

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Osoby s neurogenními poruchami řečové  
komunikace – sociální vztahy a kvalita života**

Diplomová práce

Autor: Bc. Jana Zelenková

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie

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

**UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ**

**Pedagogická fakulta**

Akademický rok: 2015/2016

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

- Jméno a příjmení: **Bc. Jana Zelenková** Osobní číslo: **P14P0765**
- Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**
- Studijní obor: **Speciální pedagogika – logopedie**
- Název tématu: **Osoby s neurogenními poruchami řečové komunikace – sociální vztahy a kvalita života**
- Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky a logopedie**

### **Zásady pro vypracování**

Diplomová práce je věnována problematice neurogenních poruch u dospělých osob se zaměřením na jejich sociální vztahy a subjektivně hodnocenou kvalitu života. První část práce shrnuje dosavadní poznatky frekventovaně se vyskytujícími neurogenními poruchami u dospělé populace z důsledku onemocnění centrální nervové soustavy s důrazem na jejich symptomatologii, diagnostiku a terapii. Druhá část je věnována kvalitativnímu výzkumnému šetření, jež prostřednictvím testových metod zjišťuje u testovaných pacientů s neurogenními poruchami hodnocení jejich komunikačních schopností a subjektivně vnímanou kvalitu života.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce:

**doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.**

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Oponentka diplomové práce:

**Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.**

Datum zadání diplomové práce:

**27. 1. 2015**

Termín odevzdání diplomové práce:

**29. 3. 2016**

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.

děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

vedoucí katedry

### **Prohlášení**

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

V Hradci Králové dne:.....

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala a vyjádřila úctu k panu doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za cenné připomínky a rady při zpracování této práce. Rovněž bych ráda poděkovala Rehabilitačnímu ústavu v Hostinném za možnost realizovat výzkum a poděkování patří i všem, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření.

## **Anotace**

ZELENKOVÁ, Jana. *Osoby s neurogenními poruchami řečové komunikace – sociální vztahy a kvalita života*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 99 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zaměřuje na získané neurogenní poruchy řečové komunikace u dospělých osob na bázi postižení fatických funkcí s důrazem na sociální vztahy a kvalitu života těchto osob. Práce se dělí na část teoretickou a praktickou. Teoretická část shrnuje současné poznatky v problematice získané afázie u dospělých osob se zaměřením na její etiologii, symptomatologii, diagnostiku a terapii.

Soubor kazuistických studií osob s neurogenními poruchami řečové komunikace, které budou vystaveny opakovanému zhodnocení jejich komunikační schopnosti, problémům v sociálních vztazích a na subjektivně vnímanou kvalitu života, je předmětem praktické části práce. Realizovaný výzkum kvalitativního charakteru s provedením posouzení užívaných krátkých orientačních vyšetření, které jsou zacíleny jednak na schopnost řešení modelových problémových situací v každodenním životě, tak i na zhodnocení přítomnosti projevů sníženého sebehodnocení a „depressivity“ v komunikačních a sociálních situacích.

**Klíčová slova:** neurogenní poruchy, afázie, sebehodnocení, kvalita života.

## **Annotation**

ZELINKOVÁ, Jana. *Persons with neurological disability of speech abilities - social relationships and life quality*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2016. 99 pp. Diploma Degree Thesis.

The diploma thesis focuses on acquired neurogenic speech communication disorders for adults on the basis of disability phatic function with an emphasis on social relationships and quality of life of these people. The work is divided into theoretical and practical. The theoretical part summarizes the current understanding of acquired aphasia in adults with a focus on its etiology, symptomatology, diagnosis and therapy.

A set of case studies of people with neurogenic disorders of speech communication, which will be subject of repeated evaluation of their communication skills, problems in social relationships, and on subjective quality of life is the subject of the practical part. Realized qualitative research with the implementation of assessment of used short screening tests, which are aimed partly on the ability of solving model problem situations in everyday life, as well as to evaluate the presence of symptoms reduced self-esteem and depression in communication and social situations.

**Key words:** neurogenic speech communication disorders, aphasia, self-evaluation, life-quality.



**Prohlášení**

Prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum:.....

Podpis studenta:.....

## Obsah

Úvod.....	12
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>14</b>
1.2 Teorie narušené komunikační schopnosti.....	15
1.2 Poruchy řečové komunikace – psycholingvisticky orientovaný přístup .....	16
1.3 Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace.....	16
1.3.1 Etiologie vzniku neurogeních poruch řečové komunikace.....	17
1.3.2 Diagnostika neurogeních poruch řečové komunikace.....	21
<b>2 PROBLEMATIKA AFÁZIE.....</b>	<b>22</b>
2.1 Symptomatologie afázie .....	23
2.1.1 Bostonská klasifikace afázií .....	25
2.2 Diagnostika afázie .....	29
2.3 Terapie afázie.....	32
<b>3 PROBLEMATIKA DYSARTRIE .....</b>	<b>39</b>
3.1 Symptomatologie dysartrie.....	40
3.1.1 Klasifikace dysartrií.....	41
3.2 Diagnostika dysartrie .....	44
3.3 Terapie dysartrie .....	45
<b>4 PROBLEMATIKA SYNDROMU DEMENCE.....</b>	<b>49</b>
4.1 Symptomatologie syndromu demence.....	50
4.1.1 Klasifikace syndromu demence.....	52
4.2 Diagnostika syndromu demence.....	54
4.3 Terapie syndromu demence.....	57
<b>5 ŽIVOT A JEHO KVALITA.....</b>	<b>60</b>
5.1 Kvalita života osob s neurogenními poruchami řečové komunikace .....	60
5.2 Problémy v sociálních vztazích .....	61
<b>6 SOCIÁLNÍ VZTAHY A KVALITA ŽIVOTA OSOB S AFÁZIÍ.....</b>	<b>63</b>
6.1 Vymezení cílů a metodologie výzkumného šetření.....	63

6.2	Charakteristika použitých testových metod.....	64
6.3	Charakteristika místa šetření.....	70
6.4	Charakteristika výzkumného vzorku .....	72
6.5	Vlastní výzkumné šetření .....	73
6.6	Závěry výzkumného šetření.....	90
	Závěr.....	93
	Seznam literatury.....	95
	Seznam příloh.....	99

## Úvod

Žijeme v době, kdy zdraví člověka již není úplnou samozřejmostí, dokonce by se dalo poukázat, že se jedná o stav výjimečný. Jistě každý z nás si prošel tím, jak jej dokáže oslabit obyčejná viróza. Člověk je přecitlivělý, podrážděný, nepodává takový pracovní výkon, na který je zvyklý – a to hovoříme o pouhé viróze. Onemocnění centrální nervové soustavy, které může vzniknout z řady příčin, ať již z důvodu cévní mozkové příhody, či úrazů a traumat mozku, je problematikou mnohem závažnější a co je důležité – mnohdy celoživotní. Onemocnění CNS má spoustu důsledků, nejčastěji se jedná o pohybová postižení, nicméně obsah této práce se soustředí na poruchy řečové komunikace vzniklé z onemocnění CNS.

Z lékařského hlediska je o pacienty s onemocněním CNS velmi dobře postaráno, iktová centra a JIP jsou dnes na takové úrovni, že dokážou zachovat základní životní funkce pacienta a leckdy zachránit i nemožné. Doba, která ale následuje po iniciální fázi onemocnění je ale zdoluhavá a ne vždy přináší uspokojivé výsledky, hovoříme o postupné rehabilitaci a o „navrácení pacienta zpět do života“. Myšlenka obsahu této práce jde ale ještě dál, a sice klade si za cíl zjistit, jak se osoby v chronické fázi onemocnění CNS cítí, resp. jak hodnotí své komunikační kompetence, sociální vztahy a jaká je jejich subjektivně vnímaná kvalita života.

V diplomové práci jsou poznatky rozděleny do dvou na sebe navazujících částí. Teoretická část ve svých pěti kapitolách shrnuje teoretická východiska neurogeně podmíněných poruch řečové komunikace, se zaměřením na tři vybrané poruchy řečové komunikace, které jsou frekventovaně přítomné z důsledku onemocnění CNS. Hovoříme o afázii, dysartrii a syndromu demence v celé své podstatě od etiologie, přes symptomatologii, diagnostiku a terapii. Poslední pátá kapitola první části je věnována životu a jeho kvalitě, zejm. u afatiků, jež tvoří rovněž výzkumný vzorek druhé části diplomové práce.

Druhá část diplomové práce se věnuje výhradně výzkumnému šetření, jež je realizováno v Rehabilitačním ústavu Hostinné v Krkonoších. Výzkum kvalitativního charakteru zahrnuje soubor 15 kazuistických studií osob s afázií, které jsou pacienti uvedeného zdravotnického zařízení. Diagnóza afázie je vybrána autorkou práce záměrně, a to z důvodu jejího zájmu o tuto problematiku. U výzkumného vzorku pacientů je použito třech testových metod, které se předkládají pacientům v pevném

pořadí. Prvním z nich je Token test, jež si klade za cíl zhodnotit aktuální stav řečových kompetencí pacientů, dále BNVR test, jež zkoumá schopnost pacientů řešit neverbálně krátké modelové situace z každodenního života a posledním je VASES test, či Vizually-analogická škála sebevědomí, kde každý z pacientů subjektivně hodnotí své komunikační schopnosti a sociální vztahy, což významně napovídá o jejich aktuálně prožívanému stavu a kvalitě života.

Hlavním cílem popsaného výzkumného šetření je zjistit, do jaké míry neurogenní porucha řečové komunikace ovlivňuje sebevědomí a subjektivní hodnocení kvality života a sociálních vztahů těchto pacientů.

## 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V dospělém věku je osobnost člověka již plně dotvořena, o čemž svědčí její charakter a povahové rysy. Dospělý člověk se vyznačuje svou emoční stabilitou, utříděnými názory a pohledem na sebe sama. Vágnerová (2007) zmiňuje hlavní aspekty definující osobnost dospělého člověka, kterými jsou: relativní svoboda v rozhodování, odhad vlastních sil a kompetencí, rovněž také ovládnutí svých emocí a svého jednání. Celkově vzato, na dospělý věk se zájem moc neupíná, protože působí tím dojmem, že zde není co nového objevovat. Opač je ale pravdou.

Dětství a adolescence působí dynamičtějším dojmem, samotný vznik života, prenatální vývoj jedince, první roky života dítěte, vše je pečlivě hlídáno a kontrolováno. Jakmile člověk dosáhne prahu dospělosti, jakoby zájem opadl, přitom dospělost a stáří jsou rovněž vyvíjejícím se procesem v životě člověka, avšak v opačném slova smyslu. Zatímco v dětství hovoříme o evoluci, dospělost a stáří se vyznačuje spíše involucí. Říčan (2007) poukazuje na to, že máme tendenci involuční biologické změny ve stáří chápat pouze jako důsledek úbytku, opotřebování či chátrání organismu, atrofie mozku, atd. Dále uvádí, že: *„involuce je z části geneticky naprogramována, patrně včetně konečného povelu – rozchod!. Včasná smrt je – z hlediska evoluční teorie – prospěšná pro rozmnožování genů, jichž je jedinec nositelem, v jeho potomstvu“* (Říčan, 2007, s. 156).

Samotný počátek dospělého věku není v našich kulturních podmínkách jednoznačně vymezen. Jediným faktorem, který by toto definoval, je dosažení právní dospělosti. Biologické vymezení dospělosti je vázáno na dosažení úrovně fyzické zralosti, především spjaté s možností a potřebou mít potomka. Díky zplození další generace vzniká propojení života jedince s generační kontinuitou (Vágnerová, 2007).

Cséfalvay (2013) nazývá dospělost „specifickým fenoménem“. Statisticky v celosvětovém měřítku je totiž pozorován trend, který je všeobecně evidován jako stárnutí populace. Díky neustále se rozvíjejícím oborům v oblasti vědy a techniky se stále větší procento populace dožívá seniorského věku. Vágnerová (2007) dodává, že: *„stárnutí je spojeno s vědomím, že začal proces postupného zhoršování vlastní tělesné a psychické kondice, různých kompetencí a sociálního postavení, a že jde o proces, který je neodvolatelný a nevratný. Starší člověk si uvědomuje, že jeho jistoty jsou velmi*

*snadno ohrožitelné a že riziko ztráty možnosti užít si dosažené sociální pozice, získaných prostředků i citového zázemí není zanedbatelné“ (Vágnerová, 2007, s. 229).*

Navzdory vědeckým a technickým pokrokům je dnešní populace vystavena tzv. modernímu stylu života, tudíž je více, než když předtím, ohrožena civilizačními chorobami. Stres, nepravidelný spánkový režim, nevhodné stravovací návyky..., to vše může být příčinou např. mozkového infarktu. Považuji za vhodné také zmínit i těžké úrazy hlavy, jakožto možný důsledek dnešní uspěchané doby. Tato onemocnění na neurogenní bázi jsou příčinou nejen tělesného postižení, ale často vedou i k poruchám řečové komunikace. *„Přestože je tedy největší zastoupení vzniku náhlých cévních mozkových příhod udáváno u osob věkové kategorie 60-75 let, je zachycen trvalý trend přesunu do mladší věkové kategorie od 45 let i méně...“* Rovněž: *„až 50% všech dopravních nehod je doprovázeno úrazy mozku (nejčastěji v rámci závažných polytraumat) a z těchto úrazů CNS rezultuje asi třetina vzniklých poruch řečové komunikace“* (Neubauer, 2014, s. 32).

## **1.2 Teorie narušené komunikační schopnosti**

*„O narušené komunikační schopnosti člověka mluvíme tehdy, když se některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru“* (Lechta, 2013, s. 13).

V dospělém věku se mezi příčiny NKS nejčastěji zařazují poruchy artikulačního orgánu na různých úrovních, dále omezení fatických a kognitivních funkcí, smyslových orgánů, psychogenní faktory a hereditární faktory. Mezi základní kategorie NKS u dospělých patří:

- získaná porucha porozumění a produkce řeči z důsledku mozkové léze – afázie
- získaná psychogenní nemluvnost – mutismus
- narušení zvuku řeči – huhňavost
- narušení fluence řeči – koktavost, breptavost
- narušení článkování řeči – dyslalie, dysartrie
- poruchy hlasu – dysfonie, afonie
- symptomatické poruchy řeči – NKS při různých dominujících postiženích, onemocněních, narušeních

- kombinované vady
- narušení grafické stránky řeči – agrafie, alexie, akalkulie, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie (Lechta, 2013).

Neubauer (2010) však upozorňuje na problematickou oblast v difúznosti třídění NKS z více hledisek a zdůrazňuje tzv. symptomatické hledisko.

## **1.2 Poruchy řečové komunikace – psycholingvisticky orientovaný přístup**

Tato koncepce staví do popředí oblast poruch řečové komunikace jakožto prostor, ve kterém dochází k působení mnoha humanitních oborů. Koncepce zdůrazňuje integraci více oborů do profesního profilu odborníka, který zabezpečuje komplexní péči o tyto osoby.

*„Užití pojmu řečová komunikace vychází z přijetí psycholingvistické koncepce, snažící se o syntézu kognitivních a jazykovědných přístupů a procesů mezilidské komunikace. Systém dělení poruch řečové komunikace je zacílen na odhalení příčiny vzniku poruchy a stimulaci určité oblasti komunikačních schopností a přispívá k vnímání procesu řečové komunikace jako více-modálního jevu. Dělení akceptuje přítomnost: motorických řečových poruch, poruch na bázi jazykového systému, poruch kognitivně-komunikačních a poruch na bázi percepční bariéry“ (Neubauer, 2010, s. 21).*

V souhrnu zde máme k dispozici dvě ucelené koncepce, pomocí kterých můžeme ze dvou různých úhlů na problematiku poruch řečové komunikace nahlížet. Zatímco první koncept prof. Lechty a jeho NKS se zaměřuje na dělení poruch komunikace dle symptomů, doc. Neubauer se svou definicí zaměřuje výhradně na příčiny poruch řečové komunikace.

## **1.3 Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace**

Neurogení poruchy řečové komunikace jsou dle Neubauera (2014) charakterizovány jako poruchy vícedimenzionální povahy, zahrnující složku lingvistickou, neurogení a kognitivní. Kvalitní a cílená diagnostická a terapeutická podpora se v tomto případě neobejde bez mezioborové spolupráce medicíny, neuropsychologie, jazykovědy a logopedie.



Čistě z etiologicky zaměřeného úhlu pohledu se jedná výhradně o akceptaci rozdělení poruch na bázi individuálního jazykového systému, motorických řečových modalit a poruch řečové komunikace kognitivně-komunikačního charakteru. Toto dělení neurogenních poruch řečové komunikace přispívá nejen k přehlednosti klasifikace daných poruch, ale především jde o moment zahájení kvalitní intervence a stanovení dominantní oblasti péče.

1. Poruchy **individuálního jazykového systému** je potřeba vnímat jako vícedimenzionální proces. Jazykový systém člověka je tvořen spletitou neuronální činností mozku. Poruchy individuálního jazykového systému zasahují vyšší kortikální funkce CNS. Struktura vyššího nervového systému, jak uvádí Klenková (2006), je vývojově nejmladší částí CNS, vyšší kortikální činnosti jsou specificky lidskou aktivitou. Součástí vyšších kortikálních funkcí jsou i funkce kognitivní, zahrnující složky; receptivní, schopnost zpracovávat informace (analýza – syntéza) a expresivní složka zahrnující výslednou reakci analyticko – syntetické činnosti. Pro detailnější charakteristiku byla dále pro potřeby této práce zvolena afázie.
2. Poruchami **motorických řečových modalit** rozumíme nemožnost pacienta se srozumitelně vyjádřit verbální řečí vzhledem k primárně nepoškozeným jazykovým schopnostem. Písemná složka, jako další forma sdělení, není narušená. Projev je nesrozumitelný a často stigmatizující. Př. dysartrie.
3. **Kognitivně komunikační poruchy** zasahují do dobrého stavu vědomí a dostatečné činnosti vyšších kortikálních a subkortikálních funkcí. Kognitivně komunikační poruchy zahrnují poruchy řečové komunikace spjaté s úbytkem kognice, tedy degenerativní onemocnění CNS. Jedná se o: „*nekonstantní výpadky kognice v oblasti verbální paměti, cílené pozornosti, diferenciací podnětů ve zrakovém a sluchovém poli. Tyto obtíže mohou mít za následek selhávání v řečové či písemné komunikaci a vyžadovat individuálně zpracované terapeutické postupy*“ (Neubauer, 2014, s. 13). Př. Kognitivně komunikační poruchy u syndromu demence.

### 1.3.1 Etiologie vzniku neurogenních poruch řečové komunikace

Neurogenní poruchy řečové komunikace, které se vyskytují u dospělých osob, vznikají nejčastěji z poškození činnosti centrální nervové soustavy (CNS). Vzniklá

porucha neurogenního charakteru může být vyvolána buď ložiskovým (ohraničeným) poškozením nebo difúzním (rozptýleným) poškozením CNS. Neurogenní poruchy řečové komunikace, jejichž výskyt zaznamenáváme u dospělých a stárnoucích osob, vyplývají ze čtyř základních mechanismů poškození CNS; **cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody, traumatická poškození tkáně CNS, nádory a infekce CNS, degenerativní onemocnění CNS**. Kupříkladu počet jedinců po CMP je uváděn 20-33% případů, u kterých se rozvinula porucha řečové komunikace, u dalších 10-18% se porucha rozvine později v průběhu onemocnění. Poruchy řečové komunikace závažnějšího charakteru vznikají především následkem úrazů a traumat CNS či orofaciální oblasti, méně časté jsou onkologické a neurologické příčiny onemocnění CNS. Jedná se zvláště o poruchy hybnosti mluvidel, poruchy fatických funkcí a vzniklé poruchy výkonnosti verbálně-paměťových funkcí. Často se jedná o oběti závažných dopravních nehod, u kterých můžeme zároveň shledat přetrvávající kombinaci závažného tělesného, kognitivního a komunikačního postižení. Pokud tedy jedinec úraz přežije, zůstávají mu trvalé následky. Z hybných poruch to bývá většinou spastická hemiparéza, tj. ochrnutí levostranných či pravostranných končetin, výjimečně ochrnutí obou dolních končetin (spastická paraparéza). Pokud dojde k poškození předních částí čelního laloku mozku, mohou vzniknout duševní poruchy. Fatické a symbolické poruchy se objevují při poškození spánkového a temenního laloku dominantní hemisféry a zrakové poruchy při poškození laloku týlního (Neubauer, 2007, 2014, Renotierová, 2003).

### **Cévní mozková příhoda (CMP)**

Cévní příhody postihující centrální nervový systém patří v neurologii dle Komárka a Zumrové (2000) mezi stavy urgentní. U dospělých osob se řadí na třetí místo jako nejčastější příčina smrti, k této bilanci se připojuje i Kalita (2011). CMP vychází z náhlého ložiskového poškození mozku následkem poruchy krevní cirkulace, buď na podkladě ischemie, nebo hemoragie. CMP můžeme tedy dělit do dvou typů, a sice cévní mozkové příhody hemoragické – krvácivé a ischemické – snížená prokrvenost mozkové tkáně, nebo úplná nedokrevnost (Neubauerová a kol., 2011, Škodová, Jedlička, 2007).

*„Cévní mozková příhoda vzniká nejčastěji náhle, z 80% je příčinou ischemie části mozkové tkáně pro závěr některé z tepen, zásobujících krví tuto oblast. V 20% je příčinou hemoragický proces, ruptura tepny s krevním výlevem do okolní mozkové*

*tkáně. Méně častou, ale velmi závažnou příčinou je subarachnoidální krvácení, často z ruptury aneurysmatu, tedy vrozeně vzniklého oslabení stěny cévy“ (Neubauer, 2014, s. 31).*

Komárek a Zumrová (2000) definují řadu symptomů, které samotnému iktu předchází a které si sama osoba postižená CMP může sama na sobě diagnostikovat. Jedná se o poruchu řeči, včetně potíží porozumět mluvenému slovu, dále poruchy vizu (výpadek části zorného pole, diplopie), narušení rovnováhy, nemožnost zdvihnutí paží zároveň do stejné výšky a pokleslý koutek úst. Pokud se tyto symptomy objeví, je nezbytné co nejrychleji přivolat ZZS. Aby mohla být stanovena diagnóza cévní mozkové příhody, je urgentní zobrazení mozku nezbytností. Nej přesnější zobrazovací metodou je počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), rovněž lze ale využít časově velmi efektivního ultrazvukového vyšetření. Po zotavení je u pacienta na místě rehabilitace, která může buď úplně odstranit následky, či je alespoň minimalizovat. *„U 90 % osob, které CMP přežijí, dochází k různě rychlému a různě kvalitnímu návratu porušených funkcí v časovém úseku jednoho i více roků, který vyžaduje více či méně systematickou rehabilitační péči“ (Neubauer, 2010, s. 42).*

### **Traumatická poškození tkáně CNS**

Po cévních mozkových příhodách se jedná o druhou nejčastější příčinu vzniku neurogenních poruch řečové komunikace. Situaci přímo nahrává rychle se vyvíjející dopravní průmysl. *„Mozková traumata postihují převážně mladší věkové skupiny v produktivním věku. Mírně vzestupná tendence v počtu poranění mozku je v našich podmínkách ovlivněna zejména silniční dopravní nehodovostí, určitý podíl na tomto trendu má i rozvoj nových rekreačních sportů“ (Smrčka a kol., 2001, s. 19).*

Častými následky úrazů hlavy jsou otřesy mozku (komoce) a zhmoždění mozkové tkáně (kontuze). Komocí mozku rozumíme jeho tupý náraz o stěnu lebky. Následky otřesu mozku jsou přímo úměrné intenzitě otřesu. U otřesů bývá téměř vždy přítomna retrográdní amnézie, nevolnost, bolesti hlavy, chůze může být nejistá a vrávoravá. Otřes mozku však nemusí způsobit žádné trvalé následky, nicméně Smrčka a kol. (2001) vysvětlují, že navzdory tomu, že komoce mozku není sama o sobě závažným postižením, přesto si každý pacient zaslouží lékařskou pozornost.

Oproti tomu kontuze vzniká jako následek působení většího zevního násilí, např. dopravní úraz, střelné poranění, aj. Kontuze ale vznikají nejen v místě nárazu, ale i na

straně opačné. Při tomto mechanismu dochází k přetlaku na straně nárazu a podtlaku na opačné straně. Mozkové zhmoždění a krvácivé stavy způsobují vznik přetrvávajících poruch řečové komunikace na bázi poruch paměti, fatických funkcí či motorických řečových poruch (Smrčka a kol., 2001, Neubauer, 2014).

### **Nádory a infekce CNS**

Mozkové nádory se co do četnosti vyskytují ve 2-19 případech na 100 000 obyvatel za rok, včetně dětských pacientů. Mohou mít na svědomí celé spektrum neurogenních poruch, vždy závisející na typu tumoru a jeho lokalizaci. Poruchy funkcí se neobjeví náhle, jako tomu bývá u výše zmíněných příčin vzniku neurogenních poruch, spíše mají charakter pozvolně nastupujících komplikací. Infekčními onemocněními CNS rozumíme meningitidy, encefalitidy či myelitidy (Neubauerová, 2011, Neubauer, 2014).

### **Degenerativní onemocnění CNS**

Většina onemocnění degenerativního charakteru na CNS nemá za následek poškození fatických či kognitivních funkcí, ale spíše mají co dočinění s poruchami centrálního motorického systému člověka. Navzdory této skutečnosti je degenerativní onemocnění mozku příčinou největšího počtu vzniklých demencí – Alzheimerovy choroby, které bude věnována samostatná kapitola. Mezi další degenerativní onemocnění CNS můžeme vřadit Parkinsonovu chorobu, atrofie mozkové tkáně, nebo např. roztroušenou sklerózu mozkomíšní (Neubauer, 2014).

*„Roztroušená skleróza mozkomíšní je degenerativní onemocnění mozku a míchy, kdy dochází k úbytku bílé hmoty mozkové bez původní neuronové patologie. Úbytek myelinu může být způsoben vlivem genetiky, infekce, zánětů, nebo toxiny. Toto onemocnění se označuje jako autoimunitní, ve zkratce – imunitní systém člověka napadá sám sebe, a tím dochází k jeho destrukci“ (Komárek, Zumrová, 2000, s. 82).*

Symptomy i průběh onemocnění jsou velmi rozličné a liší se od jedince k jedinci. Nejtypičtěji se objevuje optická neuritida, mravenčení v končetinách, motorické poruchy, spasticita, ataxie, únava atd. Jedná se o onemocnění nevyлéčitelné, léčba je zde pouze symptomatická (Komárek, Zumrová, 2000).

### 1.3.2 Diagnostika neurogených poruch řečové komunikace

Neubauer (2014) ve své publikaci uvádí komplexní metodiku, kterou rozšířil již původně publikovanou, a sice v roce 2007. Škála slouží ke zhodnocení fatických, motorických a kognitivně-komunikačních poruch řečové komunikace u jedinců s neurogenými poruchami řečové komunikace.

Metodika zahrnuje čtyři hlavní oddíly, každý se skládá z jednotlivých submodalit:

1. Fatické funkce (hodnotí – spontánní řeč, plynulost mluvy, pojmenování, opakování, rozumění, slovní řady, zpěv);
2. Lexie, grafie, kalkule, praxie (hodnotí – čtení, psaní, kreslení, počítání, praxii horní končetiny, orální praxii);
3. Motorické řečové funkce (hodnotí – respiraci, fonaci, nazalitu, artikulaci, řazení hlásek a slabik, artikulační neobratnost);
4. Kognitivně-komunikační funkce (hodnotí – mnestické funkce, prostorové vnímání, prozódii a extralingvistické poruchy).

Každá položka se hodnotí pomocí pětistupňové ratingové škály (jednotlivé submodality mají svou škálu). Obecná pětistupňová škála sestává z 1. intaktní výkon, 2. lehká porucha, 3. výrazná porucha, 4. těžká porucha, 5. ztráta funkce.

Získané údaje se grafem zanáší do tabulek a poskytují tak přehlednou škálu pacientova aktuálního zdravotního stavu. V případě opakovaného vyšetření lze tak snáze jednotlivé testované submodality porovnávat. Diagnostická škála, včetně podrobného popisu administrace, záznamového listu a tabulek je k dispozici v již zmíněné monografii Neubauer (2014, s. 152-205).

Výše uvedené příčiny onemocnění CNS mohou mít za následek různé typy neurogených poruch. V první řadě se tedy může jednat o poruchy individuálního jazykového systému, např. o afázie, dále mohou zapříčinit poruchy motorických řečových modalit či motorické realizace řeči, např. dysartrie a v neposlední řadě může dojít k degenerativnímu poškození kognitivních funkcí, kde máme na mysli vznik syndromu demence. Všechny zmíněné poruchy řečové komunikace jsou předmětem následujících kapitol diplomové práce.

## 2 PROBLEMATIKA AFÁZIE

Afázie je dle Cséfalvaye a Košťálové (2013) charakterizována jako náhlá porucha porozumění a produkce řeči, jež vznikla z důsledku mozkové léze. V širším pojetí se jedná o selektivní narušení jazykových modalit a funkcí, které zapříčiní mozková léze na jazykově dominantní mozkové hemisféře. Dle Neubauera (2007, 2014) se jedná o poruchu individuálního jazykového systému, která znemožňuje pacientovi se srozumitelně vyjádřit mluvenou řečí, narušuje schopnost chápat signální význam slov, ztěžuje vyhledávání adekvátních výrazů z vlastní slovní zásoby, stejně tak bývají přítomné nedostatky při tvoření souvislých vět a v užívání gramatických kategorií. Tyto problémy mohou být rovněž doprovázeny poruchami čtení a psaní.

Love a Webb (2009) uvádějí, že primárním místem řečových a jazykových schopností je levá mozková hemisféra, která je také místem výskytu Brocovy a Wernickeho arey. *„Wernickeho area, která se nachází v temporálním laloku, soupeří s Brocovou areou v prvenství o důležitost v modelu jazykové funkce. Přestože její ohraničení je někdy sporné, na její funkci se vědci shodují. Na rozdíl od Brocovy arey, která se zaměřuje na řečovou expresi, souvisí Wernickeho area s neméně důležitým aspektem jazyka – s řečovou recepcí“* (Love, Webb, 2009, s. 226). Oproti tomuto tvrzení Králíček (2011) dodává, že sice v minulosti byla levá mozková hemisféra označována za hemisféru dominantní, což vzbuzuje dojem, že kontroluje aktivitu hemisféry druhé. Vzhledem k tomu, že neexistují přesvědčivé důkazy, které by toto tvrzení dokládaly, autor tedy doporučuje používat označení specializace hemisfér s uvedením její příslušné funkce.

V akutní fázi onemocnění se symptomatologie a klinický obraz afázie rychle mění, mozkové mechanismy těchto spontánních změn nejsou dodnes dle Cséfalvaye (2011) jednoznačně objasněny, zda se kupříkladu jedná o formování nových nervových synapsí, či jsou změny zapříčiněny spojením oblastí mezi levou a pravou mozkovou hemisférou... Změny klinického obrazu afázie jsou jedinečným důkazem plastičnosti neuronové sítě centrálního nervového systému i v dospělém věku. Tuto myšlenku podporuje i Neubauer (2014): *„respektované současné poznatky se odklánějí od klasického pojetí lokalizace mozkových funkcí k pojetí funkčních systémů mozku, pracujících formou rozsáhlých neurokognitivních sítí s možnou plasticitou v zapojení oblastí CNS“* (Neubauer, 2014, s. 18).

## 2.1 Symptomatologie afázie

Symptomatologie této neurogení poruchy je velmi obsáhlá, dokonce přímo úměrná lokalizaci a závažnosti mozkové léze. „*Klinické syndromy afázie (porucha plynulosti řeči, anomie, agramatismus, parafrázie, poruchy porozumění řeči, aj.) mohou vzniknout při lézích různých oblastí mozku. Jejich variabilita je značná. Řečová produkce a porozumění řeči jsou velice komplexní psychické procesy, které fungují jako vícekomponentní systémy*“ (Cséfalvay, Košťálová, 2013, s. 84). Ovšem Neubauer (2014) z uvedeného výčtu za nejčastější specifické symptomy afázie považuje **dysnomie** a **parafrázie**.

- **Dysnomie** se projevují obtížemi v pojmenování určitého pojmu na základě výběru vhodného slova z vlastního jazykového systému. Častá záměna tohoto symptomu je s amnestickým syndromem, avšak nejedná se o ztrátu paměťové informace, ale o obtíže v jejím vybavení. Dysnomie může až velmi výrazně zpomalit tempo mluvy kvůli již zmíněnému vyhledávání slova z vlastního mentálního lexikonu. Tato porucha pojmenování je pro afázií charakteristická a v průběhu diferenciální diagnostiky je neopomenutelně odlišit dysnomii od kognitivně komunikační poruchy, za kterou bývá často zaměňována (Cséfalvay, Košťálová, 2013, Čecháčková, 2003, Neubauer, 2014).
- **Parafrázie** znamenají sníženou schopnost či až nemožnost vyjádření ve větách, projevují se náhradami určitých pojmů z důvodu obtíží a poruch ve vybavování pojmu. Neubauer (2014) popisuje fonemické parafrázie (záměny fonému – dým – dům) a sémantické parafrázie (záměny v okruhu pojmů – židle – stolička). S parafráziemi se mohou pojít i **neologismy**, kdy se jedná o nesmyslné novotvary, či o záměny slov. „*Přišel jsem dnes za vámi = Já tady toto teď, Budu muset odejít = Já tam...*“ (Čecháčková, 2003, s. 148). Možná záměna tohoto symptomu je za mluvu u některých typů duševních onemocnění, i v tomto případě Neubauer (2014) apeluje na provádění kvalitní diagnostiky.

Dalšími z klinických symptomů mohou být (Cséfalvay, 2007, 2013, Čecháčková, 2003):

- **Perseverace**, či ulpívání na předchozím pojmu i při dalších odpovědích, kdy předchozí pojem už není aktuální, pacient se při některém výrazu „zablokuje“ a slovo vícekrát opakuje. Opakování je zde chápáno jako jistá forma autokorekce. Pacient si uvědomuje chybu, nicméně jazykový systém jej nepustí dál.
- **Agramatismy**, projevující se nesprávným užíváním gramatických struktur vět. Vznikají na základě narušení morfologicko-syntaktické roviny.
- **Poruchy rozumění řeči** nemusí být patrné hned při prvním kontaktu s osobou s afázií, rozumění bývá narušeno v různé míře, stejně tak mechanismus narušení může být zcela jiný. Pacienti s lézemi přední strany mozku mají více narušené porozumění větám (syntaktické porozumění), u pacientů se lézemi zadní části mozku dělá potíže porozumět významu slov. Člověk s afázií často vykoná příkaz zcela správně, ale často proto, že jej pochopí na základě situace.
- **Poruchy fluence řeči** vznikají buď z důsledku přítomnosti četných dysnomií v promluvě pacienta s afázií, nicméně klinickým symptomem může být i **logorhea** („slovní salát“), jehož projevem je překotná rychlá mluva, pozbývající na srozumitelnosti právě z důvodu častého výskytu parafrází.

Popsané jazykové deficity u osob s afázií se dají shrnout do čtyř základních modalit, které jsou u pacientů s afázií narušeny, jedná se o narušení v různých měřích **plynulosti řeči, pojmenování, opakování a rozumění řeči**. Z tohoto výčtu primárně vychází základní klasifikace afázií – Bostonská klasifikace. Vedle modelu dělení afázií z hlediska poznatků Paula Broca a Karla Wernickeho, stejně tak existence Lurijovského modelu dělení afázií, bylo rozhodnuto dále klasifikovat jednotlivé typy afázie dle tzv. Bostonského dělení afázií, a to především z toho důvodu, že toto dělení je v současnosti nejpoužívanější terminologií nejen v řadách logopedů, ale i neurologů, otorinolaryngologů a foniatrů, a je tím pádem zaštitěna mezioborová spolupráce se sjednocenou terminologií. „V tzv. *Bostonské klasifikaci afázie se vychází z toho, že specifická ložisková léze mozku vede ke specifickému klinickému obrazu afázie*“ (Cséfalvay, 2007, s. 15).



### 2.1.1 Bostonská klasifikace afázií

Klasifikaci, která respektuje osm základních typů, začínají svou charakteristikou dvě nejkontrastnější a nejdéle popsané typy: Brocova a Wernickeho afázie.

#### **Brocova (motorická) afázie**

Cséfalvay (2007) zmiňuje, že Brocova afázie vzniká u léze, jež zasahuje oblast Brocovy arey. Tento typ afázie nese název po svém objeviteli, resp. objeviteli dané oblasti mozku, která zodpovídá při svém poškození za následující poruchy:

Produkce řeči u pacientů s tímto typem afázie je neplynulá a tempo řeči je tím pádem výrazně zpomalené. Kulišťák (2003) tento typ afázie charakterizuje narušením řečové produkce s relativně dobře zachovaným porozuměním řeči. Cséfalvay a Košťálová (2013) dodávají, že spontánní řečová produkce je zredukována, leckdy až na jednoslovné promluvy. Někdy jsou použité pouze části (fragментy) slova nebo zamění některou hlásku ve slově<sup>1</sup>. *„Porozumění mluvené řeči je u Brocovy afázie vždy kvalitativně lepší než řečová produkce. Porozumění může být u těchto pacientů velmi různé – od téměř normálního po zjevně abnormální. Pacienti s tímto typem afázie mívají obtíže s porozuměním syntaktickým vazbám, zejména s těmi syntaktickými prvky, které jim dělají obtíže při řečové produkci. Opakování je vždy narušené, pojmenování předmětů a obrázků je slabé... Psaní je rovněž slabé, s pravopisnými chybami a vynecháváním písmen“* (Love, Webb, 2009, s. 236).

Nápadným příznakem u Brocovy afázie jsou rovněž dysgramatismy, v řeči těchto pacientů převažují podstatná jména zcela výrazně nad slovesy, často ale v základním či v gramaticky nesprávném tvaru. Zpomalené tempo řeči může mít též na svědomí přidružená apraxie řeči, či dysartrie. Rovněž dalším kontrastním prvkem, který považují za nezbytné zmínit, je to, že pacient si míru a závažnost své poruchy řečové komunikace plně uvědomuje a cítí ve větší či menší míře stigma, která tato porucha řečové komunikace skýtá (Cséfalvay, 2007).

---

<sup>1</sup> Namísto nemocnice pacient obvykle řekne „nemice“, jako záměna některého fonému – pec namísto pes, nebo používají kompenzačních strategií – popisu slova – tzv. cirkumlokuce – „No, je to...no, neumím to říct...no, jak...“ (Cséfalvay, 2007).

## **Wernickeho (senzorická) afázie**

Řečový projev pacienta s tímto typem afázie je plynulý, řeč dobře artikulovaná, fluence řeči může inklinovat až k logorhea s častým výskytem neologismů. Vypovídací hodnota spontánního řečového projevu je velmi nízká, často se v řeči vyskytují „prázdná slova“, prozódie řeči bývá nezřídka zachována, zaznamenat můžeme až hyperprozódii. Porozumění je u těchto pacientů slabé, někteří dokonce mohou působit dojmem, že nerozumí řeči vůbec. Opakování může být rovněž výrazně narušené, i u krátké věty mohou pacienti slova nahrazovat jinými, zaznamenáváme v tomto případě výskyt četných parafrází (Love, Webb, 2009, Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Dle Cséfalvaye (2007) je dále narušena lexie i grafie. U čtení a porozumění čteném textu vykazuje pacient velice podprůměrné výkony, hlasité čtení izolovaných slov může být zachováno, nicméně bez porozumění, tento symptom ukazuje na narušení v úrovni významu slov. U psaní (v případě opisování textu) může být výkon téměř intaktní, ovšem ve spontánním písemném projevu může terapeut zaznamenat až zkomoleniny slov (paragrafie). Neubauer (2014, s. 77) dodává: *„inkoherní, nepřiléhavá mluva a obtíže těchto osob bývají také někdy mylně diagnostikovány jako psychiatrická onemocnění (zmatenost při demenci a deliriu, logorhea při psychotické atace), zvláště při neuvědomování si své poruchy a poruchách chování.“*

## **Konduktivní afázie**

Konduktivní afázie se u pacienta vyznačuje plynulým řečovým projevem s relativně dobrým porozuměním a artikulací slov. V produkci řeči se mohou vyskytovat fonemické parafrázie. U některých pacientů může být řečová produkce charakterizována jako nonfluentní jen z toho důvodu, že se snaží o autokorekci a přiblížení slova normě, což je jen důkazem uvědomování si poruchy řečové komunikace – v porovnání např. s předchozím typem afázie (Cséfalvay, 2007). Co je ale velmi výrazně narušeno, je opakování slov a vět. Pacienti s konduktivní afázií v opakování dokonce vykazují mnohem horší výsledky, než ve spontánní mluvě. *„Výrazný rozdíl ve výkonu v opakování a porozumění je klíčem ke správné diagnóze... jestliže je porozumění narušeno, je diagnóza konduktivní afázie sporná“* (Love, Webb, 2009, s. 239).

Pokud jde o lexii a grafii, jsou narušeny rovnoměrně, lepší výkony jsou zaznamenávány při tichém čtení, kdy se pacient na text soustředí, při čtení hlasitým může obsah čteného pacientu unikát. Psaní je zasaženo mírněji při spontánním psaní, při psaní na diktát je výkon téměř v normě (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

### **Dysnomická (amnestická) afázie**

Tento typ afázie rovněž charakterizuje plynulost řečové projevu, fluence je ale přerušována anomickými pauzami, tedy obtížemi vyhledávání slov z jazykového systému, podobně jako u Brocovy afázie, hlavní rozdíl tkví dle Love a Webb (2009) v tom, aby byla diagnostikována anomická afázie, musí být anomie nejnápadnějším symptomem afatického syndromu.

Pacienti s tímto typem afázie nemají problémy s opakováním, stejně tak porozumění bývá narušeno jen velmi zřídka, proto vykazují i velmi dobré výsledky v diagnostických testech, které hodnotí porozumění verbální řeči (Token test), dokonce v takovýchto typech testů budou pacienti s anomickou afázií skórovat nejvíce. Lexie a grafie bývají v tomto případě narušeny pouze sporadicky, spontánní psaní může být zpomaleno pouze vyhledáváním adekvátních slov z individuálního jazykového systému pacienta (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

### **Globální afázie**

Globální afázie se rozvine u pacientů s rozsáhlými lézemi dominantní hemisféry, častou příčinou bývají krvácivé, hemoragické stavy v mozku. Tento typ afázie je přítomen téměř vždy v iniciální fázi onemocnění, klinický obraz se postupem času spontánně mění, u některých ale globální afázie přetrvává.

Samotná produkce řeči je u pacientů velmi mizivá, často se uchylují k perseveraci slabik (např. tu-tu-tu, hu-hu-hu) nebo stereotypně opakují novotvary. Tato řečová produkce se opakuje i při snaze zopakování slov po terapeutovi. Plynulost řeči v tomto případě nelze hodnotit, stejně tak opakování a pojmenování. Složka rozumění je v tomto případě velice sporná, někteří pacienti mohou vykazovat velmi dobré výkony v neverbálních testech, výkony jsou ale zcela individuální. Pacienty se zachovaným rozuměním lze naučit náhradní komunikační strategie, jako např. používání piktogramů.

Lexie a grafie jsou rovněž narušeny, v případě čtení se bude s největší pravděpodobností jednat o výše zmíněnou perseveraci slabik (pozor – textu ale může pacient rozumět, jen to nemáme jak zjistit), psaní se často omezí do nesmyslných čmáranic, ovšem psaní nápodobou, či obkreslování může být dobré, ovšem z hlediska terapie je tato složka bezvýznamná (Cséfalvay, 2007, Cséfalvay, Košťálová, 2013).

### **Transkortikální afázie**

*„Transkortikální formy afázií představují souhrn afatických syndromů... obecně se rozlišují tři typy transkortikálních afázií: transkortikální motorická afázie, transkortikální senzorická afázie a transkortikální smíšená afázie, poslední typ se rovněž označuje jako syndrom izolace řečových zón“ (Cséfalvay, Košťálová, 2013, s. 241).*

**Transkortikální motorická afázie** se vyznačuje nonfluentním projevem, způsobeným tím, že osoba spontánně produkuje velmi málo, odpovědi na otázky jsou velmi chudé, jednoslovné. Opakování a rozumění jsou relativně zachovalé, prognóza bývá výhledově na dobré úrovni, porucha může přejít v anomické obtíže. Tomuto typu afázie se říká i echolalický, z důvodu přítomnosti slov, které pacient echolalicky opakuje po terapeutovi.

**Transkortikální senzorická afázie** se oproti prvnímu typu vyznačuje fluentní řečovým projevem s dobrým opakováním slov, nicméně zde dominuje porucha rozumění. Zaznamenat můžeme rovněž absenci porozumění opakovanému, stejně tak i odpovědi na otázky mohou postrádat souvislost či obsah. Prognóza je popisována obdobně jako u předchozího typu transkortikální afázie.

**Transkortikální smíšená afázie** vykazuje obdobný klinický obraz jako afázie globální, nicméně s výjimkou dobré reprodukce slov. Projev je ale neplynulý s těžce narušeným rozuměním a relativně zachovalým opakováním (Neubauer, 2014).

Prezentované typy afázie vyžadují zcela rozdílné terapeutické přístupy, které ovšem nelze bez komplexní a poctivě provedené diagnostiky stanovit. Poukázání na kvalitní provedení diagnostiky je v tomto případě více než na místě. Správné stanovená diagnóza u pacientů (nejen) s neurogenními poruchami velmi významně přispívá k celkové efektivitě terapeutického působení.

## 2.2 Diagnostika afázie

Na diagnostiku lze nahlížet jako na sběr kvalitativních a kvantitativních dat, které nám mají prozradit, jaké jsou komunikační schopnosti jednotlivce, dále jeho limity pro vykonávání různých aktivit a úroveň porozumění (Murray, Coppens, 2011 in Cséfalvay, 2013).

Autoři Čecháčková (2003), Klenková (2006) a Neubauer (2007, 2014), kladou velký důraz na diferenciální diagnostiku, tedy na odborná vyšetření charakteru neurologického, foniatrického, logopedického apod. k odlišení afázie od jiných PŘK. „*Nejčastější chybou, které se můžeme z neznalosti dopustit, je neschopnost odlišit afázii od dysartrie (pozor na diagnostický závěr typu: těžká dysartrie s poruchou kalkulie a grafie!)*“ (Čecháčková, 2003, s. 158). Hlavním úkolem při diagnostikování (nejen) afázie je získání dostatečného množství informací pro volbu odpovídající terapie a adekvátní rehabilitace. Diagnostika řečového projevu afatika se má soustředit na hodnocení (Klenková, 2006):

- spontánní řeči
- porozumění řeči
- opakování
- pojmenování

Autorka dále dodává, že hodnocení je komplexní pouze v tom případě, neomezí-li se pouze na mluvenou řeč, ale respektuje i čtení a psanou formu řeči.

Logopedická diagnostika musí respektovat neuropsychologické diagnostické poznatky, které se zaměřují především na intelektovou úroveň a paměťové schopnosti vyšetřovaného pacienta. V klinické praxi se logopedická diagnostika afázie dělí na **vyšetření orientační, screeningové a komplexní**. Vyšetření může být realizováno pomocí různých testů afázie – standardizovaným nebo klinickým vyšetřením, které se zaměřují na úroveň hodnocení narušené funkce.

**Orientační vyšetření afázie** si dává za cíl nutnost rychle a bez nadměrné zátěže pacienta započít terapii v subakutním stadiu, ve kterém se pacient nachází. Orientační vyšetření hodnotí aktuální stav řečové komunikace a zachované komunikační schopnosti, kterých lze při terapii vhodně využít. Vyšetření musí být krátké vzhledem k velké unavitelnosti a udržení pozornosti ze strany pacienta. Pro subakutní stavy lze

v praxi využít publikované vyšetření VAFO (Vyšetření řeči v akutní fázi onemocnění), přístupné volně ke stažení na webových stránkách Asociace klinických logopedů z důvodu co nejrychlejšího rozšíření na oddělení ARO, JIP, neurologie a neurochirurgie (Neubauer, 2014).

- **Vyšetření v akutní fázi onemocnění (VAFO)** je zhruba desetiminutové vyšetření, které si klade za cíl vyslovit podezření, zda pacient má fatickou poruchu či nikoliv. Vyšetření je možné během hospitalizace opakovat, slouží jako kontrola aktuálního stavu pacienta. Test hodnotí spontánní řeč, rozumění řeči, pojmenování, opakování, čtení a psaní. Vyhodnocení v podobě pětibodové škály vyšetřujícím prozradí aktuální pacientův stav, vyšetřujícím nemusí být odborník z řad logopedie, administrace testu je velmi snadná a zvládne ji i ošetřující zdravotnický personál (Herejková, Cséfalvay, 2007).

**Screeningové vyšetření afázie** by zpravidla mělo být prováděno s pacienty, u kterých již bylo vysloveno podezření na přítomnost fatické poruchy, nicméně často bývá screeningové vyšetření dáváno do spojitosti s vyšetřením orientačním. Neubauer (2007, 2014) zmiňuje tři základní diagnostické materiály, využívané nejčastěji v českých podmínkách;

- **Token test**, využívající čtyři sady obrázků (malé a velké čtverce, malá a velká kolečka) v pěti barvách (červená, zelená, modrá, žlutá, bílá/černá). Test se zaměřuje výhradně na porozumění verbální instrukci, skládá se celkem z šesti subtestů, u kterých postupně stoupá náročnost prováděných úkolů. Časová náročnost rovněž nepřekračuje hranici 10 minut.
- **AST (Aphasia Screening Test)** hodnotí pojmenování předmětů a osob na obrázku, porozumění mluvené řeči (reálné předměty na obrázku a identifikace geometrických obrazců dle slyšené instrukce), čtení slov a krátkých instrukcí a psaní. Manuál testu nabízí vyjádření nejen přítomnosti afázie, ale orientačně i o jaký typ afázie by se mohlo jednat. Test respektuje i variantu, že některé úkoly jsou pro pacienta obtížné, jejich nesplnění či vynechání je cenným diagnostickým poznatkem pro zpřesňování diagnózy, resp. typu fatické poruchy. V akutním stádiu onemocnění častokrát není vůbec reálné vyšetřit expresivní složku řeči, proto test zahrnuje i normy pro částečně realizovaný test (Cséfalvay, 2013).

- **MASTcz (Mississippi Aphasia Screening test)**, jedná se o českou úpravu screeningového testu afázie pocházejícího z americké provenience. Test musel být výhradně přizpůsoben českým jazykovým a kulturním podmínkám, nejedná se tedy pouze o překlad. Test je rovněž k dispozici volně ke stažení na internetu ze stejného důvodu jako u VAFO. Součástí testu je záznamový arch, obrázkový materiál, pomůcky (klíče, hodinky, tužka) a prázdný list papíru. Test ve své celé podstatě hodnotí index produkce (IP) a index rozumění (IR) pacienta. Jednotlivé subtesty se zaměřují na automatickou řeč, pojmenování, opakování, plynulost řeči, psaní na diktát (= index produkce řeči), rozumění alternativním otázkám, identifikace objektů, rozumění mluvené instrukci, rozumění čtené instrukci (= index rozumění řeči). Podrobná administrace a vyhodnocení testu je dále k dispozici na webových stránkách Fakultní nemocnice Brno (Košťálová, 2015, online).

**Komplexní klinické logopedické vyšetření** by mělo zahrnovat všechny oblasti, které jsou zásadní pro vyhodnocení komunikačního procesu u afatiků. Současná klinická praxe užívá kvalitativního, kognitivně-psycholingvistické koncepce diagnostiky afázií, a sice Vyšetření fatických funkcí (VFF).

- **VFF** se za pomoci užití Bostonské klasifikace zaměřuje na konkrétní určení typu afázie a na charakteristiku úrovně řečové komunikace po vzniku poruchy, až po zachycení intaktních a stejně tak narušených komponentů individuálního jazykového systému. Klinické vyšetření se skládá ze šesti částí:
  - 1) vyšetření spontánní řečové produkce
  - 2) porozumění mluvené řeči
  - 3) schopnost reprodukovat slova a věty
  - 4) vyšetření nominativní funkce řeči
  - 5) vyšetření čtení
  - 6) vyšetření psaní (Neubauer, 2014).

Z hlediska logopedické péče má význam především klasifikace a kvantifikace dané PŘK, stanovení míry deficitů, tj. celkové sumy jednotlivých komponentů komunikace. Diagnostická péče by měla respektovat požadavek časové únosnosti v rámci denního režimu zdravotnického zařízení, stejně tak omezenou výkonnost

pacienta v akutní fázi onemocnění. „*Vyšetřovací schéma musí mít potřebnou jednoduchost a nenáročnost na výkon, aby bylo upotřebitelné a poskytovalo srovnatelné výsledky pro celé spektrum nemocných. Musí respektovat odlišnost co do věku, závažnosti aktuálního stavu, intelektu, dosaženého školního vzdělání, případné psychické alterace z náhle vzniklé poruchy dorozumívání, která může snadno přerůst v paniku a z ní vyplývající neadekvátní přístup k vyšetřování a ke spolupráci vůbec*“ (Mimrová, 1997, s. 27).

Obsáhlý popis diagnostiky afázie, zahrnující jednak tuzemské, ale i zahraniční nejčastěji užívané testové baterie, rozsáhle zpracovali ve své publikaci autoři Cséfalvay a Košťálová (2013, s. 90-99), stejně tak Mimrová v publikaci Kulišťák a kol. (1997) zveřejnila vlastní diagnostický materiál, inspirovaný neurofyziologickou teorií Hrbkovy a Pelikánovy práce, který je užíván v neurologické praxi (Mimrová, 1997, s. 28-33).

### 2.3 Terapie afázie

Terapii u osob s afázií dle Cséfalvaye (2007) rozumíme především obnovování narušených jazykových funkcí. Aby mohl být správně zvolen vhodný terapeutický postup, musí mu předcházet kvalitní a cíleně zaměřená diagnostika, která jazykový deficit odhalí. Logoped se zaměří jednotlivě na izolované jazykové funkce a terapeutický postup bude stimulací nebo reedukací se zacílením na obnovení narušené jazykové funkce, popřípadě s využitím těch jazykových složek, které u pacienta zůstaly zachovány. Lehečková (1997) souhrnně dodává, že terapie afázie musí vycházet z podrobné analýzy řečové poruchy, na základě které se terapeut zaměří na dvě oblasti; (1) **rehabilitace nejdůležitějších složek jazykového systému** – terapie vychází ze zachovalých součástí – a ty se poté rozšíří o složky narušené; (2) **rehabilitace komunikačních schopností** – vychází se z pacientovy vlastní komunikační strategie, která je upravována do co nejsrozumitelnější formy (Lehečková, 1997).

Současná afaziologie využívá poznatky následujících terapeutických směrů:

- *Lurijova neuropsychologická koncepce* a z ní vycházející metodika obnovování vyšších funkcí formou přestrukturování funkčních systémů mozku s užitím obnovovací terapie.



- *Kognitivně-neuropsychologicky orientovaný přístup* – stimulace porušených modalit individuálního jazykového systému – auditorního procesu, grafické exprese atp. Tento přístup je přítomen především v americké a britské afaziologii. Zde se uplatňuje i dělení terapie na dominantně kognitivně zaměřený program oproti funkcionálně zaměřenému programu intervence.
- *Postupy zaměřené na sociální skupinovou interakci* sledující navození situace blízké se skutečné komunikační realitě, dominujícím je zde PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness).
- *Specifické postupy pro stimulaci obnovování modalit* – MIT (melodicko-intonační terapie) či postupy tlumení perseverací atp.
- *Systémy využití neverbálních komunikačních prostředků* – piktogramy, pojmové kresby, manuální systémy a stimulační programy s užitím prostředků neverbální komunikace (vizuálně-akční terapie, využití posunků, gest, kresby) především pro osoby s globální afázií a těžkými perzistentně přetrvávajícími motorickými fatickými poruchami (Neubauer, 2014, s. 92).

### **Lurijova neuropsychologická koncepce**

Lurijova neuropsychologická koncepce terapie afázie je pojmenována dle ruského neurologa A. R. Luriji, který se mj. zasloužil o celosvětové uznání této neuropsychologické rehabilitační koncepce. V souvislosti s následky, které s sebou přinesla 2. světová válka, se rozvinul i komplexní systém rehabilitační péče o pacienty s mozkovým poraněním. Lurija ve své koncepci vychází z tradiční ruské psychologické školy ve šlépějích A. S. Vygotského a A. N. Leontěva. Koncepce vychází z přesvědčení, že řeč při afázii lze obnovit pomocí speciální a správně organizované terapie. Jde o reedukaci, přestrukturování funkčních systémů metodou obnovovací terapie. „*Již z tehdejších poznatků vyplývá, že obnova řeči nezahrnuje jen povrchní obnovu zvuků čili hláskové struktury řeči a elementární dětské komunikace, ale že jde o proces obnovy na mnohem hlubší úrovni. Psychofyziologickým základem řeči je podle Luriji a jeho následovníků dynamický funkcionální systém, ve kterém se projevuje vzájemná spolupráce smyslových analyzátorů a vyšších psychických procesů*“ (Neubauer, 2007, s. 176).

Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie konkrétně zahrnuje následující principy (Cséfalvay, Traubner 1996 in Neubauer 2014, s. 94):

- *Zapojení nových složek, tvoření nových funkčních systémů* (např. při obnově čtení terapeut zapojí kinestezii, obtahování tvarů).
- *Převod na nižší a méně volně náročnou úroveň* (např. odpoutání se od artikulace, jakožto myšlenkového zaměření na písmo a namísto toho terapeut zapojí rytmicko-melodické struktury – zpěvu).
- *Převod na vyšší volní úroveň* (např. pacient komentuje prováděné činnosti s pomocí terapeuta).

Koncepce obnovovací terapie částečně odlišuje obnovu poruch čtení a psaní od obnovování mluveného slova z toho důvodu, že: „...čtení a psaní na rozdíl od řeči jsou produktem cílevědomého učení, zatímco řeč je produktem přirozeného vývoje mezilidské komunikace“ (Neubauer, 2014, s. 94).

### **Kognitivně-neuropsychologicky orientovaný přístup**

Cílem kognitivně-neuropsychologického přístupu k terapii afázie je odhalení zákonitostí fungování kognitivních procesů. Prostředkem, jak dosáhnout tohoto cíle, je dle Cséfalvaye (2011) zkoumání a analýza výkonů osob, u kterých došlo k narušení těchto procesů. Logoped na základě výsledků diagnostiky určí podrobně sérii úloh pro vykonání, připraví stimulační materiál, pomocí kterého bude terapie realizována, a na závěr definuje strategii, která bude při terapii vedena. „Aplikace tohoto postupu se nejvíce rozšířila při terapii poruch pojmenování, získaných poruch čtení a psaní. Většina výzkumů byla realizována na úrovni izolovaných slov, v některých případech i na úrovni porozumění a produkce vět“ (Howard, 2000 in Cséfalvay, 2007, s. 66).

Prakticky terapii formou kognitivně-neuropsychologicky orientovaného přístupu popisuje Cséfalvay (2011, s. 218) následovně: „Pacienti byli požádáni, aby spontánně pojmenovali stimulační obrázky. Selhali-li při tomto pokusu, terapeut řekl slovo, které se rýmovalo s cílovým slovem, později poskytl tzv. fonemickou nápovědu a v případě neúspěchu příp. i znění celého slova. Pokud byl pacient při kterékoli kroku schopen nahlas pojmenovat obrázek, byl požádán, aby slovo zopakoval ještě pětkrát za sebou. Poté byl opět požádán o spontánní pojmenování obrázku. Každý obrázek byl během jednoho sezení stimulován třikrát. Terapie se přerušila, až když bylo pojmenováno minimálně 80% obrázků ve dvou za sebou jdoucích sezeních.“

Neubauer (2014) dodává, že terapeutické postupy u tohoto přístupu k terapii afázie jsou uváděny jako stimulační s cílem využití tzv. transferu, který způsobí zmírnění obtíží v určité kognitivní submodalitě (např. pojmenování). To se projeví zlepšením v oblasti komunikace pacienta s jeho okolím. Pokud se tedy výkon afatika zlepší v provádění zadání od terapeuta, zlepší se tam přímo úměrně pacientův výkon v konverzaci s ostatními lidmi.

V českých a slovenských podmínkách se dle Cséfalvaye (2011) s aplikací kognitivně-neuropsychologického přístupu v terapii afázie setkáváme jen velmi ojediněle, dokonce navzdory tomu, že se i tato terapeutická strategie – obdobně jako Lurijova neuropsychologická koncepce – věrně opírá o víru v plasticitu neurokognitivní sítě mozku (Love, Webb, 2009).

### **Postupy zaměřené na sociální skupinovou interakci**

**PACE** (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness) je technikou, která zlepšuje efektivitu komunikace pacientů s afázií. Tato technika spočívá ve vytvoření fiktivních komunikačních situací, kde spolu na předem určené téma konverzují terapeut společně s pacientem. Je pouze na vzájemné dohodě, zda budou užívat mluvené řeči, psaní, gest, kreslení, apod. Může jít o vzájemné kombinace, kdy např. terapeut hovoří a pacient používá ke komunikaci kresbu. Nejdůležitějším aspektem této techniky je vzájemná výměna informací, ne hodnocení výkonu pacienta terapeutem (Neubauer, 2014).

PACE se řadí mezi tzv. funkcionálně orientované terapie afázie, hlavním rozdílem oproti předchozím terapeutickým postupům se tento opírá o základní premisu, že pacient je ve funkcionální terapii aktivní při stanovení cílů, či výběru úkolů. Tj. zásadní rozdíl oproti „tradiční terapii“ formou stimulačních postupů, kde je terapeut hlavním iniciátorem a stimulatorem změn, načež pacient je pouze jejich pasivním příjemcem. Tato forma terapie je vhodná pro osoby s těžkými poruchami v expresi řeči, protože se nezaměřuje pouze na izolované jazykové deficity, ale na komunikaci jako celek (Cséfalvay, 2007, 2011).

Tato forma terapie, kterou poprvé popsali autoři Davis a Wilcoxová v roce 1985, respektuje následující kroky: *„výměna nové informace, kterou vysílá střídavě terapeut nebo pacient, přičemž oba mají volný výběr komunikační modality a přirozenou zpětnou vazbou je porozumění informace“* (Cséfalvay, 2011, s. 224). V praxi je situace

simulována prostřednictvím obrazového materiálu, který je znám pouze jednomu z komunikační dvojice. Obrázek tedy vidí jen ten, kdo o něm bude povídat. Techniku lze velmi dobře uplatnit i ve skupinové terapii afatiků, přičemž žádný z nich není limitován volbou komunikačního prostředku.

Cséfalvay (2007) dále popisuje: „*Jedním z nejvýraznějších negativních důsledků ztráty schopnosti komunikovat po mozkovém poškození je i to, že se lidé dostávají do sociální izolace. Tato izolace přináší nedostatek komunikačních příležitostí, nedostatek možností rozvíjet existující schopnosti a dovednosti*“ (Cséfalvay, 2007, s. 67). Nadměrné ochranné sklony ze strany rodiny a tendence vše udělat za pacienta, sklouznou později k „naučené pasivitě“ ze strany pacienta, který by se za normálních okolností mohl, byť s obtížemi, projevit.

Další z funkcionálně orientovaných terapií afázie je **konverzační trénink**, jehož autorkou je Audrey Hollandová. Tato terapeutická strategie, která opět má za úkol zefektivnit komunikační schopnosti afatika, se skládá z několika kroků. Začíná se přípravou scénáře (obsahujícího max. 6-8 vět) s pomocí terapeuta. Tvorba scénáře imaginární komunikační situace se zaměřuje na vytyčení hlavních elementů informace. Pokud má pacient alespoň částečně zachovanou schopnost lexie, může si důležité body vypsát do osnovy. Hlavní část této terapeutické strategie nastává v momentě, kdy je do místnosti přizvána třetí osoba, která o tématu konverzace nemá tušení. Terapeut do afatikovy promluvy zasahuje pouze za okolností, kdy dojde např. k obtížím aktualizace slova, perseveracím či nepochopení ze strany posluchače (Cséfalvay, 2011).

### **Specifické postupy pro stimulaci obnovování modalit**

„*Pro mnoho pacientů s nonfluentní afázií s relativně dobrým porozuměním řeči je velmi těžké iniciovat řečovou produkci. Pro některé platí i to, co velmi výstižně formuloval pacient s afázií – vím, ale neumím to říct slovy. U jiných je však problémem iniciovat jakoukoli smysluplnou řečovou produkci. Pro tyto pacienty je třeba hledat efektivní postupy, pomocí nichž by se mohl odblokovat problém iniciování řečové produkce. Klinický postup, v němž se při terapii afázie využívá zpěvu, se v literatuře ujal pod názvem MIT*“ (Cséfalvay, 2007, s. 99).

**MIT** – melodicko-intonační terapie se opírá o předpoklad, že je u pacientů zachována schopnost zpívat text známé písně i při výrazných narušeních produkce

řeči, např. u pacientů s těžkou Brocovou afázií, která vznikla levohemisferální lézí, zpěv je ale aktivizován hemisférou pravou, proto je afatik schopen reprodukovat text písni. Kulišťák (2011) doplňuje výše uvedeného Cséfalvaye (2007) tím, že pacienti s levohemisferálními lézemi rozumějí praktickému použití jazyka, ale mají potíže s jednotlivými lingvistickými elementy, načež pravoemisferální poškození nenaruší manipulaci s lingvistickými jednotkami, ale znemožňuje jejich úspěšné využití v konverzaci.

MIT je realizována tak, že logoped sedí naproti pacientovi, aby mu dobře viděl na ústa, dále drží klientovu levou ruku, kterou bude vytukávat (tapping) rytmus, či každou slabiku daného slova či fráze. Tapping provádí logoped pravou rukou, tu levou používá k signalizování, kdy má pacient produkovat slovo, či kdy má udělat pauzu apod. Postup, včetně kvantitativního vyhodnocení, je k dispozici velmi podrobně v Cséfalvayově publikaci (2007, s. 99 – 106), kde je tato forma terapie popsána na případové studii pacientky s Brocovou afázií.

Terapie zaměřená na **tlumení perseverací**, a sice na zkorigování opakování stejného výrazu i na více podnětů po sobě, spočívá v navození sebekontroly řečového projevu u pacienta. Tento cílený terapeutický postup se snaží o navození vědomé kontroly v momentě začátku vlastní promluvy u afatika. *„Postup využívá různých forem prodloužení pauzy mezi ukázaním stimulu a jeho pojmenováním. Zařazování jiné modality (gesto, kresba, počáteční písmeno apod.), dokončování vět, individuálně dle reakce konkrétního pacienta na terapii“* (Cséfalvay, Traubner, 1996 in Neubauer, 2014, s. 97).

### **Systémy využití neverbálních komunikačních prostředků**

Výše uvedené terapeutické strategie měly jedno společně – opíraly se u pacientů o některé zachovalé jazykové modality. Pacienti s globální afázií a těžkými perzistentně přetrvávajícími fatickými poruchami vyžadují přístup zcela odlišný. Ačkoliv se klinický obraz afázie rychle mění, existují i případy, kdy globální afázie přetrvává, i u takových pacientů je potřeba formou terapie zapracovat na vytvoření kompenzačních mechanismů pro snadnější dorozumívání s okolím, aby docházelo k co nejmenší frustraci z nemožnosti se verbálně vyjádřit.

Při terapii u pacientů s těžkým narušením expresivní složky řeči se lze opřít i o méně narušené nelingvistické procesy, jakým je například **kreslení**. Dle Cséfalvaye

(2007) jde o terapii, v níž jsou pacienti s afázií s těžkým stupněm narušení expresivní řeči motivováni vyjadřovat své pocity, potřeby a různé děje prostřednictvím kresby. V terapii se používají jednoduché dějové obrázky (2-3), někdy i jednoduché kreslené vtipy. Úkolem pacienta je formou kresby charakterizovat humorný prvek v sérii prezentovaných obrázků, resp. pointu vtipu. Smyslem této terapie je, aby byl pacient schopen používat kresbu v běžné komunikaci s okolím, jestliže selhaly jiné formy komunikace.

Jde o sériové obrázky, kde například: *„Žena nalévá kávu z konvice, která je poškozená, a proto z ní káva vytéká, na posledním obrázku žena utírá stůl. U takové série musí pacient vnímat a zapamatovat si posloupnost děje, vybrat podstatné detaily a umět je znázornit jednoduchou kresbou“* (Helmová-Estabrooksová a Albert, 1991 in Cséfalvay, 2007, s. 93).

Cséfalvay (2007) dále doporučuje dodržovat následující etapy:

1. Návčik překreslování jednoduchých předmětů (černobílé obrázky) zaměřený na zjednodušenou techniku kresby;
2. Návčik kresby obrázků, které měl logoped identifikovat (pacient měl před sebou 2-10 černobílých obrázků otočených tak, aby je logoped neviděl);
3. Návčik zachycení podstatných detailů v dějovém obrázku (v případě potřeby logoped naznačil, jak se dá jednoduše, ale jednoznačně nakreslit daný detail);
4. Seřazování sériových obrázků, znázornění hlavního tématu jednoduchou kresbou z paměti;
5. Návčik konverzace mezi pacientem a logopedem s využitím kresby.

V posledních letech, současně s nově vznikajícími výzkumy a nově nabitými poznatky z oblasti neurověd, se i velmi výrazně zkvalitnil přístup a péče k osobám s afázií. V minulosti přetrvávala péče o afatiky pouze v akutním, či subakutním stádiu onemocnění. Dnes už není žádnou výjimkou, že je afatik v péči klinického logopeda až několik desítek let. Ačkoliv se afatik integruje zpět do domácího prostředí, následky mozkové léze mu ale častokrát neumožní se plnohodnotně zapojit do společnosti, což velmi významně narušuje sociální vztahy. Fakt, že se současná afaziologie zaměřila i na pacienty s chronickou afázií, je zcela určitě pozitivním výsledkem, který vyplývá z výzkumů, jež poukazují na možnost efektivního ovlivnění afázie i několik let po vzniku mozkové léze.

### 3 PROBLEMATIKA DYSARTRIE

Dysartrie je charakterizována jako neurogenně podmíněná narušená komunikační schopnost, která se manifestuje jako porucha neuromuskulární exekuce řeči (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013). Neubauer (2007, 2014) dysartrii řadí do skupiny poruch motorických řečových modalit, jinými slovy, máme co dočinení s poruchou řečové komunikace, která rovněž vzniká na bázi organického poškození centrální nervové soustavy. Dysartrie postihuje řečovou komunikaci v oblasti její realizace, což je dominantní rozdíl oproti afázii a oproti poruchám individuálního jazykového systému obecně, kde naopak dochází k poruchám zpracování řečového signálu na úrovni percepce (Neubauer, 2003).

*„Intaktní řečový projev člověka je spojen s velmi složitou strukturou koordinovaných kontrakcí svalů v oblasti rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra a také hrtanu a dýchacích svalů. Činnost těchto svalů je umožněna a kontrolována činností CNS, hlavně aktivitou motorických okrsků mozkové kůry a nervovými drahami, především kortikospinální (pyramidovou) nervovou dráhou, extrapyramidovým systémem a mozkovými nervy“* (Neubauer, 2007, s. 44). Lokalizace léze poté napomáhá k určení typu a závažnosti této neurogenní poruchy.

Vlivem poškození CNS a dobou vzniku postižení se dysartrie dělí na **vrozenou** a **získanou**. V dětské populaci vlivem pre-, peri- a časných postnatálních komplikací se může vývojová dysartrie rozvinout v rámci syndromu dětské mozkové obrny.

*„DMO definujeme jako neurovývojové, neprogresivní onemocnění motorického vývoje dítěte vzniklé na podkladě proběhlého (a ukončeného) prenatalního, perinatálního či časně postnatálního poškození vyvíjejícího se mozku“* (Komárek, Zumrová, 2000, s. 61). Šlapal (2007, s. 36) kriticky dodává, že: *„...označení dětská mozková obrna je dosti nepřesné. Ne všechny motorické projevy mají charakter obrny. Navíc velmi pravděpodobně dochází ve většině případů rovněž k postižení míšního, případně i periferního nervstva.“* Co do výskytu Šáchová (2005) uvádí, že téměř u třech čtvrtin dětí s DMO se vyskytuje vývojová dysartrie, a to v různých závažnostech – od lehkých poruch artikulace až k úplné nemožnosti realizovat artikulační záměr – anartrii.

Dysartrii, jež se rozvinula v průběhu dětství, dospělosti a stárnutí organismu, tedy zasáhla do již probíhajícího procesu zrání CNS, označujeme jako dysartrii

získanou. Etiologie této neurogení poruchy je shodná s výčtem uvedeným v podkapitole č. 1.3.1. Nejčastějšími příčinami získaných dysartrií jsou úrazy hlavy, infekce a onkologická onemocnění CNS (Neubauer, 2007).

Charakteristiky uvedených onemocnění CNS dělí Duffy (2005) podle:

- Lokalizace (fokální, multifokální, difúzní)
- Doby vzniku onemocnění (akutní, subakutní, chronické)
- Průběhu (tranzitní, zmírňující se, progredující, remitující, stacionární)

### 3.1 Symptomatologie dysartrie

Při dysartrii jsou postiženy v různé míře a v různém rozsahu primární modality motorické realizace mluvené řeči – **respirace, fonace, artikulace a rezonanční faktory**. Klinický obraz dysartrie lze tedy charakterizovat tím, do jaké míry jsou jednotlivé modulační faktory řeči zasaženy úrazem či onemocněním CNS.

Poruchami **respirace** rozumíme nedostatečnou sílu výdechového proudu, který by pacientovi umožnil realizaci celých slov nebo vět, poruchy **rezonance** souvisí i s **hypernazalitou**, což je patologicky zvýšená nosovost. Z důsledku nedostatečného velofaryngeálního uzávěru vydechovaný vzduch uniká nosem (nazální emise). Tyto deficity vznikají především z důsledku léze faryngeální větve *nervus vagus*, která inervuje svaly měkkého patra. Poruchy **fonace**, či tzv. fonační inkompetence, vznikají jako důsledek nedostatečné funkce hlasivek, kdy dochází k jejich nekompletnímu uzávěru. Vzhledem k tomu, že se nevytvoří dostatečný uzávěr, vzniká hlas s šelestem, který je nesrozumitelný, mívá až charakter šepotu – mikrofonie. **Artikulace** je narušena v momentně, kdy dojde k poškození *n. facialis*, který zodpovídá za inervaci svalstva rtů a *n. hypoglossus*, jež inervuje svaly jazyka. Mluvená řeč je narušená právě proto, že se tyto nervy podílí na artikulaci. Narušení funkce svalů jazyka má za následek neschopnost správně artikulovat hlásky, při artikulaci je rovněž zapotřebí odpovídající čelistní úhel, načež inervace dolní čelisti je realizována pomocí *n. trigeminus*, při jeho lézi pacient rovněž není schopen adekvátně artikulovat a řeč se, stejně jako v předchozím případě, stává nesrozumitelnou (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).



Love a Webb (2009) k výčtu symptomů rovněž přidávají dysprozodii, ta vzniká z důsledku toho, že spasticita svalů neumožňuje přirozenou kontrakci a relaxaci, tím brání přirozené variaci výšky hlasu. Dalšími symptomy mohou být **atypická dysfluence** řeči – tempo řeči je buď velmi zpomalené, či může docházet naopak k **palilálii**, což je zrychlující se opakování slov nebo frází.

### 3.1.1 Klasifikace dysartrií

V literatuře se setkáváme se dvěma přístupy dělení dysartrií. Jedná se o klasifikaci dysartrií podle lokalizace léze CNS (Love, Webb, 2009) nebo dle převažujícího symptomu v řeči (Petrovský, 1996 in Neubauer 2014). Pro lepší přehlednost je zde uvedena tabulka sestavená autorským kolektivem Cséfalvay, Mekyska, Košťálová (2013, s. 120).

<b>Klasifikace podle symptomu</b>	<b>Klasifikace podle lokalizace léze</b>
Flacidní dysartrie	Bulbární, periferní
Spastická dysartrie	Bilaterální léze centrálního motoneuronu
Dysartrie vzniklá po unilaterální lézi centrálního motoneuronu (v tomto případě se také jedná o lokalizaci léze)	Unilaterální léze centrálního motoneuronu
Ataktická dysartrie	cerebelární
Hypokinetická dysartrie	extrapyramidová
Hyperkinetická dysartrie	extrapyramidová
Smíšená dysartrie	kombinovaná

Tab. č. 1 – typy dysartrie

#### **Flacidní (bulbární, periferní) dysartrie**

Etiologií flacidní dysartrie je narušení periferního motorického neuronu, léze se nachází v motorických jádrech hlavových nervů a spinálních nervů (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013). Tento typ dysartrie je součástí tzv. neurologického syndromu bulbární paralýzy, který se projevuje chabými parézami a postupnou atrofií postižených svalů. Projevy flacidní dysartrie dominují v hlasově monotónním a nezřetelném projevu pacienta. Motorika mluvidel je ovlivněná lézemi hlavových nervů zabezpečujících činnost žvýkacích a čelistních pohybů, pohybů měkkého patra

a jazyka. Často se u toho typu vyskytují poruchy respirace, hypernazalita, chraptivost a poruchy polykání – dysfagie (Neubauer, 2007).

Podle Duffy (2005) je flakcidní dysartrie nejčastěji způsobena traumaty hlavy, degenerativními onemocněními, svalovou dystrofií, myastenii gravis, tumory nebo cévními mozkovými příhodami.

### **Spastická dysartrie**

Spastická dysartrie vzniká poškozením pyramidového a extrapyramidového systému, to má za následek svalovou slabost a zpomalení artikulačních pohybů. Při lézi rovněž vzniká svalový tonus, spasticita a abnormální reflexy. Spasticita je nejvíce patrná při pohybech laryngálních svalů a způsobí spastický uzávěr hlasivek (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

*„Řečový projev je pomalý, pracný, s protahováním slov a nesrozumitelností delšího projevu. Dýchání oslabeno, uzávěry v artikulačních pohybech a patrohltanovém uzávěru jsou pomalé a oslabené. Příčiny jsou většinou cévní, CMP či cévních mozkových onemocněních, ruptuře aneurysmatu, častými příčinami jsou i traumatické léze CNS“ (Neubauer, 2014, s. 40).*

### **Dysartrie při unilaterální lézi centrálního motoneuronu**

Neubauer (2007, 2014) tento typ řadí ke spastické formě dysartrie z důvodu obdobné etiologie i symptomatologie. Autoři jako Cséfalvay, Mekyska, Košťálová (2013), Love, Webb (2009) naopak unilaterální lézi horního motoneuronu řadí do samostatné skupiny. Tento poměrně zvláštní typ dysartrie je klinicky charakterizován jako viditelná slabost v dolní čelisti obličej, rtů a jazyka, projevující se na opačné straně, než je lokalizována léze v mozku.

### **Ataktická dysartrie (cerebelární, mozečková)**

Jak již samotný název napovídá, půjde o dysartrii vznikající na základě poškození mozečku a nervových drah spojených s jeho činností. Neurologicky tento případ nazýváme jako „cerebelární syndrom“ (Neubauer, 2014). Projevuje se špatnou koordinací pohybů z hlediska jejich plánování a odhadování vzdálenosti (ataxie), časté jsou problémy s chůzí, narušena je rovnováha pacienta, dále se objevuje snížený svalový tonus a tremor (Love, Webb 2009). Častými příčinami cerebelární dysartrie

jsou nemoci spojené s atrofií a záněty mozečku, roztroušená skleróza a cévní mozkové příhody (Neubauer, 2003, Duffy, 2005).

### **Hypokinetická dysartrie (extrapyramidová)**

*„Vzniká v rámci hypokineticko-hypertonického syndromu doprovázejícího poruchy činnosti bazálních ganglií, především u parkinsonismu. Svalová činnost je komplikována rigiditou a akinézou svalových skupin. Často je přítomen klidový třes a ztráta pohybových automatismů“* (Neubauer, 2014, s. 41).

Dýchání je u hypokinetické dysartrie mělké s nelogicky uspořádanými dechovými pauzami v promluvě pacienta. Hlas je nízko položený, dyšný až drsný, což vede k jeho nesrozumitelnosti. Tempo řeči může zrychlovat či naopak zpomalovat. Z důvodu rigidních pohybů je artikulace nepřesná (Love, Webb, 2009). Častou příčinou je buď jednorázová CMP, nebo jde např. o opakované údery do hlavy, jak tomu bývá u boxerů (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

### **Hyperkinetická dysartrie (extrapyramidová)**

Na rozdíl od výše uvedeného typu je tato dysartrie sic stejné etiologie (onemocněním bazálních ganglií a jejich okruhů), nicméně symptomatologie je zcela odlišná. U tohoto typu zaznamenáváme nekontrolovatelné mimovolní pohyby orgánů, které se podílí na realizaci mluvené řeči (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

Řeč je charakteristicky hlasitá až vykřikovaná, řečový projev je rovněž výrazně narušen mimovolními pohyby. Tempo řeči kolísá a kvůli nemožnosti ovládat svalstvo jazyka a úst sklouzává řečový projev rovněž k nesrozumitelnosti. Příčinami bývají farmakologické – stavy po podání léků, zejm. neuroleptik, či degenerativní onemocnění CNS (Neubauer, 2003).

### **Smíšená dysartrie (kombinovaná)**

Do této skupiny jsou zařazeny všechny kombinace výše uvedených typů dysartrie, pro které je typické více různých projevů. Kombinace je rovněž i v etiologii, kdy se může prolínat více lézí CNS v kombinaci s degenerativním onemocněním, atp. Smíšené dysartrie mohou zároveň postihnout jak centrální, tak i periferní nervový systém (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

Hedánek a Roubíčková (1997) uvádějí pět typů smíšených dysartrií, které se mohou vyskytnout u jednotlivých degenerativních onemocnění CNS:

- Spasticko-flakcidní dysartrie – amyotrofická laterální skleróza
- Atakticko-spastická dysartrie – skleróza multiplex
- Atakticko-spastická a flakcidní dys. – olivopontocerebelární atrofie
- Spasticko-ataktická a hypokinetická dys. – Wilsonova nemoc
- Hypokineticko-spastická a ataktická dys. – progresivní supranukleární paralýza

### **3.2 Diagnostika dysartrie**

Diagnostika dysartrie se skládá z určení závažnosti mozkové léze neurologem, což dále ústí v diagnostiku klinickým logopedem, který zhodnotí řečovou produkci dle symptomů a stanoví následný terapeutický plán. Logopedická diagnostika má za úkol stanovit typ dysartrie, přičemž vychází z neurologického vyšetření. Hlavním cílem logopedické diagnostiky je identifikovat motorické řečové modalitty, které jsou přímo zodpovědné za stigmatizovaný řečový projev pacienta (Neubauer, 2007). Klenková (2006) k mezioborové spolupráci řadí dále foniatrické, ORL a psychologické vyšetření. Rovněž je důležité v rámci diferenciatní diagnostiky odlišit dysartrii od dalších poruch řečové komunikace, jakými jsou např. vývojová dysfázie, dyslalie, afázie.

#### **Test 3F – dysartrický profil**

V současnosti je v českém prostředí pro oblast diagnostiky získané dysartrie vytvořen kvalitní diagnostický materiál, který byl poprvé publikován autory Hedánkem a Roubíčkovou v roce 1997. Nyní je k dispozici již třetí přepracované vydání s CD programem. Test 3F – dysartrický profil nese název dle tří modalit, které test hodnotí – F1 faciokinezi, F2 fotorespiraci a F3 fonetiku. V zahraničí se sice používají testy, které hodnotí obdobné submodalitty (podrobněji jejich výčet uvádí Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013, s. 125-135), nicméně autory Hedánkem a Roubíčkovou byl test vytvořen speciálně pro český jazyk.

Třetí revidovaná verze byla zjednodušena a sloučena (oproti dřívějším vydáním) do jednoho celku zahrnujícího rovněž tři, již uvedené, soubory. Soubory tvoří shodně tři subtesty, každý s pěti položkami, což je opět rozdíl oproti starší verzi testu. Nová

verze z roku 2011 je tedy značně zkrácená, což má napomoci k urychlení diagnostiky v akutním stádiu nemoci. Novější verze, díky svému zkrácení, neslouží ke stanovení typu dysartrie (Cséfalvay, Mekyska, Košťálová, 2013).

Jednotlivé úkoly jsou podrobně vypsány v záznamovém archu a jsou prováděny nápodobou, tedy současně s terapeutem, který sedí naproti pacientovi, ten mu musí dobře vidět na obličej a ústa. Subtest F1, faciokineze, je zaměřen na pohyby obličejových svalů, konkrétně rtů, dolní čelisti a jazyka. F2, fonorespirace, má zhodnotit funkci respirace, respirace při fonaci a fonaci a subtest F3, fonetika, zkoumá artikulaci, prozodii a srozumitelnost mluvy. Z každého subtestu lze získat maximálně 30 bodů, nejvyšší počet dosažitelných bodů je tedy 90, což značí nepřítomnost poruchy. Test je bodován následovně:

- 0 bodů, neschopnost provedení nebo jen náznak
- 1 bod, potíže středně těžké až lehké
- 2 body, intaktní výkon

Hodnocení:

- 0-17 – velmi těžká dysartrie
- 17-35 – těžká dysartrie
- 36-56 – středně těžká dysartrie
- 57-73 – lehká dysartrie
- 74-85 – velmi lehká dysartrie
- 85-90 – bez poruchy

Po sečtení bodů a jejich vyhodnocení je vytvořen tzv. dysartrický profil (DP), jednotlivé body jsou zaneseny do grafu, kde je poté jasné zřetelné, ve kterých submodalitách jsou u pacienta patrné obtíže (Roubíčková, 2011).

### **3.3 Terapie dysartrie**

Dysartrie, obdobně jako většina získaných poruch řečové komunikace, se sice může v průběhu onemocnění sama upravovat, častěji ale pacient vyžaduje terapeutické působení dlouhodobě a soustavně s nutností rozvoje náhradního komunikačního systému. Powell (2010) uvádí, že až 90% osob s těžkým poškozením mozku se

fyzicky zotaví koncem prvního roku po úrazu. To často ale neznamená, že se nepředpokládají přetrvávající obtíže např. chůze nebo řeči.

V případě, že je somatický stav pacienta stabilizován, je nutné neodkladně zahájit terapii dlouhodobého charakteru. Dlouhodobý, až celoživotní charakter terapeutického působení nejen že maximalizuje komunikační schopnosti, ale i zachová dobrou kvalitu sociálního života pacienta (Neubauer, 2011).

Terapie u získaných forem dysartrie je zcela odlišná od forem vývojových, a sice v používaných metodách a terapeutických prostředcích. Zatímco u vrozených poruch se terapie zaměřuje spíše směrem na rehabilitaci hybnosti a řeči, u získaných poruch je terapie ubírána především na co největší rozvoj komunikačních kompetencí pacienta (Klenková, 2006).

Tvorba individuálního terapeutického programu s přihlédnutím ke konkrétním obtížím pacienta by mělo být naprosto standardním postupem u jakéhokoliv terapeutického počínání. První měsíce by měla být terapie vedena intenzivně se zacílením maximálního procesu uzdravy. Toto intenzivní terapeutické působení je v systému zdravotnictví ČR poskytováno rehabilitačními ústavami, lázeňskými léčebnami a léčebnami dlouhodobě nemocných. Pro osoby s poruchami řečové komunikace zapříčiněnými neurogenními poruchami je cílená logopedická péče v těchto zařízeních naprosto klíčová. Ambulance klinické logopedie, kam pacient často po pobytu v rehabilitačním zařízení směřuje, bohužel z časových důvodů, nedosahují takových výsledků, jako intenzivní terapie v rámci pobytu. Nedílnou součástí péče je i poradenské působení terapeuta především tak ve vztahu k rodinnými příslušníkům pacienta (Neubauer, 2011).

*„Cílem terapie je maximalizace komunikačního potenciálu a zachování dobré kvality sociálního života osoby s dysartrií. Rovněž je třeba využít obnovovací postupy a především specializované pomůcky, odlišné od práce s vývojovými poruchami mluvy u dětí“* (Neubauer, 2011, s. 306).

Neubauer (2014, s. 54-60) uvádí devět metod a prostředků terapie u osob se získanou dysartrií:

### **1) Využití relaxace pro stabilizaci svalového napětí a jeho uvolnění**

Stabilní svalový tonus je předpokladem nejen pro koordinaci a hybnost, ale i pro řečový projev. Navození stabilního svalového tonu je pro rehabilitaci řečového projevu žádoucí, relaxace má za úkol navodit stav sebekontroly nad vlastním svalovým tonem celého těla.

### **2) Orofaciální cviky pro obnovování hybnosti a svalové síly**

Cviky orofaciální oblasti by měly být u pacientů prováděny několikrát denně před zrcadlem, ideálně nápodobou prostřednictvím terapeuta. Cviky se rozumí procvičování svalové síly a hybnosti rtů, jazyka a mimického svalstva, jedná se o cviky izotonické a izometrické.

### **3) Dechová a fonační cvičení s obnovování funkce patrohltanového závěru**

Cílem cvičení je zvýšení funkčního využití kapacity plic, to napomáhá zlepšit sílu dýchacího svalstva. Zlepšením koordinace respirace selepší u pacientů u fonace, artikulace a prozodie mluvy. Výsledků se dosahuje nácvikem břišního dýchání, měkkého hlasového počátku (stejně jako u terapie balbuties) a výdech na hlásku s prodloužením fonace.

### **4) Artikulační cviky**

Tato cvičení si dávají za cíl zlepšit srozumitelnost mluvního projevu pacienta. Cvičení se zaměřují na oddělování jednotlivých hlásek, zlepšení koordinace mluvidel a na sebekontrolu vlastního projevu před zrcadlem s pomocí terapeuta. Je důležité mít na paměti, že artikulační cvičení u osob se získanou dysartrií jsou zcela odlišná od dětí s patlavostí. U pacientů s dysartrií se neusiluje o precizní výslovnost každé hlásky, jde především o minimalizaci stigmatizace jejich mluvního projevu.

### **5) Prozódie a větná intonace**

Cvičení by měla navazovat na předchozí uvedené, jedná se o trénink jednotlivých významů vět, rozlišování typů vět a trénování přiměřeného přízvuku. Cílem cvičení je opět dosažení větší srozumitelnosti pro pacientovo okolí.

## **6) Rytmizačně-pohybová cvičení**

Cílem je zlepšení koordinace mluvy pacienta, který si pohybem dopomáhá k inicializaci projevu, může se jednat o vytleskávání jednotlivých slabik, či slov. Pohyb ruky dopomáhá ustanovit a koordinovat tempo řeči. Variabilita tohoto cvičení je značná, může se jednat o t'ukání do stolu, tleskání, podupávání nohou, lze využít i jednoduchých hudebních nástrojů či metronomu nebo bzučáku.

## **7) Neverbální komunikace a komunikační pomůcky**

Tyto metody lze využít u pacientů s těžkými perzistentně přetrvávajícími poruchami komunikace, lze je tedy uplatnit u všech pacientů, jejichž PŘK jim neumožňuje se jakkoliv vyjádřit verbální řečí. Původně se tento postup využíval při terapii fatických poruch (Cséfalvay, 2007), ale úspěšnost byla zaznamenána i u ostatních neurogenních poruch řečové komunikace. Spadá sem využití alternativní a augmentativní komunikace (piktogramy, posunky, kresba), terapie by měla být opět vedena individuálně, např. spousta pacientů po CMP není z důsledku parézy schopna kreslit či psát.

## **8) Skupinové formy terapie**

Neubauer (2014) poukazuje na využití techniky PACE, které jsme se již věnovali v kapitole č. 2, stejně tak autor upozorňuje na využití převodu metodik terapie z oblastí afázií, pouze s lehkou obměnou – a sice zaměření se na řízený, tematický a spontánní mluvní projev pacienta s dysartrií.

## **9) Technické pomůcky a přístrojové programy**

Užívání přístrojových sestav bylo v našich podmínkách donedávna vázáno jejich cenovou náročností. Lze využít produkt firmy IBM – Speech Vieweru, který u pacientů pracuje na základě vizuální a zvukové zpětné vazby jejich mluvního projevu. Nahrávku lze uložit a po několika dalších sezeních ji pacientovi přehrát, což pro pacienta působí motivačně, když sám u sebe slyší pokrok. Program MENTIO hlas má podobné atributy jako předchozí zmíněný, nicméně již není tak finančně náročný a umožňuje tak široké spektrum práce s jednotlivými složkami řečového projevu pacienta (hloubka, výška, znělost, délka, intenzita...) (Neubauer, 2014, s. 54-60).



Terapie u osob se získanou dysartrií by měla pro pacienta zafungovat především motivačně. Hlavním cílem je dosažení koordinace motoriky mluvidel a zlepšení tak srozumitelnosti pacientovy mluvy, což působí velmi blahodárně na jeho psychický stav a vlastní sebepojetí. Výše uvedené postupy by měly být pacientovi v rámci terapie stanoveny na míru vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, rovněž by se mělo postupovat v jednotlivých krocích a stanovit si tak reálné cíle, kterých lze během terapeutického působení dosáhnout (Neubauer, 2011).

#### 4 PROBLEMATIKA SYNDROMU DEMENCE

Demencí rozumíme soubor onemocnění, které má své charakteristické projevy, proto ji tedy nazýváme syndromem. Toto onemocnění spadá do třetí velké skupiny neurogenních poruch, a sice **kognitivně-komunikačních poruch řečové komunikace**. Neubauer (2014) uvádí, jak samotný název již napovídá, že půjde o dvoumodálnost tohoto typu onemocnění. Dominantním projevem jsou poruchy poznávacích procesů (kognice) se sekundárním projevem v řečové komunikaci pacienta. Syndrom demence je uveden jako zástupce této kategorie z důvodu jeho častého výskytu v populaci.

Termín **demence** je složeninou dvou latinských slov „de“ a „mens“, v překladu „bez myslí“, tímto termínem jest označena získaná porucha kognice, která je charakteristická svým postupným zhoršováním (Marková, Cséfalvay, 2013).

*„Výraz demence označuje celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofií centrálního nervového systému. Mnoho laiků se domnívá, že demence je údělem stáří. Slovo „senilita“, které znamená „stáří“, se stává synonymem „demence“, ale tak tomu není. Demence se může dostavit kdykoliv v průběhu dospělého života, s věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost onemocnění demencí“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 177). Kulišťák (2011) se rovněž k tomuto tvrzení přiklání: „se stárnutím roste pravděpodobnost vzniku neurodegenerativních onemocnění, z nichž nejznámější a nejrozšířenější je Alzheimerova choroba“ (Kulišťák, 2011, s. 274).*

Demence je popisována jako syndrom, protože má spousty příčin, a právě stanovení příčiny je vysoce důležité, protože některé typy demence jsou reverzibilní. Nejznámější typ demence je demence Alzheimerova typu (DAT), která je dosud nezvratitelná a nevléčitelná. Alzheimerova choroba je rovněž příčinou vzniku

syndromu demence. Kromě DAT k příčinám demence patří Pickova choroba, ischemické epizody, extrapyramidové syndromy (Huntingtonova chorea, Parkinson), deprese, hydrocefalus, metabolické poruchy, toxické příčiny, traumata, infekce CNS, demyelinizační onemocnění (Love, Webb, 2009).

Neubauer (2014) dodává, že syndrom demence zahrnuje soubor psychických poruch, které se projevují úbytkem kognitivních funkcí, zvláště paměti a intelektu. Zmíněné poruchy vyvstávají z organických poškození mozku a ze získaných traumat CNS. Hrdlička, Hrdličková (1999) výčet symptomů doplňují o poruchy myšlení, orientace, chápání, uvažování, ztráta schopnosti učení, řeči a úsudku.

V CNS dochází k většímu úbytku nervových buněk ve strukturách, které jsou vývojově mladší a u mozkové kůry v populacích buněk, které jsou menší a stejně tak i fylogeneticky mladší. Jedná se o buňky převážně asociační, u kterých je patrná vyšší zátěž integrační aktivitou v rámci mozku. Rovněž můžeme zaznamenat úbytek komunikace mezi neurony, což se může projevovat např. snížením délky dendritů nebo ztrátou výběžků pyramidových buněk mozkové kůry. Popsaný proces můžeme nazvat postupnou degenerací mozkové tkáně, která tedy nemusí souviset pouze s věkem, ale i s onemocněními CNS i u relativně mladých lidí v produktivním věku (Kulišťák, 2011).

#### **4.1 Symptomatologie syndromu demence**

Jak již bylo nastíněno, jedná se o soubor projevů/symptomů, které jsou pro demenci charakteristické. Na základě etiologie a symptomatologie dále syndrom demence klasifikujeme do jednotlivých skupin.

*„V závislosti na etiologii vzniku demence má proces celkové degradace duševní činnosti osoby, trpící tímto onemocněním, velmi odlišnou dynamiku, lze definovat typy onemocnění s pomalou progresí, s nestejným postižením schopností a dlouhodobě zachovanými oblastmi kognice, komunikace či sociálních dovedností. Oproti tomu je převažujícím typem onemocnění progresivní úbytek schopnosti běžných denních aktivit, degradace duševní činnosti postižené osoby a posléze ztráta schopnosti samostatné existence, která vyústí v úplnou závislost na péči okolí“* (Neubauer, 2014, s. 115).

Stuart-Hamilton (1999) vychází ze základního předpokladu, že demence je způsobována degradací mozkové tkáně. Degradaci můžeme pozorovat buď prostřednictvím biopsie mozkové tkáně, což je vysoce riskantní, nebo přístrojovými metodami (CT, PET), kterými se dá mozková tkáň zobrazit a opakovaně hodnotit. Třetí, řekněme finančně nejméně náročnou možností, je pozorování symptomů, které se postupně u pacientů s demencí rozvíjí. Patří mezi ně: nápadné zhoršení psychomotorických dovedností, poruchy paměti, zhoršení zrakově-prostorových schopností, s čímž souvisí bezpochyby i ztráta orientačních schopností a v neposlední řadě lze u osob se syndromem demence zaznamenat i jazykové poruchy, kterým bych se, vzhledem k charakteru práce, věnovala detailněji.

*„Jazykové deficity při demenci jsou spojeny s narušením jednotlivých jazykových rovin (deficity v oblasti foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické či morfologicko-syntaktické), které se mohou promítat do jazykových procesů na úrovni slova, věty i textu“* (Marková, Cséfalvay, 2013, s. 152).

Deficity na úrovni slova rozlišujeme na fonologické a sémantické. Mnohé symptomy značně připomínají jiné neurogení poruchy, zvláště pak afázii a dysartrii. Povinností klinického logopeda je na základě precizní diagnostiky striktně určit o kterou PŘK se jedná. V souvislosti s narušením fonetické dimenze se mohou u pacientů objevovat jemné odchylky ve smyslu nepřesné artikulace, apraxie řeči, či potíže s fluencí. Narušením sémantické úrovně slov při demenci dochází k narušení významu slov, typickým projevem jsou sémantické parafrázie, kdy místo očekávaného pojmu pacient vysloví příbuzné (př. cukr – sůl). V souvislosti s progresí onemocnění pak může pacient vyslovit slovo, které nemá co dočinění s původně zamýšleným (Marková, Cséfalvay, 2013). Deficity na úrovni slova mohou vyústit až v anomii neboli selhávání v pojmenovávání předmětů. Pacienti se syndromem demence zprvu přicházejí o specifické výrazy (např. plemena psů), zatímco nadřazené pojmy prozatím zůstávají (pes, zvíře) (Stuart-Hamilton, 1999).

V oblasti produkce vět u pacientů se syndromem demence jsou u některých typů pozorovány dysgramatismy, či gramaticky deficitní věty (Marková, Cséfalvay, 2013). Výzkumy, věnující se porozumění větám těchto pacientů, sledují vliv stejných faktorů na úroveň porozumění větám podobně jako je tomu u afázií. Nejrelevantnější faktory, které porozumění ovlivňují, jsou považovány syntaktické složitosti věty a věk osvojení si dané struktury. V pozadí narušeného porozumění větám při demenci jsou jiné

deficity, než jaké známe u afázie, s velkou pravděpodobností jde o deficity v kognitivních schopnostech (Emery, 2000 in Marková, Cséfalvay, 2013).

Deficity na úrovni textu vznikají kvůli vysokým požadavkům a exekutivní funkce, které jsou u pacientů se syndromem demence rovněž narušeny. Jedním z prvních symptomů jejich narušení je neschopnost vymýšlet souvislé příběhy. Narušení exekutivních funkcí lze snadno pozorovat i na nepochopení obrazného jazyka (chápání ironie, nadsázky, vtipů...). Objevují se i snahy doslovné interpretace textů, což je např. u přísloví nemožné (Marková, Cséfalvay, 2013).

*„Klinický logoped je často přizván, aby posoudil jazykové funkce pacienta, neboť dokáže rozpoznat i mírně narušenou komunikační schopnost, která může signalizovat intelektovou deterioraci, jelikož jazyk je velmi citlivý i na nepatrné změny v mozkové funkci. Logoped může při diferenciální diagnostice napomoci tím, že určí, zda jde o pravou afázii, apraxii nebo amnézii bez jazykového postižení“ (Love, Webb, 2009, s. 274).*

Při diagnostice kognitivně-komunikačních poruch je zapotřebí definovat případné koexistující poruchy řečové komunikace, např. koexistující poruchy na bázi inervace CNS, především dysartrie. Současným výskytem KKP a dysartrie trpí většina osob s Parkinsonovou chorobou. Naopak koexistenci fatické poruchy a KKP (jako tomu často bývá u DAT) opět nelze hodnotit izolovaně, proto je užíváno termínu afázie při demenci či jazykové poruchy u demencí (Neubauer, 2014).

#### **4.1.1 Klasifikace syndromu demence**

Demence mohou být klasifikovány dle atrofií mozkové kůry (**korové demence**) a na ty, u kterých k atrofii dochází v podkorových centrech (**podkorové demence**). Mozková kůra se specializuje na vyšší psychické funkce, zatímco centra podkorová řídí emoce a pohybovou aktivitu, z čehož vyplývají i dominantní symptomy jednotlivých druhů demencí. Nejběžnějšími demencemi korového typu jsou Alzheimerova a Pickova choroba, zatímco k nejčastějším demencím podkorového typu patří choroba Parkinsonova a Huntingtonova (Stuart-Hamilton, 1999). Love a Webb (2009) klasifikaci doplňují navíc o **smíšené demence**, kam zařazují demence multiinfarktové, toxické a metabolické encefalopatie a traumata mozku. *„Zatímco hlavním znakem demence Alzheimerova typu a podobných je zhoršení*

*intelektu, Parkinsonova choroba a choroby podobného druhu se nejprve projevují poruchami hybnosti. Podkorové demence obvykle propukají s nástupem stáří a mnozí badatelé je nepovažují za pravé demence“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 195).*

Neubauer (2007, 2014) upřednostňuje další dělení demencí:

- Primárně degenerativní demence (výskyt v 60-70% případů) – Alzheimerova a Pickova choroba.
- Ischemicko-vaskulární demence (15-20%) – multiinfarktové demence.
- Sekundární demence – vznikající jako sekundární symptom jiného traumatu CNS.

Korové demence (DAT, Pickova choroba) se klinicky podobají lézím kortikálních oblastí. Z toho důvodu se tyto typy demencí projevují zrakově-prostorovými a konstrukčními problémy u pacientů, poruchami paměti ve vztahu k učení se novým věcem, poruchami dlouhodobé paměti, kognitivními deficity a jazykovými poruchami zasahující pojmenování, čtení, psaní a rozumění. Podkorové demence (Parkinsonova a Huntingtonova choroba) se naopak podobají lézím extrapyramidového systému, s depresí, s některými onemocněními bílé hmoty mozkové a s některými z vaskulárních onemocnění. Při tomto typu demence dochází k deterioraci kognitivních funkcí ve smyslu zpomalování, vyskytuje se zapomínání a změny nálad. Postižení kognice se projevuje jako chátrání či rozpad osobnosti. Pacient nedokáže vykonávat více činností najednou, přičemž jednotlivé úkoly splní bez problému. Nejnapadnější symptomem tohoto typu demence jsou poruchy motoriky, postoje, tonu a řeči (Love, Webb, 2009, Hrdlička, Hrdličková, 1999).

**Alzheimerova choroba** nese název po neuropatologovi Aloisi Alzheimerovi, který roku 1907 publikoval kazuistiku 51leté ženy s presenilní demencí. Proces DAT je vždy spojen s razantními změnami osobnosti, až u 50 % pacientů se mohou objevit paranoidní představy a bludy, někdy i halucinace. DAT je prozatím nevléčitelná, léčba inhibitory acetylcholinesterázy proces degenerace mozkové tkáně dokáže pouze zpomalit, nikoliv zastavit. V etiologii DAT hraje významnou roli genetika, která ale není jedinou příčinou rozvoje tohoto onemocnění. V minulosti byl za viníka označen hliník z důvodu, že jeho nepatrné množství bylo nalezeno v neuronech pacientů, nynější medicína absorpci hliníku mozkovými buňkami považuje spíše za symptom, nikoliv příčinu DAT. Za kandidáty na viníka DAT může být celá řada vlivů okolního

prostředí. DAT se může objevit od 50. roku života prakticky kdykoliv, po dosažení 75. roku pravděpodobnost prudce stoupá. Jak se choroba rozvíjí, roste závažnost uvedených symptomů. Pacient má omezené schopnosti zapamatovat si nové informace, razantně se zhoršuje paměť, poznávání, často až do té míry, že pacient není schopen rozeznat rodinné příslušníky, nápadně se zhoršuje řeč, afázie je základním rysem pokročilých fází Alzheimerovy choroby.

Demence u **Pickovy choroby** nejvíce postihuje frontální a temporální laloky mozku, proto i symptomy odpovídají lézím této oblasti CNS; euforie, emoční otupělost, zhoršení sociálního chování, apatie, či naopak neklid. Tyto projevy obvykle předcházejí nápadným potuchám paměti. Pickova choroba není vázána na stáří, objevuje se mezi 50. – 60. rokem života. Mozkové buňky degenerují na tzv. Pickova tělíška vypouklého tvaru. Poškození frontálního laloku se zprvu projevuje jako nemožnost plánovat či myslet abstraktně, jakmile choroba pokročí, má podobné symptomy jako DAT. Pacienti s Pickovou chorobou mají více postiženou řeč než paměť, rovněž mají sklony ke konfabulacím a smyšlenkám. V terminálních fázích je život pacientů redukován do vegetativní podoby, podobně jako u ostatních demencí.

**Parkinsonova choroba** (PCH) je typem demence převážně způsobující pohybové postižení způsobující třesy a charakteristickou zpomalenou chůzi, hlavním rozdílem mezi DAT a PCH je výrazně lepší stav řečových schopností u PCH, u pacientů s PCH však existuje zvýšené riziko nástupu obecných symptomů demence.

**Huntingtonova choroba** není všemi autory považována za demenci (existuje však až 50 známých forem demence), je velmi vzácná a opírá se o familiární výskyt. Objevují se typické choreatické poruchy hybnosti a přítomnost demence. Mezi úvodní symptomy spadají dyskinézy obličeje, rukou, ramen. Depresivní symptomatologie může zpočátku vést k mylné diagnóze. Progrese onemocnění je pomalá, ale po 10-15 letech končí smrtí. Onemocnění nepostihuje pouze staré osoby, ale lidí v produktivním věku, dokonce se může vyskytovat i u dětí (Hrdlička, Hrdličková, 1999, Stuart-Hamilton, 1999, Zgola, 2003).

## 4.2 Diagnostika syndromu demence

Diagnostika typu demence se obvykle opírá o mapování symptomů, které se u pacienta v posledních letech vyskytly. Určit, o jaký typ demence se jedná, je velmi

obtížné, často se vyskytuje v diagnostice velké množství chyb právě z toho důvodu, že se symptomy jednotlivých typů demenci prolínají (např. pacient může vykazovat všechny charakteristické znaky DAT, nicméně se však může jednat o multiinfarktovou demenci, která DAT imituje). Budoucnost úspěšné diagnostiky je spatřována v bližší charakteristice psychických deficitů u pacientů (Stuart-Hamilton, 1999).

Marková a Cséfalvay (2013) kladou velký důraz při diagnostice demence na zhodnocení jednak kognitivních deficitů, a také na zhodnocení jazykových a řečových procesů. I standardizované testové baterie, které byly k těmto účelům vytvořeny, se dělí do těchto dvou kategorií. Mapování kognitivních deficitů může mít dvě roviny; screeningové vyšetření a komplexní vyšetření, které patří do kompetence psychologů.

Jednoduchým a rychlým zhodnocením kognitivních deficitů je **Mini Mental State Examination** (MMSE) – krátká škála mentálního stavu. Screeningové vyšetření trvá v rozmezí 10 – 15 min., kdy terapeut pomocí 30 otázek a činností zjišťuje stav orientace pacienta, okamžité paměti a výbavnosti, pozornosti, fatických funkcí, gnozie a praxie, test naopak neměří slovní zásobu, logické myšlení a úsudek. Vyšetřovaná osoba může dosáhnout max. 30 bodů, přičemž výsledek 25 bodů a méně poukazuje na kognitivní deficit. Test byl standardizován do českého jazyka a je volně k dispozici na internetu z důvodu co největší dostupnosti pro iktová centra a JIP (Konrád, 2012, online, Marková, Cséfalvay, 2013, Neubauer, 2014).

Dalším testem je **Cognitive Linguistic Quick Test** (CLQT) – kognitivně-lingvistický rychlý test, pomocí kterého lze zjistit u pacienta stav kognitivních funkcí, pozornosti, paměti, exekutivních funkcí, jazykových a vizuoprostorových schopností. Na základě výsledků lze zhodnotit, zda je výkon normální, nebo se jedná o lehké, středně těžké či těžké kognitivně-jazykové deficity (Marková, Cséfalvay, 2013).

**The Butt Non-Verbal Reasoning Test** (BNVR) zkoumá pacientů schopnost řešit problémy z každodenního života. Test je neverbální, jednoduchý na provedení a lze jej použít i u pacientů, kteří vzhledem ke své NKS nejsou schopni je vyjádřit mluvenou řečí. Test se skládá z deseti modelových situací z každodenního života a úkolem pacienta je bez nutnosti expresivního vyjádření určit, jak by si s vyvstalou situací poradil, resp. jak by ji vyřešil. (Butt, Bucks, 2004). Tento test byl použit ve výzkumné části práce, kde je blíže představen.

**Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** – montrealský screening kognitivních funkcí byl rovněž sestaven pro zhodnocení stavu kognitivních funkcí pacienta. Test je natolik senzitivní, že je schopen zachytit i mírné kognitivní deficity. Hodnotí následující atributy; pozornost a koncentrace, exekutivní funkce, paměť, jazyk, vizuokonstrukční schopnosti, koncepční myšlení, počítání a koncentrace. Administrace trvá přibližně 10 minut při maximálním skóru 30 bodů, načež za normální výkon je považování 26 a více bodů. Součástí MoCA testu je i **Clock test**, který lze použít i samostatně. Pacient má za úkol nakreslit ciferník hodin a vyznačit na něm terapeutem požadovaný čas (Neubauer, 2014). Test hodin byl publikován roku 1989, podle jeho autorů (Wolf-Klein et. al.) se jedná o citlivou metodu k detekci DAT v jejím časném stádiu (Hrdlička, Hrdličková, 1999).

Stav jazykových a řečových procesů pacientů s podezřením na kognitivně-komunikační poruchu se doporučuje dle Kenta (2004, in Marková, Cséfalvay, 2013) zhodnotit prostřednictvím testů afázie, neboť tyto testy jsou na zhodnocení jazykových procesů senzitivní.

**Screeningová zkouška afázií**, kterou Neubauer (2014) popisuje jako českou adaptaci AST – Aphasia Screening Testu. Vyšetření zahrnuje 32 položek a 14 diagnostických kategorií. Pomocí tohoto testu lze u pacienta zjistit deficity v konkrétních oblastech (porucha fatických funkcí, porucha početních dovedností, porucha dovedností čtení a psaní, poruchy nelingvistického charakteru).

**Token test** je dalším screeningovým materiálem, zhodnocujícím stav rozumění slovním a větným pokynům, zároveň hodnotí i stav pracovní paměti (vykonání složených větných konstrukcí). Test je založen na práci (poznávání a manipulaci) s pěti barevnými žetony ve dvou typech (čtverce a kolečka) velikostech (malé a velké). Jako orientační vyšetření lze využít jeho kratší verzi, při podezření na kognitivně-komunikační poruchu je zapotřebí využít nezkrácenou verzi testu. Doba testování je okolo 10-15 minut.

Kompletní diagnostiku jazykových a řečových poruch v zahraničí ale i v ČR a SR popisují Marková a Cséfalvay (2013, s. 158-168), stejně tak i Neubauer (2014, s. 124-132).

*„Kliničtí lékaři často stanovují diagnózu demence opožděně. Vyloučí-li všechny ostatní možnosti (deprese, horečnaté onemocnění, nádor apod.), napadne je konečně*



*i demence. Není to tím, že by demence neměla žádné obecné charakteristiky, ale spíše tím, že zjištěné změny není možno přičíst něčemu konkrétnějšímu. Ještě problematictější je diagnóza konkrétní formy demence, kterou pacient trpí. Správnost takové diagnózy je průměrná až špatná, zhruba 30 až 50 % případů je diagnostikováno chybně, přestože se nejedná o neznámé formy tohoto onemocnění“ (Gurland, Toner, 1983 in Stuart-Hamilton, 1999, s. 197).*

### **4.3 Terapie syndromu demence**

V tomto kontextu nebereme terapií syndromu demence doslova, již v předchozích řádcích bylo řečeno, že ve většině případů se jedná o onemocnění nezvratitelné. Existují sice typy demencí, které jsou reversibilní, nicméně z kapitoly o diagnostice jasně vyplývá, jak nesmírně obtížné je typ demence určit, protože se jednotlivé symptomy prolínají a vzájemně maskují. V případě terapie demence budeme spíše hovořit o **prevenci** a o co nejdelším zachování kognitivních schopností u těchto pacientů, především paměti.

*„Cílem prevence není chování zastavit, ale zaměřit se na potřebu, která se za ním skrývá. Když se nám podaří vytvořit situaci, která předvídá, a tak splňuje potřebu osoby dříve, než ji pocítí, je možné mnohemu zabránit“ (Zgola, 2003, s. 66).*

Prevence je založena na přesvědčení, že ani to nejkomplicovanější chování není pouze přímým důsledkem narušené schopnosti poznávání, je pouze výsledkem nedostačujícího sladění potřeb osoby s kognitivně-komunikační poruchou a s podporou, kterou jí prostředí poskytuje. Dokud nebude objeven lék, nelze udělat mnoho pro to, abychom potřeby pacienta s demencí a jeho problémy změnily, můžeme však je dost věcí, které můžeme udělat pro změnu prostředí. Autorka mezi zásadní preventivní aktivity u osob s prvotními symptomy demence zahrnuje; potřebu bezpečí pacienta, sociální začlenění, navození kontroly nad událostmi, podporování pozornosti pacienta, eliminace frustrace z nedorozumění a izolace, tj. podpora slov gesty a udržení mezilidských vztahů (Zgola, 2003).

Dle Neubauera (2014) je míra závažnosti syndromu demence rozhodující pro volbu terapie kognitivních funkcí. Rovněž poukazuje, že v časně fázi je kladen důraz především na zachování sociálních vazeb a schopností dané osoby, na úpravu prostředí a na intenzivní stimulaci kognice, v pokročilejších stádiích je důležité u pacienta

zachovat přiměřené emoční prožívání a chování a adekvátně stimulovat kognitivní funkce se zapojením neverbální komunikace, popř. prvky alternativní a augmentativní komunikace. Právě zachování schopnosti komunikace (i na neverbální úrovni) má velký dopad na kvalitu života osoby se syndromem demence. „*Zvládání zásad komunikace s dementními osobami je klíčovou součástí tzv. indirektivních postupů, vedoucích k ovlivnění kvality komunikace s osobami, trpícími převážně závažnějšími formami demence*“ (Neubauer, 2014, s. 139).

Neubauer (2007) dále konkretizuje, že česká klinická logopedie dosud věnovala velkou pozornost zvláště oblasti **rehabilitace paměťových funkcí** u osob se syndromem demence. „*U části osob po CMP a často u osob po závažných traumatech mozku, těžkých mozkových komocích a polytrumatech, dochází k dominantně mnestickému typu postižení. Praktické odlišení dominantně mnestické poruchy od afázie jev klinické praxi determinováno vznikem výrazné disproporce mezi fatickými a paměťovými funkcemi. Postižená osoba tedy vykazuje lehký deficit v typických projevech závažné expresivní či impresivní afázie a naopak výrazný deficit v oblasti paměti. Pokud osoba vykazuje také znaky těžké afázie, je velmi obtížné od sebe oddělit mnestické a fatické poruchy a zároveň musíme považovat podprahové výkony ve verbální paměti a obtíže v pojmenování za součást syndromu závažné fatické poruchy*“ (Neubauer, 2007, s. 169).

Poruchy paměti se s fatickými poruchami řečové komunikace značně překrývají, proto pacient, který má a priori mnestické potíže, vykazuje tyto zásadní deficity:

- Pacient disponuje příznaky lehké poruchy fatických funkcí, která u něj znemožňuje realizaci delších slovních obrátů, zároveň ale vykazuje těžkou poruchu cíleně pojmenovat předměty, kdy je tento deficit spojen s konkrétní ztrátou paměťového zpracování informace, nesouvisí tedy s dysnomií – neschopností pojmenovat předmět, jako je tomu u anomické afázie.
- Pacient při čtení textu nevykazuje znaky dyslexie, čte bez obtíží a plynule, nicméně bez schopnosti zapamatovat si a reprodukovat obsah přečteného. Pacient často uvede, že si z textu vůbec nic nepamatuje (Neubauer, 2007).

Trénink paměťových funkcí by rozhodně neměl mít charakter drilu a tzv. „tréninku paměťových svalů“. U skupiny 54 testovaných osob s poruchami paměti bylo shledáno, že po 5-10 letech od iniciace terapie výše zmíněného charakteru bylo

pouze u 30% z nich zaznamenáno zlepšení paměťových funkcí (D'Esposito, Alexander, 1995 in Neubauer, 2014), autoři doporučují paměťový trénink koncipovat v následujících třech krocích;

- 1) Zahájit obnovovací trénink paměťových funkcí s užitím opakujících se úkolů. Snaha o zapojení vícemodálních stimulů, tj. pojem je prezentován zrakově, hmatově, sluchově. Užití nápovědných vět při navozování pojmu: „Na okně visí...záclony“, „ve vodě plave...ryba“.
- 2) Užití kompenzačních pomůcek a postupů na podporu vybavování paměťových stop. Např. užití kalendářních listů s pravidelnými zápisy klíčových událostí, časů a jmen, dále přenosné kalendáře s důležitými informacemi a nejpoužívanějšími výrazy, u terapie syndromu demence lze využít i počítačových programů (MENTIO MM, Speech Viewer III, FONO, Train To Brain...), aplikací v tabletech či smartphonech, popř. online z webových stránek.
- 3) Stimulaci reziduálních oblastí učení se novým paměťovým stimulům (Neubauer, 2007, 2014).

Pomůcky pro zlepšení paměti (nejen) pro osoby se syndromem demence přehledně uvádí Powell (2010, s. 76-78), jedná se o postupný paměťový trénink s užitím jednoduchých pomůcek (diář, kalendář, hodinky, poznámky na lepících bločcích,...atp.) Autor ale upozorňuje, že největší efektivitu s tímto typem paměťového tréninku je dosaženo v iniciálních fázích onemocnění.

Hrdlička, Hrdličková (1999) k terapii demencí a poruch paměti mj. řadí i **farmakoterapii**. Kompletní výčet léčiv uvádí ve své publikaci na s. 39 – 49. V gerontopsychiatrii je relativně často se potřeba vypořádat u pacientů se stavy neklidu, deliria, paranoidní nebo paranoidně – halucinatorními poruchami, depresemi, úzkostmi a nespavostí.

Závěrem je důležité uvést, že každý lék má vedlejší účinky a ačkoliv farmakoterapie velmi výrazně zlepšuje kvalitu života osob s demencí, nedokáže ale proces postupné degenerace kognitivních funkcí trvale zastavit, či zvrátit, takový lék doposud vynalezen nebyl, navíc: „*bez aktivní terapeutické pomoci, při ponechání v pasivitě a nečinnosti, nepřináší samotná farmakoterapie léky očekávané výsledky*“ (Neubauer, 2014, s. 138).

## 5 ŽIVOT A JEHO KVALITA

Zkoumání kvality života je v posledním desetiletí středem zájmu nejen logopedie, ale i jí příbuzných oborů. Hodnocení kvality života stárnoucí populace zřejmě souvisí s vývojem společnosti a celkově s jejím přístupem k osobám, které vyžadují jakékoliv terapeutické působení. Hlavní součástí stárnutí nejsou pouze nemoci, ale objevují se i problémy somatického, psychického a sociálního charakteru. Nemoc tedy primárně nesnižuje pouze fyzické schopnosti člověka, má rovněž vliv velmi významně i na psychiku, tím pádem na kvalitu života jedince. Slovo kvalita je odvozeno z latinského *qualis*, přičemž *qui* znamená *kdo*. V češtině toto slovo navádí k synonymům kýženého, žádaného stavu. Tomuto stavu se bezesporu chce přiblížit každý z nás (Faleide a kol., 2010).

*„Hodnocení kvality života – tedy hodnocení fyzické, psychické a sociální spokojenosti jednotlivce, založené na konceptu zdraví vnímaného jeho nositelem – nikoli zdraví jako absence nemoci – se jeví jako jeden z nejjistějších způsobů zjišťování stavu osoby s chronickým onemocněním a stalo se ve světě běžně užívaným nástrojem např. v onkologii nebo revmatologii“* (Housarová, 2003, s. 114).

### 5.1 Kvalita života osob s neurogenními poruchami řečové komunikace

U osob s neurogenními poruchami je hodnocení kvality života výrazně zkomplikováno. Nemožnost srozumitelně se vyjádřit mluvenou řečí, jako tomu bývá u těžších fatických poruch, zcela znesnadňuje jakékoliv hodnocení kvality života takových pacientů. Testové metody se povětšinou soustředí výhradně na verbální výkon pacienta, je tomu tak především z důvodu nedostatku neverbálních diagnostických metod, které jsou ale typické spíše pro anglosaské prostředí. Obvykle je problematika afaziologie z pohledu logopedie chápána pouze jako diagnostika a terapeutické působení, pouze až na okraji zájmů zůstává kvalita života těchto osob. CMP člověka zasáhne velmi náhle, vytrhne jej z běžného života, ve kterém je zvyklý běžně fungovat, na tuto skutečnost musí pacient zareagovat. Nemožnost se adekvátně verbálně vyjádřit je jen dalším krůčkem k psychickým obtížím osob (nejen) s afazií. Psychické nesnáze výrazně zhoršují kvalitu života (Housarová, 2003).

Faleide a kol. (2010) uvádí, že mezi nejčastější psychické obtíže jakkoliv dlouhodobě nemocných osob patří deprese a úzkost, Housarová (2003) dodává, že

deprese může vyústit až v suicidální jednání, mívá rovněž za následek poruchy paměti, pozornosti, což se pochopitelně odrazí i ve schopnosti spolupráce při jakémkoliv terapeutickém působení. *„Kromě deprese se u osob s afázií můžeme setkat se smutkem, celkovým psychomotorickým zpomalením (vázaným na depresi), častá je únava, apatie a úzkost, běžné jsou také poruchy emocionální kontroly, omezení iniciativy, ztráta plánování budoucnosti, změnu v sexuálním chování a obtíže při navazování nových sociálních kontaktů“* (Housarová, 2003, s. 115).

Křivohlavý (2012) apeluje na důležitost povahových rysů osobnosti vzhledem k nemoci. Uvádí, že v řadě studií se zjistilo, že pesimisté vykazují podstatně vyšší míru distresu (úzkosti, strachu a bolesti), když prožívali různé těžkosti během svého života. Dykema, Bergbower a Peterson (1995 in Křivohlavý, 2012) zjistili, že osoby optimistického naladění a způsobu vysvětlování příčin dění se netrápí tak moc každodenními starostmi oproti lidem laděným pesimisticky. Dokonce se potvrdilo, že optimistický způsob odůvodňování si příčin dění je v úzkém vztahu k dobré kvalitě zdravotního stavu těchto osob. Jinými slovy z této studie vyplývá, že optimisté ze své přirozeně laděné povahy vzhledem ke své úzdravě značně profitují.

## **5.2 Problémy v sociálních vztazích**

Nemožnost vyjádřit se verbální řečí má dopad i na okolí pacienta, jako první je s pacientem konfrontován zdravotnický personál, dále se přidává rodina. Právě pro rodinné příslušníky je mnohdy střet se symptomy fatické poruchy často prvotní zkušeností, se kterou se dlouhodobě vyrovnávají.

*„Jen část pacientů má možnost vrátit se zpět do svého prostředí. V takovém případě jsou jazykové a komunikační obtíže afatika příčinou kvantitativní změny interakcí mezi jednotlivými členy rodiny. O pevnosti moderní rodiny se odborníci nevyjadřují příliš optimisticky. Mezi faktory souvisejícími s mírou poškození rodinných vztahů zahraniční výzkumy uvádí motorický deficit a pohlaví (změny v rodině jsou hůř snášeny muži), jako méně podstatné naopak označuje sociokulturní úroveň a věk“* (Housarová, 2003, s. 115).

Co se týče partnerských vztahů, u těch velice často dochází ke ztrátě funkční mezilidské komunikace v důsledku fatické poruchy. Ubývá společných zájmů a volnočasových aktivit. Navzdory tomu, že se v této kapitole stále zabýváme

samotným pacientem s fatickou poruchou řečové komunikace, je na místě zmínit i samotné rodinné příslušníky, kteří jsou s touto situací konfrontováni. Velmi kusé informace o přístupu k osobám s afázií a nízká informovanost o této problematice vede mnohdy k uzamčení se do sebe a vyvolává pocity bludného kruhu plného vyčerpání, úzkostí a lítosti. Osamělost a uzavření jsou vyvolány i u osob, které neměly možnost navrátit se do domácího prostředí a byly přesunuty do pobytových zařízení typu LDN, domovů pro seniory či do domů s pečovatelskou službou. Proces apatie u pacientů je o to více prohlubován vzhledem k obtížné adaptaci na nové a zcela neznámé prostředí (Housarová, 2003).

Zdravotnický personál, jenž pracuje se stárnoucími osobami, se často setkává s velkou bídou. V pečovatelském domě je poskytováno mnohé, nicméně nelze zajistit adekvátní péči pro všechny, tím pádem dochází ke smutné realitě toho, v jak bídém stavu někteří staří lidé žijí. *„Celý den, 24 hodin denně, jsou sami, opuštěni. Jsou ponecháni svým úzkostem, svému zoufalství a své beznaději a skleslosti. Není divu, že se za těchto podmínek objevuje řada dalších somatických a psychosomatických onemocnění“* (Faleide a kol., 2010, s. 199).

Křivohlavý (2013) popisuje jistou korelaci vlivu mezilidských vztahů na pocity životní spokojenosti. Autor uvádí, že v některých psychologických výzkumech se porovnávala míra životní spokojenosti u dvou typů lidí. Tu první skupinu tvořili ti, jež kladli mimořádný důraz na získání moci a vyšších pozic, druhá skupina byla tvořena lidmi, kterým šlo především o dobré vzájemné vztahy s lidmi, s nimiž jsou v bezprostředním kontaktu. Výzkum ukázal, že míra životní spokojenosti byla vyšší ve skupině druhé. V jiných psychologických výzkumech se zase např. zjistilo, že ve stresových situacích lidí starších pětasedmdesáti let jim dobré mezilidské a sociální vztahy výrazně pomáhaly zvládat napětí. Výzkumy tedy potvrzují, že výrazná sociální opora rodinných a přátelských vztahů pomáhá lidem vyrovnávat se s obtížnou životní situací a dosahovat dobré úrovně životní spokojenosti.

*„Vymezení pojmu **kvalita života** je nesmírně obtížná a široká oblast, Přesto, když mluvíme o tom, že vznik fatické poruchy výrazně mění kvalitu života (většinou k horšímu), musíme přijmout fakt, že kvalitu života tvoří **fyzická, psychická a sociální spokojenost**“* (Housarová, 2003, s. 116).

## 6 SOCIÁLNÍ VZTAHY A KVALITA ŽIVOTA OSOB S AFÁZIÍ

Tato práce vyšla z celkového zamyšlení se nad subjektivně vnímanou kvalitou života osob, u kterých se v důsledku poranění mozku rozvinula neurogení porucha, která zapříčila poruchu řečové komunikace. Výzkumné šetření se zaměřuje na problematiku afázie u dospělých osob s důrazem na jejich sociální vztahy a subjektivně vnímanou kvalitu života. Šetření bylo provedeno u 15 pacientů s afázií v Rehabilitačním ústavu Hostinné. Realizovaný výzkum kvalitativního charakteru s provedením krátkých orientačních vyšetření, které byly zacíleny jednak na schopnost řešení modelových problémových situací v každodenním životě, tak i na zhodnocení přítomnosti projevů sníženého sebehodnocení a „depresivity“ v komunikačních a sociálních situacích.

### 6.1 Vymezení cílů a metodologie výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumu je **zjistit, do jaké míry afázie působí na subjektivně vnímané sebehodnocení a sebevědomí pacientů.**

Aby došlo ke kvalitnímu zpracování a splnění hlavního cíle, je nezbytné si stanovit i cíle dílčí, a sice:

- **zjistit, v jaké míře je u pacientů s afázií narušeno rozumění verbální instrukci;**
- **zjistit, jak afázie ovlivňuje schopnost řešení krátkých modelových situací z každodenního života.**

Pacienti s poruchami fatických funkcí mohou mít v různé míře narušenou plynulost řeči, opakování, pojmenování a rozumění, u těžkých poruch pacienti nejsou schopni se mluvenou řečí vyjádřit vůbec. Použité testové baterie na neverbální bázi pacientům poskytly jistou smyčku, kde nebyli limitováni mluveným projevem a mohli sami sebe subjektivně posoudit, jak se vlastně cítí a do jaké míry je fatická porucha omezuje.

#### **Metodologie výzkumu**

*„Výzkum je systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají poznatky nové“ (Gavora, 2010, s. 13).*

K naplnění výzkumného cíle byla zvolena **kvalitativní metoda** výzkumného šetření. Dle Gavory (2010) se jedná o výzkum dlouhodobý a intenzivní, terénní práce je pro kvalitativního výzkumníka příležitostí pro hluboké poznání a jemnou analýzu konkrétního prostředí, výzkumník zhotovuje podrobný zápis, zaznamenává vše, co se v daném prostředí odehraje, na zkoumané jevy se dívá očima zkoumaných osob. Výběr výzkumného vzorku je záměrný a reprezentativní, rozsah výběru končí saturací výzkumníka, zkrátka v době, kdy už výzkumník nedostává žádné nové informace (Gavora, 2010).

*„Kvalitativní výzkum dále stojí na známém poznatku, že platnost zkušenosti stoupá s mírou subjektivní účasti poznávajícího. Subjektivita badatele je vnímána jako přínos pro pochopení skutečnosti, čímž je uznána náročnost a přínos myšlení...“* (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 21).

Jako výzkumný postup byl použit následující testový materiál;

- **Token test** – aplikace zkrácené verze (Preiss, 1996)
- **BNVR** - The Butt Non-Verbal Reasoning Test (Butt, Bucks, 2004)
- **VASES** – Visual Analogue Self-Esteem Scale (Brumfitt, Sheeran, 2010)

Další postupy;

- analýza lékařské dokumentace (interní software RÚ Hostinné)
- kazuistické studie
- aktivní pozorování

## **6.2 Charakteristika použitých testových metod**

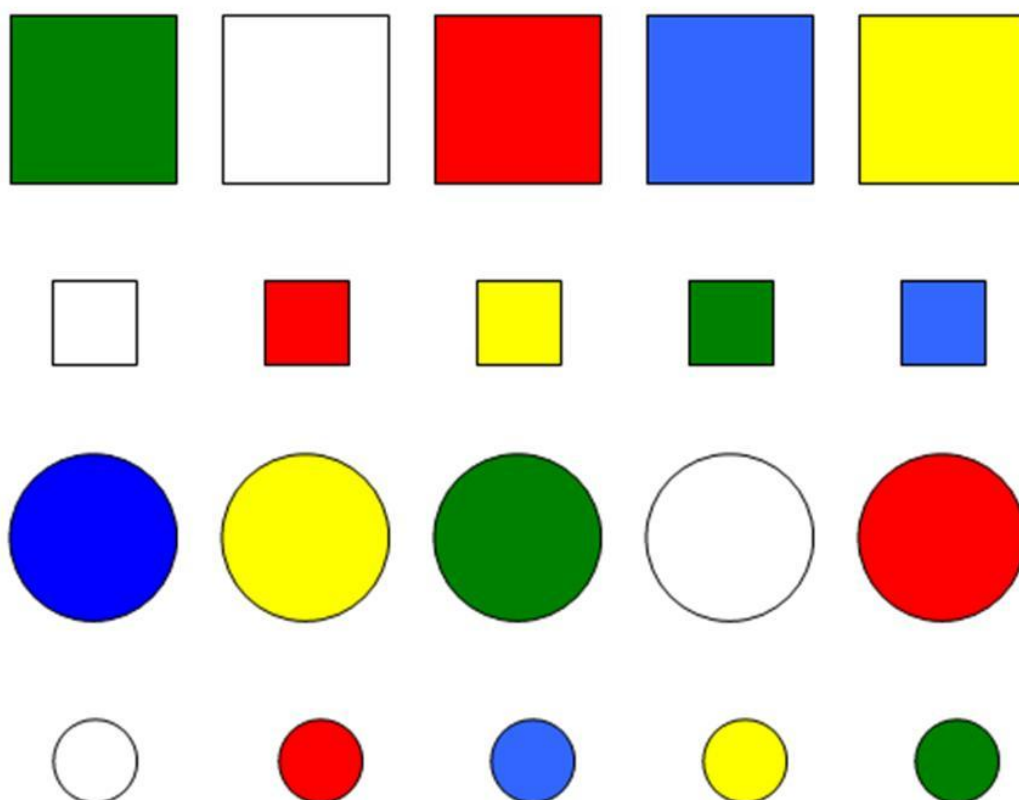
Aktuální úroveň poruchy fatických funkcí a jejího celkového charakteru byla zjišťována prostřednictvím revidované formy **Token testu**. Test hodnotí míru narušeného rozumění verbálními pokyny (Preiss, 1996).

Token test využívá sadu obrazců v 5 barevných provedeních, 2 velikostech (malé a velké) a 2 tvarech (kolečka a čtverce). Test je založen na manipulaci s žetony na základě verbálních pokynů. Vyšetření obsahuje celkem šest sad se stupňující se obtížností v zadávaných pokynech. V první sadě se u pacienta hodnotí rozeznávání



obou tvarů a jednotlivých barev, druhá sada již barvy a tvary kombinuje, v třetí sadě se operuje již s velikostí, tvarem a barvou a od čtvrté sady figuruje již kombinace dvou žetonů najednou. Obtížnost je ztížena i tím, že instrukce zadávaných úkolů se od třetí sady již nesmí opakovat. Za každou reakci do 5 sekund od zadání úkolů pacient obdrží 1 bod, za každou správnou reakci po opakovaném zadání úkolu 0,5 bodu a 0 bodů za úkol nedokončený. Celé vyšetření by nemělo přesáhnout 10 minut. (Preiss, 1996, Neubauer, 2014).

Test mapuje nejen míru závažnosti fatické poruchy, ale i stav kognitivních funkcí, proto je jeho využití velmi všestranné. Podprůměrného výkonu budou dosahovat pacienti se těžšími formami afázie (Wernickeho, globální), stejně tak osoby s počínajícím kognitivním deficitem. Dobré výsledky by naopak měli vykazovat pacienti s Brocovou či dysnomickou afázií. Celý záznamový arch revidovaného Token testu, včetně stupnice hodnocení, je k dispozici v příloze A.



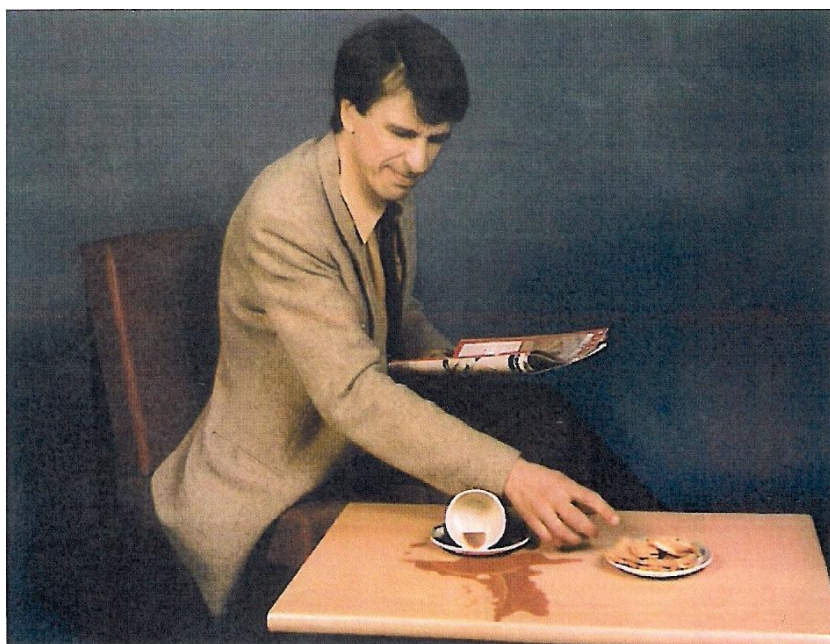
Obr. č. 1 – Token test

**BNVR test (The Butt Non-Verbal Reasoning Test)** původem z anglického jazykového prostředí vykazuje screeningovou orientační hodnotu pro krátké klinické vyšetření se zaměřením na porozumění specifické instrukci. Test je koncipován tak, aby byla minimalizována spojitost úspěšnosti v testu s řečovou produkcí pacienta. Vzhledem ke skutečnosti, že test je především neverbálního charakteru, neměl by činit problémy ani pacientům s těžkými poruchami exprese.

*„Vzhledem k charakteru instrukcí lze usoudit, že osoby s expresivní fatickou poruchou, které nevykazují kognitivní deficit, profitují ze zaměření BNVR významně vyšším výkonem v testu, prokazujícím jejich dobrou orientaci v řešení životních situací a porozumění nárokům rehabilitačního procesu“ (Neubauer, 2014, s. 91).*

Samotnému testu předchází zázvukový list se čtyřmi obrázky, examinátor ukáže na jeden z nich a dá pacientovi za úkol na druhém (totožném) listu najít ten samý obrázek. Pokud si pacient není jistý, examinátor může ukázat na správný obrázek, ovšem pouze jednou. Pokud pacient není schopen dokončit zadání po této ukázkové demonstraci, test je ukončen. Pokud osoba správně umístí všechny čtyři obrázky k sobě, pokračujeme v testu (Butt, Bucks, 2004).

Samotný BNVR test se skládá z deseti modelových situací, které pacient zná z každodenního života. Nejprve pacientu přeložíme modelovou situaci;



Obr. č. 2 – BNVR – ukázka 1

Po zhruba 5 sekundách examinátor odkryje čtyři malé obrázky s otázkou, pomocí kterého by danou situaci vyřešil. Varianty obrázků jsou koncipovány tak, aby byla vždy jedna správná odpověď, dále obrázek spadající do stejné nadřazené kategorie (v tomto případě úklid), dále tvarem podobný předmět tomu správnému a poslední obrázek představuje naprostý nesmysl, který s danou situací nesouvisí<sup>2</sup>;



Obr. č. 3 – BNVR – ukázka 2

Podmínkou testování je zdržení se jakékoli jiné slovní informací či nápovědy (pohybem, pohledem), které by pacientovi nabídlo řešení (Butt, Bucks, 2004).

Reakce pacienta jsou zaznamenány do formuláře (viz příloha B), včetně slovních doprovodů vyšetřovaného. Examinátor nesmí výpovědi pacienta nikterak hodnotit, pokud pacient nereaguje, nebo ukazuje na více obrázků, je možné instrukci zopakovat s důrazem na to, že si pacient musí zvolit pouze jeden z obrázků. Provedení testu je zastaveno, pokud vyšetřovaná osoba nedokáže vybrat položku, stále nerozumí zadání i po předvedení zácvičné položky v testu a dalších několika volně předvedených položek, se záznamem „bez odezvy“. Výkon v BNVR testu se ale vzhledem k úzdravě

<sup>2</sup> Odpovědi jsou u jednotlivých položek poskládány náhodně, neplatí pravidlo, že by správná odpověď byla vždy na prvním místě ve výčtu obrázků.

pacienta může sám spontánně měnit. Při intaktním výkonu lze dosáhnout maxima 10 bodů. (Butt, Bucks, 2004).

Zatímco pacienti se závažnými poruchami fatických funkcí mohou v Token testu vykazovat velmi špatný výkon, naopak z neverbálního charakteru BNVR testu mohou zcela výrazně profitovat.

S cílem zjistit, zda afázie ovlivňuje psychický stav jedince, byla u pacientů aplikována třetí testová metoda – **VASES – Vizuální analogická škála sebevědomí** pro posuzování sebepojetí, potažmo koexistující „depressivity“<sup>3</sup>. Jedná se o klinickou škálu, pocházející z anglosaského prostředí, hodnotící míru sebehodnocení a sebe-prožívání, která slouží k subjektivnímu posouzení každého z testovaných.

Sebevědomí je součástí sebepojetí, neboť souvisí s tím, jak jedinci hodnotí své členství ve své skupině, s fyzickými vlastnostmi a typickými myšlenkami a pocity. Z toho důvodu může být sebeúcta definována jako způsob, kterým se lidé hodnotí z hlediska kladného i záporného. Sebevědomí je v oblasti vývojové psychologie snad tou nejdůležitější myšlenkou a většina psychologů souhlasí s tím, že touha chránit nebo zvýšit příznivý pohled na sebe sama je jedním z nejsilnějších motivů, kterými se řídí naše chování (Brumfitt, Sheeran, 2010).

Zcela inovativní myšlenkou je zkoumání sebepojetí u osob, které nejsou schopné se adekvátně vyjádřit verbální řečí. VASES test nabízí pacientům jedinečnou příležitost, která se neverbálním způsobem vyjádřit o svých pocitech.

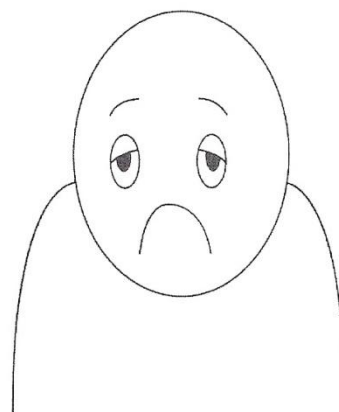
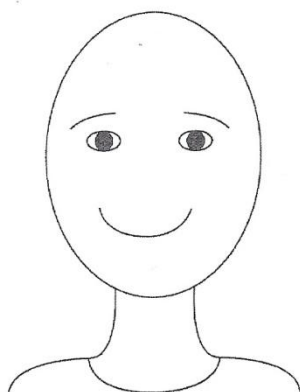
Hodnotící listy, ze kterých se VASES skládá, hodnotí každou položku zvlášť. Test se skládá z deseti dvojic obrázků, jeden z nich je laděn pozitivně, druhý negativně, úkolem pacienta je ukázat, se kterým z obrázků se ztotožňuje, popř. který je pacientovi sympatičtější. Významnou roli hraje i stupnice pod obrázky, kde má pacient za úkol ukázat, do jaké míry se tak cítí. Kladné odpovědi se vztahují jak na obrázek vlevo, tak vpravo, je to z toho důvodu, aby se předešlo využívání jen jedné strany VASES. Kladná odpověď (++) – 5 bodů, záporná (--) – 1 bod, 0 – nevím – 3 body, maximum je tedy 50 bodů, minimum 10 bodů.

---

<sup>3</sup> Pojem „depressivita“ je záměrně uváděn v uvozovkách. Logopedům nepřísluší manipulovat s touto psychiatrickou diagnózou.

VESELÝ

SMUTNÝ



++

+

0

+

++

Obr. č. 4 – VASES – ukázka

VASES je určen pro celkovou představu o tom, jak člověk vidí sám sebe a jeho nejlepší využití spočívá v příležitosti začít se zabývat otázkou sebevědomí v rozhovoru s klientem. Vzhledem k tomu, že je tento test krátký a snadno použitelný, může být využit i v průběhu času ke sledování změn u pacienta. Z toho vyplývá, že pacient, který byl přijat do nemocnice, by mohl být otestován např. před propuštěním domů. VASES může být také proveden během tradiční logopedické intervence. Jako důkaz užitečnosti tohoto postupu získali samotní autoři tohoto testu, kteří zjistili, že činnosti, jejichž účelem je zlepšení komunikačních kompetencí, měly pozitivní účinek na sebevědomí. Např. byla před intervencí patrná vysoká korelace mezi skóre sebevědomí pacientů (měřeno Rosenbergovou škálou sebevědomí, 1965) a skóre na funkční komunikační profil (Sarno, 1975). Nicméně ke konci intervence nebyl patrný žádný vztah mezi sebevědomím a komunikačními schopnostmi. Tato zjištění naznačují, že konkrétním přínosem nebo zásahem bylo to, že sníží pacientům závislost na komunikačních schopnostech jako zdroje sebevědomí (Brumfitt, Sheeran, 2010).

Na rozdíl od výše zmíněných škál, VASES test není určen k vytvoření diagnostické klasifikace. Z toho důvodu nejsou pro VASES vytvořeny žádné normy. Skóre nižší než polovina všech možných bodů (tj. 25 a méně z maxima 50 bodů) směřuje k nízkému sebevědomí jedince. Také je vhodné přezkoumat položky s nízkým hodnocením zvlášť a určit, co na sobě pacient vnímá negativně. V souvislosti s tím by

se však s velmi kladnými výsledky mělo zacházet opatrně, neboť poukazují na nedostatek vzhledu do problematiky afázie a na obranu vysokého sebevědomí (Brumfitt, Sheeran, 2010).

### 6.3 Charakteristika místa šetření

Realizace výzkumného šetření byla uskutečněna v **Rehabilitačním ústavu, se sídlem Husitská 352, 543 71 Hostinné**. Ústav spadá do sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov.

Rehabilitační ústav Hostinné dle informací na svých webových stránkách působí od počátku roku 2004 po rozsáhlé rekonstrukci a dostavbě bývalé LDN. Rehabilitační ústav Hostinné je dán novou registrací NZZ Krajským úřadem Královéhradeckého kraje č. j. 3479/ZD/2004 a změnou zřizovací listiny zřizovatele – Královéhradeckého kraje.

Rehabilitační ústav Hostinné poskytuje léčebnou rehabilitaci v lůžkovém zařízení v nepřetržitém provozu a ambulantní fyziatrii, balneologii a léčebnou rehabilitaci. S personálním a přístrojovým vybavením vydala v souladu s § 10 odst. 3 zákona 160/1992 Sb. v platném znění souhlas ČLK.

Rehabilitační ústav Hostinné momentálně čítá 159 lůžek.

Ubytování: Pavilon A – nadstandardní pokoje

- Dvojlůžkové pokoje s lodžii, TV, internet, vlastní sociální zařízení

Pavilon B – pokoje s lepší výbavou

- Třílůžkové pokoje s lodžii, TV, internet, vlastní sociální zařízení

Pavilon C – standardní pokoje

- Pokoje s vlastním sociálním zařízením

Převládající dg. klientely:

- a) Stavy po traumatech pohybového ústrojí
- b) Stavy po implantaci totální endoprotézy
- c) Stavy po CMP

- d) Parézy a plegie, mono-, para-, hemi-, tetra-, různé etiologie – pouřazová, pooperační, postinfekční atd.
- e) Imobilizace
- f) Revmatické postižení skeletu
- g) Chronické stavy vyžadující hyperbarickou oxygenoterapii
- h) Stavy po neurochirurgických a spondylochirurgických výkonech
- i) Stavy po amputacích končetin

Průměrná doba hospitalizace je 4 – 6 týdnů. Příjem pacientů je plánován. Doporučení pacienta na originálním tiskopisu pacienti zasílají na příjem Rehabilitačního ústavu. Rehabilitační ústav Hostinné poskytuje lůžkovou rehabilitaci převážně pro spádovou oblast Královéhradeckého, Libereckého a nejnověji i Ústeckého kraje. Výjimkou nejsou v indikovaných případech pacienti z ostatních regionů.

#### Nabídka rehabilitačních procedur

A/ Vodoléčba – rehabilitační bazén, rehabilitační podvodní chodník, rehabilitační vana s hydromasáží a s podvodní masáží, balneologická vana CO<sub>2</sub>, vířivá lázeň na horní a dolní končetiny, kompresový inhalátor, parafango s příslušenstvím.

B/ Elektroléčba – EMB biofeedback MYOMED932, ENDOMED 482 A, vacutron S, rehabilitační UZV SONOPULS 491, elektroléčebný přístroj GALVA 5, kryoterapeutický přístroj CRYO 5, laserový scanner TL SCAN, terapeutický laser TL CLINIC, laser CO<sub>2</sub> multipulse, pulzní magnetoterapie MTU 500H, pneuven BEVUK, EXTREMITER 2010, biolampa PAG 880, 860, masážní křeslo GENTLEMAN,

C/ Ostatní rehabilitační LTV – gymnastický trenažér, terapeuticko – rehabilitační systém, trakční stůl s příslušenstvím, nestabilní balanční rovina POSTUROMED, rehabilitační bradla, motodlaha k mobilizaci dolních končetin, masážní stroje, rotoped ROYAL, ribstol, multifunkční posilovací stroj, činky, gymnastické míče.

D/ Logoped, psycholog

E/ Hyperbarická oxygenoterapie

#### 6.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Osoby, které tvořily výzkumný vzorek, byly pacienti RÚ Hostinné, u kterých se v důsledku CMP rozvinula fatická porucha. Dalším kritériem pro výběr výzkumného vzorku byla závažnost fatické poruchy, větší přednost byla dávána pacientům s těžkými expresivními afáziemi z důvodu jejich nemožnosti adekvátní verbální komunikace. Výzkumný soubor tvořilo 15 pacientů s afázií, především seniorského věku, průměrný věk testovaných byl 64 let.

Iniciály	Rok narození pacienta	Diagnóza
Paní DK	1948	Brocova afázie
Paní MV	1945	Brocova afázie
Pan PV	1953	Wernickeho afázie
Pan JJ	1964	Dysnomická afázie
Pan PC	1950	Brocova afázie
Pan MM	1951	Globální afázie
Pan RM	1946	Wernickeho afázie
Pan FT	1950	Wernickeho afázie
Paní HC	1957	Brocova afázie
Pan VV	1944	Wernickeho afázie
Pan LT	1958	Wernickeho afázie
Paní MŠ	1958	Brocova afázie
Pan RŽ	1949	Globální afázie
Paní NA	1942	Brocova afázie
Paní MH	1958	KKP při afázii

Tab. č. 2 – základní informace o výzkumném vzorku

Muži	Ženy
9	6

Tab. č. 3 – genderové rozlišení výzkumného vzorku

Všem pacientům uvedeným v tabulce č. 2 byla předložena stejná sada diagnostického materiálu. Sezení s pacienty probíhalo v časovém intervalu 30 minut, tento limit byl překročen pouze ve dvou případech, a sice u obou pacientů s globální afázií.



RÚ Hostinné je fakultním pracovištěm Univerzity Hradec Králové, proto každý z pacientů při nástupu do RÚ podepisuje souhlas s tím, že se během pobytu může setkat se studenty na stáži. Navzdory této skutečnosti byl každý z pacientů osobně osloven autorkou práce, seznámen s testovým materiálem a ujistěn, že výsledky poslouží výhradně pro účely této diplomové práce.

V první fázi testování byl u pacientů aplikován **Token test**, prostřednictvím kterého byla zjišťována míra narušeného rozumění verbální instrukci, následovalo zhodnocení schopnosti řešení krátkých modelových situací z každodenního života pomocí **BNVR** testového materiálu a třetím, nejtěžejnějším vyšetřením bylo předložení výše uvedeným pacientům **VASES** testu (Vizuální analogické škály sebevědomí) pro zhodnocení míry sníženého sebevědomí a „depressivity“ u uvedeného výzkumného vzorku. Testy byly aplikovány v tomto pořadí a bez větších odmlk mezi nimi. V případě neúspěchu (především v Token testu), bylo testování přerušeno, aby se snížila míra frustrace z chybných odpovědí pacienta. Samotný Token test byl celý dokončen pouze u 4 z 15 testovaných pacientů.

Na základě informací z interního softwaru RÚ Hostinné (Medicus), kde jsou k dispozici lékařské zprávy pacientů, dále ze vstupní logopedické diagnostiky místní logopedky a z vlastního pozorování a diagnostiky byly sestaveny krátké **případové studie** pacientů. V kazuistikách je pozornost zaměřena především na symptomatologii a komunikační obtíže pacientů.

## 6.5 Vlastní výzkumné šetření

Předkládaný soubor kazuistik testovaných pacientů zohledňuje kromě anamnestických údajů a příčin vzniku fatické poruchy rovněž výsledky vstupní logopedické diagnostiky prostřednictvím testu MASTcz, který napomáhá k prvotní diagnostice pacienta. Test je popsán v podkapitole 2.2. MAST je nejběžněji využívanou testovou baterií pro diagnostiku afázie v ČR i SR. Výsledky MASTcz byly převzaty rovněž ze vstupní logopedické diagnostiky logopedky zařízení.

Níže jsou uvedeny výsledky ze třech předložených diagnostických materiálů s popisem reakcí testovaných a souhrnu vyšetření ze strany examinátora. V závěru kazuistik se nachází tabulka s frekventovaně přítomnými výsledky každého pacienta v jednotlivých testech, sloužící k větší přehlednosti.

## **Kazuistika č. 1 – paní DK**

Rok narození: 1948

### Anamnestické údaje:

**Rodinná a sociální anamnéza:** pacientka žije s manželem ve společné domácnosti, profesí bývalá účetní, nyní ve starobním důchodu, z manželství má jednoho syna.

**Etiologie vzniku fatické poruchy:** iCMP, 2/2015, pravostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 24. 9. 2015:** Spontánní řečový projev nonfluentní, přítomné parafrázie s častým vyhledáváním adekvátních slov. Oslabeno pojmenování, opakování částečně, obtíže v rozumění složitějším konstrukcím. MASTcz: index produkce (IP): 30, index rozumění (IR): 47, celkový jazykový index (CJI): 77/100, **Brocova afázie**.

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 30. 10. 2015:**

**Token test:** 29,5 b. (hranice mezi nepřítomností poruchy a lehkou poruchou), menší obtíže od V. sady testu, reakce pohotové, ojedinele nutnost zopakování úkolu tam, kde je opakování pokynu dovoleno.

**BNVR test:** 10/10, snaha o popis činností na obrázku, jednoduché věty s častými parafrázemi na sémantické úrovni („uřízl si ruku“ – řízl se do prstu, „češe si vlasy“ – holí si vousy), které ale nemají vliv na správnost odpovědí.

**VASES test:** 44/50, převaha ztotožnění se s obrázky pozitivního charakteru, při jednotlivých odpovědích připouští svou ztíženou komunikační schopnost – u sebehodnocení položky, že má jasno v hlavě a sebehodnocení inteligence udává pacientka 4 na škále 1-5, u sebejistoty dokonce číslo 2.

Pacientka od začátku působila pozitivním dojmem, vykazovala snahu se stále zlepšovat, stejně tak si i svou PŘK komunikace uvědomuje i s jejími následky, které popisovala tím, že si s ní ostatní už nepovídají tak, jako dříve, musí déle čekat na odpověď a ona sama pociťuje při delším rozhovoru únavu. Výsledky VASES testu odpovídají celkové náladě pacientky, v důsledku afázie se cítí nejistá v komunikačních situacích, z reakcí okolí jí připadá, že si o ní lidé myslí, že je hloupá (viz snížené sebehodnocení inteligence).

## **Kazuistika č. 2 – paní MV**

Rok narození: 1945

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** Pacientka žije sama v bytě, je ovdovělá, hojně ji ale navštěvují příbuzní a přátelé, vyučená, dříve pracovala jako dělnice a domovnice, nyní ve starobním důchodu.

**Etiologie vzniku FP:** iCMP, 6/2013, pravostranná symptomatologie, přidružená epilepsie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 24. 9. 2015:** spontánní řeč nonfluentní, přítomné parafrázie na úrovni sémantické, vyhledávání slov z vlastního aktivního slovníku, častá gestikulace pro popis předmětů, postačí náповěda první slabiky, uplívání na některých slovech, patrná autokorekce – uvědomění si chyby a snaha o opravu. Pojmenování oslabeno, opakování dobré na úrovni izolovaných slov. MASTcz: IP: 36, IR: 45, CJI: 81/100, **Brocova afázie**.

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 30. 10. 2015:**

**Token test:** 20.5 b (středně těžká porucha), relativně konstantní výkon ve všech částech testu, od IV. sady nutné vždy zopakování úkolu, celkový z VI. sady zisk 1,5 bodu, potíže s porozuměním složitějších větných konstrukcí, snaha o předříkání si mnou zadaných úkolů, zopakuje však často jen první dvě slova.

**BNVR test:** 10/10, sémantické parafrázie („řízl se do krku“ – řízl se do prstu, „spadl knoflík“ – utrl se mu knoflík), které nemají vliv na výsledek testu.

**VASES test:** 41/50, převaha ztotožnění se s pozitivními obrázky, snaha vždy o okomentování toho, proč se tak cítí. U sebehodnocení inteligence a frustrace udává stupeň 4, u sebejistoty 2 a u zmatenosti dokonce 1 z 5.

Pacientka je v RÚ již potřetí, vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o přetrvávající typ afázie, je pacientka navyklá na průběh logopedické terapie, během kterých primárně trénují opakování, proto u těchto, primárně neverbálních, testů měla neustále tendenci předříkanou informaci opakovat. Výsledky VASES odpovídají charakteru fatické poruchy, pacientka udává, že cítí nejistotu a připadá si zmatená.

### **Kazuistika č. 3 – pan PV**

Rok narození: 1953

#### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** pacient žije s přítelkyní v bytě, bezdětný, dříve řidičem z povolání.

**Etiologie vzniku FP:** iCMP 7/2014, pravostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 28. 9. 2015:** spontánní projev pacienta fluentní, charakteru slovního salátu, řeč nesrozumitelná, ulpívání na slovním spojení „*ty vole*“, prozódie intaktní, často lze z ní odhadnout komunikační záměr pacienta, opakování pouze jednoslovných slov při maximálním soustředění. MASTcz: IP: 5, IR: 10, CJI: 15/100, **Wernickeho afázie**.

#### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 30. 10. 2015:**

**Token test:** 0 b., přerušen u I. sady, nepodařilo se ani určení jednotlivých tvarů a barev.

**BNVR test:** 8/10, chybné určení u paní, která potřebuje brýle (určena maska), u rozlité kávy zvolen smetáček a lopatka (tato záměna přítomna u většiny testovaných mužů).

**VASES test:** 45/50, převaha ztotožnění se s pozitivními obrázky, u rozčíleného/nerozčíleného označen stupeň 4, u frustrace dokonce stupeň 1 z 5. Pozitivní obrázky označovány automaticky, se samozřejmostí.

U pacienta byl první test přerušen hned u úvodu, nepomohla ani nápověda ukázáním na požadovaný předmět, patrná mírná agrese z neúspěchu. Ulpívání na výše uvedeném slovním spojení, pacient jej opakoval téměř po každém zadání úkolu. U BNVR testu došlo ke dvěma chybným odpovědím, výsledky VASES plně odpovídají charakteru Wernickeho afázie, po delší úvaze pacient u položky frustrace a spokojenosti určil, že se cítí být frustrován, zaváhání u určení v jaké míře se tak cítí, byl nakonec označen stupeň ohodnocený 1 bodem, v případě klidu a rozčílenosti pacient určil stupeň 4, čili že se necítí být úplně klidný, což bylo naprosto patrné i z přímého kontaktu s pacientem.

## **Kazuistika č. 4 – pan JJ**

Rok narození: 1964

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** žije s manželkou v rodinném domě, bývalý stavební dělník, vyučený v oboru.

**Etiologie vzniku FP:** iCMP 2004, pravostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 28. 9. 2015:** relativně fluentní spontánní řečový projev se špatnou konstrukcí vět, patrná gestikulace z důvodu obtížného cíleného vyhledávání slov z vlastního slovníku, pojmenování velmi oslabeno, opakování pouze na úrovni slov. MASTcz: IP: 22, IR: 35, CJI: 57/100, **Dysnomická afázie**.

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 30. 10. 2015:**

**Token test:** 13,5 b., nedokončen, přerušen u V. sady, neustálé záměny tvarů a velikostí žetonů, na pacientovi patrné známky smutku z neúspěchu, pacientovi velmi výrazně pomáhala nápověda, která ale není v tomto testu přípustná.

**BNVR test:** 9/10, záměna pouze u rozlité kávy (určen smetáček namísto hadru), odpovědi jinak automatické a bez dlouhého přemýšlení.

**VASES test:** 50/50, testování doprovázeno výrazy: „*Ne... optimista... veselý... rozumím...*“, u všech obrázků určeny všechny pozitivní stupně. Na základě plného počtu z tohoto testu lze usoudit, že pacient svoji poruchu řečové komunikace nebere jako problém, má sice problémy s pojmenováním a vybavováním některých slov, jinak se ale s ostatními domluví, co potřebuje, tak si zařídí. Pacient je rovněž v RÚ opakovaně, z lékařské dokumentace je možné vyčíst, že v iniciální fázi onemocnění byla u pacienta diagnostikována globální afázie, která se během let transformovala do této lehčí formy afázie dysnomické.

## Kazuistika č. 5

Pan PC

Rok narození: 1950

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** pacient žije s manželkou v rodinném domě, společně mají jedno dítě – syna a dvě vnoučata, vyučen, pracoval jako dělník v kovovýrobě.

**Příčina vzniku FP:** iCMP 2/2015, pravostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 28. 9. 2015:** spontánní řečový projev nonfluentní, obtížné vyhledávání slov z vlastního slovníku, patrná gestikulace k popisu slov, opakování na úrovni jednoduchých vět, autokorekce – opakování stejného výrazu jen z toho důvodu, že si uvědomuje chybu a snaží se opravit, přijímá kladně nápovědu první slabiky. MASTcz: IP: 6, IR: 30, CJI: 36/100, **Brocova afázie**.

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 30. 10. 2015:**

**Token test:** 12,5 b., přerušen u VI. sady, z V. sady nedosaženo ani jednoho bodu. Zasaženo rozumění složených větných konstrukcí.

**BNVR test:** 10/10, jednotlivé předměty pojmenuje, reaguje na nápovědu první slabiky, pojmenování vždy jednoslovně, ačkoliv není podmínkou testu. Odpovědi jinak automatické a bez zaváhání.

**VASES test:** 40/50, patrné dlouhé přemýšlení nad odpověďmi, přiznává, že zcela nevychází s ostatními (ohodnoceno 1 bodem), čtvrtý stupeň určen i u dvojice obrázků řešící sebehodnocení jistoty, veselého naladění, zmatku v hlavě, inteligence, uzamčenosti a frustrace, zbylé body hodnoceny 5. stupněm.

Uvedené hodnoty ve VASES sice nejsou nikterak výrazné, leč významné. Už jen samotný fakt, že pacient nad odpověďmi dlouze uvažoval a povětšinou volil nižší bodové hodnocení u jednotlivých prezentovaných obrázků, vypovídá o jeho nižším sebehodnocení. Největší obtíže pacient uvedl v případě, že nevychází s ostatními lidmi.

## Kazuistika č. 6 - pan MM

Rok narození: 1951

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** Rozvedený, žije s přítelkyní v bytě, bývalý řidič autobusu, z předchozího manželství má pacient pět dcer, z nichž jej aktivně navštěvuje pouze jedna.

**Etiologie vzniku FP:** hCMP, 9/2015, pravostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 2. 11. 2015:** spontánní řečový projev pacienta zcela nonfluentní, prakticky omezený na prozodickou promluvu typu: „*hu hu hu, huuu*“, ale s adekvátní gestikulací, která je přiměřená obsahu, opakování a pojmenování není u tohoto pacienta prozatím možné hodnotit. MASTcz: IP: 0, IR: 2, CJI: 2/100. **Globální afázie.**

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 13. 11. 2015:**

**Token test:** přerušen v průběhu II. sady, z I. sady nedosaženo jediného bodu. Pacient navazuje oční kontakt, pohybem ruky dává najevo, že prosí o zopakování otázky, odpověď je ale vždy chybná – záměny velikostí, tvarů i barev.

**BNVR test:** 5/10, cvičný list proveden správně, patrná velká snaha ze strany pacienta. Nejčastější záměny u tvarem podobných věcí (sušenka namísto náplasti, lahvička s lentilkami namísto s léky, šála namísto hadru, sekyra namísto ořezávátko, strom – patrná únava ze strany pacienta). U činností, které jako muž dobře zná (holicí strojek, brýle – sám je nosí, ...) bezchybné reakce v adekvátním čase.

**VASES test:** 29/50, už při zadání instrukcí je patrný velký zájem o tento test, kdy pacient sám dokonce souhlasně přikyvoval na otázku, zda rozumí, co se od něj žádá. Odpovědi si promýšlí dlouhou dobu, patrné i váhání mezi tím, co zvolit. Pacient pomocí neverbálního testu udává, že se cítí být nepochopen, že nevychází s ostatními, cítí se uvězněný (hodnoceno 2 body), nerozhodná odpověď (3 body) uvedena u sebejistoty, smutku a inteligence, čtyřmi body se pacient ohodnotil v tom, že je klidný, nemá zmatek v hlavě a není frustrovaný, pěti body sám sebe hodnotí jako optimistu. U pacienta, který běžné není schopen se vyjádřit adekvátně mluvenou řečí, je toho prozatím nejzajímavějším zjištěním z hlediska pacientova sebepojetí.

## Kazuistika č. 7 - pan RM

Rok narození: 1946

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** pacient žije s manželkou v rodinném domě, vyučen, dříve dělníkem na pile, nyní ve starobním důchodu.

**Příčina vzniku FP:** iCMP 2/2015, pravostranná symptomatologie, diagnostikovaný reaktivní depresivní syndrom, užívá antidepresiva 3x denně, často plačtivý.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 2. 11. 2015:** spontánní řečový projev pacienta fluentní, nicméně nesrozumitelný, omezený na torza slov a automatismy, výrazně oslabené rozumění, řeč parafatická, často omezené odpovědi na ano – ne, prozodie na dobré úrovni, patrná mírná agrese z důvodu, že není pochopen (bouchá do stolu, rozhazuje předkládaný materiál). MASTcz: IP: 6, IR: 30, CJI: 36/100, **Wernickeho afázie**.

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 13. 11. 2015:**

**Token test:** dosaženo 5b. s tím, že byl přerušen v průběhu III. sady, problém se složenými větnými konstrukcemi. Z rozhněvání pacient během testování začal rozhazovat jednotlivé žetony po zemi, prakticky nemožné test dokončit.

**BNVR test:** 9/10, zaváhání u 3. listu (záměna lahvičky s léky za lahvičku s lentilkami), u rozlité kávy (kde pacient původně označil smetáček a lopatku) se opravil.

**VASES test:** 40/50, převaha pětistupňových hodnocení obrázků, 4. stupeň určen u sebehodnocení inteligence, optimismu a frustrace, nerozhodná odpověď (stupeň 3) označen u sebejistoty.

U testu BNVR se pacient viditelně uklidnil a nezačal rozhazovat materiál kolem sebe, z tohoto chování lze usoudit, že jej test zaujal, na první pohled mu zcela jistě rozuměl, s odpověďmi neměl problém. Stejná situace se opakovala i u VASES, z rozličných odpovědí a mírných zaváhání při rozhodování bylo patrné, že se pacient snažil vybrat tu nejvýstižnější odpověď. Nejmenším počtem bodů ohodnotil sebejistotu, uvedl, že si není sám sebou jistý.



## **Kazuistika č. 8 - pan FT**

Rok narození: 1950

### Anamnestické údaje:

**RA + SA** : Ženatý, žije s manželkou v rodinném domě, z manželství mají dvě děti (dceru a syna), dříve pracoval jako sanitář.

**Etiologie vzniku FP:** iCMP, 1/2015, pravostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 2. 11. 2015:** Spontánní řečový projev pacienta fluentní, ale nesrozumitelný, patrné časté ukazování na předměty kolem sebe, které nijak nesouvisí s testováním, a snaha o jejich popis, opakování zachováno pouze u prvních slabik, pojmenování ve stylu „slovního salátu“ s výskytem automatismů (neustálé opakování: „*ne no, ne no, ne no*“). MASTcz: IP: 8, IR: 8, CJI: 16/100.

### Wernickeho afázie.

#### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 13. 11. 2015:**

**Token test:** Pacient po vyložení žetonů před sebe, bez čekání na slovní instrukci, začal skládat k sobě stejné barvy žetonů. Po jejich zpětném umístění a vyzvání k úkolům tuto činnost zopakoval. Při názorném předvedení: „*toto je žlutý čtverec a toto modré kolečko, kde je žlutý čtverec?*“ pacient ukázal na bílý čtverec. Přerušeno u I. sady.

**BNVR test:** 9/10, pouze opět u rozlité kávy zvolen smetáček a lopatka.

**VASES test:** 50/50, naprosto automaticky u všech obrázků bylo na škále určeno pacientem pětistupňové hodnocení.

Při předložení Token testu se dalo vysledovat, že pacient vůbec nerozumí, co se po něm žádá, nereagoval na nápovědu, de facto si s žetony začal sám spontánně hrát. Obrat nastal při předložení testů, které nebyly omezeny verbální instrukcí, pacient napoprvé pochopil zadaný úkol a až na typickou „mužskou“ záměnu u položky s kávou zvládl test bezchybně. Výsledek VASES testu naprosto souhlasí s charakterem Wernickeho afázie – naprosté neuvědomování si poruchy řečové komunikace.

## **Kazuistika č. 9 - paní HC**

Rok narození: 1957

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** pacientka je vdaná, z prvního manželství má dceru, žije společně s manželem v dvougeneračním domku společně s rodinou své dcery a jejími dětmi, dříve pracovala jako dělnice.

**Etiologie vzniku FP:** iCMP, 6/2014, pravostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 2. 11. 2015:** Spontánní řečový projev pacientky nonfluentní, časté zárazy a parafrázie, pomáhá nápověda první slabiky, patrné ulpívání na již vyřčených slovech a velmi častá autokorekce. Opakování na úrovni kratších vět, pojmenování slabé. MASTcz: IP: 39, IR: 45, CJI: 84/100.

### Brocova afázie.

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 13. 11. 2015:**

**Token test:** 29,5 b. (hranice mezi nepřítomností poruchy a lehkou poruchou), test dokončen, postupné selhávání od V. sady testu, u VI. sady delší časové prodlevy, pacientka se sama snaží si instrukci předříkat, leč s parafráziemi, soustředí se na mluvení a opomíná samotný úkol – nutnost opakování (ačkoliv se to u těchto sad již nesmí), opakované vyzývání pacientky k tomu, že u testu nemusí mluvit.

**BNVR test:** 10/10, bez obtíží.

**VASES test:** 45/50, převaha ztotožnění se s pozitivními obrázky, vždy váhá mezi stupněm 4 a 5 a nakonec vždy určí 5, až na jednu výjimku, pacientka udává stupeň č. 1 u toho, že jí připadá, že má zmatek v hlavě.

Pacientce během prvního testu značně pomáhalo si zadanou instrukci předříkat, nicméně při maximálním soustředění se na verbální výkon byl výsledek testu odsunut na „druhou kolej“. I drobná zaváhání u VASES lze hodnotit jako polemizaci nad tím, jak se pacientka cítí. U karty, která znázorňovala jasno v hlavě x zmatek v hlavě pacientka okamžitě označila zmatek.

## **Kazuistika č. 10 - pan VV**

Rok narození: 1944

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** Ovdovělý, pacient žije sám v bytě, chová andulky, předtím ženatý, z manželství nemá žádné děti, dříve pracoval jako skladník.

**Etiologie vzniku FP:** iCMP, 10/2015, pravostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 2. 11. 2015:** Spontánní řečový projev fluentní, přítomné neologismy, „slovní salát“, agresivnější sklony jednání (bouchání do stolu) plynoucí z nepochopení ze strany testujícího. Opakování na úrovni slov při maximálním úsilí pacienta, pojmenování se rovněž nedaří a opět se promluva uchyluje ke slovnímu salátu bez hlubšího významu. Pacient téměř každou minutu poklepává na hodinky, je velmi roztěkaný a nesoustředěný. MASTcz: IP: 5, IR: 6, CJI: 11/100.

### Wernickeho afázie.

#### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 13. 11. 2015:**

**Token test:** přerušen u I. sady, nepodařilo se ani určení jednotlivých tvarů a barev. Nepomohla ani nápověda.

**BNVR test:** 8/10, opět chybné určení u smetáčku a lopatky, dále chyba v posledním úkolu s rozbitým hrnečkem (určen strom).

**VASES test:** 48/50, ztotožnění se se všemi pozitivními obrázky, reakce rychlé a automatické, až na nerozhodnou a váhavou odpověď (za 3 body) u položky, kde sám sebe hodnotí, že nevyhází s ostatními.

Závěr testu BNVR u pacienta lze přisoudit spíše únavě, protože jinak byly reakce v pořádku. Výsledek VASES u tohoto typu afázie překvapil pouze v uvedeném bodu týkající se toho, že pacient nevyhází s ostatními lidmi. Tato skutečnost opět kopíruje charakter tohoto typu poruchy řečové komunikace.

## Kazuistika č. 11 - pan LT

Rok narození: 1958

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** Rozvedený, nyní žije s přítelkyní v rodinném domě, z minulého manželství má syna a dceru, dříve pracoval jako středoškolský učitel zeměpisu a biologie, je autorem cestopisů pobřeží Jaderského moře, které několikrát procestoval na kole.

**Etiologie vzniku FP:** hCMP s rozvojem hematocefalu a hydrocefalu, 9/2015, pravostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 2. 11. 2015:** Spontánní řečový projev pacienta fluentní, odpovědi pacienta nejsou k věci, na otázku jak se mu dnes daří, odpovídá: „*měl bych si vzít košili a můžu mít i krátké kalhoty, ale nebudu vařit, přece... a co čepice, ne, ne, nebudu vařit...*“ Zachována lexie, čte náhodně nápisy, které vidí kolem sebe (i popisky ze záznamových listů), pojmenování oslabeno a opakování na úrovni 1-2 slov. Z přijímacího protokolu je možné vyčíst, že pacient při příjmu nebyl orientován ani časem, ani místem, vysloveno možné podezření na kognitivní deficit spojený s afázií. MASTcz: IP: 4, IR 10, CJI: 14/100. **Wernickeho afázie** (diagnóza se zpřesňuje – polemizace nad kognitivně komunikační poruchou u afázie).

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 13. 11. 2015:**

**Token test:** Přerušen u IV. sady, od první sady potíže s určením barev, spíše tipování s 50% úspěšností, od II. sady už 100% neúspěšnost.

**BNVR test:** 7/10, ve třech případech určeny nesmysly, které se situací naprosto nespojují (určen motýl namísto postele, nůžky namísto příboru a strom namísto smetáku).

**VASES test:** 47/50, ve většině případů situace ohodnoceny kladně 5 body, 4 body uvedeny v případě toho, zda je pacient veselý, zmatku v hlavě a u frustrace.

Výsledky testů u tohoto pacienta značně ovlivnila rozvíjející se kognitivně-komunikační porucha. O KKP svědčí především výsledky BNVR, kde byly pacientem určovány položky, které se situací vůbec nespojují. U VASES určeny pětistupňové položky s výše uvedenými výjimkami.

## Kazuistika č. 12 - paní MŠ

Rok narození: 1958

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** Vdaná, žije s manželem v rodinném domě, 2 děti, pacientka dříve pracovala jako dělnice.

**Etiologie vzniku FP:** iCMP, 1/2013, pravostranná symptomatologie, přidružená epilepsie, která se rozvinula až po CMP.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 14. 12. 2015:** řeč pacientky nonfluentní, namáhavá s pauzami, zafixované automatismy: „no jo no, no...“, jednoduchou instrukci vykoná, se složenou patrně obtíže, rozumění v případě opakované instrukce na úrovni jednoduchých vět téměř intaktní, patrně obtíže v artikulaci souhláskových shluků hlásek. MASTcz: IP: 35, IR: 42, CJI: 77. **Brocova afázie.**

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 18. 12. 2015:**

**Token test:** 25 b. (lehká porucha), velké problémy s malými a velkými tvary, složené instrukce VI. sady se pokouší sama pro sebe opakovat, časově náročnější, nicméně s minimem chyb.

**BNVR test:** 10/10 bez obtíží, ukazované předměty se snaží pojmenovat, pomáhá nápověda první slabiky.

**VASES test:** 45/50, zprvu pacientka odmítla z důvodu únavy, nicméně po získání informace, že je jedná jen o krátkou sérii obrázků, svolila. Pětibodové položky, 4 bodové hodnocení určeno u vzteku, 1 bod u případu, že nevychází s ostatními.

Pacientka byla zastižena v odpoledních hodinách po sérii rehabilitačních procedur, byla na ní patrná celodenní únava. Token test dokončen bez větších obtíží, ve stejném duchu i BNVR test. U VASES se nejvýznamnější položkou stala ta, která znázorňovala, zda pacientka vychází či nevychází s ostatními. Jednobodové hodnocení vypovídá o ztrátu sociálních kontaktů z důvodu fatické poruchy.

## Kazuistika č. 13 - pan RŽ

Rok narození: 1949

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** Ovdovělý, pacient žije s dcerou (která o něj zároveň pečuje) a její rodinou společně v bytě, dříve pracoval jako stavební inženýr na živnostenský list. Žádné další děti nemá. V RÚ nepobývá, na procedury jej každý den vozí dcera, která je rovněž u všech přítomna.

**Etiologie vzniku FP:** hCMP, 11/2015, pravostranná symptomatologie, přidružená epilepsie, která se rozvinula až po CMP.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 14. 12. 2015:** spontánní řečový projev nonfluentní, omezený na charakteristické prozodické vyjadřování za pomoci pestré gestikulace. Pojmenování není možné zhodnotit, opakování pouze formou prozodie. MASTcz: IP: 0, IR: 6, CJI: 6/100. **Globální afázie.**

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 18. 12. 2015:**

**Token test:** pacient se u I. sady rozplakal, nicméně bezchybně určil jak barvy, tak tvary, u II. sady problém se složitější instrukcí (barva + tvar), neurčeno ani jednou správně, u III. sady, kde byl test přerušen, se pacient rozplakal znovu. Logopedka uvádí, že když jej testovala prostřednictvím MASTcz, byla u pacienta reakce obdobná. Výsledek testu tedy nelze hodnotit.

**BNVR test:** 9/10, bez potíží, pouze opět záměna u rozlité kávy (smetáček namísto hadříku).

**VASES test:** 32/50, pacient si dával záležet na odpovědích, působil, že nad odpověďmi hluboce přemýšlí, po 2 bodech určeno ve většině případů, 5 bodů uvádí u případů, že rozumí úkolům (intelligence), není rozčilený, prostřednictvím testu popisuje sám sebe jako optimistu a necítí se frustrovaný.

Pacienta opravdu velmi tíží jeho životní situace, čehož si při testování nešlo nevšimnout, dle neverbálních reakcí se dalo vysledovat, že velmi dobře rozumí (viz výsledek BNVR), nicméně absence jazykového výstupu jej trápí, což pramení z jeho povolání. Jako stavební inženýr celý život komunikoval s lidmi, tuto hypotézu

potvrzuje i jeho dcera, která byla přítomna i tentokrát. Snaží se prý s tatínkem provozovat veškeré činnosti, které měl vždycky rád, byl vášnivým luštitelem sudoku, proto s ním dcera dlouhé hodiny trpělivě nad tabulkami seděla, jednoho dne jí doslova vyrazilo dech, když přišla z práce a na stole našla bezchybně vyluštěné sudoku, se kterým mu ona sama nepomáhala. Dcera dále uvedla, že spolu bez problému hrají i šachy.

#### **Kazuistika č. 14 - paní NA**

Rok narození: 1942

#### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** Vdova, má 2 děti – syna a dceru, bydlí se synem na jednom pozemku, on sám ji volal ZZS a po telefonu poskytnul první pomoc (při resuscitaci po telefonu pacientce při masáži srdce zlomil 3 žebra, úlomky způsobily pneumotorax).

**Etiologie vzniku FP:** iCMP, 2/2014, pravostranná symptomatologie, epilepsie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 14. 12. 2015:** spontánní projev nonfluentní, jednoslovné vyjadřování, parafrázie, obtíže se složenou instrukcí, autokorekce a pestrá gestikulace. Opakování na úrovni 1-2 slov, pojmenování s obtížemi, pomáhá nápověda prvních slabik slova. MASTcz: IP: 31, IR: 41, CJI: 72/100. **Brocova afázie**.

#### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 18. 12. 2015:**

**Token test:** I. – III. sada bez jediné chyby, od IV. sady 50 % úspěšnost, záměny tvarů i barev, od VI. sady testováno přerušeno úplně – pacientka odmítla pokračovat.

**BNVR test:** 9/10, záměna ořezávátka za hoblík.

**VASES test:** 39/50, 5 bodů určeno u situací, že si pacientka nepřipadá rozčílená a popisuje prostřednictvím testu sama sebe jako optimistu. Čtyřmi body hodnotí případy, že se cítí být méně pochopená, není příliš veselá, uvádí zmatek v hlavě, inteligence, uzamčenosti sama v sobě a frustrace, na stupnici 2 body pacientka hodnotí, že se cítí nejistá a že nevychází s ostatními lidmi.

I na této pacientce lze zaznamenat, že Token test je pro osoby s afázií obtížný a působí jim potíže. Pacientka smetla žetony ze stolu se slovy, že už to nebude dělat.

## **Kazuistika č. 15 - paní MH**

Rok narození: 1958

### Anamnestické údaje:

**RA + SA:** rodinná anamnéza pacientky nezjištěna, do RÚ umístěna ihned po ukončení hospitalizace v trutnovské nemocnici. Pacientka při vstupním vyšetření udává 2 porody, jistá si ale není. Je kompletně bez návštěv, udává, že bývala účetní a že žije sama v rodinném domě. Z občanského průkazu pacientky se lze dozvědět, že je vdovou.

**Etiologie vzniku FP:** hCMP, 12/2015, levostranná symptomatologie.

**Vstupní logopedické vyšetření ze dne 14. 12. 2015:** řeč pacientky nonfluentní, prozodická, občasné zárazy z důvodu vyhledávání adekvátních výrazů, sémantické parafráze, čtení bez porozumění, pacientka není orientována ani místem ani časem, z toho důvodu byla vyslovena diagnóza **kognitivně-komunikační poruchy při afázii**.

### **Výsledky diagnostického sezení ze dne 18. 12. 2015:**

**Token test:** přerušen u IV. sady, chybovost od I. sady, splývání barev i tvarů, instrukci si pacientka sama znovu zopakuje, nicméně pokyn vykoná s chybami, protože se usilovně soustředí na mluvený projev.

**BNVR test:** 7/10, určena zubní pasta namísto mýdla, maska namísto brýlí a boty namísto jehly a nitě.

**VASES test:** 49/50, převažující pětibodové hodnocení, čtyřmi body hodnocena položka, že se pacientka cítí méně pochopena.

Z důvodu zpřesňování diagnózy pacientky jsou výsledky použitých testů velmi rozličné. Závěry BNVR testu ale směřují ke kognitivně-komunikační poruše. Oproti tomu ale dle VASES si pacientka svoji ztíženou komunikační schopnost příliš neuvědomuje a nepovažuje ji za omezující v interakci s okolím, až na zaváhání u položky, která hodnotí pochopení ze strany ostatních lidí.

Za zmínku stojí i zajímavost, že se u této pacientky rozvinula levostranná diparéza, dominantní hemisférou je tedy v tomto případě hemisféra pravá.



Pacient	Diagnóza	Token test	BNVR	VASES
DK	Brocova af.	29,5 b.	10/10	44/50
MV	Brocova af.	20,5 b.	10/10	41/50
PV	Wernickeho af.	nelze hodnotit	8/10* <sup>4</sup>	43/50
JJ	Dysnomická a.	13,5 b. – nedokončen	9/10*	50/50
PC	Brocova af.	12 b. - nedokončen	10/10	40/50
MM	Globální af.	nelze hodnotit	5/10	29/50
RM	Wernickeho af.	5 b. - nedokončen	9/10*	40/50
FT	Wernickeho af.	nelze hodnotit	9/10*	50/50
HC	Brocova af.	29,5 b.	10/10	45/50
VV	Wernickeho af.	nelze hodnotit	8/10*	48/50
LT	Wernickeho af.	nelze hodnotit	7/10	47/50
MŠ	Brocova af.	25 b.	10/10	45/50
RŽ	Globální af.	nelze hodnotit	9/10*	32/50
NA	Brocova af.	odmítnut	9/10	39/50
MH	KKP u af.	nelze hodnotit	7/10	49/50

Tab. č. 4 – bodové hodnocení

Pacient	Diagnóza	VASES
DK	Brocova af.	nejistota, nevychází s ostatními
MV	Brocova af.	nejistota, zmatek v hlavě
PV	Wernickeho af.	frustrace
JJ	Dysnomická a.	bez obtíží
PC	Brocova af.	cítí se být nepochopen, nejistota, zmatek v hlavě
MM	Globální af.	cítí se být nepochopen a uvězněn sám v sobě, nejistota
RM	Wernickeho af.	nejistota

<sup>4</sup> \* označeny případy, kdy u BNVR testu byla dotazovanými muži označena záměna lopatky za hadřík (situace s rozlitou kávou – viz obrázek č. 2). Z 9 testovaných mužů takto odpovědělo 6 z nich.

FT	Wernickeho af.	bez obtíží
HC	Brocova af.	zmatek v hlavě
VV	Wernickeho af.	nevychází s ostatními
LT	Wernickeho af.	frustrace
MŠ	Brocova af.	nevychází s ostatními
RŽ	Globální af.	cítí se být nepochopen a uvězněn sám v sobě, nevychází s ostatními
NA	Brocova af.	nepochopená, nevychází s ostatními, nejistota
MH	KKP u af.	bez významných obtíží

Tab. č. 5 – frekventovaně přítomné subjektivní obtíže

## 6.6 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumu bylo **zjistit, do jaké míry afázie působí na subjektivně vnímané sebehodnocení a sebevědomí pacientů**. Za dílčí cíle byla stanovena zjištění jednak; **v jaké míře je u pacientů s afázií narušeno rozumění verbální instrukci**, a dále zjištění, **jak afázie ovlivňuje schopnost řešení krátkých modelových situací z každodenního života**.

Výzkumné šetření probíhalo v Rehabilitačním ústavu v Hostinném v Krkonoších. Činnosti probíhající v RÚ jsou specializovány na pomoc osobám trpícími následky cévní mozkové příhody, se zvláštní specializací na pohybová postižení vzniklá v důsledku CMP. Pro výzkumné šetření bylo vybráno celkem 15 pacientů, kteří mají diagnostikovanou fatickou poruchu – afázií.

### **1) Diagnostika narušení rozumění verbální instrukci prostřednictvím Token testu:**

- Token test dokončen pouze se 4 pacienty z 15 testovaných;
- U 3 pacientů byl z důvodu jejich neúspěšnosti přerušen v průběhu testování, s cílem snížení rizika frustrace pacientů z neúspěchu, u 7 pacientů jej nelze hodnotit vůbec (z důvodu přerušeni nejčastěji během první sady) a 1 pacientka test odmítla úplně;
- Z generového hlediska byl Token test dokončen pouze u žen s diagnózou Brocovy afázie;

- Dle výše uvedených výsledků lze výkon osob s fatickou poruchou v testech, které jsou založeny na verbální instrukci, hodnotit jako velmi podprůměrný.

## **2) Diagnostika schopnosti řešení krátkých modelových situací z každodenního života prostřednictvím BNVR testu:**

- BNVR test dokončen se všemi pacienty, již na první pohled jsou výsledky z tohoto neverbálního testu jak kvalitativně tak kvantitativně lepší;
- Symbolem (\*) označeny v tabulce č. 4 případy, kdy u BNVR testu byla dotazovanými muži označena záměna lopatky za hadřík (situace s rozlitou kávou – viz obrázek č. 2). Z 9 testovaných mužů takto odpovědělo 6 z nich. Hodnocení těchto odpovědí je sporné, protože se jedná (vzhledem k počtu pacientů) o poměrně vysoký výzkumný vzorek, odpovědi mužů lze připsat genderovému hledisku. Muži většinou neuklízí, proto s touto situací nemají dostatečnou zkušenost;
- Plného počtu bodů (10/10) dosáhli pacienti s diagnostikovanou Brocovou afázií;
- Za nejhorší výsledek z celkového počtu testovaných osob, je považován výsledek 5/10 bodů u pana MM s globální afázií;
- Osoby s poruchami fatických funkcí, u kterých není přidružený kognitivní deficit, nemají problém s řešením modelových situací z každodenního života.

## **3) Diagnostika subjektivně vnímaného sebehodnocení a sebevědomí pacientů s afázií prostřednictvím VASES testu:**

Výsledky tohoto testu lze hodnotit dle diagnóz jednotlivých fatických poruch (viz nejčastěji opakovaně hodnocené modality v tab. č. 5).

- Z celkového počtu 6 testovaných osob s **Brocovou afázií**, u kterých je dominantně oslabena plynulost řeči a pojmenování pacienti ve VASES testu uvádí, že se ve 3 případech z 6 cítí nejistě, ve stejném poměru že mají zmatek v hlavě a že nevychází s ostatními. Vzhledem k symptomatologii

tohoto typu afázie tato sebehodnocení zcela jasně korespondují s charakterem Brocovy afázie.

- Z celkového počtu 6 testovaných osob s **Wernickeho afázií**, u kterých je sice spontánní řečový projev plynulý, nicméně má charakter tzv. slovního salátu. Jazyková jednotka je v pořádku, nicméně expresivní výstup je velmi narušen. Tato PŘK se rovněž vyznačuje tím, že si ji pacienti neuvědomují, výsledky VASES testu uvádí, že se pacienti cítí být frustrovaní (2 ze 6), rozčilení a že nevychází s ostatními, ve většině případech pacienti ale označovali pětistupňové položky, což doopravdy svědčí o neuvědomování si vlastní poruchy řečové komunikace, což opět koresponduje s charakterem tohoto typu afázie.
- Z celkového počtu 2 testovaných osob s **globální afázií**, která je nejtěžším možným stupněm, je u pacientů charakteristický řečový projev prostřednictvím tzv. torz slov, nicméně výsledky byly nejzajímavější, oba testovaní uvádí, že se cítí být nepochopení, nevychází s ostatními a jsou v sobě doslova uzamčení. Především uzamčenost, jako jedna z hodnocených modalit, rovněž naprosto přesně koresponduje s charakterem globální afázie.
- U jednoho pacienta s **dysnomickou afázií** lze jeho výsledky ve VASES (50/50) interpretovat velmi kladně, už s přihlédnutím k tomu, že se v tomto případě jedná o nejlehčí stupeň fatické poruchy, který není tolik omezující v sociálním kontaktu, jako např. afázie globální. Výsledky ve VASES tomuto faktu odpovídají.
- Vzhledem k hodnocení VASES byl nejnižší výsledek (29/50) zaznamenán u pana MM s globální afázií. Tento nejnižší skór jasně vypovídá o velmi sníženém sebehodnocení u tohoto pacienta.

Realizovaný výzkum svými výsledky vyjasňuje praktické kontury skutečnosti, že závažná tíže vzniklé afázie velmi zásadně ovlivňuje kvalitu života osob s touto poruchou řečové komunikace, což uvozují na sobě nezávislé frekventované odpovědi pacientů v jednotlivých položkách, které frekventovaně korespondují s charakterem jednotlivých typů afázií.

## Závěr

Cévní mozková příhoda je řazena k nejčastějším příčinám vzniku fatické poruchy, které se vyznačují různými typy, tím pádem i měrou závažnosti dopadu na komunikaci pacientů. Tato neurogenní porucha zásadně ovlivňuje subjektivně vnímanou kvalitu života, což realizovaný výzkum kvalitativního charakteru zcela potvrzuje.

Diplomová práce se zabývá osobami s neurogenními poruchami řečové komunikace s důrazem na jejich sociální vztahy a subjektivně vnímanou kvalitu života, které jsou přímo úměrně fatickou poruchou ovlivněny.

V teoretické části práce je věnována pozornost frekventovaně se vyskytujícím neurogenním poruchám řečové komunikace se zaměřením na jejich symptomatologii, diagnostiku a terapii. Kromě problematiky afázie je zde zahrnuta i problematika získané dysartrie a syndromu demence, jakožto zástupců dalších typů neurogenních poruch. Neopomenutelnou součástí je kapitola zaměřená na kvalitu života, zejm. osob s afázií. Praktická část je založena na souboru kazuistik 15 pacientů s afázií v Rehabilitačním ústavu Hostinné, kteří byli diagnostikováni třemi testovými bateriemi. Hlavním cílem bylo zjistit subjektivně vnímanou kvalitu života těchto osob, která byla posuzována prostřednictvím škály VASES. Dílčí cíle dále směřovaly k analýze úrovně porozumění verbální instrukci a schopnosti neverbálně řešit každodenní situace.

Výzkumné šetření proběhlo na základě čtyř návštěv Rehabilitačního ústavu v Hostinném. První návštěva byla ryze informativního charakteru, kdy jsem seznámila s obsahem testů a s cílem výzkumu místní paní logopedku. Na základě navázané spolupráce mi paní logopedka dala doporučení na pacienty, u kterých by se tento testový materiál dal použít. Hlavní podmínkou výběru pacientů byl jejich zdravotní stav, mělo se jednat o pacienty v chronické fázi onemocnění, ideálně o ty, kteří jsou na rehabilitačním pobytu opakovaně. Dalším požadavkem bylo zaměřením se na těžší fatické poruchy, ve smyslu na osoby s těžce narušeným rozuměním. Tento požadavek nebyl dle mého názoru uspokojivě naplněn, nicméně skladba klientely s fatickou poruchou Ústavu je zcela náhodná. Pokud bych se zaměřila pouze na těžší typy fatických poruch, byl by výsledný výzkumný vzorek velmi malý a tím pádem nevýznamný.

Během testování jsem se setkala s rozličnými reakcemi na předložený testový materiál, občas bylo nutné vypořádat se s nadávkami, odmítavým chováním, ale i se zklamáním z neúspěchu z pacientovy strany. Všechny tyto proměnné jsou pro terapeuta „denním chlebem“, se kterým se musí vypořádat. Pacientům není přípustné nic vnucovat, nicméně obsahově korektní formou vysvětlit pacientovi přísun a význam vyšetření by mělo být ze strany terapeuta samozřejmostí. I na základě této trpělivé spolupráce byla v tomto výzkumu se všemi testovanými pacienty diagnostika zdárně dovedena do konce.

Použitý testový materiál na sebe komplexně navazuje, bez možnosti změny pořadí mezi testy. První dva předložené testové materiály hodnotí aktuální stav pacienta z hlediska rozumění, závislého až na verbální či neverbální instrukci. Poslední testová škála zkoumá na neverbální úrovni subjektivní hodnocení vlastního psychického stavu.

Výzkumné šetření jasně prokázalo, že osoby s afázií vykazují mnohem lepší výsledky v neverbálních testech nežli v těch verbálních. Osoby s těžkými fatickými poruchami nelze testovat pouze verbálním způsobem (např. prostřednictvím MASTcz), v takových testech budou vykazovat velmi špatné výsledky. Výzkum rovněž potvrzuje, že osoby s fatickými poruchami si jsou velmi dobře vědomi, jaká je situace kolem nich a nemožnost se adekvátně vyjádřit mluvenou řečí je pro ně rozhodně velmi frustrující.

Realizované výzkumné šetření by mohlo přispět k většímu povědomí o neverbálních testových bateriích a i ke zlepšení diagnostických metod u pacientů s neurogenními poruchami řečové komunikace. Výzkum zároveň poskytl jakýsi vhled do vnitřního prožívání osob s fatickými poruchami, což rozhodně stojí za další, podrobnější zkoumání a hodnocení této problematiky.

## Seznam literatury

BRUMFITT, S., SHEERAN, P. *VASES: Visual Analogue Self-Esteem Scale*. Alston Drive: Speechmark Publishing, 2010. 16 s. ISBN 978-0-86388-789-5.

BUTT, P., BUCKS, R. *BNVR: The Butt Non-Verbal Reasoning Test*. Alston Drive: Speechmark Publishing, 2004.

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

CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3.

DUFFY, J. *Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management*. 2nd ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2005. 578 s. ISBN 978-032-3024-525.

FALEIDE, A. O., a kol. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 82-450-0127-9.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. 207 s. ISBN 80-85931-76-6.

HOUSAROVÁ, B. *Kvalita života osob s afázií*. In: JESENSKÝ, J., a kol. *Zdravotně postižení – programy pro 21. století*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. 114-118 s. ISBN 80-7041-234-8.

HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada, 1999. 53 s. ISBN 80-7169-797-4.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 39 s. ISBN 978-80-204-2093-0.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

KOMÁREK, Vladimír a ZUMROVÁ, Alena. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 195 s. ISBN 80-7262-081-9.

- KRÁLÍČEK, P. *Úvod do speciální neurofyzologie*. 3. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2011. 235 s. ISBN 978-80-7262-618-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada Publishing, 2012. 138 s. ISBN 978-80-247-4007-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie pocitů štěstí. Současný stav poznání*. Praha: Grada Publishing, 2013. 131 s. ISBN: 978-80-247-4436-0.
- KULIŠŤÁK, P. a kol. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. 229 s. ISBN 80-85875-38-1.
- KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. 380 s. ISBN 978-80-7367-891-3.
- LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, 2011. 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LOVE, R. J., WEBB, W, G. *Mozek a řeč. Neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5.
- NEUBAUER, K, DOBIAS, S. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 348 s. ISBN 978-80-7435-518-9.
- NEUBAUER, K. *Dysartrie*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 303 – 327. ISBN 80-7178-546-6.
- NEUBAUER, K. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NEUBAUER K. *Terapie dysartrie*. In: LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. 283 - 333 s. ISBN 80-717-8961-5.
- NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 133 s. ISBN 978-80-7435-109-9.



POWELL, T. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4.

PREISS, M. *Token test – aplikace zkrácené verze*. In: *Klinická logopedie v praxi*. Praha: AKL ČR, 1996, čís. 1, roč. III. 20-24 s.

ROUBÍČKOVÁ, J. *Test 3F: dysartrický profil*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2011, 86 s. ISBN 978-80-7262-714-1.

SMRČKA, Martin a kol. *Poranění mozku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 272 s. ISBN 80-7169-820-2.

STUART-HAMILTON, I. *Teorie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

ŠÁCHOVÁ, I. *Narušená komunikační schopnost u dětí s DMO a logopedická péče*. In: KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 274-289 s. ISBN 80-247-1018-8.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 615 s. ISBN 80-7178-546-6.

ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 53 s. ISBN 978-80-7315-160-7.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

#### **Elektronické zdroje:**

HEREJKOVÁ, I., CSÉFALVAY, Z. *Vyšetření řeči v akutní fázi onemocnění (VAFO)*. Praha, AKL ČR, 2007. [online]. [cit. 2016-01-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=aktuality&aid=46> >.

KONRÁD, J. Standardizovaná škála MMSE – sMMSE – jak standardně používat MMSE, 2012: Nejčastější chyby a omyly při administraci a skórování. [online]. [cit. 2016-01-06]. Dostupné na WWW: <[http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202012%20prezentace/sMMSE\\_pravidla\\_administrace\\_cz.pdf](http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202012%20prezentace/sMMSE_pravidla_administrace_cz.pdf)>.

KOŠŤÁLOVÁ, M. a kol. Fakultní nemocnice Brno. Screening afázie MASTcz. [online]. (cit. 2015-10-30). Dostupné z www: <<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>>.

Rehabilitační ústav Hostinné. [online]. [cit. 2016-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.ruhostinne.cz/>>.

## Seznam příloh

<b>Příloha A:</b>	Záznamový list Token testu
<b>Příloha B:</b>	Záznamový list BNVR
<b>Příloha C:</b>	Záznamový list VASES
<b>Příloha D:</b>	Tabulka použitých zkratk v textu
<b>Tabulka č. 1:</b>	Typy dysartrie
<b>Tabulka č. 2:</b>	Základní informace o výzkumném vzorku
<b>Tabulka č. 3:</b>	Genderové rozlišení výzkumného vzorku
<b>Tabulka č. 4:</b>	Bodové hodnocení
<b>Tabulka č. 5:</b>	Frekventovaně přítomné subjektivní obtíže
<b>Obrázek č. 1:</b>	Token test
<b>Obrázek č. 2:</b>	BNVR
<b>Obrázek č. 3:</b>	VASES

## Příloha A

### Záznamový list Token testu

#### TOKEN TEST

##### Hodnocení:

1,0 = za každou reakci do 5 sekund po zadání úkolu

0,5 = za každou správnou reakci po opakovaném zadání úkolu

0,0 = za nedokončený úkol

#### I. Všechny známky vyloženy *INSTRUKCE VE MŮŽE OPAKOVAT*

1. Dotkněte se kolečka	36		
2. Dotkněte se čtverce	38		
3. Dotkněte se žluté známky	40		
4. Dotkněte se červené známky	42		
5. Dotkněte se modré známky	44		
6. Dotkněte se zelené známky	46		
7. Dotkněte se bílé známky	48		

Počet správných odpovědí: .....

#### II. Odeberte malé známky *INSTRUKCE VE MŮŽE OPAKOVAT*

8. Dotkněte se žlutého čtverce	50		
9. Dotkněte se modrého kolečka	52		
10. Dotkněte se zeleného kolečka	54		
11. Dotkněte se bílého čtverce	56		

Počet správných odpovědí: .....

#### III. Všechny známky vyloženy *INSTRUKCE VE NESMÍ OPAKOVAT*

12. Dotkněte se malého bílého čtverce	58		
13. Dotkněte se velkého žlutého čtverce	60		
14. Dotkněte se velkého zeleného čtverce	62		
15. Dotkněte se malého modrého kolečka	64		

Počet správných odpovědí: .....

#### IV. Odeberte malé známky *INSTRUKCE VE NESMÍ OPAKOVAT*

16. Dotkněte se červeného kolečka a zeleného čtverce	66		
17. Dotkněte se žlutého čtverce a modrého čtverce	68		
18. Dotkněte se bílého čtverce a zeleného kolečka	70		
19. Dotkněte se bílého kolečka a červeného kolečka	72		

Počet správných odpovědí: .....

V. Všechny známky vyloženy **INSTRUKCE JE NEPŘÍ OPAKOVAT**

20. Dotkněte se velkého bílého kolečka a malého zeleného čtverce	74		
21. Dotkněte se malého modrého kolečka a velkého žlutého čtverce	76		
22. Dotkněte se velkého zeleného čtverce a velkého červeného čtverce	78		
23. Dotkněte se velkého bílého čtverce a malého zeleného kolečka	80		

Počet správných odpovědí: .....

VI. Odeberte malé známky **INSTRUKCE JE NEPŘÍ OPAKOVAT**

24. Položte červené kolečko na zelený čtverec	82		
25. Dotkněte se modrého kolečka červeným čtvercem	84		
26. Dotkněte se modrého kolečka a červeného čtverce	86		
27. Dotkněte se modrého kolečka, nebo červeného čtverce	88		
28. Odeberte zelený čtverec od žlutého čtverce	90		
29. Jestliže je tam modré kolečko, dotkněte se červeného čtverce	92		
30. Položte zelený čtverec vedle červeného kolečka	94		
31. Dotkněte se čtverců pomalu a koleček rychle	96		
32. Položte červeného kolečko mezi žlutý čtverec a zelený čtverec	98		
33. Dotkněte se všech koleček kromě zeleného	100		
34. Dotkněte se červeného kolečka – ne – bílého čtverce	102		
35. Místo bílého čtverce se dotkněte žlutého kolečka	104		
36. Po dotknutí žlutého kolečka se dotkněte modrého kolečka	106		

Počet správných odpovědí: .....

**Celkový počet správných odpovědí: .....**

**Hodnocení:**

29-36 = nepřítomnost poruchy

25-28 = lehká porucha

17-24 = středně těžká porucha

9-16 = těžká porucha

0-8 = velmi těžká porucha

**Příloha B**

Záznamový list BNVR

**Butt Test of Non-Verbal Reasoning**

Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

			COMMENTS
SAMPLE DIRTY HANDS	Soap	Padded envelope	
	Toothpaste	Hat	
1 CUT FINGER	Radio	Plaster	
	Biscuit	Sticky tape	
2 BEARD	Razor	Hen	
	Teaspoon	Lawnmower	
3 HEADACHE	Brooch	Aspirins	
	Jar of Sweets	Bandage	
4 SQUINTY EYES	Mask	Duck	
	Walking Stick	Glasses	
5 TIRED	Bed	Trailer	
	Butterfly	Stool	
6 SPILT COFFEE	Scarf	Plane	
	Cloth	Dustpan/Brush	
7 EATING DINNER	Pencils	Knife/Fork	
	Lamp	Scissors	
8 BROKEN PENCIL	Sharpener	Axe	
	Daffodil	Wooden Wedge	
9 LOOSE BUTTON	Wellies	Skipping Rope	
	Glue	Needle/Thread	
10 BROKEN CUP/ SAUCER	Tree	Polish	
	Dustpan/Brush	Brief Case & Umbrella	

NVR \_\_\_\_\_ Visual \_\_\_\_\_ Semantic \_\_\_\_\_ Unrelated \_\_\_\_\_ No response \_\_\_\_\_  
 Score \_\_\_\_\_ Score \_\_\_\_\_ Score \_\_\_\_\_ Score \_\_\_\_\_ Score \_\_\_\_\_

# VASES

## Příloha C

### Záznamový list VASES

#### Scoring Sheet

Not being understood - Being understood	1	2	3	4	5
Not confident - Confident	1	2	3	4	5
Cheerful - Not cheerful	5	4	3	2	1
Outgoing - Not outgoing	5	4	3	2	1
Mixed-up - Not mixed up	1	2	3	4	5

Intelligent - Not intelligent	5	4	3	2	1
Angry - Not angry	1	2	3	4	5
Trapped - Not trapped	1	2	3	4	5
Not optimistic - Optimistic	1	2	3	4	5
Frustrated - Not frustrated	1	2	3	4	5

## ***Příloha D***

Tabulka použitých zkratk v textu

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CMP	Cévní mozkové příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Počítačová tomografie
DAT	Demence Alzheimerova typu
hCMP	Hemoragická cévní mozková příhoda
iCMP	Ischemická cévní mozková příhoda
JIP	Jednotka intenzivní péče
KKP	Kognitivně-komunikační porucha
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MR	Magnetická rezonance
NKS	Narušená komunikační schopnost
ORL	otorinolaryngologie
PET	Pozitronová emisní tomografie
PŘK	Porucha řečové komunikace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba