

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Terapie osob s Brocovou afázií v programu
Rehabilitačního ústavu v Hostinném**

Bakalářská práce

Autor:	Andrea Kitová
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika – intervence
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Andrea Kitová

Studium: P14P0728

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Název bakalářské práce: **Terapie osob s Brocovou afázií v programu Rehabilitačního ústavu v Hostinném**

Název bakalářské práce AJ: Therapy of people with Broca's aphasia in program of Rehabilitation Hospital in Hostinné

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zaměřuje na terapeutickou a diagnostickou péči o osoby s Brocovou afázií v Rehabilitačním ústavu v Hostinném. Úvodní kapitoly podávají přehled současných poznatků o problematice afázie, jako neurogenně podmíněné poruše řečové komunikace. Dále vymezuje jednotlivé formy terapie a diagnostických a screeningových metod využívaných u klientů s afázií. Výzkumná část práce je realizována pomocí kvalitativně zaměřeného šetření formou případových studií a přímého pozorování. Tato část textu je dále zaměřována na logopedickou péči s využitím specializovaného počítačového programu MENTIO. Cílem výzkumné části je hledání optimálního parametru pro rozvoj individuální terapie osob se závažnou Brocovou afázií v oblasti diagnostiky a obnovovací terapie.

NEUBAUER, Karel. Neurogenní poruchy komunikace u dospělých. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 227 s., [16] s. obr. příl. (některé barev.). ISBN 978-80-7367-159-4. NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 348 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9. LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-340-6.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

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

Oponent: PhDr. Lenka Neubauerová

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 23. března 2017

.....

Andrea Kitová

Poděkování

Děkuji doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za pomoc a odborné vedení při zpracování této bakalářské práce. Mé poděkování také patří paní Mgr. Filípkové z Rehabilitačního ústavu v Hostinném a pacientům, kteří se na výzkumném šetření podíleli, za výbornou spolupráci.

Anotace

KITOVÁ, Andrea. *Terapie osob s Brocovou afázií v programu Rehabilitačního ústavu v Hostinném*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 117 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se věnuje terapeutické a diagnostické péči o osoby s Brocovou afázií v rámci Rehabilitačního ústavu v Hostinném.

Úvodní kapitoly této práce pojednávají o historii a současných poznatcích problematiky afázie. Zaobírají se etiologií, symptomatologií i klasifikací fatické poruchy. Následující kapitoly jsou cílené na jednotlivé formy terapeutických a diagnostických metod využívaných u klientů s neurogenně podmíněnou poruchou řečové komunikace.

Obsahem výzkumné části práce je kvalitativně zaměřený výzkum. Jedná se o případové studie a přímé pozorování. Výzkumná část práce obsahuje dvě dílčí části. První část popisuje využití dvou screeningových testů, kterými jsou Token Test a The Butt Non Verbal Reasoning Test. Druhá část pojednává o logopedické péči s využitím specializovaného počítačového programu MENTIO.

Klíčová slova: afázie, logopedická intervence, screeningové testy, počítačový program MENTIO.

Anotation

KITOVÁ, Andrea. *Therapy of people with Broca's aphasia in program of Rehabilitation Hospital in Hostinné*. Hradec Králové: Faculty of Education, Univerzity of Hradec Králové, 2017. 117 pp. Bachelor Degree Thesis.

This Bachelor thesis deals with therapeutic and diagnostic care for people with Broca's Aphasia at the Rehabilitation Institute in Hostinné.

The initial chapters of this work look into the history as well as current knowledge about aphasia. This part also explains etiology, symptomatology and classification of the disorder. The following chapters talk about various forms of therapeutic and diagnostic methods that can be used for patients with acquired neurogenic speech communication disorder.

The content of the study is qualitatively oriented research done in particular by case studies and observation. This qualitative research is further divided into two subsections. The first subsection describes the use of two screening tests, which are the Token Test and the Butt Non-Verbal Reasoning Test. The second subsection focuses on speech therapy/logopedics using customised computer program MENTIO.

Keywords: aphasia, speech therapy, logopedics, screening tests, computer program Mentio

Obsah

Úvod.....	1
1. Afázie.....	2
1.1. Vymezení pojmu afázie	2
1.2. Afaziologie.....	3
1.3. Historické vymezení	3
1.3.1. Česká republika.....	8
1.4. Etiologie a symptomatologie afázie.....	9
1.4.1. Etiologie afázie	9
1.4.2. Symptomatologie afázie	12
1.5. Klasifikace afázie.....	14
1.5.1. Bostonská klasifikace	14
1.5.2. Kimlova klasifikace	20
1.5.3. Lurijova klasifikace	21
1.5.4. Hrbkova klasifikace	22
1.5.5. Olomoucká klasifikace	23
2. Diagnostika afázie	26
2.1. Orientační vyšetření	26
2.2. Screeningové vyšetření	26
2.3. Komplexní klinické logopedické vyšetření	28
2.4. Zaměřené vyšetření kognitivních funkcí	29
2.5. Lurijův přístup k diagnostice afázie.....	29
2.6. Diferenciální diagnostika	30
3. Terapie afázie	31

3.1.	Kognitivně-neuropsychologický přístup.....	31
3.2.	Pragmatické (funkcionální) přístupy	33
3.3.	Skupinová terapie	34
3.4.	Lurijův neuropsychologický přístup.....	35
3.5.	MIT – Melodicko-intonační terapie.....	36
3.6.	Tlumení perseverací.....	36
4.	Terapie osob s Brocovou afázií.....	37
4.1.	Výzkumný cíl.....	37
4.2.	Metodika výzkumného šetření.....	37
4.2.1.	Případová studie.....	38
4.2.2.	Standardizovaný rozhovor	38
4.2.3.	Pozorování	39
4.3.	Popis programu	39
4.4.	Průběh logopedické intervence	48
4.5.	Případová studie č. 1	49
4.6.	Případová studie č. 2	72
4.7.	Případová studie č. 3	91
4.8.	Zacílené porovnání případových studií.....	110
	Závěr	112
	Použitá a citovaná literatura	113
	Seznam obrázků	116
	Seznam tabulek	117
	Seznam příloh	118

Úvod

Afázie je ztráta schopnosti mluvené řeči, která nejen zasahuje do produkce řeči, ale i do jejího porozumění a psaní. Při propuknutí fatické poruchy se nejvíce ovlivní právě produkce mluvené řeči, avšak dochází i k dalším přidruženým deficitům, jako je například omezená hybnost – paréza. Osoba trpící afázií prochází kompletní změnou svého života. Náhle se není schopna dorozumět se svým okolím, musí nalézt nový způsob komunikace. Tato změna celkového zdravotního stavu vede i k poruchám psychickým. Bez předešlých příznaků jsou tyto osoby závislé na svém okolí, ochabují jejich sociální kontakty, trpí obtížemi v paměti a pozornosti, a to vede k pocitům úzkosti a depresím. Nejbližší okolí se nakonec naučí se nějakým způsobem dorozumět s afatikem, ale tato komunikace možná už nikdy nebude zcela intaktní. Proto je důležitá včasná diagnostika, a hlavně následná logopedická, psychologická i fyzioterapeutická péče.

Cílová skupina bakalářské práce byla vybrána ze dvou hlavních důvodů. Osoba, která je součástí mé rodiny, utrpěla před několika lety úraz hlavy. Následná situace zasáhla všechny členy rodiny. Byla mu diagnostikována Brocova afázie. Můj strýc byl velký sportovec, povoláním horolezec. Životní situace, i když to na svém jednání nedává znát, ho velice změnila. Trpěl těžkými depresemi a jeho rodinné vztahy ochladly. I přes docházení na logopedickou terapii, je jeho expresivní složka řeči velice chudá. Jeho silnou stránkou je, že se nikdy nevzdává a usiluje o alespoň malé zlepšení svých schopností. Druhým důvodem bylo pomoci těmto osobám, se kterými jsem se setkávala po dobu svých odborných praxích, v rozvoji jejich řečové komunikace

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část podává přehled o současných poznacích problematiky afázie. Podrobněji se zaměřuje na vysvětlení pojmu afázie, historie afaziologie jako oboru, etiologii, symptomatologii, diagnostice a terapii. Druhá část práce pojednává o kvalitativním šetření a vypracování tří případových studií.

Prvním krokem ve výzkumu byla diagnostika pacienta. Token Test zjistit do jaké míry je osoba s afázií schopna porozumět mluvené řeči. Výsledky BNVR testu prokazovaly, zda se u jedince vykazují projevy kognitivní poruchy. Následná obnovovací terapie se zaměřovala na specializovaný počítačový program Mentio, který byl nastaven pro individuální potřeby jedince.

1. Afázie

První kapitola pojednává o pojmu afázie, oboru afaziologie a historii tohoto oboru. Následně se zaměřuje na etiologii, symptomatologii a klasifikaci afázie jako fatické funkci.

1.1. Vymezení pojmu afázie

Termín afázie je odvozen z řeckého *phasis* – řeč, *a* – značí zápor (Čecháčková in Škodová, 2003). Afázie je součástí neurogenních poruch řeči a také patří mezi získané poruchy fatických funkcí (Vitásková, 2013).

První popis afázie publikoval v polovině 19. století neurolog Paul Broca. Při pitvě svého pacienta s poruchou expresivní řeči zjistil poškození v precentrální oblasti levého frontálního laloku mozku (Cséfalvay in Lechta, 2003). Love (2009) uvádí, že snad nejvýznamnější z jeho závěrů je tvrzení, že mozkové hemisféry jsou funkčně asymetrické a že řečové centrum se u většiny populace nachází v levé mozkové hemisféře.

V níže uvedeném textu se často vyskytuje pojem fatické funkce. Vitásková (2013, s. 7) uvádí, že fatické funkce mohou být definovány různým způsobem. Psychologický slovník definuje pojem „fatický“ jako „*týkající se řeči, mluvy*“ a dále fatické funkce charakterizuje jako „*specificky lidské činnosti, jako je schopnost mluvit, číst, psát, počítat a rozumět řeči mluvené i psané*“. Do fatických funkcí patří schopnost užívat řeč mluvenou (orální), psanou (grafickou, např. formou čtení – lexie a psaní – grafie), počítat a symbolicky myslet v abstraktních pojmech, včetně schopnosti používat sémantiku (tedy adekvátně pracovat se slovním významem).

„Afázie je náhle vzniklá ztráta schopnosti mluvené řeči a rozumění mluvené a psané řeči. Vzniká převážně při poškození levé mozkové hemisféry, která je dominantní pro lingvistické struktury naší řečové komunikace“ (Neubabueroová, 2011, s. 57)

Avšak každý autor definuje pojem afázie jiným způsobem.

Podle Love (2009, s. 235) afázii lze definovat jako „*postižení schopnosti jazykové produkce a percepce, jež vzniká na základě získaného poškození centrálního*

nervového systému. Je to multimodální porucha, která se může projevat rozmanitými obtížemi v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní.“

Podle Neubauera (2014) je afázie nazývána jako náhle vzniklá ztráta schopnosti mluvené řeči a rozumění mluvené a psané řeči. Vzniká převážně při poškození levé mozkové hemisféry, která je rozhodující oblastí pro intaktní lingvistické struktury naší řečové komunikace.

Čecháčková (2003) uvádí že, afázie patří do kortikálních poruch (kam spadají i kognitivní funkce), k němuž řadíme také agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruchy pravo-levé orientace, poruchy orientace v prostoru, atd.

Podle Cséfalvay (2003) afázii charakterizují tyto atributy: jde o získané narušení komunikační schopnosti týkající se poruch symbolických procesů, které vzniká při ložiskových poškozeních mozku jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na psychické funkce člověka.

Jak už jsem zmínila, afázie je získané poškození komunikačních schopností. Jak uvádí Neubauerová (2011) zasahuje všechny modalities řeči (expresivní a receptivní, mluvenou a psanou řeč) a v různé míře také veškeré roviny jazykového systému (foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou).

1.2. Afaziologie

Na zkoumání afázie jako získaných poruch fatických funkcí je velmi zaměřena kognitivní neuropsychologie, a to především proto, že zkoumá procesy zpracování informací prostřednictvím zkoušek zaměřených na patologické typy užívání fatických funkcí.

Problematiku afázie zkoumá v podstatě samostatný podobor logopedie – afaziologie. Afaziologie souvisí i s jinými disciplínami, jako jsou: lékařské (neurologie, neuroanatomie, neurobiologie, klinická či behaviorální neurologie), zdravotnické (rehabilitace, fyzioterapie), lingvistické (psycholingvistika, neurolingvistika) a přírodní vědy (biokybernetikou, biofyzikou).

1.3. Historické vymezení

Dle Vitáskové (2013) kognitivní neuropsychologie zkoumání afázií jsou úzce spjatá se zakladateli a zastánci neurologie – např. s Normanem Geschwindem,

(behaviorální neuropsychologie), lingvistiky – např. s Noamem Chomskym (generativní gramatika a strukturální lingvistika), či vývojové neurologie – např. s Ericem Lennebergem.

Historie zkoumání afázie se může shrnout do následujících etap (Love, Webb in Vitásková, 2013)

1. Vznik lokalizacionismu

Pierre Paul Broca, William Ogle, Carl Wernicke a Joseph Dejerine v druhé polovině 19. století definovali tzv. centra řeči v mozku, která dle tehdejšího názoru přímo zodpovídala za řízení určitých specifických řečových či jazykových schopností. Může se tak hovořit o Brocově motorickém, Wernickeově sensorickém a Dejerinově vizuálním centru řeči. Sigmund Freud ve stejném období popsal sensorické typy agnozie. Liepmann popsal a klasifikoval poruchy výkonu motorických funkcí – apraxie.

2. Období 1. sv. války

V této době byl nedostatek logopedů, začali tak provádět první pokusy o intenzivnější diagnostiku a terapii získaných fatických poruch neurologové (např. Lee Edward Travis zastával Ortonovu teorii ovlivnění fatických procesů lateralizací a specializací mozkových hemisfér). Jejich motivace vyčpěla především u případů válečných traumatických poranění hlavy.

3. Období 2. sv. války

V tomto období opět přibyly případy válečných zranění hlavy, avšak výjimkou v těchto letech je, že se touto problematikou začali zabývat i logopedové. Logopedi své budoucí poznatky čerpali z publikací např. Wepmana, Penfielda, Chomského, Lenneberga, Sperryho (zabýval se pokusy s lateralizací mozku a popisem specializace pravé a levé mozkové hemisféry) a dalších.

4. Rozvoj přístrojových zobrazovacích metod

V 50. l. 20. st. se začaly využívat přístrojové metody k rozpoznání lateralizace mozkových hemisfér.

V 70. l. 20. st. se již objevily přístrojové metody klinické diagnostiky v neurologii, které stavěly na neinvazivních zobrazovacích metodách. Vyvíjely se přes CT (počítačová tomografie), PET (pozitronová emisní tomografie), SPECT (jednofotonová spektrální emisní tomografie), MRI (magnetická rezonance) a další.

Mezi významné odborníky v této problematice řadíme např. Paula Brocu, Carla Wenickeho, Normana Geschwinda, Kussmaula, Alexandra Romanoviče Luriju, Andrewa Kertesze, Petra Kulišťáka, Karla Heverocha.

Další historický pohled na afázii předložil ve své práci Leichner (Cséfalvay, 1986), který vymezuje čtyři etapy afaziologické historie.

1. Sporadické opisy afázie (do r. 1800);
2. začátky systematického bádání afázie (1800 – 1860);
3. vznik tzv. klasické afaziologie (1860 – 1945);
4. moderní afaziologie (po r. 1945);
5. neurovědní afaziologie (od 80 let 20. století).

1. Sporadické opisy afázie

Toto období Leischner datuje do roku 1800. Období zahrnuje první zmínky o mozku jako orgánu, který umožňuje duši mluvit – před 2500 lety př. n. l. popsal souvislost mozku a řeči řecký lékař Alkmaeon z Krotonu. Někteří autoři již publikovali přesné popisy klinických obrazů afázie. Popis amnestické afázie uvedl van Swieten již v roce 1771. Popis motorické afázie uvedl Rommel v r. 1683.

2. Začátky systematického bádání afázie

Toto období je datováno v letech 1800 – 1860. K nejvýznamnějším počínům patřily práce Franze Josefa Galla (1758 - 1828) – opíral se především o pozorování a experimenty. Provedl rozsáhlou strukturální analýzu mozku na lidech i zvířatech. Tvrdil, že „*mozek je centrem vyšších mentálních aktivit*“. Badatel Pierre Flourens potvrdil Gallovu teorii na základě experimentu, a to, že odnětí některé části mozku má vliv na chování i na řečový projev. Avšak Gallova frenologie zahrnovala chybný předpoklad, že povrch mozku, jednotlivé závity a jejich struktura se otiskují z vnitřní strany lebky a na její vnější straně jsou hmatatelné. Gall také popsal a lokalizoval

27 struktur na povrchu lebky, které odpovídaly určitým schopnostem. Čtrnáctá struktura zahrnovala smysl pro slova, jména, paměť pro slova a verbální paměť. Gall svá tvrzení podložil řadou případů a pozorování. Např. pacienta, vojáka, který pro prodělané „mrtvici“ nebyl schopen vyjádřit své pocity a myšlenky pomocí řeči. Avšak jeho tvář nevykazovala známky porušeného intelektu a byl schopen reagovat na výzvy. Bohužel nebyl schopen slova opakovat a ani je verbálně vyjádřit. Na závěr konstatoval: „*smysl pro slova není nic jiného než součást smyslu pro mluvenou řeč*“.

V tomto období se častěji objevovaly práce, které dávaly poruchy řeči do příčinné souvislosti s mozkovými lézemi. Jean-Baptiste Boulliaud se přikláněl k teorii, že řeč je součástí specifických mozkových struktur, ale Gallovu frenologii kritizoval. Začal hledat nové metody, aby podpořil Gallovu teorii, že jednotlivé části mozku mají své specifické funkce. V r. 1825 popsal funkci mozkového centra ve frontálním laloku, jenž má vliv na pohyby při řečové produkci. Tato tvrzení se stala terčem kritiky fyziologů, jako Jean Cruveilhier, Gabriel Andral a Claude François Lallemand. Nekonec neurolog Jacque André Rochoux frenologii prohlásil za mystifikaci (šíření nepravdivých zpráv). Bouillaud se ve svých 65 letech dočkal významného objevu Paula Brocy.

Francois Magendie byl průkopníkem experimentální fyziologie – popsal otvor ve čtvrté mozkové komoře (foramen Magendi).

3. Vznik klasické afáziologie

V tomto období, resp. v roce 1936 upozornil Marc Dax, že porušení řečových schopností se objevuje jen při levostranném postižení mozku.

Ernest Auburtin se začal věnovat případům Jeana-Baptiste Boulliauda. Při své práci studoval pacienta, který „ztratil řeč“, ale všemu rozuměl a inteligentním způsobem odpovídal pomocí znaků. Nejdříve byl několik let v Pařížském hospici pro mentálně postižené, poté v nemocnici pro nevléčitelně nemocné. Na základě symptomů diagnostikoval měknutí čelních laloků.

Paul Broca vyšetřoval pacienta ve věku 51 let, který „ztratil řeč“. Říkal mu „Tan-tan“, jelikož žádné jiné slovo neuměl vyslovit (Challoner, 2007). Tan-Tan měl pravostrannou paralýzu, ale zdál se inteligentní. Během posmrtného ohledání Tan-Tanova mozku lokalizoval poškození v čelním laloku levé mozkové hemisféry

(Challoner, 2007). Broca tedy konstatoval, že v diagnostice měl Auburtin pravdu – pacientovi byla prokázána frontální léze. Několik dní poté pacient zemřel. Broca zahájil podrobnou studii, jejímž výsledkem byla lokalizace řeči do třetího závitu na levostranném frontálním laloku. Poruchu původně nazval afémie.

Zhruba deset let po Brocově zjištění učinil německý neurolog Carl Wernicke podobný objev – lokalizoval kortikální oblasti zodpovědné za chápání významu slov (Challoner, 2007). Popsal poruchu porozumění řeči při poškození posteriorních lézí levého mozkového laloku. Afázii tak obohatil nejen o receptivní poruchu řeči, ale i transkortikální a subkortikální.

V tomto období Armand Trousseau navrhl termín afázie a postupně nahrazoval Brocovu afémii. Návrhů nynějšího termínu afázie bylo několik, např. aphrasie, asymbolie, asémie.

Arnold Pick při zkoumání afázie kladl důraz na význam lingvistiky. Je znám jako objevitel syndromu Pickova nemoc. Dále zkoumal psychiatrické a neuroanatomické problémy řeči. Pickův komplex zahrnuje také primárně progresivní afázii.

4. Moderní afaziologie

Toto období se zařazuje na konec 2. světové války. Afaziologie se stala praktickou disciplínou rozšiřující se i do oblasti psychologie, psycholingvistiky, lingvistiky a neurolingvistiky (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Dalšího klasifikačního pokusu se chopil A. R. Lurija. Lurijova klasifikace označuje afázii jako součást poruch vyšších kortikálních funkcí.

V tomto období se také rozvíjely afaziologické školy:

- Bostonská škola;
- Britská neuropsychologická škola;
- Kanadská škola;
- Italská afaziologická škola;
- Německá neurologická škola.

Dále moderní afaziologii zasáhl prudký rozvoj zobrazovacích (80. l. 20. st.) a funkčně zobrazovacích metod (90. l. 20. st.) sloužící ke komplexnímu vyšetření

řečových funkcí. Jedná se o základní vyšetření řečových funkcí při psychologickém a neuropsychologickém, psychiatrickém a neurologickém vyšetření.

Logopedické postupy přidávají do vyšetřovacích metod prvky určených k diagnostice dalších kognitivních funkcí (paměť, pozornost, vizuoprostorových schopností, intelekt apod.)¹

1.3.1. Česká republika

Vývoj názorů na možnosti diagnostiky a terapie neurogenních poruch řečové komunikace v České republice procházel méně plynule než v jiných vyspělých státech, zejm. anglo-amerických. Byl zde poměrně malý rozsah odborné literatury o nových poznatcích z oblasti péče o osoby s neurogenními poruchami řečové komunikace. To je dle Neubauera (2007) zapříčiněno tím, že problematika PŘK jazykovědných a medicínských oborů zůstává stále na okraji zájmu a jistými limity rozvoje rehabilitačních oborů v této oblasti. Česká logopedie je dlouhodobě zaměřená na speciálně-pedagogickou problematiku a vývojové poruchy u dětí. Nereflektovala na vývoj poznatků a systémů terapeutické pomoci pro dospělé osoby adekvátně zahraničním zkušenostem a praxi. Dalším takovým aspektem, na který poukazují i jiní autoři (např. Preiss, 1998; Kuliš'ák, 2003), je omezený rozvoj neuropsychologické rehabilitace a diagnostiky.

Avšak tato situace se v posledních 10 letech změnila. Zásluha je v přednášení moderních poznatků ze zahraničí a rozvoj zdravotnických zařízení věnující se komplexní rehabilitační péči o dospělé. Dále je potřeba rozvíjet komplexní specializační studium klinických logopedů v ČR. Rozvíjí se formy domácí péče o imobilní osoby po traumatech CNS, formy spolupráce se zařízeními sociální a charitativní péče – dá se považovat za dnešní trend.

Diagnostiku velice ovlivnilo několik publikací, např. diagnostický materiál „Pražské afaziologické vyšetření“ z roku 1964. Jedná se o diagnostickou škálu vycházející z Hrbkovy koncepce fatických funkcí a formy jejich procentuálního kvantitativního zhodnocení. Další publikace vycházely z klasické Bostonské klasifikace. V r. 1995 Cséfalvay publikoval vyšetření vycházející z Lurijovské

¹ E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc: Poruchy řeči – fatické poruchy, afázie. In: *E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc* [online]. 2010 [cit. 2016-10-17]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki/?p=3884>

neuropsychologické metodologie. Následně bylo publikováno několik terapeutických metodických materiálů např. od Šromy (1956), Truhlářové (1984), Mimrové (1997).

Další rozvoj neuropsychologické diagnostiky a spolupráci s logopedickou péčí jsou vázány na práce Preisse (1996, 1997, 1998) a ústí v publikaci experimentální verze screeningové zkoušky afázií a jejího užití pro diferenciatní diagnostiku neurogenních PŘK.

Od konce 80. l. 20. st. postupně vzrůstá i v ČR vliv slovenské afaziologie, která je prezentována pracemi Hrnčiakové (1985), Cséfalvaye (1990). Zásadní publikace byla Afaziologia pre klinickú prax (Cséfalvay, Traubner, 1996).

První materiály zaměřené na další diferenciaci získané neurogenní poruchy u dospělých osob, rozvoj diferenciatní a diferencované diagnostiky a terapie vznikají až v průběhu posledních let.

Významným stimulačním faktorem je periodikum „Diagnostika a terapie poruch komunikace“ vydávaného Asociací klinických logopedů České republiky.

1.4. Etiologie a symptomatologie afázie

Následující kapitola pojednává o etiologii, nebo-li příčinách vzniku afázie, a o symptomatologii jakožto příznacích či projevech tohoto onemocnění.

1.4.1. Etiologie afázie

Porucha fatických funkcí vzniká na základě organické léze mozku. Poškození CNS může být ložiskové nebo difúzní. Podle Sováka (1978) afázie vzniká na podkladě orgánového poškození mozkové tkáně dominantní hemisféry (Škodová, 2003).

Příčiny vzniku afázie jsou různé, vždy jde však o poruchu získanou (Čecháčková, 2003). Podle Neubauera (2007) získané neurogenní poruchy komunikace nejčastěji vznikají na základě čtyř mechanismů:

1. cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody;
2. traumatická poškození CNS (úrazy);
3. nádory a infekce CNS;
4. degenerativní onemocnění CNS.

Čecháčková (2003) zahrnuje mezi nejčastější příčiny poruchy fatických funkcí, kromě výše uvedených také intoxikaci mozku a zmiňuje dětskou afázii.

Nejpočetnější skupinu však tvoří pacienti, u nichž afázie vznikla po mozkovém infarktu neboli cévní mozkové příhodě.

Cévní onemocnění mozku (cerebrovaskulární onemocnění) je neurologické onemocnění, které zahrnuje ložiskovou ischemii mozku a krvácení do mozku. Souborně se tato onemocnění nazývají náhlé cévní mozkové příhody (Cséfalvay in Vitásková, 2013).

Cévní mozková příhoda vzniká nejčastěji u osob ve věku 60 – 75 let, jsou však zaznamenáni pacienti s nižším věkem, zhruba od 45 let, ale i níže (Neubauer, 2007, s. 32).

Podle Čecháčkové rozdělujeme CMP na dvě základní skupiny: cévní příhody hemoragické (krvácení) a cévní příhody ischemické (snížené prokrvení mozku).

Nejčastější příčinou **cévní příhody hemoragické** je hypertenze neboli vysoký krevní tlak. Při prasknutí aneurysma (tepenná výduť) dochází ke krvácení do mozku. Po úrazu hlavy může vzniknout hematoma, který může utlačovat okolní mozkovou tkáň. Důsledkem toho nastává syndrom nitrolební hypertenze – zpomaluje se tep, zvyšuje krevní tlak, dostavuje se nespavost, ztráta vědomí a oslabení končetin. Krvácení může vzniknout v jakékoliv části mozku, nejčastější oblasti jsou bazální ganglie, mozkové laloky, mozkový kmen a mozeček a intermeningeální krvácení (výlev krve mezi mozkové pleny).

Příčinou **cévní příhody ischemické** je hypoperfuze, trombóza mozkových cév a embolie. Hypoperfuze znamená, že průtok krve je snížen, příčinou je srdeční choroba či pokles krevního tlaku. Důsledek trombózy mozkových cév je srážení krve v cévách, které se vyvíjí postupně a pozvolna, základní příčinou bývá arterioskleróza. Třetí příčinou je embolie. Jedná se o uzavření mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou. Na rozdíl od trombózy je průběh na začátku rychlý, embolus se může rozpadnout nebo jeho částičky uzavrou drobnější cévy (Čecháčková, 2003).

Cévní mozková příhoda vzniká nejčastěji náhle, z 80% je příčinou ischemie části mozkové tkáně pro uzavěr některé z tepen zásobujících krví tuto oblast. Ve 20 % případů je příčinou hemoragický proces – prasknutí (reptura) tepny s krevním výlevem do okolní mozkové tkáně. Méně častou příčinou, ale velice závažnou, je subarachnoidální krvácení z reptury aneuryzmatu – vrozně vzniklého oslabení cévní stěny (Neubauer, 2007, s. 32).

U 90 % osob, které CMP přežijí, dochází k různě rychlému návratu porušených funkcí v době zhruba jednoho i více let. Těmto lidem je nutné věnovat systematickou rehabilitační péči.

Při úrazech a poranění mozku se setkáváme s otřesem mozku a zhmožděním mozku. Zatímco otřes (komoce) mozku je krátká ztráta vědomí, která většinou nezpůsobí fatickou poruchu, zhmoždění (kontuze) mozku se řadí jako příčina vzniku. U středně těžkého poranění bývá afázie přítomna, avšak mívá dobrou prognózu. (Čecháčková, 2003). Dle Neubauera (2007) jsou úrazy mozku častou příčinou vzniku neurogenních PŘK. Po CMP jde o druhou nejčastější příčinu vzniku, často důsledkem vzrůstajícímu počtu dopravních nehod se závažnými následky.

U **mozkových nádorů** záleží spíše na jejich lokalizaci, nikoliv jen histologické povaze nádoru, tzv. benigní (nezhoubné) či maligní (zhoubné) nádor (Čecháčková, 2003). Mozkové tumory se vyskytují asi u 0,3 – 2,6% všech neurologických pacientů. Podle lokalizace a typu tumoru se mohou projevit následné obtíže v rámci celého spektra neurogenních poruch komunikace. Poruchy funkcí se většinou neobjevují náhle, ale spíše postupně. Z této etiologie často vychází vznik tzv. primárně progresivní afázie (Neubauer in Vitásková, 2007).

Při **zánětlivých či infekčních onemocnění mozku** neboli encefalitidě se jedná o akutně probíhající onemocnění postihující mozkovou tkáň i mozkové pleny (meningoencefalitida). Původcem je nejčastěji virus.

U **degenerativních onemocnění** se jedná nejčastěji o Alzheimerovu nemoc, která se projevuje postupnou deteriorací kognitivních funkcí a porušením adaptace pacienta na sociální prostředí. Afázie má kolísavý průběh. Začíná poruchami paměti a končí závažným postižením kognitivních funkcí. Další degenerativní onemocnění, u kterého se může vyskytnout afázie, je Pickova nemoc. Jedná se o rozvoj demence s atrofií mozkových laloků (Čecháčková, 2003). Jako další degenerativní onemocnění může být Parkinsonova choroba. Jedná se o pomalu nastupující a pozvolna progredující dysartrii a dyspraxii. Většina těchto onemocnění zasahuje především centrální motorický systém, nikoli kognitivní a fatické funkce (Neubauer, 2007).

V poslední době se zvyšuje nárůst poškození mozku v souvislosti s **intoxikací** - požíváním drog, vyšší konzumace alkoholu, otravy CNS jedovatými

plyny (např. oxidem uhelnatým). V důsledku intoxikace dochází k poruchám komunikace i deterioraci celé osobnosti člověka (Čecháčková, 2003).

Dětská afázie vzniká v důsledku náhlého poškození dosud normálně se vyvíjející CNS. Příčiny jsou podobné jako u dospělých – traumata mozku, zánětlivá onemocnění mozku, intoxikace mozku, nádorové onemocnění mozku. U dětí nebývá častou příčinou CMP. Výjimkou jsou cévní malformace – prasklé aneuryzma může způsobit krvácení do subarachnoidálního prostoru. Nejčastější příčinou bývají kraniocerebrální traumata (Čecháčková, 2003).

1.4.2. Symptomatologie afázie

Podle Neubauera (2014) nejčastějšími specifickými symptomy této poruchy jsou **dysnomie** a **parafrázie**.

Pacienti trpící **dysnomií** mají obtíže v pojmenování určitého pojmu na základě obtíží ve výběru ze sémantické jazykové sítě, nikoli primárně na základě amnestického syndromu. Nejde o ztrátu paměťové informace, ale o obtíže v jejím vybavování.

U **parafrázie** mají obtíže s náhradou určitého pojmu a poruchy ve vybavování pojmu z jazykového systému. Parafrázie mohou být fonemické nebo sémantické. Fonemické znamenají záměny fonému (dům – dým) a sémantické znamenají záměny v pojmovém okruhu (židle – stolička). Dále sem patří neologismy, slovní bezsmyslné tvary či novotvary, často ale jde spíše o nesrozumitelné záměny, tzv. slovní parafrázie.

Jak uvádí Čecháčková (2003) afázie je ztráta exprese nebo percepce řeči v důsledku mozkového postižení, z toho vyplývá, že se rozděluje na expresivní a percepční afázii. Na začátku 80. let 20. století se fatické funkce dělily na **nonfluentní** a **fluentní** – podle zkoušky konverzační mluvy. Fluence znamená plynulost řečového projevu. Normální řečová produkce je 120 slov za minutu. Pokles nad 50 slov je označován jako nonfluence a nad 200 slov za minutu je označována hyperfluence.

Fluentní afázie tedy znamená normální produkci slov za minutu. U hyperfluentní afázie pacient používá nevhodné výrazy, které mají nízký obsah informace. Patří sem třeba logorhea s téměř nulovou informační hodnotou. Vyskytují se zde neologismy – chyby v gramatické stavbě, záměny hlásek, slabik a slov.

Podle Čecháčkové (2004) je parafázie základní charakteristický symptom. Jsou tři základní typy. První, **fonemická**, znamená, že je slovní tvar deformovaný, ale obsahuje některé správné prvky daného slova – lze rozumět jeho významu (papír – patír, kočka – koťa). Druhá, **žargonová**, znamená že slovo je k nepoznání změněné a nelze porozumět produkované řeči (např. ždrucha – židle). U třetího typu, **sémantické**, si pacient nemůže vzpomenout na slovo, nahrazuje ho podobným anebo vysloví význam daného pojmu.

Dále do symptomů afázie řadí **parafrázi**. Oproti parafázii znamená sníženou schopnost až neschopnost větného vyjádření. Je charakteristická pro expresivní (Brocovu) afázii. Např. místo „Budu muset odejít“ řekne „Já tam“).

Časté symptomy mohou být např. poruchy rozumění, perseverace, logorhea a anomie.

Poruchy rozumění nemusí být ihned patrné. Pacient často vykoná příkaz nebo pokyn ošetřujícího personálu. Avšak se stává, že vykoná jednoduchou výzvu správně, ale složitější mu dělá problémy z důsledku neporozumění nebo nezapamatování příkazu.

Perseverace znamená ulpívání na předchozím předmětu i při dalších odpovědích, kdy daný podnět již nepůsobí. Například pacient má za úkol vyjmenovat měsíce v roce. Další úkol je pojmenování částí těla a pacient je označuje jako měsíce.

Logorhea neboli překotný tok řeči se projevuje jako překotná rychlá mluva se sníženým rozuměním. Většinou je součástí percepční afázie.

Anomie neboli porucha pojmenování bývá součástí amnestické afázie. Projevuje se tak, že pacient není schopen označit vhodným slovem určený předmět.

V závislosti na různých druzích afázie mohou být projevy jiné, často se setkáváme s osobami s afázií, které mají obtíže v identifikování a třídění slyšených zvuků – akustická agnózie. Dále mají obtíže ve čtení a porozumění psané řeči – alexie, tato ztráta může být totální či částečná. Často se také setkáváme s poruchou početních operací paměťových i písemných (Kulišťák, 1997).

1.5. Klasifikace afázie

Klasifikace afázií je různorodá, jednotný systém dosud nebyl vytvořen. Avšak právě určitá specifická u rozličně kombinujících se poruch tuto problematiku ztěžuje. Dnešní pohled na afázie je komplexnější, neboť bereme fatickou poruchu jako součást tzv. poruchy kortikálních funkcí.

Afázie je lingvistickou, neurogení a kognitivní poruchou. Rehabilitace pacientů s afázií je tedy záležitostí interdisciplinární. Na terapii se podílejí v různých fázích onemocnění neurologové, kliničtí logopedi, kliničtí psychologové, neuropsychologové, lingvisté.

V klinické praxi je dosud nejužívanější následující základní rozlišení na afázií:

- motorickou (Brocovu, expresivní);
- senzorickou (Wernickeva, receptivní);
- totální – globální.

Toto dělení rozlišuje, zda je porušena vlastní řečová produkce (vytváření kódů) v případě expresivní afázie, nebo jestli je porušeno rozumění (dekódování řeči) u receptivní afázie.

Expresivní složka řeči vyjadřuje úroveň spontánního projevu, reprodukce čteného, pojmenování předmětů atd. Zde nezjistíme, zda pacient nepojmenuje viděné, protože má poruchu exprese, anebo pro výrazné problémy s pamětí. Tak bychom mohli pokračovat i u percepční afázie, kdy potřebujeme zjistit, zda k poruše vnímané řeči došlo ihned při vstupu informace, anebo až při jejím zpracování.

Pro přehled uvádím některé nejužívanější typy klasifikace afázií:

1.5.1. Bostonská klasifikace

Tato klasifikace se opírá o hodnocení spontánního projevu a jeho plynulosti (fluence), nebo neplynulosti (nonfluence). Významným kritériem jednotlivých typů je schopnost (neschopnost) opakování mluvené řeči. Hodnotí pojmenování viděného a rozumění mluvenému a vyšetřuje grafii. Klasifikace akceptuje lokalizaci dané mozkové léze, avšak nevyšetřuje praxii, gnozii, orientaci v prostoru atd. Proto se dá říci, že dominuje lingvistický aspekt.

1.5.1.1. Brocova afázie

Brocova afázie vzniká při lézi zadní třetiny levého dolního frontálního laloku, na parietofrontálním a frontotemporálním pomezí spolu se sousedícími korovými poli a přilehlou bílou hmotou, případně bazálními ganglii. (Koukolík, 2000).

Nejnápadnější symptom u této afázie je těžce utvářená mluva s četným výskytem parafrází i parafrází. Pacient často vykonává tzv. opravné artikulační pokusy. Je zde porucha diferenciačního artikulačně-mnestického procesu. Při těžkém postižení se pacient pokouší o něm artikulační postavení. Časté jsou agramatismy, depešový styl mluvy, nonfluentní projev. Obtíže činí i opakování, v těžších případech afatik zopakuje slovo parafaticky. Může být přítomna i dysartrie, ale častá chyba bývá záměna Brocovy afázie za dysartrii (Čecháčková, 2003).

Při opakování mluveného projevu se manifestují stejné příznaky jako při spontánní řeči (Koukolík, 2000).

Prognóza tohoto onemocnění závisí na povaze, lokalizaci a rozsahu poškození mozkové tkáně. Zlepšování řeči bývá často pomalé, trvá několik let. Zvolněné tempo řeči a mnestické obtíže často přetrvávají (Kiml, 1969). Brocova afázie v průběhu často přechází do transkortikální motorické, kondukční nebo anomické afázie (Neubauer, 1997).

1.5.1.2. Wernickeova afázie

Wernickeova afázie je pojmenována podle Karla Wernickea, který roku 1874 definoval tzv. senzorickou afázii při lézi v temporálním laloku. Tato afázie vzniká v důsledku lézí zadních částí superiorního temporálního a temporoparietálního pomezí levé hemisféry, oblasti, která patří ke sluchové asociační kůře.

Při Wernickeově afázii je mluva plynulá a spontánní řeč není omezená. Artikulace nebývá výrazně postižena. V řeči se vyskytuje mnoho fonémických, žargonových i sémantických parafrází a neologismy. Osoby trpící Wernickeovou afází mají poruchu porozumění řeči, která také bývá dominantním příznakem. Afatik má potíže s plněním zadaných pokynů, jeho řeč je rozvláčná a svým obsahem nezapadá do kontextu (bývá obsahově prázdná). Často obsahuje zcela nesmyslné slabiky či slova („Já jsem ládlouz, znám své todlejš.“). Ve větách se objevují bezvýznamová slova, která nejsou řazena ve správném gramatickém tvaru.

Podle Čecháčkové (2003) může být přítomna i porucha fonemického sluchu. Ale také velmi specifické poruchy percepce řeči v sémantické rovině. Narušeno je také opakování slov a vět, čtení a psaní, kde pacient produkuje paragrafie a neologizmy. Je zachována syntaktická a fonologická stránka, ale bývá rozpad sémantické struktury jazyka - tzv. sémantická demence (Stehlíková, 2004). Často si afatik vlastní poruchu neuvědomuje.

Chybou v praxi bývá, že Wernickeova afázie je diagnostikována jako psychóza, pacienti jsou pokládáni za zmatené. Je proto důležité tato dvě odlišná onemocnění diferencovat. Stejně tak je potřeba odlišit afázii od poruch řeči při demenci.

1.5.1.3. Konduktivní afázie

Konduktivní afázie vzniká při poškození spojů mezi senzorickým a motorickým centrem řeči (Čecháčková, 2003).

Řeč je fluentní, avšak obsahuje velké množství parafrází, převážně fonémických, které se manifestují při opakování. Afatik dělá mnoho záměn při hledání artikulační pozice, snaží se o korekci, avšak další pokus bývá znovu chybný. V řeči se často objevují anomie. Porozumění je většinou intaktní nebo lehce narušené. V psaní se mnohdy vyskytují paragrafie a redukce slov (Cséfalvay, 1996).

Prognóza je dobrá. Porucha se může zcela upravit nebo přechází do anomické afázie. Podle Čecháčkové (2003) se těžkosti mohou objevit při opakování předříkaných slov a vět.

1.5.1.4. Anomická (amnestická) afázie

Anomická afázie je považována za klinicky nejlehčí typ afázie. Je často reziduální formou po těžších typech afázie. Objevují se anomie. Tato afázie vzniká při poškození druhého a třetího temporálního gyru, ale i mnoha jiných areí.

Řeč je plynulá, téměř se nevyskytují parafrázie, opakování a porozumění je nenarušené. Časté jsou anomické pauzy, kdy pacient nemůže najít adekvátní, vhodný výraz. Afatik používá nejrůznější bezobsažné, zautomatizované fráze, které vyplňují časový interval (např. „takové to...“, „no víte...“). Mnohdy předmět, který chce pojmenovat, se snaží nějakým způsobem opsat a vysvětlit. Často při komunikaci používá gesta a pantomimu.

Podle Čecháčkové (2003) je řeč neporušena a nonfluence řeči je spíše způsobena hledáním správného výrazu. Psaní a čtení bývá neporušené. Pacient může vynechávat písmena, zapomínat interpunkční znaménka apod.

1.5.1.5. Transkortikální motorická afázie

Transkortikální motorická afázie vzniká jako následek léze suplementární řečové oblasti. Koukolík (2000) ji označuje jako důsledek odpojení doplňkové oblasti od Brocovy arey.

Většinou se jedná o přechodný typ s podobnými symptomy jako u Brocovy afázie, avšak s neporušeným nebo méně narušeným opakováním slov a vět s dobrým porozuměním řeči. Spontánní řeč je nonfluentní, namáhavá, agramatická. Podle Čecháčkové (2003) je tvořena obtížně, s námahou. Vlastní produkce je minimální a chudá. Potíže se často úplně upraví nebo mohou přejít do anomické afázie.

1.5.1.6. Transkortikální sensorická afázie

Transkortikální sensorická afázie podle Kertésze (Kulišťák, 2003) vzniká při posttraumatických lezích parietálně-temporálního rozhraní. Příčinou je přerušení svazků vláken spojující spánkový lalok s dalšími oblastmi mozku (Koukolík, 2000).

Většinou jde o přechodný typ, stejně jako u předchozího typu afázie. Podle Čecháčkové (2003) může odeznít do 24 hodin po vzniku, např. u tranzitorních ischemických atak – TIA. Symptomy jsou podobné jako u Wernickeovy afázie, avšak s dobrým opakováním slov a vět. Řeč je fluentní, ale obsahově prázdná a bez kontextu – často doslovně opakuje věty a slova po druhé osobě, aniž by jim rozuměla – může se označovat jako echolalická afázie. Narušené je i pojmenování slov, pacient může dobře číst, ale nerozumí. V psaní se objevují paragrafie.

1.5.1.7. Smíšená transkortikální afázie

Smíšená transkortikální afázie také nese název „Syndrom izolace řečových zón“. Afázie vzniká při současné lézi v oblasti řečiště mezi arteria cerebri anterior a arteria cerebri media a při lézi v oblasti řečiště arteria cerebri posterior. Vznikají tak léze, které izolují řečové oblasti (Cséfalvay, 2007).

Klinický obraz je velmi podobný níže popsané globální afázii s výjimkou lépe zachované schopnosti reprodukovat slova a vysoce automatizované fráze. V řeči se často vyskytují perseverace, řeč sama o sobě má výrazně echolalický ráz. Dále se projevuje i v pojmenování. Pacientům se jen velmi výjimečně podaří najít ve svém slovníku adekvátní slova. Celkově tato porucha má i hlubší charakter. Pravděpodobně narušení v sémantickém systému, což se projevuje jako porucha porozumění řeči (Cséfalvay, 2007).

1.5.1.8. Globální afázie

Globální afázie je nejtěžší typ. Příčinou je rozsáhlá léze v okolí Sylviovy rýhy v pericentrální oblasti dominantní hemisféry, která zasahuje Brocovu i Wernickeovu oblast, bílou hmotu okolo inzultu, bazální ganglia, a capsula interna. Příčinou vzniku je nejčastěji stenóza arteria cerebri media (Cséfalvay, 1996). Doprovází ji hemiplegie nebo hemiparéza pravé poloviny těla.

Klinický obraz totální afázie můžeme často vidět na jednotce intenzivní péče, kde se po několika dnech může změnit v některý předchozí typ afázie (Čecháčková, 2003). Pokud se však setkáme s pacientem s tímto onemocněním v několika měsících od počátečního stádia, jde už o tzv. nevratný afatický syndrom se špatnou prognózou.

Narušeny jsou všechny řečové modality, produkce i vnímání. Ve spontánní řeči se vyskytují jen automatizmy, stereotypní vyjádření nazýváme „slovní troska“ („toto“, „nono“) a žargonové stereotypie (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Pacient není schopen opakování a pojmenování. Nereaguje ani na nejjednodušší slovní pokyny. Afázii většinou doprovází celková agrafie, alexie a akalkulie. Může se vyskytovat i apraxie či dysartrie až anartrie.



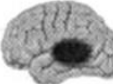

Je nutno časně zahájit soustavnou reedukaci řeči od jejich základů, aby se nefixovaly patologické řečové stereotypy při začátku jevů spontánní obnovy (Kiml, 1969).

Cséfalvay (2007) uvádí základní charakteristiku klinických syndromů afázie dle Bostonské klasifikace, kterou použijí jako celkové shrnutí.

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

Tabulka 1: shrnutí Bostonské klasifikace afázie (Cséfalvay, 2007, s. 18)

V níže uvedené tabulce vidíme lokalizaci léze v mozku².

Fluence	Non-fluentní				Fluentní			
Porozumění	Porušené		Normální		Porušené		Normální	
Opakování	Porušené	Normální	Porušené	Normální	Porušené	Normální	Porušené	Normální
Afázie	↓ Globální	Transkortikální smíšená	↓ Brocova	Transkortikální motorická	↓ Wernickeova	Transkortikální senzorická	↓ Kondukční	Anomická
Lokalizace								

Tabulka 2: lokalizace léze mozku dle Bostonské klasifikace

1.5.2. Kimlova klasifikace

Tato klasifikace respektuje lokalizaci léze a je rovněž zaměřena jen na lingvistický aspekt. Dokáže precizně popsat jednotlivý typ, ale chybí zde pohled na osobu s afázií z hlediska poškození celého centrálního nervového systému. Uvedené typy mají ve svém názvu základní charakteristiku.

Kimlova klasifikace byla nejvíce využíván foniatry. Dle Čecháčkové (2003) je výbornou pomůckou pro klinické logopedy na počátku jejich klinické praxe.

1.5.2.1. Motorická afázie

Motorická afázie je rozdělena na dva typy:

1. Typ jargon

U tohoto typu převažuje výskyt neologismů (nově vytvořených slov), která nedávají smysl. Nelze poznat, o která slova se jedná (žargonové parafázie). Je porušeno chápání složitějších větných příkazů. Bývá přítomna porucha kalkule a grafie.

² E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc: Poruchy řeči – fatické poruchy, afázie. In: *E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc* [online]. 2010 [cit. 2016-10-17]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki/?p=3884>

2. Typ anartrie

Tento typ je charakterizován neschopností artikulovaně hovořit - nemocný vydává neartikulované zvuky. Chápání mluvené řeči je zachováno.

1.5.2.2. *Senzorická*

Senzorická afázie se dělí na dva typy:

1. Typ jargon

Tento typ označuje poruchy řeči s různým stupněm postižení rozumění řeči (nejčastěji při poruše temporo-parietálních lokalit v mozku nebo senzorické zóny v mozku). Je zde nápadný výskyt žargonových parafází a neologismů, které však dovolují pochopit smysl výpovědi.

2. Typ dyslogický

U tohoto typu je nejnápadnější projevovalý rys tzv. slovní zmatenost. Řeč je beze smyslu.

1.5.2.3. *Totální*

Totální afázie označuje porušení všech složek řeči, to znamená neschopnost vyjádřit se srozumitelnou řečí a nemožnost chápání a rozumění dlouhých výpovědí.

1.5.3. Lurijova klasifikace

Lurijova klasifikace nepojímá afázi izolovaně, ale jako součást tzv. funkčního systému. Zahrnuje ji do poruch vyšších korových funkcí. Tuto funkci chápe dvěma způsoby:

- funkce specifické tkáně (např. fotoreakce = funkce sítnice oka),
- složitá adaptační aktivita organismu určovaná specifickým cílem a ukončenou specifickou operací.

Lurijovo dělení afází a jeho přístup zahrnuje komplexní pohled na funkci celého centrálního nervového systému. Lingvistická modalita řečového procesu úzce koordinuje se správnou a neporušenou funkcí mozku. Typ postižení závisí na lokalizaci léze.

Důležitým poznatkem je vzájemná součinnost zón mozkové kůry a podkorových struktur. Činnost funkčního systému je zabezpečována koordinovanou činností

určitých mozkových lokalit. Máme-li stanovit topickou diagnózu mozkového postižení, nestačí pouze potvrdit existenci defektu, ale je třeba blíže určit poruchu dané funkce. Kvalitativní analýza deficitu je podstatou neuropsychologického pojetí vyšších korových funkcí (Čecháčková, 2003, s.153).

Lurijova klasifikace obsahuje dva typy (Čecháčková, 2003):

1. **Precentální lokality** (léze předních oblastí mozku)
 - a. **Dynamická afázie** – neschopnost vyjádřit myšlenku (není porušeno jmenování předmětů a opakování slov).
 - b. **Eferentní motorická afázie** – je porušeno střídání inervace a denervace, což způsobuje poruchu plynulého přechodu artikulace z jedné hlásky na druhou. Je narušena organizace pohybů (kinetická melodie).
2. **Postcentrální lokality** (léze zadní oblasti mozku)
 - a. **Aferentní motorická afázie** – neschopnost najít polohu rtů a jazyka při artikulaci.
 - b. **Akusticko-mnestická afázie** – porucha sluchovo-řečové paměti, neschopnost zapamatovat si krátký sled zvuků, slabik nebo slov.
 - c. **Senzorická afázie** – typická je porucha fonematické diferenciacce, narušené porozumění řeči.
 - d. **Sémantická afázie** – porucha dekodování logicko-gramatických struktur a rozpad početních operací.

1.5.4. Hrbkova klasifikace

Hrbkova klasifikace také zahrnuje afázii do poruch kortikálních funkcí, takže kromě lingvistického deficitu akceptuje poruchy grafie, lexie, gnozie (barev, předmětů, somatognozie), poruchy v orientaci místem a časem, orientaci v prostoru, poruchy kalkule apod.

„Hrbkova klasifikace popírá význam Wernickeova sluchového centra, které je důležité pro rozvoj řeči. Hrbek umístil svůj proprioceptivně logestetický analyzátor do area supramarginalis dominantní hemisféry“ (Čecháčková, 2003, s. 154).

Přínosem Hrbkova pohledu je zdůraznění významu parietálního laloku pro objasnění mozkových mechanismů řeči. S rozvojem zobrazovacích metod se potvrzují nějaké jeho hypotézy.

Hrbek vychází z předpokladu, že mozkovou kůru tvoří komplex specifických analyzátorů a neuroefektorů. Endoceptivní (proprioceptivní) analyzátoři mají úlohu tzv. integrátoru, což znamená že do jejich korových polí přicházejí vzruchy z ostatních analyzátorů, zde vznikají a uchovávají se paměťové engramy (záznamy) a tvoří plán nové aktivity. Proprioceptivní analyzátor má samostatné korové pole v parietálním laloku. Právě do této lokality Hrbek umístil proprioceptivně logestetický okresek PL sloužící jako hlavní programátor a iniciátor spontánní mluvy, a koordinátor dalších korových funkcí, např. grafie, lexie, kalkule, gnozie. Korové pole proprioceptivního analyzátoru je spojeno s motorickou korovou oblastí asociačními drahami.

Základní fyziologický mechanismus řeči tvoří funkce soustavy šesti korových okrsků:

- 1. Proprioceptivně logestetický okresek** – hlavní programátor vnitřní řeči, iniciátor spontánní mluvy, engramátor a operátor mluvené i psané řeči, koordinátor všech jiných přidružených soustav.
- 2. Proprioceptivně grafestetický okresek** – tvoří plán písma a převádí logestetické a optické podněty.
- 3. Logomotorický okresek** – řídí výkonnou část mluvené řeči.
- 4. Grafomotorický okresek** – řídí výkon písma.
- 5. Akustický okresek** – slouží k vnímání slyšené mluvy.
- 6. Optický okresek** – slouží k vnímání písma.

Hrbek dále dělí **poškození** na **nukleární a disjunktivní**.

- **Nukleární** – vznikají při poškození okrsku dané kortikální oblasti,
- **Disjunktivní** – při narušení spojů mezi okrsky.

Přínosem této koncepce je dynamika korové činnosti v celé šíři, tzn. v popředí zájmu je nejen řečový deficit, ale změna kognitivních, gnostických procesů CNS (Čecháčková, 2003).

1.5.5. Olomoucká klasifikace

Olomoucká klasifikace je využívána na neurologické klinice FN Olomouc. Opírá se o prvky Hrbkovy teorie. Lokalizace léze v určitém mozkovém laloku je charakterizována specifickými symptomy. Ty poté tvoří obsah konkrétní kortikální poruchy.

Tato klasifikace charakterizuje **pět typů afázie**:

1. Expresivní afázie

Tento typ afázie vzniká při lézi frontálního laloku při lokalizaci léze na parietofrontálním a frontotemporálním pomezí (větší část zasahuje do frontálního laloku. Nejnápadnější symptom je neschopnost větného vyjádření (parafrázie), těžkosti při utváření jednotlivých slov. Mluva je pomalá, nonfluentní. Nemocný deformuje slova a podle typu deformace, tzv. parafrází, můžeme posuzovat stupeň. Bývá také porušena grafie a lexie. Rozumění mluvené řeči není porušeno.

2. Integrační afázie

Tento typ vzniká při lézi perietálního laloku nebo parietotemporálního a parietofrontálního pomezí (převažuje destrukce parietální lokality).

Název vychází z integrační funkce parietálního laloku, která spočívá ve třech výkonech:

- sjednocování multisenzorického přítoku vzruchů z korových polí ostatních analyzátorů,
- vytváření a uchovávání dlouhodobých pamětních engramů po proběhlé činnosti,
- vytváření programu budoucí aktivity na základě sjednocení přítomných aferentních vzruchů s evokovanými pamětními záznamy o minulých dějích.

Je zde porucha zpracování informací na základě paměťových záznamů a vytváření impulzů výkonu. Základní charakteristikou je tzv. Gerstmannův syndrom. K vyšetření je nutné mít zachovalou schopnost rozumění příkazům, protože jinak by byl výsledek zkreslený. Může být porušena lexie, kresba, mnestické obtíže, obtíže s vybavováním slov, není jasný komunikační záměr. Rozumění není porušeno, může být obtížnější chápání složitějších pokynů.

3. Percepční afázie

Percepční afázie vzniká lézí zadní části horního temporálního závitu a temporoparietálního pomezí.

U tohoto typu dominuje narušení dekodování a rozumění řeči. Nápadný je překotný tok řeči – logorhea, nemusí být ale vždy přítomna. Při těžkém postižení afatik nerozumí vůbec nebo nerozumí jednotlivým slovům, ani své vlastní řeči, postrádá kontrolu vlastní řečové produkce. Často mívá anosognosii své poruchy (tj. neuvědomování). Dále se vyskytují časté neologismy (tzv. afatická pseudodemence – rozpad logicko-gramatického rozumové ústrojí řeči) a perseverace. Těžce bývá narušena grafie, lexie i kresba.

4. Amnestická afázie

Lokalizace léze bývá v parietálním laloku. Amnestická afázie je nejlehčí forma afázie. V řeči se vyskytují latence (prodlevy) pro rozpomínání na daný výraz. Nápadným znakem jsou anomie – neschopnost pojmenování, sémantické parafázie – místo pojmenování předmětu opíše jeho funkci. Bývá přítomna také lehčí porucha grafie, vynechávání písmen, zapomínání interpunkčních znamének, nedokončení věty. Rozumění je neporušeno. Opakování je dobré, u těžších postižení je někdy obtížné zopakovat delší věty z důvodu obtíženého zapamatování.

5. Globální afázie

Tento typ je nejtěžší forma, postihuje všechny kortikální funkce. Pacient nerozumí mluvené řeči, je dezorientován časem, místem i vlastní osobou, není schopen žádné řečové produkce (Čecháčková, 2003).

2. Diagnostika afázie

Logopedická diagnostika afázie je zaměřena na hodnocení poruchy komunikačního procesu u vyšetřované osoby a stanovení stupně poruchy především ve vztahu k praktické realizaci sociálního kontaktu s okolím. Klinická logopedie zabezpečuje propojení diagnostiky a terapeutického procesu, slouží tudíž ke stanovení počátku a plánu přiměřené logopedické intervence. Je také nezbytnou součástí komplexní diagnostiky osob s poruchami CNS (Neubauer, 2014).

V rámci logopedické diagnostiky je nutné navázat kontakt a vytvořit pocit vzájemné důvěry s afatikem. Následně je nutné provést podle možností a celkového stavu pacienta konkrétní vyšetření. Na základě diagnostiky se stanoví typ afázie a definuje se, jak těžké je postižení řečové komunikace. Na základě diagnostiky se také stanoví plán terapeutického působení (Preiss, 1998).

V zahraničí existuje mnoho diagnostických škál a testových materiálů. Všeobecně respektované postupy jsou orientační, screeningové a komplexní (Neubauer, 2014).

2.1. Orientační vyšetření

Orientační vyšetření respektuje nutnost rychle bez nadměrné zátěže začít s terapií již v subakutním stádiu. Úkolem je zhodnotit aktuální stav řečové komunikace a definovat zachované komunikační schopnosti využitelné pro počátek terapeutického procesu. Jsou využívány různé varianty krátkých diagnostických vodítek se základními úkony na zhodnocení schopnosti rozumění a expresivní komunikace. V současnosti lze využít např. VAFO test na vyšetření fatických poruch, který se využívá na odděleních ARO, JIP, neurologie a neurochirurgie.

2.2. Screeningové vyšetření

Screeningová vyšetření jsou zaměřena na zjištění přítomnosti poruchy fatických funkcí a jejího celkového charakteru. V České republice se využívá „Token test“, „Screeningová zkouška afázie – AST“ (Aphasia Screening Test) a „Mississippi Aphasia Screening Test“ (MAST).

1. Token test

Token test je využíván k diagnostice fatické poruchy v praktické části bakalářské práce.

Tato zkouška byla publikována v r. 1962 De Renzim a Vignolem. Jedná se o zkoušku rozumění řeči (Preiss, 1996). Obsahuje 39 instrukcí (položek) využívající 4 sady barevných obrazců – pět koleček a pět čtverců, malé a velké v pěti barvách (červená, modrá, zelená, žlutá, bílá). Zkouška je dělena do pěti částí A-F, postupující od jednodušších příkazů ke složitějším. Každá instrukce se hodnotí jedním bodem, následně se body sečtou a vyhodnotí se přítomnost poruchy.

Vyhodnocení:

- 29 – 36 bodů = nepřítomnost poruchy
- 25 – 28 bodů = lehká porucha
- 17 – 24 bodů = středně těžká porucha
- 9 – 16 bodů = těžká porucha
- 0 – 8 bodů = velmi těžká porucha

TT byl různými způsoby modifikován (1978 – verze doporučena pro děti, 1991 – součást rozsáhlejší baterie) (Preiss, 1998). Nyní existují dvě verze – pro dospělé a pro děti. Pro děti jsou využívány pouze velké tokeny, pro dospělé obě varianty tokenů.

Jak uvádí Preiss (1996), před započítáním zkoušky je nutné vyloučit agnosii.

2. Screeningová zkouška afázie – AST

Tento test byl publikován v r. 1999 jako experimentální verze překladu a úpravy původní zkoušky Halstead-Wepman. Test umožňuje v rámci deseti minutového časového úseku zhodnotit obtíže v užití individuálních jazykových schopností vyšetřované osoby. Také je zaměřen na odhalení nelingvistických projevů neurogení poruchy jako je vizuální opomíjení části zrakového pole, dyspraxie, porušená pravo-levá orientace či somatognozie (Neubauer, 2014).

3. Mississippi Aphasia Screening Test – MAST

Provedení MAST testu trvá zhruba 15 minut. Česká verze se nazývá MASTcz. Je doporučen k měření jazykových deficitů při následků cévních mozkových příhod. Výhodou je jeho krátkost, která umožňuje použití již v iniciální fázi onemocnění u lůžka.

Průběh testování se zaznamenává do záznamového archu, který je členěn do čtyř částí – anamnestická data, souhrnné výsledky z devíti subtestů, hodnoty norem celkového jazykového indexu a indexů produkce a rozumění, devět subtestů (volně přístupné z www.fnbrno.cz).

2.3. Komplexní klinické logopedické vyšetření

Komplexní logopedické vyšetření zahrnuje veškeré oblasti zásadní pro zhodnocení komunikačního procesu. Jak uvádí Neubauer (2014), pro vyšetření afatiků je v našich podmínkách používán typ vyšetření, který byl publikován v r. 1964 jako „Pražské afaziologické vyšetření, PAV“ (Bubinová-Smělá, Mimrová). Umožňuje graficky zaznamenat výkon afatika křivkou. Ta zobrazuje procentuální úspěšnost pro jednotlivá centra propojená s řečovou komunikací.

V současnosti je užíváno frekventovaně kvalitativní komplexní vyšetření tzv. „Vyšetření fatických funkcí – VFF“ vycházející z kognitivně-psycholingvistické koncepce diagnostiky afázií. Vyšetření je zaměřeno na určení typu afázie (v souladu s aktuálním užíváním Bostonské klasifikace), na charakteristiku úrovně komunikace po vzniku poškození, na detekci intaktních a narušených komponentů jazykového systému, které se účastí realizace porozumění a produkce slov, čtení a psaní.

Neubauer (2007) popsal detailní postup pro zhodnocení fatických funkcí, lexie, grafie, praxie, motorických poruch řeči a kognitivně-komunikačních poruch, tzv. „Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace – VZNP“. Cílem rozsáhlého vyšetření je získat potřebné informace pro diferencování uvedených poruch a ke zhodnocení jejich míry na pětistupňové ratingové škále. Výkon může být zhodnocen jako intaktní, lehká, výrazná, těžká porucha nebo úplná ztráta funkce. Výše zmíněné neurogenní poruchy komunikace se vyskytují často společně. Vyšetření tak umožní zmapovat případnou koincidenci poruch, detekci dominantní poruchy a také formulovat závěr pro vnitřní klasifikaci afázie a dysartrie. Výsledky

jsou následně zachyceny na diagnostické křivce. Vyšetření trvá zhruba 45 minut (Cséfalvay, 2013).

2.4. Zaměřené vyšetření kognitivních funkcí

K vyšetření kognitivních funkcí u osob s afázií se užívá např. „The Butt Non Verbal Reasoning Test – Butt, BNVR“, „Mini Mental State Examination - MMSE“ i „Token Test“.

„MMSE“ je doporučován jako součást screeningových testů kognitivních funkcí u osob s afázií. Jde o diagnostický materiál, který může u afatika zobrazovat jeho specifické deficity v oblasti lexie, grafie a pojmenování. Avšak dle Neubauera (2014) je vhodný spíše pro hodnocení v oblasti kognitivně-komunikačních poruch.

„Butt test“ je realizován v praktické části bakalářské práce. Tento test vykazuje především screeningovou, orientační hodnotu pro krátké klinické vyšetření. Umožňuje orientaci osob s těžkými percepčními deficity v neverbálně vyjádřených, celoživotně se opakujících běžných denních situacích. Většinou osoby s expresivní fatickou poruchou, které nevykazují kognitivní deficit, profitují významně vyšším výkonem v testu. Naopak osoby s percepční formou afázie či častěji osoby vykazující kognitivní zátěž, mohou mít snížený výkon v Butt testu i v Token testu (Neubauer, 2014).

Jak uvádí Cséfalvay (in Lechta, 2003) v anglické jazykové oblasti, především v USA a Kanadě, se v posledních letech rozšířily podrobně strukturované testy afázie. Některé z nich tvoří součást neuropsychologických testových baterií. Používají je v klinické praxi logopedi, psychologové, lingvisté a lékaři. Patří sem např. „Minnesota Test of Differential Diagnosis of Aphasia – MTDA“, „Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE“, „Western Aphasia Battery – WAB“, „Aachener Aphasia Test - AAT“ a další.

2.5. Lurijův přístup k diagnostice afázie

A. R. Lurija byl ruský neurolog a zakladatel neuropsychologické rehabilitační koncepce, která se rozvíjela po druhé světové válce.

Lurijův původní diagnostický přístup vychází z jeho pohledu na mozkovou organizaci vyšších fatických funkcí. Hlavní filozofií Lurijova vyšetření bylo analýzou struktury symptomů a porovnání různých syndromů detekovat faktor, jehož „výpadek“ způsobil rozpad celého funkčního systému. Lurijovo neuropsychologické vyšetření

nepatří mezi standardizované metodiky diagnostiky. Schéma a směr postupu závisejí na těchto okolnostech: na zdravotním stavu pacienta, anamnéze a strategii, kterou volí vyšetřující na základě úvodního rozhovoru s pacientem. Následně se vyšetřující soustředí na „ověření pracovní hypotézy“.

V r. 1973 Christenová jako jedna z prvních neuropsychologů připravila schéma Lurijova neuropsychologického vyšetření. Vyšetření má tyto části – úvodní rozhovor, stanovení mozkové dominance, vyšetření fatických funkcí (ruky, orální praxe, řečové regulace motoriky), audiomotorické organizace, vyšších kožních a kinestetických funkcí, impresivní řeči, expresivní řeči, psaní, čtení, počítání, paměťových a intelektových funkcí.

Podle Cséfalvaye (in Lechta, 2003) pro klinickou praxi znamená použít několik testů s různým zaměřením. V akutním stádiu onemocnění by měl logoped užít screeningový test afázie (např. adaptaci AAT-BT), jímž orientačně zhodnotí základní oblasti komunikace. Po zlepšení stavu afatika by měl využít kvantitativně orientovanou testovou baterii (např. Western Aphasia Battery). K vypracování strategie rehabilitace řeči je nutný kvalitativně orientovaný diagnostický postup (adaptaci Lurijova vyšetření, apod.).

2.6. Diferenciální diagnostika

Čecháčková (2003, s. 158) uvádí: „*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).*“

U dysartrie nebývají porušeny symbolické – fatické funkce (grafie, lexie, gnozie, kalkulie). Při dysartrii se vždy jedná o poruchu mluvní motoriky, fonace a respirace. Přidružená může být porucha grafomotoriky (v důsledku třesu), nikoli grafie. Také není narušeno rozumění řeči, nevyskytují se parafrázie, mluva je plynulá. Následně i různé typy apraxií se mohou zaměnit za globální nebo percepční afázii, pacient nereaguje na mluvní či vizuální podnět, jelikož nerozumí. Dále u agnozie pacient nereaguje na pobídku, protože předmět nepoznává (Čecháčková, 2003).

3. Terapie afázie

Afázie je velice složitá systémová porucha, u které se projevuje velké množství symptomů. Dochází nejen k narušení komunikační schopnosti, ale celé psychické stránce člověka. Cílem terapie je dosáhnout optimální úrovně komunikace, jaká je u konkrétní léze mozkových struktur možná (Klenková, 2006).

Tato kapitola pojednává o jednotlivých možnostech a přístupech terapie osoby s afázií v různých stádiích onemocnění.

3.1. Kognitivně-neuropsychologický přístup

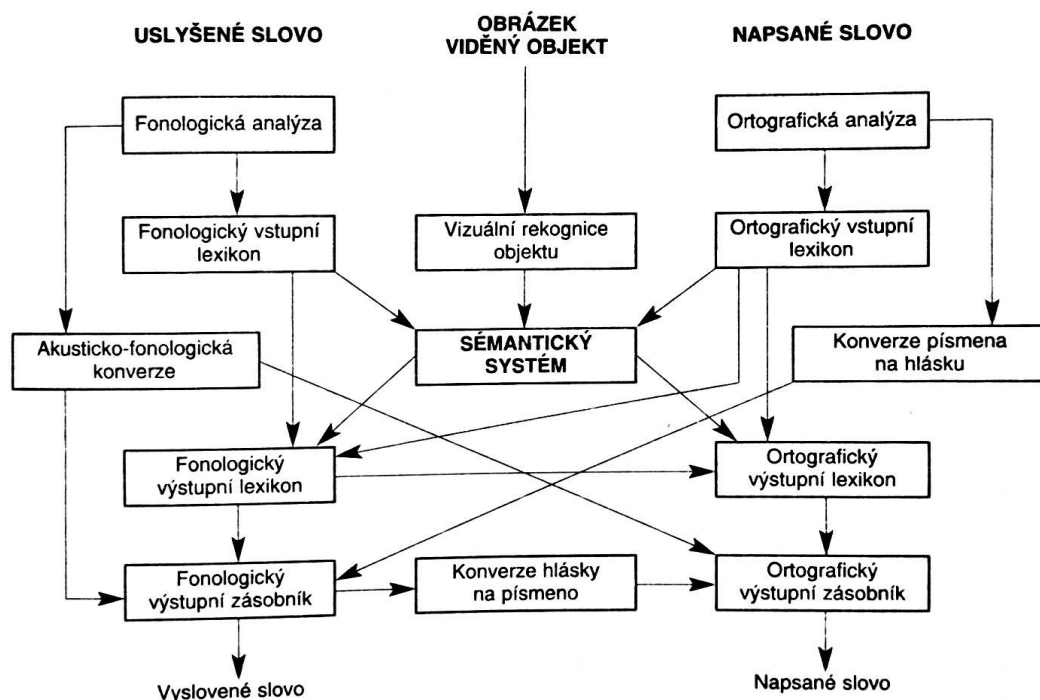
Tento přístup je zaměřený na obnovení nebo kompenzaci jazykových procesů. Podle Klenkové (2006) je cílem odhalit zákonitosti fungování kognitivních procesů, které jsou v normě. Cséfalvay (2011) uvádí, že se cíle dosáhne zkoumáním a analýzou výkonu lidí, u nichž se z různých důvodů tyto procesy narušily – snaha o zjištění konkrétního narušeného procesu, modulu. Nejčastěji sledovanou skupinou jsou osoby s ložiskovými lézemi mozku, např. osoby s agnozií, alexií, agrafií apod.

Cséfalvay (in Lechta, 2011, s. 212) uvádí: *„Získání informací o fungování kognitivních procesů v patologii, lze zpětně modelovat, jak daný proces může fungovat v normě.“* Například v rámci procesu pojmenování se v klinické praxi užívá konfrontační pojmenování – situace, kdy pacient má před sebou obrázek, který má pojmenovat. Při pohledu na obrázek jsou informace zpracovány v modulu, kde jsou uchovány strukturní a vizuální reprezentace daného předmětu. Výsledek tohoto zpracování dále pokračuje do sémantického systému, kde jsou uchovány tzv. „mentální reprezentace významu slova“. Tyto sémantické reprezentace obsahují atributy významu slova (např. jablko – je ovoce, má okrouhlý tvar, má barvu červenou, žlutou či zelenou). Avšak tyto reprezentace neobsahují mentální reprezentace slov, ty jsou uchovány ve fonologickém výstupním lexikonu (slova, která chceme vyslovit či přečíst nahlas). Tudíž sémantický systém vydá impulz do fonologického výstupního lexikonu, kde se vyhledá určitá forma slova.

Cséfalvay (2011, s. 213) uvádí: *„Z tohoto modulu potom proces pokračuje do tzv. fonologického výstupního zásobníku, fungujícího jako pracovní paměť, která už byla ve fonologickém výstupním lexikonu vyhledána, ale je třeba je ještě*

pozdržet v paměti, dokud nebudou mluvením realizována.“ (viz níže uveden model jazykových procesů)

V terapii pacientů s afázií jde o přístup, který je zaváděn jako „model-based treatment“ – terapie vycházející z modelu jazykových procesů. Podstatou přístupu je, že terapeut na základě důkladného vyšetření stanoví pracovní hypotézy (jak bude specifická intervence modifikovat fungování narušených procesů) o místě a charakteru funkcionální léze a vytvoří přístup pro terapii. Nejdříve se připraví série úloh, stimulační materiál (obrázky, slova, popisky apod.) a definují se strategie, které budou při terapii použity.



Obrázek 1: Model jazykových procesů (Cséfalvay in Lechta, 2011, s. 213)

„U kognitivně-neuropsychologického přístupu k terapii afázie je pozornost terapeuta zaměřena na obtíže ve funkci některé modality kognitivních procesů, např. poruchy rozumění řeči. Po diagnostickém zjištění funkcionální léze (např. poruchy pojmenování) následuje detekování míst porušení tzv. komplexního kognitivně-jazykového modulu.“ (Neubauer, 2007, s. 144) Terapeutické postupy jsou na bázi stimulační či facilitační techniky. Jejich cílem je využití transferu, který způsobí, že zmírnění obtíží v určité kognitivní modalitě (pojmenování) se projeví zlepšením v oblasti komunikace s okolím. Možný problém může nastat, kdy

nedochází k předpokládanému zlepšení v dané části jazykového systému nebo dosažené zlepšení komunikačních schopností, kdy od jisté úrovně trvale stagnuje.

Na našem území se s touto terapií afázie setkáváme jen ojediněle. Klenková (2006) zmiňuje, že důvodem může být fakt, že dodnes tyto přístupy nemají k dispozici definitivní model terapie. Mezi odborníky, kteří používají tento přístup, patří např. Holanová a Cséfalvay (Cséfalvay, 2011).

3.2. Pragmatické (funkcionální) přístupy

„Pragmatický směr vychází z předpokladu, že je důležité afatika co nejdříve zařadit do fungování společnosti, poskytnout mu adekvátní možnost komunikace a učinit ho soběstačným. Pozornost je věnována obnově schopnosti používat jazyk a rozumět mu v kontextu.“ (Klenková, 2006, s. 85)

„Jde o zlepšení funkční komunikace osob s afázií v každodenní komunikaci. Terapie není orientovaná na izolované jazykové deficity, ale jejím cílem je zmírnit důsledky těchto narušení na komunikaci jako celek.“ (Cséfalvay, 2007, s. 67)

Pragmatické schopnosti osob s afázií jsou oproti ostatním jazykovým rovinám poměrně dobře zachovány. Terapeut se u afatiků snaží podpořit užívání komunikačních strategií, eliminovat kontraproduktivní strategie a učit nové strategie. V této terapii je afatik aktivní při stanovení cílů a výběru úkolů. Během terapie se mohou s terapeutem střídát v roli produktora a příjemce informace. Při komunikaci se akceptuje každý způsob dorozumívání (mluvená řeč, psaní, kresba, gesta, aj.), agramatická produkce i fonologické paraafázie.

Nejvýraznější důsledek ztráty komunikační schopnosti je sociální izolace, do které se tyto osoby dostávají, a ta limituje možnosti jejich dalšího rozvíjení. Pacienti s těžkým stupněm poruchy mají problémy při dekódování i kódování informace a k úspěšnému přenosu informace potřebují připravené konverzační partnery. Cílem je, aby pacient i jeho partner využili efektivní komunikační strategie při vysílání a přijímání informace. Důležité je, aby se zkvalitnila vzájemná interakce mezi pacientem a komunikačním partnerem. Je vhodné následně afatika zařadit do skupinové terapie. Mezi nejpoužívanější metody ve skupinové terapii je program PACE, který využívá všech komunikačních modalit při výměně nové informace.

PACE celým názvem Promoting Aphasics Communicative Effectiveness je postup terapie, který se opírá o interakci mezi terapeutem a pacientem – probíhá

mezi nimi vzájemná výměna rolí komunikátora a recipienta. Realizuje se v individuální i skupinové formě, používají se všechny dostupné komunikační prostředky (mluvená řeč, psaní, kresba, gesta, aj.). Výběr stimulů se uskutečňuje podle náročnosti – nejnáročnější jsou dějové obrázky. Afatik, který je v roli komunikátora si může vybrat komunikační modalitu. Zpětná vazba terapeuta je vyjádření pochopení či nepochopení informace. Carlomagno (1994) vypracoval skórovací systém a záznamový arch pro zaznamenání výkonu afatika z hlediska způsobu a kvality přenosu informace a porozumění (Klenková, 2007).

3.3. Skupinová terapie

V historii převládala individuální terapie nad skupinovou, avšak v posledních letech je znát výrazný posun směrem ke skupinové terapii. Pragmaticky orientované přístupy se nejlépe realizují ve skupině. Jeden z nejnápadnějších následků ztráty schopnosti komunikovat je, že se tito lidé dostávají do sociální izolace, kvůli které mají nedostatek komunikačních příležitostí a možností rozvíjet své schopnosti a zručnosti (Cséfalvay, 2011). Z hlediska sociální izolace je z mého pohledu skupinová terapie důležitá.

Elmanová (in Cséfalvay, 2011) uvádí pozitiva této terapie. Skupinová terapie přirozeným způsobem stimuluje interakci mezi členy skupiny a tím posiluje pragmatické zručnosti – výměna rolí, iniciování komunikace.

Podle Neubauera (2007) se nejvíce osvědčuje realizovat dva typy skupinových terapií, tj. komunikační skupina a terapeuticko-relaxační a konverzační skupina.

Komunikační skupina je otevřená skupina pro osoby se závažnými poruchami řečové komunikace. Komunikační skupina má čtyři, nanejvýše šest členů. Terapeut musí facilitovat každou snahu klientů o komunikaci, k tomu užívá např. fonemické a rytmické nápovědy počátků slov nebo dokončování počátků sdělení, které chce člen skupiny sdělit ostatním. Frekvence setkávání je nejčastěji jednou až dvakrát týdně. Často používaná technika v rámci setkávání je tzv. PACE. Dále se využívá pasivní muzikoterapie a imaginace, která je důležitou součástí skupinové terapie.

Terapeutická relaxační a konverzační skupina se zaměřuje na dva typy obtíží. První se týká nedostatku empatie, která se projevuje u egocentricky zaměřených osob. Druhým typem jsou osoby, které jsou empatické a na pomoc zaměřené. Ve skupině mohou fungovat jako koterapeut. Tato terapie je vhodná pro osoby s chronicky

přetrvávajícími mírnými deficity řečové komunikace, pro osoby s dobrou úzdravou komunikační poruchy a obtížemi v adaptaci na novou životní situaci. Osoby často trpí nízkým sebehodnocením své komunikace.

Nejčastější skupinové aktivity jsou např. hraní rolí a stimulace reálných situací, památníky, technika PACE, formulace názoru a řešení problémů, hry a společenské hry (Cséfalvay, 2011).

3.4. Lurijův neuropsychologický přístup

Jedná se o teorii poruch vyšších psychických funkcí a systémového vlivu mozkové léze na tyto funkce. Tento přístup nebyl jen pouhá teorie, stal se základem pro vytvoření metodologie obnovovací terapie fatických funkcí Lurijovými následovníky jako je Cvetková a Anochinová.

V terapii osobám s poruchami vyšších psychických funkcí následovníci Lurija tvrdí, že při afázii se může řeč obnovit jen prostřednictvím speciální, správně organizované obnovovací restituční terapie. Klient musí absolvovat dlouhou systematickou terapii pomocí vědecky podložených metod. Jedná se tedy o proces reedukace využívající nepřímé metody (pro odblokování řečového projevu a obnovení jazykových dovedností především v počátečních fázích terapie) a přímé metody (pro intenzivní trénink formou stimulačních jazykových cvičení, postupy pro obnovování lexikálních a gramatických dovedností).

Avšak dle Mikešové (in Neubauer, 2007) se Lurijova obnovovací terapie nevěnuje jen reedukaci řeči, ale i rovině praktické, gnostické a paměťové. Tyto zmíněné oblasti jsou navzájem provázané. Mikešová (2007, s. 211) uvádí: „*Nezbytným předpokladem efektivní reedukace řečových funkcí je respektování této provázanosti, bez obnovy mozkových funkcí v oblasti kinetické, regulační, kinestetické, akustické, optické, prostorové či simultánní nelze podle Luriji dosáhnout kýženého efektu.*“

Východiskem efektivní terapie je určení neuropsychologického syndromu, vytyčení centrálního defektu a mechanismu. Úkolem je zmírnění nebo překonání již zmíněného centrálního defektu a mechanismu, a tím obnovení verbálních komunikačních schopností afatika. Výběr metod je závislý na charakteru centrálního mechanismu a propojování neverbálních (nepřímých) a verbálních (přímých) metod (Mikešová, 2007).

Základním principem terapie je zapojení nových složek, které se předtím neúčastnily na realizaci porušené funkce – mezi tyto oblasti patří např. metoda ozvučeného čtení. Rozlišuje se také převod na nižší volní úroveň a vyšší volní úroveň. Neubauer (2007, s. 144) vysvětluje nižší volní úroveň jako princip, který se užívá při odpoutání se od artikulace a myšlenkového zaměření na sémantickou vazbu pojem – písmo – zobrazení, nebo pokud projev zapojíme do rytmicky-melodických struktur, tj. zpívání textu. Převod na vyšší volní úroveň využíváme tehdy, pokud překonáváme poruchy na nižší volní úrovni – využívají se např. metody komentování vlastní činnosti, popis pojmů (Neubauer, 2007).

3.5. MIT – Melodicko-intonační terapie

„Postup je zaměřený na využívání schopnosti osob s motorickou afázií a dobrým porozuměním určité krátké mluvní fráze.“ (Neubauer 2007, s. 145) Podle Klenkové (2007) bylo zjištěno, že s využitím MIT u pacientů došlo k výraznému zlepšení verbální produkce. Terapie je vhodná a efektivní u osob, kteří mají dobře zachované rozumění řeči a zachovalou schopnost reprodukovat melodické písňové vzory (Neubauer, 2007).

3.6. Tlumení perseverací

Perseverace jsou častým symptomem u těžších forem afázie. Neubauer (2007, s. 145) uvádí: *„Frekvence perseverací se snižuje při navození sebekontroly řečového projevu, proto se cílený terapeutický postup snaží o navození vědomé kontroly počátku vlastní mluvní produkce u osoby s afázií.“* V terapii se využívají prodloužené pauzy mezi ukázaním stimulu (gesta, kresba, aj.) a dokončování vět.

Dle Klenkové (2007) osoba trpící afázií nacvičuje postupy, které mu pomůžou dostat perseverace pod kontrolu. V zahraničí se k této terapii využívá program TAP (Helmová, Emeryová, Albert, 1987). Využívá se u pacientů, u kterých se vyskytují perseverace středně těžkého až těžkého stupně při pojmenování.

4. Terapie osob s Brocovou afázií

Výzkumná část bakalářské práce se zaměřuje na spolupráci se třemi pacienty, kteří mají diagnostikovanou Brocovu afázií. Výzkum probíhal v prostředí Rehabilitačního ústavu. Terapie probíhala s pomocí počítačového programu Mentio.

4.1. Výzkumný cíl

Výzkumným cílem bakalářské práce bylo hledání optimálního parametru pro rozvoj individuální terapie osob s Brocovou afázií v rámci specializovaného počítačového programu MENTIO a dvou diagnostických screeningových metod – Token Test a Butt Non-verbal Reasoning Test.

Důležité pro obnovovací terapii bylo propojení individuální terapie, kterou v Rehabilitačním ústavu v Hostinném s pacienty provádí paní Mgr. Filípková.

Výzkumnou otázkou bylo, zda tento počítačový program je efektivní v logopedické terapii pro vybrané pacienty s Brocovou afázií po cévní mozkové příhodě.

4.2. Metodika výzkumného šetření

Výzkumná část byla realizována pomocí kvalitativního výzkumu. Respektive sepsáním případových studií, aplikováním strukturovaného rozhovoru, pozorováním a analýzou anamnestických dat.

Chrásta (2016, s. 29) uvádí že, *„kvalitativně orientované výzkumy vycházejí z fenomenologie, která zdůrazňuje subjektivní aspekty jednání lidí, a tudíž kvalitativně orientované výzkumy připouštějí existenci více realit“*. Oproti tomu Hendl (2016, s. 46) popisuje kvalitativní výzkum jako *„proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému.“*

Výzkumník si na začátku výzkumu vybere základní výzkumné otázky, které může doplňovat v průběhu výzkumu. Jedinec, který provádí výzkumné šetření také vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k vyvrácení či potvrzení výzkumných otázek. Sběr a analýza dat probíhají v delším časovém úseku, avšak současně. Taktéž během výzkumu výzkumník své domněnky přezkoumává a ověřuje (Hendl, 2016).

4.2.1. Případová studie

V rámci případové studie jde o detailní studium jednoho či několika málo případů. Neshromažďujeme omezené množství dat od velkého množství respondentů. Je nutné sbírat co největší množství dat od jednoho či několika málo jedinců. V kazuistikách jde o zachycení složitosti případu. Na závěr případové studie se jednotlivé zkoumané případy mohou porovnat, jedná se o tzv. posouzení validity výsledků (Hendl, 2016).

Hajd Moussová (2002, s. 94) tvrdí, že *„případová studie je způsob práce s jednotlivým případem, kdy si přehledně, podle předem daného schématu uspořádáme všechna fakta, která jsou nám o případu známa, a následně je analyzujeme.“* Osnova kazuistiky neboli případové studie se skládá z krátkého uvedení případu, analýzy anamnéz (rodinné, osobní, vzdělání a popř. pracovní), analýzy současného stavu jedince, analýzy případu (předpokládané příčiny obtíží, souvislosti mezi získanými daty) a návrhu intervence (popis již provedených intervencí a návrh možných dalších řešení situace).

4.2.2. Standardizovaný rozhovor

Rozhovor je založen na přímém dotazování (Švarcová, 2005). Pro výzkumnou část byl zvolen individuální rozhovor (verbální komunikace výzkumníka s jedním respondentem). Převážně se jednalo o zjišťování anamnestických dat. Částečně podával i podklad o změně života po cévní mozkové příhodě, např. v oblasti zájmů, životního stylu. Vzor standardizovaného rozhovoru je možný k nahlédnutí v příloze.

Standardizovaný rozhovor je řízen podle otázek, které jsou v přesném pořadí. V rámci strukturovaného (standardizovaného) rozhovoru jsou alternativy odpovědí předem připraveny. Podle Švarcové (2005, s. 28) se jedná o *„dotazník zadávaný ústní formou“*. Tato forma rozhovoru šetří čas poradce i klienta, také směřuje k cíli a podstatě problému. Avšak i standardizovaný rozhovor má své nevýhody, např. pokud se jedná o první setkání s klientem, můžeme u něho vyvolat pocity necitlivosti a manipulace. Strukturovaný rozhovor se nejčastěji využívá při zjišťování anamnestických údajů, zjištění konkrétní přítomnosti a povahy symptomů pro diagnózu (Duplinský, 2002).

4.2.3. Pozorování

Zúčastněné pozorování Švaříček (2007, s. 145) vysvětluje jako „*pozorování, kdy sledujeme studované jevy přímo v prostředí, kde se odehrávají a dochází k interakci mezi výzkumníkem a pozorovanými účastníky výzkumu.*“ Při plném zúčastněném pozorování se výzkumník účastní všech probíhajících procesů.

Podle Hendla (2016, s. 197) „*patří mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu.*“ Často se využívá v případových studiích či v etnografickém výzkumu. Pozorovatel se účastní dění v sociální situaci, není pouze pasivní příjemce dat.

Pozorování je nestandartní, psychometricky nepodložený postup, který nemá přísně určená pravidla a statistický základ. Z tohoto důvodu lépe umožňuje poznávání individuálního případu. Pozorování je to záměrné, cílevědomé a plánovité sledování jevů (Trpišovská in Moussová, 2002).

V rámci přímého pozorování se výzkumník účastní zkoumaného jevu v čase jeho průběhu. Badatel se musí držet výzkumné otázky, pozoruje jedince – jeho sociální chování, jeho jednání, emocionalitu, vizuální jevy, situace, ve kterých dochází k problémům, aj. V rámci pozorování jednání aktérů se můžeme zaměřit také na mimiku, pohyby těla, gestiku, řeč, oční kontakt a jeho vztah k sobě samému. Metodu je dobré propojovat s rozhovorem, získáme tak další témata pro pozorování a komplexněji pochopíme danou situaci. Pro výzkumníka je důležité psát si terénní poznámky, které slouží ke kvalitativní analýze dat (Švaříček, 2007; Trpišovská in Moussová, 2002).

V průběhu pozorování se využívají všechny dostupné prostředky pro získání dat – rozhovory, deníky, video-nahrávky, záznamy jedince, aj. Abychom získali co nejvíce dat, je důležité si vytvořit kontakt s účastníky situace. Podle Hendla (2015) není vhodné účastníkům zatajovat naše poslání, sdělení pravdy pomáhá k integraci výzkumníka do skupiny a navození vhodného, přátelského prostředí.

4.3. Popis programu

Za celkovou koncepci programu Mentio je zodpovědná paní Mgr. Marta Petržílková, DiS. První verze vznikaly jako podpůrný tréninkový materiál pro dospělé, následně postupem času do cílové skupiny zahrnuli i děti. Program se skládá z 9 dílčích programů. Jsou to Mentio Slovní zásoba, Slovesa,

Hádanky, Zvuky, Hlas, Nakupování, Paměťová cvičení Mentio MM, Skládačky a Nahrávání.

V rámci výzkumného šetření jsem se zaměřila na program Mentio Slovní zásoba a Mentio Slovesa, které jsou popsány níže. U každého pacienta jsem vybrala jinou obtížnost, podle jeho individuálních potřeb. Mým záměrem bylo přizpůsobit podmínky tak, aby pro jednotlivé pacienty byla obnovovací terapie co nejefektivnější a zároveň doplňovala logopedickou terapii prováděnou v Rehabilitačním ústavu v Hostinném.

Mentio slovní zásoba

U programu Mentio slovní zásoba jsem se zaměřila na cílené pojmenování, opis a psaní. Cílené pojmenování má dvě obtížnosti „výběr správného slova I“ a „výběr správného slova II“. Obě varianty, opis a psaní slova je popsán níže. V rámci těchto jednotlivých programů probíhá stimulace mluveného projevu, nácvik globálního čtení, chápání časových výrazů a vztahů příčiny a následků.

Cvičení C: výběr správného slova I

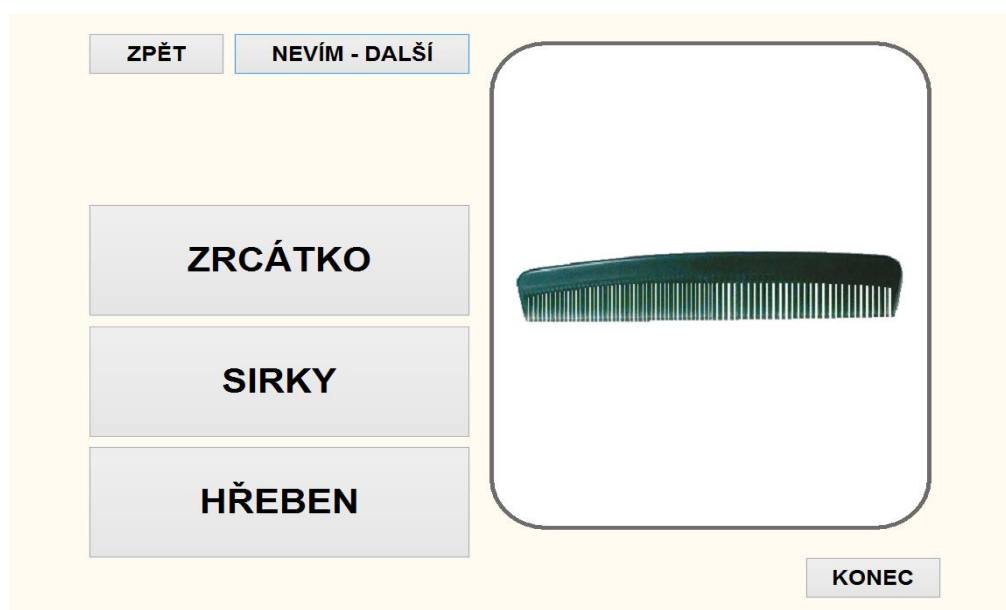
Cvičení obsahuje obrázek (vizuální oporu) a výběr ze tří možností. Cvičení „výběr správného slova I“ je lehčí variantou, jelikož program generuje výběr pojmů z různých tematických okruhů. Tudiž slova z výběru ve většině případů nesouvisí se zobrazenou vizuální oporou pojmu. Rozmístění slov v nabídce je v náhodném pořadí.



Obrázek 2: Mentio slovní zásoba - Cvičení C: výběr správného slova I

Cvičení D: výběr správného slova II

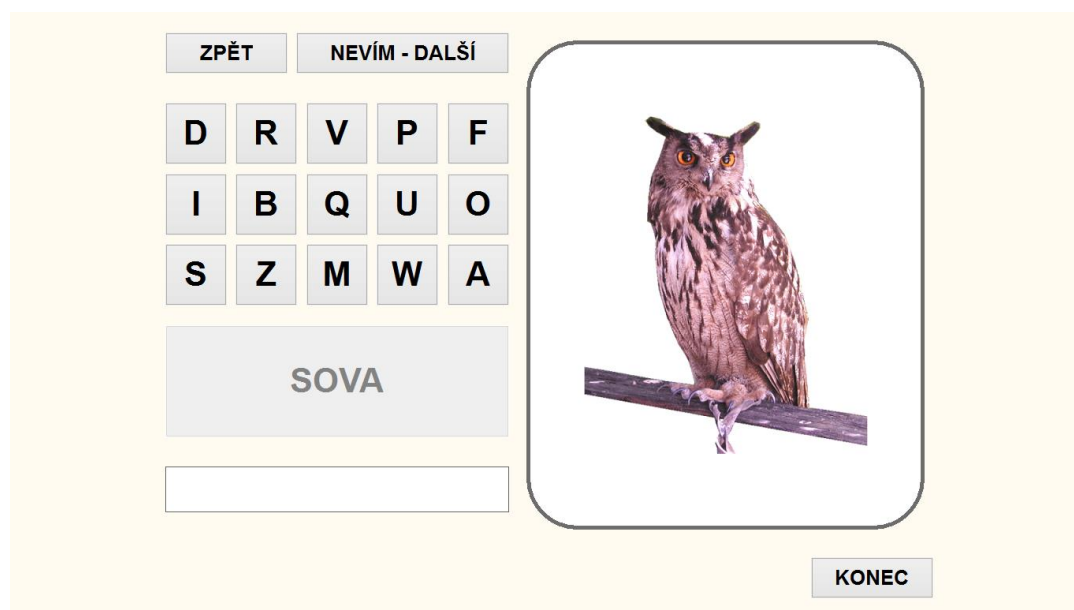
Toto cvičení je obtížnější, jelikož se vybírají pojmy ze stejného tematického okruhu. Cvičení obsahuje obrázek a k němu výběr ze tří možností, stejně jako je tomu u lehčí verze „výběr správného slova I“. Generování slov je náhodné a v různém pořadí.



Obrázek 3: Mentio slovní zásoba - cvičení D: výběr správného slova II

Cvičení B: opis

Opis slova obsahuje volný řádek, na kterém se zobrazují vybraná písmena z nabídky. Písmena se mohou zadávat přímo z klávesnice, nebo se vybírají pomocí myši z nabídky písmen. Nabídka písmen umožňuje vybrat dvě možnosti – nabídka pouze správných písmen, nabídka více písmen. Pokud je slovo opisováno špatně, ozve se z reproduktorů počítače zpětná vazba v podobě výrazného zvuku. Chybně zvolené písmeno není zobrazeno ve volném řádku.

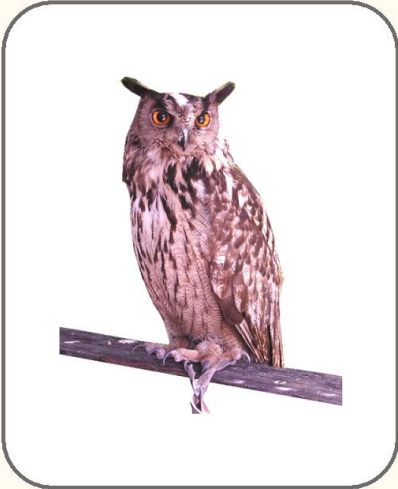


Obrázek 4: Mentio slovní zásoba - Cvičení B: opis slova


Cvičení F: psaní

Cvičení „Psaní slova“ obsahuje volný řádek, na kterém se zobrazují zvolená písmena z nabídky, stejně jak je tomu u předchozího cvičení. Na správné slovo musí klient přijít z vizuální opory, popř. je mu slovo terapeutem vysloveno – záleží na individuálních možnostech klienta. V rámci nabídky písmen je taktéž umožněno vybrat dvě možnosti – nabídka pouze správných písmen, nabídka více písmen. V případě zvolení špatného písmene, se jako zpětná vazba ozve výrazný zvuk a písmeno není zapsáno na volný řádek. Po napsání celého slova se nad volným řádkem zobrazí správná varianta slova, kterou klient může znovu přečíst.

V rámci výzkumu byly užity k psaní i opisu stejné pojmy, které se vyskytovaly v prvním cvičení „Výběr správného slova I, II“.



Obrázek 5: Mentio slovní zásoba - Cvičení F: psaní (nabídka jen správných písmen)



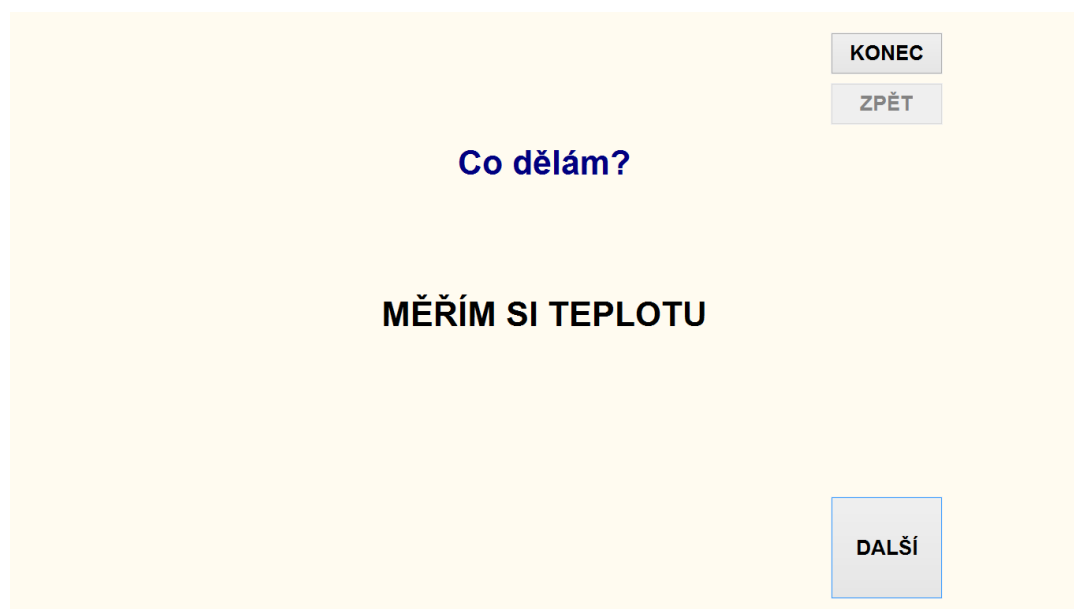
Obrázek 6: Mentio slovní zásoba - Cvičení F: psaní (nabídka více písmen)

Mentio Slovesa

Program obsahuje výběr dějových posloupností o šedesáti činnostech z běžného života, které jsou doplňovány jednoduchými větami.

Program obsahuje cvičení A: velký obrázek s jedním popiskem, B: malý obrázek a čtyři popisky, C: čtyři malé obrázky a čtyři popisky. V rámci času je možné zvolit budoucí, přítomný či minulý. V logopedické obnovovací terapii byl nejvíce použit čas přítomný a minulý.

V na začátku každé dějové posloupnosti se zobrazí úvodní obrazovka pro vysvětlení činnosti. Na úvodním snímku je modrým písmem napsáno „Co dělám? / Co jsem dělal?“. Pod tímto nadpisem je uvedení do činnosti, např. „Měřím si teplotu. / Měřil jsem si teplotu.“ Následně se pokračuje ke složení správné dějové posloupnosti.



Obrázek 7: Mentio Slovesa - úvodní obrazovka dějové posloupnosti

Cvičení A: velký obrázek s jedním popiskem

Na obrazovce se postupně objevují všechny čtyři obrázky podle posloupnosti, ve správném pořadí. Pod obrázkem se nachází doprovodný text.

Tato varianta slouží spíše pro vysvětlení dané dějové posloupnosti. Ve výzkumné části byl zvolen tento způsob terapie z důvodu těžké fatické poruchy jednoho z pacientů. Nejprve, pokud má pacient těžký stupeň afázie, je důležité seznámení s činnostmi, se kterými se bude v rámci jednoho setkání pracovat a až poté pokročit k dalším cvičením (např. cvičení C).



KONEC
ZPĚT
ZNOVU

DALŠÍ

Cítím se špatně.

Obrázek 8: Mentio Slovesa - Cvičení A: velký obrázek s jedním popiskem

Cvičení B: malý obrázek a čtyři popisky

Toto cvičení obsahuje vždy jednu činnost, v rámci níž se zobrazí malý obrázek podle posloupnosti činnosti a čtyři popisky. Následně se ke každému obrázku zvolí správná možnost v podobě popisku, které jsou přeházené. Správné popisky se mohou stále v nabídce zobrazovat nebo zmizí. Následně se takto pokračuje až do ukončení několika zvolených činností.



KONEC
ZPĚT
ZNOVU
NEVÍM

Otáčím kličkou.
Zatahuju závěsy.
Zavírám okno.
Je průvan.

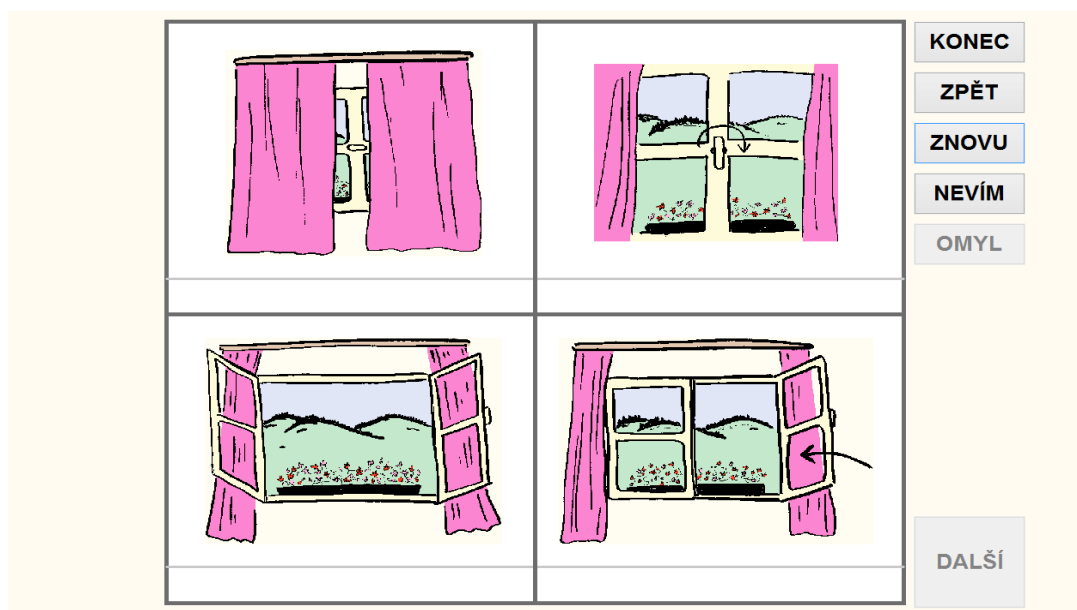
DALŠÍ

Obrázek 9: Mentio Slovesa - Cvičení B: malý obrázek a čtyři popisky

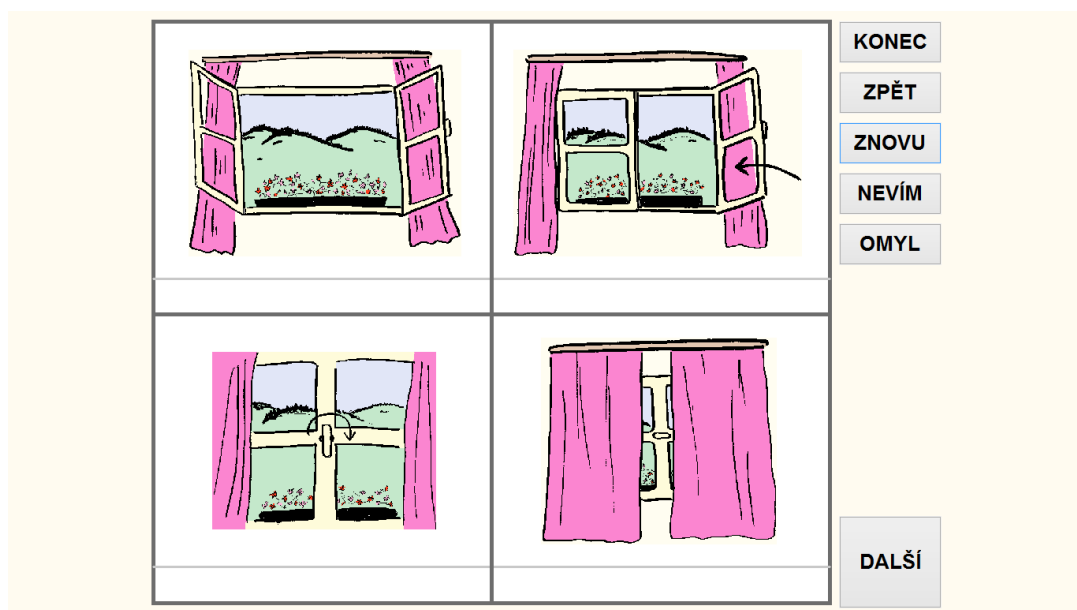
Téma k obrázku č. 9 je „Zavírám okno“, správný popis je „Je průvan.“

Cvičení C: čtyři malé obrázky a čtyři popisky

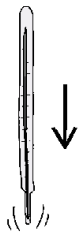
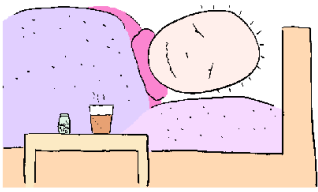
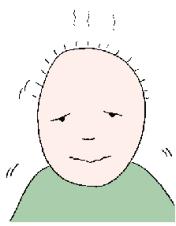

Na obrazovce se zobrazí čtyři obrázky a čtyři doprovodné texty. Doprovodné texty je možné zrušit a nechat klienta, aby si vytvářel svůj vlastní příběh dějové posloupnosti a skládal pouze obrázky. Popisky i obrázky jsou promíchané a na správné místo se přesouvají pomocí myši.



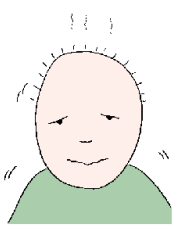
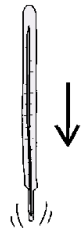
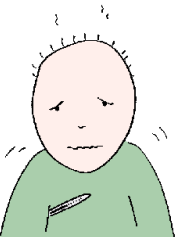
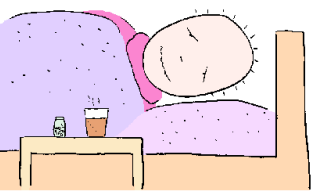
Obrázek 10: Mentio Slovesa - cvičení C: čtyři obrázky bez popisků (proházená varianta)



Obrázek 11: Mentio Slovesa - cvičení C: čtyři obrázky bez popisků (správná varianta)

		KONEC
Cítím se špatně.	Sklepávám teploměr.	ZPĚT
		ZNOVU
Měřím si teplotu.	Lehám si do postele.	NEVÍM
		OMYL
		DALŠÍ

Obrázek 12: Mentio Slovesa - cvičení C: čtyři obrázky a čtyři popisky (proházená varianta)

		KONEC
Cítím se špatně.	Sklepávám teploměr.	ZPĚT
		ZNOVU
Měřím si teplotu.	Lehám si do postele.	NEVÍM
		OMYL
		DALŠÍ

Obrázek 13: Mentio Slovesa - cvičení C: čtyři obrázky a čtyři popisky (správná varianta)

4.4. Průběh logopedické intervence

Logopedická intervence prostřednictvím programu Mentio se odehrávala v logopedické ambulanci v Rehabilitačním ústavu v Hostinném. S pacientkou Danou pokračovalo výzkumné šetření i v jejím domácím prostředí. Na prvních sezeních obnovovací terapie byla u každého pacienta přítomna paní Mgr. Filípková, která v RÚ Hostinné zajišťuje logopedickou péči. Specializovaný program byl aplikován po dobu osmi sezení u tří pacientů po cévní mozkové příhodě, u kterých byla paní magistrou diagnostikována Brocova afázie. Délka trvání jednoho sezení byla zhruba 60 minut. Avšak záleželo na psychickém, zdravotním stavu a schopnosti koncentrace u každého pacienta.

Zpočátku se autorka této práce účastnila logopedické terapie s pacienty, kterou vedla magistra Filípková, pro postupné seznámení s pacienty. Na prvním sezení byly realizovány dva screeningové testy, u kterých byla přítomna paní logopedka – Token Test a Butt Non-verbal Reasoning Test. Od druhého sezení byl aplikován, v obnovovací terapii, specializovaný program Mentio. Testy i vývoj terapie jsou vyhodnoceny u každého pacienta v rámci případových studií. Všichni pacienti si přáli zůstat v anonymitě, proto byly pro jejich bezpečnost a soukromí změněny následující údaje: jméno, datum narození (pouze rok narození), hospitalizace (pouze délka hospitalizace). U každé případové studie jsou vloženy poznámky pod čarou, které vysvětlují medicínské zkratky či pojmy. Konzultování cizích pojmů v lékařské anamnéze proběhlo s místním lékařem a rodinnou známou (bývalou vrchní sestrou Interního oddělení Nemocnice Dvůr Králové nad Labem).

4.5. Případová studie č. 1

Jméno:	Dana
Pohlaví:	žena
Rok narození:	1949
Věk:	68
Rodinný stav:	vdova
Náboženské vyznání:	katolička
Dřívější zaměstnání:	pomocná síla v kuchyni
Diagnóza při přijetí:	Ischemická cévní mozková příhoda
Hospitalizace v RÚ Hostinné:	6 týdnů

Lékařská anamnéza:

Paní Dana dle lékařské zprávy prodělala ischemickou CMP s pravostrannou symptomatologií v r. 2005 a o 6 měsíců později ischemickou chorobu srdeční. Dále prodělala v červnu r. 2005 revaskularizaci³ arteria carotides. V r. 2002 utrpěla stav po pravostranné flebotrombóze⁴. V r. 1998 prodělala cholecystektomii⁵ a r. 1966 apendektomii⁶. Pacientka byla také přijata k rehabilitaci pro omezení hybnosti PHK po fraktuře krčku humeru řešené osteosyntézou⁷ 6.6.2016. Pacientka si stěžovala na bolesti a špatnou hybnost zejména v pravém ramenním kloubu.

Paní Dana dále trpí arteriální hypertenzí III. stupně, chronickou venózní insuficiencí dolních končetin.

³ obnovení cévního zásobení krkavice

⁴ Stav, kdy se z nějaké příčiny vytvoří uvnitř žíly krevní sraženina (trombus), která žilní řečiště buď úplně či částečně ucpe.

⁵ chirurgické odstranění žlučníku

⁶ chirurgické vynětí apendixu

⁷ Operativní léčebná metoda kostních zlomenin, při níž se úlomky kosti k sobě připoutají kovovými hřebíky šrouby a dlahami

Logopedická diagnostika:

Vstupní vyšetření

Spontánní projev nonfluentní, obtíže s iniciací. Pojmenování - občasné anomie, v projevu nadužívání ukazovacích zájmen. Opakování do úrovně slov. Rozumění - obtíže se složenou větnou konstrukcí. Lexie s prodlevami, obtíže s uchováním. Grafie - občasné anomie, identifikace grafémů intaktní. Kalkulie do úrovně desítek. Brocova afázie.

Logopedická terapie

Logopedická terapie probíhala 3x týdně, stimulace, rozumění, pojmenování a opakování, lexie, grafie, kalkulie. Oromotorické sekvence, automatické řady, pojmenování - afat. Slovník - adjektiva + substantiva, popis - větný syntax, analýza a syntéza slova-zápis do kolonek. Automatické řady-přísluví, účel předmětů, kalkulie - prezentace, grafie - homonyma, synonyma, analýza a syntéza slova, znaménka. Abeceda - iniciace slova, lexie - volná reprodukce, otázky k textu.

Výstupní vyšetření

Produkce a rozumění posíleno, doporučuji pokračovat v logopedické terapii v místě bydliště.

(Pracoviště klinické logopedie Hostinné – Mgr. Filipková)

Rodinná anamnéza:

Otec paní Dany zemřel v 62 letech na zápal plic, matka zemřela v 72 letech na záduchu. Manžel paní Dany uhořel, když na podzim (zhruba před deseti lety) podpaloval listí benzínem, převoz do nemocnice již nepřežil.

Pacientka vyrůstala s pěti sourozenci, třemi sestrami a dvěma bratry. Sestry dosáhly věku 70, 50 a 54, jsou zdravé, nemají žádné závažné nemoci. Bratrovi je nyní 65 let, před 6 lety utrpěl rakovinu střev a nyní je už zdravý. Druhý bratr zemřel v 69 letech na rakovinu. Sestry bydlí ve stejné obci, tudíž se často setkávají. Dále se jako celá rodina setkávají převážně na oslavách.

Paní Dana porodila šest zdravých dětí. Dvě děvčata, kterým je nyní 49 a 42 let. A čtyři chlapce o věku 48, 44, 37, 28 let. Dvě dcery a dva synové mají zdravé děti. Synové o věku 44 a 37 let bydlí s paní Danou v bytovém domě, děti nemají.

Osobní anamnéza:

Paní Dana dle rozhovoru a lékařské zprávy v šesti letech prodělala spalničky, v osmi letech zarděnky a po uplynutí několika let neštovice. Celkový její vývoj probíhal v pořádku. V průběhu života, resp. po narození druhého dítěte často trpěla na angíny. V roce 2005 utrpěla ischemickou cévní mozkovou příhodu a za 6 měsíců prodělala srdeční infarkt. V červnu roku 2016 utrpěla frakturu krčku humeru řešené osteosyntézou. Zlomenina se stala při hlídání vnuka, kdy v nepozornosti uklouzla na hračce. Nyní paní Dana trpí inkontinencí, cukrovkou prvního stupně, zvýšeným krevním tlakem a mírnou nadváhou.

Alkohol nyní nepije vůbec nebo jen příležitostně na oslavách. Dříve také příležitostně. Dříve již od mládí kouřila zhruba 30 cigaret denně, nyní zhruba 10 cigaret denně. Dříve i kouřila v bytě, nyní dochází na balkón. Alergie žádné nemá. Pravidelně dochází k lékařům na kontrolní prohlídky.

Dříve ráda četla časopisy, číst knížky jí nebavilo. Nyní ráda sleduje televizi – běžné pořady, Šlágr. Pravidelně chodí se psem na procházky. Ráda hlídá vnoučata.

Jak už bylo v rodinné anamnéze zmíněno, paní Dana bydlí v bytovém domě spolu se dvěma syny. V pracovním týdnu je doma sama se svým psem, synové poté na víkend přijíždějí z Prahy, kde pracují. Tudíž je paní Dana samostatná a soběstačná, dochází si na nákupy do obchodu sama, vaří, stará se o domácnost. V bytovém domě také bydlí dcera a syn se svými rodinami.

Vzdělání a pracovní anamnéza:

Paní Dana má základní vzdělání. Ve svém dětství přestoupila do jiné Základní školy z důvodu stěhování se z Moravy do Čech. Kvůli stěhování musela opakovat druhý ročník, výuka byla také těžší než na Základní škole na Moravě. Opakovat ročník museli všichni sourozenci.

Začala pracovat již od svých 15 let. Nejdříve pracovala v Jednotném zemědělském družstvu, poté v Domově pro seniory jako uklízečka, následně jako pomocná síla v kuchyni a nyní pobírá starobní důchod.

Sociální anamnéza:

Paní Dana ráda chodí na procházky se psem nebo s kamarádkou. Často se shází s přáteli a svou rodinou. Když byla hospitalizována v RÚ Hostinném s nikým kromě pacientek na lůžkovém pokoji se nespřátelila.

Současný stav:

V současné době je paní Dana soběstačná, samostatná, dokáže bez větších obtíží komunikovat s okolím – občas nemůže nalézt vhodné slovo, časté artikulační pokusy, občas se zakoktá, potíže s pamětí – např. nákupní seznam, při dlouhém rozhovoru. Občas se u paní Dany objevily potíže v rozumění – převážně složitějších pokynech při terapii. Mluví v krátkých větách, problémy se skloňováním – agramatismy, problémy vyjádřit se v delším sdělení. Často se objevovaly perseverace – ulpívání na předchozím podnětu/činnosti.

Pacientka v Rehabilitačním ústavu absolvovala komplexní terapii, procedury zvládla bez obtíží. Celkově byla u pacientky zlepšena mobilita a stabilita PKK, zvýšená svalová síla PHK i trupového svalstva, byla lepšena stabilita stoje a chůze. Pacientka byla zacvičena v autoterapii. Po pěti týdnech byla propuštěna do domácí péče.

Přímé pozorování:

S paní Danou byla velmi dobrá spolupráce. Při terapii dokázala ovládat (levou rukou) myš i touchpad. Relativně rychle se naučila s myší pohybovat a sama volit možnosti z programu Mentio slovní zásoba a v rámci Mentio slovesa dokázala přetahovat obrázky a vybírat vhodné možnosti. Paní Danu jsem upozornila, že si budu psát poznámky, aby jí tato situace zbytečně nestresovala, tato informace jí vůbec nezatěžovala. Při terapii si často šeptala, snažila jsem se paní Danu často vyzývat k hlasitému čtení, ale pokaždé na to zapoměla a spíše si šeptala zvolené odpovědi. V rámci programu Mentio slovesa se často zapomínala dívat na obrázky, které byly pro vybrání správné odpovědi stěžejní.

Paní Dana udržovala oční kontakt, když jsem jí vysvětlovala jiný postup při terapii. Gestiku užívala minimálně, pravou ruku držela skrčenou na břicho, často si pravou rukou držela tričko na levé straně. Paní Dana je pravák, avšak mi přišlo, že pravou ruku užívá minimálně, pohybovat s ní mohla, horší měla jemnou motoriku, která se projevovala při psaní.

Občas si chyby neuvědomovala, často jsem jí pomáhala, převážně u dějových posloupností, kdy si nebyla jistá prvním krokem a nechtěla nic pokazit. Ze začátku, když udělala chybu, nijak se nevyjadřovala. Později, když jsme se blíže seznámily, při chybných odpovědích vyslovila „ježiši“ či nahlas mlaskla.

Logopedická diagnostika a terapie

V rámci prvního setkání jsem s paní Danou provedla dva screeningové diagnostické testy – Token Test a Butt Non-Verbal Reasoning Test. Následně jsem se věnovala obnovovací terapii s užitím programu Mentio. Z důvodu pokračování terapie v domácím prostředí pacientky jsem se zaměřila i na poskytnutí individuálních cvičení mimo terapii, které si paní Dana sama vypracovávala, a při dalším sezení jsme společně cvičení zkontrolovaly. Tímto byla terapie více efektivní.

Token Test

Paní Danu jsem seznámila s průběhem testu a jeho pravidly – např. že některé instrukce nebudu moci opakovat, tudíž je důležité, aby dávala pozor. Když jsem postupně předkládala Tokeny (známky), chtěla jsem nejdříve, aby mi paní Dana zodpověděla jakou barvu má tato známka. Zde už se objevovaly deficity – nemohla si vzpomenout na správný název barvy, občas jí zaměnila za jinou barvu, ale ihned se opravila. Barvy jsme si ještě jednou zopakovaly a následně jsme se věnovaly testu.

Počet bodů v jednotlivých částech a celkový počet bodů s výsledkem:

- A – 7/7 bodů
 - B – 4/4 bodů
 - C – 4/4 bodů
 - D – 4/4 bodů
 - E – 2/4 bodů
 - F – 7/16 bodů
- } Celkový počet bodů: 28
} Výsledek: lehká porucha

Podrobné vyhodnocení testu:

V částech A až D získala paní Dana plný počet bodů.

V části E ztratila 2 body. Problémové instrukce byly:

- **Instrukce č. 21** (Vezměte malé modré kolečko a velký žlutý čtverec) – instrukci paní Dana chtěla zopakovat, podle pokynů realizace testu je to zakázáno. Pokyn tedy vykonala špatně – místo malého modrého kolečka vzala malé bílé kolečko.
- **Instrukce č. 23** (Vezměte velký bílý čtverec a malé zelené kolečko) – místo malého zeleného kolečka vzala malý zelený čtverec.

V části F ztratila 9 bodů. Problémové instrukce byly otázky č. 24, č. 27, č. 28, č. 30, č. 33, č. 34, č. 35, č. 37, č. 39

- **Instrukce č. 24** (Položte červené kolečko na zelený čtverec) – položila zelené kolečko na červený čtverec.
- **Instrukce č. 27** (Dotkněte se modrého kolečka a červeného čtverce) – dlouho váhala.
- **Instrukce č. 28** (Zvedněte modré kolečko nebo červený čtverec) – nejprve zvedla modré kolečko a poté červený čtverec.
- **Instrukce č. 30** (Položte bílé kolečko před modrý čtverec) – položila bílé kolečko na modrý čtverec.
- **Instrukce č. 33** (Položte zelený čtverec za červené kolečko) – prohodila barvy.
- **Instrukce č. 34** (Dotkněte se čtverců pomalu a koleček rychle) – dotknula se jen kolečka a čtverce.
- **Instrukce č. 35** (Položte červené kolečko mezi žlutý čtverec a zelený čtverec) – vzala žluté kolečko, které položila mezi žlutý a zelený čtverec.
- **Instrukce č. 37** (Zvedněte červené kolečko – ne – bílý čtverec) – zvedla obě známky.
- **Instrukce č. 39** (Společně se žlutým kolečkem zvedněte modré kolečko) – zvedla je po sobě.

Butt Non-Verbal Reasoning Test

Screeningový test

Před paní Danu jsem položila testový dokument, kde byly 4 obrázky. Následně jsem jí řekla: „Pozorně se podívejte na tyto obrázky“. Po pár sekundách jsem pověděla: „Nyní Vám ukážu další obrázky“. Následně jsem předkládala jednotlivé obrázky, a současně jsem prohlásila: „Můžete najít podobný obrázek na papíře?“. Paní Dana

screeningovým testem prošla, snadno našla stejné obrázky. Tudíž jsme mohli pokračovat v testu.

Butt test

Následně jsem před paní Danu položila samotný „Butt test“. 4 malé obrázky jsem zakryla tak, aby nebyly vidět. Následně jsem pověděla: „Podívejte se pozorně na tento velký obrázek.“ Po pár sekundách jsem odryla 4 malé obrázky a současně jsem řekla: „Můžete ukázat na správný obrázek k tomu velkému obrázku?“ Paní Dana se pozorně podívala na obrázky a vybrala pokaždé správný obrázek. Žádný z nich jí nedělal velký problém, většinou přišla na správné řešení do 15 sekund. Pokud déle přemýšlela, vyzvala jsem jí k ukázání jednoho z obrázků. Jednotlivé výsledky jsem zaznamenávala do záznamového archu, který je možný k nahlédnutí v příloze. Paní Dana získala **plný počet bodů** bez jakékoli chyby a nápovědy.

Logopedická terapie v rámci programu MENTIO

V rámci programu Mentio jsem se zaměřila na dva dílčí programy Mentio Slovní zásoba (výběr správného slova, opis, psaní) a Mentio Slovesa (dějové posloupnosti). Jednotlivé výsledky jsou uvedeny v tabulkách, které pojednávají o konkrétních tématech, chybách i délce času pro splnění úkolu.

Mentio Slovní zásoba

Mentio Slovní zásoba – Cvičení D: výběr správného slova II

Složitější cvičení jsem vybrala z důvodu, že paní Dana měla prognózu i logopedickou diagnózu lepší než další dva pacienti. Když docházela na terapii do logopedické ambulance při Rehabilitačním ústavu, měla i relativně širokou pasivní slovní zásobu.

Paní Dana se rychle naučila ovládat počítačovou myš. Bez mé pomoci si tak mohla volit odpovědi, které jí přišly správné. Zprvu se bála, že počítač poškodí, avšak po několika sezeních už přesně věděla, co dělat. Dokonce ji nová technologie nadchla tak, že po svých synech chce zakoupit levný počítač.

V následující tabulce je možné blíže nahlédnout do průběhu terapie. Tabulka je zaměřena na přehledné shrnutí sedmi sezení, které se věnovaly terapii s programem Mentio. Tabulka obsahuje šest sloupců – setkání, počet slov, počet chyb,

konkrétní chyby, celkový čas a nejdelší čas pro zvolená slova. Podle níže uvedeného přehledu, paní Dana neměla s cíleným pojmenováním větší problémy. Z padesáti slov oplývala pouze jednou až třemi chybami.

Setkání	Počet slov	Počet chyb	Chyby	Čas	Nejdelší čas
První	50	0		10:12	Knížka (52,6s) Přechod (43,7s) Kapesník (40,1s) Kabát (12,4s)
Druhé	50	1	Tisíc korun	11:11	Svetr (46,7s) Tisíc korun (43s) Hasiči (34,6s) Oči (26,9s)
Třetí	50	3	Traktor Vidlička Břicho	12:14	Policie (47,6s) Nádraží (39,5s) Lékárna (18,9s)
Čtvrté	50	0		08:54	Nůžky (21,8s) Peněženka (10,9s) Lžice (8,6s)
Páté	50	1	Garáž	10:26	Šnek (17,6s) Růže (13,3s) Kopec (11,1s)
Šesté	50	0		09:58	Hospoda (7,7s) Dům (6,5s)
Sedmé	50	1	Červená	08:23	Zubní pasta (30,4s) Lékárna (18,9s)

Tabulka 3: výsledek Mentio Slovní zásoba – pojmenování (případová studie č. 1)

Při první terapii s programem neměla paní Dana žádnou chybu. Nejdelší čas pro výběr nalezneme u slova „knížka“ o 43,7s. Pacientku nejspíše zmátl obal knížky, na kterém byla nakreslená pláž s palmou. Myslela si tak, že je to spíše obraz.

Setkání druhé: při nabídce slova „tisíc korun“ paní Dana zvolila „deset korun“. Poté se sama opravila a zvolila správnou možnost „tisíc korun“. Nejdelší čas o 46,7s patří slovu „svetr“.

Setkání třetí: při nabídce slova „traktor“ zvolila „křižovatka“, u slova „vidlička“ zvolila „ručník“, u slova „břicho“ zvolila „záda“. Nejdelší čas o 39,5s patří slovu „nádraží“.

Setkání páté: při nabídce slova „garáž“ zvolila „vrata“. Nejdelší čas o 17,6s nalezneme u slova „šnek“.

Setkání sedmé: při nabídce slova „červená“ zvolila „černá“. Nejdelší čas o 30,4s můžeme spatřit u slova „zubní pasta“.

Mentio Slovní zásoba – cvičení B: opis

V dílčí části „opisu slova“ jsem se zaměřila na výběr správných písmen pomocí počítačové myši. Paní Dana ovládala myš levou rukou.

Pro opis bylo zvoleno deset slov, se kterými se pacientka seznámila z prvního cvičení „výběr správného slova II“. Opis se tedy odvíjel od seznamu slov ve cvičení D. Pacientce jsem nemusela dávat najevo, že písmeno, které zvolila je chybné, jelikož uslyšela zpětnou vazbu v podobě výrazného zvuku z reproduktorů počítače.

V následující tabulce nalezneme shrnutí celé této dílčí části. Tabulka obsahuje šest sloupců – setkání, počet psaných slov, celkový čas, počet chyb, chybná slova a konkrétní chyby. Velká tučná písmena ohraničená pomlčkami, v posledním sloupci, znázorňují chybu.

Setkání	Počet slov	Celkový čas	Počet chybných slov	Chybná slova	Chyby
První	10	09:54	1	Kabát	kabá- K -t
Druhé	10	09:45	2	Letadlo Tílko	letad- O -lo t- I -ílko
Třetí	10	10:71	5	Rameno Záchranka Rukavice Letadlo Občanka	r- R -ameno- O záchrank- K -a r- R -ukavice let- T -ad- D -lo obč- Č -ank- K -a
Čtvrté	10	07:00	1	Hřeben	hře- N -ben
Páté	10	06:54	1	Tílko	tíl- O -ko
Šesté	10	06:06	2	Peněženka Tričko	pe- Ž -něženka trič- D -ko
Sedmé	10	09:43	3	Kabát Peněženka Záchranka	k- Á -abát peněže- K -nka z- A -áchranka

Tabulka 4: výsledky Mentio Slovní zásoba - opis (případová studie 1)

Paní Dana měla v rámci opisu nabídnutí více písmen. Nejčastější chybou bylo stisknutí dvou stejných písmen za sebou, z důvodu nepozornosti či ztracení orientace ve slově. Dále častou chybou byla záměna dlouhého „Á“ za krátké „A“ a opačně.

Mentio Slovní zásoba – cvičení F: psaní

Paní Dana opět celé cvičení ovládala pohyby počítačové myši. Údaje jsou možné k bližšímu nahlédnutí v následující tabulce. Tabulka obsahuje šest sloupců – setkání, počet psaných slov, celkový čas, počet chybných slov, konkrétní chybné slovo, konkrétní chyby. Velká tučná písmena ohraničená pomlčkami znázorňují chybu. V psaní bylo pro paní Danu problematictější než opis.

Setkání	Počet psaných slov	Čas	Počet chybných slov	Konkrétní chybné slovo	Konkrétní chyby
První	10	10:06	2	Lanovka Kabát	la- V -novka kabá- K -t
Druhé	10	9:22	3	Letadlo Chodidlo Tílko	le- D -ta- L -dlo H -chodi- L -dlo tíl- O -ko
Třetí	10	13:59	5	Tílko Záchranka Bačkory Občanka Policie	t- I -ílko S -z- Z -áchranka bačk- R -ory ob- B -čanka polici- J -e
Čtvrté	10	09:02	3	Punčocháče Ponožky Hřeben	punčo- Č - Č -ch- O -áče pon- Ž -ožky hř- Ř -eben
Páté	10	08:02	3	Punčocháče Tílko Záchranka	punč- Á -ocháče t- I -ílko záchr- Á - Á -nka
Šesté	10	07:23	2	Tričko Záchranka	tr- Y -ičko z- Z -áchranka
Sedmé	10	09:27	5	Kabát Záchranka Tričko Cigarety Peněženka	k- Á -abát z- A -chranka tr- Y -ičko cigaret- I -y peněž- K -enka

Tabulka 5: výsledky Mentio Slovní zásoba - psaní (případová studie č. 1)

Paní Dana měla často chyby jako jsou záměna písmene, měla problém s poznáváním a určováním měkkých a tvrdých souhlásek (cigarety = cigareti, tričko = tryčko). Se záměnou písmen „Á“ a „A“, „S“ a „Z“. Také chyba, sice méně častá byla např. ve slově policie, které se čte jako „policije“, ale píše se „policie“.

Častým problémem bylo, že paní Dana často používala jiný název pro dané slovní pojmy z programu. Například neříká „tričko“ ale „triko“, „záchranku“ nazývá „sanitka“. I takovým omylem byl obrázek „punčocháče“, které by se spíše měly zařadit jako „silonky“.

Mentio Slovesa

Při obnovovací terapii jsem se zaměřovala na cvičení B: malý obrázek a čtyři popisky, cvičení C: čtyři obrázky bez popisků.

Mentio Slovesa – cvičení B: malý obrázek a čtyři popisky

Průběh cvičení B shrnut v níže uvedené tabulce o šesti sloupcích – setkání, téma, počet chyb v posloupnosti, konkrétní chyby, celkový čas, procento úspěšnosti. Procento úspěšnosti bylo automaticky vyhodnoceno programem. Konkrétní chyby jsou pod uvedenou tabulkou zpracovány a podrobně rozepsány. U každého chybného tématu je uvedeno správné pořadí dějové posloupnosti a poté volba pacientky.

Setkání	Téma	Počet chyb	Konkrétní chyby	Čas	Úspěšnost
První	Prát Čistit si zuby Mýt nádobí Psát dopis Česat se Koupat se	3	Prát prádlo Luxovat	20:26	88 %
Druhé	Luxovat Nakupovat Číst knížku Jíst banán Obouvat boty Měřit si teplotu	4	Luxovat Číst knížku Obouvat boty Měřit si teplotu	16:56	83 %
Třetí	Zametat Měřit si teplotu Telefonovat Vařit polévku Zavírat okno Přecházet silnici	3	Telefonovat Zavírat okno	19:24	88 %

Čtvrté	Obouvat boty Číst knížku Vytírat podlahu Žehlit šaty Měřit teplotu Vynášet odpadky	6	Luxovat Obouvat boty Číst knížku Žehlit šaty Měřit si teplotu Vynášet odpadky	15:38	75 %
Páté	Číst knížku Měřit si teplotu Telefonovat Vynášet odpadky Žehlit šaty Vytírat podlahu Přišívat knoflík	3	Přišívat knoflík Vytírám podlahu	13:18	88 %
Šesté	Pít čaj Přecházet silnici Dávat kytky do vázy Poslouchat rádio Přišívat knoflík Odemykat dveře Vytírat podlahu	3	Přecházet silnici Poslouchat rádio Odemykat dveře	13:14	88 %

Sedmé	Odemykat dveře	3	Přecházet silnici Zavírat okno	15:32	88 %
	Přecházet silnici				
	Poslouchat rádio				
	Přišívát knoflík				
	Zavírat okno				
	Obouvat boty				

Tabulka 6: výsledky Mentio Slovesa - cvičení B (případová studie č. 1)

V níže uvedeném vysvětlení, jsou chyby znázorněny v tučném označení textu. Téměř u každého okruhu je uvedené dvě možnosti - „Správná posloupnost“ a „Volba paní Dany“, pro lepší přehled a pochopení chyb v posloupnosti.

První setkání:

- Prát prádlo
 - Správná posloupnost: Dávám prádlo do pračky – sypu dovnitř prášek – pouštím pračku – nechávám prádlo uschnout.
 - Volba paní Dany: dávám prádlo do pračky - **pouštím pračku – sypu dovnitř prášek** – nechávám prádlo uschnout.
- Luxovat
 - Správná posloupnost: na koberci jsou drobký – vyndávám lux – strkám šňůru do zdi – luxuju
 - Volba paní Dany: na koberci jsou drobký - **strkám šňůru do zdi – vyndávám lux - luxuju**

Druhé setkání:

- Luxovat
 - Volba paní Dany: **luxuju** - vyndávám lux – strkám šňůru do zdi – **na koberci jsou drobký**

- Číst knížku
 - Správná posloupnost: Beru si brýle – otevírám knížku – čtu si – vracím knížku na policičku
 - Volba paní Dany: **čtu si** – dále jsem musela paní Heleně poradit
- Obouvat boty
 - Správná posloupnost: Pokládám boty před sebe – strkám nohy dovnitř – zavazuju si tkaničky – jdu ven
 - Volba paní Dany: **jdu ven** – následně po radě správně zvoleno
- Měřit si teplotu
 - Správná posloupnost: cítím se špatně – sklepávám teploměr – měřím si teplotu – lehám si do postele
 - Volba paní Dany: **měřím si teplotu** – cítím se špatně – sklepávám teploměr – měřím si teplotu – lehám si do postele

Třetí setkání:

- Telefonovat
 - Správná posloupnost: zvedám sluchátko – vytáčím číslo – povídám si s kamarády - zavěšuju
 - Volba paní Dany: **nevěděla, jak se zachází se starším telefonem (pevnou linkou)**
- Zavírat okno
 - Správná posloupnost: je průvan – zavírám okno – otáčím kličkou – zatahuju závěsy
 - Volba paní Dany: **zavírám okno - otáčím kličkou**

Čtvrté setkání:

- Luxovat
 - Volba paní Dany: na koberci jsou drobký – **strkám šňůru do zdi** – vyndávám lux – strkám šňůru do „zásuvky“ – **strkám šňůru do zdi** – vysávám
- Obouvat boty

- Správná posloupnost: Pokládám boty před sebe – strkám nohy dovnitř – zavazuju si tkaničky – jdu ven
- Volba paní Dany: **jdu ven** – pokládám boty před sebe – strkám nohy dovnitř – zavazuju si tkaničky – jdu ven
- Číst knížku
 - Správná posloupnost: Beru si brýle – otevírám knížku – čtu si – vracím knížku na policičku
 - Volba paní Dany: **otevírám knížku** – беру si brýle – otevírám knížku – čtu si – vracím knížku na policičku
- Žehlit šaty
 - Správná posloupnost: nesu zmačkané šaty – pokládám šaty na prkno – žehlím žehličkou – věším šaty na ramínko
 - Volba paní Dany: **pokládám šaty na prkno** – nesu zmačkané šaty – pokládám šaty na prkno – žehlím žehličkou – věším šaty na ramínko
- Měřit si teplotu
 - Správná posloupnost: cítím se špatně – sklepávám teploměr – měřím si teplotu – lehám si do postele
 - Volba paní Dany: **měřím si teplotu** – sklepávám teploměr – měřím si teplotu – lehám si do postele
- Vynášet odpadky
 - Správná posloupnost: koš je plný odpadků – sypu odpadky do pytle – zavazuju pytel – nesu pytel do popelnice
 - Volba paní Dany: koš je plný odpadků – sypu odpadky do pytle – **nesu pytel do popelnice** – zavazuju pytel – nesu pytel do popelnice

Páté setkání:

- Přišívát knoflík
 - Správná posloupnost: stříhám ze špulky nit' – navlíkám nit' do jehly – propichuju látku jehlou – knoflík je přišitý
 - Volba paní Dany: **navlíkám nit'** – stříhám ze špulky nit' – navlíkám nit' do jehly – propichuju látku jehlou – knoflík je přišitý

- Vytírám podlahu
 - Správná posloupnost: беру кýбл s vodou – namáčím hadr – dávám hadr na smeták – vytírám podlahu
 - Volba paní Dany: **vytírám podlahu** - беру кýбл s vodou – namáčím hadr – dávám hadr na smeták - **dávám hadr na smeták** – vytírám podlahu

Šesté setkání:

- Přecházet silnici
 - Správná posloupnost: jdu na přechod – nechávám auta přejet – čekám na zelenou – můžu přejít
 - Volba paní Dany: jdu na přechod – **čekám na zelenou** – nechávám auta přejet – čekám na zelenou – můžu přejít
- Poslouchat rádio
 - Správná posloupnost: zapínám rádio – vytahuju anténu – ladím stanici – poslouchám hudbu
 - Volba paní Dany: **poslouchám hudbu** – zapínám rádio – vytahuju anténu – ladím stanici – poslouchám hudbu
- Odemykat dveře
 - Správná posloupnost: jdu ke dveřím – odemykám klíčem – mačkám kliku – vcházím do dveří
 - Volba paní Dany: jdu ke dveřím – odemykám klíčem – mačkám kliku – **jdu ke dveřím** – vcházím do dveří

Sedmé setkání:

- Přecházet silnici
 - Volba paní Dany: jdu na přechod – **můžu přejít** – nechávám přejet auta – **můžu přejít** – čekám na zelenou – mohl jsem přejít
- Zavírat okno
 - Volba paní Dany: **zavřít okno** – je průvan – **otáčím klíčkou** – zavírám okno – zatahuju závěsy

Cvičení C: čtyři obrázky bez popisků

V terapii jsem užívala verzi bez popisků, z důvodu stimulace řečového projevu u paní Dany. Když pacientka měla problémy s nalezením vhodného slova, pomohla jsem jí vyslovením první slabiky, většinou poté slovo doplnila. Zvolená slova byla stejná jako u předchozího cvičení. Tato verze C byla zvolena pro prohloubení předchozího cvičení.

V následující tabulce o šesti sloupcích. Konkrétní chyby jsou popsány pod shrnující tabulkou. S tímto cvičením, seřazováním správného pořadí obrázků, neměla paní Dana větší potíže. Paní Dana si mohla vyprávět svůj příběh, ale usměrňovala jsem jí, aby se držela podobného tématu dějové posloupnosti.

Setkání	Téma	Počet chyb	Konkrétní chyby	Čas	Úspěšnost
První	Prát Čistit si zuby Mýt nádobí Psát dopis Česat se Koupat se	1	Prát prádlo	10:15	96 %
Druhé	Luxovat Nakupovat Číst knížku Jíst banán Obouvat boty Měřit si teplotu	1	Měřit si teplotu	08:56	96 %

Třetí	Zametat Měřit si teplotu Telefonovat Vařit polévku Zavírat okno Přecházet silnici	0		10:23	100 %
Čtvrté	Obouvat boty Čist knížku Vytírat podlahu Žehlit šaty Měřit teplotu Vynášet odpadky	3	Čist knížku Vytírat podlahu Žehlit šaty	11:50	88 %
Páté	Čist knížku Měřit si teplotu Telefonovat Vynášet odpadky Žehlit šaty Vytírat podlahu Přišívát knoflík	1	Vynášet odpadky	07:27	96 %

Šesté	Pít čaj Přecházet silnici Dávat kytky do vázy Poslouchat rádio Přišívat knoflík Odemykat dveře Vytírat podlahu	1	Přecházet silnici	12:07	96 %
Sedmé	Poslouchat rádio Přišívat knoflík Zavírat okno Přecházet silnici Odemykat dveře Žehlit šaty	0		17:34	100 %

Tabulka 7: výsledky Mentio Slovesa - cvičení C (případová studie č. 1)

V níže uvedeném vysvětlení, jsou chyby znázorněny v tučném označení textu. U každého chybného okruhu je pouze zmíněna „volba paní Dany“.

První setkání:

- Prát prádlo
 - Volba paní Dany: dávám prádlo do pračky - **pouštím pračku** – **nechávám prádlo uschnout**

Druhé setkání:

- Měřit si teplotu
 - Volba paní Dany: cítím se špatně – **měřím si teplotu** - sklepávám teploměr – měřím si teplotu – lehám si do postele

Čtvrté setkání:

- Číst knížku
 - Volba paní Dany: беру si brýle – **čtu si** – otevírám knížku – vracím knížku na policičku
- Žehlit šaty
 - Volba paní Dany: nesu zmačkané šaty – **žehlíme žehličkou** – pokládám šaty na prkno – žehlím žehličkou – věším šaty na ramínko
- Vytírám podlahu
 - Volba paní Dany: беру kýbl s vodou – **dávám hadr na smeták** – namáčím hadr – dávám hadr na smeták - vytírám podlahu

Páté setkání:

- Vynášet odpadky
 - Volba paní Dany: koš je plný odpadků – sypu odpadky do pytle – **nesu pytel do popelnice** – zavazuju pytel – nesu pytel do popelnice

Šesté setkání:

- Přecházet silnici
 - Volba paní Dany: **nechám přejet auta** – jdu na přechod – nechávám auta přejet – čekám na zelenou – můžu přejít

Celkové shrnutí případu

Paní Dana měla podle logopedické diagnostiky větší předpoklady pro efektivitu terapie, i z důvodu, že cévní mozkovou příhodu prodělala v r. 2005. V Token Testu získala 28 bodů, což znamená „lehká porucha“. V BNVR testu získala plný počet bodů, u pacientky se tedy nevyskytuje kognitivní porucha.

Na program Mentio si velice rychle zvykla a sama ho dokázala ovládat pomocí počítačové myši i touchpadu. Pokud paní Dana udělala nějakou chybu, nezaobírala se tím a pokračovala dále, občas bylo jen možné zaslechnout hlasité mlasknutí.

S výběrem vhodného slova v rámci cíleného pojmenování neměla pacientka problémy, maximální počet chyb byl tři. Ke konci terapie se chybně zvolená slova téměř nevyskytovala. V rámci cíleného pojmenování jsem se zaměřila také na

telefonní čísla policie, záchranné služby a hasičů. Každé setkání jsem tyto tři služby zahrnula do výběru slov. Z důvodu, že paní Dana při první terapii netušila, jaká čísla jsou pro tyto služby.

Opis pro paní Danu byl náročnější. Nejčastější chybou bylo stisknutí dvou stejných písmen za sebou, nejspíše z důvodu ztráty orientace ve slově. Chybně opsaná slova se v průběhu sedmi sezení neustále opakovala. Některá slova opsala paní Dana dobře, některá špatně, avšak s jinou chybou. Jednalo se spíše o slova o více slabikách, jako peněženka a záchranka.

V psaní slov se již objevovaly větší deficity. Z deseti slov oplývala dvěma až pěti chybami. Slovo z vizuální opory se snažila sama vymyslet. Písmena si sama diktovala, občas grafémy špatně identifikovala. Na chybu jsem paní Danu nemusela upozornit, vždy slyšela od programu zpětnou vazbu v podobně výrazného zvuku, sama tak věděla, že se spletla. Slovo znovu vyslovila, na další písmeno se jí podařilo přijít s pomocí vizuální předlohy části napsaného slova, nebo jsem pacientce poradila. Avšak chtěla spíše pracovat sama. Paní Dana měla problémy s poznáváním a určováním měkkých a tvrdých souhlásek, se záměnou podobných hlásek.

U dějových posloupností, ve cvičení B (výběr ze čtyř popisků) měla zhruba každé sezení tři chyby z šesti témat. Témata obsahovala čtyři dějové popisky. V každém procvičovaném tématu měla zhruba jednu chybu. Procentuální úspěšnost z výpočtu byla okolo 88%. Cvičení C obsahovalo každé sezení stejná témata z důvodu vyšší unavitelnosti pacientky. Podle údajů v tabulce se chyby snížily a v tomto cvičení se neopakovaly. Zde je vidět efektivita programu, kdy se paní Dana nejprve seznámila s tématem (vybráním správného popisku k obrázku) a poté seřazovala obrázky dle posloupnosti správně s výskytem převážně jedné i žádné chyby.

V rámci osmi sezení, která probíhala převážně jednou či dvakrát týdně, jsem měla velký pocit zlepšování slovní zásoby, výslovnosti a přesnosti ve čtení. Větší efektivita a motivace pacientky byla nejspíše z důvodu terapie ve vlastním domácím prostředí. Jelikož jsem za paní Danou dojížděla, nechávala jsem jí různá cvičení, která mohla vypracovávat ve svém volném čase. Podle mého názoru se program osvědčil v efektivitě a doplnění logopedické terapie. Terapie byla doplněna různými individuálními cvičeními mimo sezení. Program měl také i vedlejší pozitiva, jako zvýšení sociální interakce, jelikož paní Dana bydlí přes pracovní dny v bytě sama.

4.6. Případová studie č. 2

Jméno:	Milan
Pohlaví:	muž
Datum narození:	1951
Věk:	66
Rodinný stav:	ženatý
Náboženské vyznání:	bez víry
Dřívější zaměstnání:	dělník na pile
Diagnóza při přijetí:	ischemická cévní mozková příhoda
Hospitalizace v RÚ Hostinné:	6 týdnů

Lékařská anamnéza:

Pan Milan 19. 2. 2015 utrpěl ischemickou cévní mozkovou příhodu v povodí ACM⁸ vlevo s pravostrannou hemiparézou těžkého stupně s větším postižením na horní končetině a smíšenou fatickou poruchou. V únoru r. 2015 byla zjištěna paroxysmální fibrilace síní⁹ - dle lékařské anamnézy etiologie v.s.¹⁰ kardioemboligenní při srdeční arytmií, léčeno warfarizací¹¹.

Pacient dále trpí diabetes mellitus 2. typu, který je kompenzován dietou a PAD¹². Dále se u pacienta projevila smíšená dyslipidemie¹³ (v terapii statinem a fibrátem), chronická venózní insuficience¹⁴ dolních končetin, reaktivní depresivní syndrom v terapii SSRI. Poslední hospitalizace proběhla v RHB oddělení nemocnice Jičín v červenci 2016 na 3 týdny.

⁸ arteria cerebri media

⁹ Porucha srdečního rytmu (paroxysmální = záchvatová)

¹⁰ veri similibus, veri similitudo – velmi pravděpodobně

¹¹ Léky na ředění krve

¹² Perorální antidiabetika

¹³ Zvýšený cholesterol v krvi

¹⁴ Chronická žilní nedostatečnost

Logopedická diagnostika:

Vstupní vyšetření

Spontánní projev nonfluentní, obtížně tvořený, převažují automatismy „ano“. Automatické řady s obtížemi, nutná dopomoc. Pojmenování samostatné ne, pomáhá nápověda 1. slabiky. Opakování parafatické na úrovni slov. Rozumění - obtíže se složenou větnou konstrukcí a instrukcemi somatognostickými. Lexie ne, částečně se daří identifikace grafémů. Grafie pouze opis. Kalkulie velmi dobrá i na úrovni přechodů. Oromotorická nápodoba s obtížemi. IR 32/50, IP 5/50. Brocova afázie, verbální a orální apraxie.

Logopedická terapie

Logopedická terapie 3x týdně, stimulace rozumění, pojmenování a opakování, lexie, grafie. Oro-motorické sekvence, identifikace grafémů, samostatná iniciace slov - s prodlevami ale dobré. lexie v duelu. analýza a syntéza slova, výslovnost. Grafie - přiřazování názvů-globální čtení. Kalkulie + prezentace. Pojmenování (lexie) - afat. slovník.

(Pracoviště klinické logopedie Hostinné)

Rodinná anamnéza:

Otec pana Milana zemřel v 62 letech na opakovanou CMP, matka zemřela v 78 letech na nádor plic. Podle rozhovoru s panem Milanem a jeho manželkou, paní Petrou, nevědí přesně jestli zemřela na nádor plic – ráno se již neprobudila, o nádoru nevěděli. Pan Milan vyrůstal s jedním mladším sourozencem – bratrem, který před 7 lety zemřel (ve věku 54 let). Rozhovor na téma úmrtí v rodině byl pro pana Milana velmi osobní, proto jsem se příčinu úmrtí nedozvěděla.

Pacient má dvě děti, syna (42 let) a dceru (35 let). Syn pana Milana má dva chlapce – dvojčata, dcera dvě děvčata o věku 3 a 8 let.

Vztahy v rodině jsou výborné. Setkávají se převážně se svými dětmi a vnoučaty nejen na oslavách, ale i pravidelných návštěvách několikrát do měsíce. Vnučka dojíždí k prarodičům o prázdninách a s panem Milanem si rozvíjejí čtení.

Osobní anamnéza:

Pan Milan prodělal v dětství běžné nemoci, jako jsou neštovice, angíny, chřipky a nachlazení. Vývoj v dětství byl normální. V průběhu života před propuknutím iCMP prodělal také běžné nemoci, dnes trpí diabetes mellitus 2. stupně, zvýšeným cholesterolem, hemeroidy. Po kousnutí klíštětem proběhla léčba na boreliózu, také prodělal operaci kvůli křečovým žilám.

Alkohol nyní nepije, paní Petra v obchodě kupuje pouze nealkoholické pivo. Dříve také abstinovat. Pan Milan po propuknutí CMP nekouří, dříve jen příležitostně. Alergie žádné nemá, dříve však utrpěl alergickou reakci na penicilín.

Pan Milan dnes rád sleduje běžné a sportovní pořady v televizi, částečně se stará o zahradu. Dříve byl nadšený pro zahradničení, pomáhal jako dobrovolný hasič a s dětmi jezdil na hasičské tábory.

Pan Milan je v základních úkonech soběstačný, dopomoc potřebuje částečně při jídle (nakrájení stravy), oblékání (mírná dopomoc – např. při oblékání ponožek, zapínání zipu, apod.). Při koupání nepotřebuje dopomoc, jelikož v rodinném domě mají nově zrekonstruovanou bezbariérovou koupelnu.

Vzdělání a pracovní anamnéza:

Pan Milan vystudoval střední odborné učiliště – obor malíř-natěrač. Ve škole žádné potíže neměl, učení ho bavilo a v hodinách nevyrušoval. Dříve pracoval jako dělník na pile (obsluha strojů) – zde byl zaměstnán 12 let. Před touto prací pracoval v Hradci Králové v ZVU (hovorový název Škodovka) – zde byl zaměstnán 35 let.

Sociální anamnéza:

Pan Milan žije v rodinném domě spolu se svou manželkou Petrou. Ve svém volném čase se shází s rodinou. S žádným kamarádem po propuknutí CMP se nestýká, podle paní Petry o něj nikdo nemá zájem.

Při hospitalizaci v Rehabilitačním ústavu se ve svém volném čase převážně pohyboval na pokoji, nechodil na procházky – jen odpočíval.

Současný stav:

V r. 2015 byl hospitalizován v RÚ Hostinné, kde došlo ke zlepšení hybnosti. V RHB oddělení nemocnice Jičín v r. 2016 taktéž došlo k velmi dobrému efektu rehabilitace. U pana Milana je možné si všimnout lehkého poklesu ústního koutku. Levá horní končetina je bez omezení pohyblivosti, pravá horní končetina je omezena středně těžkou parézou, při pasivní hybnosti bolestivě reaguje na pohyb v ramenním kloubu. Levá dolní končetina je bez omezení pohyblivosti, pravá dolní končetina je postižena parézou, pan Milan dokáže končetinu lehce vyzdvihnout, končetina je taktéž pro svůj pohyb omezena svalovou hypotrofií.

Pan Milan chodí s čtyřbodovým chodítkem, je potřeba lehká dopomoc z důvodu možného pádu. V RÚ Hostinné se pohyboval pomocí vozíku, který ovládal zdravými končetinami.

Pacient má zhoršenou komunikaci vlivem fatické poruchy, všemu rozumí, snaží se vyhovět. V základních úkonech je soběstačný.

Přímé pozorování:

Pan Milan se pohyboval po prostorách Rehabilitačního ústavu na vozíku. Na okoji dokázal chodit s pomocí chodítka. S pacientem byla velmi dobrá spolupráce. Při terapii nemohl ovládat počítačovou myš, ukazoval prstem na obrazovku počítače. Myš jsem za něho ovládala. Pana Milana jsem stejně jako všechny pacienty před terapií upozornila, že si budu psát poznámky, ale že se nemusí bát – jsou to poznámky o průběhu terapie. Mou situaci zcela chápal a nedával najevo, že ho psaní mých poznámek nějakým způsobem irituje.

Pacient měl problémy s udržováním očního kontaktu. Paní logopedka upřednostňuje, aby si pan Milan osvojil do jisté míry ústní obrazy hlásek. U pana Milana je problém, že zaměňuje samohlásky i jiné hlásky. Vždy, když jsem mu četla slova z výběru, kterým nerozuměl a snažil se je po mě zopakovat (sice chybně), musela jsem ho upozornit, aby se na mě díval (poté již některá slova zopakoval relativně dobře, alespoň stejný počet slabik).

Pan Milan má malou aktivní slovní zásobu. Čtvrtéhp sezení se naší terapie účastnila i manželka pana Milana. Na konci terapie jsem je požádala, zda mi mohou zodpovědět pár otázek. Před pana Milana jsem položila list papíru, kde bylo napsáno velkými písmeny „ANO“ a „NE“, aby mi pan Milan mohl zodpovědět co nejvíce

otázek. Otázky byly přizpůsobeny tak, aby mohl odpovídat „ANO/NE“. U otázek, které jsem potřebovala znát podrobněji, jsem se obrátila na paní Petru. V tu chvíli nastal velký problém. Pan Milan se urazil, že nekomunikuji s ním a ptám se na některé otázky jeho paní. Poté jsem ho uklidnila a vysvětlila mu, že se teď zeptám na jednu otázku jeho paní a poté se budu věnovat jenom jemu. Podobná situace se stala o pár dní později i paní logopedce, která chtěla, aby se paní Petra také účastnila terapie pro zaučení domácí péče.

Logopedická diagnostika a terapie

Na začátku terapie jsem s panem Milanem provedla dva screeningové diagnostické testy – Token Test a Butt Non-Verbal Reasoning Test. Následně jsem se věnovala obnovovací terapii v rámci programu Mentio.

Token test

Nejprve jsem pana Milana seznámila s průběhem testu a jeho pravidly. Když jsem postupně předkládala Tokeny (známky), chtěla jsem, aby mi sdělil barvu jednotlivých tokenů. Zprvu jsme barvy tokenů odříkaly spolu, kdy po mě opakoval. Poté jsem se ho ptala, kde jsou jednotlivé barvy. Zdálo se, že pan Milan chápe mé instrukce. Avšak jak se barvy měnily, pacient se přestával v barvách a velikostech tokenů orientovat.

V níže uvedeném textu je uveden podrobný přehled a vysvětlení chybných reakcí. V poslední části Token Testu nezískal pan Milan ani jeden bod. Instrukce pro něho již byly velice těžké.

Počet bodů v jednotlivých částech a celkový počet bodů s výsledkem:

- A – 4/7 bodů
 - B – 3/4 bodů
 - C – 1/4 bodů
 - D – 2/4 bodů
 - E – 0/4 bodů
 - F – 0/16 bodů
- } Celkový počet bodů: 10
} Výsledek: těžká porucha

V **části A** získal pan Milan 4 body. Problémové instrukce byly:

- **instrukce č. 4** (Dotkněte se červené známky) – dotkl se známky modré;
- **instrukce č. 5** (Dotkněte se modré známky) – dotkl se zelené známky;
- **instrukce č. 6** (Dotkněte se zelené známky) – dotkl se modré známky.

V **části B** získal 3 body. Problémová instrukce byla č. 9 (Dotkněte se modrého kolečka) – dotkl se zeleného kolečka.

V **části C** získal jeden bod. Problémové otázky byly:

- **instrukce č. 13** (Dotkněte se velkého žlutého čtverce) – dotkl se zeleného čtverce
- **instrukce č. 14** (Dotkněte se velkého zeleného čtverce) – dotkl se modrého čtverce
- **instrukce č. 15** (Dotkněte se malého modrého čtverce) – nevěděl, co má dělat

V **části D** získal 2 body. Problémové instrukce byly:

- **instrukce č. 16** (Vezměte červené kolečko a zelený čtverec) – vzal modré kolečko
- **instrukce č. 19** (Vezměte bílé kolečko a červené kolečko) – dlouho přemýšlel a instrukci jsem musela zopakovat

V **části E** nezískal žádný bod.

- **Instrukce č. 20** (Vezměte velké bílé kolečko a malý zelený čtverec) – vzal malé bílé kolečko a malý zelený čtverec
- **Instrukce č. 21** (Vezměte malé modré kolečko a velký žlutý čtverec) – vzal malý modrý čtverec a velký žlutý čtverec
- **Instrukce č. 22** (Vezměte velký zelený čtverec a velký červený čtverec) – vzal jen velký bílý čtverec
- **Instrukce č. 23** (Vezměte velký bílý čtverec a malé zelené kolečko) – nevěděl, poté vzal malé žluté kolečko

V **části F** nezískal žádný bod z důvodu ukončení testu.

Butt Non-verbal Reasoning Test

Při prvním sezení proběhla realizace screeningového testu „Butt Non-Verbal Reasoning Test“. Z důvodu špatné korekce, kdy si pan Milan místo brýle na čtení nasadil brýle na dálku. Z tohoto důvodu byl zvýšený počet chyb.

Druhé sezení jsem test opakovala s vhodnou zrakovou korekcí, poté pan Milan získal plný počet bodů. První verze testu je níže popsána.

Druhá realizace Butt Non-verbal Reasoning Test

Screeningový test

Před pana Milana jsem položila testový dokument, kde byly 4 obrázky. Následně jsem mu řekla: „Pozorně se podívejte na tyto obrázky“. Po pár sekundách jsem pověděla: „Nyní Vám ukážu další obrázky“. Následně jsem mu předkládala jednotlivé obrázky, a současně jsem prohlásila: „Můžete najít podobný obrázek na papíře?“. Pan Milan screeningovým testem prošel, snadno našel stejné obrázky. Tudíž jsme mohli pokračovat v testu.

Butt test

Následně jsem před pacienta položila samotný „Butt test“. 4 malé obrázky jsem zakryla tak, aby nebyly vidět. Následně jsem řekla: „Podívejte se pozorně na tento velký obrázek.“ Po pár sekundách jsem odryla 4 malé obrázky a současně jsem pověděla: „Můžete ukázat na správný obrázek k tomu velkému obrázku?“ Pozorně se podíval na obrázky a vybral pokaždé správnou možnost. Žádný z nich mu nedělal velký problém, většinou přišel na správné řešení do 15 sekund, jako předchozí pacientka. Pokud déle přemýšlel, vyzvala jsem ho k ukázání jednoho z obrázků. Jednotlivé výsledky jsem zaznamenávala do záznamového archu, který je možný k nahlédnutí v příloze. Pan Milan získal **plný počet bodů** bez jakékoli chyby a nápovědy.

První realizace testu

Záznamový arch je k nahlédnutí v příloze. U tématu bolest hlavy měl na výběr obrázky znázorňující: brož, aspirin, lentilky, obvaz. Pro tuto tematiku zvolil brož – řadí se do kolonky nesouvisejících. Nesouvisející odpověď také zvolil u tématu zlomená tužka, kdy zvolil narcis místo ořezávátko. Jedna sémantická chyba se vyskytovala u tématu rozlitá káva, kdy pro utření kávy zvolil lopatku a smetáček. Na výběr byla látka, šála, lopatka a smetáček, letadlo.

Logopedická terapie v rámci programu MENTIO

V rámci programu Mentio jsem se zaměřila na dva dílčí programy Mentio Slovní zásoba (výběr správného slova, opis, psaní) a Mentio Slovesa (dějové posloupnosti). Terapie se uskutečnila v sedmi sezeních. Výsledky z každé dílčí části jsou uvedeny v tabulkách.

Mentio Slovní zásoba

V programu Mentio Slovní zásoba jsem se zvolila výběr správného slova I, opis a psaní. Pan Milan byl zaučen pro práci s programem. Po prvním sezení zcela pochopil, co se od něho očekává a na terapii se těšil. Jak jsem již zmínila, ovládala jsem počítačovou myš a pan Milan mi ukazoval na obrazovce, co chce zvolit.

Cvičení C: výběr správného slova I

Lehčí verzi cíleného pojmenování jsem vybrala z důvodu těžké fatické poruchy pacienta. Během jeho hospitalizace jsem se mohla účastnit i ergoterapie, při které také cvičili cílené pojmenování. Pan Milan měl před sebou několik napsaných slov na kartičkách, které přiřazoval k předkládaným obrázkům – cvičil se tak i úchop. Tudíž se mi podařilo navázat jak na logopedickou terapii, tak i částečně na ergoterapii. V terapii s programem, pan Milan občas nemohl přijít na správnou odpověď. Napsaná slova nedokázal spojit s obrázkem. Často nastával problém u slov, která jsou si podobná, ale každý tyto pojmy nazývá jinak, např. slovo „tričko, záchranka“. Ze svého afatického slovníku se učí slovo „triko, sanitka“, tudíž v rámci globálního čtení nemohl rozeznat správný pojem z nabídky. Když jsem jednotlivá slova předčítala, náhle si dokázal slova spojit a vybrat správnou variantu. Na mé předčítání slov odpověděl „ne, ne“ nebo „ano, ano“.

V následující tabulce je možné blíže nahlédnout do průběhu terapie. Tabulka obsahuje šest sloupců – setkání, počet slov, počet chyb, chyby, celkový čas a nejdelší čas pro zvolení několika slov. Pasivní slovník pana Milana je široký, avšak problémy u Brocovy afázie nastávají u té aktivní složky. Pod níže uvedenou tabulkou jsou chyby podrobně popsány.

Setkání	Počet slov	Počet chyb	Chyby	Čas	Nejdelší čas
První	50	3	Kravata Svetr Pes	12:51	Rohlík (34s) Červená (26,6s) Tričko (15s)
Druhé	50	0		10:59	Pyžamo (33,7s) Obchod (48,1s) Příbor (32,7s)
Třetí	50	0		13:04	Strom (36,6s) Propiska (33,2s) Příbor (27,4s)
Čtvrté	50	1	Rukavice	13:84	Bačkory (63s) Zrcátko (50,4s) Přechod (30,1s)
Páté	50	1	Brada	15:58	Brada (50,7s) Břicho (25,9s) Občanka (48,3s) Adresa (49,4s) Pusa (44,7s)
Šesté	50	1	Knížka	09:57	Knížka (55,8s) Policie (31,3s) Zubní kartáček (24,2s)
Sedmé	50	0		13:35	Černá (26,4s) Tisíc korun (45s) Pantofle (42s) Jablko (30,8s)

Tabulka 8: výsledky Mentio Slovní zásoba - pojmenování (případová studie č. 2)

Setkání první: při nabídce slova „kravata“ zvolil slovo „tužka“, při nabídce slova „svetr“ a „pes“ zvolil políčko „nevím – další“.

Setkání čtvrté: při nabídce slova „rukavice“ zvolil slovo „nůžky“, poté když jsme spolu přečetli všechna nabízená slova, sám se opravil.

Setkání páté: při nabídce slova „brada“ – část lidského těla – zvolil slovo „houpačky“, opět jsme spolu přečetli všechna nabízená slova a poté zvolil správné slovo.

Setkání šesté: při nabídce slova „knížka“ zvolil slovo „záchranka“.

Mentio Slovní zásoba – cvičení B: opis

V dílčí části „opis“ jsem opět za pana Milana pohybovala myší. Pro opis bylo zvoleno deset slov, se kterými se pacient seznámil v předchozím cvičení. Slova se každé setkání obměňovala. Paní logopedka mě upozornila, abych panu Milanovi písmena diktovala, nebo si je spolu nejprve přečetli - v logopedické terapii měl potíže s diferenciací hlásek.

V prvním a druhém setkání jsem zvolila opis slova s nabídkou jen správných písmen, abych zjistila, zda pan Milan s tímto cvičením bude či nebude mít problémy. S výběrem neměl větší potíže, vybral správná písmena, převážně s pomocí mého diktování.

V následujících setkáních jsem se zaměřila na opis s nabídkou více písmen. Zde se již objevovaly deficity – např. vynechání písmene, záměna za zvukově, graficky či artikulačně podobné. Zvukově či artikulačně podobné mohl zvolit z důvodu, že jsme písmena společně četli. Sedmý den jsem se věnovala rekapitulaci chybně zvolených slov.

V následující tabulce nalezneme shrnutí této části. Tabulka obsahuje šest sloupců – setkání, počet slov, celkový čas, počet chyb, chybná slova, konkrétní chyby.

Setkání	Počet slov	Čas	Počet chybných slov	Chybná slova	Chyby
První	10	09:45	0		0
Druhé	10	10:01	0		0
Třetí	10	11:19	4	Mléko Chleba Houska Příbor	N-mléko H- chle-A-ba hous-T-ka R-pří-P-bor
Čtvrté	10	13:34	3	Mýdlo Houba Strom	m-Y-ýdlo h-U-ouba st-O-r-M-om
Páté	10	12:36	3	Pes Kolo Svetr	p-I-es ko-O-lo s-E-ve-tr
Šesté	10	12:08	2	Modrá Červená	mod-Á-rá čer-N-E-vená
Sedmé	10	13:09	3	Svetr Modrá příbor	sve-D-tr modr-A-á p-R-ř-I-íbor

Tabulka 9: výsledky Mentio Slovní zásoba - opis (případová studie č. 2)

Cvičení F: psaní

Ve cvičení F jsem zvolila snížený počet slov. Pan Milan byl po předchozích cvičeních unavený a jeho pozornost se zhoršovala. Proto po projednání s paní logopedkou, jsem zvolila pět slov ze seznamu přechozího cvičení – opis. Nabídka písmen obsahovala pouze správná písmena. Tím, že jsem omezila nabídku jen na správná písmena, pan Milan dělal méně chyb než v logopedické terapii s paní logopedkou. Ta mu předkládala celou abecedu.

Opět jsem pacientovi hlásky diktovala, důležité bylo, aby si je upevnil a mohla se logopedická terapie posunout ku předu. Údaje jsou možné k nahlédnutí v následující tabulce. Tabulka opět obsahuje šest sloupců. Velká tučná písmena ohraničená pomlčkami znázorňují chybu.

Setkání	Počet slov	Čas	Počet chybných slov	Chybná slova	Chyby
První	5	08:58	2	Letadlo Kachna	le- D -tadlo ka- H -chna
Druhé	5	07:25	1	Policie	polic- E -ie
Třetí	5	07:46	2	Mléko Chleba	ml- E -ko H -ch- E - L -leba
Čtvrté	5	09:21	2	Mýdlo Letadlo	mý- O -dlo leta- L -dlo
Páté	5	07:33	1	Svetr	s- E -vetr
Šesté	5	06:12	1	Modrá	mo- R -drá
Sedmé	5	08:17	2	Svetr Příbor	sve- R -tr p- Í -říbor

Tabulka 10: výsledky Mentio Slovní zásoba - psaní (případová studie č. 2)

Panu Milanovi jsem pomohla diktováním a umožnění odezírání u samohlásek. Nejčastěji písmena ve slově prohodil. Velkou potíž mu dělalo uvědomění si, že písmeno CH je složenina hlásky C a H.

Mentio Slovesa

V rámci této terapie jsem zvolila cvičení A: velký obrázek s jedním popisem a cvičení C: čtyři malé obrázky a čtyři popisky. Nejprve jsem pana Milana seznámila s cvičením A, které obsahovalo šest témat. Témata se poté opakovala i ve cvičení C.

V prvním cvičení A jsme si společně přečetli text u činnosti a poté jsme ho propojili s obrázkem. Obrázek jsem panu Milanovi podrobně popsala, poté jsem se ho ptala, co nalezneme na obrázku či co na obrázku děláme. Otázky jsem kladla tak, aby odpověď mohl ukázat v textu. Také jsem pokládala otázky na jeho osobu, např. „Chodíte nakupovat s Vaší paní?“, odpověď byla „ano, sám“. Tím mi chtěl říci, že chodí na malé nákupy i sám.

V druhém cvičení C byly promíchané pouze obrázky. K textu, který jsme společně přečetli, měl pan Milan přiřadit obrázek. Když jsem zkusila u jednoho tématu promíchat obrázky i popisky, pro pacienta bylo seřazení velice obtížné a matující.

Níže uvedená tabulka obsahuje opět šest sloupců – setkání, téma, počet chyb v posloupnosti, konkrétní chyby, celkový čas a procentuální úspěšnost. Úspěšnost je automaticky vygenerovaná programem. Sloupec setkání obsahuje dny terapie, cvičení A a cvičení C.

Pod tabulkou nalezneme podrobné vysvětlení chyb v posloupnosti u cvičení C. Ve vysvětlení jsou uvedeny dvě možnosti – „Správná posloupnost“, „Volba pana Milana“. Chyby v posloupnosti jsou zvýrazněny tučným písmem.

Setkání	Téma	Počet chyb	Konkrétní chyby	Čas	Úspěšnost
První ———— Cvičení A	Holit se Čistit si zuby Nakupovat Psát dopis Česat se Koupat se			05:45	
Cvičení C		4	Psát dopis Koupat se	06:48	92 %
Druhé ———— Cvičení A	Dívat se na TV Luxovat Mýt nádobí Koupat se Psát dopis Odemykat dveře			05:59	
Cvičení C		6	Dívat se na TV Luxovat Odemykat dveře	06:37	88 %
Třetí ———— Cvičení A	Krájet chleba Pít čaj Prát prádlo Spát Luxovat Odemykat dveře			05:26	
Cvičení C		2	Odemykat dveře	05:13	96 %

Čtvrté ———— Cvičení A	Zavírat okno Telefonovat Číst knížku Oblékat si čepici Měřit si teplotu Zametat			06:33	
Cvičení C		4	Zavírat okno Oblékat si čepici Zametat	07:14	83 %
Páté ———— Cvičení A	Zavírat okno Měřit si teplotu Oblékat si čepici Zalévat jahody Vynášet odpadky Uklízet hračky			06:42	
Cvičení C		0		06:03	100 %
Šesté ———— Cvičení A	Číst knížku Dívat se na televizi Mýt nádobí Odemykat dveře Vynášet odpadky Luxovat			06:11	
Cvičení C		0		05:27	100 %

Sedmé _____	Stříhat nůžkami				
	Spát				
Cvičení A	Telefonovat				
	Koupat se				
	Prát prádlo			06:16	
	Jíst banán				
Cvičení C		2	Stříhat nůžkami	06:24	96 %

Tabulka 11: výsledky Mentio Slovesa – cvičení A, C (případová studie č. 2)

Setkání první:

- Psát dopis
 - dle posloupnosti: píšu dopis – skládám dopis do obálky – píšu adresu – nesu dopis na poštu
 - volba pana Milana: píšu dopis – **píšu adresu** (obrázek s obálkou) – **skládám dopis do obálky** – nesu dopis na poštu
- Koupat se
 - Dle posloupnosti: napouštím do vany vodu – беру si nové mýdlo – koupu se - utírám se ručníkem
 - Volba pana Milana: napouštím do vany vodu – **koupu se** – **beru si nové mýdlo** – utírám se ručníkem

Setkání druhé:

- Dívat se na televizi
 - Dle posloupnosti: vybírám program – koukám na večerníčka – dívám se na zprávy – nakonec televizi vypínám
 - Volba pana Milana: vybírám program – **dívám se na zprávy** – **koukám na večerníčka** – nakonec televizi vypínám
- Luxovat
 - Dle posloupnosti: na koberci jsou drobky – vyndávám lux – strkám šňůru do zdi – luxuju

- Volba pana Milana: na koberci jsou drobky – **strkám šňůru do zdi – vyndávám lux – luxuju**
- Odemykat dveře
 - Dle posloupnosti: jdu ke dveřím – odemykám klíčem – mačkám kliku – vcházím do dveří
 - Volba pana Milana: jdu ke dveřím – **mačkám kliku – odemykám klíčem** – vcházím dovnitř

Setkání třetí:

- Odemykat dveře
 - Dle posloupnosti: jdu ke dveřím – odemykám klíčem – mačkám kliku – vcházím do dveří
 - Volba pana Milana: jdu ke dveřím – **mačkám kliku - vstupuju dovnitř** (*neví jak je posloupnost správně*)

Setkání čtvrté:

- Zavírat okno
 - Dle posloupnosti: je průvan – zavírám okno – otáčím klikou – zatahuju závěsy
 - Volba pana Milana: **zavírám okno** – je průvan – otáčím klikou – zatahuju závěsy
- Oblékat si čepici
 - Dle posloupnosti: Venku je zima – mám zmrzlou hlavu – oblékám si čepici – už je to lepší
 - Volba pana Milana: venku je zima – **oblékám si čepici – mám zmrzlou hlavu - neví**
- Zametat
 - Dle posloupnosti: беру сметáček – metu drobečky – dávám smetí na lopatku – lopatku sypu do koše.
 - Volba pana Milana: **metu drobečky – беру сметáček** – беру сметáček – metu drobečky – dávám smetí na lopatku – lopatku sypu do koše.
(*zaměnil беру сметáček a metu drobečky, obrázky jsou podobné*)

Setkání sedmé:

- Stříhám nůžkami
 - Dle posloupnosti: překládám list papíru – kreslím půl srdíčka – stříhám podle čáry – srdíčko rozkládám.
 - Volba pana Milana: **kreslím půl srdíčka – překládám list papíru – překládám list papíru – kreslím půl srdíčka – stříhám podle čáry – srdíčko rozkládám.**

(prohodil obrázky překládám list papíru a kreslím půl srdíčka, obrázky jsou si podobné)

Celkové shrnutí případu

S panem Milanem byla dobrá spolupráce, avšak v nějaké dny byl trochu náladový. Výzkum probíhal v sedmi sezeních. Pacienta bylo nutné opakovaně chválit, pro udržení jeho motivace a chuti spolupracovat. Terapie byla zaměřena na cílené pojmenování, opis, psaní a dějové posloupnosti.

V rámci cíleného pojmenování se nevyskytovaly velké deficity. Ze seznamu padesáti slov měl maximálně tři chybně zvolené. Tyto chybně zvolené pojmy jsem zpětně zařadila do seznamu slov a podle výše uvedené tabulky se můžeme dočíst, že se chyby již neopakovaly. Čtení těchto slov probíhalo v duelu, u některých pojmu stačilo říci první slabiku.

Při opisu v prvních dvou setkáních byla zvolena nabídka pouze správných písmen a převážně dvouslabičná, maximálně trojslabičná slova z důvodu těžké fatické poruchy pacienta. Písmena v delších slovech byla pacientu diktovaná či jsem mu pomáhala s orientací ve slově ukazováním písmen. Důležité bylo pacientovi umožnit, aby dokázal písmena identifikovat.

V psaní jsem pacientovi počet slov snížila z deseti na pět z důvodu snížení pozornosti a náročnosti. V této části byla nabídka písmen omezena pouze na správné hlásky. Důvod této volby byl takový, že při logopedické terapii v ambulanci RÚ, pan Milan nebyl schopný identifikovat písmena ve slově z větší nabídky. Avšak, když paní logopedka předložila pouze správná písmena, deficity v identifikaci grafémů se výrazně snížily. Písmena byla opět diktovaná a umožněna byla i vizuální podpora výslovnosti ze strany terapeuta.

Dějové posloupnosti se odehrávaly ve dvou cvičeních. Nejprve byl pan Milan podrobně seznámen s tématem v podobně cvičení A, kdy se postupně zobrazovaly obrázky s popisky. Čtení probíhalo v duelu. Poté se pokročilo k dalšímu cvičení, u kterého pan Milan pracoval relativně sám. Ze začátku se v obtížnějších tématech objevovaly chyby ve správné posloupnosti. Ke konci celkové terapie je možné vidět velký pokrok, kdy dějové posloupnosti zvolil zcela správně či se vyskytovaly pouze v jednom tématu.

U pana Milana je obtížné posoudit, zda terapie pomocí počítačového programu byla efektivní a docílilo se většího pokroku. Za celou dobu hospitalizace jsou znány malé pozitivní výsledky terapie. Avšak modul cíleného pojmenování, opisu a psaní, dějových sekvencí prokázal užitečnost, pomohla se tak zefektivnit logopedická terapie. Terapie se nepropojovala pouze s výběrem vhodných slov a písmen, propojila se i se čtením a výslovností. Intenzivní terapii a malé pokroky dokázala poznat i paní logopedka logopedické ambulance, kdy při cíleném pojmenování (čtení) dokázal o trochu lépe artikulovat a při opisu lépe identifikovat grafémy. Troufám si říci, že kdyby obnovovací terapie probíhala intenzivně po dobu několika měsíců, mohlo by se docílit o mnoho lepších výsledků. Avšak i tento pokrok je pro pana Milana velkým úspěchem.

4.7. Případová studie č. 3

Jméno:	Tomáš
Pohlaví:	muž
Datum narození:	1978
Věk:	39
Rodinný stav:	svobodný
Náboženské vyznání:	bez víry
Dřívější zaměstnání:	kuchař v Praze
Diagnóza při přijetí:	cévní mozková příhoda, neurčená jako krvácení nebo infarkt
Hospitalizace v RÚ Hostinné:	9 týdnů

Lékařská anamnéza:

Pan Tomáš 8. února 2016 dle lékařské zprávy utrpěl náhle vzniklou poruchu hybnosti a poruchu řeči. Tento stav utrpěl v práci. Náhle mu začaly „cukat“ pravé končetiny, upadl na zem a byl ve stavu bezvědomí. Následně byl hospitalizován na neurologii – JIP Homolka. Avšak dle rozhovoru o sobě zhruba tři dny „nevěděl“.

Při vstupním CT nebyla prokázána ischemie či hemoragie. Následně byla indikována intravenózně trombolýza, avšak bez efektu. Postupně poté docházelo k rozvinutí neurologického obrazu pravostranné hemiplegie. Na kontrolním CT byla prokázána hypodenzita bazálních ganglií vlevo. Následně byly provedeny další vyšetření s konzervativními postupy. Dle lékařské zprávy byl pacient zajištěn nízkomolekulárními hepariny. Pacient je kontinentní.

Následně byl hospitalizován na rehabilitačním oddělení v Praze a v Kladrubech po dobu 3 týdnů. Před hospitalizací v RÚ Hostinné byl po delší dobu v domácí péči.

Dle zpráv z Rehabilitačního Ústavu Kladruby udává od počátku rehabilitace zlepšení hybnosti pravostranných končetin. V základních úkonech je soběstačný.

Logopedická anamnéza:

Vstupní vyšetření

Spontánní projev je nonfluentní, těžce tvořený a obsahuje fonemické parafázie. Rozumění je na úrovni normy. Při grafii zaměňuje a vynechává grafémy, avšak identifikace izolovaných grafémů je intaktní. Kalkulie a lexie je intaktní. Čtení s porozuměním je dobré. Má obtíže s oromotorickou nápodobou, snížená senzitivita levé tváře (pouze vně), tvář je asymetrická v pohybu. Brocova afázií, verbální a orální apraxii.

Logopedická terapie

Logopedická terapie 3x týdně. Stimulace orofaciální oblasti, pojmenování, opakování a grafie. Vovození hlásek K, H, CH na začátku slov, které se i na konci terapie stále nepodařilo zafixovat. Dále spolu rozšiřovali slovní zásobu, správné tvoření vět, pojmenování předmětů.

Výstupní vyšetření

Došlo při terapii k velkému pokroku v rozvinutí aktivní slovní zásoby. Dále byla posílena produkce, oromotorika, grafie i lexie. Objednání do ambulance klinické logopedie v místě bydliště.

(Pracoviště klinické logopedie Hostinné)

Rodinná anamnéza:

Panu Tomášovi zemřela jeho maminka ve 40 letech na cévní mozkovou příhodu. On sám ji utrpěl ve zhruba stejném věku. Jeho otec je po operaci tumoru zažívacího ústrojí.

Pacient má dva sourozence, se kterými se vídá jen několikrát do roka. Sestře je 41 let, má tříleté dítě, oba jsou zdraví. Nyní ona a její rodina žije v Itálii. Bratrovi je 44 let, má dospělého syna se kterým není v kontaktu. Bratr má nespecifické problémy s koleny, které začaly již před 10 lety. Dva roky pobíral invalidní důchod a nyní pracuje jako vrátný. S otcem má vztah vcelku dobrý, ale oba mají odlišné názory. Dříve se moc nevidali, ale je vděčný, že mu nabídl bydlení a stará se o něj.

Osobní anamnéza:

Pacient dle rozhovoru a lékařské zprávy prodělal běžné dětské nemoci, jako jsou plané neštovice, angina, nachlazení, chřipka. Jeho vývoj v dětství byl zcela v normě.

V průběhu života prodělal stejné nemoci jako v dětství, kromě těch, na které si lidské tělo vytvoří protilátky. Při práci, zhruba před čtyřmi lety, se opařil - spadl na něj hrnec s vařící omáčkou. Dva měsíce byl v pracovní neschopnosti a v péči lékaře. Osmého února 2016 utrpěl cévní mozkovou příhodu, jeho stav dle lékařských zpráv je popsán výše. Operace žádné neprodělal.

Dříve byl závislý na alkoholu. Před hospitalizací v RÚ Hostinné se léčil ze závislosti, alkohol omezil, avšak první týden v RÚ se opil, upadl na zem a nalomil si přední zuby. Podle rodiny začal více požívat alkohol v důsledku jeho onemocnění, ztráty přítelkyně a svých schopností. Od dospělosti kouřil zhruba půl až jednu krabičku denně. Nyní kouří zhruba 10 cigaret denně. Jeho otec také kouří a požívá alkohol v nadměrných mírách. Matka dle rozhovoru taktéž před svou smrtí kouřil, alkohol požívala příležitostně – víno, pivo.

Podle lékařské zprávy alergie neguje, avšak při rozhovoru tvrdil, že má slabou alergii na pyl – nejspíše neprokázanou dalším vyšetřením.

Před cévní mozkovou příhodou byl sportovně aktivní. Hrál fotbal, tenis, basketbal a aktivně cvičil alespoň jednou týdně. Hrál počítačové hry. A trávil čas se svou přítelkyní, která ho po jeho onemocnění opustila. Dnes žádný sport neprovozuje z důvodu jeho onemocnění. Rád se dívá na sportovní a běžné pořady, dále rád chodí na procházky.

Nyní se snaží být samostatný. Doma i v Rehabilitačním ústavu mají sprchy, tudíž nepotřebuje pomoc při koupeli. Dále je soběstačný při oblékání se, chůzi, nakupování apod. Při jídle jen potřebuje pomoc nakrájet jídlo, resp. pokud se jedná o maso.

Vzdělání a pracovní anamnéza:

Pan Tomáš nejdříve vystudoval Střední odborné učiliště v oboru kuchař a následně další roky věnoval přípravě na maturitu, ve stejném oboru. Žádný ročník neopakoval, podle rozhovoru „vždy prolezl“. Ve škole se projevoval jako mladý, vchytralý, předvádějící se žák. Jeho chování bylo stejné jako u většiny chlapců na základních a středních školách.

Jak už jsem zmínila, pan Tomáš pracoval v Praze jako kuchař. Jeho práce byla jeho život. Toto zaměstnání provozoval 20 let. Nyní se snaží stále vařit a zlepšovat jeho fyzický i psychický stav.

Sociální anamnéza:

Nyní se snaží kontaktovat členy rodiny a více se s nimi vídat a vycházet. Občas navštíví jeho oblíbenou hospodu s otcem nebo přáteli. S ostatními pacienty z RÚ Hostinné se nesházel. Byl hospitalizován na čtyřlůžkovém pokoji.

Současný stav:

Část současného stavu pana Tomáše je zmíněná v osobní anamnéze.

Dle výstupního vyšetření v RÚ Hostinné se pacient pohybuje bez opory. Levé končetiny jsou bez omezení pohyblivosti a deformit. Středně těžká paréza pravé horní končetiny. Tato končetina je v semiflekčním postavení, ale v lokti lze natáhnout. Aktivní pohyb v ramenním kloubu zvládne pouze do 60 stupňů. Prsty jsou sevřeny v pěst a lze je obtížně natáhnout. Pravá dolní končetina je postihnuta parézou. Pacient končetinu aktivně zvedne od podložky a i ji na chvíli udrží.

Přímé pozorování:

S panem Tomášem byla velmi dobrá spolupráce. Na terapii se těšil, ovládat počítat a sám vybírat možnosti bylo pro něho něco nového než v terapii s paní magistrou. Vždy jsem ho upozornila, že si budu psát poznámky a že to nemá nic společného s jeho neúspěchem. Často se mi do poznámek díval, když jsem psala a jak jsem se otočila, dělal, že pracuje. Pokud v programu udělal nějakou chybu, reagoval slovem „noooo...“ s nechápavým tónem a výrazem, většinou si poté sám chybu uvědomil. Pokud neměl žádnou chybu, reagoval slovem „no, no“ a podložil to šibalským pohledem.

Gestiku užíval minimálně, mimiku ovládal dobře, navazoval oční kontakt.

Mínusem v programu bylo, že obrázky, které se vyskytují v části „Slovní zásoba“ nejsou zmodernizované, tudíž pan Tomáš měl problémy rozpoznat některé předměty.

Logopedická diagnostika a terapie

Na začátku terapie jsem s panem Tomášem provedla dva screeningové diagnostické testy – Token Test a Butt Non-Verbal Reasoning Test. Následně jsem se věnovala obnovovací terapii v rámci programu Mentio. V níže uvedeném textu jsou veškeré provedené kroky podrobně popsány.

Token Test

Pan Tomáš byl seznámen s pravidly testu. Nejprve jsem vyložila veškeré tokeny. Poté jsem ukázala na token a zeptala jsem se, zda ví, jaká je to barva. Pan Tomáš věděl název barvy „bílá, modrá“, dále jsem mu musela poradit začáteční slabikou slova. Následující text obsahuje podrobný průběh screeningového testu.

Počet bodů v jednotlivých částech a celkový počet bodů s výsledkem:

- A – 7/7 bodů
 - B – 4/4 bodů
 - C – 3/4 bodů
 - D – 2/4 bodů
 - E – 2/4 bodů
 - F – 9/16 bodů
- } Celkový počet bodů: 27
} Výsledek: lehká porucha

V části A až B získal plný počet bodů.

V části C ztratil 1 bod, problémová instrukce byla č. 14 (Dotkněte se velkého zeleného čtverce) – dotkl se malého zeleného čtverce.

V části D ztratil 2 body, problémové byly:

- **instrukce č. 16** (Vezměte červené kolečko a zelený čtverec) – zaměnil barvy;
- **instrukce č. 17** (vezměte žlutý čtverec a modrý čtverec) - zapomněl druhý předmět.

V části E ztratil také 2 body v instrukcích:

- **č. 21** (Vezměte malé modré kolečko a velký žlutý čtverec) – zaměnil barvy;
- **č. 22** (Vezměte velký zelený čtverec a velký červený čtverec) - místo malého modrého kolečka vzal malé žluté kolečko.

V části F, která je nejtěžší ztratil 7 bodu. Za otázky č. 27, č. 29, č. 33, č. 34, č. 35, č. 37, č. 38 nezískal žádný bod.

- **Instrukce č. 27** (Dotkněte se modrého kolečka a červeného čtverce) – zapomněl jakého objektu se má dotknout jako druhého;
- **instrukce č. 29** (Dejte zelený čtverec dále od žlutého čtverce) – dále dal čtverec žlutý od zeleného čtverce;
- **instrukce č. 33** (Položte zelený čtverec za červené kolečko) – zelený čtverec položil za žluté kolečko;
- **instrukce č. 34** (Dotkněte se čtverců pomalu a koleček rychle) – obou se dotkl stejně rychle;
- **instrukce č. 35** (Položte červené kolečko mezi žlutý čtverec a zelený čtverec) – červené kolečko položil mezi zelené kolečko a žlutý čtverec;
- **instrukce č. 37** (Zvedněte červené kolečko – ne – bílý čtverec) – nepochopil zmatení, zvedl oba předměty;
- **instrukce č. 38** (Místo bílého čtverce zvedněte žluté kolečko) – zvedl bílé kolečko.

Butt Non-verbal Reasoning Test

Screeningový test

Před pana Tomáše jsem položila testový dokument, kde byly 4 obrázky. Následně jsem mu řekla: „Pozorně se podívejte na tyto obrázky“. Po pár sekundách jsem pověděla: „Nyní Vám ukážu další obrázky“. Následně jsem mu předkládala jednotlivé obrázky, a současně jsem prohlásila: „Můžete najít podobný obrázek na papíře?“. Pan Tomáš screeningovým testem prošel, snadno našel stejné obrázky. Tudíž jsme mohli pokračovat v testu.

Butt test

Následně jsem před pana Tomáše položila samotný „Butt test“. 4 malé obrázky jsem zakryla tak, aby nebyly vidět. Následně jsem řekla: „Podívejte se pozorně na tento velký obrázek.“ Po pár sekundách jsem odryla 4 malé obrázky a současně jsem pověděla: „Můžete ukázat na správný obrázek k tomu velkému obrázku?“. Pan Tomáš se pozorně podíval na obrázky a vybral pokaždé správnou možnost. Žádný z nich mu nedělal velký problém, většinou přišel na správné řešení do 15

sekund. Pokud déle přemýšlel, vyzvala jsem ho k ukázání jednoho z obrázků. Jednotlivé výsledky jsem zaznamenávala do záznamového archu, který je možný k nahlédnutí v příloze. Pan Tomáš získal plný počet bodů bez jakékoli chyby a nápovědy.

Logopedická terapie v rámci programu MENTIO

V rámci programu Mentio jsem se zaměřila na dva dílčí programy, stejně jako u předchozích dvou pacientů – Mentio Slovní zásoba a Mentio Slovesa. Jednotlivé výsledky jsou uvedeny v tabulkách u každé dílčí části. Terapie probíhala po dobu sedmi sezení. Pan Tomáš uměl zacházet s počítačem, proto si celou terapii v programu ovládal sám pomocí pohybů počítačové myši.

Mentio Slovní zásoba

Mentio Slovní zásoba – Cvičení D: výběr správného slova II

Pan Tomáš se často snažil slovo vymyslet sám než ho vybrat z nabízených, proto jsem ho často vyzívala, že si slova společně přečteme. Když jsme si je pročítali, automaticky odpovídal „ano“ nebo „ne“. Správně zvolené slovo sám přečetl. Čtení odpovídalo jeho diagnóze.

V následující tabulce je možné podrobně nahlédnout do průběhu terapie. Tabulka obsahuje šest sloupců – setkání, počet slov, počet chyb, konkrétní chyby, celkový čas a nejdelší čas pro zvolená slova. Pod uvedenou tabulkou se nachází důkladné vysvětlení chyb.

Setkání	Počet slov	Počet chybných slov	Chyby	Celkový čas	Nejdelší čas
První	45	0		08:01	Kohout (28,1) Lžice (13,1s) Ručník (11s) Příbor (10,5s)
Druhé	50	0		07:49	Most (23s) Pero (18,1) Tričko (13,2s)
Třetí	50	2	Zastávka Kos	8:52	Jazyk (24,3s) Toaletní papír (23,8s) Zastávka (21,5s)
Čtvrté	50	2	Křižovatka Cukroví	9:41	Kapesník (55,3s) Peněženka (54,8s) Šála (19,8s)
Páté	50	2	Komín Kabelka	9:02	Sníh (87,6s) Kopec (42,6s) Kapesník (42,5s) Toaletní papír (29,1s)
Šesté	50	0		7:31	Policie (23,1s) Propiska (15,6s) Sto korun (13,8s)
Sedmé	50	4	Salám Kravata Pět set korun Tvář	9:35	Voda (27,8s) Brýle (21,7s) Nůžky (20,3s)

Tabulka 12: výsledky Mentio Slovní zásoba - pojmenování (případová studie č. 3)

První setkání:

Nejvíce času k výběru správného pojmenování potřeboval u slova kohout (28,1s) – toto slovo jsem vybrala z důvodu, že mi pan Tomáš pověděl, že když byl dítě, často ho hlídala babička, která měla slepice a kohouta.

Druhé setkání:

Změkčené slovo „tričko“ nepoužívá, spontánně spíše vysloví „triko“, tudíž se pan Tomáš cítil zmateně při výběru. Slovo „most“ jsem zařadila do slovníku, protože pan Tomáš pracoval v Praze.

Třetí setkání:

U slova „zastávka“ vybral slovo „autobus“ – tento obrázek byl těžký z důvodu výskytu zároveň autobusu a zastávky. U slova „kos“ vybral „vrabec“.

Čtvrté setkání:

U slova „křížovatka“ vybral slovo „nádraží“. U „cukroví“ vybral „sušenky“.

Páté setkání:

U slova „komín“ vybral „rohlík“. U pojmu „kabelka“ vybral „podprsenka“ – poté si uvědomil, že jeho volba byla špatná.

Sedmé setkání:

U slova „salám“ vybral z nabízených slov „maso“. U pojmu „kravata“ zvolil „šála“. U volby „pět set korun“ zvolil „padesát korun“. U slova „tvář“ zvolil slovo „oči“, které na obrázku taktéž byly.

Mentio Slovní zásoba – cvičení B: opis

Při opisu jsem vybrala deset slov, se kterými se pan Tomáš seznámil v předchozím cvičení. Při každé sezení se slova měnila. Vybírala jsem slova lehká i těžká na psaní. Pacient měl větší obtíže s opisem delších slov. Cvičení obsahovalo nabídku více písmen.

V následující tabulce jsou uvedené konkrétní chyby, které jsou označené tučným písmem a ohraničené pomlčkami. V tabulce se také nachází celkový čas a počet chyb.

Setkání	Počet slov	Čas	Počet chybných slov	Chybná slova	Chyby
První	10	12:01	1	Červená	červe- Á -ná
Druhé	10	14:13	1	Mravenec	mra- E -venec
Třetí	10	08:23	0		
Čtvrté	10	10:45	3	Cigarety Medvěd	cigaret- I -y me- V -dv- E -ěd
Páté	10	12:34	2	Prasátko Kabelka	prasá- K -tko kabel- A -ka
Šesté	10	11:55	2	Tričko Rukavice	trič- O -ko ruk- K -avice
Sedmé	10	09:16	2	Zubní pasta Brada	mezera mezi slovy D -brada

Tabulka 13: výsledky Mentio Slovní zásoba - opis (případová studie č. 3)

Nejčastější chybou bylo vynechání či záměna hlásek, určování měkkých a tvrdých souhlásek.

Mentio Slovní zásoba – cvičení F: psaní

Psaní obsahuje deset slov. Psaní se stalo pro pana Tomáše více problematické než opis. Cvičení obsahovalo nabídku více písmen. Pacientovi jsem občas pomáhala diktováním hlásek, většinou si však poradil sám, i když nejprve udělal chybný krok. Psáním se zabývali i v logopedické terapii s paní magistrou z Rehabilitačního ústavu, tudíž některá slova vyskytující se v nabídce programu měl v paměti. Avšak výběr v počítači a ruční psaní jsou od sebe trochu odlišná. Při psaní je důležitá jemná motorika, která se mu po cévní mozkové příhodě zhoršila.

V následující tabulce nalezneme popsané konkrétní chyby, které jsou opět zvýrazněny tučným písmem a ohraničeny pomlčkami.

Setkání	Počet slov	Čas	Počet chybných slov	Chybná slova	Chyby
První	10	10:04	4	Žlutá Autobus Letadlo	L -žlutá auto- P -bus le- A -ta- T -dlo
Druhé	10	11:04	5	Pampeliška Mravenec	Pam- E -pel- K -i- S -ška m- A - E -venec
Třetí	10	09:54	3	Zastávka Kabát	zast- A -á- K -vka kabá- K -t
Čtvrté	10	10:04	2	Zrcátko Medvěd	zrcá- K -tko me- T -dv- E -ěd
Páté	10	11:38	1	Prasátko	prasá- K -tko
Šesté	10	10:29	2	Tričko Záchranka	tr- Y -i- K -čko S -z- A -áchranka
Sedmé	10	14:10	3	Brada Boty Policie	P -b- A -rada bot- I -y polici- J -e

Tabulka 14: výsledky Mentio Slovní zásoba - psaní (případová studie č. 3)

Nejčastějšími chybami byly opět záměny (např. u hlásek P a B, T a D) a vynechání písmene. Pan Tomáš často ztrácel orientaci ve slově, proto jsem mu několikrát hlásky diktovala.

Mentio Slovesa

U Sloves jsem vybrala pokaždé 6 témat, v minulém čase. Pan Tomáš si nejdříve přečetl téma – snažil se číst sám, poradila jsem mu v případech, kdy si byl nejistý. Často dělal velké pauzy při čtení. U čtení také zaměnil slovo za jiné, ale většinou se automaticky opravoval – uvědomoval si, že slovo přečetl špatně.

První den jsem nejdříve vybrala cvičení se čtyřmi přeházenými obrázky a čtyřmi stálými popisky. Ze začátku se pan Tomáš musel s programem seznámit. Následně jsme zkusili jiná témata i s přeházenými popisky. Poté už sám řekl, že je to lehké. Proto jsem zvážila s paní logopedkou možnost dvou cvičení, a to, vybrat správný popis k obrázku ze čtyř možností a vybírat správný obrázek k textu.

Mentio Slovesa – cvičení B: jeden obrázek a čtyři popisky

Témata byla zaměřena na minulý i přítomný čas. V tabulce jsou popsány v infinitivu a v podrobném vysvětlení pod tabulkou jsou zobrazeny v minulém čase z důvodu jednotnosti.

V následující tabulce nalezneme údaje o celkovém průběhu terapie. Tabulka obsahuje šest sloupců a pod ní jsou vysvětleny jednotlivé chyby u dějových sekvencí. Každá chybně zvolená sekvence obsahuje popis správné posloupnosti i volby pana Tomáše.

Setkání	Téma	Počet chyb	Konkrétní chyby	Čas	Úspěšnost
První					
Druhé	Přecházet silnici Zalévat jahody Zdobit stromeček Krájet chleba Vynášet odpadky Poslouchat rádio	3	Přecházet silnici Poslouchat rádio	11:03	88 %
Třetí	Barvit vajíčka Dávat kytky do vázy Číst knížku Měřit si teplotu Prát prádlo Plavat	1	Měřit si teplotu	11:37	96 %
Čtvrté	Přecházet silnici Luxovat Vynášet odpadky Povídat si Měřit si teplotu Zavírat okno	1	Zavírat okno	9:24	96 %
Páté	Mýt nádobí Poslouchat rádio Telefonovat Uklízet hračky Zametat Žehlit	0		9:08	100 %

Šesté	Krájet chleba	1	Natahovat hodiny	08:21	96 %
	Natahovat hodiny				
	Oblékat si čepici				
	Přišívát knoflík				
	Stavět dům				
	Vytírat podlahu				
Sedmé	Přecházet silnici	0		09:16	100 %
	Poslouchat rádio				
	Měřit si teplotu				
	Zavírat okno				
	Natahovat hodiny				
	Obouvat si boty				

Tabulka 15: výsledky Mentio Slovesa - cvičení B (případová studie č. 3)

Druhé setkání:

- Přecházet silnici
 - Správná posloupnost: šel jsem na přechod – nechal jsem přejet auta – počkal jsme na zelenou – mohl jsem přejít.
 - Volba pana Tomáše: **počkal jsem na zelenou** – šel jsem na přechod – nechal jsem přejet auta – počkal jsme na zelenou – mohl jsem přejít.
- Poslouchat rádio
 - Správná posloupnost: zapnul jsem rádio – vytáhl jsem anténu – naladil jsem stanici – poslouchal jsem hudbu
 - Volba pana Tomáše: zapnul jsem rádio – **naladil jsem stanici** – vytáhl jsem anténu – naladil jsem stanici – poslouchal jsem hudbu

Třetí setkání:

- Měřit si teplotu
 - Správná posloupnost: cítil jsem se špatně – sklepal jsem teploměr – změřil jsem si teplotu – lehl jsem si do postele
 - Volba pana Tomáše: cítil jsem se špatně – **změřil jsem si teplotu** – sklepal jsem teploměr – změřil jsem si teplotu – lehl jsem si do postele

Čtvrté setkání:

- Zavírat okno
 - Správná posloupnost: byl průvan – zavřel jsem okno – otočil jsem klikkou – zatáhl jsem závěsy
 - Volba pana Tomáše: byl průvan – **otočil jsem klikkou** – zavřel jsem okno – otočil jsem klikkou – zatáhl jsem závěsy

Šesté setkání:

- Natahovat hodiny
 - Správná posloupnost: hodiny se zastavily – nastavil jsem správný čas – zatáhl jsem za řetěz – hodiny zase šly
 - Volba pana Tomáše: hodiny se zastavily – nastavil jsem správný čas – **hodiny už zase šly** – zatáhl jsem za řetěz – hodiny zase šly

Mentio Slovesa – cvičení C: čtyři obrázky a čtyři popisky

U cvičení C jsem se zaměřila na orientaci podle textu. Pan Tomáš měl nejprve přečíst text a poté přiřadit obrázky. Témata nebyla stejná s předchozím cvičením, ale v rámci celého sezení se opakovaly. Text byl opět zobrazen v minulém čase.

Následující tabulka obsahuje konkrétní údaje o průběhu terapie. Pod ní se nachází důkladně popsané chyby v posloupnosti. Každá chybně zvolená sekvence obsahuje popis správné posloupnosti i volby pana Tomáše.

Setkání	Téma	Počet chyb	Konkrétní chyby	Čas	Úspěšnost
První	Zavírat okno Luxovat Stříhat z papíru Koupat Uklízet hračky Česat se	1	Zavírat okno	12:13	96 %
Druhé	Oblékat čepici Holit se Pít čaj Odemykat dveře Dívat se na TV Spát	2	Oblékat čepici	12:25	92 %
Třetí	Holit se Česat se Zavírat okno Prát prádlo Odemykat dveře Čist knížku	1	Zavírat okno	10:47	96 %
Čtvrté	Dávat kytky do vázy Barvit vajíčka Měřit teplotu Jíst banán Cvičit Čistit si zuby	2	Barvit vajíčka Měřit teplotu	12:37	92 %

Páté	Barvit vajíčka Měřit si teplotu Obouvat si boty Telefonovat Zametat Zavírat okno	2	Telefonovat Zametat	10:26	92 %
Šesté	Koukat na televizi Koupat se Nakupovat Obouvat si boty Psát dopis Vařit polévku	1	Obouvat si boty	06:16	96 %
Sedmé	Oblékat si čepici Barvit vajíčka Zalévat jahody Telefonovat Zametat Luxovat	0		06:59	100 %

Tabulka 16: výsledky Mentio Slovesa – cvičení C (případová studie č. 3)

První setkání:

- Zavírat okno
 - Správná posloupnost: byl průvan – zavřel jsem okno – otočil jsem kličkou – zatáhl jsem závěsy
 - Volba pana Tomáše: byl průvan – **otočil jsem kličkou – zavřel jsem okno** – zavřel jsem okno – otočil jsem kličkou – zatáhl jsem závěsy

Druhé setkání:

- Oblékat si čepici
 - Správná posloupnost: venku byla zima – měl jsem zmrzlou hlavu – oblékl jsem si čepici – bylo to lepší
 - Volba pana Tomáše: venku byla zima – **oblékl jsem si čepici – měl jsem zmrzlou hlavu** – bylo to lepší

Třetí setkání:

- Zavírat okno
 - Správná posloupnost: byl průvan – zavřel jsem okno – otočil jsem klikkou – zatáhl jsem závěsy
 - Volba pana Tomáše: byl průvan – **otočil jsem klikkou – zavřel jsem okno** – zavřel jsem okno – otočil jsem klikkou – zatáhl jsem závěsy

Čtvrté setkání:

- Barvit vajíčka
 - Správná posloupnost: vyfoukl jsem vajíčka – namaloval jsem je štětcem – pověsil jsem je na stužku – rozdál jsem je koledníkům.
 - Volba pana Tomáše: vyfoukl jsem vajíčka – namaloval jsem je štětcem – **rozdal jsem je koledníkům** – pověsil jsem je na stužku – rozdál jsem je koledníkům.
- Měřit si teplotu
 - Správná posloupnost: cítil jsem se špatně – sklepal jsem teploměr – změřil jsem si teplotu – lehl jsem si do postele
 - Volba pana Tomáše: cítil jsem se špatně – **změřil jsem si teplotu** – sklepal jsem teploměr – změřil jsem si teplotu – lehl jsem si do postele

Páté setkání:

- Telefonovat
 - Správná posloupnost: zvedl jsem sluchátko – vytočil jsem číslo – povídal jsem si s kamarády – zavěsil jsem
 - Volba pana Tomáše: **zavěsil jsem** (přiřadil obrázek telefonu) – zvedl jsem sluchátko – vytočil jsem číslo – povídal jsem si s kamarády – zavěsil jsem.

- Zametat
 - Správná posloupnosti: vzal jsem smetáček – zametl jsem drobečky – dal jsem smetí na lopatku – lopatku sypu do koše
 - Volba pana Tomáše: **smetl jsem drobečky** – vzal jsem smetáček – zametl jsem drobečky – dal jsem smetí na lopatku – lopatku sypu do koše

Šesté setkání:

- Obouvat boty
 - Správná posloupnost: položil jsem boty před sebe – strčil jsem nohy dovnitř – zavázal jsem si tkaničky – šel jsem ven
 - Volba pana Tomáše: **zavázal jsem si boty** – položil jsem boty před sebe – strčil jsem nohy dovnitř – zavázal jsem si tkaničky – šel jsem ven

Celkové shrnutí případu

Pan Tomáš se na terapii velice těšil, jeho motivace umožňovala velké posuny za celou dobu hospitalizace v Rehabilitačním ústavu v Hostinném. Terapie obsahovala zaměření na cílené pojmenování, opis, psaní a dějové posloupnosti ve dvou cvičeních. Cílené pojmenování nebylo pro pacienta problematické, pasivní slovní zásobu měl širokou, jeho globální čtení zůstalo zachované. Cvičení obsahovalo výběr padesáti slov. Z těchto pojmů oplýval pouze jednou až třemi chybami. Chybně zvolená slova se v následujících sezeních opakovala a jak je možné z tabulky poznat, ke konci terapie neměl žádnou chybu, nebo pouze jednu. Tato chybně zvolená slova již v dalších sezeních vybral správně.

Opis stejně jako v rámci logopedické terapie v ambulanci probíhal s méně chybami než u psaní. Pan Tomáš v rámci opisu měl časté problémy s výskytem souhláskových shluků, nebo s diakritickými znaménky. Při opisu se ve větším poměru vyskytovala jedna chyba ve slově. Psaní převážně obsahovalo větší počet chybných slov. Opis tedy byl na lepší úrovni než psaní.

U dějových posloupností ve cvičení B (malý obrázek, čtyři popisky) nalezneme více chybných kroků než ve cvičení C (čtyři obrázky, čtyři popisky). Možný důvod je, že se pacient lépe orientoval s vizuální oporou textu než podle obrázku. Text u dějových sekvencí se snažil přečíst sám bez pomoci. Četl velice pomalu, po slabikách s občasnými „přereky“, avšak při jeho diagnóze je tento pokrok úžasný.

Díky motivaci pacienta se mohla terapie posouvat kupředu. Své schopnosti a možnosti chtěl rozvíjet co nejvíce. V každém sezení jsem měla pocit zlepšování dovedností klienta.

Podle mého názoru se program Mentio osvědčil v efektivitě a podpoře individuální logopedické terapie. Byla posílena slovní zásoba, myšlení i sociální interakce.

4.8. Zacílené porovnání případových studií

Obnovovací terapie s využitím programu Mentio prokázala užitečnost u všech pacientů. Reaktivita na program byla u každého z pacientů na dobré úrovni. Žádný z nich neměl obtíže s využíváním programu, za velmi krátkou chvíli se naučili s Mentiem pracovat. Program dva pacienti (paní Dana a pan Tomáš) dokázali ovládat sami pohyby myši. Pan Milan z důvodu horší jemné motoriky na zdravé horní končetině nemohl myš plně ovládat. U každého pacienta jsou vidět větší i menší pokroky při obnovovací terapii. U pana Milana byly obtížnější moduly psaní, opis i seřazování dějových sekvencí z důvodu těžké fatické poruchy, která vyžaduje delší a intenzivní péči pro obnovení porušených funkcí.

Paní Dana i pan Tomáš prokázali v rámci obnovovací terapie větší pokroky. S cíleným pojmenováním, opisem i dějovými posloupnostmi nevykazovali větší potíže. Obtížnějším modulem se pro ně stalo psaní.

Následující tabulka pojednává o zacíleném porovnání případových studií. Obsahuje údaje z průběhu obnovovací terapie a zaměřuje se na shrnutí obtížnosti modulů pro jednotlivé pacienty.

	Paní Dana	Pan Milan	Pan Tomáš
Věk	68	66	39
Logopedická diagnóza	Brocova	Brocova	Brocova
Stupeň závažnosti onemocnění	Velmi lehká	Těžká	Lehká
Vyšetření Token Test	28 bodů	10 bodů	27 bodů
Vyšetření Butt Test	10 bodů	10 bodů	10 bodů
Reaktivita na program Mentio	Výborná	Výborná	Výborná
Cílené pojmenování	Bezproblémové	Téměř bez obtíží	Téměř bez obtíží
Opis	Mírné obtíže	Větší obtíže	Mírné obtíže
Psaní	Obtížnější	Problematické	Obtížnější
Slovesa Cvičení B	Mírné obtíže		Téměř bezproblémové
Slovesa Cvičení C	Mírné obtíže	Obtížnější	Mírné obtíže

Tabulka 17: Kvalitativní analýza případových studií

Závěr

Zdravý člověk nemá tušení, s jakými okolnostmi se osoby, které přijdou ze dne na den o schopnost komunikovat, potýkají. Svou schopnost produkovat řeč považujeme za samozřejmost, opak si uvědomíme až tehdy, kdy o tuto schopnost přijdeme. Jedinci trpící afázií žijí ve svém vlastním světě, mohou nám přijít jako uvěznění ve vlastním těle. Proto jsem se rozhodla se více zaměřit na tuto problematiku a pomoci vybraným pacientům z Rehabilitačního ústavu v Hostinném rozvíjet svou schopnost řečové komunikace i mimo běžné logopedické sezení.

Závěrečná práce byla rozdělena do dvou částí. Úvodní, teoretická část práce shrnula základní poznatky o problematice afázie jako získané neurogenně podmíněné poruše řečové komunikace. Obsahovala tři kapitoly zaměřené na tuto problematiku. Nejprve definuje pojem afázie, afaziologii jako vědní obor a její historii, etiologii a symptomatologii fatické poruchy a jednotlivé klasifikace afázie, se kterými se při studiu i klinické praxi můžeme setkat. Druhá kapitola se týkala diagnostických metod a třetí se věnovala terapeutické péči o osoby se získanou neurogenní poruchou. Byly konkrétně vymezeny jednotlivé přístupy a metody, které se v obnovovací terapii mohou využívat.

Obsah druhé části bakalářské práce byl zaměřen na kvalitativní výzkumné šetření, v rámci, kterého byly zpracovány tři případové studie. Obnovovací terapie s pacienty trpící Brocovou afázií byla zaměřena na využití dvou screeningových testů (Token Test a BNVR test) a specializovaného počítačového programu Mentio. V úvodních kapitolách této části byl vymezen cíl práce, metody výzkumu a seznámení s programem. Výzkumné šetření bylo zacíleno na obnovovací terapii s využitím specializovaného počítačového programu. Cílem práce bylo hledání optimálního parametru pro rozvoj individuální terapie osob s Brocovou afázií s využitím počítačového softwaru, tedy zda je tento program efektivní v terapii pro zvolenou cílovou skupinu.

Na základě jednotlivých výsledků u tří pacientů lze konstatovat, že obnovovací terapie s využitím programu Mentio prokázala užitečnost. Ukázalo se, že moduly cíleného pojmenování, opisu, psaní i stimulace dějových sekvencí jsou efektivní a vhodné pro rozvoj individuální terapie osob trpící Brocovou afázií.

Použitá a citovaná literatura

1. CSÉFALVAY, Z., TRAUBNER, P. *Afaziológia pre klinická prax*. 2. vyd. Bratislava: Efeta. 1996. 204 s. ISBN 80-217-0377-6
2. CSÉFALVAY, Zsolt. 2003. Diagnostika afázie. In LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
3. CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
1. CSÉFALVAY, Zsolt. 2011. Terapie afázie. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušenej komunikačnej schopnosti: [terminologický a výkladový]*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
2. CSÉFALVAY, Zsolt a KOŠŤÁLOVÁ, Milena. 2013. Diagnostika afázie. In CSÉFALVAY, Zsolt, LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti u dospelých*. 1. vyd. Praha: Portál, 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3.
3. ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. 2003. Získané organické poruchy řečové komunikace: Afázie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
4. HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a Josef DUPLINSKÝ. *Diagnostika: pedagogickopsychologické poradenství II*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-101-x.
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
6. CHALLONER, Jack. *Mozek*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-986-3.
7. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
8. KULIŠŤÁK, Petr. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
9. KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 327 s. ISBN 80-7178-554-7.

10. KIML, J. *Afasie a reedukace řeči: foniatrické studie*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969. 234 s.
11. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024711102.
12. KLENKOVÁ, Jiřina. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.
13. KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy: normy a poruchy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 359 s. ISBN 80-7178-379-X.
14. LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
15. NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. 1. vyd. Praha-VI nákladem, 1997. 52 s. ISBN 80-238-1305-6.
16. NEUBAUER, Karel. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 227 s., [16] s. obr. příl. (některé barev.). ISBN 978-80-7367-159-4.
17. NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.
18. NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-640-7.
19. NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-109-9.
20. MIKEŠOVÁ, Vilma. 2007. Diagnostika a terapie afázií v koncepci Lurijovy neuropsychologické škály. In NEUBAUER, Karel. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4.
21. PREISS, Marek. *Klinická logopedie v praxi*. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky.

22. PREISS, Marek. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.
23. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Základy pedagogiky*. Praha: Vydavatelství VŠCHT, 2005. ISBN 80-7080-573-0.
24. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
25. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Renata MLČÁKOVÁ. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3744-6.

Internetové zdroje

1. STEHLÍKOVÁ, O. Neurolingvistika [online]. 20.3.2004 [cit. 24.2.2012]. Dostupné na: <http://www.ds.fox1.cz/?module=se&sid=22>.
2. Screening afázie: MASTcz. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Model jazykových procesů (Cséfalvay in Lechta, 2011)

Obrázek 2: Mentio slovní zásoba - Cvičení C: výběr správného slova I

Obrázek 3: Mentio slovní zásoba - cvičení D: výběr správného slova II

Obrázek 4: Mentio slovní zásoba - Cvičení B: opis slova

Obrázek 5: Mentio slovní zásoba - Cvičení F: psaní (nabídka jen správných písmen)

Obrázek 6: Mentio slovní zásoba - Cvičení F: psaní (nabídka více písmen)

Obrázek 7: Mentio Slovesa - úvodní obrazovka dějové posloupnosti

Obrázek 8: Mentio Slovesa - Cvičení A: velký obrázek s jedním popiskem

Obrázek 9: Mentio Slovesa - Cvičení B: malý obrázek a čtyři popisky

Obrázek 10: Mentio Slovesa - cvičení C: čtyři obrázky bez popisků (proházená varianta)

Obrázek 11: Mentio Slovesa - cvičení C: čtyři obrázky bez popisků (správná varianta)

Obrázek 12: Mentio Slovesa - cvičení C: čtyři obrázky a čtyři popisky (proházená varianta)

Obrázek 13: Mentio Slovesa - cvičení C: čtyři obrázky a čtyři popisky (správná varianta)

Seznam tabulek

- Tabulka 1: shrnutí Bostonské klasifikace afázie (Cséfalvay, 2007, s.18)
- Tabulka 2: lokalizace léze mozku dle Bostonské klasifikace
- Tabulka 3: výsledky Mentio Slovní zásoba – pojmenování (případová studie č. 1)
- Tabulka 4: výsledky Mentio Slovní zásoba - opis (případová studie 1)
- Tabulka 5: výsledky Mentio Slovní zásoba - psaní (případová studie č. 1)
- Tabulka 6: výsledky Mentio Slovesa - cvičení B (případová studie č. 1)
- Tabulka 7: výsledky Mentio Slovesa - cvičení C (případová studie č. 1)
- Tabulka 8: výsledky Mentio Slovní zásoba - pojmenování (případová studie č. 2)
- Tabulka 9: výsledky Mentio Slovní zásoba - opis (případová studie č. 2)
- Tabulka 10: výsledky Mentio Slovní zásoba - psaní (případová studie č. 2)
- Tabulka 11: výsledky Mentio Slovesa – cvičení A, C (případová studie č. 2)
- Tabulka 12: výsledky Mentio Slovní zásoba - pojmenování (případová studie č. 3)
- Tabulka 13: výsledky Mentio Slovní zásoba - opis (případová studie č. 3)
- Tabulka 14: výsledky Mentio Slovní zásoba - psaní (případová studie č. 3)
- Tabulka 15: výsledky Mentio Slovesa - cvičení B (případová studie č. 3)
- Tabulka 16: výsledky Mentio Slovesa – cvičení C (případová studie č. 3)
- Tabulka 17: Kvalitativní analýza případových studií

Seznam příloh

Příloha A: záznamové archy Token Testu

Příloha B: záznamové archy BNVR testu

Příloha C: Osnova rozhovoru

Příloha A: záznamové archy Token Testu

Záznamový arch Token Testu – paní Dana

paní Dana

PŘÍLOHA č. 4

Token test:

(Spreen a Strauss, 1991)

Základní rozestavění známek:

1. řada (velká kolečka): červená, modrá, žlutá, bílá, zelená
2. řada (velké čtverce): modrá, červená, bílá, zelená, žlutá
3. řada (malá kolečka): bílá, modrá, žlutá, červená, zelená
4. řada (malé čtverce): žlutá, zelená, červená, modrá, bílá

A. Všechny známky vyloženy. Instrukce se může jednou opakovat.

1. Dotkněte se kolečka
2. Dotkněte se čtverce
3. Dotkněte se žluté známky
4. Dotkněte se červené známky
5. Dotkněte se modré známky
6. Dotkněte se zelené známky
7. Dotkněte se bílé známky

Celkem A (7) 4.....

B. Vyloženy pouze velké známky. Instrukce se může jednou opakovat.

8. Dotkněte se žlutého čtverce
9. Dotkněte se modrého kolečka
10. Dotkněte se zeleného kolečka
11. Dotkněte se bílého čtverce

Celkem B (8) 4....

C. Vyloženy všechny známky. Instrukce se nesmí opakovat.

12. Dotkněte se malého bílého kolečka
13. Dotkněte se velkého žlutého čtverce
14. Dotkněte se velkého zeleného čtverce
15. Dotkněte se malého modrého čtverce

Celkem C (12) 4....

D. Vyloženy jsou pouze velké známky. Instrukce se nesmí opakovat.

16. Vezměte červené kolečko a zelený čtverec
17. Vezměte žlutý čtverec a modrý čtverec
18. Vezměte bílý čtverec a zelený čtverec
19. Vezměte bílé kolečko a červené kolečko

Celkem D (16) 4.....

E. Vyloženy všechny známky. Instrukce se nesmí opakovat.

20. Vezměte velké bílé kolečko a malý zelený čtverec
21. Vezměte malé modré kolečko a velký žlutý čtverec
22. Vezměte velký zelený čtverec a velký červený čtverec
23. Vezměte velký bílý čtverec a malé zelené kolečko

Celkem E (24) 2.....

F. Vyloženy jsou pouze velké známky. Instrukce se nesmí opakovat.

24. Položte červené kolečko na zelený čtverec
25. Položte bílý čtverec za žlutý čtverec
26. Dotkněte se modrého kolečka pomocí červeného čtverce
27. Dotkněte se modrého kolečka a červeného čtverce
28. Zvedněte modré kolečko NEBO červený čtverec
29. Dejte zelený čtverec dále od žlutého čtverce

p. Jana

30. Položte bílé kolečko před modrý čtverec
31. Pokud tady máme černé kolečko, zvedněte červený čtverec
32. Zvedněte všechny čtverce kromě žlutého čtverce.
33. Položte zelený čtverec za červené kolečko
34. Dotkněte se čtverců pomalu a koleček rychle.
35. Položte červené kolečko mezi žlutý čtverec a zelený čtverec
36. Dotkněte se všech koleček, kromě zeleného kolečka
37. Zvedněte červené kolečko - ne - bílý čtverec
38. Místo bílého čtverce zvedněte žluté kolečko
39. Společně se žlutým kolečkem zvedněte modré kolečko

Celkem F (96) 4

TOKEN TEST subtesty A-F celkový skór $R = \text{lehká porucha}$

Normy

Průměrný skór pro dospělé (a dospívající nad 14 let) je 161. Skór pod 157 bodů je považován za velmi neobvyklý. Podle dalších údajů (Spreen a Strauss, 1991) tento "cut off" skór platí také pro vyšší věková pásma (60-85 let). Korelace s věkem (De Renzi a Faglioni, 1978, in Spreen a Strauss, 1991) je u dospělých 0,03. Tabulka 1 a 2 podává normy pro zdravou dospělou i dětskou populaci. U zdravých dětí nad 11 let se předpokládá dosažení maximálního počtu bodů.

Tab. Percentilové normy pro dospělé a dospívající nad 14 let

Skór	Percentil
162	70
161	50
158	30
157	18
156	14
154	10
153	6
151	-

Verze Spreena a Strausse (1991) používá také 20 "tokens", dvě velikosti (v průměru 2 a 3 centimetry), dva tvary (kolečko a čtverec, čtverec místo obdélníku v původní verzi) a pět barev (červená, modrá, zelená, žlutá a bílá). Vyhodnocení zkoušky je jednoduché - pacientovi dáme bod za každý správně provedený podtržený příkaz (a za všechny provedené příkazy v subtestu A). Někdy mohou být instrukce provedeny dvojím způsobem (např. položka 25, "za"), v tom případě hodnotíme jako správné jeden ze způsobů provedení. Pokud je test nedokončen, můžeme provést "prorating", tj. odhad pacientova výkonu v položkách, které nebyly provedeny. Např. pokud test skončíme po položce 31 v subtestu F a v položkách 24-31 pacient získal 6 bodů, zbývajících osm položek ohodnotíme také šesti body, na celkových 12 bodů v části F. Pokud jsme s pacientem neprovedli většinu položek v částech B,C,D,E a/nebo F pro předchozí selhání, připočtete 3 body pro část B, 5 bodů pro část C, 6 bodů pro část D, 9 bodů pro část E a 18 bodů pro subtest F. Korekce pro věk nebo vzdělání se neprovádí, maximální počet bodů je 163. Verze je vhodná ke klinickému a vzhledem k jemnému způsobu signování také k výzkumnému použití.

Záznamový arch Token Testu – pan Milan

7. Milan

PRÍLOHA č. 4

Token test:

(Spreeen a Strauss, 1991)

Základní rozestavení známek:

1. řada (velká kolečka): červená, modrá, žlutá, bílá, zelená
2. řada (velké čtverce): modrá, červená, bílá, zelená, žlutá
3. řada (malá kolečka): bílá, modrá, žlutá, červená, zelená
4. řada (malé čtverce): žlutá, zelená, červená, modrá, bílá

A. Všechny známky vyloženy. Instrukce se může jednou opakovat.

1. Dotkněte se kolečka 1
2. Dotkněte se čtverce 1
3. Dotkněte se žluté známky 1
4. Dotkněte se červené známky 0
5. Dotkněte se modré známky 0
6. Dotkněte se zelené známky 0
7. Dotkněte se bílé známky 1

Celkem A (7) 4.....

B. Vyloženy pouze velké známky. Instrukce se může jednou opakovat.

8. Dotkněte se žlutého čtverce 1
9. Dotkněte se modrého kolečka 0
10. Dotkněte se zeleného kolečka 1
11. Dotkněte se bílého čtverce 1

Celkem B (8) 3.....

C. Vyloženy všechny známky. Instrukce se nesmí opakovat.

12. Dotkněte se malého bílého kolečka 1
13. Dotkněte se velkého žlutého čtverce 0
14. Dotkněte se velkého zeleného čtverce 0
15. Dotkněte se malého modrého čtverce 0

Celkem C (12) 1.....

D. Vyloženy jsou pouze velké známky. Instrukce se nesmí opakovat.

16. Vezměte červené kolečko a zelený čtverec 0
17. Vezměte žlutý čtverec a modrý čtverec 1
18. Vezměte bílý čtverec a zelený čtverec 1
19. Vezměte bílé kolečko a červené kolečko 0

Celkem D (16) 2.....

E. Vyloženy všechny známky. Instrukce se nesmí opakovat.

20. Vezměte velké bílé kolečko a malý zelený čtverec 0
21. Vezměte malé modré kolečko a velký žlutý čtverec 0
22. Vezměte velký zelený čtverec a velký červený čtverec 0
23. Vezměte velký bílý čtverec a malé zelené kolečko 0

Celkem E (24) 0.....

F. Vyloženy jsou pouze velké známky. Instrukce se nesmí opakovat.

24. Položte červené kolečko na zelený čtverec
25. Položte bílý čtverec za žlutý čtverec
26. Dotkněte se modrého kolečka pomocí červeného čtverce
27. Dotkněte se modrého kolečka a červeného čtverce
28. Zvedněte modré kolečko NEBO červený čtverec
29. Dejte zelený čtverec dále od žlutého čtverce

30. Položte bílé kolečko před modrý čtverec
31. Pokud tady máme černé kolečko, zvedněte červený čtverec
32. Zvedněte všechny čtverce kromě žlutého čtverce.
33. Položte zelený čtverec za červené kolečko
34. Dotkněte se čtverců pomalu a koleček rychle.
35. Položte červené kolečko mezi žlutý čtverec a zelený čtverec
36. Dotkněte se všech koleček, kromě zeleného kolečka
37. Zvedněte červené kolečko - ne - bílý čtverec
38. Místo bílého čtverce zvedněte žluté kolečko
39. Společně se žlutým kolečkem zvedněte modré kolečko

Celkem F (96) ...0....

TOKEN TEST subtesty A-F celkový skór 10. Ležka' porucha

Normy

Průměrný skór pro dospělé (a dospívající nad 14 let) je 161. Skór pod 157 bodů je považován za velmi neobvyklý. Podle dalších údajů (Spreen a Strauss, 1991) tento "cut off" skór platí také pro vyšší věková pásma (60-85 let). Korelace s věkem (De Renzi a Faglioni, 1978, in Spreen a Strauss, 1991) je u dospělých 0,03. Tabulka 1 a 2 podává normy pro zdravou dospělou i dětskou populaci. U zdravých dětí nad 11 let se předpokládá dosažení maximálního počtu bodů.

Tab. Percentilové normy pro dospělé a dospívající nad 14 let

Skór	Percentil
162	70
161	50
158	30
157	18
156	14
154	10
153	6
151	-

Verze Spreena a Strausse (1991) používá také 20 "tokens", dvě velikosti (v průměru 2 a 3 centimetry), dva tvary (kolečko a čtverec, čtverec místo obdélníku v původní verzi) a pět barev (červená, modrá, zelená, žlutá a bílá). Vyhodnocení zkoušky je jednoduché - pacientovi dáme bod za každý správně provedený podtržený příkaz (a za všechny provedené příkazy v subtestu A). Někdy mohou být instrukce provedeny dvojím způsobem (např. položka 25, "za"), v tom případě hodnotíme jako správně jeden ze způsobů provedení. Pokud je test nedokončen, můžeme provést "prorating", tj. odhad pacientova výkonu v položkách, které nebyly provedeny. Např. pokud test skončíme po položce 31 v subtestu F a v položkách 24-31 pacient získal 6 bodů, zbývajících osm položek ohodnotíme také šesti body, na celkových 12 bodů v části F. Pokud jsme s pacientem neprovedli většinu položek v částech B,C,D,E a/nebo F pro předchozí selhání, připočtete 3 body pro část B, 5 bodů pro část C, 6 bodů pro část D, 9 bodů pro část E a 18 bodů pro subtest F. Korekce pro věk nebo vzdělání se neprovádí, maximální počet bodů je 163.

Verze je vhodná ke klinickému a vzhledem k jemnému způsobu signování také k výzkumnému použití.

Záznamový arch Token Testu – pan Tomáš

7. Tomáš

PŘÍLOHA č. 4

Token test:

(Spren a Strauss, 1991)

Základní rozestavení známek:

1. řada (velká kolečka): červená, modrá, žlutá, bílá, zelená
2. řada (velké čtverce): modrá, červená, bílá, zelená, žlutá
3. řada (malá kolečka): bílá, modrá, žlutá, červená, zelená
4. řada (malé čtverce): žlutá, zelená, červená, modrá, bílá

A. Všechny známky vyloženy. Instrukce se může jednou opakovat.

1. Dotkněte se kolečka 1
2. Dotkněte se čtverce 1
3. Dotkněte se žluté známky 1
4. Dotkněte se červené známky 1
5. Dotkněte se modré známky 1
6. Dotkněte se zelené známky 1
7. Dotkněte se bílé známky 1

Celkem A (7) 4

B. Vyloženy pouze velké známky. Instrukce se může jednou opakovat.

8. Dotkněte se žlutého čtverce 1
9. Dotkněte se modrého kolečka 1
10. Dotkněte se zeleného kolečka 1
11. Dotkněte se bílého čtverce 1

Celkem B (8) 4

C. Vyloženy všechny známky. Instrukce se nesmí opakovat.

12. Dotkněte se malého bílého kolečka 1
13. Dotkněte se velkého žlutého čtverce 1
14. Dotkněte se velkého zeleného čtverce 0
15. Dotkněte se malého modrého čtverce 1

Celkem C (12) 3

D. Vyloženy jsou pouze velké známky. Instrukce se nesmí opakovat.

16. Vezměte červené kolečko a zelený čtverec 0
17. Vezměte žlutý čtverec a modrý čtverec 0
18. Vezměte bílý čtverec a zelený čtverec 1
19. Vezměte bílé kolečko a červené kolečko 1

Celkem D (16) 2

E. Vyloženy všechny známky. Instrukce se nesmí opakovat.

20. Vezměte velké bílé kolečko a malý zelený čtverec 1
21. Vezměte malé modré kolečko a velký žlutý čtverec 0
22. Vezměte velký zelený čtverec a velký červený čtverec 0
23. Vezměte velký bílý čtverec a malé zelené kolečko 1

Celkem E (24) 2

F. Vyloženy jsou pouze velké známky. Instrukce se nesmí opakovat.

24. Položte červené kolečko na zelený čtverec 1
25. Položte bílý čtverec za žlutý čtverec 1
26. Dotkněte se modrého kolečka pomocí červeného čtverce 1
27. Dotkněte se modrého kolečka a červeného čtverce 0
28. Zvedněte modré kolečko NEBO červený čtverec 1
29. Dejte zelený čtverec dále od žlutého čtverce 0

Pi. Tomáš

30. Položte bílé kolečko před modrý čtverec 1
31. Pokud tady máme černé kolečko, zvedněte červený čtverec 1
32. Zvedněte všechny čtverce kromě žlutého čtverce. 1
33. Položte zelený čtverec za červené kolečko 0
34. Dotkněte se čtverců pomalu a koleček rychle. 0
35. Položte červené kolečko mezi žlutý čtverec a zelený čtverec 0
36. Dotkněte se všech koleček, kromě zeleného kolečka 1
37. Zvedněte červené kolečko - ne - bílý čtverec 0
38. Místo bílého čtverce zvedněte žluté kolečko 0
39. Společně se žlutým kolečkem zvedněte modré kolečko 1

Celkem F (96) 9

TOKEN TEST subtesty A-F celkový skór 27. lehká porucha

Normy

Průměrný skór pro dospělé (a dospívající nad 14 let) je 161. Skór pod 157 bodů je považován za velmi neobvyklý. Podle dalších údajů (Spreen a Strauss, 1991) tento "cut off" skór platí také pro vyšší věková pásma (60-85 let). Korelace s věkem (De Renzi a Faglioni, 1978, in Spreen a Strauss, 1991) je u dospělých 0,03. Tabulka 1 a 2 podává normy pro zdravou dospělou i dětskou populaci. U zdravých dětí nad 11 let se předpokládá dosažení maximálního počtu bodů.

Tab. Percentilové normy pro dospělé a dospívající nad 14 let

Skór	Percentil
162	70
161	50
158	30
157	18
156	14
154	10
153	6
151	-

Verze Spreena a Strausse (1991) používá také 20 "tokens", dvě velikosti (v průměru 2 a 3 centimetry), dva tvary (kolečko a čtverec, čtverec místo obdélníku v původní verzi) a pět barev (červená, modrá, zelená, žlutá a bílá). Vyhodnocení zkoušky je jednoduché - pacientovi dáme bod za každý správně provedený podtržený příkaz (a za všechny provedené příkazy v subtestu A). Někdy mohou být instrukce provedeny dvojím způsobem (např. položka 25, "za"), v tom případě hodnotíme jako správné jeden ze způsobů provedení. Pokud je test nedokončen, můžeme provést "prorating", tj. odhad pacientova výkonu v položkách, které nebyly provedeny. Např. pokud test skončíme po položce 31 v subtestu F a v položkách 24-31 pacient získal 6 bodů, zbývajících osm položek ohodnotíme také šesti body, na celkových 12 bodů v části F. Pokud jsme s pacientem neprovedli většinu položek v částech B,C,D,E a/nebo F pro předchozí selhání, připočtete 3 body pro část B, 5 bodů pro část C, 6 bodů pro část D, 9 bodů pro část E a 18 bodů pro subtest F. Korekce pro věk nebo vzdělání se neprovádí, maximální počet bodů je 163.

Verze je vhodná ke klinickému a vzhledem k jemnému způsobu signování také k výzkumnému použití.

Příloha B: záznamové archy BNVR testu

Záznamový arch BNVR testu – paní Dana

Butt Test of Non-Verbal Reasoning

Name P. Dana DOB 1949 Date _____

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

NVR Score 10 Visual Score 0 Semantic Score 0 Unrelated Score 0 No response Score 0

Záznamový arch BNVR testu – pan Milan (verze 1., verze 2.)

1. verze

Butt Test of Non-Verbal Reasoning

Name p. Milan DOB 1951 Date _____

SAMPLE	DIRTY			COMMENTS
	HANDS	Soap	Padded envelope	Správne ..
		Toothpaste	Hat	
1	CUT FINGER	Radio	Plaster	1
		Biscuit	Sticky tape	
2	BEARD	Razor	Hen	1
		Teaspoon	Lawnmower	
3	HEADACHE	Brooch	Aspirins	brod 0 unrelated
		Jar of Sweets	Bandage	
4	SQUINTY EYES	Mask	Duck	1
		Walking Stick	Glasses	
5	TIRED	Bed	Trailer	1
		Butterfly	Stool	
6	SPILT COFFEE	Scarf	Plane	0 semantic
		Cloth	Dustpan/Brush	
7	EATING DINNER	Pencils	Knife/Fork	1
		Lamp	Scissors	
8	BROKEN PENCIL	Sharpener	Axe	0 unrelated
		Daffodil	Wooden Wedge	
9	LOOSE BUTTON	Wellies	Skipping Rope	1
		Glue	Needle/Thread	
10	BROKEN CUP/ SAUCER	Tree	Polish	1
		Dustpan/Brush	Brief Case & Umbrella	

NVR Score 7 Visual Score _____ Semantic Score 1 Unrelated Score 2 No response Score _____

This page may be photocopied for instructional use only. BNVR © PA Butt & NS Bucks, 2004

L. Verze

Butt Test of Non-Verbal Reasoning

Name P. Milan DOB 1951 Date _____

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

NVR Score 10 Visual Score _____ Semantic Score _____ Unrelated Score _____ No response Score _____

Záznamový arch BNVR testu – pan Tomáš

Butt Test of Non-Verbal Reasoning

Name pan TOMÁŠ DOB 1978 Date _____

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

NVR Score 10 Visual Score 0 Semantic Score 0 Unrelated Score 0 No response Score 0

Příloha C: Osnova rozhovoru

Osnova strukturovaného rozhovoru

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Jméno:

Pohlaví:

Věk:

Rodinný stav:

Náboženské vyznání:

OSOBNÍ DIAGNÓZA

Nemoci v dětství:

- Neštovice
- Zánět průdušek
- Zánět středního ucha
- Spála
- Zánět horních cest dýchacích
- Angína
- Spalničky
- Zarděnky
- Meningitida
- encefalitida

Vývoj v dětství:

- Normální
- Abnormální

Nemoci v průběhu života:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cukrovka | <input type="checkbox"/> Zánět horních cest dýchacích |
| <input type="checkbox"/> CMP | <input type="checkbox"/> Zvýšený cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Chřipka | <input type="checkbox"/> Zvýšený krevní tlak |
| <input type="checkbox"/> Nachlazení | <input type="checkbox"/> Hemeroidy, Zácpy |
| <input type="checkbox"/> Žloutenka | <input type="checkbox"/> Nechtěný únik moči |
| <input type="checkbox"/> Zánět středního ucha | <input type="checkbox"/> Osteoporóza – řídnutí kostí |
| <input type="checkbox"/> Angína | <input type="checkbox"/> encefalitida |
| <input type="checkbox"/> Zánět průdušek | <input type="checkbox"/> Jiné: |

Operace: _____

Úrazy: _____

Alkohol:

- Nyní
- dříve

Kouření:

- Nyní
- Dříve

Alergie:

- Pyl
 - Plíseň
 - Roztoči
 - Domácí zvířata
 - Potravinové alergie (rajče, alkohol, oříšky, čokoláda, jahody, kakao, houby, koření, luštěniny, mléko, mouka, olivy)
 - Lékové alergie
 - Alergie na hmyzí jed
 - Jiné:
-
-

Zájmy:

- Dříve
 - Sportování
 - Dívání se na TV
 - Sledování TV
 - Fotbal
 - Tenis
 - Basketbal
 - Zahrada
 - Nyní:
-
-

RODINNÁ ANAMNÉZA

Sourozenci

- Počet
- Pohlaví
- Věk
- Zdravotní stav

Vztahy v rodině

- Vídáte se
- Otec
- Matka

Děti:

- Počet
- Věk
- Mají své děti?
- Zdravotní stav

SOUČASNÝ STAV:

Soběstačnost:

- Koupání
- Oblékání se
- Při jídle
- Při chůzi
- Jiné:

PROFESNÍ ANAMNÉZA

- Bývalé zaměstnání
- Doba zaměstnání

ŠKOLNÍ ANAMNÉZA:

Dosažené vzdělání

- SŠ s maturitou
- SOU
- VŠ

Přestupy do jiných škol:

- Ano
- Ne

Problémy ve škole:

- Propadnutí
- Chování
 - Dobré
 - Špatné
 - Normální

Sociální anamnéza

- Procházký s někým druhým,
- Chození do hospody
- Scházení se s přáteli
- Scházení se s rodinou
- Scházení se s lidmi z RÚ nebo jste spíše na pokoji?