

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Využití počítačového programu MENTIO při
práci s osobami se získanými neurogenními
poruchami komunikace**

Diplomová práce

Autor: Bc. Lucie Nosková
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a
management speciálních zařízení
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: **2014/2015**

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Nosková**
Osobní číslo: **P13386**
Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení**
Název tématu: **Využití počítačového programu MENTIO při práci s osobami se získanými neurogenními poruchami komunikace**
Zadávající katedra: **Katedra speciální pedagogiky a logopedie**

Zásady pro vypracování:

Diplomová práce s názvem Využití počítačového programu MENTIO při práci s osobami se získanými neurogenními poruchami řečové komunikace pojednává o získaných neurogenně podmíněných poruchách řeči. Tyto poruchy řečové komunikace vznikají na základě čtyř mechanismů poškození centrální nervové soustavy (CNS). Popis těchto mechanismů – cévních mozkových onemocnění, cévních mozkových příhod, úrazů CNS, infekčních a nádorových onemocnění CNS a degenerativních onemocnění je součástí diplomové práce. Následně je obsahem teoretické části práce odraz lézí CNS v řeči. Pojednáno je o motorických řečových poruchách, poruchách individuálního jazykového systému i poruchách kognitivně-komunikačních. Část práce je rovněž věnována logopedické intervenci u osob s neurogenními poruchami řečové komunikace. Praktická část diplomové práce je zaměřena na využití počítačového programu MENTIO při práci s osobami se získanými neurogenně podmíněnými poruchami řeči. Formou kazuistik bude znázorněna využitelnost tohoto programu v klinické praxi u osob se získanými poruchami individuálních jazykových schopností.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce:

doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Datum zadání diplomové práce:

25. února 2014

Termín odevzdání diplomové práce:

26. března 2015

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

L.S.

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

dne

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborný dohled a veškeré rady a cenné připomínky, které mi při zpracování této práce poskytl. Děkuji také svému manželovi a rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

Anotace

NOSKOVÁ, Lucie. *Využití počítačového programu MENTIO při práci s osobami se získanými neurogenními poruchami komunikace*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 133 s. Diplomová práce.

Předkládaná diplomová práce se věnuje získaným neurogenně podmíněným poruchám řeči a jejím cílem je analyzovat možnosti využití počítačového programu MENTIO u vybraných osob s poruchou individuálního jazykového systému.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část a celkem se skládá z pěti kapitol.

V teoretických kapitolách je popsána problematika neurogenních poruch řečové komunikace, mechanismy vzniku těchto poruch a také odraz lézí CNS v řeči. Pojednáno je o motorických řečových poruchách, poruchách individuálního jazykového systému i o poruchách kognitivně-komunikačních. Poslední kapitola teoretické části práce je věnována logopedické intervenci u osob s poruchou individuálního jazykového systému.

Praktická část práce je zacílena na znázornění využití počítačového programu MENTIO právě u osob s poruchou individuálního jazykového systému. Je zde rovněž popsán cíl práce, metody šetření, charakteristika místa šetření a zkoumaného vzorku včetně popisu vlastního průběhu šetření. Formou kazuistik pěti vybraných osob je zde ukázána využitelnost programu MENTIO při terapii osob s poruchou individuálních jazykových schopností v praxi.

Klíčová slova: neurogenní poruchy komunikace, logopedická intervence, MENTIO

Annotation

NOSKOVÁ, Lucie. *Exploitation of computer program MENTIO at work for persons with acquired neurogenic speech disorders*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 133 pp. Diploma thesis.

This diploma thesis deals with acquired neurogenic speech disorders and it aims to analyze the possibilities of utilising the computer program MENTIO at selected persons with acquired disorders of individual language skills.

The thesis is divided into theoretical and practical parts and consists of five chapters.

The theoretical chapters describe the problems of neurogenic speech disorders, mechanisms of arising of these disorders and reflection of lesions CNS in speech. It deals with motoric speech disorders, disorders of individual system of language as well as cognitive-communication disorders. Last theoretical chapter is devoted to speech and language therapy of people with acquired disorders of individual language skills.

The practical part is focused on the representation of the utilising of a computer program MENTIO just for people with acquired disorders of individual language skills. There is also described the aim and methods of investigation, the characteristic of the place of investigation, the description of the sample during the survey and process of the investigation. There are shown, with using of case studies of five certain persons, the possibilities of utilising of the program MENTIO during treatment of persons with acquired disorders of individual language skills in practice.

Keywords: neurogenic speech disorders, logopedic intervention, computer program MENTIO.

Obsah

Úvod	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Neurogenní poruchy řečové komunikace	13
1.1 Nejčastější mechanismy vzniku poruch řečové komunikace	15
1.1.1 Cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody	15
1.1.2 Traumatická poškození tkáně CNS	21
1.1.3 Nádory a infekce CNS	23
1.1.4 Degenerativní onemocnění CNS	26
1.2 Odraz lézí CNS v řeči	29
1.2.1 Motorické řečové poruchy	29
1.2.2 Poruchy užití individuálního jazykového systému	37
1.2.3 Kognitivně-komunikační poruchy	47
2 Logopedická intervence u osob s afázií	50
2.1 Logopedická prevence	50
2.2 Logopedická diagnostika	51
2.3 Logopedická terapie	56
2.3.1 Melodicko-intonační terapie	59
2.3.2 Fonematicko-vizuální stimulace	59
2.3.3 Skupinová terapie	60
2.3.4 Lurijova neuropsychologická koncepce v terapii afázií	60
2.3.5 Individuální obnovovací terapie s užitím PC programu MENTIO	61
II. PRAKTICKÁ ČÁST	66
3 Vlastní šetření	67
3.1 Cíl práce	67
3.2 Metody šetření	67
3.3 Charakteristika místa šetření a zkoumaného vzorku	68
3.3.1 Kazuistika č. 1	69
3.3.2 Kazuistika č. 2	74
3.3.3 Kazuistika č. 3	78
3.3.4 Kazuistika č. 4	81
3.3.5 Kazuistika č. 5	86
3.4 Průběh šetření	89
4 Prezentace informací získaných v průběhu práce s klienty	90
4.1 Paní H.	90

4.2	Paní J.....	96
4.3	Pan D.	103
4.4	Pan F.....	109
4.5	Pan K.	114
5	Závěry šetření.....	120
	Závěr.....	125
	Seznam užitých zkratk.....	127
	Seznam literatury a dalších pramenů.....	128
	Seznam příloh	133

Úvod

Komunikace je jedna z nejdůležitějších lidských potřeb. Jde o specificky lidskou schopnost využívat výrazové prostředky k utváření, udržování a rozvoji interpersonálních vztahů.

Někdy bohužel stačí krátký okamžik a naše schopnost mluvit, rozumět a komunikovat s okolím je v důsledku závažného, někdy až devastujícího poškození mozku významně negativně ovlivněna. Člověk se rázem ocitá ve velmi nepříjemné situaci, kterou si dokážeme asi jen stěží představit.

V současné době se stále významnější části populace dospělých a stárnoucích osob dotýká problematika tzv. neurogenních poruch řečové komunikace. Neurogenní poruchy řečové komunikace představují poměrně zásadní oblast, která se prolíná mnoha obory – neurologií, klinickou logopedií a dalšími. Jedná se o poruchy řeči a komunikace, které vznikají na podkladě čtyř nejčastějších mechanismů, z nichž nejčastěji se pak jedná o cévní mozkové příhody. Následné narušení řečové komunikace představuje oblast, do které spadá jednak postižení individuálního jazykového systému, ale také postižení motorických řečových mechanismů a další.

Téma své diplomové práce jsem si vybrala na základě mého vzrůstajícího zájmu o tuto problematiku a to zejména od doby, kdy jsem byla v roce 2012 na souvislé praxi v Hamzově odborné léčebně. Tam jsem se měla, v podstatě poprvé, možnost potkat s lidmi, kteří se s neurogenními poruchami řečové komunikace potýkají. Rovněž jsem se tam také poznala, respektive zjistila jsem, čemu bych se v budoucnu chtěla věnovat. Nemyslím si totiž, že by péče o osoby s neurogenními poruchami řeči byla dostatečná a přesvědčila jsem se o tom i na několika dalších povinných praxích. Lidé s afázií, dysartrií atp. potřebují intenzivnější, pravidelnou péči pro to, aby došlo obnově porušených funkcí. Jak je uvedeno v prvním odstavci – komunikace představuje jednu z nejdůležitějších lidských potřeb, a proto by neměla být odsouvána na vedlejší kolej...

Předkládaná práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se věnuje vymezení zmiňované problematiky neurogenních poruch komunikace, následně jsou představeny mechanismy, které stojí za vznikem poruch řečové komunikace. To, jaký mají vliv na lidskou řeč, je

obsahem další části práce. Součástí teoretické části diplomové práce je rovněž kapitola věnující se logopedické intervenci, a to sice u osob s poruchou individuálních jazykových schopností – afázií, neboť právě na tyto osoby se zaměřuje praktická část. Z tohoto důvodu již není dalším neurogenním poruchám řečové komunikace věnována další pozornost. Naopak je zde popsána logopedická prevence, diagnostika i terapie poruch individuálního jazykového systému se zaměřením na afázii.

Na teoretickou část práce, která je tvořena dvěma kapitolami, navazuje praktická část. Ta si klade za cíl popsat využitelnost počítačového programu MENTIO v klinické praxi u osob s afázií. Jedná se o výukový software, který byl navržen pro osoby s neurogenními poruchami komunikace a představuje tak jednu z možných cest logopedické terapie. Ke znázornění toho, jak lze uvedený program využít, byly použity kazuistické studie několika pacientů z Léčebny dlouhodobě nemocných v Novém Bydžově. Součástí práce je, kromě popisu činnosti s jednotlivými klienty, i celkové shrnutí možností využití zmiňovaného počítačového programu.

Předkládaná diplomová práce byla zpracována za využití dostupné odborné literatury.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Neurogenní poruchy řečové komunikace

Řeč je specificky lidská schopnost, která umožňuje lidem dorozumívat se mezi sebou, vzájemně spolu komunikovat. Jedná se zároveň o fyzikální realizaci jazyka, jakožto soustavy zvukových a druhotných dorozumívajících prostředků znakové povahy, která je schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě, ale i jeho vlastní vnitřní prožitky. Řeč představuje užití takových signálů, které vznikají lidskou respirací, fonací, artikulací a rezonancí (Dvořák, 1998; Neubauer, 2007b).

Komunikace je pojem označující přenos různých informačních obsahů za využití různých komunikačních systémů, zejména prostřednictvím jazyka. Lidská verbální, slovní komunikace je realizována mluvenou orální řečí či psaným projevem. Verbální komunikaci doplňuje komunikace neverbální – různá gesta, mimika a psaný verbální projev pak dotváří různé symboly vztahující se k určitým věcným obsahům – například číslice. Neverbální komunikační kódy mohou vytvářet samostatné jazykové jednotky. Jedná se například o soubor piktogramů, které umožňují vzájemné dorozumění mezi lidmi bez ohledu na jejich národní jazyk či znakový jazyk neslyšících, který je přirozeným komunikačním systémem v podmínkách sluchové komunikační bariéry (Dvořák, 1998; Neubauer, 2010).

Řečovou komunikaci lze chápat jako komplexní proces, na kterém se podílejí ve vzájemné podmíněnosti tři typy předpokladů. Jedná se o vrozené mentální předpoklady užívání jazyka, předpoklady získané aktivní interakcí člověka s prostředím a faktory, které aktuálně působí v komunikační situaci (Nebeská, 1992).

Řečová komunikace je víceúrovňovým procesem, respektive složitě uspořádaným souborem jevů. Zahrnuje vlastní produkci řeči (či textu), která je započata motivovaným záměrem mluvícího přes výběr komunikačních prostředků až po jejich vybavení zvukovou nebo grafickou formou, a také recepci řeči (či textu), začínající sensorickým příjmem akustického či optického signálu až po interpretaci rozuměných jevů (Neubauer, 2010).

Užití pojmu řečová komunikace dle Neubauera (2007b) vychází z přijetí psycholingvistické koncepce. Tato koncepce se snaží o syntézu kognitivních a jazykovědných přístupů k procesu mezilidské komunikace. Proces řečové

komunikace je nutné vnímat jako vícemodální jev, přičemž jeho poruchy mohou vyplývat z různých příčin.

V případě, že využijeme klasifikaci poruch řečové komunikace zaměřenou na zjištění právě dominantní příčiny, bude dělení akceptovat dle Neubauera (2007b) jednak existenci motorických řečových poruch, poruch individuálního jazykové systému, tak i kognitivně-komunikačních poruch, poruch na základě percepční bariéry a poruch primárních funkcí orofaciálního traktu (posledním dvěma zmíněným poruchám není v práci pro jejich zaměření věnována pozornost).

Má-li být případná terapeutická intervence efektivní, je potřeba zaměřit se prvotně na příčinu problému, což zdůrazňuje i Neubauerův systém dělení poruch řečové komunikace. K nalezení příčiny jednotlivých poruch lze využít tzv. komunikační řetězec, jehož uzavřený okruh prostupuje oblastí motorických řečových, kognitivních a psychických procesů. Za klíčové jsou považovány právě tyto oblasti: senzorický vstup, rozumění, kognitivní procesy, exprese, řízené motorické programování (tj. plánování a kontrola volných pohybů přiměřených vybranému komunikačnímu prostředku), motorický výstup, ale i motivace a vliv sociálního prostředí. Jednotlivé části procesu komunikace spjaté s činností centrální nervové soustavy tvoří uzavřený řetězec. Pro intaktní průběh komunikačního procesu je potřeba bezchybná součinnost všech uvedených složek, neboť porucha v jedné z nich ovlivní i průběh ostatních složek procesu (Neubauer, 2010).

Je důležité nepodcenit vyšetření a provést jej komplexně. Po zjištění příčiny si musíme uvědomit, s jakými symptomy se u pacienta setkáváme a co skutečně stojí za přítomností oné poruchy řečové komunikace.

Dále je potřeba vnímat také rozdíl mezi jazykovou poruchou a motorickou řečovou poruchou. Uvědomit si, že pojmy jazyk a řeč neoznačují totéž. Odlišení dominantní báze poruchy přispívá k užití vhodnějších forem diagnostiky a terapie.

Jazyková porucha vyjadřuje skutečnost, že motorické modalities jako respirace, fonace, artikulace a rezonance nejsou primárně poškozeny, ale že dochází k obtížím v užití jazykového vyjádření u postiženého člověka. Dotyčný se potýká se ztížením až znemožněním dorozumívání se s okolím. Nedokáže mnohdy ani psát nebo manuálně vyjádřit své potřeby, sdělení. Může mít rovněž problém s porozuměním jak mluvené, psané, tak i manuální formě komunikace (Neubauer, 2007b).

Oproti tomu motorická řečová porucha je stav, kdy nejsou primárně poškozeny jazykové schopnosti člověka (slovní zásoba, morfologie, syntax, pragmatika), ale dochází k obtížím v možnosti srozumitelně se vyjádřit orální řečí. Písemná či manuální forma sdělení informace nebývá zasažena, avšak při současném výskytu přidružené poruchy motoriky končetin může být využití písemné či manuální formy komunikace částečně nebo zcela znemožněno (Neubauer, 2007b).

Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace představují takové poruchy komunikace, které vznikají na podkladě postižení centrální nervové soustavy. Komplexní terminologie poruch řečové komunikace je obtížně uchopitelná – tyto poruchy mají svou lingvistickou, neurogení i kognitivní složku. V rámci neurogeně podmíněných poruch komunikace je třeba, jak již bylo zmíněno výše, odlišovat projevy motorické řečové poruchy – dysartrie či řečové dyspraxie, od projevu poruchy individuálního jazykového systému – afázie (i alexie, agrafie) a kognitivně-komunikační poruchy. Fatická porucha, která člověku znemožňuje kvalitní řečovou komunikaci s okolím, znemožňuje mu čtení, psaní a početní výkony, je jednou z nejzávažnějších poruch, jakým může být člověk vystaven (Neubauer, 2007b).

1.1 Nejčastější mechanismy vzniku poruch řečové komunikace

Neurogení poruchy řečové komunikace u dospělých a stárnoucích osob nejčastěji vznikají na podkladě organické léze (tj. poranění či poškození) CNS. Mezi nejčastěji uváděné mechanismy poškození činnosti CNS dle Neubauera (2007b) patří:

- a) cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody;
- b) traumatická poškození tkáně CNS;
- c) nádorová onemocnění a infekce CNS;
- d) degenerativní onemocnění CNS.

1.1.1 Cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody

Cévní onemocnění mozku patří společně s cévní mozkovou příhodou (dále jen CMP) k nejobávanějším onemocněním všech dospělých. Po kardiovaskulárních a nádorových onemocněních se jedná o třetí nejčastější příčinu úmrtí lidí v evropských zemích. V České republice jsou CMP druhou nejčastější příčinou úmrtí

a největší příčinou invalidizace dospělých. Počet osob, kterých se CMP týká, stále narůstá, avšak objevuje se i spousta nových postupů a trendů, které významně ovlivňují výše uvedené údaje, přežití pacientů, zvyšují jejich nezávislost apod. (Neubauer, 2007b; Neumann, 2007)

V souvislosti s pojmem cévní mozková příhoda se v odborné literatuře setkáme i s pojmy *ictus* či *mozková mrtvice* nebo *apoplexia cerebri*.

Cévní mozkové příhody jsou dle Světové zdravotnické organizace (WHO) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové (výjimečně i celkové) příznaky poruchy mozkové funkce bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu. Trvají déle jak 24 hodin nebo končí smrtí nemocného (Bauer, 2005a).

Akutní CMP vzniká nejčastěji na podkladě patologicky změněné cévy (vyjma embolie) v případě, že dojde k selhání mechanismů, které řídí krevní oběh v mozku. Zdravá céva je schopna vyrovnat se se všemi výkyvy, které by mohly nastat, avšak patologicky změněná céva případné změny nezpracuje tak jak by měla. K náhlé mozkové mrtvici tak může dojít u všech cévních onemocnění mozku. Nejčastěji se jedná o CMP u mozkové arteriosklerózy, hypertenzních onemocnění mozku nebo méně často při prasknutí aneurysmatu, kdy dochází k subarachnoidálnímu krvácení (Neubauer, 2007b).

Cévní mozkové příhody resultují z náhlého ložiskového poškození mozku následkem poruchy krevního oběhu v mozku. Nejčastěji se jedná o CMP na ischemickém podkladě, kdy dojde k nedokrvení určité oblasti v mozku pro uzávěr některé z tepen, nebo se v menším množství případů jedná o hemoragické CMP, kdy dojde k ruptuře tepny s následným vylitím krve do okolní mozkové tkáně (Bauer, 2005a; Neubauer, 2011a).

Klinické projevy CMP jsou rozmanité. Vznikají náhle, z plného zdraví. Objevit se může náhle vzniklá necitlivost a porucha hybnosti tváře, oslabení horní a dolní končetiny na jedné polovině těla nebo oboustranně, dále závratě, problémy s udržením rovnováhy, neschopnost koordinovat pohyby, silná bolest hlavy vzniklá bez zjevné příčiny, která může někdy přecházet ve ztuhlost šíje a může být doprovázena nevolností a zvracením. Přítomna může být i náhlá porucha zraku na jednom či obou očích, případně se může objevit dvojité vidění. Dotyčná osoba může mít mimo jiné i problémy s mluvením, porozuměním mluvené řeči, čtením či

psáním. Souhrnně lze příznaky cévní mozkové příhody popsat těmito oblastmi (Kalina, 2008):

- poruchy vyšších mozkových funkcí, vědomí, hybnosti;
- poruchy somatosenzorické;
- poruchy smyslové;
- poruchy rovnováhy a koordinace a jiné doprovodné příznaky.

V souvislosti s ictem existuje spousta významných rizikových faktorů, z nichž jsou některé ovlivnitelné a některé nikoli. Mezi neovlivnitelné rizikové faktory lze zařadit věk, pohlaví, rasu, genetickou determinaci, ale také geografické a klimatické vlivy či socioekonomické faktory. Tyto faktory lze ovlivnit jen velmi obtížně nebo zcela vůbec. Důležitější z hlediska prevence jsou faktory, které lze ovlivnit například úpravou životosprávy nebo vhodnou medikací, čímž je možné snížit riziko vzniku CMP (Bauer, 2005a).

Z rizikových faktorů jsou dle Bauera (2005a) nejzávažnější arteriální hypertenze, onemocnění srdce a diabetes mellitus.

Arteriální hypertenze je nebezpečná jak z hlediska vzniku ischemické CMP, tak i hemoragické mozkové příhody. Je-li hypertenze důsledně korigována, pak se významně snižuje riziko vzniku i úmrtnost cévních onemocnění mozku. Onemocnění srdce může způsobovat pokles průtoku krve mozkem v důsledku selhávání oběhu krve při srdeční nedostatečnosti různé etiologie nebo může být původcem embolizace do mozkových tepen. Diabetes mellitus bývá přítomen přibližně u 20 % nemocných s mozkovou mrtvicí, má negativní vliv na prognózu onemocnění, a to v přímé závislosti na výši hladiny cukru v krvi (Bauer, 2005a).

Mezi další rizikové faktory patří kouření, nadměrná konzumace alkoholických nápojů, neuvážené užívání hormonální antikoncepce u žen, vysoká hladina cholesterolu v krvi, nadváha, nedostatek pohybu, nadměrné vystavení stresovým situacím aj. Stále častěji je zmiňována i možnost genetické dispozice ke vzniku CMP (Bauer, 2005a).

Péče o osobu po CMP by měla být zahájena co nejdříve. V prvních 12, eventuálně 24 hodinách od vzniku ischemické CMP probíhá léčba na jednotce intenzivní péče nebo na iktové jednotce, kde je dokázáno, že tamější péče je pro pacienty obzvláště blahodárná. Je-li nemocný přijat po uvedené době, probíhá

léčba na standardním lůžku. Obvykle se jedná o poměrně pomalý proces, jehož cílem je obnovit soběstačnost či do nejvyšší možné míry zmenšit závislost postižené osoby. Pacientovi by se měl věnovat multidisciplinární tým specialistů, kteří zajistí specializovanou lékařskou a ošetrovatelskou péči, časnou rehabilitaci, optimální prevenci, adekvátní léčbu případných komplikací a současně se vyskytujících onemocnění a zapojí jak dotyčného, tak jeho rodinu do rehabilitačního procesu a procesu reedukace symbolických funkcí. Po propuštění z nemocnice probíhá rehabilitace buď ve specializovaných ambulantních zařízeních, nebo doma (Kalita, 2006).

Více informací k jednotlivým cévním mozkovým příhodám uvádím níže.

Ischemické cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody vznikají z 80 – 85 % na podkladě ischemie části mozkové tkáně z důvodu uzávěru některé tepny, která je zodpovědná za zásobování krví dané části mozkové tkáně (Neubauer, 2007b).

Obecně při ischemické mozkové příhodě dochází k nepoměru mezi spotřebou kyslíku a ostatních živin a možnostmi tyto nároky krýt. V případě, že se náhle vzniklý neurologický deficit zcela upraví do 24 hod, pak se hovoří o tranzitorní ischemické atace, která běžně trvá několik minut, maximálně desítek minut. O mozkové příhodě v progresi či dokonaném ictu se mluví v případě, kdy příznaky na podkladě mozkové hemoragie nebo ischemie přetrvávají déle jak 24 hodin a mají patrný morfologický korelát (Kalina, 2008; Neubauer, 2011a)

Rizikové faktory ischemické CMP lze dle Kality a kol. (2006) klasifikovat na neovlivnitelné (tj. pohlaví, věk, rasa a etnikum, genetické dispozice) a ovlivnitelné (tj. hypertenze, srdeční onemocnění, diabetes mellitus, kouření, atd.)

Rizikové faktory ictu se překrývají a doplňují s etiologií. Vznik CMP závisí na přítomnosti rizikových faktorů mozkové příhody a etiologii. Příčiny se mnohdy shodují s rizikovými faktory.

Příčiny ischemického ictu lze dle Kaliny (2008) rozdělit na běžné a neobvyklé. Ty neobvyklé jsou diagnostikovány velmi zřídka. Jedná se například o vliv hormonální antikoncepce, drog aj. Běžné příčiny ischemických příhod se dle něho týkají víc než 90 % nemocných. Patří mezi ně například arterioskleróza, která je

nejčastější příčinou ischemického ictu a to především v kombinaci s počínající trombózou nebo embolizací (Kalina, 2008).

Při trombóze dochází ke sražení krve a následnému vzniku trombu. Vzniklý trombus je zodpovědný za zúžení až uzávěr mozkové tepny a následné nedostatečné nebo zcela absentující prokrvení oblasti mozku. V případě uvolnění trombu se stává embolem (vmetkem). Uvolněný trombus – embolus – pak cestuje krevním proudem tak daleko, dokud nedoputuje do místa, kde je průměr cévy odlišný, menší a zde se zastaví. Tím dochází k ucpání průtoku krve cévou a k následnému nedokrvení mozkové tkáně za uzávěrem cévy. K embolii dochází méně často než k trombóze a především u osob se závažným srdečním onemocněním (Kalina, 2008; Seidl, Obenberger, 2004).

Mezi další méně obvyklé příčiny ischemických příhod lze zařadit poruchy krve, zánětlivé a infekční choroby aj., které jsou zodpovědné za přibližně 5 – 10 % ischemických CMP a jsou nejčastější příčinou ictu u mladých lidí (Feigin, 2007; Kalina, 2008).

Klinický obraz je u ischemických cévních mozkových příhod značně variabilní v závislosti na lokalizaci léze, jejím rozsahu, rychlosti vzniku, celkovém zdravotním stavu nemocného aj. faktorech. Objevit se mohou zejména poruchy hybnosti, citlivosti, ale také symbolických funkcí, dále také zrakové obtíže, poruchy čítí či prostorové orientace aj. (Bauer, 2005a).

Hemoragické cévní mozkové příhody

Spontánní intracerebrální krvácení (hemoragie) stojí za přibližně 20% případů celkového počtu ictů. Většina hemoragických ictů vzniká náhle, během několika vteřin (Kalina, 2008).

Při hemoragické příhodě dochází k ruptuře stěny cévy a tím k vylití krve do mozkových komor či tkáně. Častěji než u ischemie se objevuje porucha vědomí, nauzea nebo zvracení. U rozsáhlých krvácení se také mnohdy objevuje arytmie a výrazná tlaková nestabilita. Příznaky se na rozdíl od typické ischemie progresivně zhoršují během několika hodin od počátku. Hemoragická CMP má navíc těžší průběh než CMP při ischemii (Kalina, 2008).

Odlišit mozkovou ischemii a hemoragickou příhodu je velmi složité i v době, kdy je k dispozici spousta vyšetřovacích metod. Správná diagnóza má však zásadní

vliv na léčebný postup i na sekundární prevenci a způsob dalšího sledování pacienta (Kalina, 2008).

Příčin vzniku hemoragické CMP je řada. Nejčastější příčinou je hypertenze chronická nebo akutní ve spojení s arteriosklerózou (Kalina, 2008).

Úmrtnost je v případě této mozkové příhody vysoká. Hemoragická příhoda usmrcuje často již při první atace. Přibližně 50 % osob umírá do jednoho měsíce a pouze 20 % nemocných je schopno po hemoragické cévní mozkové příhodě vést nezávislý život (Kalina, 2008).

Subarachnoidální krvácení

Méně častou, ale závažnou příčinou ictu je subarachnoidální krvácení (dále SAK). Vzniká nejčastěji na podkladě prasknutí vrozeně oslabené cévní stěny – ruptury aneurysmatu. Dochází při něm k výlevu krve mezi mozkové pleny – pavučnici a omozečnici (pia mater). Jedná se o závažné neurologické onemocnění s vysokou mortalitou, a tvoří přibližně 5 % z celkového počtu mozkových příhod (Böhm, 2005; Bauer, 2005a).

Existuje několik rizikových faktorů pro vznik výdutě a SAK, kdy většina z nich je identická s obecnými riziky vzniku jakékoliv cévní mozkové příhody. Pro subarachnoidální krvácení jsou nejspecifičtější hypertenze, silné kuřáctví a opilství (Kalina, 2008).

Typickým počátečním příznakem SAK je náhlá, krutá bolest hlavy v různé lokalizaci, obvykle z plného zdraví. Podobnou bolest obvykle dotyčná osoba nikdy nezažila. Pokud zůstane bez pozornosti, může mít katastrofální následky. Objevit se mohou i závratě, nevolnost, zvracení či poruchy vědomí. Přes uvedené informace se však až 30 % subarachnoidálních krvácení projevuje jinak. Malé krvácení do prostoru pod pavučnicí totiž, zejména u starších osob, nemusí nutně vyvolat ostrou bolest hlavy nebo začít tak prudce (Feigin, 2007; Beneš, 2011).

K subarachnoidálnímu krvácení dochází často při fyzické námaze, sportovním výkonu, rozčilení, ale i při koitu či usilovném tlaku při vyprazdňování (Kalina, 2008).

Dalším typickým nálezem u SAK je postupný rozvoj meningeálního syndromu, který vzniká u dráždění mozkomíšních plen patologickým procesem, nejčastěji zánětem, krvácením (subarachnoidálním) nebo nádorovým rozsevem.

Několik hodin po krvácení se objevuje opozice šíje a ostatní meningeální příznaky (ostrá bolest hlavy, zvracení, fotofobie a nesnášenlivost hluku aj.) se obvykle plně projeví do 24 hodin. Pronikne-li krev do komorového systému, pak se meningeální syndrom rozvíjí rychleji (Herzig a Kaňovský, 2007; Bauer, 2005a).

Diagnóza SAK je poměrně snadná, má-li zcela typický klinický obraz. Vzhledem k tomu, že však řada subarachnoidálních krvácení probíhá netypicky je obtížné jejich diagnostikování a některé zůstávají i nediodagnostikované. Následkem toho je řada nemocných se SAK léčena jako krční blokáda, migréna aj. a značně se zvyšuje riziko časně fatální recidivy. Úmrtnost se v případě SAK pohybuje v rozmezí 25 – 40 % (Kalina, 2008).

1.1.2 Traumatická poškození tkáně CNS

Jednou z častých a vážných příčin vzniku neurogenních poruch řečové komunikace jsou úrazy mozku. Jedná se o druhou nejčastější příčinu vzniku poruch, zejména v souvislosti s rostoucím počtem vážných dopravních nehod. Přibližně polovina z nich je spjata s úrazy mozku, přičemž u třetiny těchto případů se objeví poruchy řečové komunikace. Úrazy vznikají například také jako následek pádu, při práci, sportu či napadení (Neubauer, 2007b).

Mozková poranění je možné klasifikovat do několika kategorií. Na primární poranění mozku a na sekundární poranění, nebo na otevřená či krytá poranění (Neubauer, 2011a).

Primární poranění vzniká bezprostředně při úraze a patří mezi něj otřes mozku – komoce, zhmoždění mozku – kontuze, úplné rozmoždění mozkové tkáně – lacerace a difúzní axonální poranění. Sekundární poškození vzniká v návaznosti na úraz – jedná se o hematomy, edémy mozky, mozkovou hypoxii atd. V případě otevřených poranění dochází k poranění mozku se současným roztržením tvrdé pleny mozkové (dura mater), kdežto v případě krytých poranění k poškození této pleny nedochází (Neubauer, 2011a).

Mozková komoce

Mozkovou komoci lze charakterizovat jako lehké poranění mozku. Vyznačuje se reverzibilní krátkodobou poruchou činnosti CNS bez jakýchkoli pozdějších následků. Otřes mozku bývá doprovázen ztrátou vědomí na přibližně 5 minut (v literatuře se je možné setkat s různými údaji), posttraumatickou (nebo

i retrográdní) amnézií, která trvá obvykle max. 1 hodinu. Objevuje se rovněž zvracení, nevolnost, bolest hlavy, někdy i nejistota při pohybu v prostoru, poruchy koncentrace a paměti či poruchy spánku. Údaje o úrazu bývají nepřesné, útržkovité. Opakované komoce mohou zanechat i trvalé změny (Böhm, 2005; Seidl, Obenberger, 2004).

Při stanovení diagnózy je třeba vyloučit závažnější poranění CNS. Prognóza komoce mozku je dobrá (Seidl, Obenberger, 2004).

Kontuze mozku

Jedná se o morfologické poškození mozkové tkáně, kdy dochází ke zhmoždění tkáně, jež se často pojí s prokrvácením. Jedná se o středně závažné poranění mozku. Klinický obraz je značně variabilní a je udáván místem a rozsahem kontuze. Zahrnuje postižení motorické, senzorické i senzitivní. Základním příznakem mozkové kontuze je minuty až hodiny trvající bezvědomí, po němž následuje několikadenní až několikátýdenní zmatenost. Osoby, u nichž došlo k takovému poranění, mají obvykle kognitivní a psychosociální poruchy, které se však při adekvátní léčbě mohou časem téměř kompletně upravit (Böhm, 2005).

Roztržení mozku

Roztržení mozku je popisováno jako těžké morfologické poškození mozkové tkáně, často spjaté s kontuzemi a hematomy. Bezvědomí u tohoto typu poranění může trvat dny, týdny i měsíce. Symptomy jsou podobné těm u mozkové kontuze, ale jsou výraznější a delší. Pokud člověk přežije, následuje dlouhá rekonvalescence včetně přetrvávání různého stupně psychických i fyzických obtíží, včetně epilepsie (Neubauer 2011a; Böhm, 2005).

Difúzní axonální poranění

Difúzní axonální poranění – střížné poranění mozku je závažným poraněním mozku, jež je odpovědné za polovinu všech úmrtí na trauma centrální nervové soustavy (Seidl, Obenberger, 2004).

Difúzní axonální poranění značí traumatické poškození axonů. Šedá a bílá hmota jsou rozdílné specifické hmotnosti a ve chvíli, kdy dojde k úrazu, dochází k jejich vzájemnému „střížnému“ pohybu. V tu chvíli se axony natáhnou a dochází k poranění vláken v bílé hmotě, někdy i drobných cév a k postupné degeneraci bílé

hmoty. Myelinové pochvy zůstávají primárně neporušeny. Podle rozsahu postižení dochází k různě závažným poruchám vědomí (Böhm, 2005).

Prognóza není příznivá, nedochází ke kompletní úpravě, často přetrvávají různé stupně psychosociálních a fyzických deficitů (Böhm, 2005).

Vznik chronicky přetrvávajících poruch řečové komunikace na bázi poruch paměti, fatických funkcí či motorických řečových poruch způsobují dle Neubauera (2007b) hlavně mozková zhmoždění a krvácivé stavy, při kterých dochází k tvorbě krevních sraženin.

Sekundární kranio cerebrální traumata jsou další kategorií mozkových poranění, která v sobě zahrnují nitrolebeční hematomy, mozkové edémy, poranění přívodných a mozkových tepen, nitrolebeční infekce a další (Seidl, Obenberger, 2004).

1.1.3 Nádory a infekce CNS

Mozkové nádory jsou přítomny, jak uvádí Neubauer (2007b), přibližně u 0,3 – 2,6 % všech neurologických pacientů. V závislosti na lokalizaci a typu tumoru se mohou projevit v celé šíři neurogenních poruch řečové komunikace.

Nitrolebeční nádory vznikají bujením tkání nervového systému. Jsou častým a závažným onemocněním. Způsobují ložiskový neurologický nález, který je dán lokalizací nádoru. Klinicky se může projevit hemiparézou, poruchami řeči (v případě specifické lokalizace nádoru) či lokální iritací se vznikem epileptického ložiska (Neubauer, 2011a; Bauer, 2005b).

Příčina vzniku nádoru je neznámá. Některé tumory mají vazbu na věk – například meningeomy údajně trápí více ženy nad 40 let. Obecně je větší pravděpodobnost výskytu nádorů u osob v rozmezí věku 65 až 79 let (Bauer, 2005b).

K subjektivním potížím při nádorovém onemocnění mozku patří jednak bolest hlavy, zvracení, nevolnost, závratě, tak i oslabení zrakové ostrosti, přecitlivělost na světlo, dotyk, hluk a různé poruchy vědomí až bezvědomí. Objevují se i poruchy paměti a aktivity. K objektivním symptomům patří zvýšen tlak mozkomíšního moku, změny na rentgenu lebky i zpomalený puls, krevní hypertenze a nestejně veliké zornice (Neubauer, 2011a).

Světová zdravotnická organizace dělí nitrolebeční nádory do deseti skupin a umožňuje přesnější histologické zařazení nádoru, a tím i volbu adekvátní léčebné intervence (Bauer, 2005b).

Mezi nejčastěji vyskytující se typy nádorů patří nádory neuroepitelové tkáně (téměř 30 % všech nitrolebečních nádorů) – gliomy, dále pak metastatické nádory (zastupují až 25 % celkového počtu nitrolebečních nádorů) – intrakraniální metastázy, a v neposlední řadě jsou časté nádory meningeální tkáně (tvoří asi 15 % všech intrakraniálních tumorů) – meningiomy (Bauer, 2005b).

Gliomy

Nádory původem z gliových buněk nesou název gliomy. Klinicky se projevují ložiskovým neurologickým nálezem. V závislosti na lokalizaci nálezu se objevují poruchy hybnosti, řeči, psychické změny. Nejčastěji se vyskytujícím gliomem je astrocytom, který tvoří cca 40 % všech nitrolebečních nádorů. Má několik histologických forem různého stupně malignity. Může se vyskytovat v ohraničené formě (lépe řešitelný) nebo jako difúzní astrocytom. Vyskytovat se mohou i smíšené gliomy, což jsou vzácné nádory s histologickým obrazem kombinace různých typů gliomů. Terapie je v případě maligních gliomů stále nikterak úspěšná (Bauer, 2005b; Neubauer, 2011a).

Metastatické nádory

Metastatické nádory jsou poměrně časté a tvoří přibližně čtvrtinu celkového počtu nitrolebečních tumorů. Do CNS nejčastěji metastázuje karcinomy plic, prsu, ledvin a maligní melanom. Méně často se jedná o karcinomy štítné žlázy, zažívacího ústrojí nebo gynekologického původu. Metastázy se nejčastěji šíří krevní cestou. Vedle mozkové tkáně mohou být nádorovými metastázemi zasaženy i mozkové pleny (Bauer, 2005b).

Meningeomy

Meningeomy pochází z arachnoidálních buněk. Vyskytují se převážně v dospělosti a to častěji u žen, než u mužů. Meningeomy bývají mnohočetné, s různým velkým edémem v okolí. Existuje mnoho jejich histologických variant. Ve většině případů nejsou zhoubné, Některé jsou však nebezpečné pro své umístění. Na okolní

nervovou tkáň působí hlavně svým tlakem – objevuje se nitrolebeční hypertenze. Prognóza je u většiny meningeomů příznivá (Neubauer, 2011a; Bauer, 2005b).

Zánětlivá onemocnění, která postihují CNS lze klasifikovat podle jejich lokalizace a odezvy v likvoru (encefalitidy, myelitidy, meningitidy, meningoencefalomyelitidy...) a podle příčiny (bakteriální, parazitární, virové). Většinou se jedná o celkové onemocnění, u kterého však převládají příznaky postižení nervové soustavy. Dřív byly problematičtější záněty bakteriální, dnes jsou to spíš virové infekce. V případě podezření na neuroinfekci je nezbytné provedení lumbální punkce a vyšetření mozkomíšního moku (Tichý, 2005b).

Příznaky infekce CNS se objevují v závislosti na místě největšího postižení. Objevuje se zvýšená tělesná teplota, příznaky meningeálního dráždění či bolesti hlavy. V závislosti na konkrétním typu infekce se mohou objevovat i závratě, nevolnost, zvracení, epileptické záchvaty, poruchy čítí, bolesti horní a dolních končetin atp. (Tichý, 2005b)

Infekční onemocnění, především pak encefalitidy a myelitidy, mohou zanechat reziduální chronické postižení v oblasti řečové komunikace a verbální paměti. Často je jejich vznik spjatý s traumatickým poraněním centrální nervové soustavy, operačním výkonem a komplikují uzdravení porušených funkcí (Seidl, Obenberger, 2004).

Encefalitida

V případě zmiňované encefalitidy se jedná o zánět mozku zapříčiněný především virovou infekcí. Způsobit jej může i bakterie či například parazit. Tyto případy jsou však méně častější. V mnoha případech encefalitidy dochází k poškození nejen mozku, ale také mozkových plen, kdy vzniká meningoencefalitida. Vyskytovat se může několik druhů encefalitid – např. herpetická (dochází k zasažení temporálního a frontálního laloku, v popředí nálezů dominuje nekróza, která se jeví jako hemoragický infarkt) či klíšťová encefalitida (nejprve se objevují neurčité chřipkové příznaky a poté meningeální příznaky – prudká bolest hlavy, světloplachost, spavost aj.) Většinou je charakterizována příznivou prognózou, avšak těžší formy vyžadují delší rekonvalescenci a u některých osob mohou přetrvávat obtíže typu poruch paměti, spánku, soustředění či jiné (Seidl, Obenberger, 2004).

Myelitida

Myelitida je zánětlivý neurologický proces míchy nejasné etiologie. Může vzniknout z bakteriální, virové nebo specifické infekce, které se objevují jako komplikace jiných infekčních onemocnění. Postihuje zejména osoby ve věku 15 – 35 let. Podle průběhu je lze rozdělit na akutní a chronické. Akutní myelitida často vzniká po úrazech, při infekčních onemocněních, nadměrné zátěži atd. Hlavním a prvotním příznakem bývá vysoká teplota, bolest zad podle lokalizace zánětu a postupně mohou slábnout končetiny. Slábnutí je opět závislé na lokalizaci zánětu. Je-li zánět lokalizován v šíjové oblasti, bývají zasaženy horní i dolní končetiny a hrozí i ochrnutí dýchacích svalů. Nastupují žaludeční obtíže a je možné pozorovat i rozšíření a pozdější zúžení zorniček. Objevuje se i vysoká teplota a rychlejší puls. V případě, že je zánět míchy v oblasti krční a hrudní, může dojít k motorickému i senzitivnímu poškození všech čtyř končetin. Při poškození hrudní míchy dochází ke spastické paraplegii, a je-li poškozena spodnější část míchy, dochází k obrně dolních končetin a přidávají se problémy s vyměšováním. Akutní myelitida může končit i smrtí a úplné uzdravení je spíše vzácností. Přetrvávají obvykle následky charakteristické pro výše zmiňovanou lokalizaci zánětu. Chronická myelitida se rozvíjí na podkladě zánětlivých změn, celkového oslabení organismu z důvodu poruch výživy, tělesného nebo duševního vyčerpání či prochladnutí. Příznaky oproti akutní formě přichází pozvolně a nenápadně, průběh je podobný jako u akutní.

1.1.4 Degenerativní onemocnění CNS

Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy představují heterogenní skupinu chorob neznámé příčiny. Společnými rysy jsou plíživý začátek bez předchozích příznaků, pomalý, často roky trvající progresivní průběh. Symetrické poškození specifických nervových struktur a častý familiární výskyt (Seidl, Obenberger, 2004).

Mezi degenerativní onemocnění CNS patří demence, Alzheimerova a Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza mozkomíšní a jiné formy atrofí mozkové tkáně.

Demence

Demence je charakterizována, jako organicky podmíněný a nezvratný pokles intelektu. Jedná se o získanou poruchu paměti a dalších kognitivních schopností, která pro svou závažnost brání člověku ve výkonu běžných činností. Doprovázena je poruchami chování a změnami osobnosti. Omezeny jsou kognitivní, funkční a behaviorální schopnosti a to v takové míře, že je narušena sociální a ekonomická aktivita jedince. Dotyčný se stává nesamostatným a postupně závislým na pomoci druhých. Demence doprovází velké množství chorob – často je vnímána jako symptom nebo syndrom. Objevuje se v kterémkoliv věku, častěji ve stáří. U dementních osob (v závislosti na typu demence) typicky vážne paměť pro nové poznatky, narůstá emoční labilita. Objevují se poruchy orientace, gnózie i poruchy fatické. Společné všem demencím je ztráta sebejistoty, úsudku, horší zvládnutí práce a běžné rutiny, ztráta zábran a poruchy chování, apatie, nutnost dlouhodobé péče a ve své podstatě celodenního dozoru. Objevit se může i mutismus, inkontinence či smrt na přidružená onemocnění. Počáteční fáze demence často nelze odlišit od deprese (Růžička, 2005; Seidl, Obenberger, 2004).

Neubauer (2007b) uvádí, že syndrom demence zahrnuje soubor duševních poruch, které se projevují získaným závažným úbytkem kognitivních funkcí. Jedná se především o paměť a intelekt. Tyto poruchy, podle téhož autora, vyplývají z organických onemocnění mozku a získaných traumat CNS.

Příčin demence bylo popsáno více jak devadesát. Klasifikovat ji lze, jak uvádí Seidl a Obenberger (2004), podle (předpokládané) příčiny nebo dle lokalizace hlavních příznaků v CNS.

Podle příčiny pak lze dle uvedených autorů rozlišovat neurodegenerativní demence (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, Pickova choroba, aj.), cerebrovaskulární demence (Multiinfarktová demence), infekční demence (Creutzfeldova-Jacobova nemoc) či nutriční, metabolické a další demence.

V závislosti na lokalizaci hlavních příznaků v CNS je možné zmínit demenci kortikální (Alzheimerova či Pickova nemoc), subkortikální (Parkinsonova choroba či demence při AIDS), frontální (Huntingtonova chorea) či parietální nebo temporální (opět Alzheimerova choroba). (Seidl, Obenberger, 2004)

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je chronické, progresivní onemocnění CNS na podkladě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn. Alzheimerova choroba představuje polovinu všech demencí. S rostoucím počtem starých osob a s celosvětovým trendem prodlužování lidského věku se Alzheimerova nemoc stává jedním z nejzávažnějších zdravotních a socioekonomických problémů dnešního světa. Příčiny a mechanismy vzniku této choroby nejsou dosud zcela zřejmé. Jisté je působení několika faktorů, přičemž patrně nejdůležitější roli sehrávají genetické činitele. Nástup nemoci je plíživý, nastupující obtíže jsou progresivního charakteru. Objevují se změny chování doprovázené emoční labilitou, narůstá porucha paměti zejména pro nové informace, vytrácí se schopnost usuzování, časem nastupuje dezorientace, zhoršují se kognitivní funkce a člověk ztrácí soběstačnost. Častá je rovněž deprese, paranoidní bludy či epileptické záchvaty. V klinickém obraze jsou patrné různé kortikální poruchy – afázie, apraxie, agnózie. Řečový projev se stává méně precizním, větná stavba se simplifikuje. Omezuje se slovník, dochází k méně častému užívání méně obvyklých slov. Později mohou být užívány pouze jednoduché fráze či jen slova, člověk není schopen vyjádřit své potřeby. Dochází k celkovému rozpadu osobnosti až smrti v řádu 7 – 10 let od stanovení diagnózy (Růžička, 2005; Seidl, Obenberger, 2004; Obereignerů, 2013).

Parkinsonova choroba

Parkinsonova choroba je doprovázena demencí až v 20 % případů. Jedná se o chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy, kdy dochází k úbytku nervových buněk v části mozku s názvem substantia nigra (černá substance). Neurony za normálního stavu produkují dopamin, který je zodpovědný za přenos signálů mezi nervovými buňkami. Je-li ho málo, dochází k tomu, že člověk postupně ztrácí schopnost ovládat nebo kontrolovat svůj pohyb. Již zpočátku se mohou vyskytnout poruchy vykonávání cílené činnosti a řešení problému, učení a paměti. Typickým příznakem je klidový tremor – třes nebo chvění končetin (ustupuje při volní činnosti a mizí při spaní), obtíže s udržováním rovnováhy při chůzi, ztuhlost celého těla a bradykineze. Člověk může mít problémy s chůzí, řečí (hypofonie, dysartrie) i s prováděním jednoduchých manuálních úkolů. Vývoj Parkinsonovy

choroby je individuální, ale postupně dochází k redukci funkční schopnosti osoby, omezení jeho pracovní a společenské aktivity a nakonec může dojít i k výraznému narušení základní sebeobsluhy (Růžička, Roth, 2005).

Roztroušená skleróza mozkomíšní

Roztroušená skleróza mozkomíšní je autoimunitní onemocnění bílé hmoty nervové soustavy. Dochází během ní ke ztrátě myelinu v zánětlivých ložiscích a k difúzní ztrátě axonů v průběhu choroby. Postupem času v důsledku ztráty myelinu a axonů dochází k atrofií CNS. Příčina onemocnění není známa. Je považována za autoimunitní. Na počátku onemocnění se objevují značně nespecifické obtíže jako je únava, pobolívání hlavy, bolesti v končetinách. Poté se projeví mravenčení, svědění končetin, které však spontánně odezní a až když dochází k jeho opakování, je mu přikládán větší význam. Objevit se může rovněž mlhavé vidění, bolest při pohybu očních bulbů nebo pokles zrakové ostrosti. Závažnější je výskyt monoparéz, hemiparéz, paraparéz či zkřížené parézy. Řeč může být sakadovaná a v pozdějších stádiích se může objevit dysartrie a poruchy polykání (Havrdová, 2005; Seidl, Obenberger, 2004).

Parkinsonova choroba a neurologicky rozpoznatelné syndromy s atrofií mozkové tkáně jsou příčinou vzniku pozvolna progredujících dysartrií a dyspraxií. Většina z těchto onemocnění CNS zasahuje především centrální motorický systém, ne fatické či kognitivní funkce (Neubauer, 2007b).

1.2 Odras lézí CNS v řeči

1.2.1 Motorické řečové poruchy

Intaktní řečový projev je u člověka projevem koordinovaných kontrakcí svalů v oblasti rtů, čelisti, měkkého patra, hrtanu a dýchacích svalů. Činnost těchto svalů je řízena a ovlivňována prostřednictvím CNS, zejména pak aktivitou motorických okřsků mozkové kůry a nervovými drahami. V případě poruchy centrálního motoneuronu v oblasti mozku i léze periferní části nervové motorické dráhy (např. mozkového nervu) dochází ke vzniku neurogenních poruch řeči – dysartrie a řečové dyspraxie (Neubauer, 2007b).

Náhle vzniklá porucha motorické realizace řeči na bázi traumatu či onemocnění CNS je u dospělých osob spjata zejména s cévními mozkovými příhodami, úrazy hlavy nebo onkologickým či infekčním onemocněním mozkové tkáně. Poruchy řeči, které vzniknou na tomto podkladě, se mohou po náhlém vypuknutí a těžkých projevech spontánně upravovat, nicméně ve většině případů si žádají specializovanou logopedickou péči. Někdy nemusí dojít k obnově srozumitelné řečového projevu vůbec, proto je u nich doporučeno rozvíjet komunikaci prostřednictvím alternativních komunikačních systémů (Neubauer, 2007b).

DYSARTRIE

Termínem dysartrie jsou charakterizovány poruchy motorické řeči na základě organického poškození nervové soustavy. Poškození motorického systému, které vede ke vzniku dysartrie, může vzniknout kdekoliv na dráze od mozku až po samotné svalstvo, které se podílí na tvorbě řeči (Love, Webb, 2009).

V případě dysartrie se objevuje několik různých klinicky rozlišitelných typů, při nichž dochází k obtížím ve svalové kontrole řečových mechanismů, čímž spadají do oblasti motorických řečových poruch. Při dysartrii dochází v různé míře a rozsahu k postižení základních modalit motorické realizace řeči jako jsou respirace, fonace, artikulace a rezonance. Je třeba mít na paměti, že dysartrii může způsobit jakékoliv onemocnění nebo trauma, které postihuje hybnost, koordinaci a plánování pohybů řečového svalstva (Love, Webb, 2009; Neubauer, 2011b).

Anartrie je pak termín označující nejzávažnější poruchu motorických řečových modalit, kdy u takto postižených jedinců dochází prakticky ke znemožnění komunikace s okolím pro neschopnost artikulovaného projevu z důvodu ztráty či nerozvinutí vůlí kontrolované hybnosti mluvidel. Často bývá doprovázena i afonií – neschopností tvořit hlas. Objevuje se nejčastěji u těžkých posttraumatických stavů po úrazech a lézích nervové tkáně a může být projevem některých degenerativních a progresivních onemocnění nervové soustavy (Neubauer, 2007b).

Častou komplikací, která se vyskytuje u osob s dysartrií je dysfagie, porucha polykání, neboť léze nervové soustavy zasahuje i vitální funkce orofaciálního traktu člověka – respiraci a příjem potravy. Při dysfagii je ztížen či znemožněn příjem pevné stravy i tekutin a v některých případech může být tato porucha život ohrožující

pro nebezpečí aspirace stravy či tekutin do prostoru dýchacího ústrojí (Neubauer, 2011b).

V případě zmiňované motorické poruchy řeči se můžeme setkat s dělením na vývojovou a získanou dysartrii. Etiologie těchto poruch je však, jak uvádí Neubauer (2011b), odlišná a z toho vyplývá i odlišná struktura syndromů, dynamika procesu vzniku, přetrvávání, uzdravení či progresu.

Vývojová dysartrie vzniká na podkladě vrozené léze CNS, nejčastěji v rámci syndromu dětské mozkové obrny. Získaná dysartrie může vzniknout v průběhu dětství, dospělosti či u stárnoucích osob. Dochází při ní, u osob starších 1 – 2 roky, k narušení probíhajícího procesu zrání CNS a rozvoje řečových schopností náhle vzniklým traumatem na podkladě úrazu mozku, infekce či nádorového onemocnění CNS. Tyto příčiny často způsobují vznik dysartrie i u dospělých jedinců a u stárnoucích osob mohou vyvolat specifické obtíže již oslabeného organismu. V případě těchto řečových poruch může dojít k jejich spontánní úpravě, častěji však vyžadují specializovanou logopedickou péči a ani s jejím užitím nemusí dojít k jejich úplné korekci (Neubauer, 2007a, 2011b).

Cévní mozkové příhody, úrazy hlavy a stavy po operacích v oblasti mozkového kmene, motorických a premotorických oblastí mozkové kůry (při nádorech, zánětech, hematomech či náhlých krvácení) patří k nejfrekventovanějším příčinám vzniku dysartrie v populaci dospělých osob. Mezi další příčiny pak náleží degenerativní onemocnění CNS – Parkinsonova choroba a roztroušená skleróza. V těchto případech dysartrie nastupují pomalu a postupně se zhoršují v průběhu nemoci (Neubauer, 2011a).

Jednotlivé typy získané dysartrie

V literatuře se je možné setkat s různými přístupy ke klasifikaci dysartrie. Dysartrie je přítomna v obraze mnoha základních neurologických syndromů. Jednotlivé typy dysartrie je možné klasifikovat na základě neuroanatomické léze, onemocnění, z nichž tyto poruchy resultují, anebo na základě vlivu těchto onemocnění na artikulaci, respiraci, fonaci, prozodii a polykání do šesti základních typů (Love, Webb, 2009):

Spastická dysartrie

Ke spastické dysartrii dochází při oboustranné poruše centrálního motorického neuronu, tedy při bilaterálním poškození pyramidového a extrapyramidového systému. Poškození pyramidového systému má za následek svalovou slabost, zpomalení artikulačních pohybů. Extrapyramidový systém se podílí na řízení regulace reflexů, svalového tonu a posturální podpory při pohybu. V souvislosti s jeho poškozením se pak objevuje zvýšený svalový tonus, spasticita a abnormální reflexy. Postižení je lokalizováno do oblasti mezi prodlouženou míchou a bílou hmotou mozkových hemisfér (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013; Neubauer, 2007b).

U osob, jichž se týká spastická dysartrie, se může kromě poruch řeči objevit i ztráta schopností vykonávat volní pohyby, porucha koordinace pohybů, třes a jiné typy mimovolních pohybů, či spasticita (Love, Webb, 2009).

Řečový projev osob se spastickou dysartrií je obecně pomalý, pracný. Přítomna bývá spasticita, slabost a pomalost objevující se zejména při pohybech jazyka a rtů. Objevuje se protahování slov, delší projev obvykle postrádá srozumitelnost. Dýchání bývá oslabeno. Uzávěry v artikulačních pohybech a patrohltanovém uzávěru jsou pomalé a oslabené (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013; Neubauer, 2007b).

Mezi nejčastější příčiny vzniku spastické dysartrie patří CMP, cévní mozková onemocnění nebo mnohonásobná mozková aneurysmata (Neubauer, 2007b).

Chabá (flacidní) dysartrie

Flacidní dysartrie je přítomna v případě postižení periferního motorického neuronu a bývá součástí bulbární obrny vznikající z postižení motorických jednotek hlavových nervů inervujících řečové mechanismy. Dysartrie tohoto typu mohou vzniknout v důsledku virové infekce, nádoru, traumatu samotného nervu, CMP v mozkovém kmeni s postižením jader hlavových nervů (Neubauer, 2011b; Love, Webb, 2009).

Obraz poruchy motoriky je dán lézemi určitých hlavových nervů, které zabezpečují činnost faciálních svalů, realizaci žvýkacích a čelistních pohybů, pohybů měkkého patra či jazyka. Poškození hlavových nervů může vzniknout při chirurgických zákrocích, úrazech hlavy a krku, avšak nejčastěji bývá zapříčiněno

autonehodami. Další příčinou flakcidní dysartrie může být cévní mozková příhoda v oblasti mozkového kmene či rostoucí tumor se stejnou lokalizací (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

Chabou obrnu způsobuje postižení dolního motoneuronu. Objevuje se snížená schopnost reflexů, postižené svaly časem atrofují a zejména pak v souvislosti se svaly jazyka může být přítomna fascikulace – drobné spontánní svalové záškuby části svalových vláken. Svalový tonus je při postižení dolního motoneuronu snížený a svaly jsou slabé. Postižená strana rtů je pokleslá, což může zapříčinit výtok slin z úst jedince. Je-li postižení bilaterální, pak jsou pokleslá celá ústa s tím, že dolní ret může být natolik slabý, že jsou ústa pootevřená. Nedaří se našpulení rtů ani široký úsměv. Přítomna může být i slabost nebo kompletní nehybnost měkkého patra. Dávivý reflex je snížený nebo nevýbavný. Mohou se objevovat poruchy polykání a zpětný tok (regurgitace) tekutin nosem. (Love, Webb, 2009).

Častými příznaky flakcidní (periferní) dysartrie jsou poruchy dýchání a hypernazalita, která je přítomna i u jiných typů dysartrie, ale u tohoto se manifestuje nejvíce. Dále se vyskytují poruchy artikulace pro přítomnost poškození lícního a podjazykového nervu či poruchy polykání (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

Hypokinetická dysartrie

Hypokinetická dysartrie vzniká v rámci hypokineticko-hypertonického syndromu, který doprovází poruchy činnosti bazálních ganglií. Objevuje se nejčastěji u osob s Parkinsonovou chorobou (Neubauer, 2007b).

Parkinsonova choroba je většinou idiopatická, ale parkinsonismus (tzn. symptomy připomínající Parkinsonovu chorobu) může být způsoben otravou oxidem uhelnatým, arteriosklerózou, otravou manganem či některými léky (Love, Webb, 2009).

Svalová činnost bývá u těchto osob komplikována rigiditou a přítomna bývá bradykineze a hypokineze. Bradykineze označuje redukovanou rychlost pohybu svalů a hypokineze redukovaný rozsah pohybu. U běžného vyšetření orálního svalstva dochází k odhalení malé rychlosti a rozsahu pohybu rtů a jazyka a při vyšetření diadochokineze, kdy má pacient opakovat slabiky je omezení rozsahu pohybu ještě markantnější. Někteří pacienti využívají během artikulace tak malý

pohyb, že při rychlém řečovém tempu je výsledkem zvuk připomínající brumlání, či bzučení. Rovněž pohyb měkkého patra může být zpomalený a omezený. Frekventovaně se objevuje také klidový třes, který má tendenci mizet při pohybu a není přítomen ve spánku (Love, Webb, 2009).

Jak dále uvádí Love a Webb (2009) v 15 – 40 % případů se v souvislosti s Parkinsonovou chorobou objevuje demence, kdy příznaky narušení jazykových schopností zahrnují narušení pasivní slovní zásoby, obtíže v porozumění obsahu mnohoznačných sdělení, narušení schopnosti verbálního popisu objektů a schopnosti pochopit záměr mluvčího. Ohroženo je zároveň i porozumění komplexnímu rozhovoru.

Na řeč u osob s Parkinsonovou chorobou má vliv stádium onemocnění, ve kterém se nacházejí a efektivita medikamentózní léčby (Love, Webb, 2009).

Řečový projev u osob s hypokinetickou dysartrií je obvykle monotónní, může se objevit i počáteční pauza pro svalovou ztuhlost a poté překotný projev s opakováním slabik či slov. Dech bývá nedostačující a přerušovaný v důsledku přerušování hybnosti dýchacích svalů. Hlasový projev je pak značně oslaben až do afonie. Mluva se může zpomalovat až do úplného zastavení nebo naopak zrychlovat a směřovat tak k nesrozumitelnému mumlání (Neubauer, 2007b).

Hyperkinetická dysartrie

U hyperkinetické dysartrie nedochází oproti dysartrií hypokinetické k redukci, ale naopak ke zvýšení míry pohybu. Specifická lokalizace není v případě této poruchy známa (Love, Webb, 2009).

Cséfáľvay, Mekyska a Košťáľová (2013) uvádí, že hyperkinetická dysartrie vzniká při onemocněních, která zasahují bazální ganglia. Dodávají, že se při těchto onemocněních často objevují nekontrolovatelné, mimovolní pohyby mluvních orgánů a působí velmi rušivě.

Hyperkinetická dysartrie vzniká dle Neubauera (2011b) v rámci choreatického či atetoidního syndromu. Zahrnuje abnormální mimovolní pohyby (tremor, atetózu, dystonii aj.), které ruší běžnou motoriku a v různém stupni závažnosti také řečový projev. Celkový svalový tonus je snížen, naproti tomu mimovolní svalová hybnost zvýšena.

Řeč je hlasitá, vykřikovaná. Zjevná je dyskoordinace s dýchacími pohyby. Řečové mechanismy mohou být přerušovány náhlými pohyby či trvale narušovány neovladatelnými pohybovými automatismy. Objevovat se mohou nepravidelné artikulační pauzy či prodloužená artikulace některých hlásek. Fonace mívá drsný až přiškrcený charakter a může ji doprovázet přechodná dušnost. Výška hlasu je spíše nižší. Někteří jedinci se mohou náhle intenzivně nadechovat a vydechovat. Tempo řeči není stálé, kolísá. Mluvní projev jedince může postrádat srozumitelnost nebo být špatně srozumitelný pro neschopnost ovládat pohyby jazyka a úst či pro neschopnost sebekontroly řečových pohybů. Příčinou bývají stavy po podání léků – neuroleptik (antipsychotik) – u citlivých osob či degenerativní onemocnění nervové soustavy (Neubauer, 2011b; Love, Webb, 2009).

Ataktická dysartrie

Dysartrie ataktická vzniká při poškození mozečku a nervových drah, které se pojí s jeho činností. Mozeček slouží jako důležité centrum integrace nebo koordinace sensorických vjemů a motorických aktivit. Při jeho poškození nebo při poškození jeho drah dochází mimo jiné k poruše zvané ataxie. Odtud pak název ataktická dysartrie (Love, Webb, 2009).

Ataxie je porucha koordinace pohybů daná nesprávným zpracováním sensorických informací do motorického výstupu a její součástí jsou špatně cílené pohyby, kdy dotyčný ve snaze uchopit předmět cíl „přestřelí“ a dochází k poruše stíhání cíle. Vyšetřovaná osoba si není schopna sáhnout ukazováčkem na nos apod. Narušena bývá také diadochokineze, rovnováha a chůze. Objevuje se svalová hypotonie (Love, Webb, 2009).

Řečový projev osob s ataktickou dysartrií je nepravidelný. Dochází k explozivnímu vyrážení slabik či slov – tzv. sakadovaná mluva. Kolísání se projevuje i v dýchání, intenzitě hlasu a rezonanci. U některých pacientů je možné pozorovat užívání nadměrného a nepřírozeně stejného přízvuku, kdy má pacient tendenci užívat nadměrný přízvuk na nepřízvučných slabikách a slovech. Tempo řeči bývá pomalé, nepřesná je realizace zejména souhlásek. Osoby s ataktickou dysartrií mohou ulpívat v artikulačním postavení, což může budít dojem jako by byly slabiky vysloveny samostatně jako slovo (Neubauer, 2007b; Love, Webb, 2009).

Lokalizace postižení v rámci ataktické dysartrie může být pouze v mozečku nebo může zasahovat více systémů. Mezi příčiny vzniku lze jmenovat roztroušenou sklerózu, CMP v oblasti mozečku, traumata hlavy, tumor, degenerativní onemocnění mozečku, alkoholovou intoxikaci, nežádoucí účinky léku, encefalitidu aj. (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013; Love, Webb, 2009).

Smíšená dysartrie

Smíšená dysartrie vzniká buď kombinací více lézí CNS nebo při degenerativních onemocněních (např. amyotrofická laterální skleróza). Neurologicky se projevuje známkami periferních i centrálních paréz (Neubauer, 2007b).

Hedánek a Roubíčková (1997 in Neubauer, 2007b) rozlišují celkem pět typů smíšených dysartrií u jednotlivých degenerativních chorob CNS u dospělých osob:

- spasticko-flakcidní dysartrie – doprovází amyotrofickou laterální sklerózu;
- atakticko-spastická dysartrie – vyskytující se u roztroušené sklerózy;
- atakticko-spastická a flakcidní dysartrie;
- spasticko-ataktická a hypokinetická dysartrie – u Wilsonovy nemoci;
- hypokineticko-spastická a ataktická dysartrie.

ŘEČOVÁ DYSPRAXIE

Řečová dyspraxie je vedena jako samostatná motorická porucha řečové komunikace na pomezí mezi dysartrií a motorickou afázií (Neubauer, 2007b).

V současné době je zastáván názor, že tato porucha nevzniká výhradně porušením oblastí napojených na činnost primárního motorického kortexu jako u dysartrie, ale že dochází k porušení programování řeči samotné. Při řečové apraxii, která je u dospělých jednoznačně spojena s prokázanou mozkovou lézí, nejsou svaly oslabeny, není porušen svalový tonus ani koordinace a nedochází k omezení pohybu. Osoba s řečovou dyspraxií činí v důsledku narušení mozkových mechanismů zodpovědných za programování sekvencí pohybů potřebných k produkci řeči nekonstantní chyby při tvoření jednotlivých hlásek, chybně nastavuje mluvidla, vážne řazení hlásek ve slově za sebou. V jejím projevu jsou dále nekonstantně přítomny fonematické poruchy typu záměn, vynechávání nebo perseverace artikulačních segmentů projevu, zejména pak souhlásek. Obtíže jsou intenzivnější při

iniciaci projevu a objevují se také drobné nápadnosti v prozodii (Love, Webb, 2009; Neubauer, 2007b).

Odlišení řečové dyspraxie od projevů dysartrie a afázie je dodnes problematické. Častý je i názor, že řečová dyspraxie se vyskytuje společně s Brocovou afázií a některými typy dysartrie. Mezi diferenciální dominantní znaky pro odlišení řečové dyspraxie od jiných poruch dle Neubauera (2007b) patří nepřítomnost jazykových poruch a dysgramatismu, nepřítomnost poruch čtení a psaní ve vztahu k expresivní afázií a přítomná nekonstantnost fonematických obtíží oproti dysartrii.

1.2.2 Poruchy užití individuálního jazykového systému

Mezi poruchy užití individuálního jazykového systému spadá afázie, ale také alexie či agrafie.

AFÁZIE

Cséfalvay (2007, s. 15) charakterizuje afázií takto: „*Afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku.*“

Mimrová (1997) vymezuje afázií jako úplnou nebo částečnou neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči, která vzniká na podkladě jednostranného poškození mozku.

Afázií lze popsat rovněž jako multimodální poruchu s rozmanitými obtížemi v oblasti porozumění, verbální exprese, čtení a psaní. Toto narušení vychází z fyziologických deficitů nebo narušení kognice, ale není možné jej vysvětlovat demencí, smyslovou či motorickou poruchou (Love, Webb, 2009).

Dominující bývá především nemožnost srozumitelně se vyjádřit mluvenou řečí, dále je narušena schopnost chápat signální význam slov. Objevují se obtíže při vyhledávání adekvátních výrazů a dotyčný má rovněž problémy se sestavováním souvislých vět a užívání gramatických kategorií (Neubauer, 2007b).

Symptomy, které jsou u afázie nejfrekventovanější, jsou dysnomie a parafrázie. Dysnomie je označení pro obtíže v pojmenování určitého pojmu na základě problematického výběru vhodného výrazu ze sémantické jazykové sítě. Není primárně vystavěna na amnestickém syndromu – nejedná se o ztrátu paměťové informace. Obtížné je vybavení dané informace a jedinec tak následně volí opisné

strategie apod. V případě parafrázie se jedná o nahrazování určitého pojmu pojmem jiným. U osoby vykazující tento symptom jsou přítomny obtíže a poruchy ve vybavování pojmu z jazykového systému. Parafrázie mohou být fonemtické (dům/dým), sémantické (židle/stolička), mohou se objevit také neologismy. Často však jde spíš o nesrozumitelné záměny – slovní parafrázie (Neubauer, 2007b).

Opis cílového slova je některými autory označován jako cirkumlokuce. V souvislosti s nimi se mohou vyskytovat embolofrázie neboli slovní vmetky. Člověk s embolofrázií užívá nadbytečných hlásek, slabik slov (Obereignerů, 2013).

Dalšími doprovodnými příznaky afázie bývají: agramatismus, perseverace, echolálie, anomie, automatismy, logorea či například poruchy porozumění řeči (Obereignerů, 2013; Cséfalvay, 2007).

Cséfalvay (2007) uvádí, že afázie vznikají při ložiskových poškozeních mozku. Především se jedná o ložisková poškození v kortikální oblasti. Afázie může být způsobena i lézemi níže uložených oblastí mozku spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech.

Nejčastější příčinou afázií jsou cévní mozkové příhody hemoragické i ischemické, dále úrazy a poranění mozku, nádorová a zánětlivá onemocnění mozku a mozkových plen, intoxikace CNS či degenerativní onemocnění CNS (Neubauer, 2007b).

Obereignerů (2013) uvádí, že za příčinu afázie lze nejčastěji považovat vnitřní somatické komplikace a onemocnění nebo vnější příčiny, které mají dopad na organický substrát mozku. Dále vymezuje příčiny afázie obdobně, jako další autoři. Navíc přidává epilepsii, kdy však dodává, že zde je porucha řeči přechodného charakteru a má spíš ráz dysartrie.

Shrneme-li podstatu afázie, pak dospějeme k závěru, že se jedná o získané narušení komunikační schopnosti, které se týká poruch symbolických procesů. Toto narušení vzniká při ložiskových poškozeních mozku jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka (Cséfalvay, 2003).

Klasifikace afázií

U afázie je možné rozlišit několik různých stupňů. Rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a lokalizace léze mozku. Převážná většina afázií se dá zařadit do osmi klinických syndromů. Existují různé klasifikace Kimlova, Lurijova,

Bostonská aj., které mohou vytvářet dojem nejednotnosti klasifikace afázie, nicméně vždy zahrnují podstatné klinické symptomy. Kimlovo dělení je poněkud symptomatické, zaměřené jen na jazykové deficity. Lurijova klasifikace přináší celistvý pohled na afázie jako součást komplexu poruch vyšších kortikálních funkcí. Bostonská klasifikace, jakožto klasifikace nejstarší a nejužívanější, přináší popis silných a slabých stránek jednotlivých řečových modalit. V praxi se pak pro jednoduchost často objevuje klasifikace afázií pouze na motorickou, senzoryckou a globální (Obereignerů, 2013).

Pro tuto práci bylo vycházeno z klasifikace Bostonské, která rozlišuje tyto typy afázie: Brocovu, Wernickeho, globální, amnestickou, konduktivní, transkortikální motorickou afázií, transkortikální senzoryckou afázií a smíšenou transkortikální afázií (Cséfalvay, 2007).

Brocova motorická afázie

Obereignerů (2013) zmiňuje, že se v případě Brocovy afázie objevuje namáhavě tvořená řeč s váháním, pauzami, hledáním slov, fonemickými a sémantickými chybami, agramatismy, ale relativně zachovalé porozumění.

U osob s Brocovou afázií je dominantní porucha v plynulosti a expresivní složce řeči. Produkce řeči je nonfluentní, tempo značně pomalé. Tato skutečnost může mít příčinu v tom, že k afázií se mnohdy přidruží také apraxie řeči a někdy též dysartrie a to zejména u lézí, které zasahují i subkortikální a nižší struktury mozku. Další příčinou neplynulosti pak bývá i problém pacienta ohledně výběru slova z mentálního slovníku. Spontánní řečová produkce je tvořena namáhavě, se značným úsilím, jasným komunikačním záměrem a sdělením informace. Projev dotyčného se dále vyznačuje krátkými výroky, které postrádají syntaxi. Přítomny jsou fonemické parafrázie a agramatismy. Objevovat se mohou (zejména u těžších stupňů Brocovy afázie) i perseverace (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b; McKenna, 2004).

Mezi nenápadnější symptomy Brocovy afázie patří agramatismus. Řeč osob ztížených Brocovou afázií je tvořena především substantivy, často v základním či chybném gramatickém tvaru. Slovesa se v řeči vyskytují málo, stejně tak i neplnovýznamová slova jsou v řeči zastoupena minimálně (Cséfalvay, 2007).

Porozumění řeči je u Brocovy afázie relativně intaktní. Pacientům může při porozumění napomoci kontext – porucha porozumění nemusí být vždy včas

odhalena. Selhávání v porozumění se může dostavit u syntakticky složitějších vět. Opakování a pojmenování je narušeno, někdy s lepším výkonem než u spontánní řeči (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

U osob s Brocovou afázií se často vyskytuje i alexie a agrafie. Symptomy jsou podobné problémům v mluvené řeči. Objevují se agramatismy a porucha vyhledávání slov. Čtení může být narušeno jak z hlediska porozumění čtenému textu, tak i ze strany čtení nahlas. Psaní bývá nepříznivě ovlivněno pro častou přítomnost parézy až plegie horní končetiny (i dolní končetiny mohou být zasaženy) a to vede dotyčné osoby k psaní nepostiženou, pro většinu osob nedominantní, končetinou (Cséfalvay, 2007).

Wernickeho senzorická afázie

Osoby s Wernickeho afázií dominantně špatně dekodují mluvenou i psanou řeč, pojmenovávají a opakují. Objevuje se u nich zároveň verbální parafrázie či neologismy. Svoji poruchu si neuvědomují. Řečový projev je realizován s dobrou fluencí. Řeč je rovněž dobře artikulovaná a někdy může být výrazně akcelerovaná. Obsah sdělované informace je nízký pro přítomnost tzv. prázdných slov typu *jakoby to, no teda*. Gramatická stránka řeči je zajímavá tím, že osoby s Wernickeho afázií k produkovaným slovům (i parafráziím a neologismům) přidávají správné gramatické morfémy (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b; McKenna, 2004).

Lexie je u osob s tímto typem afázie výrazně narušena. Čtení s porozuměním je narušeno velmi těžce zejména tehdy, je-li deficit až na úrovni sémantického systému. U některých osob může být zachováno hlasité čtení izolovaných slov, ale chce-li se po nich, aby přečtené slovo přiřadili k obrázku, pak selhávají. Toto selhání poukazuje na narušení na úrovni významu slov (Cséfalvay, 2007).

Cséfalvay (2007) dále uvádí, že grafie může být po formální stránce zachována. Ve spontánním písemném projevu se mohou vyskytovat paragrafie, zkomoleniny. Neobvyklá produkce slov se podobně jako v mluvené řeči může vyskytovat i při písemném pojmenování.

Globální afázie

Jedná se o velmi těžkou poruchu, u níž dochází k poruše všech fatických funkcí. Produkce řeči je výrazně zasažena. Projev jedince je značně nonfluentní, není

schopen sdělit kteroukoli obsahovou informaci. Poruchy v expresivní složce řeči vznikají pro léze ve frontální mozkové oblasti, která je zodpovědná za plánování, programování chování i řeči. V řeči se často objevují perseverace slabik (*to-to, no-no*) nebo stereotypní opakování neologismů (*zibala-zibala*). K této produkci dochází především ve snaze zopakovat slovo, pojmenovat předmět či obrázek. V řeči se mohou vyskytnout i nadávky. Mnohdy u nich selhává i snaha o komunikaci kresbou či psaním (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

Porozumění verbálnímu projevu je významně narušeno zejména pro rozsáhlé poškození v levém temporálním laloku. Porucha porozumění je zjevná již při zcela elementárních výzvách typu: „Podejte mi ruku.“ Používá-li komunikační partner doprovodná gesta, pak mohou být reakce osoby s globální afázií přiměřené. Pokud je porucha rozumění méně závažná, je možné dotyčnou osobu směřovat k užívání alternativních způsobů komunikace – např. piktogramy (Cséfalvay, 2007).

Čtení a psaní je pacientů s globální afázií podle Cséfalvaye (2007) výrazně narušeno. Někdy je jedince schopen skrz globální čtení identifikovat slovo mezi množstvím dalších (dokáže například vybrat své jméno). Při psaní se spontánně objevuje čmárání, v lehčích případech může být afatik schopen napsat některá písmena z daného slova nebo perseverovat písmeno či slabiku.

Amnestická afázie

Člověk s anomickou (amnestickou) afázií má fluentní projev, který bývá přerušován tzv. anomickými pauzami. Nejvíce se obtíže projevují při pojmenování předmětů a činností. Dominuje zde porucha nalézání a selekce slov z vlastní slovní zásoby. Pacienti s anomickou afázií nemají obtíže při opakování, stejně tak rozumění a pojmenování bývá na dobré úrovni. Čtení s porozuměním nebývá prakticky narušeno, ale v některých závažnějších případech se může vyskytnout alexie. Psaní je u osob s lehkým stupněm afázie narušeno jen lehce. Spontánní psaný projev může být přerušovaný pro hledání správné formy použitého výrazu. Někdy se mohou objevit sémantické paragafie – záměny slov s podobným významem (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

Obereignerů (2013) popisuje několik typů anomické afázie. Odlišují se především znalostí hledaného slova, ale neschopností správně jej vyslovit (anomie tvorby slov), chápáním, k čemu předmět či objekt slouží (anomie výběru slov),

schopností správně označit objekt, který nese dané jméno (sémantická anomie) a specifickými poruchami pojmenování (diskonekční anomie).

Konduktivní afázie

Často bývá označována i jako afázie převodní, konduktivní. Je charakteristická špatným opakováním (zejména dlouhých a málo frekventovaných slov) s fonematickými parafrázemi (nejsou konzistentní). Při spontánní řeči mohou být slova vyslovena správně především tehdy, je-li afatik nesoustředěn na artikulaci. Projev osoby je relativně dobře plynulý, stejně tak dobře je dotýčný schopen rozumět verbálnímu projevu. V ojedinělých případech působí afatikův projev nonfluentně, zejména tehdy, je-li v jeho projevu řada parafrází a on se snaží o jejich korekci. Při konduktivní afázii se nevyskytují nápadné agramatismy, ač řeč může být jednoduššího rázu (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

Lexie nebývá narušena. Při tichém čtení je porozumění čtenému textu dobré. Při čtení nahlas se mohou objevovat chyby, které se projevují už při spontánní řeči (parafrázie), tj. při hlasitém čtení bývají přítomny paralexie. Grafie bývá mírně narušena při spontánním psaném projevu. Při diktátu se objevují paragrafie (Cséfalvay, 2007).

Tento typ afázie má dle Neubauera (2007b) dobrou prognózu, může dojít až ke kompletní úpravě.

Transkortikální motorická (adynamická) afázie

Osoba mající transkortikální motorickou afázií obvykle velmi málo spontánně hovoří, řeč bývá chudá, nonfluentní. Odpovědi na otázky jsou obvykle velmi krátké, neúplné. Leckdy ve výpovědi chybí přísudek. Pacienti ve svých odpovědích komunikačnímu partnerovi často volí stejná slova, jež použil on sám, což dává řeči echolalický rozměr (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

Pro všechny transkortikální afázie je, jak uvádí Cséfalvay (2007, s. 21): „...typické právě to, že schopnost reprodukovat slova, někdy i kratší věty je mnohem zachovalejší než spontánní řeč nebo pojmenování předmětů, činností apod. Pro pacienty je typická výrazná adynamie, a to nejen ve verbálním projevu, ale i při celkovém chování.“

Obereignerů (2013) uvádí, že je u transkortikální motorické afázie omezena spontaneita řečového projevu, řeč je svým charakterem dysartrická, přítomny jsou agramatismy, časté zárazy. Narušení schopnosti pojmenování a písemného projevu je proměnlivé.

Porozumění u transkortikální motorické afázie bývá narušeno méně, přítomné je především u syntakticky složitějších vět (Cséfalvay, 2007).

Lexie může být zachována, porozumění bývá taktéž na relativně dobré úrovni. Zpomalené tempo se vyskytuje při hlasitém čtení. Stejně tak grafie je poznamenána pomalým tempem. Zde se nejspíše odráží celková adynamie nebo obtíže ve vyhledávání patřičného slova v ortografickém slovníku (Cséfalvay, 2007).

Transkortikální senzorická (echolalická) afázie

U osob s transkortikální senzorickou afázií se objevuje fluentní řečový projev s dobrým opakováním slov i krátkých víceslovných sdělení. Transkortikální senzorická afázie má nejbližší k Wernickeho afázií, od které se liší zachovalým opakováním. Komunikační hodnota řečové produkce je však pro velký výskyt parafrází poměrně nízká. Někdy se objevuje i žargon. Reprodukce je, jak je pojednáno výše, na dobré úrovni, avšak často dochází k opakování bez porozumění. Rovněž odpovědi na otázky postrádají koherenci či obsahovou informaci (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

Psaní je u transkortikální senzorické afázie výrazněji narušeno. Při opisování slov a vět však může být po formální stránce zasaženo méně. Čtení izolovaných slov nahlas může být zachováno. Porozumění čtenému textu, zejména pak delším spojením, vykazuje poruchy (Cséfalvay, 2007).

Transkortikální smíšená afázie

Klinický obraz transkortikální smíšené afázií je dle Cséfalvaye (2007) podobný globální afázii. Liší se lepší schopností reprodukovat slova a vysoce automatizované fráze. Řeč pacientů se smíšenou transkortikální afázií je značně echolalická. Objevují se také hojně perseverace. Vyjma deficitu ve spontánním řečovém projevu se toto narušení projevuje i u pojmenování. Osobám s transkortikální smíšenou afázií se jen výjimečně podaří ve vlastním slovníku nalézt odpovídající výraz. Narušeno bývá i porozumění řeči.

PŘIDRUŽENÉ PORUCHY SYMBOLICKÝCH FUNKCÍ

K afázii se často přidružují i další poruchy symbolických funkcí. Ty vznikají na základě léze v oblasti, která je funkčně spjata s centrálními jazykovými mechanismy. Za přidružené poruchy symbolických funkcí považujeme nejčastěji **alexii, agrafii** (ale i akalkulii, agnozii a apraxii). Alexie a agrafie jsou významné komorbidní poruchy vznikající v příčinné souvislosti s mozkovou lézí. V současné době, kdy je potřeba hojně využívat čtení, psaní, narušení gnostických funkcí v závislosti na smyslové modalitě významně ovlivňuje existenci člověka v okolním světě a jeho kvalitu života (Obereignerů, 2013).

Alexii lze definovat jako ztrátu schopnosti číst nebo rozumět psané formě řeči v důsledku mozkového postižení. Alexie obvykle doprovází agrafii, což je ztráta dovednosti produkovat psanou formu jazyka za účelem komunikace. V případě jejich spojení lze mluvit o získané negramotnosti (Obereignerů, 2013).

V případě alexie existuje několik klasifikací. Obecně jsou akceptovány dvě formy, které popsal Joseph Dejerin. Jedná se o alexii bez agrafie a alexii s agrafií (Love, Webb, 2009).

Alexie bez agrafie bývá označována jako čistá či izolovaná alexie. Projevuje se ztrátou schopnosti číst při zachované schopnosti psát (spontánně i na diktát). Ostatní jazykové funkce nejsou obvykle porušeny. Nápadným klinickým znakem je schopnost psát dlouhá smysluplná sdělení, ale neschopnost přečíst je po sobě. Lidé s alexií bez agrafie dokážou rozpoznat slova, která jim jsou hláskována. Pro osoby s tímto typem alexie obvykle zůstává čtení poměrně namáhavou činností. K alexii bez agrafie se mohou přidružovat další deficity. Příkladem se jedná o poruchy krátkodobé paměti, mírnou anomii či poruchu pojmenování barev, kdy dotyčný barvu rozpozná, ale není si schopen vybavit její název (Love, Webb, 2009; Obereignerů, 2013).

Vyskytuje-li se alexie s agrafií, bývá označována jako centrální alexie. Jedná se o syndrom totální poruchy čtení s výrazně omezenými schopnostmi psát. Projev afázie a akalkulie jsou jen minimální. Obvykle lidé nejsou schopni, za přítomnosti této poruchy, rozlišit skutečná psaná slova od pseudoslov, nečtou nahlas nebo nerozumí psaným slovům a nejsou schopni správně slovo hláskovat. Problematický je rovněž opis písmen (Obereignerů, 2013).

Někteří autoři rozlišují dva typy alexie s agrafií. Prvním typem je výše popsaná centrální alexie, druhým typem pak je alexie (agrafie) při afáziích (Love, Webb, 2009).

Nejběžnějším typem alexie je porucha čtení doprovázející hlavní klinické druhy afázie. Čtení bývá v případě afázií zasaženo až sekundárně v důsledku přítomných symptomů afázie. U *Brocovy afázie* se objevuje neplynulé čtení a psaný projev od praktické alexie a agrafie po méně závažné projevy jako jsou například obtíže v rozpoznávání hlásek a s tím související analýza/syntéza slov. *Wernickeova afázie* se vyznačuje fluentní četbou, avšak při psaní dochází k závažným záměnám hlásek až po celé víceslovné obraty. Osoba si je v případě závažnějšího průběhu poruchy nemusí uvědomovat a tak se ani opravovat. V případě *transkortikální motorické afázie* se porucha lexie a grafie objevuje s podobnými projevy jako u Brocovy afázie. Totéž platí i v případě *transkortikální sensorické afázie*, kdy jsou projevy narušené lexie/grafie variabilní jako u sensorické afázie. Méně závažné projevy dyslexie a dysgrafie se objevují u *kondukční afázie*. Častěji se objevují mírné poruchy výkonnosti. Praktická alexie a agrafie pak doprovází *globální afázii* a mírné reziduální poruchy výkonnosti *afázií anomickou* (Love, Webb, 2009; Neubauer, 2007b).

V případě uzdravení fatických funkcí dochází u části osob k zvýšení diferenciací mezi poruchami mluvního projevu a oblastí čtení a psaní. Dochází k oběma variantám reziduálních obtíží (Neubauer, 2007b):

- a) uzdravení v oblasti čtení a psaní a přetrvávající doznívající obtíže v mluvním projevu či rozumění (dysnomie pojmů při spontánním projevu, obtíže v rozumění gramatickým strukturám delších vět či souvětí);
- b) zlepšení v oblasti mluvního výkonu a rozumění a doznívající snížení výkonnosti v oblasti čtení a psaní (namáhavé, zdlouhavé, bez pamatování si přečteného obsahu).

Zbývající přidružené poruchy symbolických funkcí – akalkulie, apraxie a agnozie se také vyskytují v různých typech.

Akalkulie je popisována jako porucha početních úkonů. Týká se jak operací paměťových, tak písemných a převaha jedné nebo druhé složky obvykle odpovídá charakteru fatické poruchy (Mimrová, 1997).

Apraxie dle Goldsteina (2004) představuje poruchu volných pohybů. Obecně je definována jako porucha schopnosti provádět naučené, nebo cílevědomé dobrovolné pohyby. Ti, co se potýkají s apraxií, mají obvykle normální motorické schopnosti (sílu, koordinaci, reflexy) a chápou zadání úkolu, který má být proveden. V každodenním životě však mají problém například namazat chléb máslem.

V literatuře se pojednává o několika formách apraxie. O orální, ideomotorické, ideatorní, končetinové aj. Orální apraxie je, jak uvádí Neubauer (2007b) spjata s poruchami opakování předvedených pohybů mluvidel, kdy obtíže narůstají při realizaci pohybových sekvencí. Bližší informace o dalších formách podává například Russel J. Love a Wanda G. Webb v knize Mozek a řeč (Portál, 2009).

Poslední zmíněnou přidruženou poruchou symbolických funkcí je agnozie. Jedná se o poruchu rozpoznávání. Vzniká v důsledku mozkového poškození a vyskytuje se opět v několika formách (Love, Webb, 2009).

Vizuální agnozie je definována jako porucha rozpoznávání objektů, osob, barev, psaných symbolů a obrázků. Není způsobena poruchou vidění (Love, Webb, 2009).

Agnozie sluchová (akustická) zahrnuje problémy s rozuměním řečovým či neřečovým signálům. V kombinaci s fatickou poruchou působí překážku v obnově komunikačních schopností a reedukační program musí být zaměřen i na obnovu této funkce. Lidé s akustickou agnozií jsou často bezradní, úzkostní (Mimrová, 1997; Love, Webb, 2009).

Setkat se lze i s taktilní agnozií, která představuje neschopnost pojmenovat předměty, které vnímáme hmatem, zatímco schopnost pojmenovat je na základě sluchových nebo zrakových informací je zachována stejně jako spontánní řeč. V případě této formy agnozie se můžeme setkat i s označením taktilní afázie (Love, Webb, 2009).

Poslední formou agnozie je Gerstmannův syndrom. Tento vzácný syndrom zahrnuje kombinaci agnozie prstů, poruchy pravolevé orientace, akalkulie a agrafie.

Někdy je porucha jen v pojmenovávání prstů, ale většinou pacient nedovede pojmenovaný prst ukázat či uchopit prst ukazovaný na jiné ruce (Tichý, 2005a; Love, Webb, 2009).

1.2.3 Kognitivně-komunikační poruchy

Kognitivně-komunikační poruchy jsou poruchy, při jejichž počátku hraje dominantní úlohu porucha kognitivních procesů a zároveň se však jedná také o poruchy řečové komunikace. Vznikají jako následek úrazů CNS, degenerativních onemocnění, která se projevují difúzním úbytkem mozkové hmoty, nekonstantními výpadky kognitivních funkcí zejména v oblasti verbální paměti, záměrné pozornosti, v diferenciaci sluchových a zrakových podnětů (Neubauer, 2007b).

Tyto poruchy tvoří součást velké skupiny kognitivních poruch a poukazují na závažné skutečnosti, respektive na vzájemné propojení neurokognitivních lingvistických a paměťových neuronálních sítí mozku a na podstatnou podpůrnou roli dlouhodobé paměti a cílené pozornosti na funkci centrálních jazykových procesů v CNS (Neubauer, 2007b).

Při kognitivně-komunikačních poruchách dochází k zasažení všech nebo některých ze čtyř klíčových aspektů kognice (pozornost a schopnost zpracování informací, paměť, uvažování a řešení problémů, metakognice a exekutivní funkce). To následně vede k projevům narušené komunikační schopnosti, jež se klinicky odlišují od afázie. Mají variabilní neuroanatomický základ a je u nich třeba užít jiných diagnostických a terapeutických postupů (Love, Webb, 2009).

Kognitivně-komunikační poruchy u syndromu demence

Poruchy řeči jsou často součástí obrazu většiny demencí. Mimo poruchy kognitivní, poruchy chování a poruchy psychické, se při demenci objevují také poruchy řečové i neverbální komunikace (Neubauer, 2007b).

V případě demence je možné rozlišovat dva základní typy neuropsychologického postižení, které mají své neuroanatomické koreláty, a to demenci kortikální a subkortikální. Možné je setkat se i se třetí kategorií, kterou jsou smíšené demence (Love, Webb, 2009).

Příčinou řečových poruch u osob s demencí je, jak uvádí Neubauer (2007b), dominantně postižení kognitivních a intelektových schopností, proto jsou řečové

poruchy doprovázející syndrom demence řazeny pod kategorií kognitivně-komunikačních poruch. Potřeba je rovněž vymezit případné koexistující poruchy na bázi inervace CNS a to zejména dysartrie. Společným výskytem dysartrie a kognitivně-komunikační poruchy trpí například mnoho osob s demencí na bázi Parkinsonovy choroby.

Symptomy poruch fatických funkcí, apraxie a agnózie u osob s demencí nelze chápat jako izolovanou poruchu řečové komunikace. Tyto symptomy jsou součástí obrazu globální poruchy činnosti mozkové kůry u degenerativně-atrofických chorob mozku, jako například u Alzheimerovy choroby. Následkem toho se užívá označení afázie při demenci nebo jazykové poruchy u demencí. Celá situace může být ztížena přítomností izolovaných a současně progresivních poruch funkcí u dílčích atrofií částí mozkové tkáně vyvolávajících tzv. pozvolné progredující afázie (Neubauer, 2007b).

U kortikální demence vyskytující se u osob s Alzheimerovou chorobou bývá řeč po motorické stránce postižena až později, pragmatické a sémantické jazykové schopnosti jsou oproti tomu porušeny časně. Syntax a fonologie řečové produkce bývají postiženy až od středně závažného stádia choroby. Nicméně přes uvedené informace je třeba brát na zřetel, že příznaky poruch řečové komunikace jsou u takto nemocných osob individuální (Neubauer, 2007b).

U frontotemporální demence (dříve Pickovy nemoci), se objevují, dle Neubauera (2007b), poruchy auditorního porozumění, dále váhavá a rozvláčná mluva, anomie a ztráta schopnosti porozumět verbálním i nonverbálním sdělením. Jazykové schopnosti v oblasti syntaxe se postupně zhoršují. Růžička (2005) dodává, že u temporální varianty se objevuje progresivní afázie se zachovalou plynulostí řeči a porušeným porozuměním významu slov. Frontální varianta je dle něho vyjádřena zejména změnami osobnosti, poruchami chování, apatií či předrážděností.

Subkortikální demence zahrnují Parkinsonovu chorobu a Huntingtonovu chorobu. Řeč je motoricky postižena, jazykové schopnosti jsou porušeny minimálně. Jedinci mívají slabý dyšný hlas s abnormální výškou a zabarvením. U Huntingtonovy choroby, spadající taktéž do kategorie subkortikálních demencí, se objevuje zhoršující se dysartrie a jazykové schopnosti zejména v oblasti pojmenování a schopnosti pronášet delší mluvní projevy. Zhoršuje se také schopnost řazení částí

mluvy a jejich organizace do větných celků a to v závislosti na celkovém průběhu nemoci (Neubauer, 2007b).

Do již zmíněné třetí kategorie demencí – mezi demence smíšené – lze zařadit vaskulární demenci a Creutzfeldtova-Jacobovu nemoc. V případě vaskulární demence se objevuje variace poruch jazykových i motorických v závislosti na lokalizaci a rozsahu léze. V pozdní fázi pak bývá přítomen mutismus. U Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci je v pozdním stádiu přítomna afázie, apraxie a posléze pak i agnózie. Objevit se však může i dysartrie, dysfagie, choreatické hyperkineze a další příznaky (Tichý, 2005a; Neubauer, 2007b).

Kognitivně-komunikační poruchy po traumatu CNS

Kognitivně-komunikační poruchy u osob po traumatické lézi centrální nervové soustavy pravidelně vykazují rysy, které lze definovat jak neurogenní poruchy řečové komunikace, tak i kognitivně-komunikační poruchy a poruchy spojené se změnami osobnostního vývoje a sociálního chování (Neubauer, 2007b).

U osob po traumatu CNS se řečové poruchy objevují jako jedny z nejčastějších obtíží. Frekventovaně se objevuje afázie i dysartrie, ale může se objevit i dysfonie v důsledku poškození X. hlavového nervu či v souvislosti s poškozením hlasivek při dlouhodobé intubaci. Jen některé osoby po uzavřených komocích a kontuzích mozku vykazují klasické fatické poruchy. Projevují se u nich zejména poruchy v oblasti paměti, plánování činností, sebepojetí a kontroly impulzivního chování (Neubauer, 2007b).

2 Logopedická intervence u osob s afázií

Logopedické intervenci u osob se získanými neurogenními poruchami řeči a to zejména (v závislosti na zaměření praktické části diplomové práce) logopedické péči o osoby s poruchou individuálních jazykových schopností – afázií, se bude věnovat následující část textu.

Dalším neurogenním poruchám, jako jsou motorické poruchy řečové komunikace, tj. dysartrie, řečová dyspraxie, a kognitivně-komunikační poruchy, zde již nebude věnována pozornost. Věnují se jim ale například Cséfalvay, Lechta a kol. v odborné publikaci s názvem Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých (Portál, 2013), Lechta a kolektiv v publikaci Terapie narušené komunikační schopnosti (Portál, 2011) či Neubauer a kol. v knize Neurogenní poruchy komunikace u dospělých (Portál, 2007).

Logopedická intervence je dle Lechty (2011) specifická aktivita logopeda, kterou realizuje s cílem identifikovat narušenou komunikační schopnost, eliminovat ji, zmírnit či alespoň překonat anebo předejít samotnému narušení. Jedná se o komplikovaný multifaktoriálně podmíněný proces, který je realizován za dosažením výše uvedených cílů na třech, s cíli vzájemně se prolínajících, úrovních – logopedické prevenci, diagnostice a terapii.

V praxi pak obvykle dochází k prolínání jednotlivých úrovní. Logopedickou intervenci osobám s neurogenně podmíněnými poruchami řečové komunikaci včetně afázií nejčastěji poskytuje resort ministerstva zdravotnictví. Její úspěšnost je ovlivněna zejména rozsahem a lokalizací poškození mozku. Podstatný význam má také sociokulturní status a osobnostní vlastnosti pacienta i členů jeho rodiny.

2.1 Logopedická prevence

V logopedickém slovníku je prevence definována takto (Dvořák, 1998, s. 130): „*Předcházení, ochrana, opatření k předcházení nemocím, poruchám.*“

Logopedická praxe užívá metod **primární, sekundární a terciární** prevence. Snahou prevence primární je předcházet vzniku situací, které jsou ohrožující pro celou sledovanou populaci. Může být specifická či nespecifická. Specifická primární

prevence se zaměřuje proti konkrétnímu riziku, kdežto nespecifická podporuje žádoucí formy chování. Sekundární prevence se orientuje na specifickou část populace, která může být označována jako riziková. Jedná se skupiny osob, které jsou ohroženy negativním jevem (např. u hlasových profesionálů je třeba předcházet vzniku hlasových poruch). Dominantním cílem terciární prevence je snaha předejít dalším negativním následkům narušené komunikační schopnosti, která se zaměřuje na osoby, u nichž k narušení komunikační schopnosti již došlo (Lechta, 2007).

Dle Sováka (1978) je prevence afázií záležitostí lékařů, neboť významně souvisí s prevencí onemocnění, která mohou být její příčinou.

2.2 Logopedická diagnostika

Neurogenní poruchy řečové komunikace jsou předmětem zájmu různých vědních oborů. V této problematice je pro její charakter vyžadován interdisciplinární přístup. Velmi úzce spolu spolupracují zejména klinický neurolog a klinický logoped. Odpovědnost logopeda spočívá ve zhodnocení všech relevantních aspektů řeči a jazyka u osob s neurologickým onemocněním nebo s podezřením na ně. Logoped by měl být schopen rozumět výsledkům svého vyšetření v kontextu neurologických mechanismů, které tvoří podstatu onemocnění. Zároveň by se měl orientovat také v metodách současné neurologické diagnostiky a terapie, které se užívají u osob s postižením komunikačních schopností. Logopedi by se tak měli seznámit s pohledem neurologů na problematiku poruch komunikace a stejně tak neurologové by měli být obeznámeni s metodami logopedické diagnostiky a terapie (Love, Webb, 2009).

Cílem logopedické diagnostiky je co nejpřesnější popsání poruchy řečové komunikace, které slouží k následnému správnému výběru a aplikaci intervenčních metod (Klenková, 2006).

Základními cíli logopedické diagnostiky dle Neubauera (2010) jsou:

- zjistit, zda je přítomna porucha řečové komunikace, v jaké tíži a závažnosti;
- provést diferenciální diagnostiku poruch řečové komunikace a vyloučit jiná onemocnění, vady apod.;
- na základě výsledků vytvořit návrh následné logopedické intervence.

Lechta (2013) rozlišuje tři úrovně logopedické diagnostiky – vyšetření orientační, základní a speciální. Cílem orientačního vyšetření je zjistit, zda má vyšetřovaná osoba narušenou komunikační schopnost či ne. Vyšetření lze uskutečnit například při aktivním vyhledávání klientů – screeningem, depistáží. Základní vyšetření má odpovědět na otázku, o jaký konkrétní druh narušené komunikační schopnosti se jedná a zároveň dochází k určení základní diagnózy. Třetí úroveň je speciální vyšetření, které má co nejpřesněji identifikovat narušenou komunikační schopnost, určit její příčiny, typ, formu a stupeň. Často je realizováno ve spolupráci více odborníků – logopeda, neurologa, psychologa a dalších.

Nejvíce rozvinutou a diferencovanou oblastí péče v rámci neurogeně podmíněných řečových poruch je právě ta u osob s afázií. Obsáhlou a složitou problematikou tohoto získaného organického narušení komunikační schopnosti se zabývá podobor logopedie – afaziologie a využívá poznatků z mnoha vědních oborů. Tato interdisciplinarita přináší do afaziologie řadu různých pohledů na danou problematiku. Za nejpropracovanější oblast afaziologie je považována diagnostika. Je to především z důvodu existence celé řady metodik vyšetření, testů, testových baterií a zkoušek. Diagnostika afázie je jistým procesem sbírání kvantitativních a kvalitativních dat s cílem popsat komunikační schopnost vyšetřovaného, jeho možnosti pro vykonávání různých aktivit a porozumět omezením ve společenské participaci. Samozřejmostí diagnostiky afázie se stává týmová spolupráce odborníků – neurologa, logopeda, foniatra, psychologa, neuropsychologa aj. (Cséfalvay, Košťálová, 2013; Neubauer, 2007b)

Významné místo v diagnostice osob s afázií zaujímají, dle Neubauera (2007b), **neuropsychologické testové metody**, které jsou speciálně zaměřeny na zjišťování poruch podmíněných lézemi CNS, a to ve spojení se standardizovanými testovými psychologickými metodami, které se zaměřují na diagnostiku intelektových a paměťových schopností vyšetřovaného. V našich podmínkách se jedná o *Lurijovo neuropsychologické vyšetření* (Lurija, Christensenová, 1975) a *Neuropsychologickou baterii Halstead-Reitan* (Preiss a kol., 1998).

V zahraničí se lze setkat s dalšími neuropsychologicky orientovanými testy speciálně zaměřenými na afázie. Jedná se například o *Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE* (Goodglass, Kaplan, 1972), prostřednictvím něhož dochází k

hodnocení slovní a řečové produkce, rozumění mluvenému a psanému jazyku, psaní, čtení. Součástí jsou i nelingvistické úkoly na zjištění možné apraxie, agnózie, akalkulie a dezorientace. *Western Aphasia Battery – WAB* (Kertesz, 1982) se podobá z hlediska zaměření testů výše uvedenému „BDAE“, hodnotí se mluvená řeč – produkce a porozumění řeči, kdy je sumářem tzv. kvocient afázie, psaná řeč (čtení a psaní – zde hovoříme o kvocientu jazykového narušení), praxie, vizuoprostorové, konstrukční a kalkulické schopnosti, kde je výsledkem kvocient kortikálního narušení (Neubauer, 1997; Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Pro poznání intelektové úrovně a paměťových schopností vyšetřovaného jsou využívány **psychologické testové metody** a to jako součást komplexních neuropsychologických a jazykových diagnostických baterií (*Western Aphasia Battery* aj.). Nejužívanějšími jsou Wechslerovy intelektové a paměťové škály a Ravenovy progresivní matice (Neubauer, 2007b).

Dalším významným směrem v diagnostice komunikačních schopností a poruch osob s poruchou CNS jsou, jak uvádí Neubauer (2007b), **lingvistické diagnostické metody**. Zaměřují se na oblast pragmatického využití komunikace v životě. Tyto diagnostické metody se snaží zobrazit jazykové schopnosti dané osoby v běžné každodenní komunikační situaci a vymezit oblasti jejich možného rozvoje nebo stimulace. Mezi takto zaměřené metodiky patří například *Functional Communication Profile* (Grohler, 1988), *Profiling Linguistic Disability* (Crystal, 1982) či *Communicative Activities of Daily Living – CADL-2* (Holland, 1999).

Neopomenutelnou součástí diagnostiky v rámci komplexního a týmového přístupu je **logopedická diagnostika**. Neubauer (1997) uvádí, že je logopedická diagnostika afázií zásadně diagnostikou terapeutickou, sloužící ke stanovení počátku a plánu odpovídající logopedické terapie. Zajišťuje propojení diagnostického a terapeutického procesu v oblasti poruch řečové komunikace a ve smyslu týmového přístupu se opírá o výsledky lékařského a psychologického vyšetření.

Komplexní vyšetření pacienta s afázií patří dle Cséfalvaye, Košťálové (2013) do kompetence logopedů, kteří disponují různými diagnostickými postupy, pomocí kterých mohou zhodnotit různé aspekty afázie.

Logopedická diagnostika afázie se zaměřuje na zhodnocení poruchy komunikace vyšetřovaného a stanovení stupně poruchy především ve vztahu

k praktické realizaci sociálního kontaktu s okolím. Výsledky logopedické diagnostiky lze použít ke stanovení typu fatické poruchy (Neubauer, 2007b).

V zahraničí existuje řada diagnostických škál či testových materiálů. Ty mohou plnit funkci jak orientační, screeningovou, tak komplexní, umožňující zachytit veškeré oblasti důležité pro zhodnocení komunikačního procesu. Setkat se lze i s různými speciálními testy pro posouzení afázie. Všeobecně je však respektována klasifikace vyšetření na orientační, screeningová a komplexní (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

Orientační vyšetření je koncipováno tak, že respektuje nutnost rychle a bez nadměrné zátěže začít s terapií u afatika již v subakutním stádiu, v situaci, která je mnohdy komplikována těžkým celkovým stavem a vysokou únavností klienta. Orientační vyšetření afázie mohou provádět lékaři (neurologové). Úkolem tohoto vyšetření je především zhodnotit aktuální stav řečové komunikace a definovat zachovalé komunikační schopnosti, které lze využít na počátku terapeutického procesu. Existují a používají se různé varianty diagnostických vodítek se základními úkony prověřující schopnost rozumět a komunikovat mluvenou řečí (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

Na zjištění přítomnosti poruchy fatických funkcí a celkového charakteru této poruchy je zaměřeno **screeningové vyšetření afázie**. Screeningové testy jsou vhodné pro rychlé posouzení v akutní fázi poruchy. V České republice je používána experimentální verze *Aphasia Screening Test*, který umožňuje v krátké době zmapovat jazykové schopnosti vyšetřovaného. Je zaměřena také na odhalení nelingvistických projevů neurogení poruchy (narušená pravolevá orientace, neglect syndrom aj.) Dále se využívá i *Mississippi Aphasia Screening Testu (MAST)*, který byl vytvořen skupinou neuropsychologů, psychiatrů a logopedů jako nástroj pro zhodnocení osob s těžkou komunikační poruchou. Nespornou výhodou tohoto testu je jeho česká standardizace (MASTcz) a volná dostupnost testu na internetu. Test MASTcz obsahuje devět subtestů, které hodnotí automatickou řeč, pojmenování, opakování, fluenci řeči při popisu obrázku, psaní na diktát, porozumění alternativním otázkám, porozumění slovům, mluvené instrukci a čtené instrukci. Z nutných pomůcek je zapotřebí obrázků k popisu, předměty (klíče, tužka, vidlička, bonbon,

hodinky, knoflík, kámen, papír) a karty s instrukcemi pro čtení vyšetřované osoby (Neubauer, 2007b; Cséfalvay, 2007; Obereignerů, 2013).

Mezi nejpoužívanější testy v tomto směru patří dle Neubauera (2007b) i *Token test* (žetonový test). Prostřednictvím různě velkých a barevných žetonů, následného výběru a manipulace s nimi na základě verbálních pokynů examinátora dochází k odhalení lehčích forem afázie. Užívá se buď samostatně jako screeningový materiál nebo jako součást komplexního vyšetření ke zhodnocení především percepčních schopností vyšetřovaného. Cséfalvay (2007) považuje *Token test* za speciální test afázie.

Není-li vyšetření omezeno pouze na mluvenou řeč, ale také na zhodnocení psané formy řeči (čtení, psaní) pak se jedná o **komplexní logopedické vyšetření**.

Obereignerů (2013) uvádí, že komplexní afaziologické testy mají své největší využití až ve chvíli, kdy je porucha do jisté míry ustálena. Dodává, že důležitým předpokladem k administraci těchto testů je dostatečná spolupráce pacienta a skutečnost, že případné rozdělení testování do více sezení nebude poznamenáno zásadní změnou klinického obrazu poruchy.

V rámci komplexního logopedického vyšetření lze využít, jak uvádí Neubauer (2007b), vyšetření autorek Budínové-Smělé a Mimrové zvané *Pražské afaziologické vyšetření – PAV*. Během tohoto vyšetření dochází k hodnocení spontánní řeči, opakování, rozumění mluvenému slovu, pojmenování, automatických řad (dny, měsíce, početní řady...), zpěvu, čtení, ústního i písemného počítání, psaní a kreslení.

Další možností je *Vyšetření fatických funkcí – VFF* (2003) od autorů Cséfalvay, Košťálová a Klimešová. Jedná se o kvalitativně zaměřené klinické vyšetření, které je určeno zejména ke stanovení typu afázie v souladu s Bostonskou klasifikací afázií, k charakterizování úrovně komunikace po vzniku poškození a na detekci intaktních a narušených složek jazykového systému, jež se podílí na realizaci porozumění a produkci slov, čtení a psaní. Vychází ze specifík českého jazyka a opírá se o kognitivně-neuropsychologickou teorii. Skládá se celkem ze šesti částí – vyšetření spontánní řečové produkce, porozumění mluvené řeči, schopnosti reprodukovat slova a věty, dále z vyšetření nominativní funkce řeči, čtení a psaní (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

Ke komplexní logopedické diagnostice dospělých osob s neurogenními lézemi CNS lze využít i *Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace – VZNPŘK* (Neubauer, 2007b). VZNPŘK umožňuje zachytit přítomné neurogenní poruchy fatických funkcí, poruchy lexie, grafie, kalkulie, praxie horních končetin a orální praxie, dále poruchy motorických řečových funkcí a kognitivně komunikační poruchy. Cílem tohoto vyšetření je provedení diferenciální diagnostiky k odlišení afázie – dysartrie – dyspraxie v řeči – kognitivně komunikační poruchy, zhodnocení tíže poruchy na pětistupňové hodnotící škále, odhalení koexistujících poruch, stanovení dominující poruchy a v neposlední řadě i diferenciální diagnostika afázie.

Komplexně posoudit jazykové deficity lze, mimo výše uvedené, i prostřednictvím *Western Aphasia Battery (WAB)* jehož autorem je neurolog Andrew Kertesz. Test je svou strukturou podobný jiným komplexním testům afázie. Ke komplexním nástrojům pro testování jazykových schopností a syndromů afázie patří například i *Boston Diagnostic Aphasia Examination* – Bostonská zkouška pro diagnostiku afázií, která hodnotí jazykové schopnosti na základě percepčních modalit, procesu zpracování a modalit pro odpověď. V testu je podrobně hodnocena spontánní řeč a plynulost, auditivní porozumění, pojmenování, čtení nahlas, opakování, psaní a porozumění přečtenému textu. (Obereignerů, 2013).

2.3 Logopedická terapie

Vzhledem k tomu, že je praktická část diplomové práce zaměřena na terapeutický počítačový program MENTIO a jeho aplikaci u osob s poruchami individuálních jazykových schopností, bude tato část vedena zejména tímto směrem. Zmíněny však budou i jiné možnosti terapie afázie.

V současné době je terapie afázie multioborovou záležitostí. Péči o pacienta je pověřen tým spolupracujících odborníků. Terapie je nejvíce ovlivněna samotným organickým postižením, kdy v řadě případů je poškození fatických funkcí nevratné. Aktivity terapeuta za účelem restituce komunikačních schopností u pacienta mohou být označovány jako reedukace, cvičná léčba, rehabilitace řeči nebo jen terapie afázie. Cílem logopedické péče je dosažení maximálních schopností komunikace a v souvislosti s tím dochází i k obnově sociálních vazeb. Afatik má často kromě

poruchy komunikace i poraněnou duši, na což se nesmí zapomínat a zařadit tak do terapie i psychoterapeutickou pomoc (Čecháčková, 2007; Obereignerů, 2013).

Cséfalvai (2007) uvádí, že terapii afázie lze rozdělit do tří rovin:

- a) *Terapie zaměřená na obnovení narušené funkce* – zde se logoped soustředí na některé izolované jazykové funkce – pojmenování, čtení, psaní, porozumění aj. Užití terapeutické postupy budou většinou stimulací nebo reedukací zaměřenou na obnovení dané funkce. Tímto přístupem je například kognitivně-neuropsychologický přístup k terapii afázie, alexie a agrafie. V tomto případě se předpokládá, že po obnovení dané funkce, třeba jen částečném, se zmírní i její dopad na komunikační schopnost.
- b) *Terapie zaměřená na narušenou komunikační schopnost* – zde jsou užívané postupy orientovány komplexněji, nezaměřují se jen na izolované jazykové funkce. Snahou terapie je podpoření kompenzačních mechanismů a to i přes to, že některé funkce zůstanou narušeny. Příkladem této terapie může být trénink konverzace afatika s komunikačním partnerem či například trénink používání multimodální komunikace (mluvená řeč doplněná a podpořená kresbou apod.)
- c) *Terapie zaměřené na zmírnění následků* – vzhledem k tomu, že narušení komunikační schopnosti přináší negativní psychosociální důsledky a nezřídka i sociální izolaci, má terapie zaměřená na zmírnění následků odlišný charakter od výše uvedených. Při skupinové terapii afázie je pacient zařazen do přirozené situace, je zde podporován i přes svůj komunikační handicap v komunikaci, aby mohl vyjádřit své potřeby, přání... Cílem je co nejvíce zmírnit psychosociální důsledky afázie.

Dle Neubauer (2007a) by měl individuální terapeutický plán stanovený na základě logopedické diagnostiky zahrnovat:

- stanovení příčin a možné prognózy poruchy individuálních jazykových schopností;
- návrh metodiky a intenzity rehabilitačního postupu;
- způsob využití terapeutických cvičných materiálů;

- způsob spolupráce s rodinou, ošetřujícím personálem či jiným logopedickým pracovištěm.

Terapie může probíhat buď individuální, nebo skupinovou formou práce. Zmíněné formy práce umožňují intenzivní individuální trénink i možnost užít nabyté schopnosti v praxi.

Úspěšnost terapie je podmíněna mimo jiné lokalizací léze mozku, respektive typem a stupněm fatické poruchy, dále socioekonomickým statusem jedince, případně i jeho věkem, časovým stádiem poruchy (zda se jedná o stádium akutní, následné, stabilizované, chronické), sociálním zázemím afatika v chronickém stádiu a dostatečnou motivací. Zacílení terapeutických postupů musí respektovat uvedené skutečnosti – nelze jej stanovit šablonovitě. Cílem terapeutického působení je maximalizace komunikačních schopností jedince, zachování dobré kvality sociálního života jedince s neurogení poruchou řečové komunikace (Obereignerů, 2013; Neubauer, 2007a).

V rámci podpory maximálně dosažitelné aktivní komunikace Neubauer (2007b) doporučuje věnovat se reedukaci řeči jednou až několikrát denně, a to po dobu 10 – 15 minut. Terapeut má postupovat od jednodušších zadání ke složitějším, přičemž má využívat zachovaných prvků řečové komunikace, zapojovat všechny smysly, využívat obrazový materiál přiměřený věku, vyhýbat se přirovnávání terapeutických úkolů ke školní výuce a v neposlední řadě respektovat osobnost jedince.

Mezi klinickou praxí osvědčené aplikace v oblasti terapie afázií patří, jak uvádí Neubauer (2007b), především užití melodicko-intonační terapie, fonematicko-vizuální stimulace, realizace skupinové terapie afatiků a individuální obnovovací terapie s užitím počítačového programu MENTIO. Neopomenutelná je rovněž Lurijova neuropsychologická koncepce v terapii afázií, avšak existuje spousta dalších terapeutických postupů (česká a slovenská metodika terapie afázie je zastoupena metodikami například Truhlářové (1973, 1984), Čecháčkové (1997), Neubauera (2007), manuálem Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie Cséfalvaye, Košťálové, Klimešové (2002) aj.) Zmínit lze také techniku *PACE* (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness), která se zaměřuje na zlepšení efektivity komunikace osob s afázií a využívá modelování konverzačních situací, při

nichž dochází k výměně informací. Využit lze také konverzační trénink, který směřuje afatika k využívání kompenzačních komunikačních strategií při vysílání informace.

2.3.1 Melodicko-intonační terapie

Melodicko-intonační terapie patří mezi terapie zaměřené na obnovení narušených funkcí a její postup je zaměřen zejména na využívání schopnosti osob s motorickou afázií a dobrým porozuměním správně intonovat určité krátké mluvní fráze. Tato schopnost je u pacientů s afázií pozorována už dávno. Je-li terapie úspěšná, daří se navodit určitý omezený kruh větných sdělení u osob s těžkou motorickou afázií s užitím melodické struktury věty a doprovodného rytmického pohybu ruky. Tato terapie je zdařilá hlavně u té části osob, u nichž je zachováno rozumění řeči a schopnost reprodukovat melodické písňové vzory (Cséfalvay, 2007; Neubauer, 2007b).

2.3.2 Fonematicko-vizuální stimulace

Tento stimulační program je určen osobám s velmi závažnými projevy afázie, nejčastěji pak v postakutním období po vzniku poruchy. Uplatnění nachází i u některých osob s chronicky přetrvávající těžkou fatickou poruchou (Neubauer, 2007b).

Používá se v rámci terapie zaměřené na obnovování narušených funkcí a to u osob s těžkými globálními či smíšenými afáziemi v postakutním období po vzniku poruchy, ale také u osob s těžkými motorickými afáziemi s koexistující těžkou přetrvávající orální dyspraxií. Jedná se o jedince, u nichž nedošlo k adekvátní reakci na melodicko-intonační terapii či jiné formy melodické, intonační či rytmizační stimulace. Tato dysfunkce se projevuje tak, že osoba není schopna zopakovat melodii písně (zřejmě nechápe zadání pro percepční fatickou poruchu), nebo napodobí melodii písně, ale není vybavena artikulací slov, maximálně opakující se slabika nejasného obsahu. Tatáž osoba může být schopna melodii písně zazpívat, artikulovat nesrozumitelné tvary s tím, že srozumitelná slova se neobjevují a to i přes zapojení přímého odezírání v zrcadle, nebo se zmiňovanému jedinci nedaří opakování slov formou spoluopakování s rytmizací a pohybem ruky. Přítomna může být rovněž orální dyspraxie, kdy se nápodoba hybnosti mluvidel daří jen omezeně nebo vůbec.

Patrná je chaotizace hybnosti v hledání postavení mluvidel. Osoba není schopna reagovat na vzor v zrcadle (Neubauer, 2007b).

Terapie užívá vizuálně-fonemické ústní obrazy pro fixaci artikulačního postavení se současnou prezentací karet s písmeny příslušnými daným hláskám. Cílem je stimulace bez nutnosti užití těchto obrazů (Neubauer, 2007b).

2.3.3 Skupinová terapie

Skupinová terapie v současnosti zažívá svůj rozkvět. V historii byla preferována především individuální terapie, dnes je však patrná preference skupinové terapie.

Přispívají k tomu tato pozitiva zmiňované formy terapie (Cséfalvay, 2011):

- přirozená stimulace interakce mezi členy skupiny;
- posilování pragmatických dovedností;
- přirozenější komunikační prostředí než při individuální terapii;
- širší okruh komunikačních partnerů a
- podpůrné prostředí pro posilování komunikace.

Úkolem terapeuta je facilitovat konverzaci a další aktivity, maximalizovat efektivnost komunikace, podporovat vzrůstající nezávislost skupiny na vedení, učení komunikačních strategií, povzbuzení a podpora členů skupiny a vytvoření pozitivní atmosféry, pozitivního naladění. Skupinové aktivity mohou zahrnovat hraní rolí a simulaci reálných situací, techniku vedení deníků, techniku PACE (technika zaměřená na zlepšení efektivity komunikace osob s afázií, kdy dochází v podstatě k modelování konverzační situace, při které dochází k výměně nové informace), konverzační trénink, řešení problémů, formulace názorů, společenské hry apod. (Cséfalvay, 2011).

2.3.4 Lurijova neuropsychologická koncepce v terapii afázií

Podle Neubauera (2007b) zástupci této koncepce zdůrazňují přesvědčení, že při afázií můžeme řeč obnovit jen prostřednictvím speciální a správně organizované obnovovací restituční terapie. Pacient musí absolvovat dlouhou systematickou terapii pomocí vědecky podložených metod, je-li mu obnovována řeč a jiné psychické funkce prostřednictvím racionální přestavby funkčních systémů. Takto se porušená

řeč může obnovit. Jedná se o proces reedukace, o přestrukturování funkčních systémů metodou obnovovací terapie.

Tato koncepce není omezena jen na reedukaci v rovině řečové, neboť řečové, praktické, gnostické i paměťové procesy jsou neoddělitelně provázány. Pro Lurijův přístup k terapii afázie je charakteristické užívání tzv. nepřímých metod facilitace řečových funkcí – využívání zachovaných, především neverbálních dovedností těsně souvisejících s deficitem řečovým. Lurijova koncepce obnovovací terapie afázií odlišuje částečně způsoby obnovování poruch psaní a čtení od obnovování mluvené řeči. Důvodem pro to je, že psaní a čtení jsou produktem cílevědomého učení, zatímco řeč je výsledkem přirozeného vývoje mezilidské komunikace. Metody tzv. restitučního učení proto vždy vycházejí z obnovování konkrétních operací s hláskami a písmeny. Na předchozí úkony navazuje využívání významové stránky řeči a významu slova (Neubauer, 2007b).

2.3.5 Individuální obnovovací terapie s užitím PC programu MENTIO

V zahraničí je v terapeutickém procesu možnost využití specializovaných počítačových programů již víceméně běžná. Do českých podmínek již pronikli zástupci programů pro stimulaci motorických řečových modalit – program SpeechViewer III a pro práci s poruchami kognitivních funkcí program Train to Brain. Jsou snadno přizpůsobivé našim podmínkám. Program pro obnovování a stimulaci individuálního jazykového systému osob s poruchami fatických funkcí je však potřeba originálně a komplexně vytvořit pro dané jazykové prostředí. Pro tyto účely byl České republice pro terapii afázií vytvořen v r. 1996 soubor programů zvaný MENTIO. Tento program se v klinické praxi velmi dobře osvědčil a to nejen u dospělých osob s neurogeně podmíněnými poruchami řečové komunikace, na které byl specializován (Neubauer, Petržílková, 2007).

Hlavní výhodou programu je jeho zpracování. Jedná se materiál, který je určený především dospělým osobám, čemuž odpovídá i grafika a jeho celkový styl zpracování. Jeho obsluha je snadná a bez výrazných obtíží ji zvládnou i ti, co nemají s počítačem mnoho zkušeností. Často je právě pro klienty práce s počítačem motivačním faktorem.

Programy umožňují evidovat údaje o konkrétních pacientech a vyhodnocovat průběh terapie – míru úspěšnosti, přehled chyb, uložení informací a jejich tisk.

Výhodou MENTIA je bezesporu to, že všechny programy lze provádět samostatně v domácím prostředí. Za nevýhodu pak ale lze považovat jeho cenu.

Zmíněný multimediální program se zaměřuje na reedukaci čtení, psaní, výslovnosti, počítání, manipulaci s penězi, paměťová cvičení, zrakové vnímání, logické a časoprostorové vztahy a rozvoj komunikačních dovedností. V současnosti disponuje již osmi tituly (Neubauer, Petržílková, 2007; Petržílková, 2012):

MENTIO Slovní zásoba

Obsahuje základní slovní zásobu a cvičení pro logopedickou praxi. K dispozici jsou obrazové moduly – barvy, jídlo, peníze, doprava, lidské tělo, oblečení, osobní věci, venku a příroda. Celkem se jedná o cca 440 pojmů. Ke každému slovu se pojí řada různě obtížných úkolů – pojmenování s možným užitím zvukových funkcí a fonemické nápovědy písmenem, čtení slova s možným užitím zvukových funkcí a malých nebo velkých tiskacích písmen, dále výběr správného slova I. a II., kde dotyčný vybírá ze tří slov a buď z celého souboru pojmů nebo jen z daného tematického okruhu, pak také opis slova a napsání slova s využitím psaní na klávesnici či výběrem z nabízených písmen myši. Ovládání obslužných funkcí není komplikované, soubor je pro osobu s afázií snadno ovladatelný a může tak pracovat samostatně. Terapeut může sestavit libovolný soubor podle individuální potřeby pacienta. Další výhodou je bezesporu podpora propojení terapie mluvních schopností – čtení, psaní a verbální paměti. Obrazový materiál si je možné vytisknout a možné je rovněž dělat si podrobný záznam o průběhu terapie. Materiál je zaměřený na dospělé, nevyskytují se v něm infantilní obrázky.

MENTIO Slovesa

Tento titul je tvořen dějovými posloupnostmi využitelnými v logopedické praxi. Jedná se o čtveřici obrázků a vět, které ilustrují dějovou posloupnost běžných činností – vaření čaje, umývání se, balení dárku, pletení svetru aj. Celkem je zde užito šedesát činností z běžného života, kdy každá má svou čtveřici obrázků. Obrázky je možné vytisknout a dále s nimi pracovat. S tímto programem je možné dělat tři základní typy cvičení – velký obrázek s popisem nebo bez něj, malý obrázek a čtyři větné popisky, z nichž má dotyčná osoba vybrat větu hodící se k aktuálnímu obrázku a čtyři malé obrázky a čtyři popisky, kde je úkolem pacienta utvořit správně

dvojice obrázků – věta. Opět je možné vytvořit si vlastní sadu, dějové posloupnosti je možné řadit do delších celků aj. K průběhu sezení si je možné v rámci programu dělat poznámky o průběhu sezení a výkonu osoby s afázií.

MENTIO MM (Memory Management)

Jedná se o soubor úloh na procvičení paměti. Program je tvořen čtyřmi typy cvičení, která se zaměřují na trénink krátkodobé paměti, pozornosti a soustředění, rozumění psanému textu, rozlišování číslic a tvarů, stimulaci logických myšlenkových sledů a koordinaci hybnosti ruky. Cvičení postupují od minimálně náročných slovních instrukcí až po rozumění obtížnějším větným instrukcím v písemné (případně mluvené) formě. V programu jsou čtyři typy cvičení, kde pacient nejprve vybírá obrázek prezentovaný na obrazovce, následně vybírá obrázek a určuje i jeho polohu, pak přikládá obrázky na určitá čísla na základě větných instrukcí v písemné formě. Na závěr rozmísťuje obrázky dle pokynů v písemné formě. V programu je užito devět obrazových symbolů, které se umísťují do devíti políček tabulky. Tento program se užívá pro kognitivní stimulaci u lehčích a zlepšujících se forem afázií. Jeho výhodou je možnost určení si obtížnosti a například také možnost stimulace větné paměti u anomických obtíží.

MENTIO Skládačky

MENTIO Skládačky slouží ke cvičení zrakové percepce. Tento program využívá fotografického materiálu a pracuje s dělenými částmi fotografií od půlených obrázků až po pětkrát sedm políček. Pacient jednotlivými částmi obrázku manipuluje prostřednictvím počítačové myši. Propojení stimulace vizuální percepce a motoriky ruky je významnou součástí stimulace kognitivních procesů a mnesticko-konstruktivních schopností osoby s poruchou fatických funkcí. Program byl navržen pro kombinaci stimulace řečových schopností s rozvojem zrakového vnímání včetně skládání částí do celku a posílení pravolevé orientace.

MENTIO Nakupování

Součástí tohoto dílu jsou početní úlohy podporující samostatnost při nakupování a zacházení s penězi. Součástí jsou cvičení aktivního zvládnání praktických matematických úkolů, které se pojí s peněžními operacemi při nakupování, při orientaci v cenách a hodnotách bankovek. Lze jej využít při

překonávání dyskalkulie i při zlepšování samostatnosti ohledně zvládnání peněžních operací při nákupech a placení. Pacient se prostřednictvím tohoto programu učí rozlišovat platidla, ceny zboží a orientačně stanovit hodnotu nakoupených věcí a peněžního obnosu, který je k dispozici. V programu je celkem jedenáct typů cvičení – např. co je dražší a co levnější, řazení vzestupně/sestupně dle výše ceny, jaký obnos je uložený v peněžence, kolik bude stát... apod. Program umožňuje opět tisk pro možnost domácího tréninku, zaznamenávání výsledků terapie i evidenci cvičení touto formou. MENTIO Nakupování lze využít k terapii získané dyskalkulie u osob s afázií a je dobře využitelný i pro funkcionální terapii se stimulací komunikace v běžné životní situaci.

MENTIO Hádanky

Program MENTIO Hádanky obsahuje úkoly na kontrolu rozumění textu a rozvoj logického myšlení. Každá věc, kterou pacient hádá, je popsána třemi větami. Veškeré věty ve cvičeních i všechna zavádějící slova, která jsou použita při výběru správného řešení z několika možností, jsou v programu obsaženy také ve zvukové podobě. Celkem program MENTIO Hádanky obsahuje 240 hádanek ve čtyřech úrovních obtížnosti. Program dále nabízí možnost sestavit si vlastní sadu slov dle individuálních potřeb pacientů, obrázky k hádankám je možné vytisknout apod.

MENTIO Zvuky

Tento díl je určen k rozpoznávání zvuků a k tréninku sluchové paměti. Skládá se z 200 zvuků z běžného života a navíc obsahuje ještě přibližně 950 krátkých zvukových podnětů. Cvičení obsažena v tomto díle jsou zaměřena na určování zdroje zvuku, přiřazování zvuků k obrázkům (resp. k psané či mluvené podobě slov), výběr správného zdroje zvuku z několika možností a součástí je i část, kde má pacient rozhodnout, který zvuk v řadě bylo slyšet dvakrát. Výhodou tohoto programu je i audiotest, který umožňuje v případě potřeby posoudit kvalitu sluchu uživatele. Zvuky je možné pouštět různými způsoby – do levého/pravého sluchátka i měnit jejich hlasitost.

MENTIO Hlas

Zatím posledním titulem je MENTIO Hlas, který byl sestaven pro nácvik fonace a modulace hlasu. Tento program poskytuje uživateli vizuální zpětnou vazbu

při tvoření hlasu a rozvíjí schopnost modulace ve smyslu intenzity a frekvence tónu. Má celkem devět částí, kdy jsou cvičení zaměřena na indikaci přítomnosti zvuku, délku výdechového proudu, nácvik fonace, tvrdý a měkký hlasový začátek, načasování hlasového projevu, představu intenzity hlasu a výšky tónu, udržení hlasitosti či výšky v určitém rozmezí, postupné zvyšování tónu a střídání vysokých a nízkých frekvencí. Zpětná vazba probíhá prostřednictvím kreslených obrázků.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 Vlastní šetření

3.1 Cíl práce

Praktická část diplomové práce si klade za pomoci kazuistik znázornit využitelnost počítačového programu MENTIO v klinické praxi u osob s poruchou individuálních jazykových schopností – afázií.

3.2 Metody šetření

Praktická část diplomové práce má charakter kvalitativního šetření. Z tohoto důvodu nejsou stanoveny žádné pracovní hypotézy.

Potřebné informace k dosažení cíle praktické části diplomové práce byly získány prostřednictvím **studia odborné literatury**, které umožnilo načerpat teoretické poučení o dané problematice. **Obsahová analýza lékařské a logopedické dokumentace** umožnila získat hodnotné informace pro tvorbu kazuistik. Další metodou, která byla užita během zpracovávání praktické části diplomové práce, bylo **pozorování**, které bylo uplatněno zejména během vlastní práce s klienty, přičemž bylo zaměřeno na výkony dotyčných i na jejich osobnost jako celek. Využita byla i **analýza výsledků činnosti**. Na základě všech získaných informací a dostupných materiálů byly vypracovány **kazuistické studie**.

Kazuistika

Kazuistika (případová studie) je systematické zkoumání jednotlivce prostřednictvím pozorování a rozhovoru, díky kterému je možné detailně poznat chování, vývoj a rozvoj osobnosti jedince. Poskytuje písemné shrnutí všech informací, které jsou o případu k dispozici, kvalitativní analýzu procesu, vedoucího k určitým výsledkům (Musilová, 2002).

Kazuistiku lze dle Dvořáka (1998, s. 83) definovat rovněž jako „*podrobný popis vzácného, typického či jinak zajímavého případu, odchylky, vady, nemoci*“ nebo jako: „*souhrn klinických pozorování průběhu téže nemoci u několika nemocných.*“

V případové studii se sbírá určité množství dat od jednoho či více jedinců a cílem je zachycení složitosti případů, popis vztahů a to ve snaze lépe porozumět jiným, podobným případům. Potřebné informace mohou poskytnout rozhovory, pozorování, studium anamnézy a dokumentace jedince (Hendl, 2005).

3.3 Charakteristika místa šetření a zkoumaného vzorku

Osoby s afázií, které se staly předmětem praktické části diplomové práce, jsou pacienti Léčebny dlouhodobě nemocných v Novém Bydžově.

Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) v Novém Bydžově je součástí tamější nemocnice. Je situována do dvou pavilonů – pavilon A a B. Poskytuje komplexní péči pacientům se ztrátou soběstačnosti, pacientům, u nichž došlo ke zhoršení zdravotního stavu i osobám po operacích. Věnuje se i pacientům po iktech či v malnutrici. Péče je soustředěna i na pacienty s chronickými ranami jako jsou bércové vředy, nehojící se dekubity, apod., pacienty s revmatologickým onemocněním při zhoršení stavu a pacienty vyžadující dlouhodobou hospitalizaci například z důvodu neurologického onemocnění. Je zde poskytována rovněž paliativní péče.

V areálu nemocnice se nachází rovněž další oddělení, která umožňují v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu poskytnout okamžitou péči. Další výhodou umístění LDN v areálu nemocnice je dostupnost rehabilitační péče. Oba pavilony se nachází v klidné části areálu nemocnice a jsou obklopeny lesoparkem s možností vycházek do parku za doprovodu personálu.

Pro praktickou část diplomové práce je stěžejní pavilon A, kde se nachází pacienti zejména po CMP. Oddělení A slouží převážně k doléčování pacientů z oddělení akutních lůžek Oblastní nemocnice Jičín a.s, ale i z domácí péče na základě doporučení praktického lékaře. Pacientům je zde poskytována celodenní lékařská péče. Celý kolektiv se snaží poskytovat péči nemocným odborně i lidsky na vyšší a tím dodržovat motto nemocnice – „Kvalita a lidskost“.

Sledovaný soubor osob tvoří klienti s různými typy afázie. Zastoupena je Brocova (expresivní) afázie, anomická, transkortikální motorická a transkortikální smíšená afázie. Ke stanovení diagnózy využívala logopedka vlastní diagnostický materiál vytvořený ve spolupráci s kolegyní při Oblastní nemocnici Jičín a.s.

Nejčastějším důvodem vzniku fatické poruchy je u vybraných osob prodělání CMP. V jednom případě se jedná o poúrazový stav.

Vybráno bylo celkem pět respondentů, kteří jsou na LDN různě dlouhou dobu – z toho důvodu se liší rozsah jednotlivých kazuistik.

Anamnestické údaje o jednotlivých dotazovaných byly získány studiem lékařské a logopedické dokumentace. V rámci zajištění anonymity byli respondenti přejmenováni.

3.3.1 Kazuistika č. 1

Paní H., narozena roku 1947.

Rodinná anamnéza

Paní H. žije sama, je svobodná. Je-li potřeba, stará se o ni neteř. Matka jí zemřela na onemocnění srdce v 66 letech, otec v 69 letech pro střevní neprůchodnost (ileus). Poruchy řeči v rodině neudává. Jinak bez pozoruhodností.

Osobní anamnéza

Paní H. nikdy vážněji nestonala. Je to kuřačka – kouřila 10 cigaret denně. V současné době kouří jen velmi sporadicky, spíš vůbec. Je lehce obézní. Přítomna je rovněž arteriální hypertenze, hypotyreóza. Paní H. je po ischemické cévní mozkové příhodě (dále jen iCMP) s lokalizací v levém karotickém povodí. K iCMP došlo v polovině dubna 2014 na podkladě kardioembolizace.

Paní H. byla přijata na neurologickou kliniku FN HK, odkud byla týden po ictu přeložena na neurologické oddělení do Oblastní nemocnice Jičín, a.s. Zde byla do poloviny května a poté byla přeložena na LDN v Novém Bydžově.

V úvodu po prodělání iCMP přítomna těžká pravostranná paréza a globální afázie. Při přijetí na LDN byla při vědomí, nebyla orientována ani místem, ani časem. Povelům rozuměla, ale často obracela oči v sloup a tvářila se různě. Její řečový projev byl minimální, jednoslovný. Zpočátku byla i hodně negativisticky laděná, těžko se s ní spolupracovalo. Z tohoto důvodu bylo u paní H. provedeno psychiatrické vyšetření a na základě jeho výsledku byla nastavena medikace, která vedla ke zlepšení stavu i k navázání spolupráce. Paní H. byla poučena o důležitosti spolupráce při rehabilitaci.

V současné době přetrvává středně těžká pravostranná hemiparéza, zejména pravé horní končetiny (dále jen PHK) a středně těžká expresivní afázie. Je samostatná při příjmu jídla i tekutin. V dalších činnostech je závislá na pomoci zdravotních sester.

Paní H. je tvrdohlavá, věci potřebuje mít dle svého pořádku, a pokud tomu tak není, dává nesouhlas najevo nevybíravými způsoby. Na sestry byla zpočátku pobytu i agresivní.

STAV A VÝVOJ ŘEČOVÝCH SCHOPNOSTÍ PO CMP

V následujících řádcích je vycházeno z dostupné dokumentace, kterou poskytla LDN v Novém Bydžově. Logopedie probíhala dvakrát týdně.

Květen 2014

Produkce řeči paní H. je nonfluentní, špatně srozumitelná. Tempo řeči je výrazně zpomalené. Přítomna je rovněž porucha vyhledávání slov. Spontánní řečová produkce je tvořena s námahou a v podstatě zredukována na jednoslovné promluvy. Často užívá pouze fragmenty slov. V řeči se vyskytuje rovněž agramatismus, perseverace, neologismy, parafrázie. Paní H. používá nejčastěji substantiva. Komunikačního záměru je schopna jen velmi omezeně.

Paní H. nezvládá automatické slovní řady. Pouze příkyvuje nebo perseveruje. Přítomna je rovněž těžká prstová agnozie – je schopna poznat pouze jeden prst, jehož označení poté používá i pro další.

Porozumění řeči je oproti řečové produkci výrazně lepší. Paní H. si hodně dopomáhá kontextem. Problém s porozuměním se objevuje až v případě složitějších lexikálně-gramatických struktur – Token test I. – IV. část s plným počtem, V. část 13/21 bodů. Při zadaném úkolu, ať ukáže kde co je, zvládá ukázat šest ze sedmi věcí. Dále zadané úkoly vykoná dle zadání správně, vyhledá obrazový materiál.

Paní H. zopakuje izolované hlásky, slabiky i krátká slova. Delší víceslabičná slova zopakuje občas nepřesně, pseudoslova nezopakuje.

Pojmenování je narušeno lehce (18 z 20 obrázků pojmenovala správně), patrné jsou latence před vybavením.

Přítomny jsou rovněž získané obtíže v oblasti lexie a grafie. Lexie je zachována na úrovni jednotlivých grafémů a slabik, které klientka prosloví po písmenech. Čtení slov probíhá s latencí. Globální čtení je zachováno. Grafie je realizována levou horní končetinou (premorbidně pravou). Paní H. je schopna napsat několik grafémů, občas hůře čitelných. Podpis zvládá s obtížemi.

Paní H. byla stanovena diagnóza R 47.0 – afázie. Konkrétně se dle vyšetření jedná o obraz středně závažné expresivní afázie.

Logopedická péče je zaměřena na podporu řečové produkce jako celku, výbavnosti pojmů a konverzace. Podporována je rovněž lexie a grafie. Stimulace porozumění delším větám je také součástí logopedické intervence.

Červen 2014

Řeč paní H. je stále nonfluentní, těžce srozumitelná. Komunikační hodnota je nadále nízká. Objevují se perseverace, anomické pauzy. Komunikaci paní H. sama neinicuje. Motivace k ní však narůstá. Rozšiřuje se slovní zásoba paní H., zlepšuje se výbavnost pojmů a posilují se paměťové stopy.

Paní H. stále plně nesvede automatické řady. Napočítá pouze do šesti, dny v týdnu nevyjmenuje ani s nápovědou. Z měsíců zmíní jen leden.

Stále selhává v porozumění syntakticky složitějším větám. Když nerozumí, opakuje po komunikačním partnerovi a přitakává.

Opakování je bez problému do úrovně víceslabičných slov, kde se nadále někdy vyskytují nepřesnosti.

Pojmenování je na stejné úrovni jako předchozí měsíc. Paní H. si nevybaví obvykle dva, maximálně tři výrazy z celkových dvaceti předložených obrázků.

Paní H. čte lépe krátká slova. Delší slova a slova méně frekventovaná jí činí problémy. Písemný projev se lepší, podpisu je schopna.

Terapie se stále zaměřuje na podporu komunikace jako celku, na stimulaci verbálního projevu, lexie a grafie. Součástí je rovněž stimulace porozumění složitějším lexikálně-gramatickým strukturám.

Červenec 2014

Projev paní H. je stále nonfluentní, ale je již lépe srozumitelný. Zvyšuje se rovněž komunikační hodnota. Přístup ke komunikaci má pozitivní, ale sama nezačíná, spíše jednoslovně odpovídá. V řeči přetrvávají mnohočetné parafrázie, anomické pauzy. Zlepšuje se její výkon v oblasti automatických slovních řad. Již svede numerickou řadu, dny v týdnu zvládá s dopomocí. Stále chybuje při vyjmenování měsíců v roce. Paní H. je lehce unavitelná.

Spontánní motivace ke komunikaci nadále vzrůstá, zlepšuje se slovní zásoba, výbavnost pojmů.

Při porozumění se paní stále nedaří v případě složitějších lexikálně-gramatických struktur. Někdy vůbec nereaguje.

Opakování se zlepšilo, paní H. již tolik nechybuje při opakování víceslabičných slov. Zopakuje i některá pseudoslova.

Lexie a grafie je na stejné úrovni jako předchozí měsíc.

Terapie je i nadále zaměřena na stimulaci verbálního projevu, lexie a grafie a porozumění. Je vedena i snahou o upevnění automatických slovních řad.

Srpen 2014

Řečová produkce paní H. se lepší. Narůstá slovní zásoba. Projev je však stále nonfluentní, problém je ve vyhledávání patřičných slov. Paní H. je schopna komunikačního záměru, občas jej i započne. Automatické slovní řady již zvládá, občas se objeví latence. Prstová agnozie je na ústupu – prsty pojmenuje, ale objevují se perseverace.

Porozumění řeči je oproti řečové produkce stále na lepší úrovni. Paní H. se zlepšuje v porozumění složitějších souvětí. Musí se na ni však mluvit pomalu, zřetelně a nespěchat na odpověď.

Paní H. na výzvu pojmenuje všechny předložené obrázky bez výrazného narušení. Občas jsou patrné latence.

Dotyčná přečte krátká slova, jednoduché věty. Obtíže jí činí čtení víceslabičných, méně frekventovaných slov. Porozumění přečtenému textu je bezproblémové. Po stránce písemného projevu se paní H. lepší. Zvládá napsat jednoduchá slova na diktát. Chyb se dopouští zřídka (vynechání či záměna písmene). Podpis zvládá bez obtíží.

Terapie je stále zaměřena na podporu spontánního řečového projevu, lexie, grafie a porozumění.

Září 2014

Z dostupných logopedických zpráv vyplývá, že spontánní řečová produkce je na obdobné úrovni jako během uplynulého měsíce.

Ke zlepšení dochází v konverzaci a v porozumění delším lexikálně-gramatickým strukturám – Token test I. - IV. část svede s plným počtem, V. část provedena s výsledkem 16/21 bodů.

Pojmenování je bez výrazných obtíží, ojediněle se objeví anomická pauza. Jen velmi zřídka nedokáže pojmenovat. Po stránce lexie a grafie je její výkon neměnný. Terapie se zaměřuje na stimulaci verbálního projevu, porozumění, lexie a grafie.

Říjen – prosinec 2014

Verbální projev je i nadále hůře srozumitelný. Komunikuje s okolím, ale vyžaduje více času. Lépe komunikace probíhá, má-li paní H. empatického partnera. Porozumění zůstává na stejné úrovni.

Čtení se lepší, paní se dopouští méně chyb při čtení víceslabičných slov. Čte pomalu, soustředěně. Zvládá i delší text. Grafie bez změn.

V rámci terapie dochází stále ke stimulaci spontánního řečového projevu, porozumění. Podporována je rovněž lexie a grafie.

Leden 2015

Řeč paní H. je plynulejší, občas se však objeví anomické pauzy. Někdy se v řeči vyskytují i agramatická slovní spojení. Porozumění je oproti řečové produkce lepší. Stále si dopomáhá kontextem, zvládá již porozumět i složitějším souvětím zejména, řeknou-li se pomalejším tempem. Přetrvávají lehké obtíže v oblasti lexických a grafických funkcí. Lexie je bez výrazných obtíží až do úrovně náročnějšího textu. Při psaní se ojediněle vyskytují chyby, projev je čitelnější. Problémy jí činí psaní obtížnějších slovních spojení – předřikává-li si slova nahlas, je chybovost menší.

Individuální logopedická terapie je zaměřena na stimulaci verbálního projevu s cílem minimalizovat anomické obtíže, zlepšit konverzační schopnosti i fluenci projevu. Probíhá také stimulace porozumění, grafických a lexikálních funkcí.

Únor 2015

U paní H. přetrvává středně závažná expresivní afázie. Spolupracuje, komunikuje, avšak občas jsou její odpovědi hůře srozumitelné. Po výzvě, ať svou odpověď zopakuje, se snaží mluvit zřetelněji. Verbální kontakt iniciuje spíše na vyzvání.

U paní H. se zhoršila orientace. Ví své jméno, datum narození, ale věk nezná a neumí si jej spočítat. Říká, že jí bude 70 let. Neví datum, roční období neřekne ani s nápovědou. Na otázku, kde se nachází, odvětlí, že v nemocnici, ale svou odpověď blíže nespecifikuje.

Paní H. byl proveden test Mini Mental State Examination, kde dosáhla 24/30 bodů, na základě čehož jí byla diagnostikována vaskulární demence mírného až středního stupně s rozvojem na podkladě iCMP z dubna 2014.

Závěr: U paní H. je porucha řečové komunikace důsledkem mozkového infarktu, který se jí přihodil v polovině dubna 2014. Přetrvává u ní obraz expresivní afázie s poruchou rozumění na úrovni delších vět. Je ochotná spolupracovat. Patrně jsou obtíže s iniciací verbálního projevu. Hovoří v krátkých, špatně srozumitelných větách. Pojmenovává na výzvu a bez nápovědy, chybje ojedinele. Občas se vyskytne anomická pauza. Opakování je bez výraznějších obtíží. Přetrvává porucha lexie, grafie. Motorika artikulačních orgánů nenarušena.

3.3.2 Kazuistika č. 2

Paní J., narozena 1959.

Rodinná anamnéza

Bezvýznamná. V rodině se závažné poruchy řeči nevyskytují. V dětství paní J. činila problém výslovnost hlásky R, jinak bez pozoruhodností. Má jen matku, otec zemřel na srdeční zástavu v 87 letech.

Osobní anamnéza

Nikdy vážněji nestonala, prodělala pouze operaci kýly. Nekouří, alkohol pije příležitostně. S ničím se neléčí.

V srpnu 2014 byla přijata na JIP jičínské nemocnice pro posttraumatickou ischemickou cévní mozkovou příhodu. Při vstupním vyšetření byla zjištěna přítomnost lehké pravostranné hemiparézy a pravostranné poruchy citlivosti. Přítomna dle lékařské zprávy byla smíšená afázie s převahou poruchy senzorické složky.

Při převozu na LDN do Nového Bydžova byla paní J. při vědomí, spolupracovala. Po umístění na pokoj se rozplakala, cítila se bezmocně.

STAV A VÝVOJ ŘEČOVÝCH SCHOPNOSTÍ PO CMP

Paní J. byla poskytována logopedické péče dvakrát týdně. Započata byla měsíc po prodělání iCMP. Pro zpracování následujícího textu byla opět využita dostupná dokumentace dotyčné paní J.

Září 2014

Paní J. spolupracuje, orientuje se v čase, prostoru. Má dobrou náladu. Její spontánní řečový projev má logorheický charakter. Informační hodnota sdělení je spíše nízká. Nad svou řečí postrádá patřičnou kontrolu.

Paní J. zvládá opakovat slyšené pokyny.

V modalitě pojmenování dosahuje výsledku 10/20 z obrázků nominativního souboru. Přítomny latence, perseverace. Automatické řady zvládá s dopomocí.

Porozumění je u paní J. narušeno. Selhává při porozumění otázkám ano/ne.

Přítomny jsou obtíže v oblasti čtení, psaní. Čtení slov je zachováno, občas zamění graficky podobná slova (př. ovce/ovoce). Porozumění čtenému je narušeno. Je schopna podepsat se, dále píše slova, občas s chybami.

Přítomna transkortikální smíšená afázie s převahou impresivní složky.

Individuální logopedická péče je u paní J. zaměřena na stimulaci pojmenování, spontánního řečového projevu, porozumění a dále na cvičení lexie a grafie.

Říjen 2014

Paní J. je snaživá, spolupracující, avšak její výkon je ovlivněn její aktuální náladou. Má velkou podporu rodiny.

Postupně dochází k omezení logorey, paní J. si již uvědomuje, co dělá špatně. Produkce řeči zůstává nadále omezená. V pojmenování klientka zvládá 12/20 obrázků.

Lépe rozumí otázkám typu ano/ne, přetrvávají obtíže v rozumění složitějším lexikálně-gramatickým strukturám.

V oblasti čtení a psaní nedochází k výraznému posunu vpřed. Paní J. stále není schopna převyprávět, o čem četla ani při předložení krátkého textu.

Logopedická péče probíhá stejně jako předchozí měsíc.

Listopad 2014

Produkce řeči je narušena logoreu již méně. Paní J. se snaží sama opravovat, když chybje.

Stále rozumí jen velmi málo. Zvládá porozumět otázkám ano/ne, jednoduchým větám, ale dopomáhá si kontextem. Není si jistá, zda porozuměla správně. Není stále schopna porozumět složitějším souvětím.

Zlepšuje se pojmenování – paní J. je schopna pojmenovat již téměř celý nominativní soubor. Přítomny jsou občas perseverace, latence.

Psaný projev je bez výrazných obtíží. Někdy paní postrádá jistotu, zda to, co napsala, napsala správně.

Lexie se zlepšuje. Paní J. již nezaměňuje graficky podobná slova. Čte pomalu ve snaze postřehnout obsah čteného. O čem četla, je schopna říci několika slovy.

Terapie je soustředěna na stimulaci porozumění, řečové produkce, grafie a lexie, zejména co se týče analýzy a reprodukce textu.

Prosinec 2014

Logopedická terapie byla realizována 3x během měsíce pro zdravotní stav klientky.

Během uplynulého měsíce nedošlo k výrazným změnám. Verbální projev paní J. je stále poněkud překotný, ale po upozornění se dotyčná soustředí a mluví lépe. Informační hodnota sdělení narůstá. Okolí paní J. lépe rozumí.

Porozumění řeči zůstává omezeno.

Nedošlo ani k výraznějšímu zlepšení v oblasti lexie a grafie.

Leden 2015

Stav řečových schopností paní J. lze hodnotit jako setrvalý. Je schopna kontroly nad svým projevem. Ne vždy se však hlídá.

Při pojmenování jsou pořád přítomny prodlevy před vybavením pojmu, avšak paní J. zvládá pojmenovat většinu obrázků, které jsou jí předloženy.

Porozumění řeči je stále na úrovni jednoduchých vět a paní J. má přetrvávající problémy porozumět složitějším lexikálně-gramatickým strukturám. V Token testu zvládá s drobnými obtížemi první dvě části. V úseku, který se zaměřuje na porozumění obtížnějším pokynům, již selhává.

Paní J. čte pomalu, ustavičně si hlídá tempo čtení, aby byla schopna porozumět textu. Předkládány jsou krátké články. Jejich obsah je schopna krátce převyprávět. Do detailů nezachází, používá jednoduché věty.

Psaní zvládá bez výrazných komplikací.

Terapie se věnuje podpoře verbálního projevu, zaměřena je rovněž na porozumění, které je stále nejvíce problematické. Pozornost je věnována i čtení s důrazem na porozumění přečtenému.

Únor 2015

Během února se paní J. zlepšila zejména v pojmenování. Zvládá již pojmenovat celý nominativní soubor 20 obrázků. Občas se vyskytují latence, perseveruje minimálně.

Porozumění se výrazně nemění. Paní J. si je však jistější a tolik již nepochybuje o tom, zda porozuměla správně.

Začíná číst delší texty. Porozumět kratším textům zvládá s drobnou dopomocí. Je již schopna vyprávět s užitím vět. Soustředí se na svůj proslov. Je jí dobře rozumět.

Paní J. dobře spolupracuje, snaží se být stále lepší. Častěji za ní dochází manžel, který s ní procvičuje, co je potřeba.

Závěr: Paní J. prodělala posttraumatickou ischemickou cévní mozkovou příhodu a to v srpnu 2014. Její diagnóza je transkortikální smíšená afázie. Počáteční bezradnost byla brzy vystřídána velkou snahou dotyčné zlepšit se ve svých

komunikačních schopnostech. Spontánní řečový projev již není logoreického charakteru, paní J. nad ním má kontrolu. Pojmenovává bez výrazných obtíží. Opakování je bezproblémové. Narušeno je porozumění a to na úrovni složitějších lexikálně-gramatických struktur. Přítomny jsou lehké poruchy v oblasti lexických a grafických funkcí.

3.3.3 Kazuistika č. 3

Pan D., narozen roku 1949.

Rodinná anamnéza

Pan D. žije již sám. Rodiče zemřeli přirozenou smrtí. V rodině se poruchy řeči dle jeho výpovědi nevyskytují. Dále bez významných událostí.

Osobní anamnéza

Nikdy vážněji nestonal. V září 2014 prodělal intracerebrální hemoragickou CMP do thalamu vlevo s hypertonickou etiologií. CMP byla doprovázena poruchou vědomí. Pacient byl hospitalizován na neurologické klinice FN HK, následně na KARIM FN HK. Ictus byl komplikován nozokomiální pneumonií (zánětem plicní tkáně) s umělou plicní ventilací. Týden po příhodě byla panu D. provedena tracheostomie (odstraněna v listopadu 2014).

Pan D. se potýká s arteriální hypertenzí, imobilitou a inkontinencí moči i stolice.

Po prodělání ictu je patrná lehká asymetrie úst v neprospěch pravé strany. Na pravostranných končetinách zjevná plegie, bez spontánního pohybu. Levostranné končetiny se spontánně pohybují. Přítomna je smíšená afázie.

Spolupracuje intermitentně.

STAV A VÝVOJ ŘEČOVÝCH SCHOPNOSTÍ PO CMP

Při zpracování následujícího textu bylo vycházeno z dostupné dokumentace pana D. Logopedická intervence probíhala dvakrát za týden.

Říjen 2014

Logopedické vyšetření provedené měsíc po prodělání mozkového infarktu poukazuje na přítomnost smíšené afázie.

Dorozumívacím kódem je prozatím pouze přikývnutí hlavy ve smyslu ano/ne.

Hodnocena je schopnost orientace a rozumění pana D. Automatické slovní řady, pojmenování, opakování, lexie a grafie nejsou hodnoceny pro jeho současný stav.

Pan D. opomíjí pravou stranu svého těla, stejně tak místnosti. Nepodívá se očima na pravou stranu. Orientace byla hodnocena prostřednictvím otázek ano/ne. Na deset položených otázek přikývl pětkrát správně. Rozumí jednoduchým pokynům, frekventovaným, izolovaným, krátkým slovům. Složitějším lexikálně-gramatickým strukturám nerozumí.

Spolupracuje částečně. Držení hlavy nemá zcela pod kontrolou. Na požádání není schopen otevřít pusu ani vypláznout jazyk. Je silně zahleněn, ale odkašlává.

Logopedická terapie je zaměřena na stimulaci motoriky mluvidel (izotonické a izometrické cviky se špátlí), stimulaci verbálního projevu a porozumění.

Listopad 2014

Stav pana D. se lepší. Postupně se začíná orientovat v místnosti, nadále však lehce opomíjí svou pravou stranu těla. Pohled očima na pravou stranu vykoná omezeně, na levou stranu plně. Pan D. již přikývne správně na sedm z deseti otázek. Lépe reaguje, snaží se komunikovat verbálně.

Verbální projev pana D. je nonfluentní, s převahou izolovaných slov. Sám konverzaci nezačíná. Celkově projev postrádá srozumitelnost.

Automatické řady seřadí s dopomocí, ale neprosloví je srozumitelně.

Opakování je schopen až do úrovně souvětí. Přetrvává problém rozumění složitějším lexikálně-gramatickým strukturám.

Pojmenuje 13 z 20 předložených obrázků. Patrné jsou anomické pauzy, latence. Občas je potřeba fonemická nápověda.

Přítomno je narušení lexických a grafických funkcí na úrovni středně těžké poruchy. Čtení slov je zachováno na úrovni globálního čtení. Píše pravou rukou, patrný je rozpad grafémů i při opisu podpisu.

Na požádání byl již schopen otevřít pusu a vypláznout jazyk. Oromotorika je však silně oslabená, vážne elevace jazyka a protruze.

Logopedická péče se zaměřuje na stimulaci verbálního projevu, upevnění automatických řad, stimulaci porozumění. Pozornost je věnována také lexii a grafii. Dochází rovněž k cvičení motoriky mluvidel. Podporována je i schopnost orientace pana D.

Prosinec 2014

Po měsíci terapie patrně zlepšení. Pan D. se lépe orientuje v prostoru, snaží se komunikovat, udrží již oční kontakt. Automatické slovní řady svede s drobnou dopomocí. Pojmenovat se mu daří přes polovinu předloženého souboru obrázků, avšak nadále jsou přítomny anomické obtíže. Zlepšilo se porozumění pana D.

Nadále vážně produkce řeči. Lepší se motorika mluvidel.

Při čtení je pan D. schopen přečíst krátké věty, náповědu potřebuje občas. Probíhá nácvik psaní jednotlivých grafému a podpisu.

Terapie se dále zaměřuje na izotonická a izometrická cvičení, podporu řečové produkce, trénink pojmenování. Pro narušení lexických a grafických funkcí je podporována i tato oblast.

Dle logopedické zprávy se u pana D. nyní jedná o obraz anomické afázie.

Leden 2015

Z lednového vyšetření vyplývá, že pan D. již nemá výrazné obtíže v porozumění mluvené řeči a dekóduje i méně frekventovaná slova. Zlepšila se rovněž oromotorika. Pan D. je na tom lépe i po psychické stránce a lépe spolupracuje. Je orientován místem, osobou a časem hůře.

Stále ještě lehce opomíjí pravou stranu těla. Zlepšení je v pohyblivosti očí, která je již bez obtíží.

Pan D. se dorozumívá mluvenou řečí, která je občas hůře srozumitelná. Dotyčný selhává v delším vyprávění. Pojmenování je stále narušeno poruchou výbavnosti pojmů. Přítomny jsou anomické pauzy, latence. Občas se vyskytne perseverace. Oromotorická cvičení zvládá.

Klient čte pomalu, jen s drobnými přeřeknutími. Je schopen přiřadit jednoduchou větu k obrázku. Chyby se dopouští ojediněle. V písemném projevu jsou přítomny perseverace, celkově je však výrazně lepší. Zvládá již psaní jednotlivých

grafémů, jednoduchých slov. Projev získává čitelnost. U podpisu potřebuje pan D. získat větší jistotu.

Logopedická terapie je nadále vedena směrem ke stimulaci řečové produkce, narativních schopností, výbavnosti pojmů, lexie a grafie.

Únor 2015

Stav pana D. lze hodnotit jako téměř setrvalý. Přetrvává porucha výbavnosti pojmů, dotyčný selhává v delším vyprávění. Patrné jsou anomické pauzy. Používá především krátké věty. V písemném projevu občas komolí slova.

Logopedická terapie je stále zaměřena na stimulaci verbálního projevu, nominace pojmů, porozumění a stimulaci lexie a grafie.

Závěr: U pana D. se jedná o obraz anomické afázie se získanými obtížemi v oblasti lexie a grafie na podkladě CMP ze září 2014. Obtíže dotyčného jsou patrné ve spontánním řečovém projevu a v pojmenování. Přítomna je porucha výbavnosti pojmů. Pan D. obvykle sám komunikaci nevyvolává. Jeho projev je srozumitelný s nedostatky. Opakování je bezproblémové, stejně tak v porozumění nemá klient výraznější obtíže. Pan D. se snaží spolupracovat, komunikovat. Hodně záleží na jeho momentální náladě.

3.3.4 Kazuistika č. 4

Pan F., narozen r. 1958

Rodinná anamnéza

Bez významu. Rodiče již nemá. V rodině se žádné poruchy řečové komunikace nevyskytují.

Osobní anamnéza

Pan F. nikdy vážněji nestonal, prodělal jen běžná onemocnění. Tříkrát měl zlomenou končetinu – léčeno konzervativně. Léčí se pro vysokou hladinu cholesterolu. Pan F. je kuřák – kouří krabičku cigaret denně. V důsledku zdravotního stavu na určitou dobu přestal, nyní kouří 5 cigaret denně.

Pan F. je po kraniocerebrálním traumatu – v červnu 2014 pád z výšky. Po úraze byl v bezvědomí. Diagnostikovány byly četné kontuze, intracerebrální hematomy a subdurální hematom vlevo s edémem mozku. Následně provedena akutní evakuace hematomu a dekompresivní kraniektomie (za účelem snížení nitrolebního tlaku). Pan F. byl napojen na řízenou ventilaci. Jeho stav byl zkomplikován zápallem plic. Po měsíci byl od řízené ventilace odpojen a zavedena byla tracheostomie a PEG.

Pan F. byl v srpnu při překladi z Fakultní nemocnice Hradec Králové na LDN v Novém Bydžově bdělý, klidný, oběhově stabilní a nespolupracoval. V klinickém obraze rovněž popsána globální afázie a pravostranná hemiplegie.

Po přijetí zrušen PEG. Dále z přijímací zprávy vyplývá informace, že pan F. nebyl plně orientován, neměl uvědomělou sebekontrolu.

STAV A VÝVOJ ŘEČOVÝCH SCHOPNOSTÍ PO ÚRAZE

Logopedická terapie byla pro zdravotní stav pana F. indikována až v říjnu 2014. Změna prostředí pro něho byla velkou zátěží. Velmi těžce nesl i svůj zdravotní stav. Byl negativistický, téměř nespolupracoval, nekomunikoval. Následující informace jsou zpracovány na základě dostupné dokumentace dotyčného pana F. Logopedie byla realizována třikrát týdně.

Říjen 2014

Pan F. není schopen komunikačního záměru pro přítomnost fatické poruchy. Pojmenuje 3 z předložených 20 obrázků, přítomna latence před vybavením pojmu. Selhává v opakování, kdy zvládá zopakovat jen některé vokály a konsonanty.

Automatické slovní řady nesvede. Modalita porozumění je velmi narušena. Nereaguje ani na otázky typu ano/ne.

Není dostatečně orientován. Na úrovni těžké poruchy jsou rovněž lexické a grafické funkce klienta pana F. Přečte některé hlásky, ojediněle slabiky. Uchopí tužku do levé ruky (premorbidně pravák), snaží se něco napsat, ale bez úspěchu. Výsledkem jsou nahodilé čáry po ploše papíru.

Motorika mluvidel – pan F. se snaží opakovat po terapeutovi, samostatně však v provedení jednotlivých úkolů selhává.

Pan F. se těžko vyrovnává se svým zdravotním stavem – v péči klinického psychologa. Jeho psychický stav se lepší.

Individuální logopedická terapie se zaměřuje na zlepšení motoriky mluvidel, stimulaci verbálního projevu, opakování jednotlivých hlásek, slabik a slov, pojmenování a na stimulaci rozumění. Podporováno je rovněž globální čtení, grafie a automatické slovní řady.

Listopad 2014

Spontánní řečový projev pana F. je minimální. Již zvládá pozdravit a napoví-li se mu první slabika slova, je schopen ho ve většině případů dokončit. S nápovědou tak dokáže pojmenovat 5 z předložených 20 obrázků. Nadále jsou patrné latence. Občas slova komolí. Snaží se užívat gesta, mimiku.

Zvládá opakovat na úrovni izolovaných hlásek, slabik, jednoslabičných slov. Již odpovídá pokývnutím hlavy na otázky ano/ne, občas svou odpověď i řekne. Snaží se popisovat jednotlivé grafémy. Písemný projev postrádá jistotu, čitelnost. Začíná číst jednoduchá slova.

Zlepšuje se motorika mluvidel.

Pan F. spolupracuje, snaží se komunikovat. Není již tolik negativistický, o terapii má zájem. Je snadno unavitelný.

Logopedická péče se stále věnuje podpoře verbálního projevu pana F., stimulaci opakování, porozumění. Podporována je rovněž lexie a grafie (návčik podpisu).

Prosinec 2014

Výsledkem dosavadní logopedické péče je výrazné zlepšení pana F. Spontánní řečový projev se lepší. Není již omezen pouze na pozdrav. Zvládá jednoslovně odpovědět na jednoduché otázky typu jak se má a podobně. Již je schopen komunikačního záměru.

Pan F. dokáže zopakovat jednoduchá slova. Víceslabičná slova a věty mu činí obtíže. Rozumí již na úrovni slov, jednoduchých vět. Nemá problém s otázkami typu ano/ne. Selhává při porozumění delším instrukcím, otázkám. Pokyny je třeba zadávat po částech, opakovat.

Zlepšil se i v oblasti pojmenování. Pojmenuje již téměř polovinu prezentovaného souboru (8/20). Patrné jsou latence, občas perseveruje.

Z logopedické zprávy dále vyplývá, že se již daří vybavování automatických řad (dny v týdnu, číselné řady). Napovědět potřebuje jen zřídka. Vyžaduje dostatek času.

Zvládá již čist jednoslabičná slova. Cvičí podpis.

Motorika mluvidel se lepší, avšak nedaří se nafouknutí tváří.

Spolupracuje aktivně, občas se však hůře soustředí. Je poměrně dobře motivován, se svým zdravotním stavem se již téměř smířil, avšak nadále je mu poskytována péče klinického psychologa.

Individuální logopedická péče zůstává svým zaměřením neměnná.

Leden 2015

Pan F. dosahuje dalších pokroků. Začíná být orientovaný. Ví, kde se nachází, je schopen určit měsíc, ve dni obvykle chybuje. Ve chvíli, kdy například zmíní, že je pátek a ve skutečnosti je sobota, po upozornění, že pátek byl včera, se dokáže opravit a odpovědět správně. Automatické řady již zvládá. Pojmy proslovuje pomalu, snaží se soustředit, aby nechyboval.

Zlepšilo se rovněž porozumění a pan F. se snaží více komunikovat. Projev je neplynulý. V řeči se vyskytují agramatismy, anomické pauzy. Patrný je občasný výskyt neologismů. Pan F. se snaží hovořit v jednoduchých větách. Dobře reaguje na fonemickou nápovědu. Panu F. se daří zopakovat jednoduchou větu. Selhává při opakování rozvitých vět.

Motorika mluvidel je bez výrazných obtíží. Pan F. se hodně snaží trénovat.

Často sleduje televizi, prohlíží si časopisy. Snaží se opisovat části textu.

Z logopedické zprávy vyplývá informace, že se jedná o transkortikální motorickou afázii, včetně získaných obtíží v oblasti lexie a grafie.

Logopedická intervence je soustředěna na stimulaci verbálního projevu, nominativních funkcí, rozumění, grafického projevu a lexie. Probíhá 2x týdně.

Únor 2015

U pana F. dochází stále k pokrokům. Ustavičně je dostatečně motivovaný a má velkou podporu rodiny. Zlepšil se jeho výkon v určení data, chybuje pouze v tom, kolikátého je. Automatické řady již zvládá, občas se vyskytne anomická pauza.

Spontánní řečový projev pana F. je tvořen jednoduchými větami. Postrádá plynulost pro anomické pauzy. Občas se vyskytnou nesrozumitelná slova. Pan F. se však snaží mluvit pomalu a dbát na srozumitelnost svého projevu. Má zájem o to, aby mu okolí rozumělo.

V modalitě pojmenování pan F. také dosahuje lepších výsledků. Zvládá pojmenovávat samostatně, zřídka vyhledá nápovědu. Správný výraz se mu nepodařilo nalézt v 7 případech z předloženého souboru dvaceti obrázků. Občas se vyskytne perseverace (totéž při opakování).

Zlepšuje se i jeho porozumění. Byl proveden Token test, kdy pan F. selhával v poslední části. Problém je s porozuměním složitějším lexikálně-gramatickým strukturám.

V oblasti lexie je jeho výkon stabilní. V grafii dosahuje lepších výsledků. Projev získává čitelnost, zvládá se podepsat bez obtíží.

Logopedická péče se i nadále soustředí na problematické oblasti, jako je spontánní řečový projev, pojmenování, porozumění složitějším lexikálně-gramatickým strukturám. Podporovány jsou i lexické a grafické funkce.

Závěr: V případě pana F. se jedná o obraz transkortikální motorické afázie a získaných obtíží v oblasti lexických a grafických funkcí na podkladě kraniocerebrálního traumatu z června 2014. Během poskytované terapie dosáhl pan F. velkého zlepšení ve všech oblastech. Nadále je problematické pojmenování, opakování, porozumění a stále přetrvávají obtíže v lexii a grafii. Pan F. je však velmi motivován a snaží se pracovat na svých komunikačních schopnostech. Spolupracuje ochotně, má zájem o komunikaci.

3.3.5 Kazuistika č. 5

Pan K., narozen 1944.

Rodinná anamnéza

Bezvýznamná. V rodině se poruchy řeči nevyskytují. Rodiče již nemá. Matka zemřela přirozenou smrtí, otec při autonehodě.

Osobní anamnéza

Léčí se pro zvýšenou hladinou cholesterolu a hypertenzi. Neprodělal žádné závažnější onemocnění, ani operace. Uplynulých deset let kouřil. Od prodělání ischemické CMP již v kouření nepokračuje, zcela jej vysadil.

Pan K. byl přijat na neurologické oddělení jičínské nemocnice v bezvědomí v listopadu 2014. Jednalo se u něho o ischemickou cévní mozkovou příhodu v dominantní hemisféře (v lékařské zprávě nejsou uvedeny bližší informace o lokalizaci).

Po prodělání iCMP přítomna pravostranná hemiparéza a afázie (blíže nespecifikována). Pan K. byl po třech týdnech převezen na LDN do Nového Bydžova, kde je doposud, ale předpokládá se u něho brzké propuštění do domácí péče.

V současnosti přetrvává paréza pravé horní končetiny, Brocova afázie a získané obtíže v oblasti lexických a grafických funkcí.

STAV A VÝVOJ ŘEČOVÝCH SCHOPNOSTÍ PO CMP

Informace pro sepsání následující části diplomové práce byly zpracovány na základě studia dostupné dokumentace pana K. na LDN v Novém Bydžově. Logopedie probíhala dvakrát do týdne.

Prosinec 2014

Pan K. je při vědomí, spolupracuje. Plně si uvědomuje svůj zdravotní stav, chce jej zlepšit. Vnitřně je velmi motivovaný.

Produkce řeči je u něho výrazně narušena. Verbální projev je omezen na několik málo jednoduchých slov. Občas se vyskytne intraverbální akcelerace.

Přítomny jsou parafrázie, perseverace, často se vyskytují latence. Je schopen komunikačního záměru.

Automatické řady zvládá jen částečně. U dnů v týdnu a numerické řady je potřeba panu K. napovídat první slabikou. V případě měsíců se objevuje perseverace. Vyšetřovaný setrvává na slově únor. V čase a prostoru se orientuje.

Pan K. je schopen pojmenovat 6 z 20 předložených obrázků. Dobře však reaguje na fonemickou nápovědu.

Opakuje jednotlivé hlásky. Jednoslabičná i víceslabičná slova různě komolí. Věty nezopakuje.

Rozumí na úrovni slov a jednoduchých vět. Selhává v rozumnění složitějším lexikálně-gramatickým strukturám. V Token testu dosáhl v poslední části 16 z 21 možných bodů. Pokyny mu bylo nutné opakovat.

Po stránce grafie je pan K. schopen napsat jednotlivé grafémy. Slova píše s chybami. Čitelnost projevu kolísá. Podepíše se s drobnými nedostatky.

Čtení se spíše nedaří.

Logopedická terapie je zaměřena zejména na stimulaci spontánní řečové produkce, narativních schopností a nominativních funkcí, dále na stimulaci rozumnění verbálnímu projevu i čtenému textu. Rovněž je podporována lexie a grafie.

Leden 2015

Vzhledem k tomu, že má pan K. velký zájem o to, aby se jeho stav zlepšoval, a snaží se spolupracovat v rámci svých možností, došlo u něho k několika pokrokům.

Zlepšil se jeho verbální projev – již používá jednoduché věty, avšak plynulost projevu je narušena vyhledáváním správného výrazu. Pan K. se místy až stydí, když se mu nedaří vybavit si patřičné slovo a komunikační bariéra mu velmi překáží.

Pojmenování je stále do značné míry narušeno, ale výkon se pomalu lepší. Pan K. již zvládl pojmenovat 8 z 20 prezentovaných obrázků. Přítomny jsou četné latence.

Ohledně opakování problémy přetrvávají na úrovni víceslabičných slov, vět.

Porozumnění je taktéž na lepší úrovni. Po provedení Token testu byl dosažený výsledek o dva body lepší než při předchozím testování.

Zlepšilo se i psaní pana K. Dopouští se méně chyb. Podepsat se dovede bez problémů. Pokroky, kterých dotyčný dosahuje ho ženou vpřed.

Začíná číst krátké věty.

Logopedická terapie se nadále zaměřuje na stimulaci verbálního projevu, pojmenování a rozumění. Stimulovány jsou kromě uvedeného i lexické a grafické funkce.

Únor 2015

Verbální projev pana K. je na obdobné úrovni jako minulý měsíc. K výraznému posunu vpřed nedošlo. Pojmenování se zlepšuje. Pan K. již zvládá pojmenovat více jak polovinu obrázků, které jsou mu ukázány. Latence jsou nadále přítomné.

Pan K. již zvládá zopakovat víceslabičná slova. Chybuje jen občas. Opakování na úrovni vět se nedaří.

Z hlediska rozumění se panu K. stále nedaří porozumět složitějším instrukcím.

Při psaní chybuje minimálně, lepší se i čitelnost projevu, avšak občas má klient tendence psát velmi malým písmem.

Ve čtení dochází k pokrokům, pan K. zvládá číst krátký text, převyprávět jej dokáže s obtížemi.

Logopedická terapie je totožná s předchozím měsícem.

Závěr: Pan K. prodělal iCMP, jejímž důsledkem je porucha individuálních jazykových schopností. Konkrétně se jedná o obraz Brocovy afázie a získané obtíže v oblasti lexických a grafických funkcí. Pan K. velmi dobře spolupracuje, dosahuje pokroků. Verbální projev dotyčného je neplynulý pro poruchu výbavnosti slov, která je již méně častá. Pojmenování je stále narušeno. Porozumění je narušeno lehce. Opakování zvládá na úrovni víceslabičných slov. Přetrvávají obtíže v oblasti lexie a grafie.

3.4 Průběh šetření

Výzkumnou část diplomové práce se podařilo zrealizovat díky ochotě a spolupráci Léčebny dlouhodobě nemocných v Novém Bydžově. Nejdříve byl kontaktován primář oddělení, který byl zároveň seznámen s tématem diplomové práce, jejím obsahem a cílem. Z jeho strany spolupráci nic nebránilo. Souhlasil se zařazením vybraných respondentů do šetření pro účely diplomové práce. Kontaktovala jsem i logopedku, která má zmíněné osoby v péči, skrz spolupráci.

Autorce práce bylo se zmíněnými osobami umožněno pracovat od začátku roku 2015 do poloviny března 2015. Během této doby pravidelně docházela dvakrát týdně za jednotlivými klienty a samostatně s nimi pracovala pod dohledem tamější logopedky dle plánu logopedické péče. Během uvedené doby byly rovněž shromážděny anamnestické údaje o respondentech, kteří byli v rámci této práce sledováni. Jednalo se zejména o prostudování si dostupné dokumentace, která byla poskytnuta vrchní sestrou na LDN.

Spolupráce probíhala na pokojích klientů, kde však byl zajištěn dostatečný klid pro nerušený průběh terapie. Dosažené výsledky jednotlivých respondentů byly zaznamenávány neformálně pouze stylem poznámek autorky.

Při setkáních byly využity různé soubory materiálů, které poskytla tamější logopedka. Jednalo se o různé soubory textů ke čtení, sady obrázků, pracovních listů atp. Sama autorka práce měla k dispozici rovněž několik svých materiálů. Jednalo se zejména o sadu obrázků, pracovní listy (zpracované na základě souvislé praxe v Hamzově odborné léčebně r. 2012) k nácviku orientace v čase, porozumění a jiné. Využito bylo také pracovních karet pro pacienty s kognitivní poruchou, zvaných *Cvičte si svůj mozek 1 – 3*, které představují soubor různých úkolů, hádanek, křížovek a hlavolamů a umožňují tak trénovat logické myšlení, paměť, porozumění a další kognitivní schopnosti.

Od února byl využit i počítačový program MENTIO, který v oblasti terapie poruch komunikace nabízí spoustu možností (viz kapitola 2.3.5).

4 Prezentace informací získaných v průběhu práce s klienty

V následujících řádcích je popsána spolupráce autorky s jednotlivými klienty, kterým se ve vymezeném čase věnovala a jsou zde rovněž zhodnoceny výsledky jejich snažení. Pro potřeby této práce je logopedická intervence popsána po měsících, nikoli po jednotlivých setkáních. Během měsíce ledna se s programem MENTIO zatím nenepracovalo, avšak charakter jednotlivých úkolů byl podobný těm, které klienti následně absolvovali s využitím zmíněného multimediálního výukového softwaru.

4.1 Paní H.

U paní H. je přítomen obraz expresivní afázie s poruchou rozumění na úrovni delších vět. Fatická porucha je důsledek mozkového infarktu. Paní H. je ochotná spolupracovat. Má obtíže s iniciací verbálního projevu. Ve svém projevu užívá krátkých, špatně srozumitelných vět. Pojmenování se daří, chybí ojediněle. Občas se vyskytne anomická pauza. Opakování je bez výraznějších obtíží. Přetrvává porucha lexie, grafie.

Plán logopedické péče, z něhož autorka při spolupráci vycházela, je zaměřen na stimulaci verbálního projevu s cílem minimalizovat anomické obtíže, zlepšit konverzační schopnosti, srozumitelnost a fluenci projevu. Probíhá také stimulace porozumění, grafických a lexikálních funkcí.

Během společného setkávání byla terapie zaměřena na problematiku oblasti a probíhala s využitím různých dostupných materiálů.

Spolupráce byla započata v lednu 2015 a probíhala dvakrát týdně přibližně 45 min.

Paní H. si nejprve chvíli zvykala na přítomnost jiné osoby, ale od počátku byla milá, ochotná, snažila se komunikovat a spolupracovat.

Leden 2015

V průběhu měsíce ledna byla setkání zaměřena zejména na podporu konverzace a spontánního řečového projevu paní H., s tím, že bylo rovněž stimulováno i porozumění, dle plánu logopedické péče. Čtení a psaní bylo obvykle součástí užitých postupů.

K podpoře verbálního projevu paní H. byly užívány různé obrázky. Dotyčná byla vybízena k tomu, aby je zkusila popsat, jak nejlépe dokáže. Byla informována o tom, že má dostatek času, že není kam spěchat. Obvykle ji to činilo klidnější.

Paní H. se snažila daný obrázek obvykle popisovat za užití krátkých, přibližně 3 – 4slovných vět. Srozumitelnost projevu kolísala, řeč nebyla fluentní. Paní H. často hledala správná slova. Říkala, že ví, co chce říct, ale nemůže si vzpomenout.

Součástí setkání byl téměř pravidelně i trénink pojmenování. Paní H. bylo předloženo nejčastěji deset obrázků, které zobrazovaly jednu konkrétní věc, a byla vyzvána k jejich pojmenování. Při této aktivitě se občas vyskytovaly prodlevy, kdy se paní H. snažila rozvzpomenout na daný pojem. Když všechny obrázky pojmenovala, byly užity k další aktivitě. Například když byla na obrázku hruška, vybídla autorka paní H. k tomu, aby specifikovala, co hruška je. Jestli se jedná o ovoce, zeleninu... Ve chvíli, kdy paní H. odpověděla, dostala další úkol a to sice vyjmenovat další ovoce, které zná. Ve většině případů nedělalo paní H. určování nadřazené kategorie a vyjmenování dalších druhů problém.

Obrázky, se kterými bylo pracováno v rámci procvičení pojmenování, byly obvykle i podkladem pro cvičení psaní. Paní H. jednotlivé pojmy psala. Chybovala minimálně a ve většině případů se jednalo o absenci háčku, čárky nebo přehození písmen ve slově.

Součástí některých setkání bylo i přiřazování vět k obrázkům. Paní H. nejprve text nahlas přečetla a pak jej přiřazovala ke vhodnému obrázku. Tato aktivita umožňovala posoudit i porozumění dotyčné.

Pracovní listy představovaly podklady pro procvičení orientace v čase (dnů v týdnu), znalostí známých přísloví, rčení a některé z nich byly zpracovány i tak, aby stimulovali spontánní projev klientů, respektive byly zpracovány stylem doplňovaček, kdy bylo na klientovi/klientce, jak započatou větu dokončí. Paní H. zde měla například doplňovat věty typu: *Dnes bylo úterý, zítra bude.... Včera byla středa, pozítří bude....* Paní H. měla dříve s automatickými slovními řadami problémy. Pro tuto chvíli je zvládala jen s drobnou dopomocí, pracovala pomalým tempem. Věty, které byly postaveny na určení předchozího nebo následujícího dne nebyly pro klientku tolik obtížné jako ty, kde se některé dny přeskakovaly (pozítří

bude atp.). Poněkud obtížnějším úkolem pro paní H. bylo doplňování rčení a přísloví. Předložena jí byla vždy polovina a druhou měla doplnit – *Komu se nelení, Tichá voda....* V tomto případě se obvykle nejednalo o doplnění pouze jednoho slova. Paní H. si často vzpomněla na část toho, co měla doplnit a pak chvíli přemýšlela, než celou větu dokončila. Někdy se jí to podařilo, někdy nikoliv a to ani po nápovědě. Přísloví paní H. často i přepisovala nebo psala pouze to, co by doplnila.

V případě pracovních listů, které nechávaly klientovi volnost v tom, jak věty dokončí, nebyla paní H. příliš úspěšná. Obvykle nechápala, co se po ní žádá. Přísloví jí alespoň trochu něco evokovala, ale věty jako *Když bude venku hezky*, nebo *Večer půjdu do divadla, protože....*, pro ni byly náročnější na pochopení. Vše jí vždy bylo vysvětleno na příkladech. Až při opakování tohoto úkolu během dalších setkání se paní H. začínalo dařit, avšak spíš byla úspěšná ve větách kratších, kde stačilo doplnit jedno dvě slova, aby dostaly patřičný rozměr. Měla-li vymýšlet nějaké odůvodnění (proč půjde do divadla apod.) ve většině případů selhávala.

Ke čtení bylo využito různě dlouhých textů. Při některých setkání byly využity třeba jen kartičky se slovesy, přídavnými a podstatnými jmény, které paní H. přečetla, a poté s nimi bylo pracováno dále. Například když bylo na kartičce sloveso krájet, byla dotyčná vyzvána k tomu, aby vyjmenovala alespoň tři věci, které lze krájet. V případě přídavného jména, jako je například červený, vyjmenovávala klientka alespoň tři věci, které mohou být červené. Obdobným způsobem byly využity i další slovní druhy, které se na kartičkách vyskytly. Předloženy jí byly také různě dlouhé články, často o zvířatech, na které paní H. velmi pozitivně reaguje. Následovalo krátké převyprávění přečteného textu, při kterém se paní H. dařilo, a s užitím krátkých vět byla schopna říci, co bylo obsahem článku.

Shrnutí: Paní H. spolupracovala velmi dobře a v průběhu měsíce se při plnění úkolů zlepšovala. Nejvíce byla změna patrná v doplňování vět v rámci pracovních listů a někdy při pojmenování obrázků klientka nevolila pouze jedno slovo, ale dokázala i blíže specifikovat – list lípy a podobně. Věty doplňovala s oporou textu i bez opory. Řeč nabírala na plynulosti, ale někdy byla narušena anomickými pauzami. Při čtení byly paní H. předkládány kratší texty, jejichž čtení jí nečinilo výrazné obtíže. Ty se vyskytly pouze ve chvíli, kdy bylo součástí věty

víceslabičné slovo, ale nebyly pravidlem. Psaní paní H. zvládala jen s ojedinělými drobnými chybami.

Únor – březen 2015

Společná setkávání byla i nadále zaměřena na stimulaci verbálního projevu paní H., podporu konverzace, porozumění složitějším lexikálně-gramatickým strukturám, čtení a psaní. V rámci jednotlivých setkání začal být využíván terapeutický program MENTIO a jeho některé tituly. Někdy byla využívána tištěná verze pracovních listů tohoto programu a to sice během pojmenování nebo při práci s dějovými posloupnostmi.

U paní H. došlo od minulého měsíce ke zhoršení orientace. Neví datum, kolik jí je let, ani kde přesně se nachází. Během spolupráce proto došlo i na stimulaci této oblasti a využita byla i cvičení na podporu paměti s využitím titulu MENTIO MM.

Jednotlivá setkávání se nesla v obdobném duchu jako minulý měsíc. Využívány byly i nadále pracovní listy zmíněné výše, kartičky s obrázky a další. Byl jí postupně předkládán i delší a obtížnější text ke čtení. Jeho čtení zvládala s občasnými chybami, zejména při čtení méně frekventovaných a víceslabičných slov. Převyprávět jej dokázala s využitím krátkých vět, detaily příliš neuváděla. Často byly v rámci setkávání zapojovány i pracovní listy, kde byla trénována znalost dnů v týdnu, měsíců v roce a to s cílem zlepšit u paní H. orientaci v této oblasti. Každé setkání začínalo tím, že paní H. měla říci, co je za den, kolikátého a jaký měsíc. Psaní bylo procvičováno v rámci jednotlivých úkolů.

Velkou změnou pro paní H. bylo zapojení počítačového programu do terapie. S počítačem nikdy nepochovala, měla z něho respekt a působila nervózně. Postupem času však bylo vidět, že jej bere jako příjemné zpestření a práce ji baví, i přesto, že se nikdy neodhodlala k samostatnému ovládnutí a myš ovládala autorka práce a paní H. pouze ukazovala prsty, jaká je její odpověď.

Z titulů, které program MENTIO nabízí, byly využívány zejména: MENTIO Slovní zásoba, MENTIO Slovesa, MENTIO MM a občas i MENTIO Hádanky. Nabízí široké možnosti využití, lze u nich nastavit různou úroveň obtížnosti, obrázky lze vytisknout. Rovněž je možné nastavit, zda písmena budou malým tiskacím nebo velkým tiskacím písmem a mnoho dalšího.

Pojmenování prostřednictvím MENTIO Slovní zásoba nebylo pro paní H. nijak zvlášť obtížné. Nejprve paní pojmenovávala obrázky z jednotlivých okruhů. Neměla problém s okruhy Barvy, Jídlo, Oblečení, Peníze, Osobní věci, Příroda a obrázky z okruhu Venku. Z okruhu Doprava paní H. několik pojmů nezvládla pojmut, stejně tak jí činil obtíže okruh Lidské tělo. Kupříkladu obrázek, který zobrazoval patu, označila výrazem noha. Poté jí byly ukazovány obrázky ze všech souborů. Vždy se jednalo dvacet obrázků, které pojmenovávala a to s občasným výskytem latencí. Ve většině případů pojmenovala všechny prezentované obrázky, jen v několika případech v jednom či dvou obrázcích chybovala. Při některých setkání probíhalo cvičení pojmenování s využitím výběru správného slova, kde paní H. vybírala ze tří slov. Paní H. si všechny přečetla a následně ukázala na jí vybraný pojem.

Pozitivně a s úsměvem reagovala klientka na obrázky květin a zvířat.

V rámci titulu Slovní zásoba bylo procvičováno i psaní slov. Zpočátku paní H. skládala slova jen z písmen, která do slova opravdu náleží, postupem času vybírala z více písmen. Paní H. tento úkol nečinil problémy. Ukazovala na písmena a terapeut je doplňoval do připraveného řádku. Zvolena byla velká tiskací písmena, která byla pro dotyčnou lépe čitelná. V případech, kdy paní H. ve své odpovědi chybovala, ozvala se zvuková signalizace a klientka věděla, že se má opravit.

S prezentovanými obrázky se často pracovalo dále a to podobně jako s obrázky tištěnými. Paní H. byla pobízena k tomu, aby vyjmenovala, co dalšího ze stejné kategorie ji napadne, když vidí například tužku, jablko. Při jednom setkání, kdy měla paní H. obzvlášť dobrou náladu, se dokonce i rozovídala o tom, co všechno pěstovala na zahrádce. Takhle spontánně hovořila výjimečně, spíš vůbec.

V rámci titulu Slovesa měla paní H. možnost procvičit se ve čtení, porozumění a v logickém uvažování. Pracovalo se obvykle se čtyřmi obrázky a čtyřmi popisky. Vše bylo promícháno a úkolem paní H. bylo si jednotlivé věty přečíst, přiřadit je ke správným obrázkům a celý děj chronologicky seřadit. Počítač za paní H. opět ovládala autorka práce a ona jen ukazovala, jak si myslí, že je to správně, případně říkala, zda větu umístit nahoru doleva a podobně. Tento úkol činil paní H. zpočátku problémy, avšak jen do chvíle, než mu plně porozuměla. Při každém setkání pochopila, oč jde, obvykle u třetího až čtvrtého zadání. Poté

pracovala jen s minimální dopomocí. Věty vždy hlasitě přečetla, zkontrolovala, zda náhodou nejsou správně a poté se je případně snažila správně seřadit.

Titul Slovesa nabízí mimo jiné tu možnost, kdy se klientovi zobrazí obrázek a pod ním čtyři věty. Následně je jeho úkolem zvolit tu, která odpovídá prezentovanému obrázku. I tento úkol byl s paní H. několikrát využit a umožňoval posoudit, jak dotyčná předloženým větám rozumí. Věty nahlas přečetla a poté uvedla pořadí věty, která koresponduje s obrázkem. Obvykle jej plnila bez problémů.

Při práci s titulem Slovesa byly obrázky v řadě případů podnětem k dalšímu povídání. Například proces zobrazující luxování – na základě předložených obrázků bylo s paní H. rozvedeno téma úklid. Paní H. spíš odpovídala na otázky, sama povídala ojedinele a musela být pobízena k proslovu delšímu jak 1 – 2 věty.

MENTIO MM (Memory Management) lze také využít několika způsoby. U paní H. bylo v průběhu setkávání využito téměř všech možností, které titul MM nabízí. Ze začátku nejprve jen vybírala obrázky, které jí byly po dobu 17 vteřin (prokázala se jako dostatečná) ukázány. Začínalo se na třech obrázcích, které paní H. nedělaly sebemenší problém. Prezentovány tedy byly obrázky čtyři. Nejprve byly paní H. všechny popořadě dvakrát po sobě pojmenovány a ona byla vybíduta k jejich zapamatování. Postupně si je pojmenovávala sama. Ukázalo se, že čtyři obrázky už pro ni nejsou tak snadné na zapamatování jako tři. První dva proslovila poměrně hbitě, u třetího váhala a na čtvrtý si někdy nevpomněla a to ani po chvilkovém opětovném ukázání původního vzoru. V některých případech dobře reagovala na vylučovací metodu, kdy se jí autorka práce postupně dotazovala, zda viděla ten či ten obrázek a paní H. vybírala ze zbývajících obrázků. Při tomto postupu se dařilo v nadpoloviční většině případů.

Při rozmísťování obrázků dle popisu nebo při posouvání obrázků na čísla bylo možné sledovat porozumění paní H. Nejčastěji se jednalo o zadání o čtyřech až pěti obrázcích. Při těchto úkolech pracovala pomalejším tempem. Dobře si vedla v přiřazování obrázků k číslům. Obtížnější pro ni bylo rozmísťování podle popisu. Instrukce si musela opakovaně číst, než vyslovila konečnou odpověď, ukazovala různě na obrazovku, rozmyšlela se. Někdy raději řekla, že neví, ale spíš se jí nechtělo dál přemýšlet. Tyto úkoly zabraly poměrně velkou část setkání.

Při několika setkáních byl pro zpestření ve zbytku času využíván titul MENTIO Hádanky. V rámci tohoto titulu byly paní H. prezentovány někdy až tři indicie k uhodnutí daného slova. Odpověď (slovo o podobné skladbě hlásek, s podobným významem, slovo, které začíná na stejné písmeno nebo slovo s přeházenými písmeny) mohla vybírat ze čtyř možností. Postupně byl počet možností snižován na dvě. Paní H. obvykle hádanku zvládala rozluštit po první indicii. Bylo vidět, že pokynům rozumí a dokáže logicky uvažovat.

Shrnutí: Během uplynulých měsíců došlo u paní H. ke zlepšení orientace v čase, prostoru. Již dokáže říci, jaký je den, měsíc. V určení data občas chybuje. Dokáže již blíže specifikovat, kde se nachází. Ke zlepšení došlo také v oblasti porozumění, kdy je paní H. schopna porozumět i složitějším instrukcím, avšak ne pravidelně. Pojmenování je u dotyčné bezproblémové. Anomické pauzy se vyskytují méně často. Čtení jí rovněž nečiní problém, zvládá číst i rozsáhlejší texty. Rozumí jejich obsahu. Pamatuje si tři ze čtyř obrázků s jistotou, při určení zbývajících obvykle selhává.

4.2 Paní J.

Paní J. prodělala posttraumatickou ischemickou cévní mozkovou příhodu a v důsledku toho u ní došlo k rozvoji smíšené afázie a to s převahou impresivní složky. Paní J. je snaživá, spolupracující. Spontánní řečový projev je fluentní, pojmenování je bez výrazných obtíží. Taktéž opakování je bezproblémové. Narušeno je porozumění a to na úrovni složitějších lexikálně-gramatických struktur. Vážně i porozumění čtenému textu. Jsou přítomny obtíže v oblasti lexie a grafie.

Plán logopedické terapie je u této paní zaměřen na stimulaci verbálního projevu, pojmenování a porozumění složitějším lexikálně-gramatickým strukturám. Pozornost je věnována i čtení s důrazem na porozumění přečtenému. V průběhu spolupráce s paní J. byl tento plán péče respektován.

Během návštěv paní J. bylo vycházeno ze stejných materiálů jako u klientky H. (viz strana 87 a dále) avšak práce s nimi probíhala dle aktuálních potřeb dotyčné. Některé úkoly (například čtení slov z kartiček a jejich následné využití), byly totožné, jako u předchozí paní. Spolupráce byla navázána začátkem tohoto roku a probíhala dvakrát týdně po dobu přibližně 45 minut dle možností paní J. Již od

začátku paní J. projevila nadšení ohledně častějšího tréninku jejich komunikačních schopností a velmi dobře spolupracovala.

Leden 2015

Na doporučení logopedky byla pro tento měsíc pozornost soustředěna zejména na stimulaci spontánního projevu do fluentních vět, trénink pojmenování, rozvoj porozumění a stimulovány byly také dovednosti v oblasti čtení. Na paní J. bylo potřeba hovořit v jednoduchých větách, delší zadání bylo třeba zadávat po částech a opakovat.

Návštěva autorky práce u paní J. obvykle začínala krátkým rozhovorem o tom, jak se paní má, zda ví, jaký je den a kolikátého. Někdy byla otázka směřována i na to, co měla ke snídani a podobně.

Ke stimulaci spontánního projevu do fluentních vět bylo v rámci terapie využíváno různých situačních obrázků a paní J. byla vyzvána k jejich popisu za užití krátkých, smysluplných vět. Nejprve postupovala stylem to je + patřičné slovo. Směřována však byla k větám typu: *Tady jsou děti. Hrají si na písku. Na lavičce sedí maminka.* Postupně pochopila, co se od ní žádá a začala užívat tento způsob popisu. Její projev byl plynulý, srozumitelný, logorhea nebyla patrná. Paní J. má nad svým projevem již dostatečnou kontrolu.

Situační obrázky, se kterými paní J. pracovala, se stávaly podnětem pro další povídání. Například se takto často snažila povídat o vaření, zahradničení. Někdy byl projev přerušován vyhledáváním vhodných slov.

K tréninku pojmenování byl pravidelně využíván soubor obrázků, kdy úkolem paní J. bylo obvykle deset, někdy i dvacet z nich pojmenovat. Při pojmenování se nevyskytovaly žádné výraznější problémy, jen někdy měla dotyčná problém vybavit si požadovaný pojem, což komentovala slovy „Ježišmaria...“ nebo „No, to je, no...“. Obvykle se ale rozvzpomenula a ve většině případů pojmenovala celý předložený nominativní soubor.

Během některých setkání byly obrázky k pojmenování využity k tvorbě vět. Úkolem paní J. bylo vymyslet krátkou, smysluplnou větu, která dané slovo obsahuje. Byl jí uveden příklad – *kolo* – *Ráda jezdím na kole.* Z výrazu paní J., když tento úkol dostala poprvé, bylo zřejmé, že to je pro ni poněkud náročnější a také tomu

odpovídal charakter vět, které tvořila. Kývala, že chápe, co se po ní žádá, avšak spíš produkovala slovní spojení jako *zelené jablko, studené nohy...* Až při opakovaném použití tohoto typu cvičení u ní došlo k tvorbě krátkých 3 – 4slovných vět.

Během procvičování pojmenování byla paní J. u některých obrázků vyzvána také k tomu, ať určí, o co se obecně jedná (nadřazená kategorie) a ať vyjmenuje alespoň tři další pojmy z daného okruhu. V tomto případě jí muselo být zadání napoprvé dvakrát zopakováno, při dalších terapiích již věděla, co má dělat nebo jí to bylo krátce připomenuto. Určování nadřazené kategorie pro ni nebylo náročné. Obtížnější bylo vymyslet další slova. Ohledně zeleniny a ovoce se často pletla. Velmi se například divila, že je pomeranč ovoce a ne zelenina. K tomuto druhu cvičení bylo, při některých shledáních, využito pracovního sešitu *Cvičte si svůj mozek 1, 2*, z něhož byla využita i další cvičení – antonyma či přirovnání.

Pro rozvoj spontánního projev byly aplikovány také pracovní listy, kde bylo úkolem paní J. dokončit věty, jako *Nemám ráda rýži, ale...* nebo například *Když bude svítit sluníčko....* Paní J. tento úkol zpočátku vnímala jako velkou překážku. Na několika příkladech jí bylo vysvětleno, v čem vše spočívá. Zadání jí bylo několikrát zopakováno. U věty s rýží říkala, že jí ráda má, ale že nemá ráda těstoviny. Nechácala, co má dělat. Obsahu vět rozuměla, ale vztahovala si je na sebe. Toto cvičení s ní bylo zkoušeno obvykle jednou týdně. Postupně se začalo dařit, čemuž pomohl i manžel klientky, který se jí hodně věnuje a od kterého vše pochopila. Věty opět příliš nerozvíjela, ale byla je schopna ve většině případů dobře doplnit. Doplnovala také známá přísloví. To pro ni bylo snadnější, dobře si je pamatovala.

Porozumění bylo rozvíjeno mimo jiné i tak, že během některých setkání byla paní J. vyzvána k tomu, ať ukáže, kde jsou dveře, lampička atp. Jindy dostala na výběr ze dvou obrázků a měla ukázat na ten pojmenovaný autorkou práce. V souvislosti výběrem obrázku bylo do některých setkání zařazováno cvičení, kdy bylo úkolem paní J. říci, co do řady několika obrázků nepatří a odůvodnit proč. Pracovala pomalu, jednotlivé obrázky hlasitě pojmenovala, poté chvíli přemýšlela a řekla svou odpověď včetně odůvodnění. Nechybovala ve výběru, ale ne vždy jej odůvodnila správně.

Obrázky obecně nabízely řadu možností. Během některých dní byly obrázky také využity ke stimulaci rozumění a to tak, že autorka práce kladla paní J. různé

otázky typu ano/ne vztahující se k obrázku. Kupříkladu, když byl na obrázku deštník, ptala se na otázky typu: Používáme deštník na psaní? Používáme ho, když je škaredě? Vezmeme si ho, když svítí sluníčko?... Paní J. se v případě tohoto úkolu obvykle dařilo, i přesto, že potřebovala otázku nejednou slyšet opakovaně.

Pozornost byla věnována také čtení. Paní J. nečetla pravidelně při každé terapii různě dlouhé texty, ale po většinu případů bylo čtení součástí použitých cvičení. Čte pomalu, soustředěně. Pro paní J. je problematické porozumět obsahu čteného textu. Delší texty byly z tohoto důvodu čteny po odstavcích, které paní J. postupně reprodukovala. Ve chvíli, kdy četla text rychle, obvykle nevěděla jeho obsah, nebo jej znala jen útržkovitě. Při porozumění kratších textů měla nepatrné obtíže. Manžel jí čte také a poté chce převyprávět, o čem četl. Ne vždy se však paní J. dostatečně soustředí a z toho důvodu dochází k převyprávění s chybami.

Psaní bylo podporováno v rámci jednotlivých cvičení – při doplňování vět, při pojmenování i například při úvodním rozhovoru, kdy paní J. psala den, datum včetně roku. Psala čitelně, chybovala minimálně.

Shrnutí: Paní J. spolupracovala, snažila se vyhovět zadaným pokynům. Instrukce jí je potřeba klást jednoduše, stále totiž selhává v porozumění složitějším lexikálně-gramatickým strukturám. Složitější pokyny je potřeba proslovovat po částech a opakovat. Zpočátku logopedické terapie paní J. rozuměla, ale pochybovala o tom a bylo potřeba ji ujišťovat, že chápe dobře. Vhodné, je přesvědčit se, zda dotyčná úkolu opravdu rozumí, neboť ne vždy tomu tak je, i když si je sama sebou jistá.

Během ledna došlo u paní J. k mírnému zlepšení a to zejména v pojmenování a ve spontánní řečové produkci, kdy se snaží tvořit jednoduché věty a mluvit pomalu, srozumitelně. Nadále jsou občas přítomny prodlevy před vybavením pojmu. Věty z pracovních listů doplňovala s oporou textu. Veškeré úkoly s využitím obrázků zvládala s drobnými nedostatky. V oblasti lexie nedošlo k výraznějším změnám. Stále je potřeba věnovat se stimulaci porozumění čtenému textu.

Únor – březen 2015

Jednotlivé návštěvy během těchto dvou měsíců dále vycházely z plánu logopedické péče paní J. a zaměřovaly se zejména na stimulaci spontánního řečového projevu a porozumění celkově.

Průběh jednotlivých setkání se příliš nelišil od těch minulých. Pokračovala s využitím známých materiálů s ohledem na aktuální možnosti a stav paní J. Během února byla započata práce s programem MENTIO, kdy z titulů, které tento počítačový program nabízí, byly využity MENTIO Hádanky, MENTIO Slovesa, MENTIO Slovní zásoba a MENTIO MM. Práce poté probíhala obdobně, jako tomu bylo u klientky H. (viz strana 87 a dále). Stejně jako u předchozí klientky bylo při některých setkání namísto počítače využito vytištěných pracovních listů z titulu Slovní zásoba a Slovesa.

Paní J. neměla žádné zkušenosti s počítačem, říkala, že to nezvládne, že to neumí. Brzy si však ke všemu našla cestu a poznala, že se nejedná o nic složitého a na práci s počítačem se těšila.

Identifikace obrázků za užití titulu Slovní zásoba se paní J. ve většině případů dařila. Občas se při pojmenování vyskytly perseverace, latence. Nejprve se pracovalo s jednotlivými okruhy, poté s celým souborem. Z jednotlivých okruhů dělal paní J. nejvíce problémy okruh Venku a Příroda, kdy si nebyla jistá, co přesně na obrázku je. V těchto situacích volila styl: „No já nevím, asi stíny na cestě.“ a obdobně. V řadě případů se však dobrala správného výsledku. Z předkládaných dvaceti obrázků celkového souboru většinou pojmenovala všechny. Přítomna byla občas latence.

Obrázky byly obvykle podnětem k další činnosti a to buď s využitím programu MENTIO a nebo bez něj. Paní J. byla vybízena k tomu, aby povídala, k čemu můžeme zobrazenou věc využít, zda se dá sníst, jaké další podobné druhy zná.... Také s danými slovy tvořila věty. Tento úkol pro ni zůstal od minula tím náročnějším, instrukce jí bylo potřeba zopakovat. Věty tvořila krátké, avšak smysluplné.

Když byly v dosahu věci na obrázkách, byla jí položena otázka, zda se daná věc nachází v této místnosti, čímž bylo možné trénovat a posoudit porozumění.

Titul Slovní zásoba umožňuje také realizovat cvičení, jehož podstata spočívá ve výběru správného slova. I toto bylo u paní J. využito. Jednotlivé pojmy nejprve přečetla a poté označila svou volbu. Pracovala úspěšně.

Slova byla v prostředí MENTIO také psána. Paní J. nepsala slovo pouze ze správných písmen, ale měla na výběr i z ostatních. Její výsledky dosahovaly 80 až 100 %. Pokles byl nejčastěji zapříčiněn překliknutím či přehozením písmen.

MENTIO Hádanky také našly své místo v průběhu terapie prostřednictvím programu MENTIO u paní J. Byly využívány snad během každé návštěvy. Obsahují totiž úkoly zaměřené na rozumění textu, a právě porozumění u paní J. poněkud vážne, i když dochází k postupnému zlepšování. Paní J. navíc tato činnost velmi bavila.

Paní J. bylo nejprve vše vysvětleno a byl jí u jednotlivých hádanek ponechán výběr ze čtyř možností, kdy nabízená slova byla slova s podobným významem a podobné skladby hlásek, případně s přeházenými hláskami. Ojedinele hádala po první nápovědě. Obvykle si přečetla všechny tři indicie. Paní J. na základě předložených náznaků obvykle uhádla, oč se jedná. Problém jí však činilo označení správné odpovědi. Tím, že četla nepozorně, často chybovala.

Čtení delších textů absolvovala nepravidelně také a to s využitím připravených textů. Četla pomalu, plynule, soustředěně. Obsah je schopna převyprávět stále jen velmi jednoduše, do detailů nezabíhá.

S větami se pracovalo i dále a to v rámci MENTIO Slovesa. Úkolem klientky zde nejčastěji bylo určit, která věta patří k zobrazenému obrázku. Hojně se také využívalo spojování čtyř obrázků a čtyř vět. Při některých cvičeních byly promíchány obrázky i věty, při dalších pouze obrázky nebo jen věty. Paní J. měla věty dát ke správným obrázkům a vše seřadit postupně za sebou tak, aby zobrazený děj dával smysl.

Po splnění těchto úkolů, často následovalo povídání si na téma, které bylo předmětem dějové posloupnosti. Nejvíce se pozastavila nad procesem lyžování, kde se jí jeden obrázek nezdál vhodný k větě, která k němu patřila. Dále hovořila o domácích pracích, vaření. Paní J. však tyto úkoly zvládala plnit, pracovala s rozvahou a chybovala minimálně.

Obtíže se u paní J. dostavily při užití titulu Memory Management. V rámci tréninku paměti si nezvládala zapamatovat více jak tři obrázky a i tři obrázky někdy byly problém. Paní J. měla možnost dívat se na prezentované obrázky zpočátku po dobu 15 vteřin. Ta se ukázala jako nedostatečná, neboť si klientka nestíhala dvakrát zopakovat, co vidí. Čas byl navýšen o pět vteřin. To už si paní J. stihla dvakrát zopakovat, co je v tabulce za obrázky, ale i tak je v některých případech nebyla schopna vyjmenovat. Při ponechání vzoru po maximální dobu, tj. 25 vteřin byl výkon lepší, avšak ne stoprocentní. Čtyři obrázky si zvládla zapamatovat výjimečně. Výkon se nezlepšil ani ke konci společných setkání.

Výběr obrázku včetně určení jeho původní polohy nebyl u paní J. využit, aby nebyla více frustrována. Paní J. totiž netěšilo, že se jí nedařilo. Byla smutná, bědovala a říkala, že to je po mrtvičce. Sama dodala, že se musí víc snažit.

Titul Memory Management však nebyl ze strany paní J. jen o neúspěchu. Poměrně dobrých výsledků, obvykle 80%, dosahovala při plnění úkolu, který spočíval v přiřazování obrázků na čísla. Ten zvládala plnit i celkem rychlým tempem.

Na obdobném principu je zpracováno i cvičení, kde je úkolem klientů rozmístit obrázky dle popisu. Toto bylo pro paní J. náročnější a častěji chybovala. Pracovala rovněž pomaleji. Chyby pramenily z toho, že si klientka pletla nad/pod, vlevo/vpravo. Když však nespěchala a vše si pořádně přečetla, dostavoval se úspěch. I tak však tento úkol subjektivně zhodnotila za jeden z nejtěžších.

Shrnutí: V průběhu února a března došlo u paní J. ke zlepšení zejména v oblasti pojmenování. Zvládá jej bez výrazných obtíží. Tvorba gramaticky správných, smysluplných vět je pro ni náročnějším úkolem, ale zvládá jej. Pracuje pomaleji, s rozmyslem, někdy však v zadání hledá zbytečné složitosti. Postupně se zlepšuje. Velkou oporu má v manželovi, který s ní vše procvičuje a věnuje ji hodně ze svého času. Lepšího výkonu dosahuje paní J. také v oblasti porozumění, avšak je potřeba aby její komunikační partner respektoval, že je vhodnější užít krátké věty, nebo instrukce pomalu, srozumitelně zopakovat. Porozumění čtenému textu se závažně nemění. Při čtení ji není vhodné rušit, ale nechat ji dostatek času. Stále při převyprávění užívá krátkých vět. V oblasti grafických funkcí je její výkon stabilní.

Obtíže má paní J. s pamětí, zvládala si zapamatovat maximálně tři obrázky. Ty však při některých návštěvách byla schopna říci všechny až po opětovném ukázání vzoru. Při rozmístování obrázků si však instrukce pamatovala, stačilo jí přečíst si je jedenkrát.

4.3 Pan D.

U pana D. došlo na podkladě CMP k rozvoji afázie. Zpočátku se jednalo o těžkou smíšenou afázii, avšak v průběhu terapie došlo k úpravě a nyní se jedná o obraz anomické afázie se získanými obtížemi v oblasti lexie a grafie.

Obtíže pana D. jsou patrné ve spontánním řečovém projevu a v pojmenování, kdy je přítomna porucha výbavnosti pojmů. Pan D. obvykle sám komunikaci nevyvolává. Jeho projev je srozumitelný s nedostatky. Někdy téměř vůbec. Opakování je bezproblémové, stejně tak v porozumění nemá pan D. výraznější obtíže. Snaží spolupracovat, komunikovat. Jeho výkon je ovlivněn momentální náladou.

Logopedická péče je u pana D. zaměřena na stimulaci verbálního projevu, nominace pojmů, porozumění a stimulaci lexie a grafie. Tento plán byl při jednotlivých setkáváních dodržován.

Při jednotlivých návštěvách u pana D. bylo využíváno stejných materiálů, jako to mu bylo u předchozích zmíněných klientek. Jednotlivé úkoly byly uzpůsobeny potřebám pana D.

Důraz byl kladen na modalitu pojmenování a stimulován byl také spontánní řečový projev dotyčného. Potřeba je dospět k lepší srozumitelnosti a konverzačním schopnostem. Předkládány mu byly také úkoly k rozvoji čtení a psaní, kde je potřeba získat větší jistotu.

Stejně jako u ostatních, i u tohoto respondenta byla setkávání zahájena od počátku ledna 2015. Návštěvy u pana D. probíhaly dvakrát týdně po dobu 45 minut. Na prvních dvou setkáních klient nechtěl příliš spolupracovat, říkal, že k němu již logopedka chodí, že už nechce další. Postupně však byla spolupráce navázána a klientovi vše vysvětleno.

Leden 2015

Jednotlivé návštěvy u pana D. v průběhu ledna 2015, byly zaměřeny na rozvoj expresivní složky řeči se zaměřením na nominativní funkce, tvorbu vět, na zlepšení srozumitelnosti projevu a jeho fluence. Součástí docházky k panu D. byla i stimulace lexických a grafických funkcí dle plánu logopedické péče.

Společná setkání obvykle začínala krátkým rozhovorem o tom, jak se pan D. má, jaký je den a datum, rok. U pana D. bylo toto součástí každého setkání, potřebuje si to stále opakovat.

Stejně jako u předchozích respondentek, tak i u pana D. bylo ke stimulaci verbálního projevu užíváno popisu různých obrázků. S iniciací projevu měl pan D. nadále obtíže, bylo ho potřeba vybízet, větu mu začít. Používal krátké věty, spíš slovní spojení. Během jednotlivých setkávání se však v tomto úkolu zlepšoval, začal obrázky popisovat obsáhleji. Autorka práce se však i přesto musela doptávat a pana D. podporovat v tvorbě delších vět. Plynulost projevu byla narušována anomickými obtížemi, klient často hledal správná slova. Bylo nutné jej také hlídat ohledně srozumitelnosti řeči, a upozorňovat ho, aby dostatečně otevíral ústa a nemumlal si pro sebe. Na toto upozornění se obvykle usmál, přikývl, ale moc se podle něho neřídil. Svůj projev považuje za dostatečně srozumitelný pro okolí.

Pojmenování bylo trénováno za využití souboru obrázků. Panu D. byl během návštěv předkládán různý počet obrázků, které měl pojmenovat. Často říkal, že ví, co chce říct, ale že neví jak. Projevovaly se anomické obtíže. Pan D. dobře reagoval na fonemickou nápovědu. Ve většině případů zvládl pojmenovat nadpoloviční většinu souboru.

Předkládané obrázky byly i u pana D. podnětem k další práci s nimi. Hledal nadřazená slova nebo byl vyzván k tomu, ať vyjmenuje další ovoce, dopravní prostředky atp. Určování nadřazené kategorie bylo pro pana D. snazší, než vymýšlet další pojmy ze stejné oblasti. To mu již činilo obtíže, dlouho trvalo, než si vzpomněl.

U pana D. bylo procvičováno také psaní. Během některých setkání bylo doprovodným úkolem při nominaci obrázků. Bylo potřeba, aby si pan D. slovo vybavil, pak byl vyzván k vyhláskování a následně slovo napsal. Pracoval lépe, když si jednotlivá písmena při psaní předříkával.

Při některých návštěvách dostal pan D. za úkol přiřazovat věty k obrázkům. Jeho úkolem nebylo jen větu správně přiřadit, ale také pěkně, srozumitelně a nahlas přečíst. I v tomto případě bylo nutné pana D. upozorňovat na to, že je mu špatně rozumět a byl vybízen ke zřetelnějšímu opakování přečtených slov. Pracoval úspěšně.

Jedním z úkolů, který byl při terapii pana D. využíván, bylo tvoření vět. Pan D. dostal několik lístečků se slovy, která si měl přečíst a utvořit z nich větu, kterou celou nahlas přečetl.

Někdy nebyly využívány jen prosté věty, ale byl mu předložen dějový sled o několika větách. Věty mu byly předkládány jedna podruhé a ve chvíli, kdy je měl všechny správně sestavené, dostal čísla, která přiřadil k větám a určil tak jejich pořadí. Při tomto úkolu pracoval pomalu, často slova různě přehazoval, než byl spokojen s výsledkem své práce. Chyboval minimálně.

V rámci stimulace grafických funkcí pan D. některé věty přepisoval. Pracoval úspěšně. Projev je čitelný. Chyboval zřídka (vynechání písmene, diakritika).

Využívány byly také pracovní listy a zejména ty, kde pan D. dokončoval věty jako: *Ráno brzy vstanu a....* Pan D. zpočátku nechápal zadání úkolu. Bylo mu vysvětleno na několika příkladech a při opakovaném absolvování tohoto úkolu začal chápat a věty krátce doplňovat. Byl vybízen k rozvoji již vymyšlených vět. Opět se projevil problém s vyhledáváním vhodných slov, kdy klient věděl, co chce říct, ale nedařilo se mu to proslovit.

Pracovní listy, kde si klient mohl ověřit svou orientaci ve dnech, měsících, byly také při některých sezeních využívány. Zde pan D. pracoval pomalu, počítal na prstech, občas chyboval. Pletl se mu čtvrtek se středou.

Uplatnění našly také úkoly z pracovního sešitu *Cvičte si svůj mozek*. Nejvíce byla z uvedených úkolů procvičována antonyma, nadřazená slova, a došlo i na doplňování přísloví. Ta někdy pan D. vysvětloval. Povětšinou správně.

Procvičování čtení bylo obvykle součástí každé návštěvy. Někdy se jednalo o čtení krátkých vět, v jiných případech pan D. dostával číst krátký text. Obsahu textu rozuměl, do detailů při přečtení nezacházel. Obdobně bylo trénováno psaní, které bylo po většinu případů součástí jednotlivých cvičení. Podpis panu D. nečiní problémy.

Shrnutí: U pana D. stále přetrvávají anomické obtíže. Pojmenování obrázků je stále narušováno poruchou výbavnosti pojmů. Pan D. stále nezvládá pojmenovat všechny obrázky, které jsou mu v danou chvíli předloženy. Verbální projev je i nadále tvořen převážně krátkými větami a stále postrádá patřičnou srozumitelnost a to i přes opakovaná upozornění. Stagnace v této oblasti pravděpodobně pramení ze spokojenosti pana D. se svými výsledky, názoru, že mu okolí rozumí a nechuti se dále zlepšovat. Lepší se v oblasti psaní, projev je čitelný, podpis zvládá. Čte bez výrazných obtíží a je schopen převyprávět o čem četl za využití krátkých vět. Detaily neuvádí.

Únor – březen 2015

Návštěvy u pana D. byly stále zaměřeny na problematické oblasti a vycházely z plánu logopedické péče. Stimulován byl verbální projev, pojmenování, lexické a grafické schopnosti pana D. Do terapie byl zapojen výukový software MENTIO.

Jednotlivá setkávání se příliš nelišila od těch minulých. Kromě materiálů, které klient znal z předchozích návštěv (práce probíhala obdobně jako minulý měsíc), docházelo ke stimulaci problematických oblastí také prostřednictvím počítačového programu MENTIO.

Pan D. s počítačem ze začátku nechtěl vůbec pracovat. Neměl s ním žádné zkušenosti. Byl ze všeho rozpačitý, pořád se ptal, proč by s tím měl něco dělat. Někdy byl nepříjemný a stalo se, že i chtěl, aby autorka práce odešla z pokoje.

Vše mu bylo několikrát poklidně vysvětleno, názorně předvedeno a také byl ujištěn, že se není čeho obávat. Bohužel však u pana D. přetrvávala averze a počítač ovládat nechtěl. Jak říkal, nechtěl s ním nic mít. Postupně se však pana D. podařilo přimět ke spolupráci. Vše bylo ale odvislé od jeho nálady a vzhledem k tomu, že pan D. považoval počítač stále za nepřítele, došlo k tomu, že práce s programem MENTIO na počítači nebyla realizována pravidelně, jako tomu bylo například u předchozích klientek. Terapie pak probíhala za využití dříve uvedených materiálů a tištěné formy úkolů.

Když se pana D. podařilo během návštěv přimět k práci s počítačem, byly využívány tituly: MENTIO Slovní zásoba a MENTIO Slovesa. Při některých sezeních bylo využíváno i MENTIO MM, kde pan D. plnil úkoly týkající se

rozmísťování obrázků dle instrukcí a mohl si procvičit své paměťové schopnosti. Před započítím úkolu mu bylo opět vše vysvětlováno a byl ujišťován, že ho nikdo kvůli ničemu netestuje, ale že je snahou všech, zlepšení jeho komunikačních schopností.

Když pan D. nechtěl s počítačem pracovat, volila autorka práce vytištěné pracovní listy. Měla jich však omezený počet, proto vhodnější bylo vlídně pana D. přimět ke spolupráci na počítači. Někdy se to podařilo, někdy ne. Hodně vše záviselo na aktuálním rozpoložení dotyčného.

Z počátku práce s programem MENTIO probíhalo procvičování pojmenování po jednotlivých okruzích. Barvy panu D. nečinily sebemenší problém. Obvykle byl v souvislosti s nimi vyzván, ať řekne, co může být červené, zelené... Přítomny byly anomické obtíže. Pan D. si pomáhal stylem: „No, to no...“. Po pauze však dokázal správně odpovědět.

Stejně dobře zvládal pojmenovat obrázky ze sekce Doprava, Osobní věci. Občas se vyskytly anomické pauzy. Horších výsledků pan D. dosahoval v pojmenování jednotlivého oblečení, jídla, částí lidského těla a obrázků z okruhu Venku a Příroda. Zde často chyboval nebo rovnou říkal nevím. Po opakovaném předložení obrázků na dalších setkání se jeho výkon zlepšoval. Dokázal již lépe pojmenovat obrázky z okruhu Jídlo a Oblečení. Lépe označoval také části lidského těla. Zbývající okruhy mu stále činily problémy.

Okruhy, které byly pro pana D. obtížné, byly trénovány za využití možnosti vybrat správné slovo z nabídky třech slov. Pan D. dosahoval lepších výsledků, dokázal vybrat správný pojem.

V prostředí titulu MENTIO Slovní zásoba bylo procvičováno rovněž psaní. Nejprve skládal pan D. slovo pouze za využití správných písmen. Postupně však dostával na výběr i z dalších, které se následně ve slově nenacházely. Úkol to pro něho byl složitější a dopouštěl se chyb. Pracoval tak, že si slovo hlasitě předříkal po slabikách a poté ukazoval na jednotlivá písmena, která autorka práce na základě jeho pokynů doplňovala do příslušného řádku.

V průběhu března byly při pojmenování panu D. předkládány obrázky ze všech okruhů. Stále se nedařilo minimalizovat anomické obtíže. Pan D. buď říkal, že

neví, nebo řekl: „To je možná...“, ale větu nedokončil. Ojediněle perseveroval. Nezvládl pojmenovat všechny předložené obrázky.

MENTIO Slovesa umožňovala panu D. plnit úkoly zaměřené na porozumění a mohl zde rovněž skládat dějové posloupnosti. Porozumění jednoduchým větám klientovi už nečiní velké obtíže. Zvládal dobře vybírat větu k obrázku. Všechny popisky si nahlas přečetl a poté ukázal, který je podle něho správný. Pracoval úspěšně.

Stejně dobře si vedl i při chronologickém seřazování děje. Obvykle mu bylo zadání předkládáno s promíchanými větami i obrázky. Úkol plnil tak, že nejprve seřadil věty, poté k nim doplnil obrázky. Dařilo se mu.

Po seřazení děje byl vyzván, ať řekne, svými slovy, co na obrázcích je, co zobrazují. Zde pan D. selhával a spíš četl věty u obrázků. Vlastní iniciativu do úkolu neuložil.

Pro stimulaci narativních schopností pana D. se tyto dějové sledy stávaly podkladem pro další povídání. Byl vybízen k tomu, ať zkusí říci, jak on sám postupuje, když se holí, když si vaří čaj... Mluvil stroze, srozumitelnost kolísala.

Jak již bylo uvedeno, byla-li možnost, bylo při některých setkáních využito také titulu MENTIO MM. Zde bylo nejčastěji využíváno rozmísťování obrázků dle uvedených pokynů nebo kladení obrázku na čísla. Pan D. dostal za úkol pokyny nahlas přečíst a vykonat (v jeho případě ukázat, kam obrázek patří). Nejčastěji rozmísťoval pět obrázků. Když četl pozorně, pracoval úspěšně. Někdy se snažil spěchat a mít úkol rychle za sebou a pak chyboval.

Paměť byla procvičována zřídka, pan D. zvládal úkoly plnit. Vzor mu byl ponechán k nahlédnutí po dobu dvaceti vteřin. Pan D. si pamatoval správně až do úrovně pěti obrázků. Šest a více si nebyl schopen zapamatovat. I tak se však jedná o dobrý výkon. Polohu zvládal určit u jen některých, příliš se na toto nesoustředil. Veškerou pozornost vkládal do zapamatování si prezentovaných obrázků.

Shrnutí: Pan D. měl k počítači po celou dobu společných setkávání odpor, odmítal ho používat a celkově práce s programem MENTIO probíhala nepravidelně pro nezájem ze strany klienta. K tradičním způsobům terapie za využití klasických pracovních listů, kartiček s obrázky a podobně neměl připomínky a spolupracoval.

V průběhu uvedených měsíců nedošlo u pana D. k výrazným změnám. Stále pro anomické obtíže nezvládá pojmenovat celý soubor předložených obrázků. Nedošlo ani ke zlepšení jeho narativní schopnosti, srozumitelnosti projevu. Se svými výkony je spokojen, nemá potřebu se zlepšovat. K pokroku nedošlo ani ve čtení a psaní. Pan D. je schopen přečíst libovolně dlouhý text, čte pomalu, chybuje ojediněle. Jednoduše je schopen jej převyprávět. Podrobnější informace neuvede. Psaný projev je čitelný, občas s chybami. Podpis zvládá bezproblémově.

4.4 Pan F.

O obrazu transkortikální motorické afázie a získaných obtíží v oblasti lexických a grafických funkcí na podkladě kraniocerebrálního traumatu z června 2014 lze hovořit u pana F. Dotyčný je velmi motivovaný, snaživý. Má velký zájem o zlepšení svých komunikačních schopností a taktéž velkou podporu od rodiny. Během poskytované terapie dosáhl pan F. velkého zlepšení ve všech oblastech. Přetrvávají však obtíže při pojmenování, opakování, porozumění složitějším lexikálně-gramatickým strukturám a také v oblasti lexických a grafických funkcí. Spolupracuje ochotně.

Logopedická péče se i nadále soustředí na problematické oblasti, jako je spontánní řečový projev, pojmenování, opakování či porozumění delším větám. Podporovány jsou i lexické a grafické funkce pana F. Uvedené bylo během jednotlivých setkávání respektováno.

Autorka práce navštěvovala pana F., stejně jako ostatní, dvakrát týdně na 45 minut. Během spolupráce byly využívány již opakovaně zmíněné materiály a jednotlivá cvičení byla přizpůsobena potřebám klienta.

S panem F. byla spolupráce navázána okamžitě, je rád za častější procvičování, chce se zdokonalovat. Velmi dobře reagoval i na zavedení počítačového programu do terapie a dále se o něj zajímal. Rodině byly předány další informace ohledně programu MENTIO a odkaz na webové stránky.

Leden 2015

Tento měsíc docházelo u pana F. k podpoře spontánního řečového projevu, pojmenování i porozumění za použití dostupných zmíněných materiálů.

Během některých setkání byly pro upevnění zopakovány automatické řady a pan F. určoval den a celé datum. Ve dnech chyboval. Málokdy ho byl schopen určit správně. Měsíc a rok dokázal uvést. Pobytem na LDN patrně ztrácí přehled o dnech. Po návštěvě rodiny je pár dní orientovaný, avšak když po něm nikdo dlouho tuto informaci nechce, orientaci ztrácí. Automatické slovní řady zvládl vyjmenovat sám. Vzestupně i sestupně. Pracoval soustředěně, snažil se dosáhnout bezchybného výsledku.

K podpoře verbálního projevu byly využívány různé situační obrázky a pan F. byl vybízen k jejich popisu. Volil krátké věty, dbal na jejich správnost, avšak občas se vyskytly agramatismy. Projev byl neplynulý, přerušovaný anomickými pauzami, ale dobře srozumitelný. Postupně se na doporučení terapeuta snažil popisovat obrázek delšími větami, které byly ne vždy zcela správné.

Na obrázcích také bylo trénováno opakování a porozumění. Autorka práce obrázek popisovala vlastními slovy. Každou větu chtěla po panu F. zopakovat a následně říci, zda je to pravda či nikoli. Opakování se panu F. dařilo do chvíle, než byly užity delší věty. V tu chvíli mu nepravdělně některá slova vypadávala a zvládl zopakovat jen začátek věty. Užití delších vět poukázalo na přetrvávající problémy v porozumění delším lexikálně-gramatickým strukturám. Takové věty bylo potřeba panu F. rozdělit na části a předkládat postupně. Tento druh aktivity byl zařazován alespoň jednou týdně v různých obměnách. Dobře si pan F. vedl v určení pravdivých a nepravdivých výroků.

Součástí většiny setkání byla i práce se souborem několika obrázků. Několik jich bylo vždy vybráno a pan F. byl vyzván k jejich pojmenování. Pojmenovával samostatně, nápovědu si pohledem vyžádal zřídka. Raději volil odpověď nevim a řekl, že si nebudeme nic nalhávat. Postupně dosahoval lepších výsledků, ale během měsíce nedošlo ke zvládnutí pojmenování celého předloženého souboru obrázků.

S obrázky bylo dále pracováno obdobně jako u předchozích klientů – určování nadřazené kategorie, vyjmenování podřazených pojmů, tvorba vět s daným slovem atp.

Při cvičení, kdy bylo úkolem pana F. utvořit větu s určeným slovem, volil dotyčný máloslovná vyjádření. K víceslovnému projevu musel být pobízen.

Součástí zmíněných úkolů byla také stimulace grafických schopností. Pan F. psal například pojmy při pojmenování, věty, které následně utvořil nebo na začátku setkání datum a název dne. Chyboval minimálně a nejčastěji vynechával diakritiku. Projev byl dostatečně čitelný.

Pan F. se sám snaží dost číst, rodina mu nosí různé časopisy, noviny. Dobře čte až tříslabičná slova, při čtení delších slov čte po slabikách a slovo poté zopakuje. Dokáže stručně říci, čeho se dočetl.

Během řady návštěv bylo využíváno pracovních listů, kde pan F. doplňoval různé věty, přísloví, procvičoval si pořadí dní v týdnu, měsíců v roce. Doplňoval s oporou textu i bez, kdy mu jen autorka práce řekla začátek věty a požadovala od něho dokončení. Pracoval pomalejším tempem, ale úspěšně. Některé listy si i vyžádal pro sebe k procvičování, když u něho zrovna někdo není.

Shrnutí: V případě pana F. se jedná o velmi snaživého klienta, který má zájem o to, aby komunikace s okolím probíhala oboustranně bez problému. Snaží se cvičit několikrát za týden, někdy i dvakrát denně. Se svým zdravotním stavem je téměř smířený, ale odmítá se vyrovnat s poruchou komunikačních schopností a vnímá to jako obrovskou překážku v životě, proti níž se snaží bojovat.

Od zahájení logopedické péče dosáhl značných pokroků. Nyní se v průběhu měsíce zlepšil v pojmenování i spontánním verbálním projevu, kde se občas objevují gramatické chyby a anomické pauzy, které činí projev nonfluentním. Věty zvládal doplňovat úspěšně. Opakování je stále v normě až do úrovně souvětí, která zvládal zopakovat zřídka kdy. Porozumění zůstává narušeno na úrovni složitějších lexikálně-gramatických struktur. V oblasti lexických a grafických funkcí došlo ke zlepšení v oblasti čitelnosti písemného projevu čtení víceslabičných slov. Pan F. se snaží číst i krátké články v časopise, novinách. Snaží se také opisovat některé věty a sám tak trénovat, co mu nejde.

Únor – březen 2015

V uvedených měsících byl při terapii využíván počítačový program MENTIO, což pan F. velmi uvítal. Vnímá to jako zpestření celé terapie a práci s programem hodnotil velmi kladně. Říkal, že ho to vše více baví touto cestou, než

při využití tištěných pracovních listů, papíru a tužky. U něho nebyla tištěná verze pracovních listů využívána, upřednostňoval práci na počítači.

V rámci jednotlivých setkávání bylo dále postupováno dle plánu logopedické péče. Využito bylo i dříve používaných materiálů – pracovních listů, různých kartiček a podobně, což je popsáno výše.

Pan F. zvládal počítač ovládat sám a procvičoval tak pojmenování, syntézu slov s užitím výběru správných i nadbytečných písmen a další za využití titulu Slovní zásoba. Využíval také MENTIO Slovesa, kde nejčastěji pracoval se čtyřmi obrázky a čtyřmi popisky, které měl různě zpřeházené a snažil se je správně seřadit tak, jak mají jít za sebou. Porozumění si trénoval také prostřednictvím titulu MENTIO Hádanky a Memory Management.

V rámci pojmenování pan F. nejprve prošel postupně jednotlivé okruhy. Bezchybně zvládal okruh Barvy a Lidské tělo. Ostatní mu činily větší či menší potíže. Pan F. pracoval soustředěně. Při pojmenování se vyskytovaly anomické pauzy, latence. Perseverace se vyskytly jen ojediněle. Postupně pojmenovával obrázky ze všech okruhů. Z předložených dvaceti obrázků dokázal správně pojmenovat maximálně 18, někdy s využitím fonemické nápovědy.

V rozhraní titulu Slovní zásoba si pan F. procvičoval i syntézu slov – psal slova na připravený řádek. Nejprve jen ze správných písmen, později mu byl úkol ztížen o zapojení i těch písmen, která dané slovo neobsahuje. Pracoval úspěšně.

Využito také bylo výběru správného slova, což byl pro pana F. velmi snadný úkol a zvládal jej plnit velmi rychlým tempem. Nechyboval, vždy dokázal vybrat správné slovo.

S pojmy bylo dále pracováno – jako předchozí měsíc a stejně jako u předchozích klientů, tak i pan F. určoval u některých pojmů slovo nadřazené, anebo dostal úkol opačný, a k nadřazenému slovu vymýšlel slova podřazená. Se slovy také utvářel věty. Jeho projev stále postrádal plynulost pro anomické pauzy, ale postupně docházelo ke zlepšení a ústupu obtíží (bohužel neúplnému). Součástí zmíněných úkolů bývalo také psaní, které zvládal s ojedinělou chybou.

Při využití titulu MENTIO Slovesa pan F. pracoval se čtveřicí obrázků a vět, které se týkaly běžných každodenních činností. Věty i obrázky byly různě promíchány. Pan F. je zvládal správně sestavit a vytvořit tak dějovou posloupnost.

O jednotlivých činnostech si autorka práce s panem F. dále povídala. Pan F. byl komunikativní, snaživý. Zvládal jednoduše vlastními slovy říci, jak on sám postupuje při psaní dopisu, holení... V některých případech autorka práce vyzvala dotyčného k zopakování věty, což se mu po sobě dařilo. Pamatoval si, co říkal. Při opakování věty po druhém chyboval, ale méně často než předchozí měsíc.

Při některých setkáních pan F. vybíral vhodnou větu k obrázku. Věty nahlas pomalu přečetl a následně správně zvolil odpověď. Někdy byl vybízen, zda si vzpomene, jak děj pokračoval, nebo ať řekne, jak by postupoval dál on sám. Po zadání tohoto úkolu se většinou zasmál, a buď řekl, že už neví, jak to na obrázkách bylo, anebo že neví, jestli on to dělá správně a nedělá se to jinak. Po svém komentáři se však úkolu zhostil a plnil je úspěšně.

Prostřednictvím MENTIO Hádanky si pan F. mohl ověřit, jak rozumí textu a jak je na tom s logickým myšlením. Náповědu obrázkem nebo prvním písmenem nevyužíval. Ze začátku práce s tímto titulem vybíral ze čtyř možností, kde mu bylo nastaveno, aby uvedená slova byla o podobné skladbě hlásek a s přeházenými písmeny. Pan F. byl také upozorněn, že pokud ví, může hádat již po první přečtené indicii. Někdy věděl hned, někdy potřeboval všechny tři. Výběr slova z poskytnutých možností mu nečinil obtíže a nenechal se zmást slovy s přeházenými písmeny ani slovy o podobné skladbě hlásek. Četl pozorně, pracoval soustředěně, se zájmem.

Skrz titul MENTIO Memory Management pan F. trénoval svou paměť a porozumění čtené instrukci. Umísťoval obrázky na čísla nebo je rozmísťoval dle uvedených pokynů. Pokyny si četl pomalu, nahlas a vykonával je hbitě. Nejčastěji pracoval s pěti až šesti obrázky.

Orientačně chtěl také vyzkoušet, jak dobře je na tom s pamětí. Pamatoval si všech šest obrázků, polohu však zvládal určit u čtyř z nich. Obrázky mu byly k nahlédnutí ponechány po dobu 20 sekund.

Shrnutí: Multimedialní počítačový program MENTIO byl pro pana F. přínosný, práce s ním ho bavila a uvažuje o jeho zakoupení pro použití v domácích podmínkách.

Pan F. je komunikativní, pracuje se zájmem a snaží se neustále dosahovat lepších výsledků.

Zlepšil se v pojmenování, kdy nebyl schopen označit pouze dva obrázky. S jednotlivými pojmy také tvořil věty, v čemž také došlo k pokroku. Pan F. byl častěji schopen tvořit gramaticky správné věty, řečový projev se zlepšil i po stránce fluence, avšak stále ještě nedosáhl normy.

Opakování se lepší, ale ne vždy pan F. zvládne zopakovat celou větu, kterou druhý řekne.

Úroveň porozumění se nezměnila. Ke konci února provedený Token test potvrdil přetrvávající obtíže v rozumnění delším lexikálně-gramatickým strukturám. Je vhodnější mluvit na něho v kratších větách, případně delší instrukce říkat po částech, eventuálně zopakovat. Pan F. se snaží, dopomáhá si kontextem.

Ve čtení a psaní také dosáhl zlepšení. Zvládá číst jednotlivé články, menší obtíže mu činí čtení víceslabičných slov. Často píše a jeho písemný projev je dobře čitelný, téměř bezchybný.

Pan F. se již vyjadřuje dostatečně srozumitelně pro své okolí. Je spokojen s výsledky, kterých dosahuje a snaží se být ještě lepší a dosáhnout maximálního možného zlepšení. Trénuje denně, buď sám, nebo se členy rodiny.

4.5 Pan K.

Porucha individuálních jazykových schopností klienta je důsledkem prodělání iCMP v listopadu 2014. Konkrétně se u pana K. jedná o obraz Brocovy afázie včetně získaných obtíží v oblasti lexických a grafických funkcí. Klient velmi dobře spolupracuje, dosahuje pokroků.

Verbální projev klienta je neplýnulý pro poruchu výbavnosti slov, která je již méně častá. Pojmenování je stále narušeno. Porozumění klienta je narušeno lehce a to na úrovni složitějších lexikálně-gramatických struktur. Zvládá opakovat do úrovně víceslabičných slov včetně. Přetrvávají obtíže v oblasti lexie a grafie.

Logopedická terapie je zaměřena zejména na stimulaci spontánní řečové produkce, narativních schopností a nominativních funkcí, dále na stimulaci opakování, rozumnění verbálnímu projevu i čtenému textu. Dochází také ke stimulaci dovedností v oblasti lexie a grafie.

Během docházky k panu K. bylo k podpoře jeho komunikačních dovedností využíváno (v různých obměnách) již zmíněných materiálů s přihlédnutím k potřebám klienta. Důraz byl kladen zejména na produkci řeči, stimulaci nominativních funkcí hlavně ve spontánním projevu. Čas byl také hojně věnován tréninku lexických a grafických funkcí.

Návštěvy pana K. probíhaly dvakrát týdně v časovém rozmezí 45 minut a byl při nich respektován plán logopedické péče.

Leden 2015

S panem K. probíhala spolupráce bez problémů. V průběhu ledna se autorka práce s dotyčným věnovala výše uvedeným problematickým oblastem a během jednotlivých setkání užívala řadu již zmíněných terapeutických materiálů.

Každé setkání začínalo krátkým rozhovorem ohledně aktuálního data, dne. Pan K. byl také přiměn k tomu, aby se pokusil říci, jak strávil uplynulý den, jak se má.

Poté obvykle autorka práce přistoupila k procvičení pojmenování, se kterým má pan K. problémy. Někdy zvládal obrázky pojmenovat hned, někdy si různě pomáhal: „No, jak se to říká...“ nebo „Já vím, no to je to...“ Zarážel se u slov typu bonboniéra, kapradina, poliklinika aj. Byla pro něho na vyslovení obtížnější. Přítomny byly rovněž latence, avšak po nápovědě první hlásky se odpověď většinou zdařila.

Při pojmenování býval pan K. vyzván také k napsání slov. Poté bylo jeho úkolem, na jednotlivá slova, co si napsal (nebo jen řekl), vymyslet krátkou větu. S porozuměním úkolu neměl problém. Věty ho napadaly evidentně celkem rychle, ale déle trvalo, než je řekl. Jak říkal: „Mozek to ví, pusa to nechce říct.“

V případě některých obrázků se autorka práce pana K. ptala na různé otázky ve vztahu k obrázku. Úkolem pana K. bylo odpovědět jednoduše buď ano, nebo ne. Když řekl ne, měl vše uvést do pořádku. Tedy když autorka řekla, že se deštníkem píše, pan K. ji opravil a řekl, že se píše perem a deštník si bereme, když prší atp. Pan K. pracoval úspěšně přibližně v polovině případů. Když byla autorkou zvolena delší věta, selhával v jejím porozumění.

Využíváno bylo i dalších cvičení zmíněných u předchozích klientů.

Spontánní řečový projev byl stimulován prostřednictvím různých obrázků, které vybízely k popisu. Jindy bylo panu K. dáno určité téma a on na ně měl chvilku vyprávět. Používal krátké věty. Fluence projevu byla narušena hledáním vhodných slov.

Zapojeny byly také pracovní listy, kde pan K. doplňoval věty typu: *Zítřka bude pondělí, potom bude.... Dnes je pátek, včera byl.... Uvařím oběd a Odpoledne chci....* aj. Často doplnil jedno či dvě slova a dál větu nerozvíjel.

Jiné pracovní listy a to ze sešitu *Cvičte si svůj mozek*, umožňovaly panu K. doplňovat vhodné slovo k uvedeným přídavným jménům tak, aby spojení byla smysluplná – např.: francouzské, americké, rané... (brambory) a tak podobně. Ne vždy si věděl rady s odpovědí. Ve známých spojeních však nechyboval a zvládal je po krátkém rozmyšlení doplnit.

Z uvedeného pracovního sešitu byly v rámci některých setkání použity i další cvičení. Díky nim měl pan K. možnost procvičit si určování antonym, za pomoci změny hlásky ve slově vytvářel slova jiná (lelek – lilek, žemlička-žehlička aj.), doplňoval přísloví a následně vysvětloval, co znamenají... Subjektivně hodnotil za obtížnější úkol vytváření nových slov změnou jednoho písmene ve slově. Nerozuměl výrazu antonyma, nevěděl, co se po něm žádá za slova. Při vysvětlení, že se jedná o slova opačného významu, úkol pochopil a zvládal jej správně doplnit.

Při několika návštěvách byly zařazeny do průběhu terapie také pracovní listy, kde bylo úkolem pana K. určit, který obrázek mezi ostatní nepatří a svůj výběr zdůvodnit. Pracoval pomalu, rozvážně, svou odpověď byl schopen krátce zdůvodnit.

Další cvičení, které bylo při terapii zvoleno, spočívalo v opakování slov, vět. Autorka práce postupně panu K. předřikávala slova, věty a on je měl za úkol přesně zopakovat. U opakování vět začal mít pan K. problémy. Při opakování tohoto cvičení však docházelo postupně ke zlepšení a ke konci měsíce byl dotyčný schopen zopakovat jednoduchou větu. Plnění úkolu vyžadovalo z jeho strany velké soustředění a jeho výkon kolísal.

Procvičování psaní bylo obvykle součástí jednotlivých úkolů. Stále měl tendence psát velmi drobně, až nečitelně.

Ke čtení mu byly předkládány krátké články. Četl pomalu, občas se přeřekl. O čem četl, dokázal říci s nápovědou terapeuta.

Shrnutí: Při spolupráci s panem K. bylo užito několika terapeutických materiálů v různých obměnách. Řada úkolů se opakovala jako u předchozích klientů (z toho důvodu nejsou opět zmiňovány).

Pan K. obvykle chápal zadání jednotlivých úkolů, snažil se dosáhnout co nejlepšího výsledku s ohledem na své možnosti.

V průběhu měsíce u něho došlo ke zlepšení v několika oblastech. Zlepšil se jeho verbální projev, došlo i k lepšímu výkonu v modalitě pojmenování. Porozumění zůstává na stejné úrovni. Delší instrukce je nutno opakovat.

Pan K. začíná zvládat opakování jednoduchých vět. Ke zlepšení došlo také v psaní pana K., kdy projev začíná být lépe čitelný, velikost písma již klient volí běžnou. Chybuje ojediněle. Při psaní vyžaduje dostatek času.

Pan K. již začal být schopen číst krátké články a s pomocí terapeuta o nich dokáže jednoduše popovídat.

Únor – březen 2015

Terapeutický program MENTIO byl u pana K. začleněn do jednotlivých setkání během února.

Pana K. užití počítače více motivovalo k dosahování lepších výsledků a přes počáteční strach si brzy osvojil základní ovládání počítače a dokázal s programem pracovat samostatně. V průběhu práce s počítačem se ukázalo, že je vhodné zařadit ho do terapie maximálně na dobu dvaceti minut, neboť po delší době si pan K. stěžoval, že ho pálí z monitoru oči. Práce s programem MENTIO poté probíhala dále za využití vytištěných pracovních listů z titulu MENTIO Slovesa a Slovní zásoba.

Při jednotlivých setkání bylo dále vycházeno z individuálního plánu logopedické péče a nadále bylo využíváno již popsaných materiálů. Postupně byl panu K. s ohledem na jeho dosavadní výsledky předkládán ke čtení obtížnější text, jehož čtení zvládal s drobnými nedostatky. Četl pomalu, někdy neplynule. Zvládal zodpovědět otázky týkající se obsahu textu. Své využití i nadále nacházely pracovní listy a téměř všechna setkávání byla započata krátkým rozhovorem o tom, jak se v uplynulých dnech pan K. měl, jak se mu aktuálně daří.

Z titulů, které byly využity při terapii pana K., lze zmínit MENTIO Slovní zásoba, Slovesa, Hádanky a Memory Management.

Trénink pojmenování prostřednictvím programu MENTIO Slovní zásoba byl nejprve realizován s využitím jednotlivých nabízených okruhů. Panu K. byl vždy předložen určitý počet obrázků, které měl pojmenovat. Občas se vyskytla latence, občas volil opis pojmu. Bohužel se mu v průběhu terapie nepodařilo dosáhnout stoprocentního výsledku a soubory slov pojmenovával neúplně.

Postupně mu byly předkládány slova ze všech souborů. Obvykle bylo odpočítáno dvacet slov. Zvládal správně označit přes polovinu obrázků. V řeči se nadále objevovaly latence.

Během některých setkání probíhalo procvičení pojmenování za využití výběru správného slova. Pan K. všechna slova nejprve přečetl a poté zvolil správnou odpověď. Při pojmenování tímto způsobem dosahoval i stoprocentních výkonů.

S obrázky bylo pracováno i dále. Pan K. vymýšlel větu s užitím daného výrazu, u zvířat například určoval, kde je můžeme potkat. Hledal také vhodné označení pro nadřazené kategorie nebo vymýšlel další slova ze stejné oblasti. U některých pojmů byl vyzván k tomu, aby říkal, k čemu se dají využít... Smyslem těchto úkolů měla být stimulace verbálního projevu. Pan K. při plnění úkolu používal krátké, avšak smysluplné věty. Dokázal mnohdy vymyslet i více možností využití dané věci. Pracoval úspěšně.

Psaní slov bylo také procvičováno prostřednictvím softwaru MENTIO, ale ze strany pana K. bylo upřednostňováno psaní běžným způsobem za užití tužky a papíru. Takto bylo procvičováno psaní jednotlivých pojmů, ale také vět, které pan K. vytvářel.

V rámci titulu MENTIO Slovesa plnil pan K. úkoly týkající se přiřazování vhodné věty k obrázku a také zde měl možnost procvičit si logické uvažování a seřadit za sebou v rozumné návaznosti na sebe jednotlivé činnosti zobrazené na čtyřech obrázcích. Větu k obrázku zvládal po přečtení jednotlivých možností vybrat správně. S dějovými posloupnostmi měl někdy obtíže. Zarazil se, stejně jako paní J., u procesu lyžování, a stejně jako ona postrádal na obrázku zobrazení sklepu a nerozuměl tomu, proč je místo toho nakreslen sněhulák.

Po splnění těchto úkolů, obvykle následovalo další povídání si na téma, které bylo předmětem dějové posloupnosti. Pan K. musel být k povídání někdy vybízen, jindy hovořil sám. Záleželo na tématu hovoru. Mluvil v krátkých větách.

Porozumění pan K. procvičoval prostřednictvím úkolů z titulu Memory Management. Rozmísťoval obrázky dle uvedených instrukcí. Byl vyzván, ať si je čte nahlas a poté alespoň jednou zopakuje a pak pokyn provede. Pan K. nejprve četl uvedené pokyny polohlasně, rychle. Opakoval si je jen pro sebe. Chyboval. Když přistoupil na radu, číst si pokyny nahlas a vše si nahlas zopakovat, jeho výkon se zlepšil.

Logiku, paměť, ale i porozumění umožňovalo panu K. procvičit také několik hádanek z titulu MENTIO Hádanky. Zde si dotyčný přečetl jednu až tři nápovědy a poté volil odpověď obvykle ze čtyř možností. Ty byly tvořeny slovy o podobné skladbě hlásek, s podobným významem nebo s přeházenými písmeny. Některé hádanky pan K. označil za lehčí, o jiných říkal, že pro něho byly oříškem.

Shrnutí: Během užívání programu MENTIO a jeho některých titulů došlo u pana K. ke zlepšení v několika oblastech. Jednak v pojmenování, které se při výběru slov dařilo lépe než bez něj, tak například v opakování, kdy začal opakovat i věty a nezůstával pouze u slov či slovních spojení.

Spontánní řečový projev pana K. zůstává nonfluentní pro přetrvávání poruchy výbavnosti pojmů. Z hlediska rozumění je problematické dekodování složitějších lexikálně-gramatických struktur. Daří se jen ojediněle. Složitější instrukce je potřeba prezentovat po částech, opakovat.

Pan K. se zlepšil také ve čtení, dokázal odpovědět na otázky týkající se přečteného textu. Psaní mu již nečiní výraznější problém. Zvládá udržet velikost písma, projev má čitelný.

Komunikační schopnosti pana K. se celkově mírně zlepšily. Stále má zájem zdokonalovat se a do cvičení vkládá velké úsilí. Je pyšný na to, že zvládá pracovat s počítačem alespoň co se ovládnutí programu MENTIO týče.

5 Závěry šetření

Šetření v rámci diplomové práce přineslo výsledky, které potvrzují poznatky řady autorů a shodují se s odbornou literaturou. Z důvodu malého rozsahu šetřeného souboru není možné výsledky práce zobecňovat.

Klienti, s nimiž autorka práce spolupracovala, měli sice něco společného, avšak spoustu rozdílného. Spjovala je porucha individuálních jazykových schopností – afázie, avšak u každého se projevovala jinak a to i přes někdy totožné diagnózy. Je tedy zřejmé, že ne všichni afatici se shodnou diagnózou mají identické potíže. Každý z nás je jedinečnou osobností a proto i projev přítomného postižení je individuální.

Cílem praktické části diplomové práce bylo znázornit, za využití kazuistik, využitelnost počítačového programu MENTIO v klinické praxi u osob se získanými poruchami individuálních jazykových schopností.

Program MENTIO u popisovaných klientů bezesporu přispěl alespoň k drobnému zlepšení komunikačních schopností. Lze se domnívat, že výsledky by byly při delším užívání programu příznivější, vzhledem k přístupu klientů k práci s tímto programem a jejich celkovému zájmu.

Soubor programů MENTIO, který byl při práci s klienty v rámci šetření pro diplomovou práci využíván, nabízí řadu možností využití (jsou popsány níže). Je možné využít záznamu výsledků (nebylo využíváno), lze tisknout sady slov, obrázky apod.

Z titulů, které se v rozhraní tohoto softwaru nabízí, byly nejvíce v praxi voleny tyto: MENTIO Slovní zásoba, MENTIO Slovesa, MENTIO MM a MENTIO Hádanky. Z programů MENTIO Slovní zásoba a Slovesa bylo vytištěno několik pracovních listů pro možnost práce bez počítače.

MENTIO Slovní zásoba je zacílen především na cílené pojmenování, čtení a psaní na úrovni jednotlivých slov. Nabízí k využití několik různě obtížných cvičení – čtení slova, opis slova, výběr správného slova, pojmenování a napsání slova. Je zde rovněž možné zvolit si, jaká slova mají být zařazena do procvičování. Výběr je možný z okruhů: Barvy, Peníze, Jídlo, Lidské tělo, Doprava, Oblečení, Osobní věci, Příroda a Venku. Lze navolit všechny okruhy zároveň nebo jen některé. Program umožňuje i další nastavení parametrů jako je například zvuková signalizace chyb či

nápověda prvním písmenem. U popisků lze rovněž nastavit, zda budou psány velkou nebo malou abecedou.

Při práci s klienty bylo v prostředí tohoto titulu využíváno cvičení pojmenování, výběr správného slova, čtení a napsání slova.

Při pojmenování byly využívány většinou všechny okruhy. Klient poté pojmenovával zobrazený obrázek a to bez využití nápovědy prvním písmenem. Obvyklý počet obrázků k pojmenování byl dvacet. Ne vždy bylo klientům zcela jasné, co přesně je na obrázku znázorněno (okruhy Příroda, Venku), ale celkově s tímto cvičením neměli výraznější obtíže. Pokud ano, pramenily z charakteru jejich fatické poruchy.

Využíváno bylo také výběru správného slova. V případě toho cvičení, byl klientům ukázán obrázek a dostali na výběr ze tří možností ze stejného nebo rozdílného tematického okruhu. Úkolem klienta bylo všechny tři pojmy přečíst a vybrat ten správný. V tomto případě bylo pro klienty pojmenování jednodušší. Pracovali úspěšně.

Cvičení zaměřené na čtení slova je tvořeno obrázkem a doprovodným textem, který má klient za úkol přečíst. U tohoto cvičení je možné nahrát výslovnost klienta a porovnat ji s výslovnostním vzorem, což však nebylo pro dostatečné technické vybavení využíváno. Při plnění tohoto úkolu se všem klientům dařilo. Zvládali srozumitelně přečíst jednoduchá slova.

Hojně bylo do terapie zapojováno psaní slov, kdy klienti samostatně psali to, co viděli na obrázku. Na výběr měli buď jen ze správných písmen, nebo jim byl úkol ztížen výběrem i z těch písmen, která se ve slově vůbec nevyskytují. Případně psali slovo zcela sami. Nápověda prvním písmenem nebyla využívána. Největší problém dělala klientům při plnění tohoto úkolu manipulace s myší, respektive přesnost pohybu ruky, kdy se obvykle netrefili do písmenka, které zrovna chtěli. Celkově jim úkol nečinil problémy.

Obrázky uvedené v tomto programu byly obvykle podnětem k další činnosti. Klienti s jednotlivými pojmy utvářeli věty, hledali slova nadřazená, podřazená nebo v některých případech říkali, k čemu lze danou věc použít. Také názvy obrázků, případně utvořené věty psali ručně na papír.

Program MENTIO Slovesa byl po Slovní zásobě druhým nejčastěji užívaným titulem. Je využíván ke stimulaci verbálního projevu klienta, chápání časových vztahů, vztahu příčiny a následků. Umožňuje tedy sledovat také porozumění klientů a mohou si zde procvičit čtení jednoduchých vět.

Hlavní menu tohoto programu umožňuje zvolit si, s jakými slovesy se bude v daném okamžiku pracovat a jaká cvičení budou plněna. Cvičení, která jsou zde nabízena, jsou tato: velký obrázek s jedním popiskem, malý obrázek a čtyři popisky, čtyři malé obrázky a čtyři popisky. Je zde možné také zvolit mluvnické kategorie a další.

Použité obrázky znázorňují činnosti z běžného života. Každé činnosti patří čtveřice obrázků, se kterou je možné dále pracovat. Jakýkoli obrázek je zároveň opatřen doprovodným textem.

Ze zmíněných čtyř kreseb je možné sestavit dějovou posloupnost, kterou je možné vytisknout, rozstříhat a dále s ní opakovaně pracovat.

Při práci s klienty se nejvíce osvědčilo skládání dějové posloupnosti, kdy klienti pracovali se čtveřicí obrázků s popisky. U některých cvičení měli promíchané jen popisky, u jiných i obrázky a jejich úkolem bylo vše správně chronologicky seřadit. Věty klienti četli nahlas, a poté se je snažili umístit na správnou pozici. Stejně tak obrázky. Někteří opět měli problém při práci s myší nebo se pozastavovali nad obsahem kreseb. Úkoly klienti zvládali plnit s dobrými výsledky.

V rámci titulu Slovesa bylo využito i cvičení, kde bylo pracováno s velkým obrázkem a čtyřmi popisky. Klienti měli za úkol vybrat vždy ten nejvhodnější k aktuálnímu obrázku. Následovaly zbylé tři obrázky z celé čtveřice a i k nim klienti doplňovali patřičnou větu, což bylo postupně jednodušší, neboť se s vyčerpáním vět výběr zužoval. Při tomto úkolu někteří klienti chybovali. Chybování obvykle vycházelo z nepozornosti při čtení.

O činnostech znázorněných na obrázcích se při řadě setkání dále povídalo, klienti zkoušeli říci vlastními slovy, jak při vybraných aktivitách postupují.

Dalším, při spolupráci s klienty využívaným programem, bylo MENTIO MM (Memory Management). Umožňuje klientům procvičení krátkodobé paměti, pozornosti, soustředění, ale také porozumění textu či logického myšlení. Opět se pracuje s několika obrázky, které jsou ve variabilním počtu promítány v tabulce 3x3

políčka. Cvičení, která je možné s tímto programem provádět se zaměřují na výběr obrázků, kdy klient určuje, jaké obrázky během určité doby (maximálně 25 sekund) viděl, na výběr obrázků včetně určení jejich původní polohy ve vzoru, na rozmístění obrázků dle popisu nebo je možné provádět cvičení, při kterém umísťuje klient dle pokynů obrázky na čísla. Lze pracovat s jedním až devíti obrázky, avšak záleží na zvoleném cvičení.

Během návštěv u klientů bylo využíváno téměř všech cvičení. Nejméně bylo používáno cvičení, kde bylo úkolem klientů vybrat obrázek a zároveň určit polohu, Autorce práce se po několika provedených cvičeních jevílo jako pro klienty obtížné, selhávali v něm a byli zklamaní, a proto již do procvičování nezařazovala.

Výkony se při cvičení zaměřeném na výběr obrázku značně různily. Někteří klienti si dokázali zapamatovat šest obrázků, někteří pouze čtyři a méně. Je vhodné zmínit, že výkony mohou být ovlivněny i věkem klientů, neboť je všeobecně známé, že s věkem se paměť zhoršuje.

Rozmísťování obrázků dle instrukcí se neobešlo bez chybování. Problémy činily předložky nad/pod a strany vlevo/vpravo. Nepozornost při čtení také dělala své. Celkově pro všechny klienty bylo jednodušší klást obrázky na čísla než je rozmísťovat do tabulky dle instrukcí.

Posledním využívaným titulem bylo MENTIO Hádanky, které se zaměřují na logické myšlení a zároveň i na porozumění textu. V menu tohoto titulu je možné navolit různou obtížnost, odpověď lze vybírat ze dvou až čtyř možností. Možnosti mohou obsahovat slova o podobné skladbě hlásek, s podobným významem, s přeházenými písmeny, nebo se zde mohou vyskytnout slova začínající na stejné písmeno. Jejich počet je možné zvolit. Možná je také nápověda a to obrázkem nebo prvním písmenem. K uhodnutí každé věci jsou klientovi předloženy maximálně tři indicie. Může hádat po první z nich nebo využít všech třech vět. Úkoly je možné plnit i sluchovou cestou (nebylo využíváno). Text může být napsán velkým či malým tiskacím, případně i školním psacím písmem.

Hádanky byly klienty velmi dobře přijaty. Někteří někdy zvládali odpovídat po první indicii, jiní si počkali na všechny tři. Občas byla využita i nápověda prvním písmenem. Obrázek by pro ně mnohdy znamenal vyzrazení hádané věci.

S uhádnutými pojmy bylo v některých případech dále pracováno obdobně jako u pojmů z titulu Slovní zásoba.

Multimediální počítačový program MENTIO nabízí další čtyři tituly, kterými jsou Zvuky, Nakupování, Hlas a Skládačky. Během spolupráce s klienty nebyly využívány. Jako pro ně nejvhodnější se jevíly a ukázaly výše zmíněné programy.

Uvedené možnosti využití programu mohou působit dojmem, že si klient při terapii spíše hraje, než stimuluje své komunikační schopnosti. Během spolupráce s klienty se ukázalo, že je použití programu MENTIO během terapie motivujícím a terapii afázie zpestřujícím prvkem. Pro většinu klientů byla práce s počítačem něčím zcela novým. Až na jednoho klienta neměli ostatní vůči používání počítače při terapii námitek.

Mezi klady tohoto programu určitě patří jeho snadná ovladatelnost, možnost tisku pracovních listů a také to, že je možné jej zakoupit pro domácí použití. Za nevýhodu je možné považovat jeho cenu.

Závěr

Člověk považuje za samozřejmé to, že může s kýmkoli, kdykoliv a o čemkoliv mluvit. Až do doby, kdy o tuto schopnost přijdeme, nevíme, co vlastně máme. Lze si jen stěží představit, co prožívají lidé, kteří o tuto jistotu ze dne na den, často i z minuty na minutu přišli v důsledku proděláné cévní mozkové příhody, úrazu či na základě jiné příčiny.

Často v těchto případech ztrácí možnost soběstačnosti, možnost vyjádřit své pocity, přání a hlavně přichází téměř o celou svoji důstojnost. Potýkají se s obrovskou bezmocí. Chtěli by toho kolikrát tolik říci, ale veškeré myšlenky zůstávají uzamčeny v jejich hlavách.

Vzhledem k tomu, že mi osud těchto lidí není lhostejný a tato problematika mě zajímá, rozhodla jsem se zabývat tímto tématem v předkládané diplomové práci.

Diplomová práce je členěna na dvě hlavní části – teoretickou a praktickou. Teoretická část je tvořena dvěma kapitolami, z nichž první se věnuje neurogením poruchám řeči se zaměřením na jejich popis, mechanismy vzniku těchto poruch a pozornost je věnována také odrazu lézí centrální nervové soustavy v řeči. Druhá kapitola je soustředěna na logopedickou intervenci u osob s afázií, neboť právě na tuto cílovou skupinu se autorka práce zaměřovala při vlastním šetření.

Praktická část práce obsahuje popis cíle práce, metod šetření a je zde charakterizováno také místo šetření a výzkumný vzorek. Součástí je i pět kazuistik, kterými se autorka práce snaží ukázat využitelnost počítačového programu MENTIO v praxi. Pracováno bylo s pacienty Léčebny dlouhodobě nemocných v Novém Bydžově, kde bylo umožněno provedení šetření pro účely zpracování praktické části závěrečné práce.

Jednotlivé předložené kazuistiky se snaží znázornit možnosti využití zmiňovaného počítačového programu u osob s afázií a ukazují, že je zavedení počítačového programu do průběhu terapie pro většinu lidí příjemnou změnou, motivací, zábavnější formou cvičení, ale najdou se také ti, co upřednostňují tradiční terapeutické postupy za využití tištěných pracovních listů, tužky a papíru a práci s počítačem nevyhledávají, ba přímo odmítají. Využití tohoto programu je však široké, naskýtá velkou řadu možností.

Při práci s klienty nebyly využívány všechny tituly, ale pouze ty, které jim byly ku prospěchu a prokázaly pozitivní vliv na reedukaci jejich komunikačních schopností.

Cílem diplomové práce bylo shrnutí teoretických poznatků o neurogenních poruchách řečové komunikace a znázornění využití terapeutického počítačového programu MENTIO v klinické praxi u vybraných osob se získanými poruchami individuálních jazykových schopností.

Domnívám se, že cíl práce byl naplněn a podařilo se znázornit využitelnost programu MENTIO v klinické praxi u osob s poruchou individuálního jazykového systému.

Seznam užitých zkratk

A.S.	akciová společnost
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome – Syndrom získaného imunodeficitu
BDAE	Boston Diagnostic Aphasia Examination – Bostonská zkouška pro diagnostiku afázií
CADL-2	Communicative Activities of Daily Living
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
FN HK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
iCMP	ischemická cévní mozková příhoda
JIP	jednotka intenzivní péče
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MAST	Mississippi Aphasia Screening Test – screeningový test afázie
MASTcz	Mississippi Aphasia Screening Test česká verze screeningového testu afázie
PACE	Promoting Aphasics Communicative Effectiveness – zlepšení efektivity komunikace afatiků
PAV	Pražské afaziologické vyšetření
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie (zavedení hadičky skrz břišní stěnu do žaludku)
PHK	pravá horní končetina
SAK	subarachnoidální krvácení
VFF	Vyšetření fatických funkcí
VZNPŘK	Vyšetření získaných neurogeních poruch řečové komunikace
WAB	Western Aphasia Battery
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Seznam literatury a dalších pramenů

Literatura:

1. BAUER, J. 2005a. Cévní onemocnění mozku. In NEVŠÍMALOVÁ S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén. s. 171 – 185. ISBN 80-7262-160-2.
2. BAUER, J. 2005b. Nádory mozku. In NEVŠÍMALOVÁ S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén. s. 247 – 259. ISBN 80-7262-160-2.
3. BÖHM, J. 2005. Kraniocerebrální traumata. In NEVŠÍMALOVÁ S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén. s. 163 – 170. ISBN 80-7262-160-2.
4. CSÉFALVAY, Z. 2003. Diagnostika afázie. In LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 202-236. ISBN 80-7178-801-5
5. CSÉFALVAY, Z. 2007. *Terapie afázie – teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-316-1
6. CSÉFALVAY, Z. 2011. Terapie afázie. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál. s. 203 – 233. ISBN 978-80-7367-901-9.
7. CSÉFALVAY, Z., KOŠŤÁLOVÁ M. 2013. Diagnostika afázie. In CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 83-116. ISBN 978-80-262-0364-3
8. CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. a kol. 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.
9. CSÉFALVAY, Z., MEKYSKA, J., KOŠŤÁLOVÁ, M. 2013. Diagnostika dysartrie. In CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 117 – 144. ISBN 978-80-262-0364-3

10. ČECHÁČKOVÁ, M. 2007. Afázie. In In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, s. 147 – 180. ISBN 978-80-7367-340-6.
11. DVOŘÁK, J. 1998. *Logopedický slovník*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum.
12. FEIGIN, V. 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.
13. HAVRDOVÁ, E. 2005. Roztroušená skleróza mozkomíšní. In NEVŠÍMALOVÁ S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén. s. 211 – 216. ISBN 80-7262-160-2.
14. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
15. KALINA, M. 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
16. KALITA, Z. a kol. 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-26-0
17. KAŇOVSKÝ, P., HERZIG, R. 2007. *Obecná neurologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1663-2.
18. KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1110-2.
19. KULIŠŤÁK, P., LEHEČKOVÁ, H., MIMROVÁ, M., NEBUDOVÁ, J. 1997. *Afázie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-85875-38-1.
20. LECHTA, V. a kol. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5
21. LECHTA, V. a kol. 2011. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-901-9.
22. LOVE, J. R., WEBB, G. W. 2009. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.
23. MIMROVÁ, M. 1997. Afázie jako logopedický fenomén. In KULIŠŤÁK, P., LEHEČKOVÁ, H., MIMROVÁ, M., NEBUDOVÁ, J. *Afázie*. 1. vyd. Praha: Triton. s. 23-124. ISBN 80-85875-38-1.

24. MUSILOVÁ, M. 2002. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-238-8934-6.
25. NEBESKÁ, I. 1992. *Úvod do psycholingvistiky*. 1. vyd. Praha: H +H. 128 s. ISBN 80-85467-75-5.
26. NEUBAUER, K. 1997. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky. 52 s.
27. NEUBAUER, K. 2007a. Logopedická péče o dospělé osoby. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, s. 79–86. ISBN 978-80-7367-340-6.
28. NEUBAUER, K. 2010. *Logopedie – učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-053-5.
29. NEUBAUER, K. 2011a. Neurogení syndromy v rehabilitaci: Symptomatologie získaných neurogeně podmíněných syndromů u dospělých osob. In NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 45 – 51. ISBN 978-80-7435-109-9.
30. NEUBAUER, K. 2011b. Terapie dysartrie. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál. s. 283 – 335. ISBN 978-80-7367-901-9.
31. NEUBAUER, K. a kol. 2007b. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých – diagnostika a terapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.
32. NEUBAUER, K., PETRŽÍLKOVÁ, M. 2007. Individuální psycholingvisticky orientovaná terapie afázie s užitím specializovaných počítačových programů. In: NEUBAUER, K. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých – diagnostika a terapie*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 152 – 159. ISBN 978-80-7367-159-4.
33. NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. 2011. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 133 s. ISBN 978-80-7435-109-9.

34. OBEREIGNERŮ, R. 2013. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3737-8.
35. PREISS, M. 2013. Diagnostika kognitivních funkcí. In CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 203-216. ISBN 978-80-262-0364-3
36. RŮŽIČKA J., ROTH, J. 2005. Parkinsonova nemoc a jiná extrapyramidová onemocnění. In NEVŠÍMALOVÁ S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén. s. 195 – 208. ISBN 80-7262-160-2.
37. RŮŽIČKA, J. 2005. Alzheimerova nemoc a jiné demence. In NEVŠÍMALOVÁ S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén. s. 187 – 193. ISBN 80-7262-160-2.
38. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
39. SOVÁK, M. 1978. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 464 s.
40. TICHÝ, J. 2005a. Kortikální funkce, syndromy mozkových laloků. In NEVŠÍMALOVÁ S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén. s. 7 – 20. ISBN 80-7262-160-2
41. TICHÝ, J. 2005b. Záněty CNS. In NEVŠÍMALOVÁ S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén. s. 235 – 246. ISBN 80-7262-160-2.

Internetové zdroje:

1. MCKENNA, P. 2004. Disorders of Language and Communication. In GOLDSTEIN, H., L., MCNEIL, E., J. *Clinical Neuropsychology – A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians*. West Sussex: Wiley. [online] [Cit. 17. 11. 2014] s. 165 – 185. ISBN 978-0-470-87136-2. Dostupné z: <<http://www.ulozto.cz/xSmDZkr/neuropsychologie-clinical-neuropsychology-pdf>>.
2. NEUMANN, J. 2007. Současné možnosti péče o pacienta s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou. *Medicína pro praxi*. [online]. č. 1.

[Cit. 22. 11. 2014]. Dostupné z:

<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/01/08.pdf>


3. PETRŽÍLKOVÁ, M. 2012. Programy MENTIO. [online]. [Cit. 16. 01. 2015].
Dostupné z: <https://www.mentio.cz/mentio/index.htm>

Seznam příloh

- Příloha A** Ukázka cvičení: MENTIO Slovní zásoba – Pojmenování.
- Příloha B** Ukázky cvičení: MENTIO Slovní zásoba – Výběr správného slova I, II.
- Příloha C** Ukázky cvičení: MENTIO Slovní zásoba – Napsání slova – s výběrem různých písmen a s výběrem jen správných písmen.
- Příloha D** Ukázka cvičení: MENTIO Slovesa – Čtyři malé obrázky a čtyři popisky.
- Příloha E** Ukázka cvičení: MENTIO Slovesa – Malý obrázek a čtyři popisky.
- Příloha F** Ukázka cvičení: MENTIO MM – Výběr obrázků.
- Příloha G** Ukázky cvičení: MENTIO MM – Obrázky na čísla, Rozmístění dle popisu.
- Příloha H** Ukázka cvičení: MENTIO Hádanky – Indicie a následný výběr odpovědi bez nápovědy obrázkem nebo prvním písmenem.
- Příloha I** Ukázky vytištěných pracovních listů sloužících k procvičení popisu obrázku a posloupnosti děje.
- Příloha J** Ukázky vytištěného pracovního listu pro nácvik pojmenování

PŘÍLOHA A

ZPĚT **NEVÍM - DALŠÍ**




?




KONEC

ZPĚT **NEVÍM - DALŠÍ**



?



KONEC


PŘÍLOHA B

ZPĚT **NEVÍM - DALŠÍ**

gramofon

knedlíky

ruka




KONEC

ZPĚT **NEVÍM - DALŠÍ**

krk

zuby

nohy



KONEC

PŘÍLOHA C

ZPĚT NEVÍM - DALŠÍ

K	A	B	Č	M
N	U	X	T	O
Z	Y	I	R	Q

BAČ




KONEC

ZPĚT NEVÍM - DALŠÍ

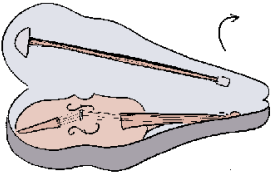
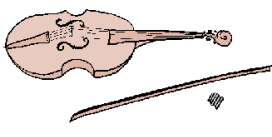

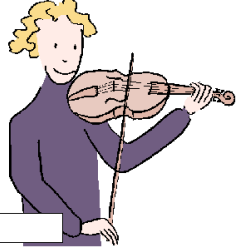
E	B	Š	R	A
K	U			





BERUŠ

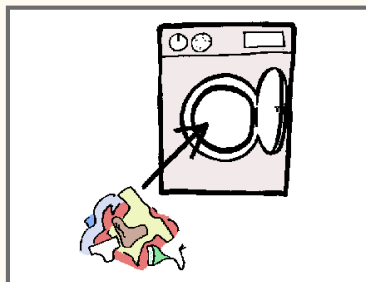


KONEC

PŘÍLOHA D

		KONEC
Hrál jsem písničky.	Otevřel jsem futrál.	ZPĚT
		ZNOVU
Naladil jsem housle.	Připravil jsem si noty.	NEVÍM
		OMYL
		DALŠÍ

		KONEC
Vyjel jsem na vleku nahoru.	Sjel jsem dolů.	ZPĚT
		ZNOVU
Vyndal jsem lyže ze sklepa.	Zapnul jsem si vázání.	NEVÍM
		OMYL
		DALŠÍ



KONEC

ZPĚT

ZNOVU

NEVÍM

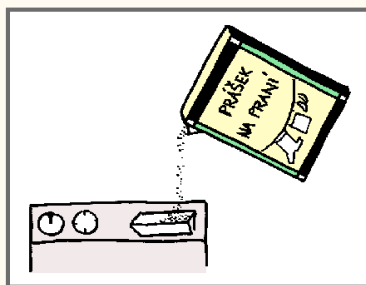
Nasypal jsem dovnitř prášek.

Dal jsem prádlo do pračky.

Nechal jsem prádlo uschnout.

Pustil jsem pračku.

DALŠÍ



KONEC

ZPĚT

ZNOVU

NEVÍM

Nasypal jsem dovnitř prášek.

Nechal jsem prádlo uschnout.

Pustil jsem pračku.

DALŠÍ

PŘÍLOHA F

□ □ □ □ □ □ □ □ □

Zapamatujte si tyto obrázky

ZPĚT VZOR POKYNY

ZAČÍT ZNOVU DALŠÍ KONEC

   □     

A teď zmáčkněte stejné obrázky

ZPĚT VZOR POKYNY

ZAČÍT ZNOVU DALŠÍ KONEC

PŘÍLOHA G

								
---	--	---	---	---	--	--	---	---








Dejte:

- * sluníčko na číslo osm
- * letadlo na číslo devět
- * dopis na číslo sedm
- * telefon na číslo jedna
- * budík na číslo pět

6	5	4
2	7	
1	3	



ZPĚT VZOR POKYNY

ZAČÍT ZNOVU DALŠÍ KONEC

								
--	---	---	---	---	---	--	--	---

DEJTE:

- * SLUNÍČKO POD DOPIS
- * KLÍČ NALEVO OD SLUNÍČKA
- * PŘÍBOR NALEVO OD DOPISU
- * TUŽKU NALEVO OD PŘÍBORU

ZPĚT VZOR POKYNY

ZAČÍT ZNOVU DALŠÍ KONEC

PŘÍLOHA H

?

→

→

→

CO JE TO:

→

→

→

CO JE TO:

PŘÍLOHA I



Připravil jsem se ke startu.



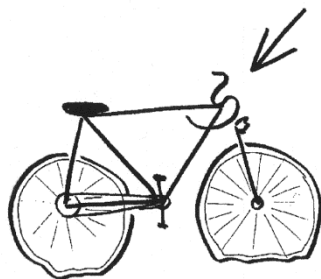
Běžel jsem co nejrychleji.



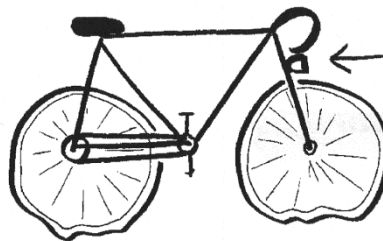
Doběhl jsem jako první.



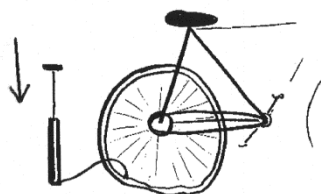
Dostal jsem medaili.



Narovnal jsem řídítka.



Srovnal jsem světlo.



















Nahustil jsem kola.



Jel jsem na výlet.

PŘÍLOHA J

			
BRÝLE	BUDÍK	CIGARETY	DEŠTÍK
			
HODINKY	HOLENÍ	HŘEBEN	KABELKA

			
BRÝLE	HŘEBEN	LŽÍČE	CHLEBA
			
JAZYK	OČI	PUSA	UCHO