pokud je Vaše odpověď v předchozí otázce ANO, jakou?

  Pokud byla u předchozí položky odpověď ano, měli logopedi napsat, jakou další intervinci osobám s afázií a jejich rodinám doporučují.

- Která z těchto forem terapie je podle Vás pro osobu s afázií nejpřínosnější?

  U této otázky jsme připravili odpovědi: individuální s občasnou konzultací s rodinou; individuální s účastí rodiny; skupinová v rámci osob se stejnou narušenou komunikační schopností; skupinová v rámci osob se stejnou narušenou komunikační schopností a účastí členů rodiny nebo možnost jiná odpověď.

- Nabízí Vaše pracoviště nebo je v blízkém okolí možnost skupinové terapie osob s afázií s účastí členů rodiny?

  Tady jsme nabídli odpovědi ano, ne, o žádném nevím (Příloha č. 1).

3.2.2 Pozorování

Pozorování je nejstarší a nejrozšířenější metoda pro získávání dat. Průcha a kol. (in Chráska, 2007, s. 151) definuje pozorování jako „sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména
chování osob, průběhu dějů aj.“ Někteří autoři považují pozorování za nejdůležitější a nezastupitelný způsob shromažďování materiálů při studiu pedagogické reality. Podle Tollingrové (in Chráska, 2007) se ale běžné pozorování nedostává nad jevovou stránku a tím se snižuje jeho heuristický význam.


Dále můžeme rozlišit pozorování standardizované a nestandardizované. Jako standardizované pozorování bývá označována činnost spočívající v záměrném, cílevědomém, systematickém a relativně objektivním sledování smyslově vnímatelných jevů, které nebyly vyvolány zásahem pozorovatele (Mareš in Chráska, 2007). Nestandardizované pozorování bývá poznamenané intuitivním přístupem a subjektivitou. Pro standardizované pozorování se užívá speciálních observačních technik, které snižují podíl intuice a subjektivity na únosnou míru (in ibid).

Pozorováním v rámci své logopedické praxe autorka diplomové práce srovnávala průběh terapie osob s afázií se stejnou diagnózou s účastí členů rodiny na terapii a bez nich.

3.3 Analýza výsledků

3.3.1 Analýza výsledků dotazníků pro logopedy

Dotazníky jsme v elektronické podobě rozeslali celkem 438 logopedům. Z tohoto množství se jich 130 vrátilo vyplněných, což odpovídá 30 % celkově odeslaných dotazníků.
Tabulka č. 2: Návratnost dotazníků

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dotazníky</th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vyplněné</td>
<td>130</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Nevyplněné</td>
<td>308</td>
<td>70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 1: Návratnost dotazníků

Otázka č. 1 Navštěvují Vaše logopedické pracoviště osoby s afázií?

Na tuto otázku odpovědělo 120 logopedů ANO, což představuje 92 % z celkově vyplněných dotazníků a pouze 10 logopedů NE.

Tabulka č. 3: Navštěvují Vaše logopedické pracoviště osoby s afázií?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>120</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>10</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Graf č. 2: Navštěvují Vaše logopedické pracoviště osoby s afázií?

Otázka č. 2 Je podle Vašeho názoru vhodné zapojovat do terapie osob s afázií také rodinu?

120 logopedů – tedy 100 % z těch, jež navštěvují osoby s afázií, odpovědělo ano. Z tohoto můžeme soudit, že logopedi v ČR, kteří mají ve své klientele osoby s afázií, považují za vhodné v rámci reedukace těchto osob zapojovat i členy jejich rodiny.

Tabulka č. 4: Je vhodné zapojovat do terapie osob s afázií také rodinu?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>120</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 3: Je vhodné zapojovat do terapie osob s afázií také rodinu?
Otázka č. 3 Ve které fázi afázie je podle Vašeho názoru nejvhodnější zapojit rodinu do spolupráce na terapii osob s afázií?

Z námi nabízených možností volilo 79 logopedů (66 %) odpověď v akutní, 36 respondentů (30 %) si myslí, že je rodinu vhodné zapojovat do terapie osob s afázií ve fázi subakutní a jen 5 logopedů (4 %) by s rodinou začalo spolupracovat až ve stadiu chronickém. Odpověď není vhodné rodinu do terapie zapojovat nevybral žádný z respondentů.

Na základě těchto výsledků se můžeme domnívat, že podle názoru většiny logopedů, kteří na dotazník odpověděli, je vhodné rodinu zapojovat do terapie osob s afázií již na začátku tohoto procesu.

**Tabulka č. 5: Ve které fázi afázie je nejvhodnější zapojit rodinu do spolupráce na terapii osob s afázií?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>V akutní</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>V subakutní</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>V chronické</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Není vhodné rodinu do terapie zapojovat</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf č. 4: Ve které fázi afázie je nejvhodnější zapojit rodinu do spolupráce na terapii osob s afázií?**
Otázka č. 4 Projevuje rodina osoby s afázií v rámci terapie zájem o spolupráci s vámi?

Při zodpovězení této otázky zvolilo 58 respondentů (48 %) možnost ano, 59 logopedů (49 %) spíše ano, variantu spíše ne označili 3 logopedi (po zaokrouhlení 3 %). Odpověď ne zůstala nevyplněná. V přepočtu se dá říci, že 97,5 % logopedů (většina respondentů) má spíše pozitivní zkušenost se zájmem rodiny o spolupráci na terapii jejich člena.

Tabulka č. 6: Projevuje rodina osoby s afázií v rámci terapie zájem o spolupráci s vámi?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>58</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ano</td>
<td>59</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše ne</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 5: Projevuje rodina osoby s afázií v rámci terapie zájem o spolupráci s vámi?
Otázka č. 5 Jak probíhá Váš první kontakt s rodinou osoby s afázií?

V tomto případě jsme logopedům nabídli tři možnosti odpovědí a to: rodina mě sama kontaktovala – tuto variantu vybralo 71 (59 %) respondentů, já kontaktuji rodinu zatrhlo 30 (26 %) respondentů a položku „jiná odpověď“ si zvolilo 19 logopedů (15 %).

Mezi jinými odpověдями se nejčastěji objevilo:

„Je to vyrovnané, záleží na situaci. Ambulantní péči vyhledává rodiče často sama, naopak u hospitalizovaných pacientů je rodina oslovena až terapeutem.“ Podobné odpovědi se vyskytly celkem desetkrát.

„Většinou se náhodně potkáváme u pacienta na lůžkovém oddělení.“ Tuto odpověď jsme zaznamenali celkem třikrát.

Další vícečetné odpověди v několika variantách: „Informují zdravotnický personál, který se s rodinou setkává, aby jim předal na mě kontakt nebo nechám vzkaz u lůžka pacienta.“ Podobné odpovědi se vyskytly celkem desetkrát.

„U každého pacienta nechávám kontakt, má-li rodina zájem, kontaktuje mě“ a „Klienti většinou přichází s rodinným příslušníkem“ jsou odpovědi, které nám respondenti napsali k této otázce.

Při analýze výsledků této položky je třeba zamyslet se, čím je způsobeno relativně vysoké procento odpovědí – rodina mě sama kontaktuje. Podle našeho názoru to není nezájmem logopedů o zapojování členů rodiny do terapie osob s afázií. Tomuto tvrzení nasvědčuje i přesvěдčení logopedů, že zapojování rodiny do reedukace osob s afázií je vhodné. S největší pravděpodobností u volby odpovědi na tuto položku hrálo velkou roli i místo působiště logopedů (nemocnice, soukromé logopedické pracoviště, lázně).

Tabulka č. 7: Jak probíhá Váš první kontakt s rodinou osoby s afázií?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rodina mě sama kontaktovala</td>
<td>71</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>Já kontaktuji rodinu</td>
<td>31</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiná odpověď</td>
<td>18</td>
<td>15</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- 66 -
Graf č. 6: Jak probíhá Váš první kontakt s rodinou osoby s afázií?

Otázka č. 6 Se kterým členem rodiny osob s afázií jste nejčastěji v kontaktu?

U této položky zazněla nejčastěji odpověď manžel, manželka (druh, družka) a to celkem u 97 (81 %) dotazovaných, možnost dcera, syn zvolilo 14 respondentů (12 %) a varianta „jiná odpověď“ se v dotazníku vyskytla celkem devětkrát (7%). U poslední z výjmenovaných odpovědí jsme zaznamenali tyto: partner(ka) i děti (5), se všemi členy rodiny (2), dle věku a zázemí pacienta (1). Nejzajímavější odpověď, která se zde objevila:

„Někdy více informací poskytné milenec, milenka – léta utajování. To je někdy důležité vědět.“

Z výše uvedeného vyplývá, že ve své praxi logopedi nejčastěji při reedukaci osob s afázií spolupracují s partnery a partnerkami těchto pacientů (klientů) a jejich dětmi.

Tabulka č. 8: Se kterým členem rodiny osob s afázií jste nejčastěji v kontaktu?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Manžel, manželka (druh, družka)</td>
<td>97</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>Matka, otec</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Dcera, syn</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiná odpověď</td>
<td>9</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Graf č. 7: Se kterým členem rodiny osob s afázií jste nejčastěji v kontaktu?

Otázka č. 7 Navštěvuje Vaše logopedické pracoviště více osob s afázií ženského nebo mužského pohlaví?

Převážná většina logopedů, kteří tento dotazník vyplnili, odhadují, že jejich logopedické pracoviště navštěvuje přibližně stejný počet mužů a žen. Celkem takto odpovědělo 93 respondentů (78 %). 9 % dotazovaných (11) napsalo, že mají ve své logopedické péči více mužů, 6 % logopedů (7) odpovědělo, že k nim na terapii dochází více žen s afázií než mužů a 7 % respondentů (9) označilo možnost nedokážu posoudit.

Tabulka č. 9: Navštěvuje Vaše logopedické pracoviště více osob s afázií ženského nebo mužského pohlaví?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ženského</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Mužského</td>
<td>11</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Je to vyrovnané</td>
<td>93</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>Nedokážu posoudit</td>
<td>9</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Graf č. 8: Navštěvuje Vaše logopedické pracoviště více osob s afázií ženského nebo mužského pohlaví?

Otázka č. 8 Se členy rodiny kterého pohlaví spolupracujete častěji?

Asi polovina dotazovaných (52 %) odpověděla, že spolupracuje častěji se členy rodiny ženského pohlaví. 38 respondentů (32 %) odhaduje, že počet členů rodiny mužského a ženského pohlaví je vyrovnaný, 5 logopedů (4 %) napsalo, že častěji spolupracuje s mužskými členy rodiny a 15 dotazovaných (12 %) odpovědělo, že toto nedokáže posoudit.

V souvislosti s předchozí otázkou se můžeme domnívat, že ženy mají větší zájem o spolupráci při terapii členů rodiny s afázií než muži, ale byly by to opravdu pouhé dohady. Rozhodně by však bylo zajímavé tuto skutečnost více prozkoumat.

Tabulka č. 10: Se členy rodiny kterého pohlaví spolupracujete častěji?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ženského</td>
<td>62</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Mužského</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Je to vyrovnané</td>
<td>38</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Nedokážu posoudit</td>
<td>15</td>
<td>12</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Otázka č. 9 Má podle Vás účast rodiny na terapii osoby s afázií vliv na úspěšnost této terapie?

115 logopedů ze 120, kteří na tuto otázku odpovídali, si myslí, že účast rodiny na terapii osob s afázií má vliv na úspěšnost této terapie. Celkem je to tedy 96 % respondentů. 5 dotazovaných (4 %) odpovědělo, že toto nedokáže posoudit.

Tabulka č. 11: Má podle Vás účast rodiny na terapii osoby s afázií vliv na úspěšnost této terapie?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>115</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Nedokážu posoudit</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Graf č. 10 : Má podle Vás účast rodiny na terapii osoby s afázií vliv na úspěšnost této terapie?

Otázka č. 10 Čím se podle Vás nejvíce podílí rodina na terapii osob s afázií?

Podle 43 respondentů (36 %) se rodina na terapii osob s afázií nejvíce podílí rozvojem komunikace v přirozeném prostředí, 22 dotazovaných (18 %) se domnívá, že největší podíl má rodina na reedukaci osob s afázií procvičováním zadaných úkolů s klientem, 18 logopedů (15 %) zvolilo možnost, že rodina je hlavně psychickou podporou pro nemocného. Pro variantu jiná odpověď se rozhodlo 34 logopedů (28 %) a 3 z dotazovaných (3 %) na tuto otázku neodpověděli.

Všech 34 odpovědí v položce „jiná odpověď“ bylo v podstatě totožných. Můžeme je shrnut citací jedné respondentky, která vystihuje všechny ostatní: „Všechny tři možnosti stejnou měrou a nelze je od sebe oddělovat pro úspěšnost terapie.“


- 71 -
Tabulka č. 12: Čím se podle Vás nejvíce podílí rodina na terapii osob s afázií?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Psychická podpora</td>
<td>18</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Procvičováníadaných úkolů s klientem</td>
<td>22</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Rozvoj komunikace v přirozeném prostředí (rodina jako přirozený komunikační partner)</td>
<td>43</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiná odpověď</td>
<td>34</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Nevyplněno</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 11: Čím se podle Vás nejvíce podílí rodina na terapii osob s afázií?

Otázka č. 11 Jakým způsobem ovlivňuje podle Vašeho názoru vznik afázie vztahy v rodině?

Podle názoru 68 dotazovaných (57 %) vznik afázie narušuje vztahy v rodině zejména změnou roli některých členů rodiny. 19 respondentů (16 %) si myslí, že vztahy v rodině jsou v důsledku afázie pevnější a rodina osobu s afázií podporuje. 4 logopedi (3 %) se domnívají, že vztahy v rodině i po vzniku tohoto onemocnění zůstávají nezměněné, 6 respondentů (5 %) na tuto otázku neodpovědělo vůbec a 23 ( 19 %) zvolilo možnost „jiná odpověď“. Zde jsme zaznamenali tyto odpovědi: 12 respondentů napsalo, že je to velmi individuální a záleží na charakteru rodiny, 5 odpovědělo, že toto nedokáží posoudit a následující odpovědi se v dotazníku vyskytly u této položky vždy pouze jednou:
,,Vztahy jsou každopádně jiné.“ „Záleží na rozsahu a stupni afázie.“

,,Kde byly vztahy v rodině před afázií pevné, jsou pak pevnější. Kde byly chladnější, lhostejnější, je to horší.“

,,Každá rodina řeší zátěžovou situaci jiným způsobem, většinou jsem se ale setkala se vzájemnou podporou.“

,, Dle věku. U mladších partnerských vztahů hraje po čase důležitou roli komunikační deficit a často sexuální absence.“

,,Setkala jsem se s rodinami, které afázie více stmelila, ale bohužel (i když v menší míře) i s těmi, které toto onemocnění odcizilo (hlavně v mladším věku). Starší klienti se více podporuji.

Tabulka č. 13: Jakým způsobem ovlivňuje vznik afázie vztahy v rodině?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vztahy jsou pevnější, rodina osobu s afázií podporuje</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Vztahy v rodině jsou narušené vlivem změn rolí některých členů</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>Vztahy v rodině jsou nezměněné</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiná odpověď</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Nevyloučeno</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 12: Jakým způsobem ovlivňuje vznik afázie vztahy v rodině?
Otázka č. 12 Dáváte rodině osoby s afázií instrukce, jakým způsobem s touto osobou komunikovat?

Všichni logopedi, kteří odpověděli na tento dotazník (120), označili možnost ano – tedy, že dávají rodině osoby s afázií instrukce, jakým způsobem s touto osobou komunikovat.

Tabulka č. 14: Dáváte rodině osoby s afázií instrukce, jakým způsobem s touto osobou komunikovat?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>120</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 13: Dáváte rodině osoby s afázií instrukce, jakým způsobem s touto osobou komunikovat?

Otázka č. 13 Když zadáváte úkoly na procvičování osobě s afázií, vysvětlujete i rodině, co a jakým způsobem má s touto osobou procvičovat?

116 respondentů (97 %) odpovědělo na tuto položku v dotazníku ano – tedy, že při zadávání úkolů osobě s afázií vysvětlují i rodině, co a jakým způsobem má s touto osobou procvičovat.
Pouze 4 dotazovaní odpověděli, že toto nedělají.

Tabulka č. 15: Když zadáváte úkoly na procvičování osobě s afázií, vysvětlujete i rodině, co a jakým způsobem má s touto osobou procvičovat?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>116</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 14: Když zadáváte úkoly na procvičování osobě s afázií, vysvětlujete i rodině, co a jakým způsobem má s touto osobou procvičovat?

Otázka č. 14 Myslíte si, že by bylo vhodné zavést školení pro rodiny osob s afázií, aby věděli, jak s těmito osobami správně pracovat?

84 dotazovaných (tedy 70 %) si myslí, že by bylo vhodné zavést školení pro rodiny osob s afázií, aby věděli, jak s těmito osobami správně pracovat. 36 respondentů si myslí, že by to vhodné nebylo. K této položce dotazníku přišla i zajímavá reakce, kterou by tu autorka diplomové práce ráda uvedla, protože stojí za přemýšlení:

„Školením je již to, když pracujete s rodinou při lůžku pacienta (mj. seznamujete s charakterem NKS, se zásadami komunikace, vysvětlujete cvičení, psychická podpora – logoped se často nedobrovolně stává psychoterapeutem rodině i klientovi..) – v tom případě je tedy odpověď ANO. Pokud však máte na mysli skupinové sezení pro rodiny afatiků - odpověď zní NE. Často jsou to pro členy rodiny nové informace a na začátku jich je mnoho. Myslím, že je lepší pracovat individuálně a seznámit rodinu s konkrétními možnostmi u svého příslušníka.
(a to jasně a srozumitelně, samozřejmě i průběžně), než školit všechny najednou a obecně, protože každý afatik má jiné potřeby. Je třeba také myslet na ochranu osobnosti klientů, ne každý si přeje, aby o jeho potížích slyšeli jiní.“

Tabulka č. 16: Myslíte si, že by bylo vhodné zavést školení pro rodiny osob s afázií, aby věděli, jak s těmito osobami správně pracovat?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>84</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>36</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 15: Myslíte si, že by bylo vhodné zavést školení pro rodiny osob s afázií, aby věděli, jak s těmito osobami správně pracovat?

Otázka č. 15 A) Doporučujete v rámci terapie osobě s afázií a její rodině také jinou odbornou pomoc?

83 % z dotazovaných logopedů doporučuje v rámci terapie osobě s afázií a jeho rodině i jinou odbornou pomoc, 17 % ne.
Tabulka č. 17: Doporučujete v rámci terapie osobě s afázií a její rodině také jinou odbornou pomoc?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>100</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>20</td>
<td>17</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 16: Doporučujete v rámci terapie osobě s afázií a její rodině také jinou odbornou pomoc?

Otázka č. 15 B) Pokud je Vaše odpověď v předchozí otázce ANO, jakou?

Mezi nejčastěji doporučovanou odbornou pomocí byla jmenovaná pomoc psychologická (70), dále pak rehabilitace, fyzioterapeut (38), psychoterapie (16), sdružení lidí s podobnými problémy (14), ergoterapie (11), léčebné pobyty, lázně (10), neurolog (7), skupinová terapie (6), ORL (3).
Tabulka č. 18: Další odborná pomoc doporučená logopedy v rámci reedukace osob s afázií:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Služba</th>
<th>Počet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Psychologická pomoc</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychoterapie</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociálně-právní</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Sdružení lidí s podobnými problémy</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Skupinová terapie</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitace, fyzioterapeut</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Léčebné pobyty, lázně</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergoterapie</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurolog</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>ORL</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 17: Další odborná pomoc doporučená logopedy v rámci reedukace osob s afázií:
Otázka č. 16 Která z těchto forem terapie je podle Vás pro osobu s afázií nejpřínosnější?

Téměř polovina respondentů 48 % si myslím, že nejpřínosnější formou terapie pro osobu s afázií je individuální terapie s účastí rodiny, 20 % dotazovaných by volilo individuální terapii s občasnou konzultací s rodinou. Stejný počet procent i odpovědí získala možnost skupinové terapie bez účasti i s účastí rodiny, 22 % logopedů si vybralo nabídku „jiná odpověď“ a 2 respondenti neodpověděli na tuto otázku vůbec.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Forma terapie</th>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Individuální s občasnou konzultací s rodinou</td>
<td>24</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Individuální s účastí rodiny</td>
<td>57</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Skupinová v rámci osob se stejnou NKS</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Skupinová v rámci osob se stejnou NKS a účastí členů rodiny</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiná odpověď</td>
<td>27</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Nevyplněno</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Graf č. 18: Která z těchto forem terapie je podle Vás pro osobu s afázií nejpřínosnější?

Tabulka č. 20: Nabízí Vaše pracoviště nebo jeho blízké okolí možnost skupinové terapie osob s afázií s účastí členů rodiny?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Počet</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>O žádném nevím</td>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Otázka č. 17 Nabízí Vaše pracoviště nebo je v blízkém okolí možnost skupinové terapie osob s afázií s účastí členů rodiny?

52 logopedů (43 %) odpovědělo, že jejich pracoviště nebo jeho blízké okolí nabízí možnost skupinové terapie s účastí členů rodiny, 58 respondentů (49 %) napsalo, že jejich pracoviště ani jeho blízké okolí takovou možnost terapie nenabízí a 10 z dotazovaných logopedů (8 %) o žádné možnosti skupinové terapie s účastí členů rodiny nevědělo.
3.3.2 Případové studie


3.3.2.1 Případová studie č. 1

Pacient Jan (56 let) prodělal hemoragickou cévní mozkovou příhodu. I u tohoto pacienta byla mozková tkáň poškozená v oblasti parietálního laloku. Logopedické vyšetření bylo provedeno na žádost neurologického oddělení.
Pacient se léčí na diabetes, pracuje jako řidič kamionu, je rozvedený a žije sám. Má dvě děti.


Terapie byla zaměřena na rozvoj nominativních funkcí, pravo-levé orientace, grafie, lexic s porozuměním a kalkulie. Reedukace byla zahájena hned následující den po provedení diagnostiky. S pacientem se pracovalo dvakrát denně po půl hodině, ale o terapii vůbec nejevil zájem a zaznamenali jsme opravdu jen nepatrné zlepšení. Za tři týdny, co ležel na lůžkovém oddělení neurologie, za ním nebyla žádná návštěva. Rodina nereagovala ani po tom, co byla kontaktována logopedem. Pacient byl po třech týdnech přeložen na oddělení LDN, kam za ním logopedka docházela pouze dvakrát týdně a po dvou týdnech, co ležel na oddělení LDN se vytratily i ty nepatrné pokroky, kterých jsme dosáhli.

3.3.2.2 Případová studie č. 2

Pacientka Jindřiška (85 let) hospitalizována na JIP, kam byla přivezena po té, co si ráno neteři stěžovala na slabost, nevolnost a bolest na prsou. Sama neteři si všimla, že pacientka artikuluje s velkými obtížemi a připadala ji mírně dezorientovaná. Po provedení CT a MR byla zjištěna léze v parietním laloku.

Pacientka nikdy nebyla dlouhodobějí nemocná. Je vdova v důchodu, dříve pracovala v zemědělství. Žije v rodném domě s neteří, kterou po smrti sestry sama vychovávala, a její
šestnáctiletou dcerou.


### 3.3.2.3 Případová studie č. 3

Pacient Bohumil (67 let) hospitalizován na oddělení neurologie po srážce automobilem, když jel na kole – utrpěl zlomeninu pravé ruky a těžký úraz hlavy, který mu způsobil integrační afázi.

Pacient se neléčí na žádné onemocnění. Dříve pracoval jako učitel, nyní je v důchodu, rozvedený, žije sám a je velmi aktivní.
Logopedické vyšetření tento pacient absolvoval po částech druhý a třetí den jeho hospitalizace. I u tohoto pacienta bylo intaktní porozumění. Pacient měl velmi těžké mnesticke obtíže, poruchu nominativních funkcí, sníženou fluenci spontánního řečového projevu. Produkce automatických slovních řad nebyla možná ani po předchozí nápovědě. Při vyšetření grafie bylo zjištěno, že pacient je schopný opisovat, psát spontánní a na diktát je narušen v důsledku záměny tvarově podobných grafémů a stejné problémy se vyskytovaly i při vyšetření lexie. Kresba podle předlohy byla zachována, obtíže se objevovaly u kresby spontánní nebo na příkaz. Narušení se projevovalo také u somatognozie, gnozie prstů ruky, v pravo-levé orientaci i kalkulii.


3.3.3 Analýza výsledků pozorování

Sledovaným vzorkem byly osoby s přibližně stejným rozsahem poškození, diagnózou a velmi podobným navrženým plánem terapie. Pacienti se odlišují věkem, pohlavím a rodinným zázemím.

První pacient Jan (56 let) byl nejmladší z uvedených pacientů, proto bychom očakávali, že u něj se pokroky objeví nejdříve. Nebylo tomu tak. Za tři týdny jsme dosáhli pouze nepatrného zlepšení a to v oblasti nomie, somatognozie (pouze základní části těla)
a automatických slovních řad, které pacient zvládal již bez „nastartování“. Po dvou týdnech od převezení na oddělení LDN se vytratil i tento malý pokrok. Podle názoru autorky diplomové práce má na této skutečnosti podíl i nezájem rodiny o tohoto pacienta. Pokud by totiž rodina nebo alespoň někdo jiný zafungoval jako komunikační partner, alespoň by nedocházelo k regresi.

V druhém případě se jedná o osmdesátipětiletou paní, která byla z této skupiny vybraných pacientů nejstarší. Pacientce se díky její houževnatosti a zainteresování rodiny do terapie podařilo i v tomto věku dostat za necelé tři měsíce na téměř premorbidní úroveň. Je však nutné podotknout, že pacientka sama na sobě opravdu hodně pracovala a rodina ji podporovala nejen psychicky, ale také s ní poctivě procvičovala.


Ve všech zvolených případech se účast nebo neúčast rodiny na terapii osob s afázií určitým způsobem projevila. Není však možné na základě několika příkladů zobechnovat, že by to takto fungovalo u kteréhokoli pacienta. Vždy je tu ještě velké množství dalších faktorů, které hrají při terapii osob s afázií významnou roli. Atť už se jedná o osobnost pacienta nebo závažnost onemocněním, jak již bylo řečeno v teoretické části této diplomové práce.
Cílem diplomové práce bylo zmapování a zhodnocení spolupráce logopedů a rodin osob s afázií v procesu reedukace a vlivu účasti rodin osob s touto narušenou komunikační schopností v procesu reedukace.

Na základě dotazníků vyplněných od logopedů v ČR jsme jistili, že všichni logopedi, kteří na tento dotazník odpověděli, jsou přesvědčeni o vhodnosti zapojení členu rodiny do terapie osob s afázií. Názory, v jaké fázi tohoto onemocnění, se různí, ale většina z nich odpověděla, že v akutní. Podle nich také naprostá většina rodin o spolupráci s logopedy zájem projevuje. Nejčastěji pak spolupracují s osobami v partnerském vztahu s osobami s afázií a častěji se ženami než muži. Nejvíce se rodina podle názorů logopedů na reeducačním procesu podílí rozvojem komunikace v přirozeném prostředí (tedy jako komunikační partner), ale velký počet odborníků se shodl v tom, že ideální je, funguje-li rodina také jako psychická podpora a procvičuje-li s pacientem zadané úkoly. Více než polovina logopedů se ztotožňuje s názorem, že po zásahu afázie do života některého člena rodiny, jsou vztahy v rodině narušeny vlivem změn rolí některých členů rodiny. Všichni logopedi, kteří se účastnili výzkumu, dávají rodinám afatiků instrukce, jak s těmito osobami komunikovat a naprostá většina z nich vysvětluje rodinám osob s touto narušenou komunikační schopností, co a jakým způsobem s pacientem procvičovat. Téměř tři čtvrtiny respondentů si myslí, že by bylo vhodné zavést školení rodin osob s afázií. Vysoký počet logopedů odpověděl, že v rámci logopedické terapie doporučuje i další odbornou pomoc – nejčastěji psychologickou, psychoterapeutickou, rehabilitační, pomoc sdružení lidí s podobnými problémy, ergoterapii, sociálně-právní pomoc, lečebné pobyty a lázně. Podle téměř poloviny respondentů je pro osoby s afázií nejpřínosnější individuální terapie s účastí rodiny. S dostupností skupinové terapie pro osoby s afázií a jejich členy rodiny je to velmi vyrovnané, ale více než polovina logopedů napsala, že v blízkosti jejich pracoviště tato možnost není.

V rámci pozorování se ve zvolených případech účast rodiny na terapii osob s afázií projevila v pozitivním smyslu slova. Ale jak jsme již zmínili, není možné na základě několika příkladů zobeceňovat, že by to takto fungovalo u kteréhokoli pacienta.

Rodina zajistě hraje důležitou roli v rámci reedukace osob s afázií, tato úloha by se však neměla přeceňovat.

- 86 -
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY


- 87 -


Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Základní charakteristiky Bostonské klasifikace
Obrázek č. 2: Charakteristika komplexních testů afázie
Obrázek č. 3: Model jazykových procesů

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Klasifikace afázie podle A. R. Lurijí
Tabulka č. 2: Návratnost dotazníků
Tabulka č. 3: Navštěvují Vaše logopedické pracoviště osoby s afázií?
Tabulka č. 4: Je vhodné zapojovat do terapie osob s afázií také rodinu?
Tabulka č. 5: Ve které fázi afázie je nejhodnější zapojit rodinu do spolupráce na terapii osob s afázií?
Tabulka č. 6: Projevuje rodina osoby s afázií v rámci terapie zájem o spolupráci s vámi?
Tabulka č. 7: Jak probíhá Váš první kontakt s rodinou osob s afázií?
Tabulka č. 8: Se kterým členem rodiny osob s afázií jste nejčastěji v kontaktu?
Tabulka č. 9: Navštěvuje Vaše logopedické pracoviště více osob s afázií ženského nebo mužského pohlaví?
Tabulka č. 10: Se členy rodiny kterého pohlaví spolupracujete častěji?
Tabulka č. 11: Má podle Vás účast rodiny na terapii osoby s afázií vliv na úspěšnost této terapie?
Tabulka č. 12: Čím se podle Vás nejvíce podílí rodina na terapii osob s afázií?
Tabulka č. 13: Jakým způsobem ovlivňuje vznik afázie vztahy v rodině?
Tabulka č. 14: Dáváte rodině osoby s afázií instrukce, jakým způsobem s touto osobou komunikovat?
**Tabulka č. 15:** Když zadáváte úkoly na procvičování osobě s afázií, vysvětlujete i rodině, co a jakým způsobem má s touto osobou procvičovat?

**Tabulka č. 16:** Myslíte si, že by bylo vhodné zavést školení pro rodiny osob s afázií, aby věděli, jak s těmito osobami správně pracovat?

**Tabulka č. 17:** Doporučujete v rámci terapie osobě s afázií a její rodině také jinou odbornou pomoc?

**Tabulka č. 18:** Další odborná pomoc doporučená logopedy v rámci reedukace osob s afázií

**Tabulka č. 19:** Která z těchto forem terapie je podle Vás pro osobu s afázií nejpřínosnější?

**Tabulka č. 20:** Nabízí Vaše pracoviště nebo jeho blízké okolí možnost skupinové terapie osob s afázií s účasti členů rodiny?

**Seznam grafů**

**Graf č. 1:** Návratnost dotazníků

**Graf č. 2:** Navštěvují Vaše logopedické pracoviště osoby s afázií?

**Graf č. 3:** Je vhodné zapojovat do terapie osob s afázií také rodinu?

**Graf č. 4:** Ve které fázi afázie je nejvhodnější zapojit rodinu do spolupráce na terapii osob s afázií?

**Graf č. 5:** Projevuje rodina osoby s afázií v rámci terapie zájem o spolupráci s vámi?

**Graf č. 6:** Jak probíhá Váš první kontakt s rodinou osoby s afázií?

**Graf č. 7:** Se kterým členem rodiny osob s afázií jste nejčastěji v kontaktu?

**Graf č. 8:** Navštěvuje Vaše logopedické pracoviště více osob s afázií ženského nebo mužského pohlaví?

**Graf č. 9:** Se členy rodiny kterého pohlaví spolupracujete častěji?

**Graf č. 10:** Má podle Vás účast rodiny na terapii osoby s afázií vliv na úspěšnost této terapie?

**Graf č. 11:** Čím se podle Vás nejvíc podílí rodina na terapii osob s afázií?

**Graf č. 12:** Jakým způsobem ovlivňuje vznik afázie vztahy v rodině?
Graf č. 13: Dáváte rodině osoby s afázií instrukce, jakým způsobem s touto osobou komunikovat?

Graf č. 14: Když zadáváte úkoly na procvičování osobě s afázií, vysvětlujete i rodině, co a jakým způsobem má s touto osobou procvičovat?

Graf č. 15: Myslíte si, že by bylo vhodné zavést školení pro rodiny osob s afázií, aby věděli, jak s těmito osobami správně pracovat?

Graf č. 16: Doporučujete v rámci terapie osobě s afázií a její rodině také jinou odbornou pomoc?

Graf č. 17: Další odborná pomoc doporučená logopedy v rámci reedukace osob s afázií

Graf č. 18: Která z těchto forem terapie je podle Vás pro osobu s afázií nejpřínosnější?

Graf č. 19: Nabízí Vaše pracoviště nebo je v blízkém okolí možnost skupinové terapie osob s afázií s účastí členů rodiny?
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 .................................................................93
Příloha č. 1

Dotazník k diplomové práci

Dobrý den, jsem studentka 4. ročníku oboru Logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci a píši diplomovou práci na téma Rodina jako facilitační činitel při reeduksi osob s afázií. V rámci této diplomové práce bych chtěla jistit, jakou roli, z pohledu logopedu, má rodina v procesu terapie osob s afázií, je-li vhodné vůbec rodinu do terapie zapojovat. Proto se na Vás obrácím s prosbou o vyplnění tohoto krátkého dotazníku. Dotazník je samozřejmě anonymní a slouží k výzkumu, který je součástí této diplomové práce. Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Klára Šárková

1. Navštěvují Vaše logopedické pracoviště osoby s afázií? (Pokud je v této otázce Vaše odpověď NE, děkuji za Vaši spolupráci a přeji příjemný den.)
   - Ano
   - Ne

2. Je podle Vašeho názoru vhodné zapojovat do terapie osob s afázií také rodinu?
   - Ano
   - Ne

3. Ve které fázi afázie je podle Vás nejvhodnější zapojit rodinu do spolupráce na terapii osob s afázií? (Ve které fázi afázie je nejvhodnější s touto spolupráci začít?)
   - V akutní
   - V subakutní
   - V chronické
   - Není vhodné rodinu do terapie zapojovat

4. Projevuje rodina osoby s afázií v rámci terapie zájem o spolupráci s Vámi?
   - Ano
   - Spíše ano
   - Spíše ne
   - Ne
5. Jak probíhá Váš první kontakt s rodinou osoby s afázií?
   • Rodina mě sama kontaktuje
   • Já kontaktuji rodinu
   • Jiná odpověď:

6. Se kterým členem rodiny osoby s afázií jste nejčastěji v kontaktu?
   • Manžel, maželka (druh, družka)
   • Matka, otec
   • Dcera, syn
   • Jiná odpověď:

7. Navštěvuje Vaše logopedické pracoviště více osob s afázií ženského nebo mužského pohlaví?
   • Ženského
   • Mužského
   • Je to vyrovnané
   • Nedokážu posoudit

8. Se členy rodiny kterého pohlaví spolupracujete častěji?
   • Ženského
   • Mužského
   • Je to vyrovnané
   • Nedokážu posoudit

9. Má podle Vás účast rodiny na terapii osoby s afázií vliv na úspěšnost terapie?
   • Ano
   • Ne
   • Nedokážu posoudit

10. Čím se podle Vás nejvíce podílí rodina na terapii osoby s afázií?
    • Psychická podpora
    • Procvičování zadaných úkolů s klientem
• Rozvoj komunikace v přirozeném prostředí (rodina jako přirozený komunikační partner)
• Jiná odpověď:

11. Jakým způsobem ovlivňuje podle Vašeho názoru vznik afázie vztahy v rodině?
• Vztahy jsou pevnější, rodina osobu s afázií podporuje
• Vztahy v rodině jsou narušeny vlivem změn rolí některých členů
• Vztahy v rodině jsou nezměněné
• Jiná odpověď:

12. Dávate rodině osoby s afázií instrukce, jakým způsobem s touto osobou komunikovat? (např. jaké zásady při komunikaci dodržovat, aby se komunikace této osoby co nejvíce rozvíjela).
• Ano
• Ne

13. Když zadáváte úkoly na procvičování osobě s afázií, vysvětlujete i rodině, co a jakým způsobem má s touto osobou procvičovat?
• Ano
• Ne

14. Myslíte si, že by bylo vhodné zavést školení pro rodiny osob s afázií, aby věděli, jak s těmito osobami správně pracovat?
• Ano
• Ne

15. A) Doporučujete v rámci terapie osobě s afázií a její rodině také jinou odbornou pomoc?
• Ano
• Ne

15. B) Pokud je Vaše odpověď v předchozí otázce ANO, jakou?
16. Která z těchto forem terapie je podle Vás pro osobu s afázií nejpřínosnější?
- Individuální s občasnou konzultací s rodinou
- Individuální s účastí rodiny
- Skupinová v rámci osob se stejnou narušenou komunikační schopností
- Skupinová v rámci osob se stejnou narušenou komunikační schopností a účastí členů rodiny
- Jiná odpověď:

17. Nabízí Vaše pracoviště nebo jeho blízké okolí možnost skupinové terapie osob s afázií s účastí členů rodiny?
- Ano
- Ne
- Jiná odpověď: