

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

## Diplomová práce

Lada Piliariková

Logopedická intervence u osob s afázií

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Logopedická intervence u osob s afázií vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a použila všech pramenů, které jsou v závěru uvedeny.

V Opavě dne 19. dubna 2016

.....

Lada Piliariková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. et Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D. za pomoc a odborné vedení mé diplomové práce, dále Mgr. Gabriele Solné za její vstřícnost a poskytnutí cenných informací, oběma klientům za výbornou spolupráci a celé rodině a příteli za podporu.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>6</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
<b>1 AFÁZIE .....</b>	<b>8</b>
1.1 Terminologické vymezení, definice a historie afaziologie .....	8
1.2 Etiologie .....	12
1.3 Symptomatologie .....	16
1.4 Klasifikace .....	18
1.5 Diagnostika .....	27
<b>2 TERAPIE AFÁZIE A METODICKÉ MATERIÁLY .....</b>	<b>33</b>
2.1 Terapie .....	33
2.2 Prevence a prognóza .....	41
2.3 Metodické materiály .....	41
2.3.1 Obrázkový slovník pro afatiky .....	42
2.3.2 Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie .....	42
2.3.3 Textová a obrázková cvičebnice .....	43
2.3.4 Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie .....	45
2.3.5 Pracovní listy pro reedukaci afázie .....	46
2.3.6 Pracovní karty na procvičení fatických funkcí .....	47
2.3.7 Soubor programů MENTIO .....	48
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>51</b>
<b>3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>51</b>
3.1 Cíle výzkumného šetření .....	51
3.2 Výzkumné otázky .....	52
3.3 Metodologie výzkumného šetření .....	52
<b>4 TVORBA A APLIKACE TERAPEUTICKÝCH MATERIÁLŮ .....</b>	<b>56</b>
4.1 Proces tvorby terapeutických materiálů .....	56
4.2 Deset oblastí terapeutických materiálů .....	57
4.3 Průběh a výsledky aplikace terapeutických materiálů .....	61
4.3.1 Případová studie č. 1 .....	62
4.3.2 Případová studie č. 2 .....	70
4.4 Shrnutí .....	79

<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>83</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK .....</b>	<b>90</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>91</b>

## ÚVOD

Afázie je těžká získaná narušená komunikační schopnost. Vzniká náhle v důsledku organického poškození mozku a projevuje se narušením fatických funkcí, což má za následek zejména sníženou či úplnou neschopnost verbální produkce a obtíže s porozuměním řeči. Objevují se také potíže v pojmenování, opakování, čtení, psaní, počítání a další projevy, jež souvisejí s narušením fatických funkcí. Afázie tak ovlivňuje kvalitu života těchto osob.

Důležitou roli hraje včasná diagnostika a zejména brzké zahájení logopedické intervence. Podstatné je, aby daná osoba s afázií nebyla pasivní, ale naopak aktivní a stále motivovaná ke spolupráci. Pozitivní přístup k této poruše a pravidelná cvičení mohou výrazně ovlivnit výsledek logopedické intervence.

Autorka diplomové práce měla během logopedických praxí možnost bližšího seznámení s osobami s afázií. Mohla tak propojit své nabyté vědomosti s praktickými zkušenostmi. Problematika afázií ji velmi oslovila, a proto se rozhodla věnovat pozornost této oblasti i v diplomové práci.

Téma diplomové práce autorky se nazývá Logopedická intervence u osob s afázií. Diplomová práce je tradičně koncipována na část teoretickou a praktickou. Celkově diplomová práce zahrnuje čtyři kapitoly.

Teoretická část obsahuje dvě kapitoly. První kapitola se orientuje na terminologické vymezení a definice afázie dle jednotlivých autorů. Přiblížena je také historie afaziologie, podrobněji jsou popsány části věnující se problematice příčin a symptomů afázie. Autorka v této kapitole uvádí také přehled jednotlivých klasifikačních systémů a pozornost zaměřuje také na oblast diagnostiky. Uvádí jednotlivé druhy testů, jež jsou využívány při vyšetření osob s afázií. Druhá kapitola přibližuje oblast terapie. Autorka diplomové práce se zaměřuje na popis užívaných terapií v českém prostředí i v zahraničí. Zmiňuje také oblast prevence, která je velmi důležitá a prognózu této narušené komunikační schopnosti. V závěru teoretické části jsou popsány metodické materiály a počítačový program, které jsou využívány na našem území.

Praktická část diplomové práce je také rozdělena na dvě kapitoly. Třetí kapitola vymezuje cíle výzkumného šetření, výzkumné otázky a metody, které autorka použila v této praktické části. Čtvrtá kapitola se zabývá tvorbou terapeutických materiálů pro osoby s afázií a vymezením deseti oblastí, do kterých jsou jednotlivé pracovní listy zařazeny. Tato část práce obsahuje také dvě případové studie osob s afázií, u kterých jsou terapeutické materiály aplikovány. Autorka uvádí, že i když jsou dostupné metodické materiály na vysoké úrovni,

stále jich na našem území není dostatek, proto se v praktické části práce zaměřuje na jejich tvorbu. Popisuje průběh aplikace jednotlivých pracovních listů u obou vybraných klientů, přičemž se u předložených terapeutických materiálů zaměřuje na srozumitelnost instrukcí pro oba klienty. V závěru autorka porovnává výsledky obou klientů a vymezuje cvičení, která jim činila největší obtíže, a oblasti, ve kterých dosáhli zlepšení.

Autorka diplomové práce zmiňuje, že afázie mívá většinou dlouhodobé následky, proto je cílem této diplomové práce vypracovat terapeutické materiály, jež se budou podílet na obnově narušených fatických funkcí u vybraných osob s afázií a pomohou tak zlepšit jejich komunikační schopnost.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce poskytuje základní informace o získané orgánové nemluvnosti neboli afázii a seznamuje s metodickými materiály využívanými na našem území při logopedické intervenci u osob s afázií.

## 1 AFÁZIE

Tato kapitola se zaměřuje na problematiku afázií. V úvodu je vymezen termín afázie a následně jsou uvedeny definice afázie dle různých autorů. V dalších částech této kapitoly je zmíněna historie afaziologie a podrobněji je popsána zejména oblast etiologie, symptomatologie, klasifikace a diagnostiky afázie.

### 1.1 Terminologické vymezení, definice a historie afaziologie

**Terminologické vymezení** afázie procházelo dlouhým vývojem. V minulosti se užíval pojem „*alalie*“, který vycházel z klinického obrazu afázie. Fleury užil označení „*aphrasie*“, jež znamenalo neschopnost zkonstruovat větu. Známý pojem „*afémie*“ zavedl Paul Broca pro označení získané ztráty řeči (Kiml, 1969).

Hrbek (1983) ve své publikaci uvádí, že Trousseau označil mozkové poruchy řeči jako „*afasie*“ a zavedl tedy pojem, jež je užíván i v současné době.

Termín afázie pochází z řeckého slova „*phasis*“, jež znamená řeč a záporu „*a*“, můžeme jej tedy přeložit jako ztrátu řeči (Obereignerů, 2013).

Kutálková a Palodová (2007) popisují, že předpona „*a*“ značí, že se jedná o ztrátu již plně rozvinutých řečových schopností.

Lechta (in Lechta a kol., 1990) vymezuje dle symptomatologického hlediska 10 okruhů narušené komunikační schopnosti, přičemž afázii řadí do 2. okruhu pod názvem získaná orgánová nemluvnost.

Afázie se dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) nachází pod kódem R47.0 Dysfázie a afázie, jež spadá mezi Poruchy řeči nezařazené jinde (R47), které patří do podskupiny Příznaků a znaků týkajících se řeči a hlasu R47-R49 (MKN-10, 2014).

Afázie se řadí mezi poruchy fatických funkcí, jedná se tedy o narušení schopnosti mluvit, číst, psát, počítat a rozumět mluvené a psané řeči (Hartl, Hartlová, 2010 in Vitásková, Mlčáková, 2013).



Vitásková (in Vitásková, Mlčáková, 2013) uvádí, že fatické funkce neboli tzv. centrální procesy řeči jsou vývojově nejmladší a nejsložitější nervově-psychické činnosti a spolu s gnosíí a praxíí spadají pod symbolické funkce. Dále uvádí, že v zahraničí se užívá také termín neurogení poruchy řeči, pod něž spadají afázie a kognitivně-komunikační poruchy, které jsou charakteristické poruchami paměti, pozornosti, úsudku, rozhodování, exekutivních a metakognitivních funkcí.

Nebudová (1999) zmiňuje, že fatické funkce spadají do vyšších korových funkcí a na jejich realizaci se podílí komplex funkčních systémů v korových a podkorových oblastech mozku.

Dvořák (2007) vymezuje **definici** afázie jako neschopnost užívat a rozumět jazykovým symbolům v důsledku organické ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku.

Podle Cséfalvaye 2010 (in Cséfalvay, Lechta a kol. 2013) se jedná o poruchu produkce a porozumění řeči vzniklou následkem získané léze mozku.

*„Afázie je získané narušení komunikační schopnosti, týkající se poruch symbolických procesů, které vzniká při ložiskových poškozeních mozku jako důsledek léze na vyšší psychické funkce člověka“* (Cséfalvay 2003 in Klenková 2006, s. 79).

Afázie zasahuje všechny modalit y řeči-receptivní i expresivní, mluvenou i psanou formu řeči a všechny jazykové roviny, tedy foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou a pragmatickou (Klenková, 2006).

Vitásková (in Vitásková, Mlčáková, 2013) uvádí, že afázie se řadí mezi získané poruchy fatických funkcí, které vznikají v důsledku organického poškození mozku.

Basso a Cubelli 1999 (in Spreen, Rissen, 2003) definují, že afázie se projevuje ztrátou nebo zhoršením verbální komunikace v důsledku získané léze nervového systému, přičemž je narušeno nejen pochopení verbální informace, ale i její produkce.

Hrnčiarová a Cséfalvay (in Lechta a kol., 1990) tvrdí, že afázie je porucha řeči jednoho nebo více komponentů produkce a porozumění řeči, která vznikla na základě lokálního poškození mozku, a projevuje se narušenou komunikační schopností s intrapsychickými a interpersonálními následky.

*„Afázie je získané selektivní narušení jazykových modalit a funkcí, které vzniká při ložiskovém poškození mozku v jazykově-dominantní mozkové hemisféře a zasahuje komunikační a sociální fungování a kvalitu života dané osoby a jejich blízkých“* (Papathanasiou, Coppens, 2011 in Cséfalvay, Lechta a kol. 2013, s. 83).

Podle Neubauera (in Neubauer a kol., 2007) je pro afázii charakteristické narušené užívání jazyka a snížená schopnost dekódovat a užívat smysluplně slova a věty.

Lurija 1982 (in Klenková, 2006) hovoří o afázii jako o systémovém narušení řeči, které vzniká při organickém poškození mozku a zasahuje různé stupně organizace řeči.

Hrbek (1983) ve své publikaci definuje afázii jako ztrátu či poruchu interindividuálního dorozumívání mluvenou řečí, která vzniká na základě léze, jež se může nacházet na jakémkoli místě základního okruhu, který je tvořen akustickým okrskem, propioceptivně logestetickým okrskem a logomotorickým okrskem.

Koukolík (2002) vnímá afázii jako poruchu vyjadřování a chápání jazyka, která vzniká na základě poškození mozku.

Růžička a Bednařík (in Ambler, Bednařík, Růžička a kol., 2008) chápou afázii jako získanou poruchu percepce a exprese jazykové složky řeči, jež je podmíněna poškozením kůry dominantní hemisféry mozku.

Mimrová (in Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997) popisuje afázii jako úplnou nebo částečnou neschopnost vysílat a přijímat symbolické kódy mluvené či psané řeči, která vzniká v důsledku jednostranného poškození mozku.

Podle Leischnera 1986 (in Cséfalvaly, Traubner 1996) je možné vymezit pět etap **afaziologické historie**. Do první etapy řadí sporadické opisy afázie do roku 1800. Druhou etapou rozumí začátky systematického bádání afázie mezi léty 1800-1860. Třetí etapu vymezuje jako vznik tzv. klasické afaziologie od roku 1860 do roku 1945. Čtvrtou etapu, která začíná po roce 1945, označuje jako moderní afaziologii a poslední pátou etapu, jež začíná od 80. let 20. století, vymezuje jako neurovědní afaziologii.

První etapa sporadické opisy afázie uvádí první zmínky o mozku, jakož o orgánu, který umožňuje člověku mluvit. V tomto období byly také popsány první klinické obrazy afázie (van Swieten, 1771 in Obereignerů, 2013).

Druhá etapa pojednává o začátcích systematického bádání afázie. Významnou osobností tohoto období byl F. J. Gall, zakladatel frenologie, jenž vyslovil myšlenku o lokalizaci řeči ve specifické oblasti roku 1798. Ztráta řeči se vztahovala k přesně lokalizovaným mozkovým lézím (Gall, 1798 in Obereignerů, 2013).

Kolb a Wishaw 2003 (in Obereignerů, 2013) vymezují třetí etapu jako vznik tzv. klasické afaziologie. Toto období je charakteristické lokalizacionisty, tedy autory, kteří popisují jednotlivá centra řeči, a antilokalizacionisty, jež centra řeči popírají. Paul Broca lokalizoval řeč do třetího závitu na levostranném frontálním laloku. Tvrdil, že řeč je přesně

lokalizovaná a stranově závislá funkce, zavedl tedy termín lateralizace. Dodnes se toto centrum řeči nazývá Brocovo a poškození této oblasti způsobuje Brocovu afázii, jež je charakteristická obtížemi ve verbálním projevu. Broca tuto poruchu řeči nazval afémie. Mezi lokalizacionisty je zařen také Carl Wernicke, jež popsal receptivní poruchu řeči, která vzniká v důsledku posteriorní léze levého mozkového laloku. Lidé s poškozením Wernickeho centra řeči mají problémy s porozuměním řeči.

Finger 2001 (in Obereignerů, 2013) zmiňuje, že dalším významným představitelem tohoto období je Armand Trousseau, který zavedl termín afázie.

Breathnach 1991 (in Obereignerů, 2013) mezi antilokalizacionisty řadí Henryho Heada, jež byl zastáncem řečových zón v mozku a jejich propojení s dalšími kognitivními funkcemi. Klad důraz na strukturovanost psychických procesů.

Přední osobností čtvrté etapy, tedy moderní afaziologie, je A. R. Lurija, který pojímá afázii jako poruchu vyšších kortikálních funkcí. Vymezil tři funkční bloky. První kontroluje stav bdělosti a jeho narušení se projevuje poškozením příjmu informací. Druhý se podílí na příjmu informací a jejich zpracování. Třetí propojuje jednotlivé informace z různých orgánů do vzájemných vztahů (Obereignerů, 2013).

V tomto období se rozvíjí také další významné afaziologické školy, mezi něž patří bostonská a kanadská. Mezi představitele bostonské školy se řadí H. Goodglass a E. Kaplanová a mezi představitele kanadské afaziologické školy patří A. Kertesz (Cséfalvay, 2005 in Obereignerů, 2013).

Frith 1991 (in Obereignerů, 2013) uvádí, že poslední pátá etapa neurovědní afaziologie je charakteristická rozvojem zobrazovacích metod, zejména magnetické rezonance a pozitronové emisní tomografie, jež pomáhají při lokalizaci a výzkumu řečových funkcí.

Narozdíl od Leichnera člení Lowe a Webb (2009) historii zkoumání afázií do čtyř etap. První etapu nazývají jako vznik lokalizacionismu, která spadá do druhé poloviny 19. století. Autoři tohoto období definovali centra řeči v mozku, která jsou zodpovědná za určité řečové a jazykové funkce. Mezi hlavní představitele patří Paul Broca, který popsal motorické centrum řeči-Brocovo a Carl Wernicke, který definoval sensorické centrum řeči-Wernickeho. Druhá etapa spadá do období 1. světové války, kdy v důsledku válečných traumatických zranění hlavy prováděli první pokusy o diagnostiku a terapii afázií neurologové, např. L. E. Travis, jež zastával názor o lateralizaci a specializaci mozkových hemisfér. Třetí etapa vymezuje období po 2. světové válce, kdy se opět navýšily případy válečných poranění hlavy, ale v této době se již touto problematikou kromě neurologů začali zabývat také logopedové.

Informace týkající se projevů neurogenních poruch komunikace a mapování kortikálních oblastí pro řeč a jazyk logopedi čerpali z publikací Wepmana a Penfielda. Zdrojem nových poznatků byla také teorie Chomského, která zdůrazňovala vrozené mechanismy jazyka a Sperryho výzkumy v oblasti split brain (přetěti spojení mezi hemisférami), jež se zabývaly lateralizací mozku a funkční specializací pravé a levé hemisféry. Čtvrtá etapa se datuje od 50. let 20. století a je charakterizována rozvojem přístrojových zobrazovacích metod, které byly využívány k rozpoznání lateralizace mozkových hemisfér. Mezi nejužívanější patřily počítačová tomografie (CT), pozitronová emisní tomografie (PET), jednofotonová spektrální emisní tomografie (SPECT) a magnetická rezonance (MRI).

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) uvádí základní mezníky, jež se týkají poznatků o neurogenních poruchách řeči. Zmiňuje, že roku 1809 F. J. Gall vydává *Anatomii a fyziologii řeči*. Gall jako první popsal izolovanou ztrátu mluvené řeči po poškození levého dolního čelního závitu se zachovanou schopností číst a rozumět čtené řeči. V roce 1861 Paul Broca označil za centrum řeči levý třetí čelní závit. Fritsch a Hitziger roku 1870 ve svých pracích uvádí existenci motorické dráhy v gyrus precentralis. H. CH. Bastian popisuje v letech 1870-1875 mozková centra, která se podílí na výkonu řeči. Podle něj je vedoucí centrum auditivní verbální centrum ve spánkovém laloku. Roku 1874 Carl Wernicke uvádí percepční typ afázie, který vzniká při poškození levé temporoparietální oblasti. A. R. Lurija v roce 1945 vydal publikaci *Traumatická afázie*, v níž zmiňuje, jak obnovovat vyšší psychické funkce u osob po traumatu mozku. N. Geschwind publikuje roku 1965 statě o diskonekcionálních syndromech. V roce 1972 H. Goodglass a E. Kaplanová vydali první verzi diagnostického testu *Assessment of Aphasia and Related Disorders*, která je základem dnes využívané Bostonské klasifikace. A. Kertezs roku 1982 vydal první verzi *The Western Aphasia battery*, jež v současné době patří mezi nejužívanější klinické testy.

## 1.2 Etiologie

„Zvyšující se počet případů afázie souvisí se změnami životního stylu, a to v záporném slova smyslu (nárůst obezity, osob s vysokým krevním tlakem, dietetické chyby apod.)“ (Peutelschmiedová in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005, s. 179).

Klinický obraz afázie je závislý na typu organického poškození centrální nervové soustavy (CNS), tedy příčině vzniku afázie, dále na lokalizaci a rozsahu léze a také na věku jedince (Klenková, 2006).

Halpern a Goldfarb (2013) zmiňují, že afázie obvykle vzniká ve středním a starším věku v důsledku mozkové léze v dominantní hemisféře.

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) rozlišuje čtyři nejčastější příčiny afázií. První skupinou jsou cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody. Druhou skupinou jsou traumatická poškození mozku, třetí skupinou nádory a infekce centrální nervové soustavy a čtvrtou skupinou degenerativní onemocnění CNS.

Čecháčková (in Vitásková, Mlčáková 2013) uvádí ještě kromě výše zmíněných příčin také intoxikaci mozku a popisuje dětskou afázii.

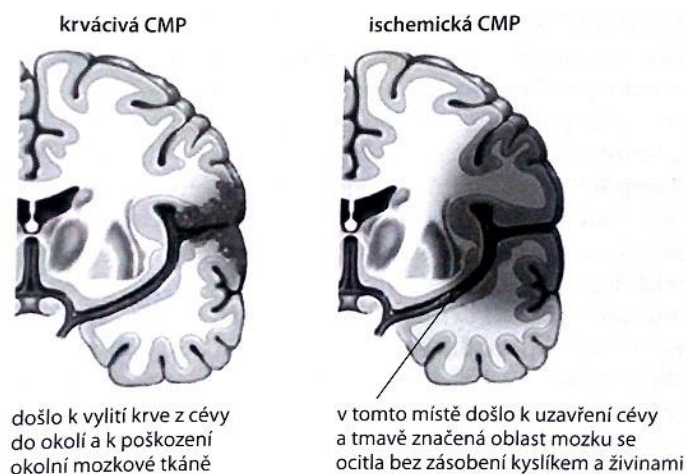
Seidl (2008) říká, že cévní mozková příhoda (CMP) je charakteristická klinickými, fokálními a globálními příznaky poruchy funkce mozku, které trvají déle než 24 hodin a mají vaskulární příčinu.

Jak zmiňuje Kalvach (in Kalvach a kol., 2010), **cévní mozkové příhody** bývají nejčastější příčinou vzniku afázie. CMP se dělí na **ischemické**, jež tvoří 80 % výskytu tohoto onemocnění, a **hemoragické**, které představují zbývajících 20 %. Odlišení ischemické a hemoragické CMP je možné pomocí zobrazovacích metod, především počítačové tomografie a magnetické rezonance. Ischemické cévní mozkové příhody spočívají v uzavěru mozkové tepny embolem či trombem a způsobují nedokrvení. Oproti tomu hemoragické neboli krvácivé cévní mozkové příhody jsou způsobeny rupturou (prasknutím) tepny a vyvolávají krvácení do mozkové tkáně, subarachnoidálního prostoru či mozkových komor (srov. Neubauer in Neubauer a kol., 2007; Král 2012 in Obereignerů, 2013).

Podle Nebudové (1999) se ischemické CMP rozvíjí během několika minut až hodin, doprovází je mírné bolesti hlavy a typické bývá také náhlé ochrnutí po spánku. Zatímco hemoragické CMP vznikají náhle a provází je silné bolesti hlavy, zvracení a iniciální bezvědomí.

Kejklíčková (2011) uvádí, že krvácení do mozkové tkáně se vyskytuje častěji než krvácení do subarachnoidálního prostoru.

Znázornění zasažených oblastí mozku u ischemické a hemoragické CMP je uvedeno na obrázku č.1 (převzato z Kejklíčková, 2011, s. 50).



Obrázek č. 1 Zasažené oblasti mozku u hemoragické a ischemické cévní mozkové příhody

Jedlička a Nebudová 1989 (in Lechta a kol., 2003) člení mozkový infarkt na základě charakteru změn klinických symptomů na tři druhy. Prvním je tranzitorní ischemický atak, což je přechodný stav, kdy během 24 hodin symptomy nemoci spontánně ustoupí. Druhým je progredující iktus, při němž se příznaky rozvíjí postupně, a třetím je dokončený iktus, kdy se příznaky infarktu mozku vyskytují i po 24 hodinách od vzniku nemoci.

Král 2012 (in Obereignerů, 2013) uvádí, že mezi nejčastější příčiny ischemické cévní mozkové příhody patří ateroskleróza krčních či mozkových tepen, různá onemocnění srdce, např. chlopenní vady, uzavření malých penetrujících tepen, leukémie, anémie, dále hemodynamické příčiny-pokles krevního tlaku či naopak arteriální hypertenze nebo různá genetická onemocnění. Vzácně jsou příčinami trombofilní stavy (zvýšená tendence k tvorbě sraženin), vaskulitidy (zánětlivé postižení tepen) či nezánnětlivé postižení tepen.

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) řadí mezi příčiny ischemické CMP systémovou hypoperfuzi, kdy dochází ke snížení průtoku krve, trombózu mozkových cév, při níž se sráží krev v cévách a embolii, kdy krevní sraženina uzavře mozkovou tepnu. Také zmiňuje, že mezi nejčastější příčinu hemoragické CMP patří hypertenze, dále nádory a také úrazy hlavy, jež způsobují hematomy (krevní výrony), které utlačují okolní tkáň. Ke krvácení může dojít v různých oblastech. Nejčastěji dochází ke krvácení do bazálních ganglií, mozečku, mozkového kmene či k subarachnoideálnímu krvácení.

Král 2012 (in Obereignerů, 2013) popisuje, že důsledkem cévní mozkové příhody bývají poruchy hybnosti (parézy, plegie). Mezi nejčastější se řadí hemiparéza, která je charakteristická omezenou hybností jedné poloviny těla kontralaterálně k místu mozkové léze. Dále se vyskytují poruchy řeči, především afázie a dysartrie. Objevuje se také neglect syndrom (opomíjení) při poškození nedominantní hemisféry, poruchy citlivosti (hypestezie, anestezie), poruchy rovnováhy, poruchy zraku (hemianopsie, dvojité vidění), okohybné poruchy a deprese (srov. Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Písecká (in Lukáš, Žák a kol., 2014) zmiňuje, že u třetiny osob po cévní mozkové příhodě dochází ke vzniku afázie, která přetrvává u 30-40 % z nich.

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí, že po CMP jsou druhou nejčastější příčinou vzniku afázie **traumatická poškození mozku**. Podstatná je lokalizace a rozsah poškození mozku. Vliv hraje také poškození dalších kognitivních funkcí, zejména pozornosti a paměti. Levostranné a bilaterální léze mívají horší prognózu (srov. Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Podle Šplíchala a Angerové 1998 (in Neubauer a kol., 2007) patří mezi nejčastější následky traumat mozku zejména otřes mozku (komoce), zhmoždění mozku (kontuze) a krvácení do mozkové tkáně a mozkových plen, kdy vzniká intracerebrální hematoma.

**Infekce mozku**, zejména encefalitidy a myelitidy, **degenerativní onemocnění mozku**, převážně Alzheimerova choroba a **nádory mozku** (tumory) patří mezi další příčiny vzniku afázie. Dle lokalizace a typu tumoru mohou vzniknout různé komunikační poruchy. Poruchy funkcí se vyskytují pozvolna či skokově. Často vlivem nádoru mozku dochází ke vzniku primární progresivní afázie (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) řadí mezi jednu z příčin vzniku afázie také **intoxikaci mozku**, jež souvisí s vyšším požíváním alkoholu, užíváním drog a otravou CNS jedovatými plyny. Jako jediná zmiňuje termín dětská afázie, jež vzniká důsledkem náhlého poškození doposud normálně se vyvíjející centrální nervové soustavy. Příčinami vzniku mohou být traumata mozku, mozkové záněty, nádory mozku či intoxikace mozku, stejně jako u dospělých. Oproti tomu se cévní mozkové příhody u dětí vyskytují vzácně, výjimku tvoří cévní malformace, kdy dochází ke krvácení do subarachnoideálního prostoru vlivem prasklého aneuryzmatu.

### 1.3 Symptomatologie

*„Projevy afázií mají úzký vztah k lokalizaci, délce trvání a závažnosti léze, která ji způsobila“ (Vitásková in Vitásková, Rádlová, 2006, s. 18).*

Podle Basso (2003) bylo na základě dosavadního zkoumání afázií zjištěno, že léze v různých částech mozku mohou způsobit poruchy související s narušením jazykových schopností a praxií projevující se různorodými příznaky.

Halpern a Goldfarb (2013) uvádí, že jsou zasaženy jazykové schopnosti, které se projevují **obtížemi v expresi** a porozumění řeči a postiženo bývá také čtení a psaní. Narušena je zejména fonologie, sémantika, morfologie a syntax, zatímco pragmatika bývá většinou méně poškozena.

Cséfalvay (in Cséfalvay, Traubner, 1996) uvádí osm typických příznaků, které se objevují v řeči afatiků. Jedná se zejména o **poruchy fluence** (plynulosti) a prozódie řeči, poruchy pojmenování (anómie), řečové automatismy (stereotypní opakování slabik, neologismů, frází), perseverace (přetrvávání předcházející odpovědi i po změně podnětu), agramatismy (narušení gramatické struktury), parafrázie (záměny fonémů, slabik, slov), poruchy porozumění řeči a poruchy čtení a psaní.

Také Peutelschmiedová (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) zmiňuje, že moderní afaziologie popisuje osm základních příznaků, mezi něž patří poruchy fluence, anomie, řečové automatismy, perseverace, agramatismy, parafrázie, poruchy porozumění a poruchy čtení a psaní (srov. Cséfalvay, Traubner, 1996).

Cséfalvay (in Kerekrétiová a kol., 2009) tvrdí, že výše uvedené příznaky se vyskytují v různé míře s ohledem na typ afázie. Symptomy se také mění v různých fázích vývoje afázie. Jiné symptomy jsou v akutní fázi a jiné v dalších fázích vývoje poruchy.

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí, že **poruchy pojmenování** (nomie) se vyznačují neschopností jedince najít přesný pojem k označení předmětu či činností. Popřípadě jedinec použije sémantické parafrázie, kdy se snaží nahradit slovo opisem či jiným slovem s podobným významem. Dále se při afázii vyskytují **poruchy porozumění** řeči. Nutné je rozlišit, zda se jedná o poruchu porozumění jednoduchých instrukcí nebo se porucha objevuje až při porozumění složitějším instrukcím (srov. Cséfalvay in Kerekretiová a kol. 2009).



Cséfalvay (in Kerekreťiová a kol., 2009) řadí mezi další symptomy **agramatismy**. Jedná se o deficit syntaktické struktury jazyka, zejména skloňování a časování. Jedinec tvoří jednoduché věty v základním tvaru. Dále se při afázii vyskytují **echolálie**, kdy jedinec spontánně opakuje otázky či slyšená slova. Typickým projevem jsou také **perseverace**, které se vyznačují opakováním určité verbální odpovědi, tedy ulpíváním na předchozím podnětu (slovu) i při dalších odpovědích. Například má jedinec za úkol vyjmenovat části těla a poté vyjmenovat měsíce, přičemž stále vyjmenovává části těla (srov. Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) popisuje, že typickými příznaky u afázie jsou **neologismy** (nesmyslná slova), **řečové automatismy** (stereotypní opakování slabik, slov, frází), **poruchy prozodie** (tempa, rytmu, dynamiky, intonace) a **parafázie**, kdy se jedná o deformace slov různého stupně a typu. Rozlišují se parafázie fonemické, jež spočívají v záměně fonému. Slovo je deformované, ale lze porozumět významu slova, např. *kvítek-klítek*, dále žargonové parafázie, kdy se jedná o těžkou deformaci slova a významu slova již porozumět nelze, např. *ždurchla-židle*. Posledním typem je sémantická parafázie, která se projevuje tím, že si člověk nemůže vzpomenout na určité slovo a nahradí jej opisem pojmu či významově podobným slovem, např. *syn-chlapec* nebo *má to trny a píchá to* (srov. Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Mezi symptomy jsou zmiňovány také **parafrázie**, jež se projevují neschopností větného vyjádření. Jedinec často užívá fragment, tedy jedno slovo v různých modulacích. Jedná se o tzv. slovní trosku. Často se vyskytuje také **logorea**, což je překotně rychlá mluva, pro kterou je typická snížená srozumitelnost a žargonové parafázie. Jedná se o tzv. slovní salát. Objevují se také **embolofrázie**, tzv. slovní vmetky, kdy jedinec užívá osamocené, nadbytečné hlásky, slabiky či slova, např. „*Tak tedy ano, no*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Vitásková (in Vitásková, Mlčáková, 2013) uvádí, že jsou přítomny také získané **poruchy čtení** (alexie), **psaní** (agrafie), **počítání** (akalkulie), **poznávání** (agnozie) a **pohybu** (apraxie). Dále zmiňuje, že u afázie se vyskytuje nejčastěji alexie, která bývá často spojena s agrafií. Objevují se též akalkulie, jež mohou souviset s narušením jazykových dovedností a poruchami pravolevé orientace. Dále se u afázií mohou objevovat **poruchy vnímání vlastního tělesného schématu** a také bývá **narušena senzitivita** (citlivost).

## 1.4 Klasifikace

Obereignerů (2013) uvádí, že existuje mnoho klasifikačních systémů, podle kterých se afázie člení. Liší se terminologicky i pojetím jednotlivých symptomů. Mohou vycházet například z dominantních symptomů, etiologie nebo lokalizace léze.

Vitásková (in Vitásková, Mlčáková, 2013) popisuje, že u **symptomaticky orientovaného přístupu** jsou jednotlivé typy afázie členěny podle lingvistických kritérií. Afázie je vnímána jako generalizovaná porucha řeči s narušením různých modalit řeči. Příkladem může být Kimlova klasifikace, která je symptomatická a je zaměřena na jazykové deficity. Dalším přístupem je dělení afází **podle topiky léze na základě identifikování primárního defektu**. Vychází z toho, že ložiskové poškození mozku způsobuje primární defekt a ten se projeví typickými symptomy. Patří zde Lurijova neuropsychologická klasifikace, která je typická celistvým pohledem na problematiku afází. Vnímá je jako součást komplexu poruch vyšších kortikálních funkcí. Bostonská klasifikace člení jednotlivé typy afází **podle topiky léze**. Hlavním kritériem je klasifikovat léze specifických oblastí mozku. Zaměřuje se na slabé a silné stránky jednotlivých řečových oblastí. Mezi představitele Bostonské klasifikace se řadí N. Geschwind, H. Goodglass a E. Kaplanová.

Podle Cséfalvaye a Košťálové (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) se v současné klinické praxi při klasifikaci afázie užívá popis klinických syndromů. Ty tvoří kombinaci nejrůznějších jazykových deficitů i příznaků afázie.

Typická je variabilita symptomů jak mezi jednotlivými pacienty se stejnou afází, tak u jednoho pacienta v průběhu času. Jedná se o tzv. interindividuální a intraindividuální variabilitu (Cséfalvay 2010 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

*„Velmi zjednodušenou klasifikací je dělení na afázii expresivní, senzoricou a afázii totální“ (Peutelschmiedová in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005, s. 179).*

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) zmiňuje, že v současné době je nejrozšířenější **Bostonská klasifikace** jednotlivých syndromů, která se zaměřuje na topiku léze. Základy této klasifikace položili již P. Broca a K. Wernicke. Bostonská klasifikace rozlišuje osm typů afází, přičemž vychází z dosažených výsledků jedince ve čtyřech percepčně-kognitivních schopnostech neboli čtyřech základních modalitách. První oblastí je plynulost (fluence) spontánního řečového projevu, druhou je schopnost opakování verbálního projevu-hlásek,

slabik, slov a vět. Třetí oblastí je dovednost pojmenování předmětů, činností, obrazových souborů na základě zrakové percepce a poslední čtvrtou oblastí je schopnost porozumět obsahu mluvené řeči od jednotlivých slov po větné struktury. Klasifikace se nezabývá hodnocením vizuospaciální orientace, pravolevé orientace, gnozie a praxie (srov. Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Obereignerů (2013) popisuje, že na základě výkonu v jednotlivých oblastech Bostonská klasifikace odvozuje osm klinických syndromů (typů afázií). Rozlišuje Brocovu (motorickou) afázii, Wernickeho (senzorickou) afázii, globální (totální) afázii, kondukční (centrální) afázii, transkortikální senzorickou afázii, transkortikální motorickou afázii, transkortikální smíšenou afázii a anomickou (amnestickou) afázii.

Lokalizace léze u jednotlivých typů afázie je uvedena v tabulce č. 1 (převzato z Neubauer in Neubauer, Dobias, 2014, s. 76).

Brocova afázie	Frontálně vlevo, tzv. Brocova oblast Broadmannova area 44-45 a její okolí
Wernickeho afázie	Temporálně vlevo, tzv. Wernickeho oblast Broadmannova area 22 a její okolí
Kondukční afázie	Gyrus supramarginalis, sluchová kůra vlevo
Globální afázie Transkortikální smíšená afázie	Okolí Sylviovy rýhy, rozsáhlé léze s frontálním i temporálním ložiskem, rozsáhlé léze v povodí levé Arteria media či Carosis media
Transkortikální motorická afázie	Okolí Brocovy oblasti či její části směrem k motorické oblasti mozkové kůry
Transkortikální senzorická afázie	Okolí Wernickeho oblasti, léze zadních částí spánkového laloku a zasahující do okcipitálního laloku
Anomická afázie	V současnosti není uznávána lokalizační hodnota tohoto typu afázie, dříve udáváno temporo-parieto-okcipitální rozhraní mozkových korových oblastí

Tabulka č. 1 Lokalizace léze u jednotlivých typů afázie

Růžička a Bednařík (in Ambler, Bednařík, Růžička a kol., 2008) uvádí, že **Brocova** (motorická) afázie je typická poruchami plynulosti řeči, zpomalení je i tempo řeči. Zejména bývá narušena expresivní složka řeči, tedy produkce. Vyskytují se fonemické či sémantické parafázie, agramatismy a perseverace. Spontánní produkce je značně redukována. Jsou přítomné poruchy artikulace a prozodie. Je narušena gramatika a syntax. Jedinec mluví málo a se značným úsilím. Někdy užívá pouze fragment slova nebo cirkumlokuci, kdy tzv. opisuje daný výraz. Jeho promluva má však jasný komunikační záměr. Je narušeno také opakování a pojmenování slov, ale porozumění řeči je zachováno. Někdy mohou mít však problém v porozumění složitých souvětí. U tohoto typu afázie se vyskytuje alexie a agrafie a může se přidružovat také apraxie řeči. Pro tuto formu je typické, že si jedinec svou poruchu řeči uvědomuje, zlobí se na sebe a vyhýbá se řeči. V klinickém obraze se vyskytuje hemiparéza až hemiplegie. Tato forma často přechází do transkortikální, anomické či konduktivní afázie (srov. Cséfalvay 2009 in Vitásková, Mlčáková, 2013; Neubauer in Neubauer a kol., 2007; Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003).

Cséfalvay (in Cséfalvay a kol., 2007) charakterizuje **Wernickeho** (senzorickou) afázii, která se projevuje špatným porozuměním řeči, pojmenováním a opakováním slov, ale dobrou plynulostí (fluencí) řeči. Pro tuto formu je typické, že si jedinec svou poruchu řeči neuvědomuje a často se zlobí na druhé. Jedinci užívají množství neologismů, slovních vmetků-embolofrázií a verbálních parafázií, jejich mluvní projev je akcelerovaný, což vytváří dojem inkohereční mluvy. Typická je obsahová chudost. Jedná se o tzv. slovní salát-nesrozumitelný žargon. Vyskytuje se hyperprozodizace mluvního projevu, kdy jedinec akcentuje určité části v promluvě. Objevuje se tzv. logorea neboli nadměrná řeč. Jedná se o lexikálně sémantickou poruchu. U této formy se nejčastěji vyskytují poruchy lexie, zejména selhává porozumění čtenému textu. V písmu se mohou objevovat paragrafie nebo bizardní forma písemné produkce. Tento typ afázie často přechází přes neologický a sémantický žargon do anomického typu (srov. Love, Webb, 2009 in Vitásková, Mlčáková, 2013; Růžička, Bednařík, 2004 in Obereignerů, 2013; Koukolík, 2002).

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) zmiňuje, že **globální** (totální) afázie zahrnuje postižení všech fatických funkcí. Je značně narušena řečová produkce a plynulost řeči. Jedinec není schopen podat obsahovou informaci. Slovní produkce je znemožněna, případně omezena na stálé opakování jedné slovní trosky (perseverace), verbálních stereotypů (automatismů) nebo expresivních nadávek (koprolalie). Také je přítomna těžká porucha porozumění řeči, opakování a pojmenování slov. Typická je přítomnost alexie a agrafie. Tato forma může přetrvávat nebo přejít do obrazu Brocovy afázie (srov. Cséfalvay

2009 in Vitásková, Mlčáková, 2013; Růžička, Bednařík, 2004 in Obereignerů, 2013; Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003).

Koukolík (2002) pojednává o **kondukční** (centrální) afázii, jež se vyznačuje relativně dobrou plynulostí a porozuměním řeči, ale špatným opakováním slov. Objevují se fonemické parafázie a narušeno bývá také pojmenování slov. Tiché čtení bývá v pořádku, ale při hlasitém čtení se mohou objevovat chyby, tzv. paralexie a při psaní na diktát se mohou vyskytovat paragrafie. Mohou se vyskytovat obtíže s porozuměním gramatické a logickým vztahům. Tato forma má dobrou prognózu. Může se buď úplně upravit, a nebo mohou přetrvávat anomická rezidua (srov. Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013; Růžička, Bednařík in Ambler, Bednařík, Růžička a kol., 2008; Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Podle Cséfalvaye, Košťálové a Klimešové (2003) se **transkortikální senzorická** afázie projevuje plynulým řečovým projevem, dobrým opakováním slov i vět, ale narušeným porozuměním řeči. Jedinec produkuje odpovědi bez souvislosti nebo adekvátní obsahové informace. Také je narušeno pojmenování slov. Často se vyskytují neologismy, echolálie, parafázie a mluvní žargon. Lexie bývá celkem v pořádku, ale s narušeným porozuměním čtenému textu. Grafie je narušena více, zejména spontánní grafický projev. Mechanická složka psaní bývá většinou zachována, ale nedochází k porozumění čtenému textu. Prognóza u této formy bývá dobrá. Potíže se mohou plně upravit nebo přejít do formy anomické afázie (srov. Cséfalvay 2009 in Vitásková, Mlčáková, 2013; Růžička, Bednařík, 2004 in Obereignerů, 2013; Koukolík, 2002).

Cséfalvay 2009 (in Vitásková, Mlčáková, 2013) uvádí, že **transkortikální motorická** afázie způsobuje poruchy iniciace řeči. Jedinec nemá snahu spontánně komunikovat, jeho řeč bývá obsahově chudá. Vyskytují se agramatismy, echolálie, převažují jednoslovné odpovědi a jeho mluva je neplynulá. Je narušeno také pojmenování slov. Naopak opakování slov je dobré. Porozumění řeči je také relativně v pořádku. Mohou se však objevovat obtíže s porozuměním složitějších souvětí a logicko-gramatických struktur. Přítomná bývá bradylexie a pomalejší je též grafie. Prognóza bývá také dobrá. Dochází buď k úplnému vymizení příznaků, či k přechodu do anomické afázie (srov. Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013; Neubauer in Neubauer a kol., 2007; Koukolík, 2002).

Podle Růžičky a Bednaříka 2004 (in Obereignerů, 2013) se **transkortikální smíšená** afázie, neboli syndrom izolace řečových zón svým klinickým obrazem podobá globální afázii, avšak s dobře zachovalým opakováním slov či vět. Je tedy narušena plynulost řeči a spontánní produkce řeči. Objevují se řečové stereotypy (slovní automatismy), echolálie a perseverace.

Těžce poškozeno je také porozumění řeči a pojmenování slov (srov. Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013; Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007, Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Koukolík (2002) zmiňuje, že **anomická** (amnestická) afázie se vyznačuje relativně plynulou řečí, která je však přerušována tzv. anomickými pauzami při hledání slov. Porozumění řeči a opakování slov bývá dobré, ale největší obtíže činí pojmenování zejména předmětů a činností. Jedinec má potíže najít ta správná slova z vlastní slovní zásoby (mentálního lexikonu). Mohou se vyskytovat sémantické paragafie a vzácně bývá přítomna také alexie. Tato forma se často vyskytuje jako reziduum po některé předchozí formě afázie (srov. Cséfalvay in Vitásková, Mlčáková 2013; Růžička, Bednařík in Ambler, Bednařík, Růžička a kol., 2008; Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003).

Love a Webb (2009) uvádí, že z důvodu nestálé lokalizace léze u anomické afázie, jež může být přidružena k jinému typu afázie, může jít spíše o difúzní než lokalizované postižení mozku. Může se jednat o stavy po zánětech mozku (encefalitidách), subarachnoidálním krvácení do mozku, kontuzi mozku či intoxikaci mozku.

Podle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) se začátkem 80. let 20. století dělily afázie na fluentní a nonfluentní podle zkoušky konverzační mluvy, kdy za normu bylo považováno 120 slov za minutu.

Také Cséfalvay (in Kerekrétiová a kol., 2009) zmiňuje, že na základě poruchy fluence (plynulosti) řeči je možné podle Bostonské klasifikace dělit jednotlivé typy afázií na fluentní a nonfluentní. **Fluentní** afázie mohou vyústit až do hyperfluencí, při níž jedinec produkuje množství bezúčelných a bezsmyslných slov ve smyslu slovního salátu. Řeč je tzv. „prázdná“, bezobsažná. Jedinec mluví bez většího úsilí, dobře artikuluje, s relativně zachovanou gramatikou a prozodickými faktory. Opakem jsou **nonfluentní** afázie, kdy řeč jedince je velmi zpomalená, špatně artikulovaná, trhaná, nesouvislá a výrazově chudá. Osoba produkuje méně než 50 slov za minutu s velkým úsilím a někdy bývá jeho řeč až telegrafická (srov. Vitásková in Vitásková, Mlčáková, 2013; Růžička, Bednařík in Ambler, Bednařík, Růžička a kol., 2008).

Greenwald (in Nadeau, Rothi, Crosson, 2000) uvádí, že lze rozlišit fluentní a nonfluentní afázie na základě rychlosti řeči, délky frází, tematického zpracování, komunikačního záměru, schopnosti artikulace, prozodie a přiměřenosti a rozmanitosti gramatické formy jazyka.

Rozdělení typů afázie dle fluence řeči je uvedeno v tabulce č. 2 (převzato z Cséfalvy 2009 in Vitásková, Mlčáková, 2013, s. 28).

<b>Fluentní typy afázie</b>	<b>Nonfluentní typy afázie</b>
Wernickeho afázie	Brocova afázie
Transkortikální sensorická afázie	Transkortikální motorická afázie
Konduktivní afázie	Transkortikální smíšená afázie
Anomická afázie	Globální afázie

Tabulka č. 2 Rozdělení jednotlivých typů afázie podle fluence řeči

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) zmiňuje projevy poruch lexie a grafie u jednotlivých typů afázie. U Brocovy afázie se vyskytuje dysfluentní čtení a psaní od praktické alexie a agrafie až po narušené rozpoznávání hlásek a problémy v analýze a syntéze do slov. Pro Wernickeho afázi je typické fluentní čtení i psaný projev, ale dochází k záměnám jednotlivých hlásek i víceslovných obrátů. Tyto obtíže si však osoba neuvědomuje a tudíž je neopravuje. V případě transkortikální motorické afázie jsou projevy podobné jako u Brocovy afázie a u transkortikální sensorické afázie jsou projevy variabilní s Wernickeho afázií. Globální afázie se projevuje praktickou alexií i agrafií. Podobné projevy jako u globální afázie jsou u transkortikální smíšené afázie. U konduktivní afázie se objevují méně závažné projevy dyslexie a dysgrafie a poruchy výkonnosti a anomická afázie je typická mírnými poruchami výkonnosti.

Obereignerů (2013) uvádí, že mezi další klasifikační systémy řadíme Lurijovu klasifikaci, Hrbkovu klasifikaci, Kimlovu klasifikaci a Olomouckou klasifikaci afázií (klasifikaci podle Čecháckové).

Mikešová (in Neubauer a kol., 2007) popisuje, že **Lurijova klasifikace** klade důraz na propojení řeči s dalšími psychickými procesy a se symbolickými funkcemi. Psychofyziologický základ řeči podle Luriji tvoří dynamický funkcionální systém, v němž dochází ke spolupráci smyslových a analyzátorů a vyšších psychických procesů. Podle něj nelze vyšší psychické funkce-gnostické, verbální, praktické, myšlenkové, paměťové, lexikální, grafické a kalkulační chápat izolovaně a samostatně. I když se nacházejí v odlišných oblastech, při probíhajících psychických procesech musí vzájemně spolupracovat.

Jedná se o celostní pojetí poruchy, spolupráci korových a podkorových oblastí. Mluví o tzv. funkčních blocích a kortikálních zónách v mozku, kdy různé symptomy mohou mít různou příčinu. Poškození jakékoli části mozku může vést k rozpadu celého funkčního systému (srov. Lurija, 1982).

Obereignerů (2013) uvádí, že Lurijova klasifikace klade důraz na lokalizaci léze předních nebo zadních oblastí mozku. Zaměřuje se také na narušení simultánních či sukcesivních řečových procesů. Rozlišuje afázii postcentrálních oblastí, kdy se vykytují léze v zadní části mozku a afázii precentrálních oblastí, při níž se objevují léze v přední části mozku. Mezi afázie postcentrálních oblastí se řadí sensorická afázie, akusticko-mnestická afázie, aferentní motorická afázie a sémantická afázie. K afáziím precentrálních oblastí patří dynamická afázie a eferentní motorická afázie.

**Kimlova klasifikace** je syndromologická. Zohledňuje lokalizaci léze a zaměřuje se na patofyziologii poruch základních funkcí řeči. Klade důraz na jednotlivé jazykové deficiency. Označení typu afázie vychází z charakteristiky poruchy. Tato klasifikace se často využívá mezi foniatry. Kiml rozlišuje motorickou, sensorickou a totální afázii. U motorické afázie se vyskytují potíže při verbálním vyjadřování. Jedinec užívá agramatismy, zkomoleniny, jeho artikulace je nepřesná a řeč se tak stává neplynulou a obtížně srozumitelnou. Je narušena také výbavnost slov a dochází k poruchám grafie, lexie a kalkulie. Porozumění řeči je však dobré. Vnitřní řeč je plně nebo částečně uchována. U motorické afázie bývá zachován náhled na poruchu a jedinec se tak snaží neustále opravovat, což často vyúsťuje v podrážděnost. Pro sensorickou afázii je typická porucha porozumění řeči, která je charakteristická neschopností dekodovat význam slov či vět a obtížemi v porozumění verbálním pokynům. Narušeno je také opakování, lexie, grafie, kalkulie, fonemický sluch a dochází i k rozpadu vnitřní řeči. Řeč bývá plynulá, ale nesrozumitelná. Jedná se o tzv. slovní salát. Při totální afázii jsou poškozeny všechny složky řeči. Jedinec se není schopen vyjádřit ani porozumět mluvené řeči. Jediné projevy mohou být neartikulované zvuky či nesmyslná slova. Charakteristický je také rozpad vnitřní řeči a alexie, agrafie a akalkulie (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Mimrová (in Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997) uvádí, že **Hrbkova klasifikace** klade důraz na tzv. řečové, kortikální zóny v mozku. Ty jsou tvořeny komplexem analyzátorů a neuroefektorů a řídí je tzv. integrátory. Hrbkovo dělení afázií vychází z funkce šesti okrsků kůry mozkové. Prvním je proprioceptivně-logestetický okrsek (PL),



který zodpovídá za iniciaci a programování řeči, uchovává paměťové stopy pro řeč, je programátorem vnitřní řeči a centrálním integrátorem fatických funkcí. Při poškození tohoto okrsku vzniká afázie. Druhý proprioceptivně-grafestetický okrsek (PG) se podílí na plánování písma a provádí také transfer logestetických podnětů do zrakové podoby. Při jeho poškození vzniká agrafie. Třetí logomotorický okrsek (LM) řídí výkon mluvené řeči. Pokud je poškozen, vzniká motorická afázie. Narušena je exprese řeči, ale vnitřní řeč i porozumění je v pořádku. Čtvrtý grafomotorický okrsek (GM) zodpovídá za výkon písma. Při jeho poškození vzniká agrafie. Úkolem pátého akustického okrsku (A) je rozumět auditivně prezentované řeči. Pokud dojde k jeho narušení, vzniká senzorická afázie. Šestý optický okrsek (O) se podílí na vnímání a chápání grafických symbolů ve formě písma. Jeho poškozením vzniká alexie. Funkce těchto šest okrsků tak tvoří základní mechanismus řeči, okrsky jsou ve vzájemné souhře a dohromady zabezpečují symbolické funkce. Podle Hrbka se dají základní výkony řeči charakterizovat jako vybavování dynamických stereotypů v různých oblastech a spojeních (srov. Hrbek 1983 in Obereignerů, 2013; Dvořák, 2007; Hart, 1987 in Cséfalvay, Traubner, 1996; Hrnčiarová, Cséfalvay in Lechta a kol., 1990).

**Olomoucká klasifikace** neboli klasifikační systém podle Čecháčkové vychází z Hrbkova pojetí. Zahrnuje kromě vyšetření řeči také vyšetření gnozie, praxie, prostorové a pravolevé orientace. Afázie jsou členěny do pěti typů podle dominující lokalizace léze v určitém mozkovém laloku a na základě typických symptomů. Prvním typem je expresivní afázie, která se vyznačuje sníženou schopností až úplnou neschopností řečového projevu. Mluva je pomalá, nonfluentní, namáhavá, dále se vyskytují parafázie, parafrázie, agramatismy, alexie, agrafie a slovní trosky. Porozumění řeči nebývá porušeno. Léze bývá lokalizována v levém frontálním laloku či v parietofrontálním nebo frontotemporálním pomezí. Druhým typem je afázie integrační, která je charakteristická výskytem Gerstmannova syndromu, který zahrnuje agnózi prstů ruky, poruchu pravolevé orientace, a disociovanou agrafii a akalkulii. Dále se při integrační afázii vykytuje alexie, anomie, poruchy verbální paměti, asomatognozie, opomíjení jedné poloviny těla a bývá také narušeno vnímání tělesného a prostorového schématu (konstrukční apraxie). Porozumění řeči narušeno není. Je poškozena integrační funkce parietálního laloku či parietotemporální a parietofrontální pomezí. Třetím typem je percepční (receptivní) afázie, při níž dochází k poruchám porozumění a dekodování řeči. Dále se objevuje anosognozie (popírání poruchy), agrafie, alexie, aspinxie, neologismy, perseverace, poruchy paměti a emoční poruchy. Mluva bývá

zejména hyperfluentní s překotným tokem řeči až logoreou bez informační hodnoty, ale může se také objevit nonfluentní mluva. Léze se nacházejí v zadní části horního temporálního závitů nebo v temporoparietálním pomezí. Čtvrtým typem je amnestická afázie, která se vyznačuje anomii (neschopností vybavit si slovo a pojmenovat předmět či činnost), sémantickými parafáziemi, cirkumlokacemi, lehčí agrafií a zpomalenou plynulostí řeči, která je narušována pauzami při hledání slov. Porozumění řeči bývá nenarušeno. Anomie vzniká v důsledku léze v oblasti levého temporooccipitálního pomezí. Při současné lézi v parietálním laloku se vyskytuje sémantická anomie. Pátým typem je afázie globální, pro kterou je typické poškození všech kortikálních oblastí. Jedinec nerozumí vnitřní ani vnější řeči a objevují se také poruchy orientace. Jedná se o nejtěžší typ fatické poruchy. Může být trvalá, či přechodná (Čecháčková, 2003 in Vitásková, Mlčáková, 2013).

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) se opírá o **klasifikaci tzv. získaných neurogeních poruch řeči**. Rozlišuje poruchy jazykového systému, do nichž spadá afázie, poruchy motorických funkcí řeči, kde řadí dysartrie a apraxie řeči, poruchy primárních orofaciálních funkcí, jež zastupuje dysfagie a orální dyspraxie a poruchy kognitivních funkcí, do nichž patří kognitivně-komunikační poruchy.

Love, Webb (2009) rozlišují také **subkortikální typy afázií**, které vznikají poškozením thalamu či bazálních ganglií. Thalamická afázie se projevuje mírně narušeným porozumění řeči a pojmenováním (nomií). V mluvě se objevují parafázie, neologismy a perseverace. Opakování je nenarušeno a lexie bývá také v pořádku. Řeč bývá většinou fluentní a může přecházet až do žargonu, ale mohou se vyskytovat také dysfluence a nižší intenzita hlasu. Při afázii v důsledku léze bazálních ganglií se symptomy odvíjí od přesné lokalizace. Existuje více syndromů. Objevuje se narušení produkce řeči, artikulace a vyskytují se také iterace, slabá anomie a přechodně také mutismus. Porozumění řeči a opakování bývá relativně zachováno.

Cséfalvay (in Cséfalvay, Traubner, 1996) uvádí, že klinický obraz afázie může být stabilní, ale také se může měnit kvalitativně či kvantitativně v důsledku léčby nebo kompenzačních mechanismů mozku. Příkladem je častý přechod globální afázie do Brocovy afázie.

## 1.5 Diagnostika

*„Diagnostiku afázie můžeme chápat jako proces sbírání kvantitativních a kvalitativních dat s cílem popsat komunikační schopnost jednotlivce, jeho limity pro vykonávání různých aktivit a porozumět omezením ve společenské participaci“* (Murray, Coppens, 2011 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 90).

Cséfalvay a Košťálová (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) uvádí, že v minulosti byla diagnostika afázie u nás v kompetenci lékařů, zejména neurologů. Diagnostikou afázie se zabývali také foniatři Kiml a Pelikán. Hrbek v roce 1955 vytvořil koncepci kortikálních analyzátorů, na jejímž základě se vyšetřovali jedinci s afázií. Využívaným diagnostickým materiálem bylo také Pražské afaziologické vyšetření vydané Budínovou, Bohmovou a Mimrovou v roce 1964. Lurijovské neuropsychologické vyšetření využívali zejména psychologové na zhodnocení vyšších psychických funkcí. Z Lurijovské metodologie vychází například Klinické vyšetření afázie vydané Cséfalvayem roku 1995, dále Schéma neuropsychologického vyšetření u pacientů s afázií, jež bylo vydáno Mikešovou v roce 2005 či Vyšetření afázie, které vydala Hrnčiarová v roce 2010. V posledních dvou desetiletích 20. století se začali diagnostikou afázií u nás zabývat také kliničtí logopedi. Prvním oficiálně vydaným komplexním testem bylo Vyšetření fatických funkcí vydané Cséfalvayem, Košťálovou a Klimešovou v roce 2002. Roku 2007 Neubauer napsal publikaci Neurogenní poruchy komunikace u dospělých, v níž uvádí diagnostiku získaných neurogenních poruch komunikace. Prvním standardizovaným screeningovým testem byl Mississippi Aphasia Screening Test, který u nás publikovala Košťálová v roce 2008. Mezi novější testy patří například Test pojmenování obrázků vydaný Cséfalvayem a Štenovou v roce 2011 (srov. Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) tvrdí, že v současné době se v rámci diagnostiky získaných neurogenních poruch komunikace klade důraz na mezioborovou spolupráci a diferenciatní diagnostiku.

Cséfalvay (in Kerekrétiiová a kol., 2009) zmiňuje, že logopedická diagnostika se opírá o závěry audiologického, psychologického, fyziatrcko-rehabilitačního, oftalmologického a psychologického vyšetření, ale zejména o závěry neurologického vyšetření a výsledky zobrazovacích metod.

Obenberger (in Neubauer, 2007) uvádí výčet zobrazovacích metod, které se využívají v diagnostice afázií. Jedná se o počítačovou tomografii (CT), magnetickou rezonanci (MR), pozitronová emisní tomografie (PET) a jednofotonová emisní počítačová tomografie (SPECT).

Kulišťák (2003) popisuje počítačovou tomografii jako metodu, jež zobrazuje strukturu jednotlivých tkání prostřednictvím rentgenového záření. Rentgenové záření je detektorem detekováno a převedeno na elektrický signál, který je analyzován počítačem. Dále uvádí, že podstatou magnetické rezonance je změna magnetických vlastností tkání vlivem jejich umístění do silného stálého magnetického pole. Pozitronovou emisní tomografií chápe jako neinvazivní postup, jehož základem je měření metabolické aktivity buněk lidského těla prostřednictvím detekce záření, jež vychází z radiofarmak, která jsou klientovi podána.

Cséfalvay a Košťálová (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) dělí diagnostické postupy, kterými můžeme vyšetřit komunikační schopnosti do pěti kategorií. Jedná se o screeningové testy, komplexní testy, jež hodnotí jazykové deficity na úrovni slov, vět a textu, specifické testy, testy hodnotící funkcionální komunikaci-schopnost komunikovat v běžných situacích a testy hodnotící kognitivní deficity. Výběr testů je závislý na cíli vyšetření.

Podle Cséfalvaye 2007 (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) je na základě výše uvedených testů možné zodpovědět otázky typu:

„Má daná osoba afázii?“

„Jedná se o čistou afázii nebo se vyskytuje i jiná porucha řeči (dysartrie či apraxie řeči)?“

„Jak velký je rozsah poruchy?“

„O jaký klinický syndrom afázie se jedná?“

„Které jazykové roviny jsou zasaženy?“

„Jak ovlivnily jazykové deficity komunikaci v běžném životě?“

„Byly zasaženy i některé kognitivní funkce?“

Obereignerů (2013) uvádí, že **screeningové testy** se využívají v akutní fázi afázie a slouží pro rychlé posouzení daného stavu. Je možné je využít přímo na neurologických jednotkách. Výhodou je rychlá administrace. Na české a slovenské podmínky byl adaptován Cséfalvayem roku 2006 Aphasia Schnell Test (AST) a v roce 1999 Preiss uvedl experimentální verzi Aphasia Screening Testu. Standartizován pro české účely byl Košťálovou v roce 2008 Mississippi Aphasia Screening Test (MAST), jež vydal

Nakase-Thompson v roce 2002. V zahraničí se dále využívá Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) publikovaný Enderbyovou roku 1987, Acute Aphasia Screening Protocol (AASP), jež vydal Crary 1989, Aachen aphasia bedside test (AABT) z roku 1992, jehož autorem je Biniek, Bedside Evaluation Screening Test (BEST-2), jež zhotovil West roku 1998 či ScreeLing publikován Doesborgh v roce 2003.

**Aphasia Screening Test (AST)** hodnotí jazykové schopnosti i nelingvistické projevy, např. opomíjení části zrakového pole, dyspraxii, poruchy pravolevé orientace či dysgnozii tělesného schématu. Test v rámci 14 kategorií obsahuje 32 položek. Administrace testu trvá 10 minut (Preiss, Neubauer, Preissová, Tilšerová 1999 in Neubauer a kol., 2007).

**Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)** byl zhotoven, aby sloužil k rychlé diagnostice v akutním stádiu poruchy, ale praktické zkušenosti ukazují, že je vhodnější jej použít až v postakutní či chronické fázi afázie. Jeho administrace trvá jen 5-15 minut. Patří mezi nejrozšířenější screeningové testy. Formulář testu umožňuje dvojí vyšetření, s jehož pomocí lze sledovat progresi, regresi či stabilizaci výkonu. Test je členěn na devět subtestů, mezi něž patří automatická řeč, pojmenování, opakování, fluence při popisu fotografie, psaní na diktát, rozumění alternativním otázkám, rozumění slovu, rozumění mluvené instrukci a rozumění čtené instrukci. Výsledky jsou hodnoceny pomocí tří ukazatelů. Jedná se o index produkce (IP), index slovního porozumění (IR) a celkový jazykový index (CJI). Maximálně je možné dosáhnout 100 bodů. Normy jsou vytvořeny podle stupně vzdělání a podle věku (Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Obereignerů (2013) zmiňuje, že **komplexní testy** afázie se využívají ve stádiu ustálení poruchy, tedy v rámci několika týdnů až měsíců. Jsou vhodné i u jedinců v chronickém stádiu poruchy. Nutným předpokladem je schopnost spolupráce. Komplexní testy se kromě hodnocení řečových funkcí (spontánní řeč, porozumění, opakování, pojmenování), lexie, grafie, kalkule a praxie mohou zaměřit také na exekutivní a vizuoprostorové funkce, paměť a pozornost. Patří zde Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), Western Aphasia Battery (WAB), Lurijovo neuropsychologické vyšetření či Pražské afaziologické vyšetření.

**Western Aphasia Battery (WAB)** se dělí na osm subtestů. První až čtvrtý subtest se zaměřuje na receptivní a expresivní složku řeči. Konkrétně se jedná o spontánní řeč, verbální

porozumění, opakování a pojmenování. Další subtesty hodnotí čtení, psaní, apraxii, konstrukční schopnosti a početní schopnosti. Hodnocení každého subtestu je pomocí desetibodové stupnice. Koeficient afatičnosti (AQ) se vypočítá na základě prvních čtyř subtestů a výkonový kvocient (PQ) na základě zbylých subtestů. Jejich sečtením se získá celkový kortikální kvocient (CQ). Administrace celého testu trvá 90 minut (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003).

**Boston Diagnostic Aphasia Examination** (BDAE) hodnotí percepční modalitty (sluchovou, vizuální, gestikulační), proces zpracování (porozumění, analýzu, řešení problémů) a modalitty pro odpověď (psaní, artikulace, manipulace). Výsledkem jsou percentilové hodnoty (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003).

Obereignerů (2013) popisuje, že **Lurijovo neuropsychologické vyšetření** hodnotí řeč, čtení, psaní, počítání, paměť, intelektové, motorické, audiomotorické, kožní, kinestetické a zrakové funkce. V rámci impresivní složky řeči posuzuje fonemický sluch, chápání slov, jednoduchých vět a logicko-gramatických struktur. Expresivní složka řeči se zaměřuje na hodnocení artikulované a reprodukováné řeči, nominativní a expresivní funkce řeči.

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) uvádí, že **Pražské afaziologické vyšetření** vydané roku 1964 autorkami Budínovou, Bohmovou a Mimrovou patří také mezi komplexní testy afázií. Hodnotí spontánní řeč, opakování, porozumění mluvenému slovu, pojmenování, automatické řady, zpěv, čtení, počítání ústní, počítání písemné, kreslení a psaní.

Mezi **specifické testy** je řazen **Token Test**, který je zaměřen na auditivní porozumění a verbální krátkodobou paměť. Test obsahuje 20 žetonů dvou tvarů (kruh, čtverec), dvou velikostí (malé, velké) a pěti barev (červená, zelená, žlutá, modrá, bílá). Token Test má pět částí. Úkolem je na základě pokynu ukázat na daný geometrický tvar, dané velikosti a barvy. Jedinec dostává instrukce se stoupající obtížností. Pokud jedinec selhává už v prvních dvou částech, jedná se o těžkou poruchu porozumění (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Mezi specifické testy je řazen také **Boston Naming Test** (BNT). Jedná se o test pojmenování obrázků, jehož cílem je pojmenovat obrázky běžných objektů. Kratší verze obsahuje 15 obrázků a delší verze 60 obrázků (Kulišťák in Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997).

Cséfalvay a Košťálová (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) řadí mezi **testy hodnotící funkcionální komunikaci** a konverzaci, tedy schopnost komunikace v běžných každodenních situacích například **Communicate Activities of Daily Living (CADL-2)**. Jedná se o řešení úkolů z běžného života (návštěva lékaře, nakupování, telefonování). Jedinec může použít mluvenou řeč, gesta, ukazování či psaní nebo kreslení. Dalším testem je **Dotazník funkcionální komunikace (DFK)** vydaný Košťálovou v roce 2012. Hodnotí se čtyři subtesty-bazální komunikace, sociální komunikace, čtení a psaní a orientace a čísla v životě. Každý obsahuje pět položek, které se hodnotí stupnicí 0-5 (0-bez poruchy, 5- žádný výkon). Maximální dosažené množství je 100 bodů.

Topinková 1999 (in Neubauer a kol., 2007) uvádí, že mezi **testy hodnotící kognitivní deficit** se řadí například **Mini Mental State Examination (MMSE)**. Jedná se o 30 otázek a činností. Zaměřuje se na orientaci, okamžitou paměť a výbavnost, pozornost, fatické funkce, gnosi a praxii. Maximální dosažené množství bodů v tomto testu je 30 bodů. Zisk méně než 20 bodů značí poruchu kognitivních funkcí. Dalším testem je **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**, jež se zaměřuje na vizuokonstrukční schopnosti a exekutivní funkce, jazykové funkce, paměť, pozornost a koncentraci, koncepční myšlení, počítání a celkovou orientaci. Maximální zisk bodů je 30. Norma je 26 a více bodů. Patří zde také **CLOCK TEST** neboli Test kreslení hodin. Úkolem je nakreslit ciferník hodin a určit polohu ručiček. Test hodnotí paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti, představivost a jemnou motoriku.

Cséfalvay a Košťálová (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) zmiňují, že mezi další testy sloužící k diagnostice afázie, jež jsou užívány v našich zemích, patří Vyšetření fatických funkcí (VFF) autorů Cséfalvaye, Košťálové a Klimešové z roku 2002 a Diagnostika afázie, alexie, agrafie (DgAAA) stejných autorů vydaná roku 2003.

Cséfalvay, Košťálová a Klimešová (2002) uvádí, že **Vyšetření fatických funkcí (VFF)** je klinickým vyšetřením, které má šest částí, a to vyšetření spontánní řečové produkce, porozumění mluvené řeči, schopnost reprodukovat slova a věty, vyšetření nominativní funkce řeči, vyšetření čtení a psaní.

**Diagnostika afázie, alexie a agrafie (DgAAA)** se zaměřuje na vyšetření porozumění mluvené řeči, v němž se hodnotí porozumění slovům, větám, textu. Dále na hodnocení produkce řeči formou pojmenování obrázků a opakování slov a vět. Hodnotí se také čtení a psaní slov, vět a textu (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003).

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) se při vyšetření získaných neurogenních poruch řeči zaměřuje na výskyt poruch fatických funkcí, poruch lexie, grafie, kalkulie, praxie horních končetin, orální praxie, poruch motorických řečových funkcí a kognitivně-komunikačních poruch. V rámci hodnocení fatických funkcí se zaměřuje na spontánní řeč, plynulost řeči, pojmenování, opakování, porozumění řeči, slovní řady a zpěv. Při hodnocení poruch lexie, grafie, kalkulie a praxie sleduje výkon ve čtení, psaní, kreslení, počítání, praxii horních končetin a orální praxii. U motorických řečových funkcí hodnotí respiraci, fonaci, nazalitu, artikulaci, řazení hlásek a slabik a artikulační neobratnost. U kognitivně-komunikačních funkcí zkoumá mnestické funkce, prostorové vnímání, prozódii a extralingvistické poruchy.



## 2 TERAPIE AFÁZIE A METODICKÉ MATERIÁLY

Druhá kapitola diplomové práce v úvodní části pojednává o terapii, prevenci a prognóze afázie a dále popisuje metodické materiály, které se vykytují na našem území a jsou využívány při logopedické intervenci u osob s afázií.

### 2.1 Terapie

Cséfálvay (in Cséfálvay, Traubner, 1996) tvrdí, že potřeba cílené a systematické terapie afázie nastala po druhé světové válce, kdy došlo ke zvýšení počtu osob s ložiskovými lézemi mozku a následně vzniklými poruchami symbolických funkcí.

*„Mimořádný rozvoj terapeutických směrů nastal v posledních třiceti letech minulého století, kdy se o terapii afatiků začali zajímat i neuropsychologové, neurolingvisté, foniatři, logopedi a jiní“* (Klenková, 2006, s. 84).

Papathanasiou a Coppens (in Papathanasiou, Coppens, Potagas, 2013) uvádí, že v druhé polovině 20. století se v rámci terapie afázií vycházelo ze symptomatologie. Cílem terapie bylo zmírnění či odstranění vzniklých příznaků.

Podle Peutelschmiedové (in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005) je terapie afázie složitým, systematickým, intenzivním a dlouhodobým procesem, jež je závislý nejen na rozsahu, lokalizaci léze a věku pacienta, ale zejména na postoji pacienta k léčbě a spolupráci jeho okolí.

**Terapie** afázie by měla být tedy systematicky cílená, strukturovaná po jednotlivých krocích, adaptovaná na každého klienta a intenzivní- trvající v rozmezí 18-25 hodin týdně (Heroutová in Klenková a kol., 2007).

Obereignerů (2013) zmiňuje, že terapie afázie je v současné době **týmovou záležitostí** mnoha odborníků. Logopedická péče je zaměřena na dosažení maximálních schopností komunikace a obnovování sociálních vazeb. Psychologové se orientují na vyrovnání dané osoby se vznikem afázie a neuropsychologové podporují obnovu narušených kognitivních funkcí. Psychiatrická péče zajišťuje osobám s afázií farmakologickou podporu a fyzikální terapie pomáhá při rehabilitaci poškozených motorických funkcí.

Také Heroutová (in Klenková a kol., 2007) uvádí, že komplexní terapie afázie zahrnuje kromě logopedické terapie, jež se zaměřuje na řečové a jazykové deficity, i psychologické

působení, které se orientuje na verbální paměť a pozornost a fyzioterapii, jež pomáhá rozvíjet orofaciální motoriku. Vedoucím týmu pečujícího o afatického klienta je vždy neurolog.

Terapie afázií je závislá na neurologickém stavu klienta. Je postavena na kvalitní diagnostice a důležitou roli hraje zejména její včasné zahájení (Vitásková in Vitásková, Mlčáková, 2013).

Při afázii dochází k dezintegraci psychických funkcí. Cílem logopedické intervence je tedy přestavba narušených funkcionálních systémů a konstrukce nových funkcionálních systémů (Peutelschmiedová in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005).

Byng a Duchan (in Byng, Duchan, Pound, 2007) zdůrazňují, že je podstatné vytvořit zejména vhodné podmínky k terapii a zapojit také rodinu do terapeutického procesu. Cílem terapie je pak stimulovat jazykové a řečové schopnosti klienta s afázií.

Z hlediska délky trvání se člení afázie na **fázi akutní, subakutní a chronickou**. Fáze akutní trvá 4-6 týdnů od vzniku poškození mozku. Fáze subakutní trvá do jednoho roku po vzniku poškození mozku a za fázi chronickou se označuje afázie, která trvá déle než jeden rok (Kejklíčková, 2011).

Cséfalvay (in Kerekrétiová a kol., 2009) uvádí, že u některých typů afázie, může dojít ke spontánní úpravě, vlivem ústupu perifokálního edému a nástupu kompenzačních mechanismů mozku.

Terapie v akutní fázi je intenzivní a individuální a zaměřuje se na aktivizaci porozumění řeči, stimulaci tvorby řeči a tlumení nežádoucích automatismů. V subakutní a chronické fázi se terapie již orientuje na aktivaci spontánního mluvního projevu, komunikační cvičení a nácvik mluvení, porozumění, čtení, psaní a výbavnosti (Schuler, Oster, 2010).

Písecká (in Lukáš, Žák a kol., 2014) zmiňuje, že v akutní fázi je důležité se také zaměřit na dotekovou terapii, jejímž cílem je taktilní stimulace a uvědomění si vlastního těla. V subakutní a chronické fázi je využívána jak skupinová tak individuální terapie a významnou roli hraje také spolupráce rodiny při pravidelných domácích cvičeních.

Také Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí, že v akutní fázi terapie je využívána intenzivní individuální terapie, která je orientována na obnovení narušených fatických funkcí. V chronické fázi se využívá kromě individuální terapie, která se orientuje na ty druhy komunikace, u kterých je možné očekávat zlepšení, také skupinová terapie, která je zaměřena na obnovu sociálních vazeb. Významnou roli hraje v chronické fázi poruchy

zejména rodina, která může pravidelným domácím logopedickým cvičením napomoci ke zlepšení stavu klienta.

Huber, Springer, Willmes 1993 (in Cséfalvay a kol., 2007) popisují tři fáze terapie afázie. V první aktivační fázi je pozornost zaměřena na obnovení narušených funkcí prostřednictvím přímé a nepřímé stimulace. Ve druhé symptomově-specifické fázi je cílem reedukce narušených lingvistických schopností a reaktivace narušených jazykových modalit. Jedná se o funkční reorganizaci narušeného systému prostřednictvím lingvistických přístupů. Třetí konsolidační fáze je orientována na doplnění a udržení získaných lingvistických schopností v předchozí fázi pomocí tréninku konverzace či používání gest.

Cséfalvay (in Kerekrétiová a kol., 2009) zmiňuje **dva hlavní směry**, které převažují při terapii afázie. Jedná se o:

- 1) **terapii specifických jazykových deficitů neboli kognitivně-neuropsychologický přístup**, jež se zaměřuje na identifikaci a obnovení poškozených funkcí-expressi, porozumění řeči, čtení či psaní
- 2) **terapie funkcionální neboli pragmaticky orientované**, které se orientují na každodenní komunikaci v přirozeném prostředí. Cílem funkcionální terapie je, aby slova, která byla používána v terapii, mohl klient ihned využít v komunikaci s konverzačním partnerem a dorozuměl se.

Při pragmatické terapii hraje důležitou roli u klienta s afázií prožití pocitu úspěchu z konverzace s komunikačním partnerem, jež je pro něj motivačním faktorem (Heroutová in Klenková a kol., 2007).

Mezi **techniky využívané v rámci terapie specifických jazykových deficitů** se řadí **melodicko-intonační terapie** (MIT), která se zaměřuje na pravou hemisféru a využívá vlivu melodie a rytmu na řeč (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009).

Další technikou, která se zaměřuje na terapii specifických jazykových deficitů je **terapie na blokování perseverací** (TAP). Cílem TAP je nácvik nejrůznějších komunikačních strategií, pomocí nichž se snaží terapeut dostat perseverace klienta s afázií pod vědomou kontrolu (Heroutová in Klenková a kol., 2007).

Mezi **techniky využívané v rámci pragmaticky orientovaných terapií** se řadí intervenční **program PACE**, který pomáhá osobám s afázií zefektivnit jejich komunikaci. Zaměřuje se na využívání všech komunikačních modalit v rámci konverzace. Patří mezi ně mluvení, gesta, písmo či kresba. Cílem je, aby příjemce dané informaci porozuměl (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009).

Další technikou, jež patří do pragmaticky orientovaných terapií je **konverzační trénink**, který se snaží, aby klient s afázií využil kompenzační komunikační strategie při vysílání informace (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

### Melodicko-intonační terapie (MIT)

Jako první se pokusili využít zpěv při terapii afázie Albert, Helmová a Sparks již roku 1973. Mezi klienty, kteří jsou vhodní pro melodicko-intonační terapii, patří klienti s lézí v předních oblastech frontálního laloku, s nonfluentní afázií a s lehkými až středně těžkými poruchami porozumění. Melodicko-intonační terapie je rozdělena na tři na sebe navazující úrovně. První a druhá fáze je zaměřena na intonaci běžných krátkých trojslabičných frází, které jsou dobře odezíratelné. Terapeut sedí proti klientovi, aby mohl dobře odezírat. Při intonaci drží terapeut levou ruku klienta a pohybuje s ní podle rytmu. V první fázi má klient bezprostředně opakovat fráze hned po terapeutovi. Ve druhé fázi má již produkovat fráze po určité latenci. Ve třetí fázi má již klient intonovat složitější slova a věty. Terapeut se v této fázi snaží, aby intonovaná fráze se co nejvíce podobala intonaci mluvené řeči (Heroutová in Klenková a kol., 2007).

### Terapie na blokování perseverací (TAP)

Vzhledem k tomu, že perseverace (ulpívání) je jedním z nejčastějších symptomů afázie, vznikla terapie, která se přímo na tyto perseverace zaměřuje. Jedná se o TAP, v níž se terapeut snaží zaměřit pozornost klienta na tyto perseverace a nacvičovat různé strategie, pomocí kterých se snaží dostat perseverace pod vědomou kontrolu. Tímto se frekvence perseverací během řečové produkce sníží. Tuto terapii rozpracovali Helmová-Estabrooksová, Emeryová a Albert v roce 1987. V rámci TAP se využívají reálné předměty a obrázky, které má klient pojmenovat. Cílem klienta je pojmenovat 38 předmětů či obrázků s maximálně čtyřmi perseveracemi, snížit tak výskyt perseverací a zlepšit spontánní verbální produkci. Hodnotí se schopnost správného pojmenování předmětů či obrázků bez pomoci nebo s pomocí terapeuta a výskyt perseverací (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996).

### PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness)

Autory programu PACE jsou Davis a Wilcoxová, kteří jej vytvořili v roce 1985. Program je založen na zlepšení efektivity komunikace klientů s afázií, ke které dochází během konverzace prostřednictvím vzájemné výměny nových informací mezi terapeutem a klientem. Je využívána sada obrázků, které fungují jako stimuly konverzace. Jedná se o předměty denní potřeby i dějové obrázky. V rámci programu PACE dochází ke vzájemné výměně rolí komunikačních partnerů. Cílem je, aby posluchač porozuměl informaci, kterou mluvčí vyslal. Posluchač vyjádří pomocí zpětné vazby, zda danou informaci pochopil či nikoli. Klient má v roli mluvčího možnost libovolného výběru komunikační modality (mluvení, psaní, kresbu či gesta). Mezi mluvčím a příjemcem probíhá také výměna nové informace tím způsobem, že obrázek vidí pouze ten, který o něm bude k ostatním hovořit. Cílem je, aby se klient dozvěděl nějakou novou informaci. Sleduje se způsob a kvalita přenosu informace mluvčím a porozumění příjemce. Program PACE je možné využít u všech typů afázie při individuální, ale zejména při skupinové terapii (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003).

### Konverzační trénink

Autorkou konverzačního tréninku je Hollandová. Vypracovala jej roku 1997. Cílem konverzačního tréninku je využití kompenzačních komunikačních strategií při vysílání informace. Nejdříve dochází k přípravě scénáře, který se skládá z 6-8 vět. Jedná se o klíčová slova a věty, které klient může využít, pokud nastane překážka při vysílání zprávy. Poté probíhá nácvik scénáře a po mnohačetných opakováních je pozván příbuzný, který daný scénář nezná. Úkolem klienta je zopakovat daný scénář komunikačnímu partnerovi. Pokud se vyskytnou obtíže, logoped pomáhá klientovi ujasňujícími otázkami pokračovat v komunikaci. Komunikace se zaznamenává na videozáznam a poté se analyzuje (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

Mezi další terapie využívané u klientů s afázií patří terapie, jež využívá **neverbální komunikační prostředky**. Tato terapie se aplikuje zejména u osob s globální afázií. V rámci terapie jsou používány gesta, symboly, piktogramy, kresba či vizuálně-akční terapie (Neubauer in Neubauer, Dobias, 2014).

Také Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) zmiňuje, že u těžkých typů afázií se využívají různé formy augmentativní komunikace.

Mezi **psycholingvisticky orientované terapie**, které kladou důraz na obnovování řeči prostřednictvím vzájemného působení všech složek řeči-exprese, porozumění, čtení, psaní je možné zařadit metodické materiály Truhlářové (1984) a Mimrové (1997). Využívají bohatého obrazového a názorného materiálu, který vychází z běžně frekventované slovní zásoby (Neubauer in Neubauer, Dobias, 2014).

Individuální psycholingvisticky orientovaná terapie využívá **počítačové programy**, v rámci kterých je trénováno čtení, psaní, exprese i porozumění za využití vizuálního, sluchového a taktilního vnímání. V rámci této terapie se využívá vzájemného propojení jednotlivých činností. Příkladem počítačového programu, který je využíván u osob s afázií je program MENTIO (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

K **neurolingvisticky orientovaným terapiím** na úrovni vět se řadí program HELPSS, který vypracovala Helmová-Estabrooksová v osmdesátých letech minulého století. Je založen na modelování a opakování. Klient opakuje věty a doplňuje je do příběhu. Dále mezi neurolingvisticky orientované terapie patří Program vizuálních klíčů Van de Sandt-Koendermana. Klientovi je předloženo při popisu obrázku vizuální schéma věty, podle něhož má vytvořit cílovou větu (Marková in Cséfalvay a kol., 2007).

Neubauer (in Neubauer, Dobias, 2014) uvádí, že **fonematically-vizuální stimulační terapie** je zaměřena na stimulaci orální praxe, napodobování postavení mluvidel či napodobování hlásek. Využívá se u klientů s globálními či smíšenými afáziemi a u klientů s těžkými motorickými afáziemi se současnou orální dyspraxií.

Při terapii afázií se využívají také vysoce **automatizované formy řeči**. Automatismy jsou sdělení, které ke své produkci vyžadují minimum volního úsilí. Jedná se o abecedu, dny v týdnu, měsíce v roce, řadu čísel, básně či známé písně (Košťálová in Cséfalvay a kol., 2007).

Cvetková 1985 (in Cséfalvay, Traubner, 1996) uvádí, že **Lurijovský terapeutický přístup** je zaměřen na obnovování vyšších psychických funkcí, který vychází z toho, že při poškození mozku se psychické funkce nerozpadávají, ale nastává jejich dezintegrace. Také upozorňuje na to, že při lézi určité části mozku může nastat dezintegrace většího množství funkcionálních systémů.

*„Požadavky na metody obnovování psychických funkcí formuluje Cséfalvay takto: musí být adekvátní mechanismu poruchy, nemají působit přímo na poruchu, mají být zprostředkované pomocí jiných psychických procesů (pokud působíme na řeč) a mají mít systémový charakter (nemají působit pouze na izolované funkce)“ (Heroutová in Klenková a kol., 2007, s. 104).*

V rámci tohoto přístupu tak dochází jednak k přestavbě stávajících funkcionálních systémů, které se účastní současné realizace narušené funkce a jednak ke konstrukci nových funkcionálních systémů, kdy se zapojují nové články, které se na realizaci narušené funkce dosud neúčastnily (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Mikešová (in Neubauer a kol., 2007) zmiňuje, že východiskem Lurijovské terapie je stanovení centrálního defektu, jež je příčinou vzniklých potíží. Cílem terapie je zmírnění či překonání centrálního defektu, čímž dojde také k regresi řečových potíží. Při terapii je pozornost zaměřena nejen na řečové obtíže, ale také na gnostické, mnestické, praktické, lexikální, grafické, kalkulické, motorické a psychické potíže.

Heroutová (in Klenková a kol., 2007) zmiňuje **angloamerické terapie** afázií, mezi něž patří „Aphasia Therapy“, jež vychází z neurologických a neurolingvistických poznatků. Orientuje se na pravou hemisféru a využívá gest a symbolů. Další terapií je „Language-Oriented Treatment“, jejíž podstatou je stanovení individuálního terapeutického plánu podle úrovně jazykové poruchy klienta. Obě výše zmíněné terapie chápou afázií jako poruchu různých modalit jazyka, při které dochází k narušení výkonnosti a organizace tohoto procesu. Tyto terapie jsou tedy zaměřeny na reorganizaci výkonnosti narušeného jazykového systému.

V rámci terapie afázií je využívána **individuální i skupinová terapie**. Cílem skupinové terapie je zbavit klienta strachu z řeči, prolomit izolační bariéru a motivovat jej ke komunikaci (Hrnčiarová, Cséfalvay in Lechta a kol., 1990).

V rámci skupinové terapie by nemělo být přítomno více než šest klientů s afázií. Důležité je, aby terapeut-facilitátor připravil témata, která budou předmětem konverzace, podporoval diskuzi mezi členy skupiny a jejich pozitivní naladění (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

Cséfalvay, Košťálová a Klimešová (2002) uvádí, že se může jednat o aktuální témata, hraní rolí či simulaci reálných situací. Dále jsou využívány také fotografie rodiny, známých míst či známých osobností nebo různé společenské hry. Klienti mohou využívat kteroukoli

komunikační modalitu. Skupinová terapie stimuluje interakci mezi jednotlivými členy a posiluje jejich pragmatické dovednosti.

Podle Heroutové (in Klenková a kol., 2007) je v zahraničí kladen důraz zejména na skupinovou terapii a funkcionálně orientovanou terapii.

Obereignerů (2013) uvádí, že při terapii afázií se využívají mnohé **pomůcky**. Jedná se o obrazový materiál, audiovizuální záznamy, nejrůznější počítačové programy, ale také komunikátory nebo Biofeedback.

Kutálková a Palodová (2007) zmiňují, že afatickými klienty jsou zejména lidé středního a staršího věku, proto je nutné, aby pomůcky, zejména obrázky, byly přizpůsobeny věku, vzdělání a zájmům každého klienta s afázií.

Kejklíčková (2011) popisuje, že při terapii afázie je využívána rovněž **muzikoterapie**, při níž si klient pomocí předezpívané melodie dokáže vybavit slova či **arteterapie**, která využívá kresbu jako komunikační prostředek. Jejich cílem je dosažení komunikační pohody u klientů s afázií (srov. Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007; Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Jsou známy také pokusy využívat **farmakologické přípravky** k léčbě osob s afázií. Tyto pokusy mají již dlouhou historii, ve které bylo zjištěno, že verbální fluenci a verbální paměť je možné ovlivnit působením na specifické neurotransmitterové systémy. Takové léky mají však pouze sekundární nespecifický přínos pro jazyk a řeč a mohou být tedy jen doplňkem tradičních terapeutických metod afázie (Love, Webb, 2009).

V rámci terapií afázií se uskutečňují také **rekondiční pobyty**, během kterých je zajištěna péče o klienty prostřednictvím týmové spolupráce odborníků, jež se podílejí na terapii. Jedná se o lékaře, klinického logopeda, klinického psychologa, fyzioterapeuta, ošetřovatelský personál a mnohé další pracovníky (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Cílem každého logopeda je v rámci terapie afázií dosažení co nejvyšší možné míry komunikační schopnosti klientů s afázií (Kejklíčková, 2011).



Mezi **zásady komunikace** s klienty s afázií se řadí trpělivost při komunikaci, partnerský přístup-rovnocennost a chápavost k jejich potřebám. Důležité je mluvit jasně, klidně, srozumitelně. Je třeba, aby se shodovala verbální komunikace s neverbální komunikací (Kelnarová, Matějková, 2014).

## 2.2 Prevence a prognóza

**Prevence** vzniku afázie souvisí s prevencí onemocnění, v důsledku kterých se afázie rozvíjí. Je tedy v kompetenci lékařů. Při prevenci vzniku cévních mozkových příhod hraje důležitou roli včasná diagnostika a léčba vysokého krevního tlaku, cukrovky a obezity (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009).

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) zmiňuje, že v rámci prevence vzniku těchto onemocnění je důležité dbát na zdravý životní styl. Dodržovat správnou životosprávu, mít dostatek pohybu a vyvarovat se stresu a nezdravých návyků, mezi které patří alkohol, drogy a kouření.

Podle Kejklíčkové (2011) **prognóza** závisí na příčině poruchy, rozsahu, lokalizaci léze, typu a stupni afázie a délce trvání poruchy. Svou roli hraje také sociální zázemí klienta, jeho věk, vzdělání, inteligence, osobnost klienta a zejména jeho motivace k terapii.

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí, že lepší prognózu mají pacienti s expresivní či integrační afázií. Horší prognózu mají naopak klienti s percepční a globální afázií.

## 2.3 Metodické materiály

V této podkapitole se autorka diplomové práce věnuje popisu vybraných nejužívanějších metodických materiálů určených pro logopedickou intervenci klientů s afázií, které jsou dostupné na našem území.

Terapeutické materiály jsou řazeny vzestupně podle roku vydání. V současné době je při terapii klientů s afázií často používán program MENTIO, jež je do této podkapitoly zařazen také. Součástí podkapitoly je i popis cvičení, která se orientují na rozvoj kognitivních funkcí autorek Suché, Jarolímové a Mátlové (2015), jež se dají při logopedické intervenci u klientů s afázií také využít.

### **2.3.1 Obrázkový slovník pro afatiky**

Marie Truhlářová poprvé uvedla na trh Obrázkový slovník pro afatiky již v roce 1973. Nejnovější verze pochází z roku 1984. Podle autorky bylo hlavním cílem tvorby Obrázkového slovníku pro afatiky poskytnout vytvořený metodický materiál odborným pracovníkům, kteří přichází do styku s klienty s afázií. Vytvořený metodický materiál je možné využít při diagnostice i terapii těchto osob. Klade důraz zejména na individuální užití u každého klienta s afázií s ohledem na rozsah a stupeň jeho poruchy (Truhlářová, 1984).

Metodický materiál obsahuje celkem 103 pracovních listů. Jeden pracovní list se samohláskami, 5 pracovních listů s číslicemi a 97 obrázků, které jsou řazeny do 16 skupin. Skupiny jsou označeny římskými číslicemi I.–XVI. Jednotlivé skupiny jsou zaměřeny na samohlásky, číslice, části lidského těla, dům a jeho části, vybavení bytu, oblečení, různé potřeby a osoby, druhy jídel a nápojů, ovoce, zelenina a luštěniny, dopravní prostředky, zvířata, hmyz a plazi, květiny a stromy, barvy, činnosti, kontrasty, popis děje. Autorka doporučuje začínat nejdříve obrázky předmětů a dále postupovat ke složitějším dějům. Obrázkový slovník pro afatiky lze využít při terapii afázie mnohými způsoby podle závažnosti poruchy. Je možné jej použít při terapii v akutním i chronickém stádiu. Zaměřuje se na nácvik nomie, gnozie, lexie, grafie, upevnění spojení mezi předmětem, obrázkem a slovem, rozvoj slovní zásoby a na gramaticky správný způsob tvoření vět. Obrázky věrně vystihují podstatu předmětu či děje, jsou velké a barevné, ale některé již nejsou v současné době aktuální, jedná se například o obrázky rádia či televize (Truhlářová, 1984).

### **2.3.2 Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie**

Autorkou terapeutického materiálu, který nese název Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie je Milada Mimrová, která jej vytvořila roku 1998. Metodický materiál je určen pro osoby se získanou ztrátou řečových schopností z důvodu poškození mozku a je orientován zejména na morfologicko-syntaktickou jazykovou rovinu. Některá cvičení jsou zaměřena také na trénink pozornosti, paměti a zrakového vnímání (Mimrová, 1998).

Metodický materiál byl vytvořen jako doplněk k publikaci Afázie (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997), v níž je uvedeno jak s danými cvičeními pracovat. Na začátku terapeutických materiálů jsou obsaženy obrázky, jež slouží k terapii nomie. Další cvičení jsou zaměřena například na orientaci v čase, prostoru, na přiřazování obrázků ke slovům, doplňování hlásek, slabik do slov, tvorbu vět na daná slova, dokončování příběhů,

artikulační cvičení zaměřená na dodržování délky samohlásek, cvičení na tvorbu záporných vět z kladných vět, cvičení na tvorbu správného gramatického tvaru podstatných jmen, zájmen či sloves, přiřazování antonym a synonym, opravování chyb v textu, vyhledávání informací v textu, identifikaci překrytých obrázků, obtahování kontur, cvičení na kalkuli apod. Terapeutické materiály je možné využít individuálně podle potřeb klienta tak, aby pro něj byly splnitelné. V průvodním textu popisuje jednotlivé úkoly a poskytuje náměty k podobným cvičením. Upozorňuje na skutečnost, že v iniciační fázi poruchy je nutné propojit tvorbu slov a vět s názornými obrázky a doporučuje do terapie zařadit úkol, jež bude zaměřen na souvislé vyprávění o rodině či zálibách klienta s afázií (Mimrová, 1998).

### **2.3.3 Textová a obrázková cvičebnice**

Čecháčková (1998) uvádí, že vytvořený terapeutický materiál Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí-afázií slouží jako námět, jak s klienty s afázií pracovat. Lze jej přizpůsobit vzhledem k potřebám každého klienta a mohou jej využívat jak logopedi, tak i rodinní příslušníci v akutní i chronické fázi poruchy.

Čecháčková (1998) popisuje, že Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí-afázií je rozdělena do osmi celků, které jsou označeny římskými číslicemi I-VIII. Jedná se o následující oddíly:

#### **Oddíl I. Obrázková abeceda**

Tento oddíl je určen k nácviku fonologie, ale také lexie a grafie. V tomto oddílu se klade důraz na zrakové vnímání. Ke každému písmenu abecedy jsou přiřazena vhodná slova a odpovídající obrázky.

#### **Oddíl II. Samohlásky, Utváření artikulačního postavení slabik a jejich zařazení ve slovech na vizuálním základě**

Druhý oddíl je zaměřen na artikulační dynamiku. Pozornost je věnována oromotorice a poté se přechází k vyvození izolovaných hlásek či procvičování vyvozených hlásek zapojováním do slov pomocí obrázků.

### **Oddíl III. Část A – Utváření artikulačního postavení souhlásek i slabik, spojování slabik do slov a jejich užití; Část B – Procvičování zapracovaných hlásek ve slovech a větách**

Třetí oddíl má dvě části. První část je zaměřena na tvorbu souhlásek a slabik a jejich spojování do slov. Druhá část se orientuje na fixaci hlásek ve slabikách, slovech a větách.

### **Oddíl IV. Soubor vět k obrázkům**

Tento oddíl slouží nejen k nácvičování pojmenování obrázků a čtení vět, ale také k určování množství či polohy předmětů. V tomto oddílu je obsaženo množství obrázků. U každého obrázku je uvedena příslušná věta.

### **Oddíl V. Artikulační a dechová cvičení**

Úkolem klienta v pátém oddílu na jeden nádech přečíst sloupec nebo řádek bezsmyslných zdvojených slabik.

### **Oddíl VI. Obrázky pro nácvičování fonemického sluchu**

V šestém oddílu jsou obsaženy obrázky se slovy, jež jsou určeny pro nácvičování fonemické diference neboli sluchového rozlišování. Úkolem klienta je opakovat slova, která jsou mu předřikávána. Jedná se o slova, která podobně znějí, ale mají odlišný význam.

### **Oddíl VII. Pojmenování prstů, pravolevá orientace, dny v týdnu, měsíce v roce, charakteristiky ročních období, kalkule, barvy, doplňování slov do vět, doplňování písmen do slov**

Tento oddíl je poměrně obsáhlý. Zaměřuje se na somatognozii, gnozii barev, pravolevou orientaci, početní operace, automatismy, tvoření dvojic slov a cvičení, v nichž má klient doplnit písmena do slov a slova do vět.

### **Oddíl VIII. Ukázky vhodných článků pro reprodukci čteného textu**

Poslední oddíl je zaměřen na lexii a reprodukci textu. Obsahuje 12 článků, z nichž 10 článků je úplných, a 2 články jsou určeny k doplnění. Texty jsou v tomto oddílu řazeny od jednodušších po složitější.

### **2.3.4 Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie**

Podle Cséfalvaye, Košťálové a Klimešové (2003) je možné využít terapeutický materiál Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie k diagnostice i terapii afázie, alexie a agrafie v akutním i chronickém stádiu poruchy. V úvodní části publikace je uvedena Bostonská klasifikace afázií. Dále autoři popisují kognitivně-neuropsychologický přístup a věnují se diagnostice a hodnocení výsledků vyšetření fatických funkcí. V poslední části jsou uvedeny terapeutické techniky, které se zaměřují na produkci řeči, porozumění řeči, čtení a psaní.

Metodický materiál se skládá z šesti oddílů. Cséfalvay, Košťálová a Klimešová (2003) uvádí, že se jedná o následující oddíly:

#### **Postupy při obnovování grafomotorických dovedností**

Při afáziích často dochází ke vzniku hemiparézy či hemiplegie. Proto jsou tato cvičení zaměřena na uvolnění horní končetiny a zlepšení přesnosti a koordinace pohybů. Jedná se o přípravu na terapii agrafie. Pracovní listy se zaměřují na obkreslování, spojování jednotlivých bodů, opis, automatické či spontánní psaní.

#### **Techniky sémantické facilitace**

Tento oddíl se zaměřuje na sémantickou kategorizaci, jež je důležitá při terapii produkce řeči, porozumění řeči, čtení a psaní. Úkolem klienta je určit, které prvky do dané sémantické kategorie patří a které nikoli. Každý pracovní list obsahuje dvě instrukce. Jedná se o instrukce „A“ a „B“. První instrukci „A“ by měl zvládnout i klient s těžkou poruchou fatických funkcí. Ke druhé instrukci „B“ se přistupuje tehdy, pokud klient zvládne instrukci „A“. Jeho úkolem je vysvětlit své řešení.

#### **Terapeutické postupy při poruchách produkce řeči**

Pracovní listy v tomto oddílu jsou orientovány na konfrontační pojmenování. Jedná se o nácvik anomie pomocí zrakové opory obrázků. Podstatné je, aby klient zjistil, jakým způsobem může sám aktualizovat slovo ze svého slovníku. Pokud klient není schopen pojmenovat předmět na obrázku, je mu nabídnuta pomoc ve formě otázky. Jestli ani poté nepojmenuje předmět na obrázku, je mu poskytnuta nápověda ve formě psané či zvukové formy slova.

### **Terapeutické postupy při poruchách porozumění řeči**

Při narušení vstupního modulu-fonologické analýzy jsou používány pracovní listy, jež jsou zaměřeny na sluchovou diferenciaci. Úkolem klienta je poznat, zda jsou nebo nejsou předřikávané slabiky shodné a identifikovat počáteční hlásku. Při poruše fonologického vstupního lexikonu jsou klientovi předložena cvičení, v nichž má posoudit, zda je slyšené slovo reálné či nikoli. Jedná se o lexikální posuzování. Pokud je narušena akustická modalita, je třeba se opírat o vizuální modalitu-odezírání či psanou formu řeči. Součástí jsou také cvičení, jež jsou zaměřena na lexikální sémantiku neboli porozumění významu jednotlivých slov.

### **Terapeutické postupy při alexii**

Při narušení vizuální analýzy jsou cvičení zaměřena na identifikaci písmen, slabik či slov. Dále jsou zde zařazena cvičení na stimulaci lexikálního rozhodování, jedná se o výběr slova k obrázku, a cvičení na posilování lexikálně-sémantické cesty čtení pomocí kontrolních otázek. Součástí tohoto oddílu je také hlasité čtení textu.

### **Terapeutické postupy při agrafii**

Cvičení v tomto oddílu jsou zaměřena na opis písmen a slov, která jsou podpořena vizuální oporou ve formě obrázků. Při cvičeních, jež jsou orientována na opis nebo psaní pseudoslov, je posilována sublexikální cesta psaní. Součástí tohoto oddílu jsou také cvičení zaměřená na poskládání slov z izolovaných písmen, čímž dochází k aktivizaci ortografické reprezentace slov.

## **2.3.5 Pracovní listy pro reedukaci afázie**

Pracovní listy pro reedukaci afázie byly vytvořeny Konůpkovou, Schaefferovou, Svobodovou a Valachovou roku 2009. Jedná se o klinické logopedky Občanského sdružení Klubu afasie. Většina pracovních listů byla vytvořena pro konkrétní skupinu klientů s afázií, proto je důležité, aby každý logoped vybíral jednotlivá cvičení s ohledem na potřeby a obtíže daného klienta (Konůpková a kol., 2009).

Celý metodický materiál se skládá z 86 pracovních listů, z nichž některé jsou jednostranné a jiné oboustranné. Pracovní listy jsou rozděleny do osmi skupin. Jedná se o oblasti, které jsou zaměřené na sémantickou facilitaci, časovou orientaci, podporu porozumění řeči, podporu fonologických a početních představ, mnestických funkcí, podporu

výbavnosti a tvorby vět, čtení a psaní. Součástí celého metodického materiálu je přehledný seznam jednotlivých cvičení. U každého cvičení je popsána oblast, která je rozvíjena. Mezi jednotlivými pracovními listy je možné nalézt cvičení, v němž má klient za úkol najít obrázek, který mezi ostatní nepatří či správně seřadit slova ve větě. Další cvičení se zaměřují na tvorbu slov z přeházených písmen, vyhledávání chyb v textu, tvorbu rýmů, řešení slovních úloh či cvičení orientující se na tvorbu antonym a synonym (Konůpková a kol., 2009).

Autorky Konůpková, Makalová, Richtrová a Valachová vypracovaly roku 2013 pokračování pracovních listů pod názvem **Pracovní listy pro reedukaci afázie II.** Soubor obsahuje 93 pracovních listů ve formátu A4. Pracovní listy jsou přehledně rozčleněny dle jednotlivých oblastí, na které jsou jednotlivá cvičení zaměřena. V souboru se nachází cvičení na podporu porozumění, fonologických představ, morfologicko-syntaktických představ, verbální exprese, čtení či psaní (Konůpková a kol., 2013).

### **2.3.6 Pracovní karty na procvičení fatických funkcí**

Autorky Malíková a Soldánová (2010) uvádí, že metodický materiál Pracovní karty na procvičení fatických funkcí je určen k intervenci u osob po cévních mozkových příhodách a kraniocerebrálních traumatech. Jednotlivé karty jsou zaměřeny na 17 předmětů denní potřeby. Jedná se o hrnek, talíř, příbor, toaletní papír, telefon, deštník, zubní kartáček a pastu, mýdlo, ručník, kapesník, peněženku, tužku, hodinky, brýle, klíč a hřeben. Ke každému vyobrazenému předmětu autorky vytvořily cvičení, která by měla stimulovat nomii, lexii, grafii, porozumění řeči a další funkce. Součástí Pracovních karet na procvičení fatických funkcí jsou přílohy, které je možné rozstříhat a využít v terapii pro další účely.

Suchá, Jarolímová a Mátlová (2015) popisují, že jejich metodické materiály se zaměřují na rozvoj **kognitivních funkcí**. Jednotlivé pracovní listy se orientují nejen na trénink paměti, pozornosti a zrakově prostorových dovedností, ale také na rozvoj řeči a slovní zásoby. Metodické materiály jsou k dispozici vždy ve dvou stupních obtížnosti.

Sešit s názvem **Procvičování zrakově prostorových dovedností** se stupněm obtížnosti č. 1 obsahuje 10 pracovních listů, které se orientují například na překreslování tvarů, skládání puzzle či na osovou souměrnost. Sešit na **Procvičování pozornosti** se stupněm obtížnosti č. 1 zahrnuje 10 pracovních listů, které obsahují cvičení, jež se zaměřují na schopnost najít chyby v řadách znaků, najít všechny samohlásky či spočítat určité geometrické tvary. Sešit, jež se zaměřuje na **Procvičování řeči a slovní zásoby**

se stupněm obtížnosti č. 1 se skládá také z 10 pracovních listů a nachází se v něm cvičení na doplňování rčení, pojmenování obrázků či tvorbu slov na dané slabiky. Sešit s názvem Procvičování řeči a slovní zásoby se stupněm obtížnosti č. 2 je tvořen také 10 pracovními listy. Pracovní listy zahrnují například cvičení, v němž má klient tvořit slova podobného významu, vymyslet slova, která končí na danou příponu či vymyslet povolání na určité písmeno (Suchá, Jarolímová, Mátlová, 2015).

### **2.3.7 Soubor programů MENTIO**

Neubauer (in Neubauer, Dobias, 2014) zmiňuje, že v souvislosti s technologickým pokrokem lze v současné době při logopedické intervenci osob s afázií využívat také počítačové programy. Zejména v zahraničí jsou počítačové programy velmi využívány. Na českém území je používán „SpeechViewer III.“, který je zaměřen na stimulaci motorických řečových modalit, v němž klient prostřednictvím verbálního projevu udílí jednotlivé pokyny. Dále se využívají programy „Train to Brain“, „Happy Neuron“ a „Vzpomínkovi“, jež se zaměřují na poruchy kognitivních funkcí a trénují zejména pozornost a paměť těchto klientů. Pro osoby s afázií je primárně určen zejména program MENTIO, který vytvořila Marta Petržílková roku 1996 a v České republice je hojně využíván. Program MENTIO se neustále rozšiřuje a v současné době již obsahuje osm titulů. Jedná se o následující tituly:

#### **MENTIO Slovní zásoba**

V tomto programu jsou obsaženy sady obrázků, které jsou uspořádány dle jednotlivých témat do 9 tematických okruhů a doplněny texty. Program zahrnuje témata jídlo, barvy, doprava, lidské tělo, peníze, osobní věci, oblečení, venku a příroda. Každé slovo je doplněno různými úkoly s možností využití zvukové nahrávky nebo tisku. Tento program se zaměřuje zejména na nácvik pojmenování, lexie, grafie a kontrolu výslovnosti u klientů s afázií (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

#### **MENTIO MM (Memory Management)**

Neubauer a Petržílková (in Neubauer a kol., 2007) popisují, že tento program se orientuje na nácvik krátkodobé paměti, soustředění, pozornosti, dále se zaměřuje na porozumění psanému textu, schopnost rozlišit tvary a číslice, rozvíjí koordinaci hybnosti ruky a stimuluje logické sledy myšlenek u osob s afázií. Úkolem klienta je v rámci



jednotlivých cvičení vybrat obrázek, určit polohu obrázku, dát obrázek na určité číslo a umístit obrázek podle pokynů.

### **MENTIO Skládačky**

V rámci tohoto programu jsou využívány obrázky z programu MENTIO Slovní zásoba, které jsou rozděleny na části a ty se skládají do původní podoby daného obrázku. Cílem tohoto programu je zejména rozvoj zrakového vnímání a motoriky ruky, kdy je úkolem klienta pomocí myši dát jednotlivé části obrázku dohromady (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

### **MENTIO Slovesa**

Neubauer a Petržílková (in Neubauer a kol., 2007) uvádí, že program obsahuje 60 běžných činností. Ke každé činnosti jsou přiřazeny čtyři obrázky s textem či bez textu a úkolem klienta je seřadit obrázky podle dějové posloupnosti. Program nejen obnovuje jazykové schopnosti a stimuluje řečový projev, ale také pomáhá chápat časové vztahy a příčinu a důsledek činností.

### **MENTIO Nakupování**

Program se zaměřuje na schopnost naučit klienta samostatně nakupovat a manipulovat s penězi. Pomáhá klientovi orientovat se v hodnotě bankovek a mincí a umět si spočítat cenu nákupu a porovnat ji s množstvím peněz, jež má zrovna při sobě (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

### **MENTIO Hádanky**

Daný program zahrnuje 240 hádanek, které jsou rozděleny podle obtížnosti do čtyř úrovní. Klient má na základě tří vět, jež danou věc popisují, poznat, o jakou věc se jedná. Program rozvíjí porozumění a logické myšlení klienta (Petržílková, 2016, [online]).

### **MENTIO Zvuky**

Tento program trénuje sluchovou paměť a sluchovou diferenciaci. Program obsahuje 200 zvuků z okolního prostředí a 950 krátkých zvukových podnětů. Úkolem klienta je poznat zdroj zvuku, přiřadit zvuk ke správnému obrázku či napodobování slyšených zvuků. Součástí tohoto programu je také zvukové pexeso (Petržílková, 2016, [online]).

## **MENTIO Hlas**

Program MENTIO Hlas je určen k nácviku fonace a modulace hlasu a umožňuje zpětnou zrakovou kontrolu při tvorbě hlasu. Zahrnuje cvičení na nácvik fonace, délku výdechového proudu, udržení intenzity a výšky hlasu apod (Petržílková, 2016, [online]).

Předností programu MENTIO je jeho snadné ovládání, věrný obrazový materiál, možnost zvukové zpětné vazby, vzájemného propojení jednotlivých činností, fonematická nápověda, tisk obrazového materiálu a záznam průběhu terapie (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

Autorka diplomové považuje za přínosné propojit používání metodických materiálů a počítačových programů při logopedické intervenci u osob s afázií.

# PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce je zaměřena na tvorbu terapeutických materiálů pro dva vybrané klienty s diagnostikovanou Brocovou afázií. Autorka přibližuje způsob tvorby terapeutických materiálů a blíže popisuje jednotlivé složky.

Součástí praktické části jsou dvě případové studie, ve kterých jsou popsány jednotlivé případy vybraných klientů s diagnózou afázie a průběh logopedické intervence, při níž byly vytvořené terapeutické materiály využity a ověřeny.

## 3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Tato kapitola praktické části charakterizuje cíle výzkumného šetření, výzkumné otázky a výzkumné metody, které byly využity v této praktické části diplomové práce.

### 3.1 Cíle výzkumného šetření

V současné době je k dispozici mnoho publikací věnujících se problematice afázií i několik terapeutických materiálů, které byly zmíněny v předešlé kapitole. Jedná se zejména o metodické materiály od Truhlářové (1984), Mimrové (1998) Čecháčkové (1998), Cséfalvaye, Klimešové a Košťálové (2003), terapeutické materiály vytvořené kolektivem autorů Konůpková et al. (2009), metodické materiály od autorek Soldánové a Malíkové (2010) a terapeutické materiály vytvořené Suchou, Jarolímovou a Mátlovou (2015).

I přes to je však stále potřeba rozšiřovat množství terapeutických materiálů, které by bylo možno využít při logopedické intervenci u klientů s afázií. To bylo hlavním důvodem, který vedl autorku diplomové práce k tvorbě terapeutických materiálů. Dalším důvodem je skutečnost, že při dlouhodobé logopedické terapii lze provádět konkrétní cvičení s danými klienty většinou pouze jednou, posléze již nebývají cvičení tak efektivní a zajímavá, protože je klienti už znají.

Cílem diplomové práce je proto tvorba terapeutických materiálů pro vybrané klienty s afázií a jejich využití v praxi při logopedické intervenci.

Dílčím cílem diplomové práce je rozvoj narušených fatických funkcí u vybraných dvou klientů s Brocovou afázií a porovnání jejich výsledků v jednotlivých oblastech.

## 3.2 Výzkumné otázky

- Budou jednotlivé instrukce pro klienty s afázií, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, srozumitelné?
- Budou aplikované terapeutické materiály přínosem a povedou ke zlepšení narušených fatických funkcí u klientů s afázií, kteří se zúčastnili výzkumného šetření?

## 3.3 Metodologie výzkumného šetření

V praktické části této diplomové práce byly využity tři metody kvalitativního výzkumu. Jednalo se o pozorování, analýzu dokumentů a případovou studii.

Na základě pozorování průběhu logopedické intervence a analýzy dokumentů (logopedických vyšetření) vypracovala autorka diplomové práce případové studie dvou klientů s diagnostikovanou Brocovou afázií.

U obou klientů se autorka diplomové práce zaměřila na rodinnou, osobní, sociální a pracovní anamnézu, výsledky logopedických vyšetření a pozorování průběhu logopedické intervence. V rámci vlastního šetření se orientovala na aplikaci vypracovaných terapeutických materiálů u těchto dvou vybraných klientů.

Hendl (2005) uvádí, že **kvalitativní výzkum** se začal rozvíjet v 60. letech 20. století v zahraničí. Klade důraz na detailní popis určitého jevu a zdrojem dat jsou přirozená prostředí aktérů. Zjištěné údaje jsou specifické a není možné je zobecnit.

*„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytváření sociální realitu“ (Švaříček in Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 17).*

Gavora (2010) zmiňuje, že pro kvalitativní výzkum je typická práce se slovy a textem, zejména s daty z rozhovorů, pozorování a dokumentů. Silnou stránkou kvalitativního výzkumu je kombinace sběru dat a jejich následná analýza. Typické je holistické zkoumání konkrétního případu, skupiny případů či daného jevu s cílem podrobně jej popsat a získat

o něm co největší množství informací. Výběr případů je v kvalitativním výzkumu vždy záměrný.

Průcha (1995) popisuje **pozorování** jako dlouhodobé plánované a systematické sledování probíhajících dějů v daném prostředí, jehož účelem je přesný a podrobný popis probíhajících aktivit. Každé pozorování zahrnuje dvě části. První je vnímání lidí, událostí a prostředí a druhou je jejich záznam, nejčastěji verbální zápis (srov. Gavora, 2010; Švaříček in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Hendl (2005) rozlišuje nezúčastněné pozorování, v němž jsou sledovány probíhající činnosti, aniž by o tom pozorování jedinci věděli. Zatímco při zúčastněném pozorování jsou sledovány určité jevy přímo v daném prostředí, ve kterém probíhají. Dochází tak k vzájemné interakci mezi výzkumníkem a pozorovanými jedinci. V rámci plného zúčastněného pozorování se výzkumník přímo účastní probíhajících aktivit. Při pasivním zúčastněném pozorování dané jevy pozoruje, ale přímo se jich neúčastní (srov. Švaříček in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Gavora (2010) dále člení pozorování na přímé a nepřímé, strukturované a nestrukturované a otevřené a skryté. Při přímém pozorování se výzkumník ocitá přímo ve zkoumaném prostředí a sleduje dané činnosti osobně, u nepřímého pozorování jedinec sleduje dané činnosti pouze ze záznamu. V rámci strukturovaného pozorování jsou hledány odpovědi na předem vymezené jevy (je známo, co a jak se bude pozorovat), při nestrukturovaném pozorování nejsou předem jasně dané jevy, na které se chce jedinec zaměřit. Otevřené pozorování znamená, že jedinec vystupuje otevřeně jako výzkumník, zatímco při skrytém pozorování svoji totožnost skrývá (srov. Průcha, 1995).

Hendl (2005) uvádí, že **analýza dokumentů** se využívá jak v kvalitativním tak v kvantitativním výzkumu. Dokumentem se rozumí všechny stopy lidské existence (knihy, deníky, zprávy). Tyto dokumenty umožňují přístup k informacím, které by se jinak získávaly těžce. Výhodou je, že tato data nejsou vystavena zkreslení. Analýza dokumentů se provádí tehdy, pokud jedinec potřebuje získat informace o minulých událostech a jestliže dané informace nemůže získat prostřednictvím pozorování či rozhovoru. Jsou rozlišovány osobní dokumenty, úřední dokumenty, archivní data, výstupy masmédií a virtuální data.

*„Za dokumenty se považují taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum“ (Hendl, 2005, s. 204).*

Průcha (1995) popisuje, že analýza dokumentů zahrnuje hodnocení obsahu daných textů. Za dokumenty jsou považovány všechny materiály v psané či tištěné podobě, ale i zvukové či filmové záznamy. Dokumenty mohou být oficiální-legislativní dokumenty, školní statistiky, lékařské, logopedické či psychologické vyšetření nebo neoficiální, mezi něž patří vyjádření rodičů, deníky či slohové práce (srov. Gavora, 2010).

Musilová (2003) uvádí, že termín kazuistika pochází z latinského slova casus, což znamená případ. V současné době se kazuistika neboli **případová studie** využívá v medicíně, psychologii, sociologii a pedagogice k popisu jednotlivých případů. Kazuistika je typická tím, že sbírá údaje pomocí nejrůznějších metod. Právě syntéza údajů získaná různými metodami umožňuje podrobný vhled do jednotlivce. Kazuistika zpravidla obsahuje rodinnou, osobní, školní anamnézu, výsledky odborných vyšetření, popis současného stavu daného jedince a jeho prognózu (srov. Průcha, 1995).

Podle Sedláčka (in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007) patří případová studie mezi základní výzkumné metody kvalitativního výzkumu. Jedná se o podrobné zkoumání jednoho nebo více případů. Základem je sběr co největšího množství dat vztahujících se k danému případu pomocí různých metod a dostupných zdrojů (dotazník, rozhovor, pozorování, analýza dokumentů, aj.). Cílem je komplexní analýza daného případu a porovnání s ostatními případy.

Stake (in Hendl, 2005) rozlišuje intenzivní případovou studii, která se věnuje určitému případu, protože výzkumník chce zkoumat právě tento případ a instrumentální případovou studii, kdy si výzkumník volí jev a pak si vyhledá případ, který jej reprezentuje.

Sedláček (in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007) tvrdí, že volba případu je vždy záměrná. Hledá se případ, jež má určité vlastnosti, které chce badatel sledovat. Může se jednat o extrémní (unikátní) případ, který má výjimečné charakteristiky a vlastnosti, nebo typický případ, jenž zachycuje tradiční, běžné případy. V longitudinální studii se jedná o zkoumání stejného případu ve více časových horizontech. Pokud je zkoumáno dva a více případů, jedná se o tzv. mnohopřípadové studie. Výsledky se navzájem porovnávají a vznikají shrnující závěry.

Podle Yina (in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007) je hlavní předností případové studie možnost využití rozmanitých zdrojů dat jako jsou dokumenty (lékařské zprávy, deníky, aj.), artefakty nebo zápisy z rozhovorů a pozorování, což umožňuje hlubší poznání daného případu.

Sedláček (in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007) uvádí, že mezi přednosti případové studie patří zkoumání reálných jevů v reálném čase a zachycení unikátních vlastností daných jevů. Za nedostatek považuje obtížnou zobecnitelnost výsledků a subjektivitu interpretace.

V této třetí kapitole byly vymezeny cíle výzkumného šetření, výzkumné otázky a výzkumné metody, které autorka v praktické části diplomové práce využila.

## **4 TVORBA A APLIKACE TERAPEUTICKÝCH MATERIÁLŮ**

V této kapitole praktické části diplomové práce autorka popisuje tvorbu pracovních listů a jejich následné využití při logopedické intervenci u vybraných dvou klientů s Brocovou afázií, pro něž byl daný metodický materiál vytvořen.

Tato kapitola dále charakterizuje deset oblastí, do kterých jsou jednotlivé pracovní listy rozčleněny, a blíže charakterizuje vybrané dva klienty v rámci dvou případových studií.

Autorka při aplikaci terapeutických materiálů u vybraných klientů hodnotila srozumitelnost jednotlivých instrukcí a přínos těchto materiálů pro oba klienty.

### **4.1 Proces tvorby terapeutických materiálů**

Během souvislé logopedické praxe ve Vítkovické nemocnici v Ostravě a před zahájením tvorby terapeutických materiálů byla autorka diplomové práce seznámena s několika terapeutickými materiály využívanými v praxi a také si důkladně prostudovala všechny dostupné záznamy a logopedické zprávy od vybraných klientů s Brocovou afázií a provedla analýzu těchto dokumentů. Získané informace byly využity k sepsání případových studií. Na základě pozorování průběhu tří logopedických intervencí u vybraných klientů s Brocovou afázií, jehož cílem bylo poznání charakteru jejich komunikace a osobnostních vlastností, autorka diplomové práce následně vytvořila jednotlivé pracovní listy - terapeutické materiály, jež by mohly být využity při logopedické terapii u těchto klientů s Brocovou afázií. Jednotlivé pracovní listy byly u vybraných klientů aplikovány v průběhu října a listopadu roku 2015 pod dohledem klinického logopeda během devíti terapeutických sezení, která trvala vždy 60 minut.

Autorka diplomové práce si záměrně vybrala dva klienty s Brocovou afázií, aby mohla porovnat jejich výsledky při aplikaci jednotlivých terapeutických materiálů, i když se jedná o ženu a muže rozdílného věku. Žena je ve věku 60 let a muž ve věku 40 let. U ženy byla příčinou vzniku Brocovy afázie ischemická CMP v oblasti arteria carotis interna (ACI) a u muže byl příčinou vzniku Brocovy afázie úraz hlavy v oblasti levého frontálního laloku. Oba klienti s Brocovou afázií docházejí pravidelně ambulantně na logopedickou terapii již více než rok a stále mají velkou motivaci v ní dále pokračovat. Při tvorbě terapeutických materiálů byly použity obrázky z programu Altík, který autorka diplomové práce zakoupila. Obrázky byly vybírány záměrně ve formě barevných fotografií, která je pro dospělé klienty přijatelnější. Při tvorbě terapeutických materiálů nebyly využity žádné jiné zdroje,



jako např. knihy, časopisy, internet, apod. Uvedené texty nebyly čerpány z jiných publikací ani z internetu. Veškeré terapeutické materiály si autorka diplomové práce vytvořila sama. Tvorba terapeutických materiálů byla obtížná zejména po stránce obsahové. Těžké bylo zejména vytvořit jednotlivé pracovní listy tak, aby byly pro vybrané dva klienty srozumitelné. Vzhledem k tomu, že měli oba dva klienti s Brocovou afázií potíže ve stejných oblastech a i v testech vykazovali obdobné výsledky, rozhodla se autorka diplomové práce vytvořit stejné pracovní listy pro oba dva klienty s cílem porovnání jejich výsledků v jednotlivých oblastech.

Celkem bylo vypracováno 108 pracovních listů. Na každé terapeutické sezení bylo připraveno určité množství pracovních listů, které byly zaměřeny na určité oblasti.

## **4.2 Deset oblastí terapeutických materiálů**

Terapeutický materiál pro klienty s afázií je rozdělen na deset oblastí (automatismy; pojmenování; porozumění; opakování; gramatika; lexie; grafie; kategorizace a posloupnosti; orientace v čase, orientace v tělesném schématu, slovní zásoba a kalkule). Každá část obsahuje jednotlivá cvičení zaměřená na danou narušenou oblast. Cílem tvorby těchto terapeutických materiálů bylo rozšíření stávajících materiálů pro klienty s afázií. Jednotlivé pracovní listy byly přizpůsobeny potřebám daných klientů.

### **Automatismy**

První část pracovních listů je zaměřena na trénink verbálních automatismů. Jedná se o cvičení zaměřená na vyjmenování početní řady do 10, dnů v týdnu a měsíců v roce. Jsou zde zařazena také cvičení, ve kterých má klient přiřadit číslovku ke správnému slovu, ke správnému dni v týdnu a měsíci v roce.

### **Porozumění**

V této části jsou pracovní listy orientovány na oblast porozumění. Cílem je zlepšit porozumění u klientů s afázií. Cvičení jsou zaměřena na schopnost ukázat daný obrázek, např. džíny u pracovního listu zaměřeného na téma oblečení. V dalších cvičeních je úkolem klienta ukázat, který obrázek patří do dané kategorie, např. co patří mezi nápoje, ukázat, který obrázek mezi ostatní nepatří, přiřadit obrázky, které k sobě patří, např. slepice a vejce, ukázat obrázek, který začíná na určité písmeno, ukázat obrázky určité barvy, ukázat obrázky, které jsou vpravo a vlevo či vykonat dané instrukce. Je zde zařazeno také cvičení

na poznávání barev, ve kterém má klient ukázat určitou barvu nebo cvičení na poznávání geometrických tvarů, ve kterém má ukázat daný geometrický tvar. Tato cvičení rozvíjí nejen porozumění, ale také výbavnost či slovní zásobu

### **Pojmenování**

Tuto část pracovních listů tvoří terapeutické materiály zaměřené na oblast pojmenování. Cílem je podpořit výbavnost slov u klientů s afázií a pomoci tak odstranit stávající anomii. Jedná se o skupinu cvičení na různorodá témata. U některých cvičení má klient za úkol pojmenovat jednotlivé obrázky, které se na pracovním listu nacházejí, např. pojmenovat nábytek či pojmenovat co daná osoba na obrázku dělá. U jiných cvičení má klient spojit slova s jednotlivými obrázky, dále jsou zde zařazena cvičení na spojení stejných obrázků či zakroužkování slov či vět, které vidí na obrázku. Zraková opora formou obrázků pomáhá klientům s afázií vybavit si daná slova. Tato cvičení rozvíjí zejména výbavnost a slovní zásobu.

### **Opakování**

Tato část obsahuje pracovní listy, které jsou zaměřeny na oblast opakování. Jedná se o cvičení, která podporují schopnost opakovat slova, pseudoslova či věty.

### **Gramatika**

Pracovní listy v této části se zaměřují na gramatiku a větnou stavbu. Jedná se o cvičení zaměřená na stupňování přídavných jmen, tvorbu jednotného či množného čísla, přechylování-tvorbu mužského a ženského rodu, převod vět do záporu, tvorbu minulého, budoucího času a tvorbu otázek. Dále jsou zde zařazena cvičení na tvorbu zdvojnásobení, doplňování předložkových vazeb, cvičení zaměřená na schopnost poznat synonyma a antonyma, cvičení, ve kterém má klient škrtnout všechna nesmyslná slova, utvořit z podstatných jmen přídavná jména či zakroužkovat slovesa ve větách. Součástí jsou také pracovní listy zaměřené na tvorbu slov z přeházených písmen a tvorbu vět z přeházených slov. Do této oblasti patří také cvičení, ve kterém má klient najít chyby ve slovních spojeních a opravit je. Tato část se zaměřuje nejen na tvorbu správných gramatických tvarů, ale také na výbavnost, porozumění, schopnost čtení a psaní a rozvoj slovní zásoby. Vzájemná propojenost pozitivně působí na narušené fatické funkce.

## **Lexie**

Tato část je tvořena pracovními listy, které podporují schopnost čtení. Cvičení jsou zaměřena na čtení slov, pseudoslov, vět, textu. Součástí je také cvičení na doplnění obrázků do vět. Dále jsou zde zařazena cvičení, ve kterých má klient škrtnout hlásky, které do daných slov nepatří, zakroužkovat nesmyslná tvrzení, doplnit vybraná slova do textu či dokončit věty pomocí vybraných slov, doplnit interpunkční znaménka v textu, vyhledat všechny časové údaje v textu či všechna zvířata. Cílem je podporovat uvědomění si významu daných slov, vět či textu. Součástí čtení textu je odpovídání na otázky týkající se textu s cílem dozvědět se, zda je u klientů s afázií zachována schopnost čtení s porozuměním. Tato část rozvíjí nejen schopnost číst, ale také trénuje krátkodobou paměť, rozvíjí výbavnost, spontánní řeč a slovní zásobu.

## **Grafie**

Pracovní listy v této části jsou zaměřeny na podporu schopnosti psaní. Cvičení jsou zaměřena na opis slov, čísel, pseudoslov, vět a překreslení obrázků. Při těchto cvičeních klient využívá zrakovou kontrolu. Dále jsou zde zařazena cvičení, ve kterých má klient dopsat či napsat slova, která vidí na obrázku, tvořit slova z přeházených písmen a následně je napsat, dopsat chybějící písmena do slov, dopsat první a poslední písmeno do slov, dopsat první a poslední slabiku do slov, ale také cvičení, ve kterém má klient dopsat věty. Součástí této oblasti jsou také pracovní listy zaměřené na schopnost napsat jakákoli slova, která začínají na určité písmeno či napsat různá povolání, která klient zná. Tato cvičení trénují výbavnost grafémů.

## **Kategorizace a posloupnosti**

V této části jsou zařazeny pracovní listy na trénování kategorizace a posloupnosti. Cvičení na kategorizaci se zaměřují na schopnost zařazení obrázku do příslušné kategorie, např. co patří mezi nářadí, dále se cvičení orientují na schopnost škrtnout slovo, které mezi ostatní nepatří, doplnit řadu slov, doplnit vybraná slova do kategorií, doplnit nadřazený pojem, doplnit měsíce v roce k ročním obdobím či cvičení, v němž má klient tvořit slova k daným kategoriím. Další cvičení jsou zaměřená na posloupnost, jejichž cílem je seřadit dějové obrázky.

## **Orientace v čase, orientace v tělesném schématu, slovní zásoba a kalkule**

Tato část pracovních listů je zaměřena na orientaci v čase, orientaci v tělesném schématu, rozvoj slovní zásoby a schopnost počítání. Cvičení, která zahrnují oblast orientace v čase se zaměřují na schopnost ukázat a vyznačit daný čas na ciferníku hodin či spojit časové údaje vyjádřené slovy s časovými údaji vyjádřenými číslicemi, např. 10:00-deset hodin. Oblast týkající se orientace v tělesném schématu zahrnuje cvičení zaměřená na schopnost ukázat a pojmenovat jednotlivé části těla a cvičení, ve kterém má klient spojit daná slova s jednotlivými prsty na ruce. Mezi cvičení zaměřená na rozvoj slovní zásoby patří cvičení na dokončování vět, textu a dokončování přísloví. Dále cvičení zaměřená na tvorbu slov z počátečních slabik, tvorbu vět začínajících na daná slova, tvorbu sousloví-slovních spojení a tvorbu vět z obrázků. Pracovní listy podporující schopnost počítání se zaměřují na spojování číselných údajů, které jsou vyjádřené slovy s číselnými údaji vyjádřenými číslicemi či spojování určitého počtu teček se správnou číslicí. Součástí je také cvičení, ve kterém má klient napsat slova číslicemi a číslice slovy. Zařazeno je zde také cvičení na trénování jednoduchých početních operací do 20, ve kterém má klient zakroužkovat správný výsledek.

## **Kvízy**

Poslední část pracovních listů je zaměřena na jednoduché kvízy, ve kterých má klient odpovídat na otázky ano x ne, zakroužkovat správnou odpověď či doplnit odpovědi na dané otázky .

Z celkového množství 108 vypracovaných pracovních listů, jsou 4 zaměřeny na oblast automatismů, 14 pracovních listů se orientuje na oblast porozumění, 12 pracovních listů na oblast pojmenování, 3 pracovní listy na oblast opakování, 16 pracovních listů se zaměřuje na oblast gramatiky, 13 pracovních listů na oblast lexie a 12 pracovních listů na oblast grafie. 10 pracovních listů se zaměřuje na oblast kategorizace a posloupností, 18 pracovních listů na oblast orientace v čase, v tělesném schématu, slovní zásoby a kalkule a 6 pracovních listů tvoří kvízy.

Vzhledem k rozsáhlosti vytvořených terapeutických materiálů je autorka diplomové práce zařadila do příloh.

### 4.3 Průběh a výsledky aplikace terapeutických materiálů

Oba dva klienti pravidelně každý týden ambulantně dochází na logopedickou terapii za klinickým logopedem do Vítkovické nemocnice v Ostravě. Logopedická péče je jim poskytována v délce 60 minut. Vlastní šetření a aplikace terapeutických materiálů u vybraných klientů s Brocovou afázií bylo možné na základě ochoty a vstřícnosti klinického logopeda, díky němuž měla autorka diplomové práce možnost navázat kontakt a získat si důvěru těchto dvou vybraných klientů. Oba klienti ochotně souhlasili a byli motivováni ke spolupráci.

V průběhu terapeutických sezení oba vybraní klienti spolupracovali při aplikaci terapeutických materiálů bez větších problémů. Byli velmi vstřícní a motivováni k práci. Ani pokud se jim zrovna něco nedařilo, neprojevovali se negativně. Autorka diplomové práce plně respektovala individuální schopnosti, pracovní tempo, aktuální psychický i fyzický stav obou klientů během jednotlivých terapeutických sezení.

Za účelem bližšího seznámení s oběma klienty s Brocovou afázií, u kterých byly v rámci výzkumného šetření aplikovány terapeutické materiály, vypracovala autorka diplomové práce dvě případové studie. Informace obsažené v případových studiích byly čerpány ze všech dostupných materiálů o těchto klientech (lékařské a logopedické zprávy) a z konzultací s klinickým logopedem. Po domluvě s klienty a klinickým logopedem byla v případových studiích v zájmu ochrany osobních údajů změněna jména klientů a nejsou též uváděny žádné podrobnější informace o zdravotním stavu těchto klientů.

Autorka diplomové práce popisuje průběh aplikace terapeutických materiálů v rámci jednotlivých terapeutických sezení, tak jak byly jednotlivé pracovní listy použity. Pracovní listy byly uspořádány do 10 oblastí, které se zaměřují vždy na určitou narušenou funkci. V závěru autorka diplomové práce vymezuje cvičení, která daným klientům dělala největší problémy a také oblasti, ve kterých dosáhli zlepšení a porovnává výkony obou těchto klientů.

### **4.3.1 Případová studie č. 1**

#### Pan Karel, věk 40 let

Prvním klientem s afázií byl pan Karel ve věku 40 let. Po autonehodě v roce 2003 došlo u pana Karla k traumatu hlavy v oblasti levého dolního frontálního laloku a následně k rozvinutí Brocovy afázie. Po roční terapii se stav pana Karla podstatně zlepšil. K recidivě došlo v červnu roku 2014 po prodělané purulentní (hnisavé) meningitidě.

#### Rodinná anamnéza:

V rodině nejsou přítomna žádná závažná onemocnění ani komunikační poruchy.

#### Osobní anamnéza:

Před úrazem hlavy nebyly u pana Karla přítomny řečové ani jazykové deficity ani jiná závažná onemocnění či psychické poruchy. Jeho mateřským jazykem je český jazyk.

#### Sociální anamnéza:

Pan Karel je rozvedený. Je otcem tří dětí. Bydlí se svou matkou.

#### Pracovní anamnéza:

Pan Karel nyní pobírá invalidní důchod. Předtím vykonával občasné pomocné práce, má dosaženo základní vzdělání.

### **Ze zpráv z logopedických vyšetření**

#### Vstupní logopedické vyšetření

Vstupní logopedické vyšetření se konalo v září roku 2014, kdy začal pan Karel ambulantně docházet na logopedickou terapii do Vítkovické nemocnice v Ostravě po recidivě poruchy řeči, která byla způsobená prodělanou purulentní meningitidou v červnu roku 2014.

Pan Karel byl schopen udržet zrakový kontakt. Potíže se u pana Karla vyskytovaly zejména v oblasti expresivní řeči, částečně narušeno bylo také porozumění řeči. Občas nechápal význam některých slov či otázek. Potíže se projevovaly v orientaci v delším hovoru či v delší větě. Jednoduché a složené pokyny zvládal ze 70 %. Porozumění složitějším pokynům a logickogramatickým strukturám bylo lehce narušeno. U pana Karla byla částečně zachována spontánní produkce. Dokázal o sobě něco málo povyprávět. Mluvil v pomalejším tempu. Patrná byla částečná orální apraxie. Vyskytovaly se potíže s vykonáním určitých pohybů. Polykání nebylo narušeno. V rámci fonace byla zřejmá mírná dysfonie. Jeho hlas byl lehce zastřený, ale schopen zesílení. Respirace i rezonance byla v normě. Pan Karel dokázal odpovědět na cílené otázky. Produkoval spíše kratší věty. V rámci nomie se vyskytovaly větší obtíže. Dokázal pojmenovat 3/6 slov. Někdy se snažil slovo opisovat. Objevovaly se u něj

fonemické i sémantické parafázie. Docházelo u něj k latencím v projevu. Opakovat zvládal kratší slova a věty s maximálně třemi slovy. Spojení těžších slov si vůbec nezapamatoval. Automatismy i pravolevá orientace byly v normě. Somatognoze byla zachována. V rámci lexie byl schopen číst jednoduchá slova. Při čtení vět si již objevovaly paralexie. Opis slov zvládal bez problémů. Potíže se vyskytovaly při psaní slov. V písmu se objevovaly paragrafie. Kalkulie byla zachována na úrovni početních operací do 10.

### Test MAST

U pana Karla byl proveden test MAST. V tomto testu pan Karel dosáhl v rámci celkového jazykového indexu 67/93bodů. V indexu produkce získal 25/45 bodů a v indexu rozumění 42/46 bodů. Narušena byla tedy zejména expresivní složka řeči.

### Závěr vstupního logopedického vyšetření klinického logopeda

Brocova afázie se sekundárním částečným narušením v oblasti percepce mluvené řeči. Je patrná také částečná alexie, agrafie a orální apraxie.

### Kontrolní logopedické vyšetření

Kontrolní logopedické vyšetření bylo u pana Karla provedeno v červenci roku 2015 po pravidelné desetiměsíční logopedické terapii. Pan Karel docházel na logopedickou terapii, která trvala 45 minut každý týden. V důsledku pravidelné logopedické terapie došlo u pana Karla k pokroku v oblasti expresivní řeči. Dokázal produkovat již kromě kratších vět i jednoduchá souvětí. Nadále přetrvávaly potíže zejména ve výbavnosti slov. Občas si nevybavil některá slova, která se snažil opisovat pomocí sémantických a fonemických parafází. Také potíže s opakováním přetrvávaly. Pan Karel zvládl zopakovat jen kratší slova a věty do tří slov. Větu o čtyřech slovech už nezvládl zopakovat. Orální praxe byla již bez narušení. Expresivní řeč byla stále z části narušena. Nejlépe se dařila spontánní produkce a jednoduché vyprávění. Na cílené otázky pan Karel odpovídal adekvátně jen s lehkými latencemi. Také orientace v delších větách a porozumění složitějším pokynům a logickogramatickým strukturám se zlepšilo. Oblasti porozumění řeči u pana Karla doznala také pokroku. V rámci lexie došlo u pana Karla k výraznému pokroku. Byl schopen číst jednoduché věty i delší věty bez paralexií. Potřeboval však na čtení více času. Oblast grafie se také zlepšila. Dokázal již napsat jednoduchá slova bez paragrafií. V oblasti kalkulie se vyskytovaly mírné potíže v rámci početních operací do 20.

## Test MAST

Při opakovaném vyšetření testem MAST dosáhl pan Karel již v rámci celkového jazykového indexu 77/93 bodů. V indexu produkce došlo ke zlepšení na 33/45 bodů a v indexu rozumění na 44/46 bodů. Postižena je tedy nadále zejména oblast exprese řeči. V rámci indexu produkce došlo ke zlepšení v oblasti fluence při popisu, opakování a pojmenování. V indexu rozumění došlo ke zlepšení v oblastech porozumění slovu, porozumění čtené instrukci i porozumění alternativním otázkám.

## Závěr kontrolního logopedického vyšetření klinického logopeda

Přetrvávající mírná Brocova afázie s nepatrným sekundárním narušením v oblasti percepce řeči a částečnou alexií a agrafií.

## **Pozorování průběhu logopedické intervence**

Pan Karel dochází ambulantně na logopedickou terapii do Vítkovické nemocnice v Ostravě pravidelně každý týden z důvodu Brocovy afázie od září roku 2014, kdy došlo k recidivě jeho potíží po prodělané purulentní meningitidě.

V rámci logopedické terapie se na každém sezení zaměřovali na konverzační cvičení na různá témata- rodina, nákupy, léto, zima, atd. Byl kladen důraz zejména na trénink nomie, neboli výbavnosti slov. Výbavnost slov dělala panu Karlovi problémy. Při nácviku grafie se zaměřovali na psaní izolovaných písmen, a krátkých slov či doplňování slov do vět. Psaní jednoduchých slov nečinilo panu Karlovi výraznější obtíže. V rámci lexie bylo procvičováno čtení slov, pseudoslov, vět a doplňování slov do textu. Čtení bylo pomalejší, ale neobjevovaly se již paralexie jako tomu bylo dříve.

Dále se v rámci logopedické terapie zaměřovali na opakování slov a vět, tvoření slov ze slabik, tvoření otázek, tvoření synonym, kategorizaci, tvoření přídavných a podstatných jmen, trénink posloupnosti-popis dějových obrázků, posuzování správnosti vět, větnou skladbu-popletené věty, křížovky a osmisměrky. Obtíže panu Karlovi činilo opakování složitějších vět a menší potíže měl také s tvorbou vět z přeházených slov. Logopedická terapie byla zaměřena na nomii, porozumění, opakování, rozvoj slovní zásoby a zejména na expresivní stránku řeči, která byla procvičována vždy v úvodu terapeutického sezení formou konverzačních cvičení. Expese a spontánní řeč se u pana Karla postupně zlepšovala.

Panu Karlovi byly vždy předány materiály na cvičení domů. Logopedka vždy s panem Karlem zopakovala cvičení, na která se měl doma zaměřit. Velkou motivací k logopedické terapii a k pravidelnému domácímu cvičení byly pro pana Karla jeho tři děti.



### Vlastní výzkumné šetření-práce s terapeutickými materiály

S panem Karlem se autorka diplomové práce setkala na souvislé logopedické praxi ve Vítkovické nemocnici v Ostravě v září roku 2015, kdy se účastnila tří logopedických intervencí u tohoto klienta a pozorovala jejich průběh. Poprvé s panem Karlem samostatně pracovala po více než roční logopedické terapii, na kterou klient ambulantně docházel. V rámci zúčastněného pozorování logopedické terapie u tohoto klienta a následné samostatné práce s tímto klientem vypracovala příslušné terapeutické materiály, které u něj hned vyzkoušela a mohla si tak jejich využitelnost ověřit v praxi. Pan Karel byl vstřícný možnosti vyzkoušet si pro změnu zase nějaká nová cvičení. Klient má potíže zejména v oblasti exprese, nomie, lexie, grafie, gramatiky, opakování složitějších vět a porozumění některým výrazům. Proto jsou terapeutické materiály zaměřeny na trénink těchto postižených oblastí.

S vytvořenými terapeutickými materiály se pracovalo po dobu devíti týdnů během devíti terapeutických sezení, která trvala vždy 60 minut. Pan Karel docházel na jednotlivá terapeutická sezení v průběhu října a listopadu roku 2015.

### Postup aplikace terapeutických materiálů

Autorka diplomové práce na počátku terapeutických sezení nejdříve použila pracovní listy zaměřené na **automatismy**. Jednalo se o cvičení zaměřená na vyjmenování početní řady do 10, dnů v týdnu a měsíců v roce. Byla zde zařazena také cvičená, ve kterých měl klient přiřadit číslovku ke správnému slovu, ke správnému dni v týdnu a měsíci v roce.

Tyto pracovní listy klientovi nečinily problémy. Řeč pana Karla byla však pomalejší a neplynulá, ale bylo znát zlepšení v oblasti exprese řeči.

Poté přešla k aplikaci pracovních listů zaměřených na oblast **porozumění**. Úkolem klienta nebylo jen ukázat dané obrázky, ale také ukázat obrázek, který mezi ostatní nepatří, ukázat obrázky, které patří do dané kategorie, ukázat obrázky, které k sobě patří, např. slepice a vejce, ukázat obrázky začínající na dané písmeno, ukázat obrázky určité barvy, ukázat obrázky, které jsou vlevo a vpravo či vykonat určené instrukce a poznat jednotlivé barvy či geometrické tvary.

Také tyto pracovní listy klientovi nedělaly obtíže. Jen u pracovního listu, který byl zaměřen na ukázání obrázků, které začínají na dané písmeno, chyboval v 1 obrázku.

Další terapeutické materiály byly zaměřeny na oblast **pojmenování**. Úkolem klienta bylo pojmenovat jednotlivé obrázky na pracovním listu či pojmenovat, co daná osoba

na obrázku dělá. Další cvičení byla zaměřena na spojování obrázků s příslušnými slovy, spojování stejných obrázků nebo na zakroužkování slov či vět, které vidí na obrázku.

Zakroužkování slov nebo vět, které vidí na obrázku, spojování stejných obrázků i spojování obrázků k příslušnému slovu mu nečinilo potíže. Jisté problémy měl však v pojmenování jednotlivých obrázků či v pojmenování toho, co daná osoba na obrázku dělá. Některé tyto obrázky klient pojmenoval bez problémů, jiné s anomickými pauzami a u některých užil fonemické parafázie např. u pracovního listu zaměřeného na pojmenování zvířat, klient místo *lev* řekl *kev* nebo v pracovním listu zaměřeném na pojmenování činností klient místo *zpívá* řekl *tpívá*. I když byly v těchto cvičeních patrné určité obtíže, došlo v této oblasti u pana Karla ke zlepšení i z pohledu klinického logopeda.

Další pracovní listy byly zaměřeny na oblast **opakování**. Úkolem klienta bylo zopakovat daná slova, pseudoslova a věty.

S opakováním slov pan Karel neměl problém. Určité obtíže se objevily u opakování pseudoslov, kdy se mu některá nepodařilo správně zopakovat a také u opakování vět se vyskytly 2 chyby.

Poté autorka diplomové práce přešla k aplikaci terapeutických materiálů zaměřených na oblast **gramatiky**. Cvičení byla zaměřena na přechylování-tvorbu mužského a ženského rodu, stupňování přídavných jmen, převod vět do záporu, tvorbu jednotného či množného čísla, tvorbu minulého, budoucího času a tvorbu otázek. Dále zde byla zařazena cvičení zaměřující se na tvorbu zdvojnásobení, na schopnost poznat synonyma a antonyma, doplnit předložkové vazby a cvičení, ve kterém měl škrtnout všechna nesmyslná slova. Součástí byly také pracovní listy zaměřené na schopnost utvořit z podstatných jmen přídavná jména, zakroužkovat slovesa ve větách, utvořit slova z přeházených písmen či utvořit věty z přeházených slov. Do této oblasti patřilo také cvičení, ve kterém měl klient najít chyby ve slovních spojeních a opravit je.

Bez obtíží se klientovi dařila cvičení zaměřená na přechylování-tvorbu mužského a ženského rodu, tvorbu zdvojnásobení, stupňování přídavných jmen, tvorbu přídavných jmen z podstatných jmen, doplňování předložkových vazeb či tvoření jednotného a množného čísla. Také bez problémů škrtnul všechna nesmyslná slova a poznal antonyma a homonyma. Určité problémy panu Karlovi činila cvičení, ve kterých měl zakroužkovat slovesa ve větách, utvořit slova z přeházených písmen, utvořit věty z přeházených slov, či cvičení zaměřená na tvoření minulého času, budoucího času a tvorbu otázek.

Další pracovní listy byly zaměřeny na oblast **lexie**. Součástí této oblasti byla cvičení zaměřená na čtení slov, pseudoslov, vět, textu. Dále zde byla zařazena cvičení, ve kterých měl klient škrtnout hlásky, které do daných slov nepatří, zakroužkovat nesmyslná tvrzení, doplnit vybraná slova do textu či dokončit věty pomocí vybraných slov. Také zde byly zařazeny pracovní listy, v nichž měl klient doplnit interpunkční znaménka v textu, vyhledat všechny časové údaje v textu či všechna zvířata. Součástí čtení textu bylo odpovídání na otázky týkající se textu s cílem dozvědět se, zda je u klienta zachována schopnost čtení s porozuměním.

Čtení slov klientovi nečinilo žádné obtíže. Mírné obtíže měl se čtením pseudoslov, ve kterém měl 1 chybu. Celkově čtení psudoslov bylo pomalejší. Čtení vět a textu bylo provedeno s menšími pauzami a v pomalejším tempu s občasnými přeruky slov. Na otázky týkající se textu odpověděl klient správně, avšak s delší časovou prodlevou. Pan Karel potřeboval delší čas na vyhledání příslušných informací v textu. Cvičení, ve kterém měl pan Karel doplnit vybraná slova do textu či dokončit věty pomocí vybraných slov, zakroužkovat nesmyslná tvrzení ani cvičení zaměřené na vyhledání časových údajů či všech zvířat v textu panu Karlovi potíže nedělaly. Určité problémy mu však dělalo cvičení, ve kterém měl škrtnout hlásky, které do daných slov nepatří a cvičení, v němž měl doplnit interpunkční znaménka do textu.

Poté autorka diplomové práce přešla k oblasti, jež se zaměřovala na **grafii**. Cvičení byla zaměřena na opis slov, čísel, pseudoslov, vět a překreslení obrázců. Dále zde byla zařazena cvičení, ve kterých měl klient dopsat a napsat slova, která vidí na obrázku, utvořit slova z přeházených písmen a následně je napsat, dopsat první a poslední písmeno do slov, dopsat první a poslední slabiku do slov, dopsat chybějící písmena do slov či dopsat věty. Součástí této oblasti byly také pracovní listy zaměřené na schopnost napsat jakákoli slova, která začínají na určité písmeno či napsat různá povolání, která klient zná.

Opis slov a čísel klientovi nečinil problémy. Delší čas již potřeboval na opis pseudoslov, vět a překreslení obrázců. Cvičení, která byla zaměřena na dopsání slov, která vidí na obrázku klientovi potíže nečinilo. Více času již potřeboval na napsání celých slov, která vidí na obrázku. Více času potřeboval také na cvičení zaměřená na dopsání prvního či posledního písmene do slov a dopsání první a poslední slabiky do slov. Slova však doplnil správně. Problémy měl však se cvičením, ve kterém měl utvořit z přeházených písmen slova a následně je napsat. Chyboval v něm dvakrát. Cvičení, ve kterých měl klient dopsat chybějící písmena do slov s menším váháním, které souviselo s obtížemi ve výbavnosti grafémů,

vykonal bez chyby. Pracovní listy zaměřené na schopnost napsat jakákoli slova na určité písmeno, dopsat věty či napsat různá povolání, vykonal s menším váháním a potřebou dostatku času.

Další část terapeutických materiálů byla zaměřena na trénink **kategorizace a posloupnosti**. Cvičení na kategorizaci byla zaměřena na schopnost zařazení obrázku do příslušné kategorie-např. co patří mezi nářadí, škrtnutí slova, které mezi ostatní nepatří, doplnění řady slov, tvorba slov k daným kategoriím, doplnění vybraných slov do kategorií, doplnění nadřazeného pojmu či doplnění měsíců v roce k ročním obdobím. Následují cvičení zaměřená na posloupnost, jejichž cílem je seřadit dějové obrázky.

Tyto úkoly panu Karlovi potíže nedělaly. Cvičení na posloupnost mu však trvala déle.

Dále se autorka diplomové práce zaměřila na oblast **orientace v čase, orientace v tělesném schématu, oblast slovní zásoby a kalkule**. Cvičení, která zahrnovala oblast orientace v čase se zaměřovala na schopnost ukázat a vyznačit daný čas na ciferníku hodin či spojit časové údaje vyjádřené slovy s časovými údaji vyjádřenými číslicemi, např. 10:00-deset hodin. Oblast týkající se orientace v tělesném schématu zahrnovala cvičení zaměřená na schopnost ukázat a pojmenovat jednotlivé části těla a cvičení, ve kterém měl klient spojit daná slova s jednotlivými prsty na ruce. Mezi cvičení zaměřená na rozvoj slovní zásoby patřila cvičení na dokončování vět, textu a dokončování přísloví. Další cvičení, jejichž cílem byl rozvoj slovní zásoby, se zaměřovala na tvorbu slov z počátečních slabik, tvorbu vět začínajících na daná slova, tvorbu sousloví-slovních spojení či tvorbu vět z obrázků. Pracovní listy podporující schopnost počítání se zaměřovala na spojování číselných údajů vyjádřených slovy s číselnými údaji vyjádřenými číslicemi či spojování určitého počtu teček se správnou číslicí. Součástí bylo také cvičení, ve kterém měl klient napsat slova číslicemi a číslice slovy. Zařazeno zde bylo také cvičení na trénování jednoduchých početních operací do 20, ve kterém měl klient zakroužkovat správný výsledek.

Pracovní listy zaměřené na orientaci v čase, orientaci v tělesném schématu, tvorbu sousloví a dokončování přísloví pan Karel zvládal bez problémů. Obtíže klientovi nečinilo také cvičení, ve kterých měl tvořit věty z obrázků. Cvičení na dokončení vět, textu, tvorbu slov začínajících na určitou slabiku či slovo zvládal již s jistými obtížemi. Často se vyskytovaly anomické pauzy. V rámci terapeutických materiálů zaměřených na kalkuli bez zaváhání zvládal spojit určitý počet teček. S menším váháním a prodlevou zvládnul také spojit číselné údaje vyjádřené slovy s číselnými údaji vyjádřenými číslicemi

a napsat daná slova číslicemi. Obtížnější pro něj bylo cvičení, ve kterém měl napsat číslice slovy. V tomto cvičení měl dvě chyby. Pracovní listy zaměřené na vykonání početních operací do 20, v nichž měl vždy zakroužkovat správný výsledek zvládnul. Potřeboval však více času.

Poslední část pracovních listů byla zaměřena na jednoduché **kvízy**. Jednalo se o jednoduché otázky zaměřené na všeobecný přehled. Klient měl odpovídat na otázky ano x ne, zakroužkovat správnou odpověď či doplnit odpovědi na dané otázky.

Pan Karel tato cvičení rád vykonával a také se mu dařila, i když tvrdil, že jsou obtížná.

### **Výsledek vlastního výzkumného šetření**

Terapeutická sezení, ve kterých byly využity vytvořené terapeutické materiály, měla na klienta pozitivní vliv. Ve většině případů klient neměl s aplikovanými terapeutickými materiály výraznější obtíže, což bylo jistě dáno již dlouhodobou logopedickou terapií a také jeho velkou motivací a snahou se nadále zlepšovat. Instrukce jednotlivých cvičení si byl klient schopen přečíst sám. S jejich porozuměním neměl potíže. Během terapeutických sezení autorka diplomové práce pozorovala zlepšení ve spontánním řečovém projevu klienta. Pan Karel měl i přes obtíže v řečovém projevu stále ochotu a motivaci komunikovat. Došlo u něj také k jistému zlepšení v oblasti nomie, což se pozitivně projevilo ve výbavnosti slov. Podle autorky diplomové práce došlo ve všech narušených oblastech klientových schopností k mírnému zlepšení, což jej povzbudilo a dále motivovalo k další práci. Pan Karel byl během terapeutických sezení vždy vstřícný ke spolupráci a neodmítal žádná cvičení. Všem zadaným instrukcím pan Karel porozuměl a autorka diplomové práce nemusela žádnou instrukci ani obrázek upravovat. Autorka diplomové práce chtěla přiložit také ukázkou písemného projevu klienta, s čímž však klient nesouhlasil. I přes všechny dosažené pokroky bude u pana Karla nutná ještě dlouhodobá logopedická terapie, která může mít jen pozitivní vliv na jeho narušené fatické funkce. Pokud bude pan Karel i nadále pravidelně docházet na logopedickou terapii, bude prognóza jeho zdravotního stavu příznivá.

### **4.3.2 Případová studie č. 2**

#### Věra, věk 60 let

Druhým klientem s afázií byla paní Věra ve věku 60 let. Po ischemické CMP při akutním závěru ACI v červenci roku 2014 došlo u paní Věry k rozvinutí Brocovy afázie a ke vzniku pravostranné hemiparézy s převahou na horní končetině.

#### Rodinná anamnéza:

V rodině nejsou přítomny žádná závažná onemocnění ani komunikační poruchy.

#### Osobní anamnéza:

Před ischemickou CMP nebyly u paní Věry přítomny řečové ani jazykové deficity ani jiná závažná onemocnění či psychické poruchy. Jejím mateřským jazykem je český jazyk.

#### Sociální anamnéza:

Paní Věra je vdaná. Je matkou tří synů. Bydlí v bytě se svým manželem.

#### Pracovní anamnéza:

Paní Věra je nyní v důchodu. Dříve pracovala na benzince, má dosaženo základní vzdělání.

### **Ze zpráv z logopedických vyšetření**

#### Vstupní logopedické vyšetření

Vstupní logopedické vyšetření se konalo v říjnu roku 2014, kdy paní Věra začala pravidelně ambulantně docházet na logopedickou terapii do Vítkovické nemocnice v Ostravě po absolvované lázeňské léčbě z důvodu prodělané ischemické CMP při akutním závěru ACI v červenci roku 2014, po které došlo u paní Věry k rozvinutí Brocovy afázie a ke vzniku pravostranné hemiparézy s převahou na horní končetině.

Paní Věra byla schopná udržet zrakový kontakt. Expresivní projev paní Věry byl nonfluentní a omezený. V řeči se objevovaly verbální stereotypy „na“, „no“ a anomické pauzy. Dařilo se jí produkovat jen jednotlivá slova, jinak komunikovala gesty. Výpovědní hodnota řeči byla minimální. U paní Věry byla přítomna lehká orální apraxie při provádění složitějších pohybů. Zjevná byla také anomie. Objevovaly se fonemické i sémantické parafázie při pojmenování slov. Popis dějového obrázku zvládla po slovech s fonemickými parafáziemi a s pomocí gestikulace. Paní Věra pojmenovala jen 3/6 slov. Výbavnost slov byla těžce narušena. Nevybavila si žádné slovo z deseti slov za 30 sekund. V hlase paní Věry byl patrný lehký chrapot. Respirace a rezonance byla v normě. Automatismy-čísla do 10, dny v týdnu, měsíce v roce vzestupně zvládla, ale sestupně jí dělaly problém. Somatognoze a pravolevá orientace byla u klientky zachována. Doplnění vět, odpovědi

na otázky, rčení a ustálená slovní spojení s menšími potížemi zvládla. Přiřazování slov k obrázkům paní Věře problém nedělalo. Obtíže byly patrné v oblasti opakování. Paní Věra zvládla zpakovat jen slova a kratší věty s maximálně třemi slovy. Opakování delších vět a pseudoslov již nezvládla. Receptivní složka řeči byla lehce narušena. Otázkám ano-ne paní Věra vyhověla. Menší obtíže jí činilo porozumět složeným výzvám a logicko-gramatickým strukturám. Lexie byla také narušena. Bylo zachováno čtení jen na úrovni hlásek. Při čtení slov docházelo k paralexiím. Grafie byla také narušena. U paní Věry byl zachován jen opis na úrovni písmen, slabik a slov. Psaní slov paní Věře dělalo potíže. Objevovaly se paragrafie. Paní je pravačka, nyní píše levou HK. Početní operace do 10 jí nečinily potíže.

### Test MAST

Také paní Věra absolvovala test MAST. V tomto testu získala paní Věra v celkovém jazykovém indexu 62/93 bodů. V indexu rozumění získala 41/46 bodů a v indexu produkce 21/45 bodů. Norma pro dané vzdělání je 93 bodů. Jedná se tedy zejména o narušení expresivní stránky řeči.

### Závěr vstupního logopedického vyšetření klinického logopeda

Brocova afázie se sekundárným lehkým narušením v oblasti percepce řeči. Přítomna je alexie, agrafie a lehká orální apraxie.

### Kontrolní logopedické vyšetření

Kontrolní logopedické vyšetření bylo u paní Věry provedeno v srpnu roku 2015 po pravidelné desetiměsíční logopedické terapii. Paní Věra docházela na logopedickou terapii každý týden po dobu 60 minut. V důsledku logopedické terapie došlo u paní Věry k jistému pokroku v oblasti expresivní řeči. Exprese byla u klientky stále narušena, ale neobjevovaly se již verbální stereotypy, ani nepřevažovala komunikace prostřednictvím gest. Paní Věra již dokázala produkovat kromě jednotlivých slov i kratší věty. Nadále přetrvávaly potíže zejména s nomií a výbavností slov. U paní Věry se stále objevovaly sémantické a fonemické parafázie. Také potíže s opakováním delších vět přetrvávaly. Stále zvládla bez chyby zopakovat jen kratší slova a věty do tří slov. Orální praxie byla již v normě. V oblasti porozumění řeči došlo také ke zlepšení. Na dané otázky paní Věra odpovídala adekvátně jen s lehkými latencemi. Také v porozumění složitějším pokynům a logickogramatickým strukturám vykazovala klientka lepší výsledky. V rámci lexie došlo u paní Věry také k pokroku. Byla již schopna číst jednotlivá slova bez paralexií. Obtíže se však projevovaly při čtení vět.

Oblast grafie se výrazně zlepšila. Dokázala již napsat jednoduchá slova bez paragrafů a doplnit písmena do textu. V oblasti kalkule se vyskytovaly mírné potíže v rámci početních operací do 20.

### Test MAST

Při opakovaném vyšetření po roční terapii již klientka dosáhla celkového jazykového indexu 73/93 bodů. V indexu rozumění získala 44/46 bodů. Zlepšila se v oblastech porozumění čtené instrukci a porozumění verbální instrukci. V indexu produkce dosáhla 29/45 bodů. Ke zlepšení došlo v oblasti automatické řeči, opakování, fluenci při popisu a psaní na diktát.

### Závěr kontrolního logopedického vyšetření klinického logopeda

Přetrvávající mírná Brocova afázie s nepatrným sekundárním narušením v oblasti percepce řeči a částečnou alexií a agrafií.

### Pozorování průběhu logopedické intervence

Paní Věra docházela ambulantně na logopedickou terapii do Vítkovické nemocnice v Ostravě pravidelně každý týden od listopadu roku 2014, kdy ukončila rehabilitační pobyt v Darkově z důvodu vzniku expresivní afázie a pravostranné hemiparézy po ischemické CMP v srpnu roku 2014. Paní Věra dochází ambulantně na logopedickou terapii až do současnosti.

Logopedická terapie byla zaměřena zejména na konverzační cvičení na různá témata. Jednalo se o témata víkend, jídlo, záliby, cestování, vaření. Dále se logopedka orientovala na trénink nomie, neboli výbavnosti slov, paměťová cvičení, v nichž bylo úkolem klientky zapamatovat si zobrazené obrázky a na oromotoriku-orální praxii. V rámci lexie bylo procvičováno čtení slovních spojení, čtení vět, čtení textu, čtení pseudoslov, reprodukci čteného textu, čtení číslovek, čtení textu s obrázky a doplňování slov do vět a doplňování písmen do slov. V rámci grafie byl kladen důraz na grafii tří písmenných slov, psaní prvního písmene do slova, psaní jednoduchých slov a psaní čísel.

Dále byla logopedická intervence zaměřena na tvoření jednoduchých frází, popis dějových obrázků, dokončování vět a přísloví, tvoření otázek a odpovídání na otázky, předložkové vazby, tvoření vět z dvojic slov a tvorbu slov z písmen, kategorizaci, antonyma, synonyma, tvorbu sloves, přídavných a podstatných jmen, sousloví, přirovnání, vyhledávání pseudoslov, opravu chyb, křížovky a osmisměrky. Logopedická terapie byla zaměřena na nomii, porozumění, opakování, rozvoj slovní zásoby, oromotoriku a zejména na expresivní



stránku řeči, která byla procvičována vždy v úvodu terapeutického sezení formou konverzačních cvičení.

Paní Věře byly vždy předány materiály na cvičení domů. Klinická logopedka vždy s paní Věrou zopakovala cvičení, na která se měla doma zaměřit. Paní Věru na pravidelných terapeutických sezeních vždy doprovázel její manžel, jenž se také velmi aktivně podílel na terapii. Jeho spolupráce s manželkou měla velmi pozitivní dopad na logopedickou terapii. S jeho pomocí paní Věra doma pravidelně trénovala všechna zadaná cvičení.

### **Vlastní výzkumné šetření - práce s terapeutickými materiály**

S paní Věrou se autorka diplomové práce také setkala na souvislé logopedické praxi ve Vítkovické nemocnici v Ostravě v září roku 2015, kdy byla přítomna u tří logopedických intervencí této klienta a pozorovala jejich průběh. Poprvé s paní Věrou samostatně pracovala po více než roční logopedické terapii, na kterou klientka ambulantně docházela. V rámci zúčastněného pozorování logopedické terapie u této klientky a následné samostatné práce s touto klientkou vypracovala příslušné terapeutické materiály, které u ní hned vyzkoušela a mohla si tak jejich využitelnost ověřit v praxi. Paní Věra byla také velmi vstřícná možnosti vyzkoušet si zase nějaká nová cvičení. Klientka má potíže v obdobných oblastech jako pan Karel. Jedná se tedy zejména o narušení v oblasti exprese, nomie, lexie, grafie, gramatiky, opakování složitějších vět a porozumění některým výrazům. Proto jsou terapeutické materiály zaměřeny na trénink těchto postižených oblastí stejně jako u pana Karla.

S vytvořenými terapeutickými materiály se pracovalo po dobu devíti týdnů během devíti terapeutických sezení, která trvala vždy 60 minut. Paní Věra docházela na jednotlivá terapeutická sezení v průběhu října a listopadu roku 2015.

Postup i zadání jednotlivých úkolů byl u paní Věry stejný jako u pana Karla. Cílem autorky diplomové práce bylo tak porovnat výsledky obou vybraných klientů v jednotlivých oblastech.

### **Postup aplikace terapeutických materiálů**

Autorka diplomové práce také na počátku terapeutických sezení s paní Věrou nejdříve použila pracovní listy zaměřené na **automatismy**. Jednalo se o cvičení zaměřená na vyjmenování početní řady do 10, dnů v týdnu a měsíců v roce. Byla zde zařazena také cvičená, ve kterých měl klient přiřadit číslovku ke správnému slovu, ke správnému dni v týdnu a měsíci v roce.

Tyto pracovní listy klientce také nečinily problémy. I řeč paní Věry však byla stejně jako u pana Karla pomalejší a nepříliš plynulá, avšak měla stále zlepšující tendenci.

Poté také jako u pana Karla autorka diplomové práce přešla k aplikaci pracovních listů zaměřených na oblast **porozumění**. Úkolem klientky bylo nejen ukázat dané obrázky, ale také ukázat, které obrázky patří do dané kategorie a který obrázek mezi ostatní nepatří, ukázat obrázky, které patří k sobě, např. slepice a vejce, ukázat, které obrázky začínají na dané písmeno, ukázat obrázky určité barvy, ukázat obrázky, které jsou vlevo a vpravo či vykonat určené instrukce a poznat jednotlivé barvy či geometrické tvary.

Tyto pracovní listy klientce nedělaly obtíže. Jen u pracovního listu, který byl zaměřen na ukázání obrázků, které začínají na dané písmeno, chybovala v 1 obrázku, což je stejný výsledek jako u pana Karla.

Další terapeutické materiály byly zaměřeny na oblast **pojmenování**. Úkolem klientky bylo pojmenovat jednotlivé obrázky na pracovním listu či pojmenovat, co daná osoba na obrázku dělá. Další cvičení byla zaměřena na spojování obrázků s příslušnými slovy, spojování stejných obrázků nebo na zakroužkování slov či vět, které vidí na obrázku.

Zakroužkování slov nebo vět, které vidí na obrázku, spojování stejných obrázků i spojování obrázků k příslušnému slovu jí nečinilo potíže. Stejně jako u pana Karla se i u paní Věry vyskytly obtíže ve cvičeních zaměřených na pojmenování jednotlivých obrázků či v pojmenování toho, co daná osoba na obrázku dělá. Některé tyto obrázky klientka pojmenovala bez problémů, jiné s anomickými pauzami, u některých si nemohla vůbec vzpomenout či užila fonemické parafázie např. u pracovního listu zaměřeného na pojmenování zvířat, klientka místo *žirafa* řekla *tirafa* nebo v pracovním listu orientovaném na pojmenování činností klientka místo *kreslí* řekla *preslí* nebo místo *sedí* řekla *ledí*. V těchto cvičeních byly tedy patrné určité obtíže. Paní Věře pomohla fonemická nápověda, neboli nápověda první hlásky, kterou jí autorka diplomové práce v některých případech poradila. Celkově měla paní Věra v této oblasti větší potíže než pan Karel, ale i u ní bylo vidět v oblasti nomie jisté zlepšení i z pohledu klinického logopeda.

Dále byly pracovní listy zaměřeny na oblast **opakování**. Úkolem klientky bylo zopakovat daná slova, pseudoslova a věty.

S opakováním slov paní Věra potíže neměla. Problémy však měla s opakováním pseudoslov. V porovnání s panem Karlem se jí nepodařilo správně zopakovat více

pseudoslov. Při cvičení zaměřeném na opakování vět chybovala však jen jednou v porovnání s panem Karlem, který chyboval dvakrát.

Poté autorka diplomové práce přešla k aplikaci terapeutických materiálů zaměřených na oblast **gramatiky**. Cvičení byla zaměřena na přechylování-tvorbu mužského a ženského rodu, stupňování přídavných jmen, převod vět do záporu, tvorbu jednotného či množného čísla, tvorbu minulého, budoucího času a tvorbu otázek. Dále zde byla zařazena cvičení zaměřující se na tvorbu zdobnělin, na schopnost poznat synonyma a antonyma, doplnit předložkové vazby a cvičení, ve kterém měla klientka škrtnout všechna nesmyslná slova. Součástí byly také pracovní listy zaměřené na schopnost utvořit z podstatných jmen přídavná jména, zakroužkovat slovesa ve větách, utvořit slova z přeházených písmen či utvořit věty z přeházených slov. Do této oblasti patřilo také cvičení, ve kterém měla klientka najít chyby ve slovních spojeních a opravit je.

Bez obtíží se klientce dařila cvičení zaměřená na přechylování-tvorbu mužského a ženského rodu, tvorbu zdobnělin, doplňování předložkových vazeb a tvorbu jednotného a množného čísla. Také bez problémů poznala antonyma a homonyma a škrtnula všechna nesmyslná slova. Mírně chybovala ve cvičeních zaměřených na stupňování přídavných jmen a tvorbu přídavných jmen z podstatných jmen. Větší problémy paní Věře však činilo zakroužkování sloves ve větách, tvoření slov z přeházených písmen, tvoření vět z přeházených slov, či cvičení zaměřená na tvoření minulého času, budoucího času a tvorbu otázek. V této oblasti zaměřené na morfologicko-syntaktickou rovinu dosahovala paní Věra v porovnání s panem Karlem horších výsledků.

Další pracovní listy byly zaměřeny na oblast **lexie**. Součástí této oblasti byla cvičení zaměřená na čtení slov, pseudoslov, vět, textu. Dále zde byla zařazena cvičení, ve kterých měla klientka škrtnout hlásky, které do daných slov nepatří, zakroužkovat nesmyslná tvrzení, doplnit vybraná slova do textu či dokončit věty pomocí vybraných slov. Také zde byly zařazeny pracovní listy, v nichž měla klientka doplnit interpunkční znaménka v textu, vyhledat všechny časové údaje v textu či všechna zvířata. Součástí čtení textu bylo odpovídání na otázky týkající se textu s cílem dozvědět se, zda je u klientky zachována schopnost čtení s porozuměním.

Čtení slov paní Věře stejně jako panu Karlovi nečinilo žádné obtíže. Jisté obtíže měla ve cvičení zaměřeném na čtení pseudoslov, ve kterém měla 3 chyby. V porovnání s panem Karlem, jenž měl 1 chybu, chybovala paní Věra častěji. Celkově bylo čtení psudoslov

pomalejší než u běžných slov. Čtení vět a textu bylo provedeno také v pomalejším tempu, s menšími pauzami a občasnými přeruky slov. Na otázky týkající se textu odpověděla klientka správně, ale stejně jako u pana Karla se objevovala delší časová prodleva. Paní Věra potřebovala také více času na vyhledání příslušných informací v textu. Cvičení, ve kterých měla paní Věra zakroužkovat nesmyslná tvrzení, doplnit vybraná slova do textu či dokončit věty pomocí vybraných slov ani cvičení zaměřené na vyhledání časových údajů či všech zvířat v textu paní Věře potíže nedělaly. Problém jí však činilo cvičení, ve kterém měla škrtnout hlásky, které do daných slov nepatří a cvičení, v němž měla doplnit interpunkční znaménka do textu.

. V těchto cvičeních chybovala častěji než pan Karel. Výkon v oblasti lexie byl v porovnání s výkonem pana Karla celkově horší.

Poté autorka diplomové práce přešla k oblasti, jež se zaměřovala na **grafii**. Cvičení byla zaměřena na opis slov, čísel, pseudoslov, vět a překreslení obrazců. Dále zde byla zařazena cvičení, ve kterých měla klientka dopsat a napsat slova, která vidí na obrázku, utvořit slova z přeházených písmen a následně je napsat, dopsat první a poslední písmeno do slov, dopsat první a poslední slabiku do slov, dopsat chybějící písmena do slov či dopsat věty. Součástí této oblasti byly také pracovní listy zaměřené na schopnost napsat jakákoli slova, která začínají na určité písmeno či napsat různá povolání, která klientka zná.

Pracovní listy zaměřené na schopnost napsat jakákoli slova na určité písmeno, dopsat věty či napsat různá povolání, vykonal s menším váháním a potřebou dostatku času. Opis slov a čísel klientce potíže nedělal. Také jako pan Karel i paní Věra potřebovala delší čas na opis pseudoslov, vět a překreslení obrazců. Opsala je však správně. Cvičení, která byla zaměřena na dopsání slov, která vidí na obrázku, klientce potíže nečinilo. Více času již potřebovala na napsání celých slov, která vidí na obrázku a také na cvičení zaměřená na dopsání prvního či posledního písmene do slov a dopsání první a poslední slabiky do slov. Slova však doplnila správně. Problémy měla však se cvičením, ve kterém měla utvořit z přeházených písmen slova a následně je napsat. Chybovala v nich třikrát, což je o jednu chybu více než u pana Karla. Cvičení, v nichž měla klientka dopsat chybějící písmena do slov či dopsat věty jí činila menší obtíže, které souvisely s horší výbavností grafémů. Pracovní listy zaměřené na schopnost napsat jakákoli slova na určité písmeno či napsat různá povolání, vykonal s menším váháním a potřebou dostatku času. Paní Věra měla problém s výbavností grafémů a psaní bylo celkově pomalejší. Na rychlost psaní měla vliv určitě také skutečnost, že paní

je pravačka, ale v důsledku pravostranné hemiparézy nyní píše levou rukou. Také výkony v této oblasti byly v porovnání s výkony pana Karla slabší a celkově jí tyto úkoly trvaly déle.

Další část terapeutických materiálů byla zaměřena na trénink **kategorizace a posloupnosti**. Cvičení na kategorizaci byla zaměřena na schopnost zařazení obrázku do příslušné kategorie, např. co patří mezi nářadí, škrtnutí slova, které mezi ostatní nepatří, doplnění řady slov, tvorba slov k daným kategoriím, doplnění vybraných slov do kategorií, doplnění nadřazeného pojmu či doplnění měsíců v roce k ročním obdobím. Následující cvičení zaměřená na posloupnost, jejichž cílem je seřadit dějové obrázky.

Tyto úkoly paní Věře potíže nedělaly. Cvičení na posloupnost jí však stejně jako panu Karlovi trvala déle.

Dále se autorka diplomové práce zaměřila na oblast **orientace v čase, orientace v tělesném schématu, oblast slovní zásoby a kalkule**. Cvičení, která zahrnovala oblast orientace v čase se zaměřovala na schopnost ukázat a vyznačit daný čas na ciferníku hodin či spojit časové údaje vyjádřené slovy s časovými údaji vyjádřenými číslicemi, např. 10:00-deset hodin. Oblast týkající se orientace v tělesném schématu zahrnovala cvičení zaměřená na schopnost ukázat a pojmenovat jednotlivé části těla a cvičení, ve kterém měla klientka spojit daná slova s jednotlivými prsty na ruce. Mezi cvičení zaměřená na rozvoj slovní zásoby patřila cvičení na dokončování vět, textu a dokončování přísloví. Další cvičení, jejichž cílem byl rozvoj slovní zásoby, se zaměřovala na tvorbu slov z počátečních slabik, tvorbu vět začínajících na daná slova, tvorbu sousloví-slovních spojení či tvorbu vět z obrázků. Pracovní listy podporující schopnost počítání se zaměřovala na spojování číselných údajů vyjádřených slovy s číselnými údaji vyjádřenými číslicemi či spojování určitého počtu teček se správnou číslicí. Součástí bylo také cvičení, ve kterém měla klientka napsat slova číslicemi a číslice slovy. Zařazeno zde bylo také cvičení na trénování jednoduchých početních operací do 20, ve kterém měla klientka zakroužkovat správný výsledek.

Pracovní listy zaměřené na orientaci v čase, orientaci v tělesném schématu, tvorbu sousloví, dokončování přísloví a doplňování obrázků do vět paní Věra stejně jako pan Karel zvládla bez problémů. Určité obtíže klientce činila cvičení, ve kterých měla tvořit věty z obrázků, tvořit slova začínající na určitou slabiku či slovo a cvičení zaměřená na dokončování vět a textu. V těchto cvičeních se objevovaly časté anomické pauzy.

V rámci terapeutických materiálů zaměřených na oblast kalkule bez zaváhání zvládla spojit určitý počet teček se správnou číslicí. Ve cvičení, v němž měla spojit číselné údaje vyjádřené slovy s číselnými údaji vyjádřenými číslicemi, chybovala jedenkrát. Cvičení zaměřená na schopnost napsat daná slova číslicemi jí potíže nečinilo, ale ve cvičení, v němž měla napsat číslice slovy chybovala třikrát, což je o jednu chybu více než u pana Karla. Pracovní listy zaměřené na vykonání početních operací do 20, v nichž měla paní Věra vždy zakroužkovat správný výsledek, zvládla. Potřebovala však stejně jako pan Karel více času.

Poslední část pracovních listů byla zaměřena na jednoduché **kvízy**. Stejně jako u pana Karla se jednalo o jednoduché otázky zaměřené na všeobecný přehled. Klientka měla odpovídat na otázky ano x ne, zakroužkovat správnou odpověď či doplnit odpovědi na dané otázky.

Paní Věra tato cvičení měla velmi ráda. I když se jí některé kvízové otázky zdály obtížné, celkově se jí dařily. Výkon paní Věry byl v této oblasti v porovnání s výkonem pana Karla shodný.

### **Výsledky vlastního výzkumného šetření**

Terapeutická sezení, ve kterých byly využity vytvořené terapeutické materiály, měla na klientku pozitivní vliv. I když měla paní Věra v porovnání s panem Karlem s aplikovanými terapeutickými materiály větší potíže, její výkony v jednotlivých oblastech nebyly vůbec špatné. Bylo to dáno nejen dlouhodobou logopedickou terapií, ale také intenzivní domácí práci s manželem a její velkou snaživostí a motivací se nadále zlepšovat. Instrukce jednotlivých cvičení si byla klientka schopna sama přečíst. S jejich porozuměním neměla potíže. Během terapeutických sezení autorka diplomové práce pozorovala u klientky zlepšení v jejím spontánním řečovém projevu. Paní Věra měla stejně jako pan Karel i přes obtíže v řečovém projevu stále ochotu a motivaci komunikovat. Také u paní Věry došlo k jistému zlepšení v oblasti nomie, což se pozitivně projevilo ve výbavnosti slov. Podle autorky diplomové práce se ve všech narušených oblastech klientky projevilo mírné zlepšení, což paní Věru povzbudilo a motivovalo k další práci. Paní Věra během terapeutických sezení vždy aktivně spolupracovala a neodmítala žádná cvičení. Všem zadaným instrukcím paní Věra porozuměla a autorka diplomové práce tak nemusela žádné instrukce ani obrázky upravovat. Autorka diplomové práce chtěla přiložit také ukázkou písemného projevu klientky, s čímž však klientka nesouhlasila stejně jako pan Karel. I přes všechny dosažené pokroky bude u paní Věry nutná ještě dlouhodobá logopedická terapie,

kteřá mŕže mĕt jen pozitivnĕ vliv na její narušenĕ fatickĕ funkce. Pokud bude panĕ Vĕra i nadĕle pravidelnĕ dochĕzet na logopedickou terapii, bude prognŕza jejího zdravotnĕho stavu pŕznivĕ.

## 4.4 Shrnutĕ

Autorkou vytvořenĕ terapeutickĕ materiĕl byl aplikovĕn u dvou vybranĕch klientŕ s Brocovou afĕziĕ pro ŕčely logopedickĕ intervence. Prvnĕm klientem byl ŕtyřicetiletĕ pan Karel, u nĕhoŕ se projevila fatickĕ porucha po traumatu mozku, ke kterĕmu došlo vlivem autonehody, a druhou klientkou byla ŕedesĕtiletĕ panĕ Vĕra, u které byla diagnostikovĕna fatickĕ porucha po ischemickĕ cĕvnĕ mozkovĕ pŕhohĕ. Oba dva vybranĕ klienti byli v dobĕ aplikace vytvořenĕch terapeutickĕch materiĕlŕ v roĕnĕ pĕĕi klinickĕho logopeda.

Jednotlivĕ terapeutickĕ materiĕly byly aplikovĕny u obou klientŕ v pŕbĕhu řĕjna a listopadu roku 2015 bĕhem devĕti terapeutickĕch sezenĕ, kterĕ trvala vŕdy 60 minut. Bĕhem zŕčastnĕnĕho pozorovĕnĕ tŕĕ logopedickĕch intervencĕ u tĕchto klientŕ autorka diplomovĕ pŕce blĕžeji poznala klienty a jejich zĕjmy a snaŕila se tak terapeutickĕ materiĕly pŕizpŕsobit jejich potŕbĕm.

Cĕlem praktickĕ čĕsti diplomovĕ pŕce bylo vytvoŕit terapeutickĕ materiĕly pro vybranĕ osoby s afĕziĕ a jejich vyuŕitĕ v praxi. Dĕlčĕm cĕlem autorky byl rozvoj fatickĕch funkcĕ u dvou vybranĕch klientŕ a porovnanĕ jejich vŕsledkŕ u aplikovanĕch terapeutickĕch materiĕlŕ. Autorka vytvořenĕ terapeutickĕ materiĕl aplikovala u obou vybranĕch klientŕ bĕhem terapeutickĕch sezenĕ a pozorovala, ŕe u pana Karla i u panĕ Vĕry došlo k rozvoji fatickĕch funkcĕ. Pokud by mĕla autorka porovnat vŕsledky u obou klientŕ, celkovĕ lepšĕch vŕsledkŕ ve vŕech sledovanĕch oblastech dosĕhl pan Karel. Dŕležitou roli pŕi zlepšovĕnĕ jejich stavu hrĕla takĕ motivace obou klientŕ a neustĕlĕ snaha se zlepšovĕt.

Bĕhem tvorby terapeutickĕch materiĕlŕ si autorka kladla otĕzky, zda vytvořenĕ terapeutickĕ materiĕly budou pro klienty srozumitelnĕ, budou je bavit a povedou ke zlepšenĕ jejich narušenĕch fatickĕch funkcĕ. Pŕi jejich nĕslednĕ aplikaci zjistila, ŕe instrukce u vŕech pracovnĕch listŕ byly obĕma klientŕm srozumitelnĕ. Autorka nemusela mĕnit zadĕnĕ instrukcĕ ani obrĕzky u ŕĕdnĕho pracovnĕho listu. Velmi mile ji pŕekvapilo, ŕe vytvořenĕ terapeutickĕ materiĕly oba klienty bavily a motivovaly je k dalšĕmu cvĕčenĕ. Nejvĕce oba klienty bavily kvĕzy, kterĕ považovali za zpestŕĕnĕ kaŕdĕho terapeutickĕho sezenĕ. U pana Karla i u panĕ Vĕry autorka diplomovĕ pŕce pozorovala zlepšenĕ narušenĕch fatickĕch funkcĕ ve vŕech

sledovaných oblastech, nejvýrazněji pak v oblasti nomie a spontánního řečového projevu. Největší problémy oběma klientům činilo čtení pseudoslov, napsání slov z přeházených písmen, tvorba vět z přeházených slov, dále cvičení, v němž měli škrtnout písmena, která do slov nepatří, zakroužkovat slovesa v textu, opakovat pseudoslova, doplnit interpunkčních znaménka v textu, utvořit minulý a budoucí čas či utvořit otázky z daných vět.

Terapeutická sezení, v nichž byly aplikovány vytvořené terapeutické materiály u vybraných dvou klientů s Brocovou afázií, přinesla autorce mnoho zajímavých poznatků a zkušeností. Na základě získaných poznatků a zkušeností dospěla k názoru, že pokud by byly vytvořené materiály dále využívány při logopedické intervenci, mohlo by dojít k dalšímu zlepšování zdravotního stavu klientů. Samozřejmostí je, že jednotlivé pracovní listy by musely být přizpůsobeny jejich aktuálním individuálním potřebám.

Cílem rozčlenění terapeutických materiálů do 10 celků, bylo postihnout co nejširší okruh cvičení zaměřujících se na různorodé oblasti.

Autorka diplomové práce zmiňuje, že nelze prakticky vytvořit pracovní list, jímž by byla procvičována pouze jedna daná oblast, vždy je podporováno více oblastí současně. Například, když je cvičení určeno primárně k nácviку grafie, současně je podporována také lexie nebo při nácviку porozumění současně trénujeme i slovní zásobu a výbavnost slov apod.

Problematika osob se získanou fatickou poruchou-afázií autorku diplomové práce velmi zajímá a chtěla by se jí i nadále věnovat a prohlubovat tak své znalosti týkající se této oblasti. Na základě získaných zkušeností s tvorbou a aplikací terapeutických materiálů, plánuje v budoucnu rozšířit vytvořený terapeutický materiál o další pracovní listy, které by zahrnovaly chybějící cvičení a přispěly tak k celistvosti vypracovaného materiálu a přinesly nové poznatky.

Autorka diplomové práce uvádí, že vytvořené terapeutické materiály je možné podle potřeb modifikovat. I když jsou dané pracovní listy primárně určené pro vybrané klienty, mohou být využity i u klientů s podobnými obtížemi. Vypracované terapeutické materiály mohou být také inspirací klinickým logopedům k tvorbě vlastního intervenčního materiálu.



## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo vytvořit terapeutické materiály pro osoby s afázií a využít je při logopedické intervenci. Autorka diplomové práce se domnívá, že je stále nedostatek těchto materiálů na našem území, a proto je potřebné vytvářet nadále nové terapeutické materiály pro tyto klienty.

Teoretická část diplomové práce byla členěna na dvě kapitoly, jež se zabývaly problematikou afázie. V úvodu první kapitoly byla věnována pozornost terminologickému vymezení a různým definicím afázie, které se liší z hlediska zaměření jednotlivých autorů. Autorka diplomové práce dále přiblížila historii afaziologie dle jednotlivých etap. V první kapitole byla také podrobněji popsána etiologie. Autorka vymezila nejčastější příčiny vzniku afázie, mezi něž patří cévní mozková příhoda, traumata mozku, mozkové nádory, neurodegenerativní a infekční onemocnění mozku či různé intoxikace. Uvedla také přehled vyskytujících se symptomů vzhledem k jednotlivým typům afázie. Část práce, jež se věnovala klasifikaci afázie, poskytla přehled jednotlivých klasifikačních systémů. Podrobněji autorka popsala zejména Bostonskou klasifikaci, která je v současné době nejužívanější. Dále zmínila také Kimlovu, Hrbkovu Lurijovu a Olomouckou klasifikaci. Závěr první kapitoly byl orientován na diagnostiku afázie. Autorka uvedla seznam testů, jež jsou užívány u nás i v zahraničí. Zaměřila se na screeningové, komplexní, specifické, kognitivní testy i testy hodnotící funkcionální komunikaci klientů s afázií. Druhá kapitola poskytla přehled terapií, jež jsou využívány při logopedické intervenci osob s afázií. Pozornost věnovala autorka zejména popisu melodicko-intonační terapie, terapie na blokování perseverací, programu PACE a konverzačního tréninku. V následující části zmínila také prevenci a prognózu afázie. V závěru druhé kapitoly byly přiblíženy dostupné metodické materiály a počítačový program, který je využíván při logopedické intervenci klientů s afázií na našem území.

Praktická část diplomové práce byla rozdělena také na dvě kapitoly. Třetí kapitola pojednávala o cílech výzkumného šetření, výzkumných otázkách a metodách, které byly využity v rámci výzkumného šetření. Čtvrtá kapitola se zaměřila na autorkou vypracované terapeutické materiály. Součástí této kapitoly byly vypracované případové studie obou klientů s cílem jejich bližšího seznámení. Autorka v této kapitole přiblížila proces tvorby terapeutických materiálů a jejich aplikaci u dvou vybraných klientů s Brocovou afázií v rámci terapeutických sezení. Celkem autorka vypracovala 108 pracovních listů, které rozdělila do deseti oblastí. Jedná se o oblasti zaměřené na automatismy, porozumění, pojmenování, opakování, gramatiku, lexii, grafii, kategorizaci a posloupnosti, orientaci v čase,

v tělesném schématu, slovní zásobu, kalkulií a kvízy. Oběma klientům byly předloženy stejné terapeutické materiály s cílem porovnání jejich výsledků. Autorka hodnotila, zda dané instrukce u jednotlivých pracovních listů byly oběma klientům srozumitelné a zda vedly ke zlepšení narušených fatických funkcí u obou klientů. V závěru praktické části autorka porovnávala výsledky obou klientů, vymezila oblasti, které klientům činily největší problémy, a popsala také oblasti, ve kterých došlo u klientů k nejvýraznějšímu zlepšení.

Vypracovaný soubor terapeutických materiálů by mohl být v budoucnu používán při logopedické intervenci u osob s afázií vždy s přihlédnutím k jejich individuálním potřebám. Využití těchto terapeutických materiálů v rámci logopedické intervence u osob s afázií by mohlo vést ke zlepšení jejich narušených fatických funkcí a posléze i ke zlepšení jejich kvality života.

## SEZNAM ZKRATEK

A	akustický okrsek
AABT	Aachen aphasia-bedside test
AASP	Acute Aphasia Screening Protocol
ACI	arteria carotis interna
AQ	koeficient afatičnosti
AST	Aphasia Schnell Test
BDAE	Boston Diagnostic Aphasia Examination
BEST-2	Bedside Evaluation Screening Test
BNT	Boston Naming Test
CQ	kortikální kvocient
CADL-2	Communicate Activites of Daily Living
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CQ	kortikální kvocient
CT	počítačová tomografie
DFK	Dotazník funkcionální komunikace
DgAAA	Diagnostika afázie, alexie, agrafie
FAST	Frenchay Aphasia Screening Test
GM	grafomotorický okrsek
LG	logomotorický okrsek
MAST	Mississippi Aphasia Screeining Test
MIT	Melodicko-intonační terapie
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů-10. revize
MMSE	Mini Mental State Examination
MRI	magnetická rezonance
O	optický okrsek
PACE	Promoting Aphasics Communicative Effectiveness
PES	pozitronová emisní tomografie
PG	proprioceptivně-grafestetický okrsek
PL	proprioceptivně-logestetický okrsek
PQ	výkonový kvocient

SPECT	jednofotonová spektrální emisní tomografie
TAP	Terapie na blokování perseverací
VFF	Vyšetření fatických funkcí
WAB	Western Aphasia Battery

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AMBLER, Zdeněk, BEDNAŘÍK, Josef, RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Klinická neurologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-157-4.

BASSO, Anna. *Aphasia and its therapy*. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-513587-3.

BYNG, Sally, DUCHAN, Judith a POUND, Carole. *The Aphasia Therapy File*. New York: Psychology Press, 2007. ISBN 978-1-84169-270-8.

CSÉFALVAY, Zsolt a TRAUBNER, Pavol. *Afaziológia pre klinickú prax*. Martin: Osvěta, 1996. ISBN 80-217-0377-6.

CSÉFALVAY, Zsolt, KOŠŤÁLOVÁ, Milena a KLIMEŠOVÁ, Marta. *Vyšetření fatických funkcí*. Praha: AKL, 2002.

CSÉFALVAY, Zsolt, KOŠŤÁLOVÁ, Milena, KLIMEŠOVÁ, Marta. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie*. Praha: AKL, 2003. ISBN 80-903312-0-3.

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

CSÉFALVAY Zsolt, LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČECHÁČKOVÁ, Miroslava. *Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou recových funkcí – afázií*. Olomouc: Fakultní nemocnice, 1998.

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

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HALPERN, Harvey a GOLDFARB, Robert M. *Language and Motor Speech Disorders in Adults*. New York: J&B Learning, 2013. ISBN 978-1-4496-5267-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HRBEK, Jaromír. *Neurologie 4*. Praha: SPN, 1983.

KALVACH, Petr a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. vyd. Grada: Praha, 2010, ISBN 978-80-247-2765-3.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5203-7.

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: UK, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

KIML, Josef. *Afasie a reedukace řeči*. Praha: SZN, 1969.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina a kol. *Terapie v logopedii*. Brno: MUNI, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.

KONŮPKOVÁ, Zuzana a kol. *Pracovní listy pro reedukaci afázie*. Praha: Občanské sdružení Klub afasie, 2009.

KONŮPKOVÁ, Zuzana a kol. *Pracovní listy pro reedukaci afázie II*. Praha: Občanské sdružení Klub afasie, 2013.

KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-632-2.

- KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
- KULIŠŤÁK, Petr, LEHEČKOVÁ, Helena, MIMROVÁ, Milada a NEBUDOVÁ, Jaroslava. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
- KUTÁLKOVÁ, Dana a PALODOVÁ, Daniela. *Palatolalie a afázie*. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-241-3.
- LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetitorium: teoretická východiska súčasnej logopedie, moderné prístupy*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- LOVE, Russel J. a WEBB, Wanda G. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Petr a kol. *Chorobné znaky a príznaky: diferenciálna diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
- LURIJA, Alexandr Romanovič. *Základy neuropsychológie*. Bratislava: SPN, 1982.
- MALÍKOVÁ, Petra a SOLDÁNOVÁ, Tereza. *Pracovní karty na procvičení fatických funkcií*. [Česko: s. n., 2010] ISBN 978-80-254-7888-2.
- MIMROVÁ, Milada. *Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-85875-81-0
- NADEAU, Stephen E., ROTH, Leslie J. Gonzalez a CROSSON, Bruce. *Aphasia and Language: theory to practice*. New York: The Guilford Press, 2000. ISBN 1-57230-581-9.

NEBUDOVÁ, Jaroslava. *Cévní mozkové příhody*. 2. vyd. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-41-6.

NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: diagnostika a terapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: UPOL, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.

PAPATHANASIOU, Ilias, COPPENS, Patrick a POTAGAS, Constantin. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. New York: J&B Learning, 2013. ISBN 978-0-7637-7100-3.

PETIT O.S. *Altík 2.00* [software]. Dostupné z : <https://www.petit-os.cz/>.

PETRŽÍLKOVÁ, Marie. *Mentio* [online]. 2016 [cit.2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.mentio.cz/>.

PRŮCHA, Jan. *Pedagogický výzkum: uvedení do teorie a praxe*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-132-3.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SCHULER, Mathias a OSTER, Peter. *Geriatric od a do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-8-247-3013-4.

SPREEN, Otfried a RISSER, Anthony H. *Assessment of Aphasia*. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-514075-3.

SUCHÁ, Jitka, JAROLÍMOVÁ, Eva a MÁTLOVÁ, Martina. *Procvičování pozornosti. Obtížnost 1*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2015. ISBN 978-80-86541-43-3.



SUCHÁ, Jitka, JAROLÍMOVÁ, Eva a MÁTLOVÁ, Martina. *Procvičování zrakově prostorových dovedností. Obtížnost 1*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2015. ISBN 978-80-86541-39-6.

SUCHÁ, Jitka, JAROLÍMOVÁ, Eva a MÁTLOVÁ, Martina. *Procvičování řeči a slovní zásoby. Obtížnost 1*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2015. ISBN 978-80-86541-41-9.

SUCHÁ, Jitka, JAROLÍMOVÁ, Eva a MÁTLOVÁ, Martina. *Procvičování řeči a slovní zásoby. Obtížnost 2*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2015. ISBN 978-80-86541-42-6.

Světová zdravotnická organizace, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2013. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: Desátá revize: aktualizovaná k 1. 4. 2014: tabelární část [online]. 2. aktualizované vydání. Praha: Bomton Agency. [cit. 2016-02-02] 874 s. ISBN 978-809-0425-903. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast\\_1-4-2014.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf).

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TRUHLÁROVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky*. Praha: Avicenum, 1975.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedie*. Olomouc: UPOL, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a RÁDLOVÁ, Eva. *Logopedie-Andragogika*. Olomouc: UPOL, 2006. ISBN 80-244-1188-1.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a MLČÁKOVÁ, Renata. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Olomouc:UPOL, 2013. ISBN 978-80-244-3744-6.

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

Obrázek č. 1 Zasažené oblasti mozku u hemoragické a ischemické cévní mozkové příhody

Tabulka č. 1 Lokalizace léze u jednotlivých typů afázie

Tabulka č. 2 Rozdělení jednotlivých typů afázie podle fluence řeči

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Automatismy
- Příloha č. 2 Porozumění
- Příloha č. 3 Pojmenování
- Příloha č. 4 Opakování
- Příloha č. 5 Gramatika
- Příloha č. 6 Lexie
- Příloha č. 7 Grafie
- Příloha č. 8 Kategorizace a posloupnosti
- Příloha č. 9 Orientace v čase, orientace v tělesném schématu,  
slovní zásoba a kalkule
- Příloha č. 10 Kvízy

Příloha č. 1

# Automatismy

Automatismy-vyjmenujte početní řadu do 10,  
dny v týdnu a měsíce v roce:

Spojte tužkou číslice se správnými slovy:

2 jedna

5 šest

7 dva

10 tři

9 pět

3 deset

8 sedm

1 čtyři

6 devět

4 osm



Spojte tužkou číslice se správnými měsíci v roce:

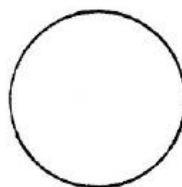
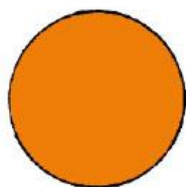
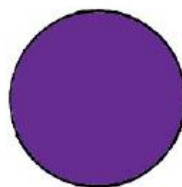
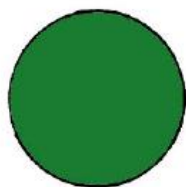
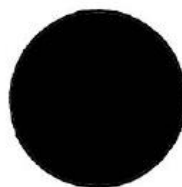
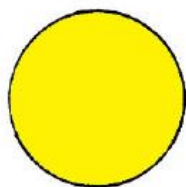
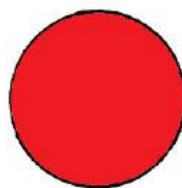
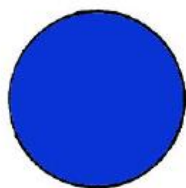
- |    |          |
|----|----------|
| 1  | březen   |
| 2  | červen   |
| 3  | listopad |
| 4  | leden    |
| 5  | srpen    |
| 6  | únor     |
| 7  | prosinec |
| 8  | říjen    |
| 9  | červenec |
| 10 | květen   |
| 11 | září     |
| 12 | duben    |



Příloha č. 2

# Porozumění

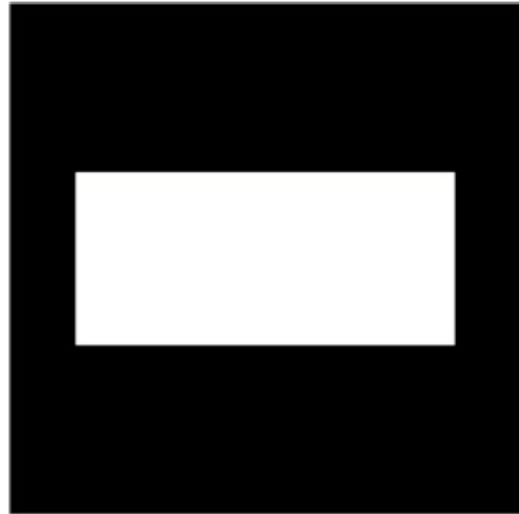
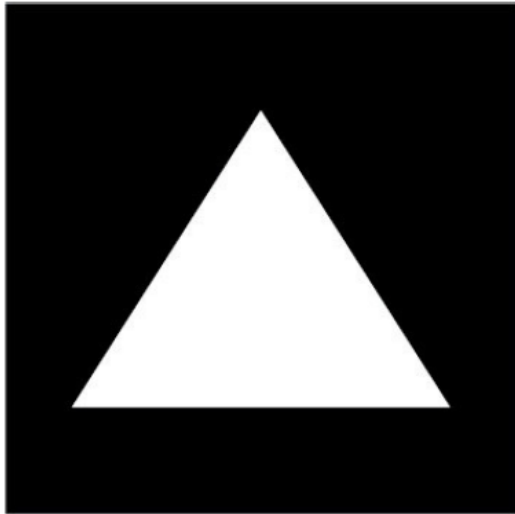
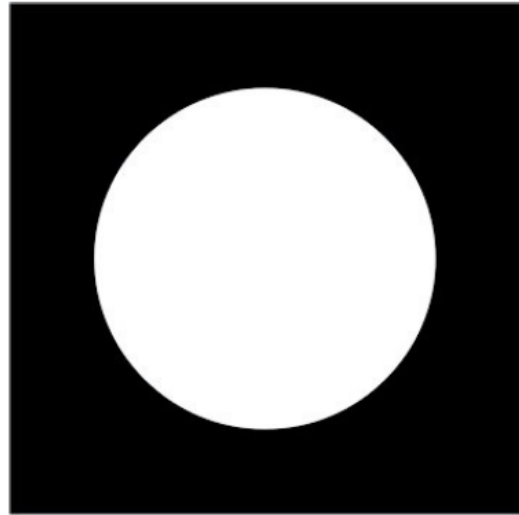
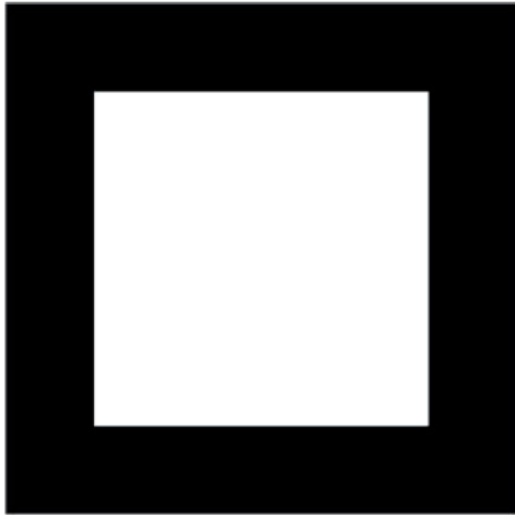
UKAŽTE, KDE JE:



UKAŽTE, KDE JE:



UKAŽTE, KDE JE:



UKAŽTE, KDE JE:



UKAŽTE, CO PATŘÍ MEZI NÁPOJE:



# CO PATŘÍ DO KOUPELNY A CO DO KUCHYNĚ?



# CO JE ZIMNÍ A CO LETNÍ?





Ukaŕte obrázek, který mezi ostatní nepatří:



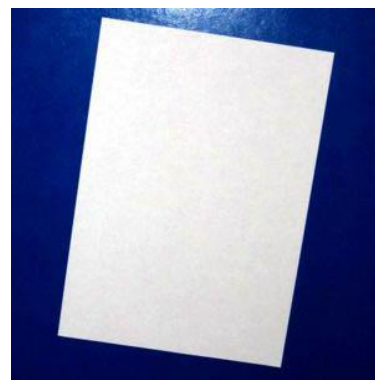
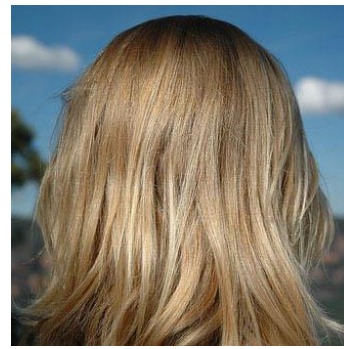
Ukaŕte obrázky, které začínají na hlásku K:



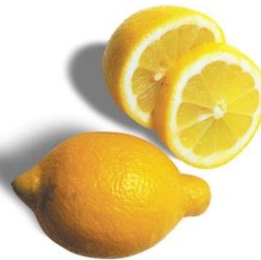
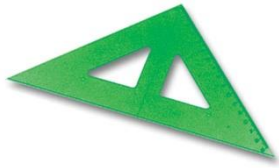
Ukaŕte, které obrázky jsou vlevo a které vpravo:



Spojte tužkou obrázky, které k sobě patří:



Ukaŕte obrázky, které mají ŕlutou a modrou barvu:



Ukaŕte, které obrázky jsou zelené a řervené:



Vykonejte dané instrukce:

- 1) Zavřete oči
- 2) Sáhňte si na nos
- 3) Vyplázněte jazyk
- 4) Zvedněte ruku
- 5) Ukažte, kde jsou dveře
- 6) Dotkněte se pravé nohy
- 7) Sáhňte si na levé ucho
- 8) Ukažte, kde jsou dveře
- 9) Olízněte si rty
- 10) Podejte mi ruku
- 11) Ukažte, kde máte palec
- 12) Sáhňte si na hlavu
- 13) Ukažte, kde mám hodinky
- 14) Podívejte se na strop

Příloha č. 3

# Pojmenování



POJMENUJTE NÁBYTEK:



POJMENUJTE OVOCE A ZELENINU:



# POJMENUJTE ZVÍŘATA:



POJMENUJTE OBRÁZKY V DOMÁCNOSTI:



# DOPRAVA-POJMENUJTE OBRÁZKY:



Spojte tužkou slova se správnými obrázky:

dům



květina



strom



hory



Spojte tužkou slova se správnými obrázky:



fén



vysavač



telefon



rádio

Spojte tužkou stejné obrázky:





CO DĚLÁ?



CO DĚLÁ?



Zakroužkujte slovo, které vidíte na obrázku:



hodinky

náušnice



tričko

kalhoty



žárovka

šroubovák



guma

tužka

Co vidíte na obrázku- zakroužkujte správné věty:



Máma uklízí

Máma spí.



Dítě se koupe.

Dítě křičí.



Pán leze po žebříku.

Pán leze po skále.



Chlapec čistí boty.

Chlapec si myje ruce.

Příloha č. 4

# Opakování

Opakujte následující slova:

traktor

zámek

letadlo

žirafa

medvěd

mixér

pánev

lustr

koupelna

klíče

tužka

květina

okno

dveře

Opakujte následující pseudoslova:

zazlina

lafo

restka

butra

vogad

břásta

jadet

kalok

meduk

vesok

raduto

teram

sukop

marous

Opakujte následující věty:

Kočka tiše přede.

Babička plete svetr.

Dědeček luští křížovky.

Učitel učí děti ve škole.

Věra má ráda svíčkovou.

Letadlo letí vysoko na obloze.

Petr se ztratil v hlubokém lese.

Jan sleduje v televizi fotbalový zápas.

V rádiu hrají písničky z šedesátých let.

Příští týden pojedeme za tetou do Mikulova.

Včera bylo sychravo a celý den pršelo.

Myslivec sedí na posedu a pozoruje okolí.

Praha je hlavní město České republiky.



Příloha č. 5

# Gramatika

Stupňujte přídavná jména (postupujte podle vzoru):

zelený – zelenější – nejzelenější

červený –

slaný –

příjemný –

pevný –

mocný –

jižní –

severní –

skromný –

hodný –

lesklý –

světlý –

krásný –

pruhovaný –

umělý –

rovný –

křivý –



Utvořte věty z přeházených slov:

1) pes-kost-zahrabává

2) vaří-polévku-kuchař

3) děda-křížovky-luští

4) Milan-hokej-hraje

5) jógu-cvičí-Monika

6) je-řeka-před-domem

7) venku-sníh-padá

8) bábovku-peče-babička

9) kočka-myš-chytá

10) učitel-písemky-opravuje

11) housky-pekař-peče

12) na-děti-hrají-si-zahradě

Zakroužkujte synonyma – slova se stejným významem a  
podtrhněte antonyma-slova s opačným významem:

hezký x pěkný

brečet x smát se

zloděj x lupič

anděl x ďábel

rozzlobený x naštvaný

malý x velký

mraky x oblaka

mokrý x suchý

červený x rudý

málokdy x zřídka

chytrý x hloupý

chudý x bohatý



Přechylování (tvorba ženského a mužského rodu):

manžel \_\_\_\_\_

kuchař \_\_\_\_\_

lékař \_\_\_\_\_

lyžař \_\_\_\_\_

učitel \_\_\_\_\_

malíř \_\_\_\_\_

řidička \_\_\_\_\_

záchranářka \_\_\_\_\_

fotografka \_\_\_\_\_

holička \_\_\_\_\_

cestovatelka \_\_\_\_\_

opravářka \_\_\_\_\_

Škrtněte všechna nesmyslná slova:

ananas

chleba

ždichle

samsó

boutla

nadlos

láhev

hrnec

mlout

rýže

králík

nous

novotin

pivo

nanuk

záclona

kino

koberec

kluhoř

alkok

bota

nůž



Utvořte z přeházených písmen správná slova- jedná se o

různé sporty:

olgf \_\_\_\_\_

áhzneá \_\_\_\_\_

bdmaintn \_\_\_\_\_

ohekj \_\_\_\_\_

etnis \_\_\_\_\_

ftboal \_\_\_\_\_

atelitka \_\_\_\_\_

besakatbl \_\_\_\_\_

ovelbjal \_\_\_\_\_

ckylsitika \_\_\_\_\_

kraate \_\_\_\_\_

obx \_\_\_\_\_

Doplňte vybrané předložky do daných vět:

Pes skáče \_\_\_\_\_ plot.

Jana jede \_\_\_\_\_ babičkou.

Olda rád chodí \_\_\_\_\_ horách.

Lukáš spěchá \_\_\_\_\_ autobus.

Kočka sedí \_\_\_\_\_ dveří.

Pes leží \_\_\_\_\_ stolem.

Obraz visí \_\_\_\_\_ postelí.

Hanka utíká \_\_\_\_\_ Lucií.

Myslivec jde \_\_\_\_\_ lesa.

Šli na procházku \_\_\_\_\_ vody.

u, přes, do, na, pod, nad, kolem, po, před, za

Převeďte věty do minulého času:

Petr píše dopis.

Anežka vaří oběd.

Děda luští křížovky

Babička myje nádobí.

Dítě spí v kolébce.

Kočka pije mléko.

Martin jede na kole.

Tereza vaří oběd.

Pes leží pod stolem.

Kniha leží na stole.

Převeďte věty do budoucího času:

Sova houká v lese.

Tomáš uklízí v garáži.

Alena zalévá květiny.

Zajíc běží po poli.

Manželé Vrbovi obědvají.

Lucie si čistí zuby.

Monika žehlí prádlo.

Kryštof řídí auto.

Veverka louská oříšek.

Venku padá sníh.

Vytvořte otázky z daných vět:

Dušan krájí chleba.

Iveta plave v bazénu.

Teta pracuje na zahradě.

Katka si umývá ruce.

Pavouk leze po stěně.

Slepice snáší vejce.

Knihy leží na nočním stolku.

Strýc sleduje hokejové utkání.

Paní Hana pracuje v obchodě.

Jitka pije ovocnou limonádu.

Najděte chyby ve slovních spojeních a opravte je:

zutní kartáček

toalekní papír

automalická pračka

nobilní telefon

zlatý prstůnek

červené rdy

pletená čelice

dřevěný stůk

plyšový medjídek

prugované tričko

houtací křeslo

plastové okto

ovocný čaf

Zakroužkujte všechna slovesa ve větách:

Děti pojedou v sobotu do Brna.

Marie žehlí bavlněnou košili.

Pan Novák opravuje pokažené auto.

Děti si hrají na zahradě.

V lese jsme slyšeli houkat sovu.

V moři žije spousta ryb.

Na podzim padá listí ze stromů.

Strýc rád čte detektivní příběhy.

V kině promítají nový český film.

Převeďte dané věty do záporu:

Teta včera uklízela pokoj.

Zítra bude pršet.

V neděli pojedeme na výlet.

Honza umí dobře lyžovat.

Pes a kočka se mají rádi.

Lucie se chystá do divadla.

Marek umývá nádobí.

Na stole leží kniha.



Tvořte z daných podstatných jmen přídavná jména:

boháč –

lakomec –

lenoch –

zbabělec –

chytrák –

mladík –

nešika –

drzoun –

mlsoun –

krasavec –

nemotora –

Příloha č. 6

Lexie

Přečtěte následující slova a pseudoslova:

autobus

kolotoč

petrolej

restaurace

umyvadlo

zahrada

nudrour

čepír

kamatrce

pukatlice

babram

tedečnost

saulek

zaklíček

Přečtěte následující věty:

V zimě sněží.

Teta peče dort.

Strýc čte knihu.

Pod stolem leží pes.

Na stropě visí obraz.

Luděk pracuje na zahradě.

Velikonoce jsou svátky jara.

Kolem řeky vede úzká cestička.

Příští týden půjde Soňa do divadla.

V neděli půjdeme na oběd do restaurace.

V moři žije mnoho druhů pestrobarevných ryb.

Na statku můžeme pozorovat slepice, kozy i prasata.

Manželé Ondráčkovi se chystají jet v létě na dovolenou k moři.

Přečtěte následující slova a škrtněte písmeno, které do  
daných slov nepatří:

přísbor

slounce

hradl

koupselna

jahodva

paptír

kytaura

žtidle

zkahrada

keniha

postrel

osobla

kopsec

zvkon

uchor

Zakroužkujte nesmyslná tvrzení:

Pes má dvě nohy.

Žirafa má dlouhý krk.

Auto má čtyři kola.

Ptáci mají ploutve.

Koza dává mléko.

Kočka štěká.

Slepice snáší vejce.

Prase kváká.

Žralok žije v moři.

Kráva houká.

Liška je rezavá.

Ryby mají křídla.

Krokodýl žije v lese.

Myš je větší než kůň.

Doplňte do textu vybraná slova:

Roman s Marií pojedou v létě do \_\_\_\_\_.

Chtějí navštívit spoustu zajímavých \_\_\_\_\_.

Nejprve mají zaměřeno na \_\_\_\_\_ Itálie

do Benátek. Marie se moc těší na projížďku v

\_\_\_\_\_ a Roman na fotografování \_\_\_\_\_

památek. Poté mají zaměřeno do Pisy, kde se chtějí

podívat na šikmou \_\_\_\_\_ a do Milána, které je

městem \_\_\_\_\_.

Marie má plánu koupit si hodně

nového \_\_\_\_\_ a Pavel sní o tom, že konečně

uvidí fotbalový stadión AC \_\_\_\_\_.

Jejich poslední zastávkou bude věčné \_\_\_\_\_ Řím.

věž, Itálie, míst, sever, město, oblečení, gondole, módy,  
Milán, historických

Doplňte do textu vybraná slova:

Manželé Bartošovi si postavili nový \_\_\_\_\_. Teď se chystají do Ostravy vybrat si nějaký \_\_\_\_\_. Chtějí mít všechno zařízeno \_\_\_\_\_ a laděné do \_\_\_\_\_ barvy. Paní Eva má za úkol vybrat zařízení do kuchyně a do \_\_\_\_\_ a pan Zdeněk zase vybavení do obýváku. Koupelnu i \_\_\_\_\_ již mají hotové. V \_\_\_\_\_ nakonec \_\_\_\_\_ vše, co potřebovali a spokojeně se vraceli domů.

ložnice, dům, WC, nábytek, moderně, nakoupili,  
Ostravě, bílé



Dokončete věty pomocí vybraných slov:

V létě se většina lidí chystá na \_\_\_\_\_.

V lese můžeme v noci slyšet houkat \_\_\_\_\_.

Ve škole se děti učí číst, psát a \_\_\_\_\_.

V obchodě můžeme nakoupit různé \_\_\_\_\_.

V kině budou promítat novou \_\_\_\_\_.

V ZOO pozorujeme exotická \_\_\_\_\_.

V moři žije mnoho druhů \_\_\_\_\_.

Vánoce jsou svátky klidu a \_\_\_\_\_.

Děti si rády hrají na \_\_\_\_\_.

Manželé se chystají večer na \_\_\_\_\_.

sovu, komedii, zboží, ples, dovolenou, ryb, počítat,  
zvířata, míru, pískovišti

Přečtěte text a odpovězte na otázky:

### Nedělní den

Pan Adam s manželkou Adélou šli v neděli na oběd do restaurace U Dvou dobráků. Pan Adam si objednal hovězí maso na houbách s rýží a paní Adéla grilovaného lososa s těstovinami a špenátem. Z nápojů si vybrali červené víno. Oběd oběma velice chutnal. Poté se vydali na krátkou procházku podél řeky a večer zhlédli divadelní představení Sen noci svatojánské.

Otázky:

- 1) Do jaké restaurace šli manželé na oběd?
- 2) Jak se jmenuje manželka pana Adama?
- 3) Co si objednal pan Adam na oběd?
- 4) Kam se manželé vydali na procházku?
- 5) Jaké divadelní představení manželé viděli?

Přečtěte text a odpovězte na otázky:

### Nákup

V sobotu ráno paní Málková poslala manžela do obchodu nakoupit potraviny. Napsala mu seznam věci, které má koupit. Jednalo se o jeden chleba, pět rohlíčků, máslo, mléko, šunku, sýr, tři jablka, dva banány a čtyři rajčata. Pan Málek jel do obchodu tramvají a po zpáteční cestě se stavit ještě do trafiky pro noviny. Domů pan Málek dorazil v jedenáct hodin dopoledne.

Otázky:

- 1) Kde poslala paní Málková manžela?
- 2) Kolik měl koupit rohlíčků?
- 3) Čím jel pan Málek do obchodu?
- 4) Pro co se pan Málek stavit do trafiky?
- 5) V kolik hodin pan Málek dorazil zpátky domů?

Doplňte do textu chybějící interpunkční znaménka:

Vcera odpoledne se nahle zatmelo a spustil se obrovsky lijak. Vanoce by mely byt zejmena svatky klidu a miru.

Na zahrade pestujeme hodne druhu zeleniny a ovoce.

Milanovým oblíbeným jídlem je smazeny rizek a

bramborovy salat. Mezi nejkrasnejsi mesta Evropy patri

take Praha. V dnesni dobe je tezke obejit se bez

mobilniho telefonu. Ne nadarmo se rika, ze nejlepsim

přítelem cloveka je pes. V ZOO muzeme pozorovat

zvirata z celeho sveta. V mori zije mnoho zajimavych

ryb a zivocichu. Deti si rady hraji na piskovisti a staveji

babovicky z pisku. Na louce často vidime letat

ruznobarevne druchy motylu.

Podtrhněte v textu všechna zvířata:

Jako malý kluk chodil Marek často do lesa s dědou pozorovat zvířata, která žijí v lese. Během procházek lesem mnohokrát spatřili lišku, zajíce či veverku. Jedenkrát se jim však podařilo vidět kance. Marek se bál, ale děda byl klidný, protože věděl, že divoká prasata se lidí bojí a vyhýbají se jim. A tak se také stalo. Při jedné procházce se jim podařilo zahlédnout také srnu a malého kolouška. Markovi se koloušek tak zalíbil, že poté chodil do lesa vždy s očekáváním, že svého kolouška znovu uvidí. Jednoho večera šel Marek s dědou do lesa také v noci. Viděli havrana a slyšeli houkat sovu.

Podtrhněte v textu všechny časové údaje:

Zuzana každé ráno vstává v 5 hodin ráno. Zaklapne budík a jde do koupelny, kde stráví asi třicet minut. Poté se nasnídá a odchází na autobus, který odjíždí v pět hodin a padesát pět minut. Do práce Zuzana přichází ve čtvrt na sedm. Pracovní doma Zuzaně začíná o půl sedmé ráno. Polední pauzu má Zuzana od 12 hodin do 12:30 hodin a končí v práci ve tři hodiny odpoledne. Poté odchází na autobus, který odjíždí vždy ve čtvrt na čtyři. Z práce obvykle chodí nakupovat běžné domácí potraviny, což jí zabere zhruba půl hodiny. Domů Zuzana přichází až před půl pátou odpoledne. Večeři pro rodinu chystá vždy na 18 hodin. Po večeři si ráda čte knihy nebo se dívá na televizi. Jakmile má hotové všechny domácí práce jde se okoupat, umýt zuby a spát. Většinou chodí spát kolem desáté hodiny večerní.

Doplňte do vět dané obrázky:

Paní Jana si koupila nové \_\_\_\_\_.

Anička kreslí výkres \_\_\_\_\_.

Na stěně visí \_\_\_\_\_.

Děti skáčou na \_\_\_\_\_.

Pan Roman čte \_\_\_\_\_.

Manželé Novotní obědvají \_\_\_\_\_.



Příloha č. 7

**Grafie**



Opište daná slova, čísla, pseudoslova a věty:

rohlík

---

nábytek

---

pískoviště

---

5

---

20

---

13

---

lopunta

---

čeryfuk

---

hedlkos

---

Lenka píše dopis.

---

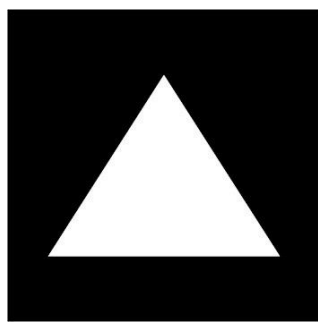
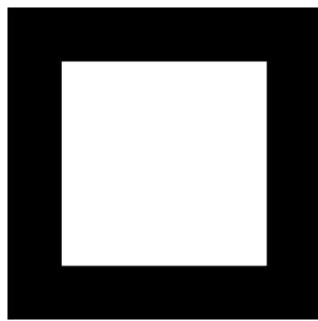
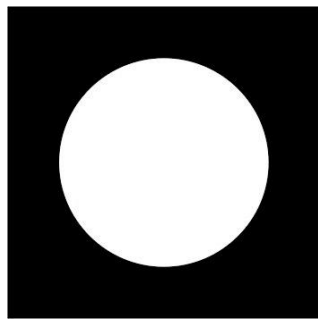
Praha je krásné město.

---

V lednu často sněží.

---

Překreslete obrazce:



Dopíšte první a poslední písmeno v daných slovech:

\_\_everka

\_\_elevize

\_\_ibule

\_\_ůže

\_\_anán

\_\_otograf

\_\_ymna

mobi\_\_

gau\_\_

knih\_\_

rádi\_\_

vod\_\_

brýl\_\_

dor\_\_

Dopíšte první a poslední slabiku v daných slovech:

\_\_tobus

\_\_lotoč

\_\_měkoule

\_\_sopis

\_\_meranč

\_\_rafa

\_\_sorožec

kobe\_\_\_\_

záclo\_\_\_\_

peči\_\_\_\_

silni\_\_\_\_

koloběž\_\_\_\_

zvířa\_\_\_\_

volej\_\_\_\_

Napište 4 slova, která začínají na písmeno T:

Napište 5 různých povolání, které znáte:

Dopíšte věty, které začínají na daná slova:

Odpoledne

Babička

V lese

Na stole

V sobotu

U domu

Kolem řeky

Pod stromem

Včera

Na stěně

Utvořte z přeházených písmen správná slova a napište je:

s o a v \_\_\_\_\_

m é l k o \_\_\_\_\_

j h a o d a \_\_\_\_\_

p s o t e l \_\_\_\_\_

u y m v a l d o \_\_\_\_\_

k ě v i t n a \_\_\_\_\_



Dopíšte zvířata, která můžeme vidět v ZOO:

med\_\_\_\_\_

kro\_\_\_\_\_

noso\_\_\_\_\_

vel\_\_\_\_\_

jagu\_\_\_\_\_

gori\_\_\_\_\_

žra\_\_\_\_\_

zeb\_\_\_\_\_

chame\_\_\_\_\_

tuč\_\_\_\_\_

Dopište slova, která vidíte na obrázku:



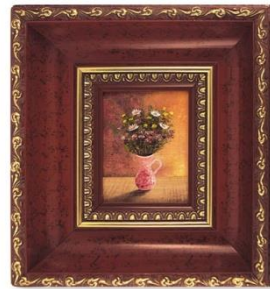
N \_\_\_\_\_



V \_\_\_\_\_



P \_\_\_\_\_



O \_\_\_\_\_



S \_\_\_\_\_



D \_\_\_\_\_

Napište, co vidíte na obrázku:



Napište, co vidíte na obrázku:



RECEP # 236548	
Příjemce a pacient: Nemocný Jakub	
Číslo pojistnice: 600915000	
Lékařská adresa: Slunečná 79, Humpolec	
<input checked="" type="checkbox"/> R <sub>ph</sub>	SA, číslo: _____
Léčivum 500 mg tbl. Exp. orig. No. I. D. S. 1 tabletu ráno a večer	
Dátum: 12.2000	MUDr. Lucie Krásová praktický lékař pro dospělé Kopřivčická ul. 809 16000 Praha 6
recept číslo: 0000	Právník: _____
průběh a poznámky: _____	Uplat: _____

Buď sítě vyřazení, takže elektronické účtenky, preskry a patřou lékařský recept

Příloha č. 8

# Kategorizace a posloupnosti

Kategorizace-přřad'te obrázky do daných kategorií:

nářadí

nábytek



Kategorizace-přřad'te obrázky do správné kategorie:

dům



les



Doplňte do řady slov jedno další slovo:

hrnec, vidlička, sklenice, \_\_\_\_\_

hruška, švestka, meruňka, \_\_\_\_\_

autobus, loď, tramvaj, \_\_\_\_\_

viola, piano, basa, \_\_\_\_\_

skříň, gauč, stůl, \_\_\_\_\_

petržel, česnek, rajče, \_\_\_\_\_

pekař, číšník, právník, \_\_\_\_\_

Olomouc, Plzeň, Liberec, \_\_\_\_\_

tygr, opice, velbloud, \_\_\_\_\_

kopretina, lilie, sněženka, \_\_\_\_\_

spála, angína, žloutenka, \_\_\_\_\_

golf, házená, hokej, \_\_\_\_\_

Slovensko, Estonsko, Francie, \_\_\_\_\_



Vytvořte 2 pojmy ke každé kategorii:

nábytek \_\_\_\_\_

květiny \_\_\_\_\_

sporty \_\_\_\_\_

zelenina \_\_\_\_\_

dopravní prostředky \_\_\_\_\_

povolání \_\_\_\_\_

nápoje \_\_\_\_\_

města \_\_\_\_\_

zvířata \_\_\_\_\_

nářadí \_\_\_\_\_

státy \_\_\_\_\_

hudební nástroje \_\_\_\_\_

ovoce \_\_\_\_\_

oblečení \_\_\_\_\_

Doplňte vybraná slova do daných kategorií:

Kuchyň

Ložnice

Obýván

Koupelna


umyvadlo, ručník, sprcha, vana

postel, skříň, zrcadlo, noční stolek

gauč, křeslo, televize, stůl

sporák, lednička, hrnec, konvice

Řekněte nadřazený pojem k daným slovům:

voda, víno, limonáda

čepice, tričko, svetr

kleště, šroubovák, kladivo

letadlo, vlak, trolejbus

citrón, jablko, banán

nůž, talíř, hrnek

pes, lev, zajíc

fotbal, hokej, tenis

mrkev, okurek, rajče

prodavač, lékař, hasič

růže, karafiát, fialka

Zlín, Přerov, Jihlava

postel, židle, stůl

flétna, klavír, harfa

Škrtněte slova, která mezi ostatní nepatří:

velryba, delfín, obraz, žralok,

panenka, pomeranč, vláček, stavebnice

kalhoty, sklenice, talíř, hrnec

šroubovák, okno, kladivo, pila

kytara, housle, lopata, klavír

jablko, čepice, rukavice, šála

růže, kniha, lilie, kopretina

kuchař, prodavač, dům, číšník

sýr, salám, šunka, postel

slon, kráva, koza, strom

Doplňte měsíce v roce k daným ročním obdobím:

Roční období

jaro	léto	podzim	zima

Měsíce

leden

červenec

únor

srpen

březen

září

duben

říjen

květen

listopad

červen

prosinec

SEŘAĎTE DĚJOVÉ OBRÁZKY:



**bábovka**



**těsto**



**mouka**



**trouba**

**SEŘAĎTE DĚJOVÉ OBRÁZKY:**



**schránka**



**papír**



**píše**



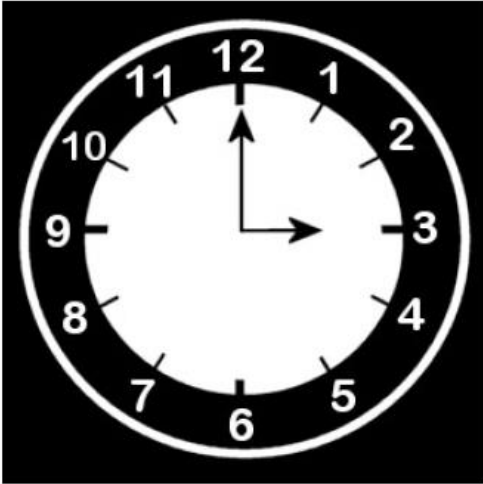
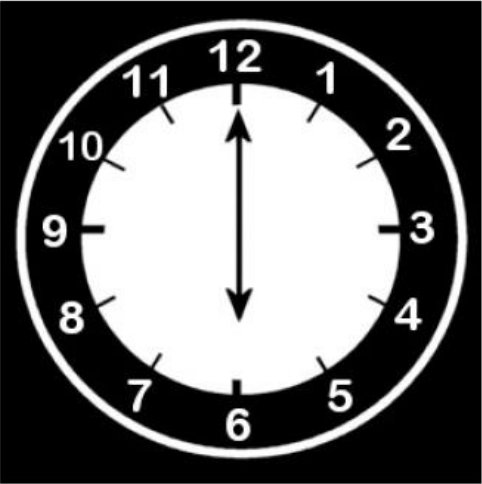
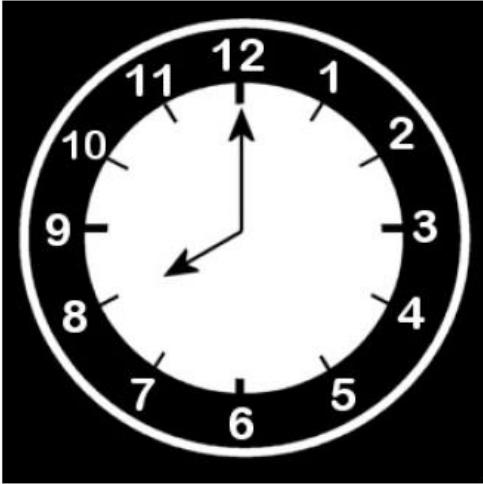
**dopis**

Příloha č. 9

Orientace v čase,  
orientace v tělesném schématu,  
slovní zásoba a kalkule

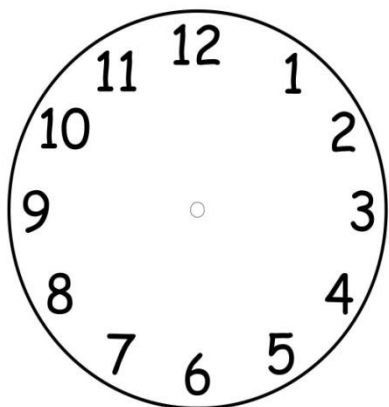


UKAŽTE:

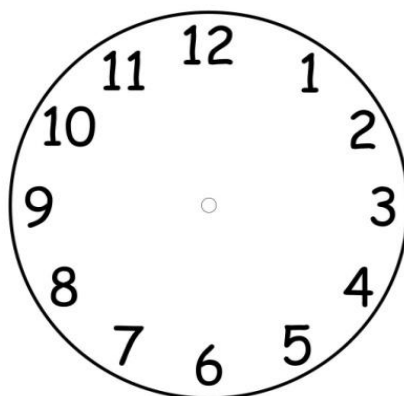


Vyznačte určený čas na hodinách:

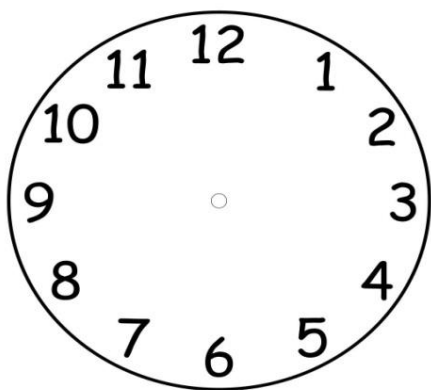
9:00 hodin



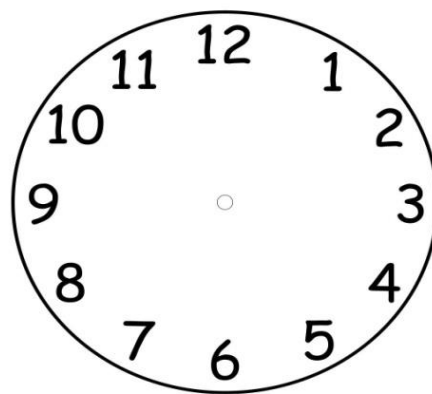
12:00 hodin



10:00 hodin



4:00 hodiny



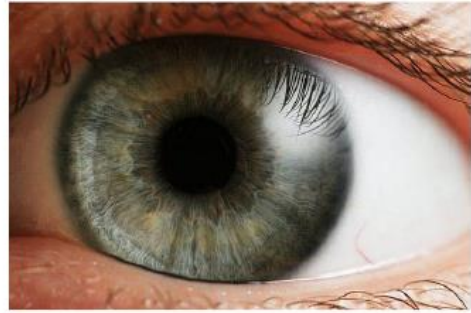
Spojte tužkou časové údaje vyjádřené slovy s časovými údaji vyjádřenými číslicemi:

sedm hodin	10:00
čtvrt na šest	7:00
půl páté	5:15
deset hodin	4:30
tři čtvrtě na devět	6:45
jedna hodina	8:45
čtvrt na čtyři	9:00
půl dvanácté	5:30
tři čtvrtě na sedm	3:15
půl šesté	2:00
devět hodin	11:30
dvě hodiny	1:00

UKAŽTE:



POJMENUJTE ČÁSTI TĚLA:



Spojte tužkou daná slova se správnými prsty na ruce:

ukazováček, malíček, palec, prostředníček, prsteníček



Dokončete následující věty:

V televizi se díváme na kriminální \_\_\_\_\_.

Na hlavu si nasadím \_\_\_\_\_.

Polévku jíme \_\_\_\_\_.

Čaj pijeme z \_\_\_\_\_.

Prádlo pereme v \_\_\_\_\_.

V rádiu hrají známé \_\_\_\_\_.

V zimě si nasazujeme na ruce \_\_\_\_\_.

Každé ráno si čistíme \_\_\_\_\_.

Nevěsta má oblečené bílé \_\_\_\_\_.

Děti se na zahradě koupají v \_\_\_\_\_.

Dokončete daná přísloví:

Lež má krátké \_\_\_\_\_.

Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, \_\_\_\_\_.

Jak se do lesa volá, tak se \_\_\_\_\_.

Bez práce nejsou \_\_\_\_\_.

Jablko nepadá daleko od \_\_\_\_\_.

Kdo jinému jámu kopá, sám \_\_\_\_\_.

Dvakrát měř, jednou \_\_\_\_\_.

Lepší vrabec v hrsti, nežli \_\_\_\_\_.

Mluviti stříbro, mlčet \_\_\_\_\_.

Komu se nelení, tomu se \_\_\_\_\_.



Dokončete příběh:

ZOO

Jednoho dne se manželé Novákovi se svými dvěma dětmi vydali do zoologické zahrady. Děti byly nadšené, že mohli na vlastní oči spatřit zvířata z různých koutů světa. Viděli...

Utvořte vždy 1 slovo, které začíná na danou slabiku:

NÁ –

JE –

MA –

LA –

TE –

SO –

KO –

Utvořte věty, které začínají na daná slova:

Večer

Dneska ráno

V moři

Na zahradě

V ZOO

Čtu

Bydlím

Mezi mé záliby

Každý den

Na podzim

Na stěně

Utvořte sousloví (spojte tužkou slova, která k sobě patří):

snubní

brýle

zrnková

klobouk

autobusová

pivo

houpací

průkaz

sluneční

prstýnek

hořké

káva

občanský

sít'

slaměný

zastávka

# UTVOŘTE VĚTY Z OBRÁZKŮ:

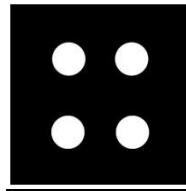


# UTVOŘTE VĚTY Z OBRÁZKŮ:

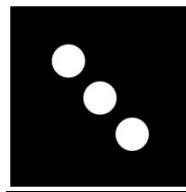


Spojte tužkou číslice se správným počtem teček:

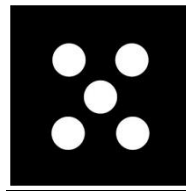
1



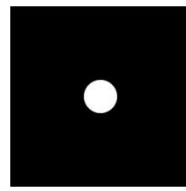
2



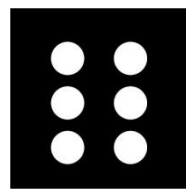
3



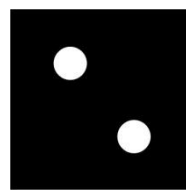
4



5



6



Spojte tužkou číselné údaje vyjádřeny číslicemi s číselnými údaji vyjádřeny slovy:

2 jedna

5 šest

7 dva

10 tři

9 pět

3 deset

8 sedm

1 čtyři

6 devět

4 osm



Napište zadaná slova číslicemi a číslice slovy:

jedna	2
deset	6
sedmnáct	13
dvanáct	15
pět	9
šestnáct	7
devatenáct	3
osm	18
jedenáct	20
čtrnáct	4

Vypočítejte příklady a zakroužkujte správnou odpověď:

$2+7=$

8

9

$18-5=$

12

13

$5+3=$

9

8

$16-4=$

13

12

$3+7=$

10

11

$8-6=$

3

2

$7+8=$

16

15

$8-7=$

0

1

$11+9=$

20

19

$18-2=$

17

16

Příloha č. 10

# Kvízy

Kvíz- zakroužkujte správnou odpověď:

1) Čím si čistíme zuby?

a) hřebenem

b) kartáčkem

2) Které zvíře v noci houká?

a) jezevec

b) sova

3) Čím stříháme papír?

a) pilníkem

b) nůžkami

4) Jak se jmenuje člověk, který nosí dopisy?

a) pošťák

b) číšník

5) Z čeho pijeme čaj nebo kávu?

a) z hrnku

b) z talíře

Kvíz-odpovězte ano x ne a zakroužkujte správnou odpověď:

1) Je hlavní město naší republiky Praha?

a) ano

b) ne

2) Žijeme v roce 2010?

a) ano

b) ne

3) Jíme dříve oběd než večeři?

a) ano

b) ne

4) Následuje jaro za létem?

a) ano

b) ne

5) Nosíme v zimě rukavice?

a) ano

b) ne

Kvíz-odpovězte na otázky:

1) Jaké je hlavní město ČR? P \_\_\_\_\_

2) Zkuste doplnit 5 zvířat, která žijí v lese:

L \_\_\_\_\_ A

V \_\_\_\_\_ A

S \_\_\_\_\_ A

J \_\_\_\_\_ N

Z \_\_\_\_\_ C

3) Vyjmenujte 3 libovolné druhy nádobí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kvíz – zakroužkujte správnou odpověď:

- 1) Jak se jmenuje náš současný prezident?
  - a) Havel
  - b) Klaus
  - c) Zeman
- 2) Jak se nazývá naše hlavní město?
  - a) Brno
  - b) Praha
  - c) Ostrava
- 3) Jak se jmenuje nejvyšší hora České republiky?
  - a) Praděd
  - b) Sněžka
  - c) Lysá hora
- 4) Jak se nazývá řeka, která protéká Prahou?
  - a) Vltava
  - b) Labe
  - c) Odra
- 5) Kdo napsal báseň Máj?
  - a) Franz Kafka
  - b) Karel Čapek
  - c) Karel Hynek Mácha

Kvíz- odpovzte ano x ne a zakrouzkujte správnou  
odpověď:

1) Je úterý před středou?

a) ano

b) ne

2) Je květen jarní měsíc?

a) ano

b) ne

3) Padá sníh v červenci?

a) ano

b) ne

4) Má 1 hodina 70 minut?

a) ano

b) ne



Kvíz-odpovězte na otázky:

1) Pod jaký kraj patří Ostrava?

M \_\_\_\_\_

2) Zkuste vyjmenovat 2 státy, které začínají na písmeno N:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Který světadíl začíná na písmeno E?

E \_\_\_\_\_

4) Zkuste vyjmenovat 2 libovolné dopravní prostředky:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5) Zkuste doplnit 3 zvířata, která žijí ve vodě:

CH \_\_\_\_\_ E

Ž \_\_\_\_\_ K

D \_\_\_\_\_ N

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Lada Piliariková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálně pedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. et Mgr. Gabriela Smečková Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Logopedická intervence u osob s afázií
<b>Název v angličtině:</b>	Speech therapy in people with aphasia
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce s názvem Logopedická intervence u osob s afázií je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části práce autorka uvádí základní poznatky týkající se problematiky afázie. V úvodu popisuje terminologické vymezení, definice afázie z pohledu různých autorů a seznamuje také s historií afaziologie. V dalších částech se zaměřuje na etiologii, symptomatologii, klasifikaci, diagnostiku a terapii afázie a zmiňuje také oblast prevence a prognózy. V závěru teoretické části se věnuje popisu metodických materiálů a počítačového programu, které jsou v České republice využívány při logopedické intervenci osob s afázií. Praktická část práce se zaměřuje na tvorbu terapeutických materiálů pro vybrané dva klienty s Brocovou afázií a sepsání dvou případových studií těchto klientů na základě analýzy logopedických zpráv a pozorování průběhu logopedické intervence u těchto osob. Vypracované terapeutické materiály jsou roztrženy do deseti oblastí. Během aplikace těchto materiálů v rámci terapeutických sezení autorka sledovala, zda jsou instrukce u předložených terapeutických materiálů oběma klientům srozumitelné a zda mají pozitivní vliv na narušené fatické funkce těchto klientů. V závěru jsou porovnány výsledky obou klientů a popsány cvičení, která jim činily největší obtíže a oblasti, ve kterých dosáhli klienti zlepšení.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Afázie, Brocova afázie, případová studie, cévní mozková příhoda, mozkové trauma, logopedická intervence, terapeutické materiály, pracovní listy

<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The Master Thesis with title Speech therapy in people with aphasia is divided into theoretical and practical parts. In the theoretical part of this thesis, the author introduces the main information concerning the problem of aphasia. At the beginning she describes terminology, the definition of aphasia from the point of view of different authors and mentions the history of aphasia. In the next parts she focuses on etiology, symptomatology, classification, diagnostics and therapy of aphasia. The author mentions the sphere of prevention and prognosis. At the end of the theoretical part she describes methodological materials and software programs, which are used in the Czech Republic at speech therapy in people with aphasia. The practical part is focused on creating therapeutic materials for two selected clients with Broca's aphasia and writing two case studies of these clients based on the analysis of logopedic reports and monitoring the process of speech therapy. The created therapeutic materials are divided into ten chapters. During the application of these documents, the author paid attention to whether the instructions are clear for both clients and whether they have a positive effect on the impaired functions of these clients. At the end, the results of both clients are compared and the parts, which they find troublesome and parts where they improved, are described.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	<p>Aphasia, Broca's aphasia, case study, stroke, traumatic brain damage, speech therapy, therapeutic materials, worksheets</p>
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha č. 1 - Automatismy  Příloha č. 2 - Porozumění  Příloha č. 3 - Pojmenování  Příloha č. 4 - Opakování  Příloha č. 5 - Gramatika  Příloha č. 6 - Lexie  Příloha č. 7 - Grafie  Příloha č. 8 - Kategorizace a posloupnosti  Příloha č. 9 - Orientace v čase, orientace v tělesném schématu, slovní zásoba a kalkule  Příloha č. 10 - Kvízy</p>
<b>Rozsah práce:</b>	<p>91 stran</p>
<b>Jazyk práce:</b>	<p>český</p>