

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

EVA STOLÍNOVÁ

IV. ročník - prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika a učitelství přírodopisu pro 2. stupeň základní
školy

**NÁVRHY METODICKÝCH
MATERIÁLŮ PRO PRÁCI S AFATIKY**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.

OLOMOUC 2008

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen
uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 2008

.....

Eva Stolínová

Děkuji Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D., za vstřícnost, odborné vedení diplomové práce a poskytování materiálových podkladů k práci. Můj dík též patří klinické logopedce Mgr. Evě Kocábkové, za podnětné rady a konzultace, také pacientům a jejich rodinným příslušníkům za jejich ochotu spolupracovat.

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Afázie	8
1.1 Terminologické vymezení a definice afázie	8
1.2 Historický vývoj zájmu o afázii	12
1.2.1 Sporadické popisy afázie (období do roku 1800).....	12
1.2.2 Začátky systematického bádání afázie (1800- 1860).....	13
1.2.3 Vznik klasické afaziologie (1860- 1945).....	14
1.2.4 Moderní afaziologie (období po roce 1945).....	15
1.3 Etiologie afázie.....	17
1.3.1 Cévní mozkové příhody	18
1.3.2 Úrazy a poranění mozku	20
1.3.3 Nádorová onemocnění mozku.....	22
1.3.4 Zánětlivá onemocnění mozku	22
1.3.5 Intoxikace centrální nervové soustavy.....	23
1.3.6 Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy	23
1.4 Symptomatologie afázie	24
1.5 Klasifikace afází.....	27
1.5.1 Bostonská klasifikace afází	28
1.5.2 Kimlova klasifikace afází	33
1.5.3 Lurijova klasifikace afází.....	35
1.5.4 Hrbkova klasifikace	38
1.5.5 Olomoucká klasifikace	40
1.6 Diagnostika afázie	42
1.6.1 Diagnostika a diferenciální diagnostika afázie.....	42
1.6.2 Screeningové vyšetření afázie	43
1.6.3 Komplexní testy afázie	44
1.6.4 Speciální testy.....	48
1.6.5 Diagnostika afázie, alexie a agrafie z pohledu kognitivně-neuropsychologické koncepte	50
1.7 Terapie afázie	54
1. 7. 1 Specifické cílené postupy obnovovací terapie	57
1. 7. 2 Lurijova neuropsychologická koncepte obnovovací terapie	60

1. 7. 3 Kognitivně-neuropsychologický přístup.....	60
1. 7. 4 Funkcionálně zaměřené postupy	61
1.7.5 Formy terapie afázie	62
2 Metodické materiály.....	64
2.1 Metodické materiály určené pro terapii afázie.....	64
2.1.1 Obrázkový slovník pro afatiky	65
1.2.2 Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie	65
1.2.3 Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí.....	67
1.2.4 Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie.....	69
EMPIRICKÁ ČÁST	
3 Návrhy metodických materiálů.....	74
3.1 Návrhy metodických materiálů určených pro práci s pacienty ztížených afázií.....	75
3.2 Případové studie	78
3.2.1 Případová studie č. 1.....	78
3.2.2 Případová studie č. 2.....	81
3.2.3 Případová studie č. 3.....	85
3.2.4 Případová studie č. 4.....	89
3.2 Shrnutí	92
Závěr	94
Seznam použité literatury a pramenů.....	96
Seznam příloh	99

Úvod

Afázie je vážným narušením komunikační schopnosti. Tato úplná nebo částečná neschopnost produkovat nebo vnímat řeč vzniká v důsledku poškození mozkové tkáně. Vyvíjí se náhle a skutečnost, že pacient má potíže dorozumět se s okolím, je pro něho i jeho blízké, jež jsou s pacientem v úzkém kontaktu, velice traumatizující. Důležitá je včasná diagnostika a na ní navazující neodkladná terapie. Většina afázií má dlouhodobé následky, proto je záměrem diplomové práce orientovat se právě na obnovení a zlepšení řečových i komunikačních schopností a na pomůcky, které lze v terapeutickém procesu využít. V současné době se stále setkáváme s faktem, že někteří z logopedů využívají při práci s dospělými pacienty materiály, které jsou určeny pro předškolní děti a školní žáky, nebo nepoužívají pomůcky žádné, ačkoliv jsou materiály pro pacienty s narušenými řečovými schopnostmi dostupné. K materiálům s dětskou tematikou nebo učebnicím se většina pacientů staví negativně a odmítají je.

S pacienty s narušenou komunikační schopností, způsobenou mozgovým poškozením jsme se setkávali při dobrovolné praxi na neurologickém, neurochirurgickém, foniatrickém oddělení fakultní nemocnice a rekondičním pobytu pro afatiky. Při práci s těmito jedinci jsme se seznámili blíže s problematikou afázie a došli jsme k názoru, že při terapeutickém procesu je vhodné používat metodické materiály, které jsou určeny právě pro dospělé pacienty. Dostupné metodické materiály jsou vytvořeny na základě dlouholetých zkušeností odborníků, kteří s afatickými pacienty pracují nebo pracovali. Kvalitní soubory textů a cvičení lze adaptovat pro konkrétní práci s pacientem. Za nespornou výhodu považujeme práci s pracovními listy také v domácím prostředí. Rádi bychom jejich řadu rozšířili a popsali výsledky terapie při práci s nimi.

Cílem diplomové práce je vytvořit návrhy metodických materiálů pro práci s pacienty ztížených afázií, jako inspiraci pro logopedy. Diplomová práce je rozdělena na dva celky.

Záměrem teoretické části je informovat o problematice afázie, analyzovat poznatky týkající se afázie z odborné literatury. Tento úsek seznamuje s definicemi a vysvětlením pojmu afázie z různého úhlu pohledu, historickým vývojem zájmu o afázii, příčinami jejího vzniku a variabilitou symptomů, nejužívanějšími klasifikacemi, diagnostickými i terapeutickými postupy, různými formami individuální a skupinové terapie. Součástí teoretické části je také analýza publikovaných nejpoužívanějších metodických materiálů určených pro práci s afatiky.

Empirická část navazuje a reaguje na zjištěné informace z oblasti afázie. Cílem je vytvořit metodické materiály určené pro terapii afázie, které jsou sestaveny pro konkrétní pacienty. Vlastnosti vytvořených návrhů metodických materiálů budou ověřeny při terapeutickém procesu s dalšími pacienty s afázií, u nichž se projevují podobné symptomy narušené komunikační schopnosti. Údaje vybraných pacientů budou zpracovány v případových studiích a v závěru bude zhodnocena efektivita terapeutického procesu. Návrhy metodických materiálů by měly být vytvořeny tak, aby byly aplikovatelné i u dalších pacientů ztížených afázií s obdobnými příznaky.

V diplomové práci osobu s narušenou komunikační schopností zapříčiněnou organickým poškozením mozku označujeme jako pacienta. Velice aktuální je diskuze, jak nazývat jedince, jemuž je poskytována zdravotní péče, zda pacientem nebo klientem. Výraz klient nám asociuje spíše obchodní vztah, proto se přikláníme k termínu pacient. Ačkoliv je v současné době veškerá zdravotní, tedy i logopedická péče poskytována za úhradu, nedomníváme se, že jde o obchod v pravém slova smyslu, protože lékaři i logopedi nabízejí služby, které jsou penězi k nezaplacení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Afázie

1.1 Terminologické vymezení a definice afázie

Člověk má na rozdíl od ostatních živočichů schopnost dorozumívat se s ostatními jedinci téhož druhu artikulovanou řečí. Verbální projev je základním sdělovacím prostředkem lidské komunikace. Právě porucha komunikace je považována za jedno z nejtěžších postižení, které má vliv na psychický stav postiženého jedince. Afázie je poruchou jazykových schopností, která verbální komunikaci narušuje nebo znemožňuje. Postihuje jedince, u nichž byla řeč plně vyvinuta nebo se vyvíjela. Poškození mozkové tkáně, kdy došlo k narušení komunikativní funkce mluvené i psané řeči, má za následek celkový zásah do osobnosti postiženého. „*Afázie není poruchou vnímání ani poruchou hybného systému řeči, rovněž není poruchou myšlení*“ (Koukolík, 1997, s. 69). Afázii řadíme mezi získané, orgánové narušení komunikační schopnosti a jak uvádí Peutelschmiedová (2005) patří do okruhu získané orgánové nemluvnosti.

Čecháčková (2003) uvádí, že pojem afázie se skládá z řeckého slova *phasis*, což v překladu znamená řeč a předponou *a-*, jež značí zápor. Dříve byla tato porucha označována jako alálie (v současné době se již tento termín nepoužívá).

V České republice se v logopedické terminologii setkáváme s předponami *dys-* a *a-*. Zatímco předpona *a-* znamená úplnou ztrátu již nabyté schopnosti (např. alexie- ztráta již osvojené dovednosti číst), předpona *dys-* označuje vždy vývojovou poruchu a míru poškození (např. dyslexie - vývojová porucha čtenářských dovedností, částečná porucha). Zrovna tak se s tímto pravidlem setkáváme u afázií i dysfázií. Afázie je tedy ztráta již osvojené schopnosti komunikovat na základě poškození mozkové tkáně a dysfázie je vývojová porucha řeči s drobným difúzním poškozením centrální nervové soustavy. Afázie u dětí je vždy porucha získaná, kde příčinou je poškození mozku a postihuje řeč teprve se vyvíjející, proto je též označována jako afázie vývojová. Cséfalvay (1996) uvádí, že v anglické literatuře je tomu naopak, předponou *dys* odborníci označují míru poškození bez ohledu na dobu vzniku poruchy a předponu *a* používají pouze v případech úplné ztráty schopnosti hovořit, která nastává poměrně zřídka.

V zahraniční odborné literatuře se mimo jiné také klade mnohem větší důraz na rozlišování pojmů řeč a jazyk a s tím spojené poruchy. Mikulajová, Rafajdusová (1993)

uvádí, že v anglicky mluvících zemích se pro vývojové poruchy řeči používá termín „developmental speech disorders“, mezi které se řadí poruchy artikulace, fluence a nazality. Tedy realizace řeči na hierarchicky nižší úrovni, u nichž se nevyskytuje poškození mozku. Druhou velkou skupinou jsou vývojové poruchy jazykových schopností „developmental language disorders“ zahrnující poruchy osvojování si mateřského jazyka patřící do hierarchicky vyšší úrovně. Tyto poruchy se pojí s poškozením mozkové tkáně. Z výše uvedených informací lze vyvodit, že afázie patří do poruch jazykových, tedy „language disorders“.

Neubauer (2007) přistupuje k rozlišování obsahu pojmů jazyk a řeč jako ke stěžejním. Výše uvedený autor dělí získané neurogenní poruchy řečové komunikace podle porušených modalit na: poruchy individuálního jazykového systému, kdy nejsou poškozeny motorické funkce (respirace, fonace, rezonance, artikulace) a motorické řečové poruchy, kdy nejsou narušeny jazykové schopnosti (lexikon, morfologie, syntax a pragmatika). Dominantně narušená modalita jazykového systému způsobuje afázii.

Přípona *-fázie* vyjadřuje poruchu fatických funkcí. Dvořák (2007) řadí fatické funkce do podskupiny funkcí symbolických. Zahrnují procesy týkající se řeči a mluvy, utváří se během života, u každého jedince individuálně.

Čecháčková (2003) uvádí, že afázie je jedno z postižení, které se často vyskytuje v kombinaci s narušenými schopnostmi lexie, grafie, gnózie, praxie, kalkulie, poruchami orientace v prostoru, pravolevé orientace apod., tyto schopnosti patří do souboru tzv. vyšších korových (kortikálních) funkcí. Vyšší korové funkce zajišťují koordinaci a řízení vnitřních funkcí organismu, komunikaci s vnějším prostředím i psychický stav člověka. Pro nás důležitou součástí vyšších korových funkcí jsou funkce kognitivní. Tato autorka uvádí 3 složky kognitivní funkce:

- receptivní - vnímání, integrace a udržení informací, které se stávají součástí paměti,
- zpracování informací - analýza, syntéza, myšlení,
- expresivní - výsledná reakce zpracované informace.

„Podmínkou neporušených kognitivních funkcí je určitá úroveň vědomí a také dostatečná činnost vyšších kortikálních a subkortikálních funkcí“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 144).

Vymezení termínu afázie se od sebe liší předmětem zkoumání daného oboru. Tuto poruchu nelze jednoznačně popsat univerzální definicí. Záleží na tom, který

specialista narušení komunikační schopnosti hodnotí. Afázií se zabývají odborníci různých oborů jako logopedie, foniatrie, neurologie, neurochirurgie, neurolingvistika, neuropsychologie, psycholingvistika apod. Jedná se o interdisciplinární problematiku.

V následujícím textu se pokusíme uvést přehled oborů zabývajících se problematikou afázie a jak jejich představitelé toto postižení definují.

Pokud je neurologie věda zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou nemocí centrální nervové soustavy, potom všechny neurologické disciplíny budou poukazovat především na rozšíření, charakter a intenzitu poškození mozku a zároveň budou zjišťovat souvislosti mezi místem poškození nervových center a typem vady řeči. Český neurolog Hrbek (1983, s. 584) považuje „*afasii za ztrátu nebo poruchu interindividuálního dorozumívání prostřednictvím mluvené řeči*“. Ambler (2000, s. 70) afázii z pohledu neurologie charakterizuje následovně: „*afázie vzniká při získané lézi dominantní hemisféry, jde o poruchu komunikace, vážné produkce nebo porozumění řeči*“. Koukolík (1997, s. 74) uvádí, že „*afázie je porucha chápání a vyjadřování jazyka podmíněná dysfunkcí vymezených mozkových oblastí,*“

Klinický logoped Neubauer (Neubauer in Preiss, 1998, s. 288) popisuje afázii z pohledu neuropsychologie jako „*poruchu řečové komunikace vznikající většinou náhle na základě ložiskového poškození mozku*“. Ruský neuropsycholog Lurija (Lurija in Cséfalvay, 1996, s. 15) nahlíží na afázii jako na „*systémové narušení řeči vznikající při organickém poškození mozku a zasahující různé úrovně organizace řeči. Toto poškození ovlivňuje vztah řeči k ostatním psychickým funkcím, vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka a narušuje především komunikativní funkci řeči. Jedná se o poruchu s interpsychickým a intrapsychickými následky*“.

Hrtl (1996) uvádí, že psychologie a psychiatrie jsou vědní obory zabývající se duševními vlastnostmi, psychickými stavy, vztahy, procesy, přítomností symptomů a syndromů. Tyto disciplíny chápou řeč jako prostředek dorozumívání a zároveň jako nástroj myšlení a zdůrazňují fakt, že při komunikaci (verbální i neverbální) záleží na psychickém stavu jedince (na pozitivní motivaci, vstřícném postoji, emočním ladění apod.).

Neuropsychologie je vědní disciplína, jak uvádí Preiss (1998), která studuje vztah mezi poškozením mozku a chováním.

Kobr (2001) uvádí, že lingvistika je věda o jazycích, která zkoumá jejich užívání, zákonitosti, mimojazykové skutečnosti, třídění jazyků a stavbu v jejich zvukové i psané podobě.

„Předmětem zkoumání psycholingvistiky je užívání jazyka a řečová činnost“ (Nebeská, 1992, s. 47).

Foniatrie je lékařský obor zabývající se vyšetřením hlasu, řeči a sluchu jedince, prevencí, rehabilitací a léčbou těchto poruch. Hlas, řeč i sluch jsou důležité komponenty verbální komunikace. Foniatr Kiml (1969) na afázii nahlíží jako na poruchu některé lingvistické roviny při poškození mozku. V publikaci z roku 1978 *„afázii popisuje jako praktickou neschopnost nebo poruchu schopnosti chápat signální význam řeči a nemožnost vyjádřit se srozumitelnou řečí pro poruchu centrálního sensorického a motorického systému řeči“* (Kiml, 1978 s. 225).

Logopedie jako speciálně pedagogická vědní disciplína, *„zkoumá narušenou komunikační schopnost z hlediska jejich příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.“* (Lechta, 2002, s. 11). Je to nauka o fyziologii dorozumívání, nápravě poruch, vad řeči a výslovnosti. Afázii charakterizuje jako poškození produkce a porozumění řeči. Odborníci zabývající se problematikou afázie z pohledu logopedie definují tuto narušenou komunikační schopnost následovně:

„Afázie je užívaný termín pro ztrátu naučených schopností dorozumívat se řečí (mluvenou, čtenou, psanou) organického původu, především jako důsledek ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku“ (Dvořák, 2001, s. 11).

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

„Afázie je porucha užití individuálního jazykového systému - vícefaktorová snížená schopnost dekódovat nebo používat smysluplné lingvistické části, tedy slova a větší syntaktické celky“ (Neubauer, 2007, s. 19).

Autorka diplomové práce považuje za nejužitečnější definici od Cséfalvaye (1996), který tvrdí, že *„afázie je porucha již vybudované řeči, která vzniká následkem ložiskového poškození mozku“*.

Tato definice (in ibid) je doplněna čtyřmi atributy, které charakterizují afázii:

- získaná narušená komunikační schopnost,
- vzniká při ložiskových poškozeních mozku,
- týká se poruch symbolických procesů,
- systémový vliv mozkové léze působí na vyšší psychické funkce člověka.

Cséfalvay (1996) dále uvádí, že afázie zasahuje všechny modalities řeči (expresivní, receptivní, mluvenou i psanou řeč) a v různé míře i všechny jazykové roviny (foneticko-fonologickou, morfológicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou i pragmatickou).

Odvětví logopedie, studující problematiku afázií, se nazývá afaziologie. Kulišťák (2006) uvádí, že logoped zabývající se reedukací všech komunikačních poruch, kdy se nejedná pouze o poruchy řeči mluvené, ale též o narušení písemného a čteného projevu, poruchy hlasu, polykání, kombinované smyslové vady s poruchami řeči apod. se nazývá afaziolog.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. revize (1999), patří anamnestická, globální, nominální, sémantická, syntaktická afázie společně s dysfázií do dg. R 47.0. Expresivní afázie je řazena do dg. F 80. 1, receptivní afázie do dg. F 80. 2, získaná afázie s epilepsií (Landau-Kleffnerův syndrom) do dg. F 80. 3, progresivní izolovaná afázie do dg. G 31. 0, uremická afázie přísluší do dg. N 19 a afázie při syfilis třetího stádia A 52. 1 + G 94. 8

1.2 Historický vývoj zájmu o afázii

Ve své kapitole věnované historii afaziologie Cséfalvay (1996) uvádí, že o poruše hybnosti a řeči způsobené mozkovou lézí se můžeme dočíst již v Bibli. „*Také klínové tabulky z 16. století př. Kr. popisující expresivní afázii chetitského krále Mirsilia po mozkové mrtvici*“ (Kulišťák 2003, s. 171). Kroton a Hippokrates v 5. století př. Kr. považují mozek za řídicí centrum. Jak uvádí Kulišťák (2006), starořecký lékař Hippokrates napsal učebnici „O úrazech hlavy“ a levostranné poškození mozku spojoval se ztrátou řeči.

Leischner (1986 in Cséfalvay, 1996, s. 78) dělí historický vývoj afaziologie do čtyř následujících etap:

1.2.1 Sporadické popisy afázie (období do roku 1800)

Z tohoto období pochází první klinické obrazy poruch, které bychom dnes označili jako afázie. V té době se ovšem nepředpokládalo, že jazykové schopnosti souvisí s funkcí konkrétních oblastí mozku. Církev po dlouhá léta potlačovala bádání týkající se anatomie

lidského těla, zabývala se především sídlem duše v lidském organismu. Sovák (1978) uvádí, že nejprve převládalo mínění, že člověk duši vdechuje při každém nadechnutí a posledním výdechem ho navždy opouští. Později připouští tezi, že centrum duše sídlí v mozkových komorách.

1.2.2 Začátky systematického bádání afázie (1800- 1860)

V 18. století švédský přírodovědec Carl Linné popsal anomii po poškození mozku. Na přelomu 18. a 19. století bylo zjištěno, že ztrátu řeči způsobují různé typy onemocnění nebo poškození mozku.

Roku 1809 významný vídeňský lékař a anatom Franz Joseph Gall napsal dílo: „Anatomie a fyziologie nervového systému“. Vysvětlil rozdíl mezi šedou hmotou mozkovou a bílou hmotou mozkovou a vyslovil myšlenku, že *„složité schopnosti člověka přesně souvisí s jednotlivými konkrétně ohraničenými částmi mozku a vytvořil tzv. frenologické mapy mozku“* (Lurija, 1983, s. 76). Centra řeči Gall lokalizoval do frontálních laloků. Jeho publikace vychází z frenologie (určování psychických vlastností podle tvaru lebky). Byl tedy jedním z prvních průkopníků názoru, že orgánem psychických funkcí člověka je mozek. Sovák (1978) uvádí, že Gall byl díky svým myšlenkám sesazen ze své pozice na univerzitě ve Vídni. Jeho teze odmítala také pařížská Akademie, která byla přesvědčena, že v mozku se nachází jeden bod, kde se sbíhají všechny nervové dráhy a to je centrum duše. Podstatně svým lokalizacionismem ovlivnil práce dalších odborníků. *„Frenologie se později přesunula v kranioskopii, která se nadále pěstovala v antropologii a archeologii“* (Sovák, 1978, s. 202).

Proti Gallovu lokalizacionismu vystoupil francouzský fyziolog Marie Jean Pierre Flourens, jak uvádí Sovák (1978) svými pokusy na holubech a slepicích dokazoval funkční ekvivalenci mozku. Francouzský lékař Marc Dax roku 1936 na sjezdu lékařů v Montpellier přednesl výsledky svého pozorování. Společně se svým synem Gustavem Daxem zjistili, že ztráta slovní paměti je spojena s lézí v levé mozkové hemisféře, což poukazuje na funkční asymetrii mozku. Jejich tvrzení bylo v tehdejší době zamítnuto a považováno za pouhou propagaci frenologie (in ibid). Dalším ostrým kritikem lokalizacionismus byl Nasse, který je považován za „otce antilokalizacionismu“ protože *„zjistil, že poruchy řeči mohou vznikat nejen při lézích v předních částech mozku“* (Cséfalvay, 1996, s. 79).

1.2.3 Vznik klasické afaziologie (1860- 1945)

V druhé polovině 19. století, jak uvádí Neubauer (2007), sepsal antropolog a profesor chirurgie v Paříži Paul Pierre Broca tezi, že centrum motorické řeči se nachází v precentrální části frontálního laloku levé hemisféry. Jako první detailně popsal po pitvě svého pacienta, který byl schopen pouze opakovat slabiky „tan- tan“, expresivní poruchu řeči. Pokud je poškozeno expresivní centrum řeči, pacient není schopen nebo má sníženou schopnost verbálně komunikovat, zatímco porozumění je zachováno. Broca tuto poruchu nazval „aphémií“, Cséfalvay (1997) uvádí, že francouzský lékař Armand Trousseau, na rozdíl od Broci zavedl a propagoval na svých přednáškách termín afázie. Tento Brocův objev poukázal na rozdíl mezi funkcí pravé a levé mozkové hemisféry, přičemž právě levá mozková hemisféra je spojená s řečovými funkcemi. Toto tvrzení vyvrací koncepci o homogenosti mozku.

Lurija (1983) představuje Trousseaua také jako zastánce antilokalizacionismu, který kritizuje Brocovu teorii o funkční převaze levé hemisféry. U jedinců trpících afázií popisuje kromě poruchy porozumění řeči také narušenou schopnost lexie, grafie nebo anosognozii, čímž upřesnil symptomatologii afázie. Na rozdíl od Broca si u afatiků nevěšil pouze poruchy mluvy, která je jednou ze složek širokého klinického obrazu.

Sovák (1978) uvádí, že německý profesor neurologie na universitě v Berlíně Karl Wernicke roku 1874 zveřejnil svá pozorování, ve kterých popsal senzorickou afázií. Centrum funkce senzorické řeči se nachází v zadní třetině temporálního laloku levé mozkové hemisféry. Pacient postižený touto poruchou má problémy s porozuměním mluvené řeči, ale produkce řeči je plynulá.

Motorické a senzorické centrum řeči jsou po svých objevitelích pojmenovány. Dodnes jsou poruchy těchto oblastí označovány Trousseauovým souborným názvem afázie. Wernicke rozdělil afázie na tři základní typy – afázie senzorická, motorická a převodová (též kondukční). Díky těmto významným objevům, probíhaly další pokusy a studia, které se zaměřovaly na oblasti mozku, účastníci se organizace řeči.

Koncem 19. století se rozvinul velký zájem badatelů o typy řečových poškození a jejich klasifikace. Mezi další významné osobnosti, které se zasloužili o rozvoj poznání v oblasti afaziologie, jak uvádí Neubauer (2007), patří německý internista Adolph Kussmaul, který představuje koncepci afázií a jako první užívá termíny „verbální slepota“ a „verbální hluchota“. Jeden z nejvýznamnějších francouzských lékařů 19. století neurolog Jean Martin Charcot, který byl velkým vzorem a učitelem Sigmunda Freuda, jež byl autorem prací o afáziích a dětských obrnách, *„hledal jednotný základní princip stavby*

a činnosti mozkového aparátu řeči“ (Hrbek, 1983, s. 83). Hrbek (1983) uvádí, že francouzský neurolog Pierre Marie, který spojuje afázii s poruchou intelektu, popírá centra řeči v mozku i existenci několika typů afázií. Neurolog a psychiatr Arnold Pick, jako jeden z prvních zkoumal vztah mezi lingvistikou a psychofyziologií řeči (in ibid). Anglický neurolog a oftalmolog John Hughlings Jackson upozorňuje na to, že pokud dochází k poškození mozkové tkáně s následkem poškození uvědomování si vlastního řečového projevu, zůstávají zachovány zautomatizované projevy řeči (in ibid). Jeho žák Henry Head přichází s novou klasifikací afázie, dělí ji do kategorií podle narušení jazykové roviny. Cséfalvay (2003) uvádí, že sestavil jeden z prvních testů pro diagnostiku afázie. Hrbek (1983) představuje Josepha Julese Déjerina jako neurologa, který popisuje afázii a dělí ji na: „pravou afázii“ (kortikální), která má narušenou vnitřní řeč a „čistou afázii“, jež vnitřní řeč narušenou nemá. Rusko-švýcarský neuropatolog Constantin von Monakow zavádí nový termín „diaschiza“, což je šok (in ibid). Patologické poškození mozku způsobí diaschizis (šok), na základě kterého jsou vyřazeny z činnosti nervové buňky a způsobují výpadek funkce. Hrbek (1983) popisuje práci Ivana Petroviče Pavlova, který se ve svých dílech zabývá převážně fyziologií nervové soustavy i práci českého psychiatra a neurologa Antonína Heverocha, který se věnoval studiu o afáziích, apraxiích, agnósiích a dalších. *„Heverhoch opouštěl klasické učení o řečových centrech vůbec a mluvil pouze o řečových funkcích“* (Sovák, 1978, s. 204).

K výraznému rozvoji afaziologie dochází především během obou světových válek a to hlavně proto, že vzrostl počet pacientů s afázií. Současně se zvýšil i zájem o hledání metod a poskytování terapie postiženým. Hrbek (1983) uvádí, že německý psychiatr Karl Kleist po dobu první světové války vypracoval podrobné mapy mozku na podkladě pozorování střelných mozkových poranění.

Roku 1945 *„Ruský neurpsycholog Alexandr Romanovič Lurija vydává první ze svých zásadních neuropsychologických prací nazvanou Traumatická afázie“* (Neubauer, 2007, s. 23.), ve které prezentuje především zkušenosti s osobami, které byly zraněny v průběhu druhé světové války.

1.2.4 Moderní afaziologie (období po roce 1945)

Po druhé světové válce vznikla na různých místech ve světě centra, kde se odborníci věnovali problematice afázie. Cséfalvay (2005) uvádí, že se z nich později vyvinuly nejvýznamnější afaziologické školy: bostonská škola (H. Goodglass,

E. Kaplanová, M. Albert), britská neuropsychologická škola (D. Howard), kanadská skupina afaziologů (A. Kerteszom), italská skupina afziologů (L. Vignolo, A. Basso), němečtí neurologové (A. Leischner) a další.

Roku 1972 byla vydána, jak uvádí Neubauer (2007) první verze diagnostického testu „Assesment of Aphasia Related Disorders“, který vychází z Bostonské klasifikace afázií. Autory tohoto testu jsou Herold Goodglass a Edith Kaplanová.

V roce 1973 Alexandr Romanovi Lurija vydává publikaci, ve které popisuje vliv mozkové léze na vyšší psychické funkce, jež nese název The Working Brain (in ibid).

Roku 1982 „*Kanadský neurolog Andrew Kertezs publikuje první verzi v současnosti nejrozšířenějšího klinického testu afázie - The Western Aphasia test*“ (Neubauer, 2007, s. 24.).

Během historického vývoje afaziologie ale nedocházelo pouze k propagování správných hypotéz. Mylné představy byly způsobeny nedostatečnými poznatky o fungování centrální nervové soustavy a nemožností mozek podrobit přímému zkoumání. „*Historický přehled ukazuje, jak toto učení dozrávalo bojem protikladných názorů, jak jedna teze vyvolávala antitezi, jak jejím popřením vzniklá nová teze byla základnou pro další antitezi*“ (Sovák, 1978, s. 200). Postupná zvyšující se úroveň vědy a techniky otevírala odborníkům cestu poznávat složité procesy mozkové činnosti.

Ani název této narušené komunikační schopnosti nebyl od počátku jednoznačný. Broca doporučoval označení aphémie, jeho současník Trousseau zdůrazňoval pojem afasie, Fleury zase termín aphasie, Finkelburg asymbolie a Kusmaul navrhl používat termín asemie.

„*Při bližším pohledu je historie poznání neurogeních poruch řečové komunikace stejnou měrou také historií vývoje diferenciatního odlišení jednotlivých typů poruch a rozvoje specializovaných diagnostických a terapeutických postupů*“ (Neubauer, 2007, s. 21).

V současné době se rozvíjí vědní disciplíny jako neurolingvistika, neuropsychologie, psychologie, lingvistika, psycholingvistika apod., které přispívají k objasňování problematiky a péče o jedince s fatickými řečovými poruchami. Zatímco jsou odborníci vzděláváni na nejvyšší možné úrovni, proudí k nám odborné publikace, poznatky i výsledky pokusů ze zahraničí, modernizují se zdravotnická zařízení, zavádí se pokrokové zobrazovací metody, klade se důraz na komplexní diagnostiku i terapii, apod. Mnoho otázek z oblasti afaziologie však zůstává stále nezodpovězena.

Některé z otázek by se mohly týkat problematiky kontralaterální substituce, do jaké míry a jakým způsobem je schopna protilehlá hemisféra mozku převzít funkci? V jakém rozsahu je efektivní logopedická terapie, nebo jakým způsobem určit, kdy od poškození mozkové tkáně dojde k pozitivním změnám v klinickém obrazu pacienta?

1.3 Etiologie afázie

Koukolík (1997) uvádí, že příčinou afázie může být jakýkoliv proces, který postihne řečově specializované oblasti mozku a jejich spojení. „*Porucha fatických funkcí vzniká na základě organické léze mozku. Poškození centrální nervové soustavy může být ložiskové nebo difúzní*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 145). Fatické funkce jsou schopnosti, prostřednictvím kterých lze dekodovat řeč. Jedná se o poškození korových a podkorových oblastí mozku. Cséfalvay (2007) tvrdí, že afázie vznikají především u rozsáhlých lézí zasahujících do fronto-temporo-parientálních oblastí mozku.

Podle Čecháčkové (2003) rozsah poruchy závisí na:

- charakteru poškození mozku - cévní mozková příhoda, úraz hlavy, onemocnění apod.,
- lokalizaci a rozsahu léze - která část mozku je zasažena a jak je poškození rozsáhlé,
- věku postiženého.

Mezi **nejčastější příčiny afázie** řadí Cséfalvay (2003):

- cévní mozkové příhody,
- úrazy a poranění mozku,
- nádorová onemocnění mozku,
- zánětlivá onemocnění mozku,
- intoxikace centrální nervové soustavy,
- degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy.

1.3.1 Cévní mozkové příhody

Jedná se o nejhojnější příčinu afázie. Ambler (2000) uvádí, že iktus je způsoben poruchou cerebrální cirkulace. Dochází k odumírání buněk mozku v důsledku nedostatečného zásobení buněk kyslíkem a živinami, což má za následek různě těžká postižení až smrt. Telecká (2006) tvrdí, že cévní mozkové příhody vznikají na podkladě postižení mozkových cév s následným nedostatečným prokrvením (ischémií) nebo krvácením do mozkové tkáně (hemoragií). Cévní mozkové příhody dělíme na dvě základní skupiny: Hemoragické cévní mozkové příhody a ischemické cévní mozkové příhody.

Hemoragické cévní mozkové příhody

Jak uvádí Bauer (2002), je to typ cévní mozkové příhody, která vzniká jako důsledek ruptury cévní stěny některé z mozkových arterií. Nejčastější příčinou hemoragického iktu bývá hypertenze. Ta může způsobit výron krve do mozku nebo okolí mozku z prasklé křehké cévy. Okamžitě po nehodě jsou mozkové buňky bez pravidelného přísunu kyslíku i živin a buňky přestávají fungovat. Hromaděním krve vzniká krevní sraženina a komprimuje až destruuje mozkovou tkáň, čímž ruší běžné funkce mozku. *„Krvácení může vzniknout v kterékoli oblasti mozku. Nejčastěji se vyskytuje krvácení do bazálních ganglií, do mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku, a také intermeningeální (subarachnoideální) krvácení, což je výlev krve mezi mozkové pleny“* (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 145).

Hemoragické cévní mozkové příhody, jak uvádí Ambler (2000), způsobují zpomalení tepu, hypertenzi, bolest hlavy, zvracení, poruchy paměti, hybnosti až ochrnutí, únavu až ztrátu vědomí apod.

Ischemické cévní mozkové příhody

Podle Buera (2002) vzniká ischemická mozková příhoda jako důsledek kritického snížení krevního zásobení mozkové tkáně. Příčinou ischemického iktu může být pokles prokrvení mozku při nedostatečné činnosti srdce, trombóze mozkových cév nebo embolie, což je uzavření mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou. Ta znemožňuje zásobit krví určitou oblast mozku a dochází k hypoxii. *„Na rozdíl od trombózy je průběh a hlavně začátek cévní mozkové příhody způsobený embolií rychlý. Embolus, neboli vmetek se může rozpadnout, anebo jeho částičky uzavřou drobnější cévy“* (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 146). Tím zablokuje tok krve a dochází k přerušení přívodu okysličené krve obohacenou o glukózu a živiny do příslušné oblasti mozku.

Varovným příznakem cévní mozkové příhody může být tzv. tranzitorní ischemická ataka (TIA), jedná se o „malou“ mozkovou mrtvici trvající pouze několik minut. Je způsobena dočasným ucpáním cévky v mozku, má podobné příznaky jako ischemická cévní mozková příhoda, na rozdíl od ní ale TIA trvá krátce, protože dočasná ucpávka cévky je rozpuštěna a tělo se do 24 hodin vrací do původního stavu, proto jí označujeme jako reverzibilní deficit. Může se objevit dny, týdny nebo měsíce před skutečnou „velkou“ mozkovou příhodou. TIA je výstražná informace, která by měla vzbudit pozornost neurologa, protože významně zvyšuje riziko výskytu cévní mozkové příhody. Bauer (2002) uvádí, že podle WHO není TIA řazena mezi cévní mozkové příhody, ale je rizikovým faktorem, který signalizuje závažné kardiovaskulární onemocnění.

Klinická symptomatologie ischemické cévní mozkové příhody je velice variabilní, od velmi lehkých až po smrtelné stavy. Jak uvádí Ambler (2000), záleží na rozsahu, tíži a délce trvání. Mezi nejčastější příznaky výše uvedený autor řadí: celkový pocit slabosti, poruchu hybnosti v končetinách na jedné straně těla, problémy se najíst a napít, zvracení apod. zpravidla jej nedoprovází ztráta vědomí ani bolesti hlavy.

Nebudová (1997) uvádí, že zásoba krve je dostatečná, pokud neklesla pod 50%. Dochází k funkčním poruchám, které se po odeznění spontánně upravují. Mozková tkáň zůstává tedy obnovy schopná. Po více než 4 minutách, kdy mozek není zásobován krví, začínají postižené mozkové tkáně vykazovat známky nevratného poškození. Bauer (2002) tyto stavy označuje jako emergentní a vyžaduje co nejrychlejší zahájení odpovídající terapie.

Mezi rizikové faktory cévní mozkové příhody Ambler (2000) řadí: hypertenzi, aterosklerózu, srdeční choroby, diabetes, nadměrnou krevní srážlivost, onemocnění srdce, aneurysma, kouření a konzumaci vyšších dávek alkoholu, drogovou závislost (kokain), obezitu, onemocnění cév, nádory, dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, nedostatek fyzické aktivity apod.

Traubner (1996) upozorňuje na co nejrychlejší diagnózu od vzniku příhody, protože včasný zásah a poskytnutí adekvátní terapie může zabránit ireverzibilním následkům a zvrátit stav na reverzibilní.

„Nejčastějším hybným následkem cévní mozkové příhody je hemiparéza“ (Neubauer, 2007, s. 32.).

Při diferenciální diagnostice je důležité rozpoznat ischemickou cévní mozkovou příhodu a hemoragickou cévní mozkovou příhodu od nádoru na mozku. Hemoragie nebývá

tak častá jako ischemie a ve srovnání s ischemií se většinou jedná o těžší poškození mozku, ale záleží na dalších faktorech, také se u hemoragií neprojevují prodromální příznaky. Jak uvádí Traubner (1996) hemoragická cévní mozková příhoda vzniká nejčastěji při fyzické aktivitě, rozrušení nebo rozčilení a její počátek je náhlý oproti ischemické cévní mozkové příhodě, která vzniká častěji ve spánku a její počátek je pozvolný.

1.3.2 Úrazy a poranění mozku

Úrazy a poranění mozku mohou být další vážnou příčinou fatických poruch. Mezi úrazy a poranění mozku řadíme komoce, kontuze a komprese.

Komoce (commotio cerebri)

Komoce je „nejlehčí forma úrazového poškození mozku, jde pouze o přechodnou funkční poruchu bez hrubšího poškození mozkové tkáně“ (Dvořák, 2007, s. 101). Kulišťák (2006) definuje komoci jako „reverzibilní traumatickou poruchu mozkových funkcí, v současnosti též nejnížší stupeň difúzního axonálního poranění“ (Kulišťák, 2006, s. 118). Jedná se o lehké zranění, které je způsobeno tupým úderem do lebky hlavy, při kterém nedochází k dlouhodobému poškození centrální nervové soustavy. Poškození mozku je bez trvalých následků a neurologický nález bez ložiskových změn. Otřes mozku může doprovázet krátké (několikaminutové) bezvědomí, bolesti hlavy, závratě, nauzea, zvracení, retrográdní či anterogádní amnézie (krátkodobá ztráta paměti na dobu těsně před nebo po úraze), pocení, únava, bledost, hypotenze apod.

Kontuze (contusio cerebri)

Podle Dvořáka (2007) je kontuze tupé navenek nekrvácující, obvykle uzavřené zranění s nebezpečím krvácení do mozkových tkání. „Mozková kontuze je nejzřetelnějším projevem strukturálního poranění mozkové tkáně“ (Ambler, 2000, s. 204). Je způsobena tupým úderem do hlavy, které může zapříčinit nitrolební krvácení a následné morfologické poškození mozkové tkáně. Na rozdíl od komoce se tedy často jedná o ireverzibilní poškození mozku s následky. Ambler (2000) uvádí, že variabilita klinického obrazu je dána lokalizací, typem i velikostí kontuze a zahrnuje motorické, senzorycké i senzitivní postižení. Jako následek kontuze často vzniká epidurální či subdurální hematom nebo subarachnoidální hemoragie, které vyvolávají nitrolební hypertenzi.

Epidurální hematom je krevní výron do epidurálního prostoru. „*Je to krevní kolekce v epidurálním prostoru mezi dura mater a kalvou, vznikající v naprosté většině v důsledku přímého traumatu*“ (Böhm, 2002, s. 166). Subdurální hematom je krevní výron mezi dura mater a arachnoideou. Subarachnoidální hemoragie je krvácení do subarachnoideálního prostoru, tedy v oblasti pod pavoučnicí.

Mezi příznaky kontuze mozku patří nevolnost, psychomotorický neklid, zvýšená teplota, poruchy dýchání, poruchy hybnosti, řeči, respirace, křeče, bezvědomí, zmatenost, zvýšená spavost, porucha prostorové orientace apod.

Podle Čecháčkové (2003) můžeme zhmoždění mozku rozdělit do tří podob:

- středně těžké poranění hlavy - vyskytuje se afázie (s dobrou prognózou)
- těžký úraz hlavy - bezvědomí trvající až 6 hodin
- dlouhodobé stavy bezvědomí - apalický syndrom, což znamená, že nemocný se jeví jako při vědomí (leží s otevřenýma očima, zívá, požívkuje apod.) zpočátku ale nejeví žádný zájem o okolní prostředí, nesleduje, nekomunikuje, nemá emocionální výraz apod. nejedná se o trvalý stav, může se pomalu zlepšovat až k téměř předchozí normě

Komprese (compressio cerebri)

Jedná se o stlačení mozku hematomem, který vzniká při nárazu do hlavy, kdy se poškodí céva a krev uniká do mozku. Podle Amblera (2000) mezi charakteristické příznaky komprese patří tzv. dvoufázové bezvědomí. Po probrání z normálního běžného bezvědomí (jako třeba u otřesu mozku) zažívá jedinec pocity nevolnosti, únavy, zvracení. Charakteristickým projevem je jednostranná mydriáza (rozšíření zornice). Po určité době (která je velice individuální, protože může trvat minuty až hodiny) jedinec znovu upadá do bezvědomí, což je způsobeno utlačováním mozku hematomem a dochází k nevratnému poškození mozkové tkáně.

1.3.3 Nádorová onemocnění mozku

Mezi další příčiny vzniku afázie patří mozkové expanze. Jsou to patologické útvary tvořené tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm nezávisle tzn., že dochází k nekontrolovatelnému množení tělních buněk. „*Primární nitrolební nádory vznikají nádorovým bujením různých tkání nervového systému, sekundární nádory jsou obrazem intrakraniálního metastatického rozsevu nádorů jiných orgánů*“ (Bauer, 2002, s. 247). Nádory mozku se od ostatních nádorů liší tím, že prostor v lebce je limitovaný. Tumory svým růstem vyvíjejí tlak na okolní zdravou tkáň jedince a ohrožují některé životní funkce. Charakteristickým znakem pro nádor mozku je nitrolební hypertenze, tlak nabývá na síle a zvyšuje se frekvence i intenzita bolestí hlavy, s nimiž mohou být spojeny jak uvádí Ambler (2000) také pocity nevolnosti, nauzea, zvracení, závratě, pocity nejistoty, poruchy paměti nebo pozornosti apod. Poruchy funkcí se objevují většinou postupně.

Afázie může a nemusí vzniknout při nádoru mozku. „*Nezáleží na histologické povaze nádoru (zda je nádor benigní, či maligní), ale pouze na jeho lokalizaci*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 146). „*Mozkový nádor může růst v každé části centrálního nervového systému či v mozkové hemisféře, mozečku, mozkovém kmeni, mozkových komorách nebo mozkových obalech*“ (Traubner, 1996, s. 64). Poruchy fatických funkcí se vyskytují zejména při nádorech temenního laloku dominantní hemisféry. Jedinou spolehlivou léčbou mozkových nádorů je chirurgický zákrok.

1.3.4 Zánětlivá onemocnění mozku

„*Zánětlivá onemocnění mozku zahrnují záněty mozkomíšních plen - meningitidy a mozku - encefalitidy*“ (Ambler, 2000, s. 239) a ty patří mezi další příčiny afázie.

Ve vztahu afázie a zánětlivé onemocnění mozku, se setkáváme především s encefalitidou. Encefalitida je onemocnění obvykle způsobené virem. Jedná se o zánětlivé onemocnění napadající mozek i mozkové blány. Encefalitida se zpočátku projevuje jako chřipka nebo jiné virové onemocnění horečkami, bolestí hlavy, nevolností, nervozitou, závratěmi, poruchou dýchání, poruchou mozkových funkcí, v nejtěžších případech poruchami vědomí, obrnami apod. Amber (2000) uvádí, že po těžkých formách mohou zůstat nevratná rezidua.

1.3.5 Intoxikace centrální nervové soustavy

Poruchy komunikace mohou způsobit také nadměrné konzumace alkoholu, drog, léků, oxidu uhelnatého a jiných návykových látek. „*Vlivem intoxikace dochází nejen k poruchám komunikace, ale i ke snížení celkové výkonnosti a chování jedince*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 147).

1.3.6 Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy

„*Degenerativní choroby jsou charakterizovány progredujícím zánikem neuronů různých oblastí nervového systému*“ (Ambler, 2000, s. 269). Postihují nervovou soustavu, jsou často geneticky podmíněné či způsobené patologickým nedostatkem nebo naopak přebytkem některé látky v těle. Růžička (2002) označuje degenerativní onemocnění jako chronicko – progresivní chorobu nervové soustavy na podkladě degenerativního zániku neuronů a tvorbu charakteristických histopatologických změn.

Nejčastěji se vyskytující degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy je **Alzheimerova nemoc**. „*Je primárním atroficko - degenerativním onemocněním mozku nejasné etiologie, jejíž průvodním znakem je postupný rozvoj demence*“ (Fanfrdlová, 2006, s. 126). Choroba je způsobena úbytkem nervových buněk a zánikem jejich spojení v mozku. Způsobuje pokles kognitivních funkcí a demenci, která postupně vede pacienta k závislosti na pomoci svého okolí. Onemocnění začíná pozvolna ale může mít kolísavý charakter, výjimečně trvá měsíce, spíše několik let, vzácně i více než 10 let. Nejdříve se u pacienta zhoršuje krátkodobá paměť, později mají problémy s řečí i psáním, rozhodováním, ztrácí své dřívější zájmy, mění se jejich chování, jsou zmatení, dochází k dezorientaci v čase i prostoru atd. V posledních stádiích nejsou schopni se sami o sebe postarat a jsou odkázáni na pomoc druhých. V důsledku poruch mozkové kůry může být afázie součástí této choroby. Projevuje se u pacientů jako neschopnost porozumět slyšenému při dobře zachovalém sluchu (senzorická afázie). Někdy postižený není schopen srozumitelné řeči, ačkoliv mu v tom nebrání žádné poškození mluvidel (motorická afázie). Mezi další lehčí projevy patří komolení slov, problémy s plynulým vyjadřováním, hledá slova pro pojmenování zcela běžných předmětů, nesprávná stavba věty, neschopnost psát, počítat apod. „*Choroba může progredovat až do terminálních stádií, kdy nemocný není schopen myslet, mluvit, pohybovat se a odpovídá téměř dekortikaci*“ (Ambler, 2000, s. 270).

Další degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy je choroba podobná Alzheimerově nemoci, u které se také setkáváme s poruchami komunikace tzv. **Pickova nemoc**. Tato porucha má ve většině případů rychlý průběh. Neubauer (2007) Pickovu nemoc charakterizuje jako poruchu auditorního porozumění, váhavou rozvláchnou mluvou, anomii, postupným zhoršováním jazykových schopností v oblasti syntaxe. Příznačný je rozvoj demence, zhoršování paměti, poruchy řeči, agramatická struktura vět až úplné vyhýbání se komunikaci, deprese, stereotypní jednání, názorová rigidita, roztržitost, prudké změny nálad apod. Jedná se o atrofii čelního a spánkového laloku mozku, proto je také označována jako frontotemporální demence nebo Pickova lobální atrofie. „*Soudí se, že degenerace vyvolává nejspíš metabolická odchylka, často dědičně podmíněná*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 146).

1.4 Symptomatologie afázie

U afázie se jedná o celou řadu příznaků, které se projevují v různé míře, kombinacích a kvalitě. Symptomy postižení řečových schopností jsou odlišné a různě závažné v závislosti na rozsahu a charakteru poškození mozku. Záleží na době, která uplynula od postižení mozkové tkáně. V akutních stádiích jsou příznaky výrazné a velice dobře identifikovatelné. Projevy narušené komunikační schopnosti jsou u postiženého velice variabilní a dynamicky se mění.

Mezi příznaky afázie řadíme:

Poruchy fluence se týkají plynulosti řečového projevu. „*Za normální řečovou produkci je považováno přibližně 120 slov za minutu. Pokles nad 50 slov za minutu označujeme jako nonfluenci. Naopak zvýšenou produkci řeči, která přesahuje 200 slov za minutu, nazýváme hyperfluencí*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 147). Jsou to příznaky, které sledujeme při zkoušce konverzační mluvy.

Snížené tempo řeči může být způsobeno sníženou výbavností slov nebo hledáním správného výrazu a v důsledku toho, se řeč jeví jako těžkopádná. Darley (1957 in Cséfalvay, 2005, s. 18) uvádí, že se nonfluentní afázie často kombinuje s dysartrií, při které má pacient potíže s artikulací. Naopak zvýšené tempo řeči je nápadné vysokým množstvím produkovaných slov. Postižení nemají problémy s artikulací a řeč produkují

bez zvýšené námahy, ale význam vět má téměř nulovou informační hodnotu. Volí nevhodné výrazy, které neodpovídají dané situaci.

Parafázie je „*neúmyslné nahrazování slov jiným slovem, který se subjektu nechtěně vybaví a který se více či méně podobá slovu, které chce postižený vyslovit*“ (Dvořák, 2007, s. 140). Čecháčková (2003) uvádí, že se vyznačuje deformací slov různého typu a stupně. Jedná se o charakteristický příznak u afázií.

Čecháčková (2003) uvádí základní typy parafázií:

- **fonemická** - tvar slova je deformovaný (např. některé hlásky přidá, vynechá, zamění) ale obsahuje některé správné prvky daného slova, proto lze významu porozumět (kopec - kopes, papír - patír, dveře - dveřka apod.)
- **žargonová** - jde o těžkou slovní deformaci, kdy slovo je k nepoznání změněné a nelze porozumět významu (žduchla - židle, psinkolky - zápalky).
- **sémantická** - slovo, na které si pacient nemůže vzpomenout nahrazuje významově podobným nebo výraz vyjádří opisem (kalhoty - rifle, tužka - je to, čím se píše).

Parafrázie „*znamená sníženou schopnost až nemožnost větného vyjádření*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 148). Jedná se o poruchu, kdy má postižený problémy správně sestavit větu a činí mu obtíže použít vhodný výraz. Afatici často vyslovují pouze jedno slovo nebo slabiku, která slouží k vyjádření věty. Tato porucha syntaxu je charakteristická pro expresivní afázii.

Perseverace je „*ulpívání na určité reakci, subjekt opakuje slova či věty po sobě samém. Jedinec v odpovědích na různé otázky stále ulpívá na určitých slovech, slovních spojeních a není schopen změny*“ (Dvořák, 2007, s. 145). „*Neadekvátní přetrvávání určité reakce i navzdory tomu, že se původní podnět změnil*“ (Cséfalvay, 2002, s. 4). Od echolálie se liší tím, že opakuje slova nebo slovní spojení po sobě samém, ne po druhých (jako je tomu právě u echolálie). Například pacient má první úkol vyjmenovat dny v týdnu. Po sobě jdoucí dny postižený vyjmenuje správně. Jeho druhým úkolem je pojmenovat prsty ruky, ale pacient je stále označuje za dny v týdnu.

Logorhea nebo-li „*chorobná povídavost, překotná řeč, nepřetržitý a nezastavitelný proud řeči bez ohledu na obsah, posluchače a danou životní situaci*“ (Dvořák, 2007, s. 112). Čecháčková (2003) uvádí, že se jedná o nezastavitelnou rychlou mluvu se sníženou srozumitelností, kdy se v řeči často objevují žargonové parafrázie. Tento symptom je typický pro percepční afázii.

Anomie „*je porucha pojmenování*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 149). „*Ztráta schopnosti pojmenovat skutečné nebo zobrazené osoby nebo věci, způsobené organickým poškozením určité oblasti mozkové kůry*“ (Dvořák, 2007, s. 24). Postižený si nedokáže vybavit adekvátní výraz odpovídající pojmenovávanému předmětu, situaci či osobě. Cséfalvay (2002) uvádí, že často použijí slovo, které je významově blízké slovu, které mají použít. „*Nejde o ztrátu paměťové informace*“ (Neubauer, 2007, s. 53.). Tyto problémy s vybavováním odpovídajících si výrazů se vyskytují u všech typů afázie. U některých afatiků se vyskytuje také neschopnost pojmenování na základě opisu, jiní si naopak pomáhají užitím významově podobného termínu. Tyto poruchy jsou časté při běžném rozhovoru s pacientem.

Neologismy nebo-li novotvary jsou jak uvádí Dvořák (2007), nová slova afatikem vytvořená, která jsou agramatická (zaměňují hlásky, slabiky, slova komolí apod.), stávají se nesrozumitelná a sdělení postrádají význam.

Poruchy porozumění řeči se projevují nechápáním významu slov a vět. Poruchy porozumění jsou velice častým jevem a vyskytují se u většiny postižených afazií, ale v různé míře. Postižený má problémy dekódovat fonémy či slova. Tato porucha nemusí být při prvním kontaktu patrná, protože jedinec může na příkaz reagovat správně, i když třeba úkolu vůbec nerozumí. Stává se tak proto, že úkol pochopí na základě dané situace. „*Afatik snadno vykoná jednoduchou výzvu správně, ale složitější příkaz neprovede, protože nerozumí, nebo si ho nezapamatuje*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 148).

Při vyšetření je důležité si uvědomit, že postižený dané situaci nemusí porozumět, tedy nepochopí zadaný úkol, ale neznamená to, že ho neumí řešit. Proto je důležité dbát na to, aby nedocházelo ke zkreslování hodnocení pacienta.

Řečové automatizmy jsou, jak uvádí Cséfalvay (1996), mimovolné, stereotypní opakování slabik, neologismů nebo frází. Jsou to tedy neuvědomělé a samovolné hlasové nebo řečové projevy. Vyskytují se u těžších postižení mozku. U globální afázie se často bezvýznamně opakování slabik (tzv. iterační stereotypie), slov, vět či neologismů objevuje jako jediný verbální projev.

Agramatismus „je nesprávné používání gramatických kategorií“ (Cséfalvay, 2002, s. 4) nebo-li neschopnost se vyjadřovat mluvnicky správně (neschopnost správně tvořit slova, vynechávání předložek, chybné skloňování nebo časování apod.). Cséfalvay (1997) uvádí, že se často jedná o tzv. „telegrafický styl mluvy“.

Poruchy psaní a čtení se vyskytují u afatiků, kteří mají problémy v běžné mluvené řeči.

1.5 Klasifikace afází

Jednotný systém klasifikace afází nebyl dosud vytvořen. Stejně jako jsou nejednotné pohledy na definici afázie, jsou různorodé i přístupy ke klasifikaci. Nejednotnost klasifikace je podmíněna jednotlivými světovými afaziologickými školami mezi které Cséfalvay (2005) řadí: bostonskou afaziologickou školu (N. Geschwind, H. Goodglas, E. Kaplanová), ruskou neuropsychologickou školu (A. R. Lurija, L. S. Cevetková), německou neurologickou školu (K. Poeck, A. Leischner).

Někteří odborníci si pokládají otázku, zda má vůbec význam klasifikovat jednotlivé typy afází. Symptomatologie, která onemocnění doprovází, je velice rozmanitá a u každého pacienta tak variabilní a individuální, že není vždy možné ji zařadit do vymezené kategorie a označit jí čistou formou daného typu afázie. Jak tvrdí Tichý (1998), nenajdeme dva identické pacienty trpící afází.

Tradiční typy dělení se dnes vyskytují převážně v klinické praxi. Nejzákladnější rozdělení afázie určuje, zda má postižený problémy s řečovou produkcí, nebo zda je narušeno porozumění řeči. Toto rozdělení afázie je ale velmi zjednodušené. Cséfalvay (2007) uvádí, že toto jednoduché dělení v dnešní době neobstojí, protože tyto dva aspekty (produkce a porozumění řeči) jsou vždy v určité míře narušeny.

Za **základní a nejjednodušší rozdělení afázie** Čecháčková (2003) považuje:

Motorickou (Brocovu, expresivní) afázii

Expresivní afázie se projevuje sníženou schopností nebo neschopností mluvního projevu, při zachovaném porozumění řeči. Jedná se o poruchu vyjadřování.

Senzorickou (Wernickeho, receptivní) afázii

Senzorická afázie na rozdíl od expresivní, postihuje porozumění řeči, přičemž produkce řeči je plynulá.

Senzomotorickou (totální, globální) afázii

Kombinace senzorické a motorické afázie znamená celkový rozpad řeči. Jedinec nerozumí řeči ani sám nemluví.

1.5.1 Bostonská klasifikace afází

Základy této typologie položili již v 19. století profesori Brocca a Wernicke. „*Ačkoli se jednotlivé klinické syndromy afází i dnes označují klasickými názvy z konce dvacátého století, již stojí za touto terminologií jiný obsah*“ (Cséfalvay, 2007, s. 15). Cséfalvay (2007) uvádí, že Bostonská klasifikace je mezi lékaři a logopedy používaná stále častěji.

Podle Cséfalvaye (1996) hodnotí Bostonská klasifikace 4 roviny:

- a) pojmenování viděného,
- b) fluenci konverzační řeči,
- c) porozumění mluvené řeči,
- d) opakování

Na základě těchto 4 rovin lze pacienty s afází zařadit do některého z následujících typů afázie. Jak uvádí Cséfalvay (2003), odborníci z logopedické praxe se setkávají samozřejmě také s pacienty, u kterých klinický obraz afázie není jednoznačný. Jednotlivé typy afázie se dělí na základě výkonů dosažených v Bostonském testu. Nezaměřuje se a nevyšetřuje orientaci v prostoru, pravo-levou orientaci, gnozii, praxii apod.

Brocova afázie

Cséfalvay (2002) uvádí, že Brocova afázie vzniká při poškození Brocovy oblasti současně s částmi ležícími před a za touto oblastí, zasahující i do postcentrální oblasti kortexu dominantní hemisféry, ale i subkortikální oblasti frontálního laloku.

Je charakterizována omezením spontánní řečové produkce, při relativně dobře zachovaném porozumění řeči. Pacient sám produkuje řeč velmi málo, ale hovoří s cílem sdělit konkrétní informaci. Jeho projev je nonfluentní a působí těžkopádně, protože u něho často postižený vyvíjí velké úsilí. Porozumění řeči není zasaženo vůbec nebo velmi málo. Charakteristickým projevem, který uvádí Koukolík (2002), je porucha chápání vět v pasivním tvaru. Opakování činí většinou problémy, protože bývá postižena artikulace, která je způsobena, jak uvádí Koukolík (1997), apraxií tvářové a obličejové svaloviny. Časté jsou také agramatismy, parafrázie i parafázie. Cséfalvay (2007) tvrdí, že alexie a agrafie se u pacientů s Brocovou afázií vyskytují velice často. *“Spontánní řeč může být omezena na produkci několika slov“* (Cséfalvay, 1996, s. 87). Postižení si svou poruchu uvědomují a velice je trápí, proto mívá psychická frustrace na jedince negativní vliv.

Wernickeova afázie

Cséfalvay (2007) uvádí, že Wernickeova afázie vzniká nejčastěji při lézi temporálního laloku, v okolí Brodmanovy arey.

Tento typ afázie se projevuje výraznými poruchami porozumění řeči, přitom spontánní řeč je fluentní, jeví se zřetelně, melodicky, bez známek námahy, bývá však nesrozumitelná. Postižení Wernickovou afázií zaměňují hlásky i slova a jejich verbální projev je nesmyslný. Artikulace nebo postižení hybnosti končetin se vyskytují vzácně. Setkáváme se s poruchou fonemického sluchu, opakování i pojmenování. Nápadná je porucha porozumění obsahu slova či věty, což je u tohoto typu afázie dominantním symptomem. Časté jsou neologismy, logorhea i parafázie a anomie. Cséfalvay (1996) uvádí, že z hlediska gramatické stavby věty slova stojí ve správném gramatickém tvaru. Postižení si svou poruchu ve většině případů neuvědomují, hovoříme tedy o anosgnózi. Často jejich povídavost, kdy obsah sdělení ztrácí smysl nebo odpovídají větami, které nezapadají do kontextu, působí zmateně. Tato porucha může být mylně diagnostikována jako psychiatrické onemocnění.

Konduktivní afázie

„Konduktivní afázie vzniká při lézi především v oblasti gyrus supramarginalis“ (Cséfalvay, 2007, s. 22).

Projevuje se těžkostmi při opakování předříkaných slov i vět. Opakování slov i vět je provázeno fonemickými parafáziemi. Relativně dobře je zachován spontánní řečový projev, který je označován jako fluentní. Doprovází je pouze lehké problémy při porozumění řeči druhých. Pacienti si svou poruchu uvědomují. Konduktivní afázie má pro pacienta do budoucna dobrou prognózu. Cséfalvay (2007) uvádí, že lexie je narušena nerovnoměrně. *„Při tichém čtení, kdy se pacient soustředí na obsah čteného, je porozumění dobré. Při hlasitém čtení se mnohdy objevují chyby“ (Cséfalvay, 2007, s. 23).*

Anomická afázie (amnestická)

Cséfalvay (2007) uvádí, že dnes je obecně respektován názor, že anomická afázie nemá lokalizační hodnotu.

Spontánní řeč je u těchto pacientů označována za fluentní. Charakteristickým znakem bývají tzv. anomické pauzy, které způsobují obtíže ve vybavování slov a plynulá mluva je tímto přerušována. Ale jak uvádí Cséfalvay (2007) někteří pacienti umí svůj deficit kompenzovat tím, že pohotově použijí synonymum. Porozumění řeči bývá narušeno pouze velmi vzácně. Anomická afázie je považována za klinicky nejlehčí typ afázie. *„Často se vyskytuje, jako reziduum, po některém předchozím typu afázie“ (Neubauer in Preiss a kol., 1998, s. 290).* Grafie a lexie u jedinců trpících tímto typem afázie bývá neporušená.

Transkortikální afázie

„Transkortikální afázie se objevují při poškození korových oblastí případně bílé hmoty sousedící s oblastí Brocovou nebo Wernickeovou“ (Koukolík, 1997, s. 79).

Charakteristickým znakem je zachovalá schopnost opakovat slova. Vyskytuje se převážně jako přechodný typ. Podle poškozených oblastí se transkortikální afázie dělí na:

Traskortikální motorická (echolalická, adynamická) afázie se podobá Brocově afázii. Jak uvádí Koukolík (1997) tento typ afázie způsobuje poškození kůry, před Brocovou oblastí a nad ní. Projevuje se neplynulou spontánní agramatickou řečí, která je tvořena s námahou. Řeč je chudá, s malou slovní zásobou. Opakování je zachováno se slabým porozuměním.

Traskortikální senzoričká (echolalická, asémantická) **afázie** se naopak podobá Wernickeově afázii. Koukolík (1997) tvrdí, že traskortikální senzoričká afázie je podmíněna poškozením kůry případně bílé hmoty za Wernickeovou oblastí nebo pod ní. Je zachováno opakování slov i delších vět, ale porozumění obsahu je narušeno. Řeč se jeví jako plynulá, postrádá smysl, s výskytem sémantických parafrází. „*Zajímavostí je, bezchybné čtení, ale afatik čte bez porozumění*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 151).

Traskortikální smíšená afázie (syndrom izolace řečových zón) je velmi podobná globální afázii. „*Vzniká při rozsáhlejší lézi ve frontální tempero-parietální oblasti*“ (Cséfalvay, 2002, s. 9).

Symptomy připomíná globální afázii, s výjimkou zachované schopnosti opakování slov.

Globální afázie

Cséfalvay (2007) uvádí, že globální afázie vzniká při rozsáhlých poškozeních dominantní mozkové hemisféry a subkortikálních oblastí těchto částí mozku.

Je také označovaná jako totální, je nejkomplicovanějším typem afázie, protože jsou narušeny všechny fatické funkce. Spontánní řeč je neplynulá (jestli vůbec nějaká) se ztrátou informací. Chudé je i porozumění, opakování a pojmenování. „*Také jsou přítomné těžké poruchy hybnosti, citlivosti apod.*“ (Cséfalvay, 1996, s. 99). „*Pacienti produkují řečové elementy formou stereotypních vyjádření, občas vysloví 2-3 slova, krátkou větu emocionálního obsahu, často nadávku*“ (Kulišťák, 2003, s. 173). Pacient někdy vůbec nereaguje na verbální projev a zároveň jak uvádí Cséfalvay (2007) často selhává i snaha dorozumívání se psáním či kresbou. „*V porozumění řeči se deficit manifestují velmi jednoznačně už při prvním kontaktu s pacientem, který nereaguje ani na nejelementárnější výzvy*“ (Cséfalvay, 2007, s. 20). Globální afázie se často u pacientů objevuje v iniciálním stádiu nemoci a později (po několika dnech) se mění na některou z lehčích forem afázie. Pokud ale přetrvává tento typ afázie po dobu několika měsíců, jedná se o tzv. nevratný afatický syndrom.

Bostonskou klasifikaci afázií, lze znázornit v následující tabulce:

Typ afázie	Fluence konverzační řeči	Porozumění mluvené řeči	Opakování	Pojmenování viděného
Brocova afázie	nonfluentní	zachováno (popř. lehké poruchy)	narušeno	narušeno
Wernickeova afázie	fluentní	narušeno (těžké poruchy)	narušeno	narušeno
Konduktivní afázie	fluentní	zachováno (popř. částečně narušeno)	narušeno (těžké poruchy)	lehce narušeno
Anomická afázie	fluentní	zachováno (popř. lehké poruchy)	zachováno	narušeno
Transkortikální motorická afázie	nonfluentní	zachováno (popř. částečně narušeno)	zachováno (popř. částečně narušeno)	narušeno
Transkortikální senzorická afázie	fluentní	narušeno (těžké poruchy)	zachováno (popř. částečně narušeno)	narušeno
Transkortikální smíšená afázie	nonfluentní	narušeno	zachováno (popř. částečně narušeno)	narušeno
Globální afázie	zcela chybí (poř. nonfluentní)	narušeno (těžké poruchy)	narušeno (těžké poruchy)	výrazně narušeno

Tabulka č. 1 Bostonská klasifikace afázií

Od klasického učení o lokalizaci léze, na základě kterého byl určen typ afázie, se dnes pomalu upouští. „*Produkce a porozumění řeči jsou složité a komplexní procesy, které tvoří multikomponentní systémy. K fungování tohoto systému je třeba, aby se zapojily různé oblasti mozku, vždy podle charakteru úkolu*“ (Cséfalvay, 2007, s. 16).

1.5.2 Kimlova klasifikace afází

Klasifikace afází českého foniatra Josefa Kimla respektuje lokalizaci léze mozku a zaměřuje se především na poruchy řeči podle kvality. Jak uvádí (Čecháčková 2003), tato klasifikace nezohledňuje však postižení celé centrální nervové soustavy. Tato typologie se využívá především ve foniatrii a opět vychází z Wernickeho klasifikace afází.

Motorická afázie (Aphasia motorica)

Bývá narušeno vyjadřování řeči při neporušeném chápání řeči. „*Hlavní charakteristikou motorické afázie je úplné nebo částečné uchování vnitřní řeči a těžkosti až neschopnost zejména mluvního vyjádření*“ (Kiml, 1969, s. 116). Postižený hovoří málo nebo vůbec, často agramaticky, objevují se zkomoleniny se setřelou artikulací. Mluva je těžko srozumitelná, mezi slovy se objevují pauzy způsobené zhoršenou výbavností slov, u dlouhých a obtížných slov tato afaticí slabikují. Mluva je pomalá a těžkopádná s projevem námahy, proto bývá charakteristickým znakem málomluvnost. Doprovodným jevem tohoto postižení bývá narušená schopnost číst, psát nebo počítat. U tohoto typu afázie je zachována schopnost chápání významu slov i pojmenovávání předmětů a situací. Afatik si uvědomuje své chyby a snaží se sám sebe opravovat. Někdy se ale postižený projevuje nespokojeností nebo lítostivostí nad vyjadřovací neschopností.

Kiml (1969) ve své klasifikaci rozděluje dva typy motorické afázie:

Typ jargon (aphasia motorica typus „jargon“) je charakteristický výskytem neologismů, což jsou nově vytvořená slova, která postrádají význam. „*Převažuje výskyt nesmyslných kombinací slabik nebo zkomolenin slov*“ (Kiml, 1969, s. 112). Afatik špatně chápe složitější větné příkazy a často bývá narušena lexie, grafie a kalkulie.

Typ anartrie (aphasia motorica anartrica) Čecháčková (2003) tvrdí, že se jedná o typ afázie, kdy postižený není schopen artikulovaného projevu, proto vydává pouze neartikulované zvuky v podobě několika hlásek. Opět bývá kromě čtení porušeno také psaní a počítání.

Senzorická afázie (aphasia sensorica)

Vyznačuje se poruchou chápání významu řeči při neporušené schopnosti vyjadřovat se. Kiml (1978) uvádí, že k charakteristickým projevům patří neschopnost dekodovat význam vět nebo slov, což se v praxi projevuje tak, že slovní příkaz postižený nevykoná nebo neukáže na výzvu předmět, na který se ptáme, protože příkazu nedostatečně rozumí. Nedovede ani opakovat slyšené. Typickým znakem je mnohomluvnost, při čemž řeč bývá nesrozumitelná. Dochází k rozpadu vnitřní řeči a narušení fonemického sluchu. Narušeno bývá také čtení psaní či počítání. Senzorická afázie je rozdělena do třech typů:

Kiml (1969) ve své klasifikaci rozděluje senzorickou afázii na tři typy:

Typ jargon (aphasia sensorica typus „jargon“) je označení pro poruchy řeči s různým stupněm postižení porozumění řeči. *„U tohoto typu je nápadný výskyt žargonových parafází a neologismů, které však dovolují pochopit smysl výpovědi“* (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003). Bývá narušena lexie, grafie, kalkule.

Dyslogický typ (aphasia sensorica dyslogica), jedná se o těžkou poruchu řeči, kdy řeč ztrácí smysl, charakteristickým znakem je tzv. slovní zmatenost. Kiml (1978) charakterizuje dyslogický typ afázie tak, že postižený mluví mnoho, ve velmi rychlém tempu ale verbální projev ztrácí obsahový význam. Řeč je bohatá na parafrázie a neologismy, pacient zároveň nechápe větné příkazy.

Amnestický typ (aphasia sensorica amnestica) je poslední typ senzorické afázie, pro který je charakteristický výskyt tzv. slovních amnézií. Ty se projevují neschopností si vybavit konkrétní výraz pro pojmenování příslušného názvu nebo označení činnosti. Kiml (1978) uvádí, že pacient se snaží použít jiného názvu nebo slovo opsat.

Totální afázie (aphasia totalis)

„Označuje porušení všech složek řeči, to znamená neschopnost vyjádřit se srozumitelnou řečí a nemožnost chápání a rozumění řeči druhých“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 153). Postižený tímto typem afázie tedy nemůže hovořit ani nechápe verbální projev druhých. S tím je spojena i ztráta schopnosti číst, psát, počítat i vnitřní řeč je pravděpodobně redukována. Někteří pacienti vydávají neartikulované zvuky nebo vykřikují stereotypní slabiky, slova někdy i nesmyslné věty. Řeč je nesrozumitelná, pacient ztížený afází nevypravuje, nepojmenuje předměty ani činnosti, má velmi omezené chápání situací a příkazů. Jedinec s afází si ztrátu svých schopností často uvědomuje,

což v tomto případě způsobuje pocity bezmoci až deprese. Hlavně v počátečních stádiích se afatik snaží vyjádřit pomocí gest své pocity či potřeby svému okolí, ale nikdo mu většinou nerozumí.

1.5.3 Lurijova klasifikace afází

Ruský neuropsycholog Alexander Romanovič Lurija nepojímá klasifikaci afázie izolovaně, zohledňuje funkci celé centrální nervové soustavy, v rámci které spolu vzájemně spolupracují mozková kůra a podkorové oblasti. „*Na rozdíl od ostatních přístupů je Lurijův orientován nejen na topiku léze mozku, ale i na definování primárního defektu*“ (Cséfalvay in Lecha a kol., 2003, s. 209). Charakter symptomů tedy i typ postižení záleží na lokalizaci mozkové léze.

Lurija (1983) tvrdí, že psychické procesy u člověka (mezi které patří například paměť, myšlení, řeč, čtení, psaní apod.) jsou složité funkční systémy, nejsou lokalizované v ohraničených částech mozku, ale jsou vykonávány spoluprací vzájemně působících mozkových struktur. Tímto překonal tezi, že jednotlivé schopnosti jsou izolovaně umístěny v konkrétní mozkové oblasti. Autor této klasifikace rozdělil struktury mozku na tzv. tři funkční bloky, které se podílí na vykonávání složitých psychických procesů.

1. **blok** reguluje stav vědomí. Důležitou funkci zde hraje retikulární formace.
2. **blok** přijímá, zpracovává a ukládá informace z okolního světa prostřednictvím smyslových orgánů. Tento blok tvoří temporální, parietální a okcipitální laloky.
3. **blok** programuje, plánuje aktivitu, reguluje a kontroluje psychické činnosti. Centrum pro tyto činnosti tvoří frontální laloky a limbický systém.

Afázie podle Luriji (1983) vzniká při poškození 2. a 3. bloku. Každý blok má hierarchickou strukturu a skládá se přibližně z třech korových oblastí, které jsou nazývány zónami (primární, sekundární, terciární).

Lurija (1983) uvádí, že primární (projekční) zóna druhého bloku, je oblast, kam impulzy vstupují z okolí a vystupují do sekundární zóny. V sekundární (projekčně - asociační) zóně druhého bloku se zpracovávají přijaté informace a impulzy pokračují do terciární zóny. V terciární zóně druhého bloku se komplexně zpracovávají přijaté informace, tato oblast pro člověka zabezpečuje nejsložitější formy psychické činnosti, které jsou nepostradatelné pro spolupráci oblastí mozkové kůry.

Ve třetím bloku probíhají impulsy opačným směrem. Terciární zóna třetího bloku plní funkci plánování činností a aktivit. Sekundární zóna třetího bloku přenáší informace do primární zóny o vykonání pohybu příslušné soustavě svalů.

Lurija (1983) dělí afázie na následující typy podle místa výskytu mozkové léze:

Precentrální lokalita (léze předních oblastí mozku)

Dynamická afázie je charakteristická narušenou schopností vyjadřovat své myšlenky a sestavovat věty. Spontánní verbální projev je často omezen na odpovědi ano, ne. Neubauer (2007) uvádí, že i porozumění složitějším konstrukcím je narušeno. Potíže při opakování a pojmenování předmětů se nevyskytují.

Eferentní motorická afázie je „porušení střídavé inervace a denervace, což způsobuje poruchu plynulého přechodu artikulace z jedné hlásky na druhou“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička s. 153). Při mluvě, čtení i psaní je postižena plynulost pohybů.

Postcentrální lokalita (léze zadní oblasti mozku)

Aferentní motorická afázie se projevuje u pacientů, kteří mají obtíže při vyslovování příslušných hlásek způsobené sníženou schopností nebo neschopností najít správnou polohu mluvidel při artikulaci.

Akusticko-mnestická afázie je druh, který Lurija (1983) představuje jako afázii, která se projevuje narušením sluchové a zároveň řečové paměti. Projevuje se pouze při artikulované řeči neschopností si zapamatovat krátký sled zvuků, slabik či slov.

Senzorická afázie je typická poruchou fonemické diferenciací, čímž způsobuje poruchy porozumění řeči.

Sémantická afázie „je charakteristická porušeným dekódováním logicko -gramatických struktur a rozpadem početních operací“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička 2003, s. 154). Postiženého doprovází i narušení prostorové orientace.

Lurijovu klasifikaci afází lze pro stručnost zobrazit do následující tabulky:

Typ afázie	Dynamická afázie	Eferentní motorická afázie	Aferentní motorická afázie	Senzorická afázie	Akusticko-mnestická afázie	Sémantická afázie
Hlavní Příznaky	Neschopnost se verbálně vyjadřovat.	Narušena plynulá artikulace řeči.	Narušená plynulost artikulované řeči.	Poruchy porozumění řeči.	Porucha artikulace řeči.	Narušena gramatická struktura řeči.
Další Příznaky	Potíže při opakování.	Plynulost pohybů postižena také při čtení a psaní.	Porucha artikulace příslušných hlásek.	Porucha fonemického sluchu	Neschopnost zapamatovat si slova či slabiky.	Narušena kalkule a orientace v prostoru.
Lokalita léze mozku	Precentrální	Precentrální	Postcentrální	Postcentrální	Postcentrální	Postcentrální
Blok	3.	3.	2.	2.	2.	2.
Zóna	Terciární	Sekundární	Sekundární	Sekundární	Sekundární	Terciární

Tabulka č. 2 Lurijova klasifikace afází

1.5.4 Hrbkova klasifikace

Hrbek zahrnul afázii do poruch kortikálních funkcí. Kromě poruch produkce a zpracování řeči se ve své klasifikaci zabýval také lexií, grafii, kalkulií, gnozií, orientací v prostoru, čase apod. Tvrdí, že základní mozkové mechanismy řeči tvoří korové okrsky a jejich spoje. Poukazuje na spolupráci okrsků při výkonu dané funkce. „*Poškození mozku Hrbek dělí na nukleární, které vznikají při poškození jádra (okrsku) dané kortikální oblasti nebo disjunktivní, při narušení spojů mezi jednotlivými okrsky*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 154). Korových okrsků je šest a patří mezi ně:

Proprioceptivně- logestetický okrsek (PL)

Hrbek (1963) tuto oblast představuje jako programátora vnitřní řeči, který podněcuje spontánní řeč i pohyby mluvidel. Je tedy ústředím fatických funkcí a při poškození tohoto okrsku dochází právě k afázii.

Proprioceptivně-grafastetický okrsek (PG)

Tento okrsek je centrem pro plánování psaní, koordinaci pohybů při psaní a převod optických podnětů. Poškození tohoto okrsku má za následek agrafii (in ibid).

Logomotorický okrsek (LM)

Řídí výkon mluvené řeči. Afatik „*není schopen samostatné činnosti, je podněčován k aktivitě jen za přítoku povelových vzruchových signálů z ústředního integrátoru PL*“ (Hrbek, 1963, s. 483). Při destrukci tohoto okrsku dochází k motorické afázii. Jedná se o poruchu zevní řeči, postiženému činí problémy verbálně se vyjadřovat, zatímco vnitřní řeč je intaktní.

Grafomotorický okrsek (GM)

Řídí výkon psané řeči a kontroluje při psaní pohyb ruky. Poškození grafomotorické oblasti vede k agrafii. „*Není schopen samostatné činnosti, je podněčován k aktivitě jen za přítoku povelových vzruchových signálů z grafastetického okrsku PG*“ (Hrbek, 1963, s. 483).

Akustický okrsek (A)

Je centrum vnímání a rozumění slyšené řeči. Destrukce tohoto okrsku způsobuje senzorickou afázii.

Optický okrsek (O)

Tato oblast zajišťuje vnímání a chápání psané řeči. Při postižení tohoto okrsku dochází k alexii.

Hrbek (1983) uvádí, že afázie vzniká vždy lézí na kterémkoliv místě základního okruhu A – PL - LM.

Dvořák (2007) shrnul Hrbkovu klasifikaci následovně:

Funkce příslušného okrsku / okrsky	PL	PG	LM	GM	A	O
Spontánní řeč	X		X			
Opakování a porozumění slyšenému	X		X		X	
Porozumění čtenému textu	X					X
Pojmenovávání obrázků	X		X			X
Hlasité čtení	X	X	X			X
Spontánní psaní	X	X		X		
Mechanické opisování, obkreslování		X		X		X
Opis s porozuměním	X	X		X		X
Psaní podle diktátu	X	X		X	X	

Tabulka č. 3 Hrbkova klasifikace afází

Lurijova a Hrbkova klasifikace se staly významné tím, že v popředí zájmu se nevyskytoval pouze řečový deficit, ale důraz se kladl i na kognitivní a gnostické procesy centrální nervové soustavy jako celku.

1.5.5 Olomoucká klasifikace

Tato typologie vychází z některých prvků Hrbkovy klasifikace, především ze zkušeností z dlouhodobé praxe s diagnostikou i terapií osob trpících afázií. Využívá se na Neurologické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci. Čecháčková (2003) uvádí, že podle této klasifikace je poškození mozku lokalizováno v určitém mozkovém laloku a charakterizováno specifickými symptomy, které tvoří obsah konkrétní kortikální poruchy.

Expresivní afázie

Expresivní afázii Čecháčková (2003) charakterizuje sníženou schopností nebo neschopností mluvního projevu, zatímco rozumění mluvené řeči poškozeno nebývá. Mezi další nápadné symptomy patří nonfluentní, pomalá s námahou utvářená řeč, parafrázie, agramatismy, narušena bývá také grafie a lexie.

„Tento typ afázie vzniká při lézi frontálního laloku a při lokalizaci léze na parietofrontálním a frontotemporálním pomezí“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 155).

Integrační afázie

„Podstatou integrační funkce je zpracovávat informace na základě paměťových záznamů a vytvářet impulsy výkonu“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2003, s. 156). Pro tento typ afázie je typický tzv. Gerstmannův syndrom. Toto onemocnění je způsobeno priony a projevuje se čtveřicí příznaků: agrafie, akalkulie, poruchy pravolevé orientace a agnozie prstů. Porozumění mluvené řeči nebývá narušeno, obtíže se mohou vyskytnout u složitějších příkazů. Mezi další symptomy může patřit zhoršená výbavnost slov, poruchy se čtením nebo spontánní kresbou (in ibid).

Vzniká při lézi parietálního laloku nebo při lézi v parietotemporálním a parietofrontálním pomezí.

Percepční afázie

Čecháčková (2003) tvrdí, že pro tento typ afázie jsou typické poruchy dekodování a porozumění řeči. Postižený má problémy rozumět i jednoduchým slovům nebo větám druhých a dokonce i vlastní mluvě. Pacient mluví bez zvýšené námahy a mluví hodně, ale i jeho vlastní řečová produkce postrádá informační hodnotu. Často se vyskytují

logorhea, neologismy, perseverace, narušena bývá grafie, lexie, kresba. Pacient si často své postižení ani neuvědomuje.

Výše uvedená autorka uvádí, že se vyskytuje u lézí zadní části temporálního závitu a temporoparietálního pomezí.

Amnestická afázie

Je též označována jako anomická afázie (což kvůli malému množství příznaků není přesné pojmenování). „*Je nejtěžší formou afázie*“ (Čecháčková in Lechta a kol. 2003, s. 157). Kromě anómie k hlavním příznakům patří také sémantické parafrázie, v mluvě postiženého se vyskytují četné latence, u obtížnějších větných celků se někdy objevují problémy se zapamatováním, ale porozumění řeči je neporušeno (in ibid). Mohou se vyskytnout problémy s psaním (nesprávné pořadí písmen ve slovech, vynechávání interpunkčních znamének, nedokončování slov či vět apod.).

Příčinou bývá léze v parietálním laloku.

Globální afázie

Paralelně s tímto termínem je globální afázie pojmenovávána jako totální afázie. Je nejtěžším typem afázie. Bývá postiženo porozumění řeči, spontánní řeč, opakování, pojmenovávání, orientace v prostotu i čase apod. Čecháčková (2003) tvrdí, že pokud se nejedná o rozsáhlou lézi mozku, může se jednat pouze o přechodný stav bezprostředně po cévní mozkové příhodě a pomalu přecházet v některý z předchozích typů. Globální afázie se poté mění na některý z lehčích typů.

Afázie je ve většině případů dynamický proces, který může přecházet od jednoho typu afázie k druhému, příznaky tohoto postižení se mohou měnit během akutního i chronického stádia. Naopak se ale také může jednat o trvalý téměř neměnný stav. Jak uvádí Čecháčková (2003), záleží především na rozsahu, charakteru a lokalizaci neurologického poškození mozku.

Symptomy afázie kolísají i během dne, záleží na udržení pozornosti postiženého, schopnosti se soustředit, motivaci ale i na náladě a náročnosti vyšetřování či terapie, jedná se tedy o individuální variabilitu.

Autorka diplomové práce se ve své praxi ve fakultní nemocnici a na rekondičním pobytu pro afatiky, při studiu logopedických anamnéz i konzultacích s klinickými logopedy nejčastěji setkávala právě s Bostonskou klasifikací afázií. Patří mezi

nejpoužívanější možná proto, že její rozdělení afázií využívají i některé z diagnostických testů např. Test fatických funkcí (Cséfalvay, Košťálová a Klimešová).

1.6 Diagnostika afázie

Diagnostický proces narušené komunikační schopnosti je klíčovým úkolem pro následné plánování logopedické terapie. Cséfalvay (2007) uvádí, že cílem vyšetření je zhodnotit, zda je v klinickém obraze přítomna afázie, dále určit typ a stupeň narušené komunikační schopnosti, zmapovat úroveň každodenní komunikace pacienta a analyzovat některé specifické symptomy afázie.

1.6.1 Diagnostika a diferenciální diagnostika afázie

K vyšetření fatických funkcí se přistupuje tehdy, když má pacient problémy ve verbální komunikaci s okolím v důsledku poranění mozku. Logopedická diagnostika je nezbytnou součástí komplexní diagnostiky afázie, která se kromě logopedického vyšetření skládá z neurologického, psychologického či neuropsychologického a dalších vyšetření. Logoped se při stanovení diagnózy a terapie opírá o lékařské a psychologické výsledky vyšetření.

Mezi základní cíle logopedické diagnostiky afázie patří: screeningové vyšetření, diferenciální diagnostika, stanovení typu poruchy a návrh plánu terapie.

Diagnostika afázie má s klasifikací afázie jedno společné a to, že každá afaziologická škola nebo alespoň větší afaziologické výzkumné centrum si vytvořilo svůj vlastní přístup k diagnostice. V nynější klinické praxi se objevilo velké množství testů a zkoušek, ve kterých se odrážejí nové pohledy na danou problematiku. Cséfalvay (1996) uvádí, že je k dispozici celá řada diagnostických postupů, pomocí nichž může logoped zmapovat všechny aspekty afázie.

Při diagnostice afázie je důležité provést diferenciální diagnostiku, jejíž cílem je odlišit afázii od některých druhů narušené komunikační schopnosti, která se svými symptomy velmi podobá afázii.

Je třeba odlišit afázii od dysartrie, což je „*náhle vzniklá porucha motorické realizace řeči na bázi traumatu či onemocnění*“ (Neubauer, 2005, s. 283). U dysartrie se neprojevují poruchy fatických funkcí jako je grafie, gnozie, lexie, kalkulie apod. Obtíže při psaní mohou způsobit spastické obrny, které tuto poruchu často doprovázejí,

ale po obsahové stránce je písmo intaktní. U dysartrie se vždy jedná o poruchu mluvních motorik, fonace, rezonance a respirace. Jak uvádí Cséfalvay (1996), není narušeno porozumění mluvené a vnitřní řeči a nevyskytují se parafázie. Lze se také setkat s kombinací těchto dvou poruch.

Od demence se afázie liší charakterem poškození mozku. Cséfalvay (1996) uvádí, že u demence je příčinou poruchy difúzní poškození mozku, na rozdíl od afázie, kdy je příčinou poruchy ložiskové poškození mozku. *„Demence se jako globální úbytek paměťových a intelektových schopností projevuje poruchami verbální paměti a užití řeči pro smysluplnou komunikaci, nikoli prvotně řečovými a jazykovými schopnostmi“* (Neubauer, 2006, s. 19).

Řečová dyspraxie je porucha plánování a kontroly pohybů mluvidel. Neubauer (2007) tvrdí, že se projevuje poruchami programování řečových prvků, hlásek, slabik, slov, jejich záměnami, vynecháním či perseveracemi.

Cséfalvay (2007) uvádí, že v současné době jsou diagnostické metody rozděleny do tří skupin: screening afázie, komplexní testy afázie, speciální testy afázie.

1.6.2 Screeningové vyšetření afázie

Primárním úkolem této diagnostické metody je zhodnotit vyšetření tak, aby výsledky potvrdily či vyvrátily, zda je v akutním stádiu onemocnění přítomna v klinickém obraze pacienta afázie. Pokud ano, charakterizovat míru poruchy. *„U rozsáhlejších lézí mozku je přítomnost afázie zřejmá při prvním kontaktu s pacientem, proto cílem není jen potvrzení afázie, ale i zhodnocení, které funkce řeči byly lézí zasaženy a případně určit i stupeň postižení“* (Cséfalvay, 2007, s 35).

Klinické vyšetření je náročné jak pro vyšetřovaného, tak i pro vyšetřujícího, jehož cílem je nejprve se svým pacientem navázat kontakt a vytvoří pocit vzájemné důvěry. V akutním stádiu je stav pacienta většinou velmi vážný, ale s odstupem času a vlivem léčby se mohou symptomy výrazně měnit. Tito pacienti s poškozením mozku jsou často ztíženi bolestmi hlavy, užívají léky, jež mají tlumící účinky a ovlivňují výkon, pozornost, způsobují nesoustředěnost apod. Tento komplikovaný zdravotní stav výrazně působí na jejich psychickou stránku, proto často odmítají spolupracovat a jsou ke svému okolí apatičtí. *„Při těchto stavech je důležité, aby logoped citlivě zvážil, je-li možné*

a vhodné realizovat formální vyšetření afázie“ (Cséfalvay, 2007, s. 35). Ve většině případů je nutné použít takové testy, jež jsou přizpůsobeny ležícímu pacientovi.

V prvních několika dnech se může diagnostika pacienta omezit pouze na orientační vyšetření, které se zaměřuje výlučně na některé oblasti řeči. Jak uvádí Neubauer (2007), orientační vyšetření respektuje těžký stav a vysokou únavnost pacienta, hodnotí aktuální stav řečové komunikace, na základě kterého je potřeba začít terapeutický proces. *„Používají se různé varianty krátkých diagnostických vodítek se základními úkony na zhodnocení schopnosti rozumění a expresivní komunikace“ (Neubauer, 2007, s. 73). Výhodou screeningových diagnostických testů by měla být časová nenáročnost.*

Pro diagnostiku v akutním stádiu se, jak uvádí Cséfalvay (2007), používají nejčastěji v Evropě tyto testy: Frenchay Aphasia Screening Test (Enderby a kol. 1987), Bedside Evaluation Screening Test (West a kol. 1998), Sklar Aphasia Scale (Sclare 1983). Standardizovaný test, který se používá v České republice, je Aphasia Screening Test. Jak uvádí Preiss (1998), je adaptací Halstead – Wepmanova testu, který byl vyvinut v laboratoři v Chicagu. Preiss (1998) představuje tuto zkoušku jako 31 položkový test, jež je snadno a rychle aplikovatelný a v relativně krátkém časovém úseku (5- 10 minut) dokáže zmapovat jazykové schopnosti vyšetřovaného pacienta. Lze také například využít Aphasia Schnell test (Kroker 2006), který se, jak uvádí Cséfalvay (2007), zaměřuje na vyšetření pojmenování, porozumění slyšené řeči, čtení a psaní nebo Mississippi Aphasia Screening Test (Nakase- Thompson, 2004), jež je vhodný k rychlé diagnostice a hodnotí automatickou řeč, pojmenování, opakování, fluenci řeči, psaní na diktát, porozumění verbálnímu projevu a čtení instrukci. Neubauer (2007) řadí mezi screeningové testy Token test, který se používají v akutním stádiu onemocnění a vyšetřuje porozumění verbálnímu projevu i krátkodobou paměť. *„V současnosti je k dispozici revidovaná forma testu s hodnotícími kritérii, jejíž aplikace netrvá déle než 10 minut“ (Neubauer, 2007, s. 74).*

1.6.3 Komplexní testy afázie

Klinický obraz pacienta se většinou po několika dnech, týdnech až měsících změní. Zdravotní i psychický stav bývá stabilnější, pacient se dokáže soustředit, udržet delší dobu pozornost a spolupracovat. V tomto stádiu lze použít komplexní diagnostické testy afázie. Při podezření na postižení zraku, sluchu, hlasu apod. je nutné zahájit spolupráci s dalšími odborníky, kteří provedou příslušná vyšetření. V případě somatického postižení je potřeba kontaktovat fyzioterapeuta. Výchozí podmínkou při vyšetřování pacienta je brát ohled

na psychickou stránku postiženého. Neubauer (2007) doporučuje provádět vyšetření po dobu maximálně 45 minut. Diagnostické vyšetření lze rozdělit do několika fází nebo dnů.

„Nejpoužívanějšími diagnostickými postupy jsou standardizované testové baterie afázie, v nichž se kromě afázie hodnotí nejen lexie a grafie, ale také praxe i kalkule“ (Cséfalvay, 2007, s. 36). Výhodou standardizovaných testů je, že ke všem diagnostickým testům jsou podrobně zpracována pravidla, která je nutné dodržovat. Welsch (1991 in Cséfalvay 1996) naopak upozorňuje na nebezpečí používání testů pro vyšetření afázie, kdy často dochází k ignorování informací, které vyšetřující získal při klinickém vyšetření pacienta mimo průběh testování a nelze je tedy objektivně hodnotit. Sarnoová (1969 in Cséfalvay 1996) se zabývá podobnou otázkou. Tvrdí, že verbální výkon afatika je v přirozeném komunikačním prostředí od výkonů při testování odlišný, protože většina testů nevyšetřuje přirozené užívání jazyka. Mimrová (1997) klade důraz na jednoduchost a nenáročnost vyšetřovacího schématu, jež by zároveň mělo respektovat věk jedince, závažnost aktuálního stavu, intelekt, dosažené školní vzdělání, psychické problémy apod., které mohou narušovat průběh diagnostiky.

Dosud se nepodařilo skloubit všechny aspekty do jedné komplexní metodiky diagnostiky afázie, což v praxi předpokládá užití několika specifických testů nebo testových baterií. Zdaleka ne všechny diagnostické zkoušky jsou v českém jazyce dostupné. Autorka v následujících kapitolách charakterizovala ty nejužívanější.

Cséfalvay (2007) dělí komplexní testy afázie do dvou kategorií: kvantitativně orientované testy a kvalitativně orientované testy.

Kvantitativně orientované testy afázie

Cséfalvay (2007) uvádí, že se jedná o ty testy, jež posuzují symptomy afázie a její rozsah na základě výkonů při hodnocení jednotlivých řečových funkcí (spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění mluvené řeči), podle kterých je lze klasifikovat do klinických syndromů afázie. Společným znakem těchto testů je, že výkony pacientů jsou hodnoceny podle předem stanovených kritérií.

Mezi kvantitativně orientované testy Cséfalvay (2007) řadí např. Boston Diagnostic Aphasia Examination nebo Western Aphasia Battery. Autorka považuje za komplexní a kvantitativně orientovaný test afázie také Pražské afaziologické vyšetření.

Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)

Cséfalvay (2003) uvádí, že tento diagnostický test byl vytvořen v rámci bostonské afaziologické školy a publikován Goodglasem a Kaplanovou v sedmdesátých letech 20. století. Od té doby byl několikrát aktualizován, ale základní rysy se nezměnily.

Provedení testu trvá přibližně 180 minut a dělí se na pět částí. „*Úvodní konverzační rozhovor a spontánní řeč pacientů se hodnotí jednoduchou stupnicí a ostatní části se zaznamenávají ve škálovém profilu řečových charakteristik*“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, s. 215). Kromě konverzační a spontánní řeči v první části se test zaměřuje na vyšetření porozumění mluvené řeči, následující část hodnotí mluvenou řeč – motoriku artikulačních orgánů, produkci automatických řad, čtení slov, atd. Vyšetření porozumění psané řeči je čtvrtou částí testu, poslední oddíl je věnován vyšetření psaní.

Western Aphasia Battery (WAB)

Autorem testové baterie je Kertezs, který tuto diagnostickou zkoušku publikoval v roce 1982. Velice se svou podstatou podobá BDAE. Telecká (2006) uvádí, že jednotlivé subtesty ve svých jednotlivých částech vyšetřují spontánní řeč, porozumění řeči, opakování, pojmenování, grafii, lexii, kalkuli, praxi a konstrukční schopnosti. Od BDAE se liší především kvantifikací. Dosažené výsledky lze zpracovat a vyjádřit kvocientem afázie - AQ, jazykovým kvocientem - LQ a indexem kortikálního poškození - CQ. Cséfalvay (1996) uvádí, že kvocient afázie lze vypočítat ze subtestů, které vyšetřují složky spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Princip hodnocení testu je založen na diferenciaci skóre afatiků od neafatiků. Podle získaných výsledků v jednotlivých testech lze určit typ afázie.

Pražské afaziologické vyšetření (PAV)

Autorkami této diagnostické zkoušky, která po dlouhou dobu ovlivňovala vyšetřování fatických funkcí v ČR a byla publikována v roce 1964 jsou Budínová-Smělá, Bohmová a Mimrová. V roce 1997 byl tento test Mimrovou aktualizován.

Zkouška je postavena na podkladě Hrbkovy neurofyziologické koncepce. Mimrová (1997) uvádí, že vyšetřovací test je rozdělen do 11 subtestů, kde každý zpracovává jednu složku komunikačního celku a jsou hodnoceny body od 1 do 10. Do testu je zařazeno vyšetření: spontánní řeči, opakování, porozumění, pojmenování, automatických řad, zpěvu, čtení, ústního a písemného počítání, kreslení a psaní. Na základě dosažených bodů je procentuální výsledek zanesen do tabulky. Spojením jednotlivých bodů v tabulce vzniká

přehledný graf zobrazující úspěšnost. „*Jednoduchý grafický výstup s vysokou mírou informací o průběhu a výsledku reedukace slouží k rychlé a přehledné informaci logopeda, ostatních členů týmu a pacienta o úspěchu v množství i tempu*“ (Mimrová, 1997, s. 29).

Kvalitativně orientované testy

Cséfalvay (2007) uvádí, že jsou to testy, které hodnotí způsob a kvalitu řešení úkolu a podstatné tedy není pouze to, zda pacient danou úlohu zvládne vyřešit či nikoliv, ale především to, jaké jsou jeho odpovědi. Principem tohoto vyšetření je právě rozbor nesprávných odpovědí.

Mezi kvalitativně orientované testy Cséfalvay (2007) řadí Lurijovo neuropsychologické vyšetření, kognitivně neuropsychologický přístup nebo testy orientované na funkční komunikaci osob s afázií. Do souboru kvalitativně orientovaných testů, lze podle Neubauera (2007) zařadit také Vyšetření fatických funkcí.

Lurijovo neuropsychologické vyšetření

Lurijův pohled na diagnostiku afázie je ojedinělý a vychází z jeho názoru na mozkovou organizaci vyšších psychických funkcí. „*Mozkový základ vyšších psychických funkcí tvoří složité dynamické funkční systémy, jejichž rozpad může být vyvolán narušením některého komponentu funkčního systému*“ (Cséfalvay, 2003, s. 220). Např. jak uvádí Cséfalvay (2007), rozpad fonologické analýzy vede k senzoričné afázii.

Jedná se o neuropsychologické vyšetření, které se neřadí mezi standardizované testy. Christensenová je dánská neuropsycholožka, která Lurijovo vyšetření poupravila a adaptace, kterou vytvořila, jak uvádí Cséfalvay (2003), obsahuje tyto části: úvodní rozhovor, stanovení mozkové dominance, vyšetření motorických funkcí, audiomotorické organizace, vyšších kožních a kinestetických funkcí, impresivní řeči, expresivní řeči, psaní a čtení, počítání, paměťových funkcí, intelektových funkcí. Tento test je pro pacienta časově velice náročný, protože trvá přibližně 150 minut.

Výkony pacienta v jednotlivých zkouškách jsou kvalitativně hodnoceny. Jak uvádí Mikulajová, Rafajdusová (1993), na základě rozboru symptomů Lurija zaznamenával vyskytující se projevy jako jsou poruchy řeči, lexie, grafie, praxie, gnózie apod. a jejich vzájemné ovlivňování, což mu umožnilo popsat základní syndromy afázie.

Communicative Activities of Daily Living

Cséfalvay (2007) uvádí, že se jedná o test, jež nehodnotí izolované funkce řeči ale zaměřují se na mapování efektivity komunikace navzdory existujícím poruchám fatických funkcí. Communicative Activities of Daily Living (Holland, Frattali, Fromm, 1999) je test, jež měří porozumění v běžné komunikaci. „*Test zahrnuje simulované situace z denního života a hodnotí nejen verbální schopnosti, ale i stupeň společenské konverzace*“ (Preiss, 1998, s. 231). Test se zaměřuje na každodenní životní situace a posuzuje u pacienta, jak se chová a komunikuje, např. u lékaře, zda je schopen samostatně brát léky, telefonovat či hospodařit s penězi apod.

Vyšetření fatických funkcí

Autory této diagnostické zkoušky z roku 2002 jsou Cséfalvay, Košťálová a Klimešová. Diagnostický test se skládá z 6 částí - vyšetření spontánní řeči, porozumění mluvené řeči, schopnosti reprodukovat slova či věty, vyšetření nominativní funkce řeči, vyšetření čtení a vyšetření psaní. Na základě vyskytujících se symptomů lze určit typ afázie. Tato vyšetřovací metoda používá bostonskou klasifikaci afázií a kognitivně-neuropsychologickou koncepci afázie, alexie a agrafie. Je jedním z nejpoužívanějších komplexních testů v České republice.

1.6.4 Speciální testy

Prostřednictvím těchto testů se diagnostikují pouze dílčí schopnosti pacienta. Jak uvádí Cséfalvay (2007), mnohé z nich jsou součástí testových baterií, nebo se naopak používají k doplnění komplexní diagnostiky, pokud se vyšetření zaměřuje na konkrétní oblast, jež nebyla předmětem hodnocení základního testování.

Do souboru specifických testů Cséfalvay (2007) řadí Boston Roaming Test, Boston Assessment of Severe Aphasia, Token test, Reporter's Test, Bilingual Aphasia Test. Autorka mezi speciální testy zařadila také test verbální fluence.

Boston Noaming Test

Autory této diagnostické metody z roku 1983 jsou Kaplanová, Goodglass a Weintraub.

Cséfalvay (2007) uvádí, že test je zaměřen na vyšetřování schopnosti pojmenovat černobílé obrázky, jež představují slova. Pokud vyšetřovaná osoba neoznačí obrázek správným názvem, následuje nejprve sémantická a pak fonemická nápověda.

Boston Assessment of Severe Aphasia

Test byl vydán roku 1989 Helm-Estabrooksovou, Ramsbergerem, Morganem a Nicholasem. „*Je diagnostickým nástrojem k rychlé kvantifikaci poruch porozumění a produkce řeči u pacientů s těžkými poruchami, u nichž nelze použít jiné, komplexnější testy afázie*“ (Cséfalvay, 2007, s. 40).

Token test

Italští autoři afaziologové De Renzi a Vignolo publikovali svůj test v roce 1962. Jak uvádí Cséfalvay (2003), Token test je zaměřen na receptivní složku řeči a krátkodobou verbální paměť afatiků. Jak tvrdí Preiss (1998), před započítáním zkoušky je nutné vyloučit agnosii. Nevýhodou tohoto testu je časová náročnost, proto vzniklo několik revidovaných zkrácených verzí. Úlohy jsou řazeny od nejjednodušších po nejtěžší.

Úkolem pacienta je manipulovat s různě barevnými a velikými geometrickými tvary podle instrukcí. „*Pokyny obsahují mimo pojmenování obrazců slovesa a v poslední sadě úkolů i další gramatické tvary, především příslovecné určení místa a prostorových vztahů mezi obrazci*“ (Neubauer in Preiss, 1998, s. 293). Za každou úlohu může vyšetřovaný získat jeden bod, při zopakování úkonu je ohodnocen půl bodem. Zkrácená verze testu obsahuje celkem 36 úloh, proto je maximální možný počet bodů 36. Výsledky vyšetřování intaktních osob se pohybují v rozmezí 36 - 30 bodů.

Reporter's Test

De Renzi a Ferrari v roce 1979 vytvořili vyšetřovací zkoušku postavenou na principu Token testu. Oproti Token testu, který vyšetřuje receptivní složku řeči, tato pozměněná diagnostická metoda vyšetřuje expresivní poruchy řeči. Použití testu se doporučuje používat až po demonstraci Token testu. „*Vyšetřovaná osoba má jako reportér popsat pro imaginární třetí osobu, co vyšetřující dělá s geometrickými tvary různých barev a velikosti*“ (Cséfalvay, 2007, s. 40).

Bilingual Aphasia Test

Test, jež je připraven hodnotit bilingvální pacienty vytvořil Paradox, roku 1987. Jak uvádí Cséfalvay (2007), tento test je sestaven v různých jazykových kombinacích, např. anglicko-španělská, anglicko-francouzská, anglicko japonská verze další.

Verbal Fluency Test

Verbal Fluency Test nebo-li test verbální fluence je diagnostickou metodou, která hodnotí tempo a plynulost řeči.

1.6.5 Diagnostika afázie, alexie a agrafie z pohledu kognitivně-neuropsychologické koncepce

Cséfalvay (2007) se věnuje novým metodám, které se osvědčily při práci zahraničních afaziologů, mezi které patří kognitivně-neuropsychologická koncepce. Princip tohoto přístupu je založen na tzv. modulární koncepci, což znamená, že kognitivní procesy člověka jsou rozděleny do jednotlivých funkčních jednotek nebo-li modulů. *„Moduly tvoří na jedné straně jakýsi rezervoár anebo sklad informací, na druhé straně jsou rovněž místem, kde se tyto informace zpracovávají“* (Cséfalvay, 2005, s. 212). Cílem kognitivně-neuropsychologické koncepce kognitivních procesů je identifikovat narušené moduly a zjistit, jak ovlivňuje narušený modul jiné jazykové procesy. Jednotlivé moduly mohou být narušeny izolovaně, mezi moduly však existuje vzájemný vztah, který může způsobovat poruchy celé funkce. Platí především pravidlo, že narušení jednoho modulu, má vliv na funkci toho, který následuje za ním. Cséfalvay (2005) uvádí, že mezi příčiny narušení modulu patří degradace v modulu (což v pravém slova smyslu většinou neznamená úplný rozpad modulu) nebo problém v přístupu do modulu, případně kombinace těchto dvou.

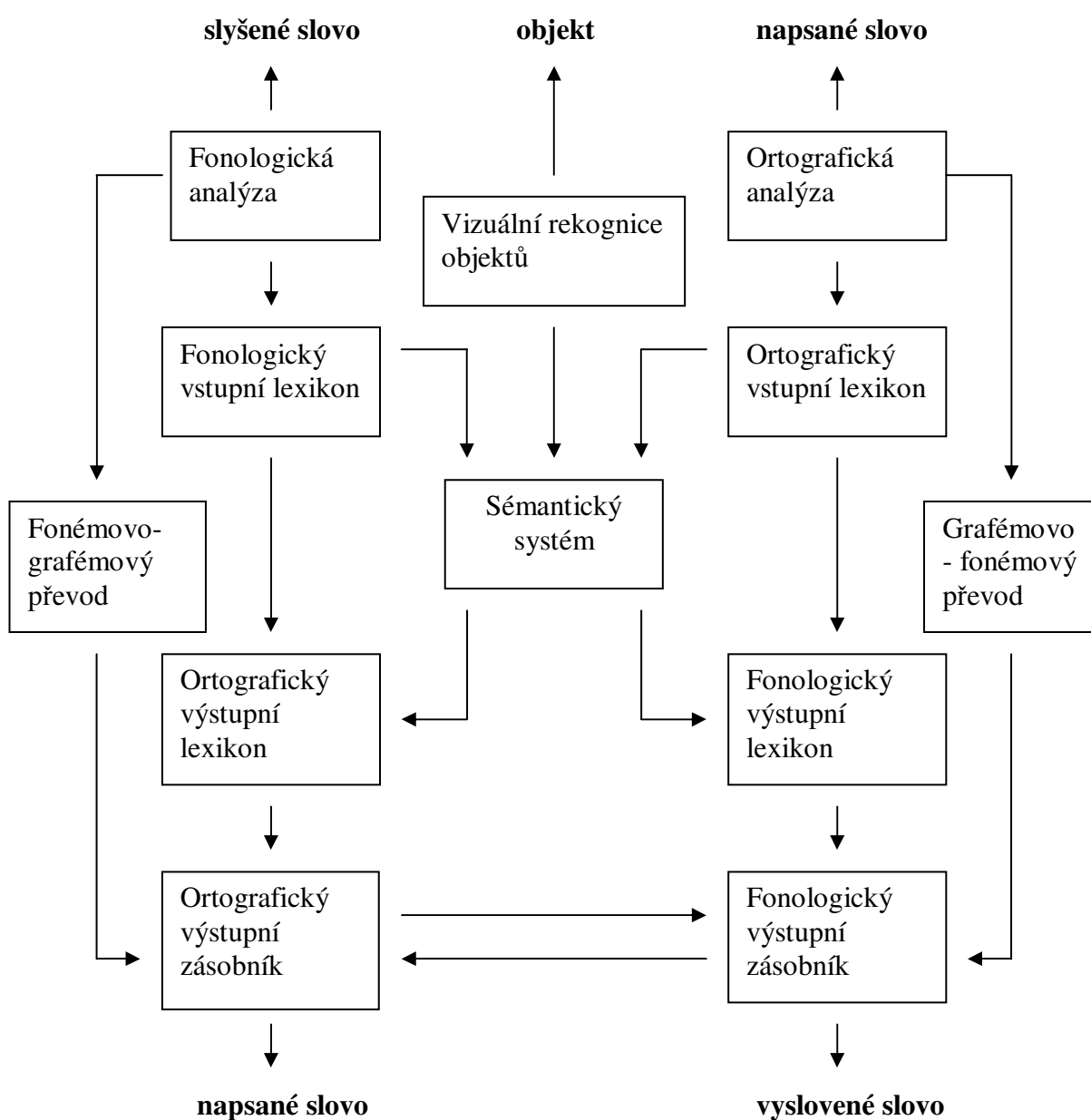
Diagnostika se zaměřuje na čtyři jazykové procesy: porozumění verbálnímu projevu, produkce slov, čtení a psaní slov. Ačkoliv se zdá dosti komplikovaná, její přínos pro logopedy je jistý. *„Na základě této diagnostiky je možné specifičtěji naplánovat terapii“* (Cséfalvay, 2007, s. 42).

Cséfalvay společně s Košťálovou a Klimešovou v roce 2003 vytvořili metodiku pro diagnostiku fatických funkcí, pomocí které může logoped zmapovat porozumění, produkci slov, čtení a psaní z kognitivně-neuropsychologického hlediska.

Kognitivně-neuropsychologické modely

Základními komponenty těchto modelů jsou fonologická a ortografická analýza, vizuální rekognice objektu, ortografický a fonologický vstupní a výstupní lexikon, sémantický systém, grafémovo-fonémový a fonémovo-grafémový převod fonologický a ortografický výstupní zásobník. (Sémantický systém je souhrn mentální reprezentace významu slov a má přímý vliv právě na procesy jako jsou: porozumění slov, produkce slov, čtení i psaní slov a další.)

Kognitivně-neuropsychologický model jazykových procesů – Laserová, Perkinsová 1999, Beesonová a Hillisová 2001 in Cséfalvay 2002 s. 17).



Obrázek č. 1 Kognitivně-neuropsychologický model jazykových procesů

Porozumění slov a jeho poruchy

Na porozumění slyšeným slovům se podílí tři moduly: Fonologická analýza, fonologický vstupní lexikon a sémantický systém.

Cséfalvay (2002) uvádí, že při deficitu fonologické analýzy pacient nesprávně rozliší fonémy, chybně opakuje slova i pseudoslova; narušení fonologického vstupního lexikonu se prezentuje selháním při rozhodování, zda jsou slova reálná či nesmyslná; při poškození sémantického systému pacient chybí v přiřazování slyšených slov k obrázkům, posuzování synonym a projevují se těžkosti v porozumění vět.

Produkce slov a její poruchy

Na produkci slov se podílí moduly podle charakteru úkolu. Třemi základními moduly jsou: sémantický systém, fonologický výstupní lexikon a fonologický výstupní zásobník. Při vnímání určitého obrázku či objektu, se participuje také modul vizuální rekognice objektu. Cséfalvay (2007) uvádí, že pokud je poškozena ta část mozku, jež způsobuje deficit ve vizuální rekognici objektu, vzniká vizuální agnózie. Při opakování slov se zapojují do činnosti také moduly fonologické analýzy a fonologického výstupního lexikonu.

Narušení sémantického systému se prezentuje častými sémantickými parafáziemi, sníženým výkonem při vybavování abstraktních slov (ve srovnání s konkrétními slovy), těžkostmi při sémantickém rozhodování (in ibid). Podle Cséfalvay (2002) pro poruchu ve fonologickém výstupním lexikonu jsou charakteristické anomické pauzy, cirkumlokuce a fonemické parafázie; pro deficit v oblasti fonologického výstupního zásobníku je typické, že na výkon má vliv délka slova, příznačné jsou také fonemické parafázie.

Čtení slov a jeho poruchy

Na správném hlasitém čtení slov s porozuměním se podílí pět modulů. Jsou to ortografická analýza, ortografický vstupní lexikon, sémantický systém, fonologický výstupní lexikon a fonologický výstupní zásobník. Cséfalvay (2007) tento způsob čtení označuje jako lexikálně-sémantickou cestu čtení. Další dva způsoby čtení, které Cséfalvay (2002) popisuje, jsou lexikálně-nesémantická cesta čtení a nelexikální cesta čtení. Lexikálně-nesémantická cesta čtení je způsob, kdy je ve čtení vynechán sémantický systém, proto je narušeno čtení s porozuměním. Na nelexikální cestě čtení se podílí pouze tři moduly: ortografická analýza, grafémovo-fonémový převod a fonologický výstupní zásobník. Tato cesta čtení vynechává vstupní, výstupní lexikon i sémantický systém,

proto je oslabena schopnost porozumět čteným slovům. Naopak se ale tato cesta využívá při čtení nesmyslných slov.

Narušení modulu ortografické analýzy způsobuje poruchu rozlišování jednotlivých grafémů, charakteristickým znakem je pomalé tempo čtení. Deficit ortografického vstupního lexikonu se prezentuje neschopností rozlišit reálná slova od pseudoslov. „*Pseudoslova v ortografickém vstupní slovníku nemají reprezentaci, proto se předpokládá, že se už při vstupu do tohoto modulu signalizuje, že jde o neexistující jednotku*“ (Cséfalvay, 2007 s. 47).

Porucha v sémantickém systému způsobuje sníženou schopnost číst neznámá slova i pseudoslova, porozumět významu přečteného slova a výskyt sémantických parafrází. Deficity v oblasti fonologického výstupního lexikonu a fonologického výstupního zásobníku se projevují fonemickými parafrázemi.

Psaní slov a jeho poruchy

Na psaní slov se podílí moduly podle charakteru úkolu. Při spontánním psaní se účastní moduly sémantického systému, ortografického výstupního lexikonu a ortografického výstupního zásobníku. Při psaní známých slov na diktát těmto třem modulům předchází fonologický vstupní lexikon a fonologický vstupní zásobník. Cséfalvay (2002) uvádí, že při diktování neznámých či nesmyslných slov, jež nejsou uloženy v ortografickém výstupním lexikonu se aktivují pouze moduly fonologická analýza, fonémovo-grafémový převod a ortografický výstupní zásobník. Na opisu, při kterém dochází k porozumění slov participují moduly: ortografická analýza, ortografický vstupní lexikon, sémantický systém, ortografický výstupní lexikon a ortografický výstupní zásobník. Při opisu neznámých či nesmyslných slov se psaní účastní pouze dva moduly a to ortografická analýza a ortografický výstupní lexikon. Tento způsob je označován jako nelexikální cesta psaní.

Cséfalvay (2002) uvádí, že při deficitech v oblasti sémantického systému je narušeno porozumění psaným slovům; ortografický výstupní lexikon aktivuje ortografické reprezentace, při poškození tohoto modulu se objevují sémantické parafrázie; ortografický výstupní zásobník udržuje v paměti ortografické reprezentace a volí konkrétní formu grafémů. Narušení tohoto modulu způsobuje vynechávání písmen ve slovech a krácení slov, ve srovnání s delšími slovy, kratší slova pacienti píšou lépe.

Výsledkem diagnostiky je zhodnocení stavu řečové komunikace pacienta a vymezení zachované komunikační schopnosti, na základě kterého lze cíleně plánovat proces terapie. Zvolené terapeutické metody jsou zaměřeny především na obnovení narušené komunikační schopnosti.

Aby probíhala efektivní terapie, musí ji předcházet kvalitní diagnostika. Autorka diplomové práce upozorňuje na nezbytnost vzájemné návaznosti diagnostického a terapeutického procesu. Ve své praxi pracovala převážně s pacienty v chronickém stádiu onemocnění. Z diagnostických testů se nejvíce setkávala s Vyšetřením fatických funkcí, aktualizovanou formou Pražského afaziologického vyšetření a Token testem.

1.7 Terapie afázie

Cílem logopedické terapie je maximální možné dosažení komunikační schopnosti. Jak autorka uvedla výše (v kapitole o diagnostice), před počátkem každé terapie afázie je nutná cílená diagnostika. Terapie afázie je stejně jako například diagnostika afázie postavena na týmové spolupráci klinického logopeda, psychologa, lékaře, fyzioterapeutů atd. Nezastupitelnou roli hrají příbuzní a přátelé. Primárním předpokladem pro úspěch je včasný a neodkladný počátek terapeutického procesu. Logopedická terapie je dlouhodobý proces, jež by měl být plánovitý, pravidelný a systematický.

Pacient s poškozením mozku prochází různými stádii onemocnění, zpravidla v prvních dnech až měsících se klinický obraz afázie často spontánně zmírňuje. Jak uvádí Cséfalvay (2005), vysvětlení těchto změn není dosud uspokojivě objasněno. Neubauer (2007) tvrdí, že obnovování funkcí po traumatu centrální nervové soustavy se neděje formou znovuoobnovení spojů mezi neurony tkáně, ale je výsledkem funkcionální reorganizace mozkové tkáně. *„Další ne zcela jasnou možností je kompenzace kontralaterální substitucí – převzetí funkce strukturou v opačné hemisféře mozku“* (Neubauer, 2007, s. 120). Pozitivní změny v klinickém obrazu afázie však mohou nastat například až po několika letech od poškození mozkové tkáně.

Postižení každého pacienta je specifické, proto je práce s každým z nich velice individuální. Nelze tedy shrnout kompletní návod jak provádět terapii. Nepostradatelná je také spolupráce pacienta a jeho okolí.

Pacienty se ztrátou řeči po mozkových poškozeních výrazně ovlivní jejich dosavadní život a často vede k sociální izolaci, aby se vyhnuli odmítavým zkušenostem okolí. Právě společenské odloučení přináší nedostatek komunikačních příležitostí

a negativně působí na psychický stav jedince. V tomto velice traumatizujícím období, kdy si pacient často uvědomuje, co všechno vlastně nezvládá, je důležité motivující prostředí. Paralelně s logopedickou terapií proto často probíhá psychoterapeutická rehabilitace. Jak uvádí Neubauer (2007), logoped ale nepracuje pouze s postiženými jedinci, slouží také jako poradenský pracovník pro rodinné příslušníky nebo ošetřující personál, který je s takto znevýhodněnými osobami v kontaktu. U komunikačních partnerů, jak uvádí Cséfalvay (2007) absence okamžité odpovědi neznamena i absenci myšlenky nebo názoru. Naopak je nezbytné poskytnout pacientům příležitost, aby mohli projevit svou kompetenci.

Autorka diplomové práce upozorňuje na fakt, že demotivačně na pacienta působí, když se k dospělému pacientovi chová logoped jako k dítěti nebo používá stejné pomůcky jako u vývojových poruch. Užívání slabikáře nebo školních učebnic je taktéž nemístné, pokud je pacient sám nevyžaduje. Značně nevhodné je také hovořit o jeho stavu před ním s ostatními, v domnění, že je pacient nevnímá. Další chybou je stanovovat nesplnitelné cíle, naopak pacient potřebuje zažít pocit úspěchu. Na pacientův výkon také působí vliv stresu a časového tlaku, proto je důležité navodit při práci s ním klidnou atmosféru. Terapeut musí respektovat kolísavý výkon a poruchy porozumění pacienta.

Podle Čecháčkové (2003) rozsah poruchy závisí na:

- rozsahu a lokalizaci mozkové léze a z toho vyplývající typ a stupeň fatické poruchy;
- sociokenomickém statusu pacienta;
- časovém stádiu poruchy (akutní, následné, stabilizované, chronické);
- sociálním zázemí pacienta v chronickém stádiu.

Neubauer (2007) uvádí faktory, které hrají v procesu obnovení postižených komunikačních funkcí málo významnou roli: věk pacienta, dosažené vzdělání, lateralita a pohlaví.

Čecháčková (2003) dělí průběh afázie na dvě etapy: akutní stádium onemocnění a chronické stádium onemocnění.

Akutní stádium onemocnění

V tomto stádiu onemocnění je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče, neurologickém či interním oddělení nemocnice. Cséfalvay (1996) uvádí, že hlavní úlohou lékaře je co nejrychleji stanovit diagnózu, aby se mohlo začít s léčbou a zabránilo se tak vzniku sekundárních následků onemocnění. Pokud jsou neporušeny životní funkce, pacient se v akutním stádiu afázie dostává do péče klinického logopeda. Logoped s ohledem na pacientův stav provede vyšetření fatických funkcí a zvolí vhodné komunikační a stimulační metody. Uplatňuje se multisenzoriální přístup. „*Důležitým úkolem logopeda je pomoci překonat komunikační bariéru mezi pacientem s afázií a jeho okolím*“ (Cséfalvay, 2007, s. 56). Měl by zároveň instruovat rodinu pacienta o charakteru narušené komunikační schopnosti, o poskytování ambulantní logopedické péče a motivovat je ke spolupráci. Rodina by měla zajistit pacientovi brýle na čtení, zubní protézu, sluchadlo a další osobní potřeby.

Podle kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí dělí Čecháčková (2003) pacienty do tří skupin:

Mezi nejvážněji postižené patří pacienti s vážnou poruchou vědomí tzv. **komatózní a soporózní pacienti**. Při terapii se nejvíce využívají, jak uvádí Čecháčková (2003), prvky tzv. body therapy, kde se doporučuje užívat taktilní podněty a současně se slovním doprovodem stimulovat určité lokality těla.

Druhou skupinou jsou tzv. **soporózní pacienti**, u kterých podle Čecháčkové (2003) lze využívat k terapii jak dotekovou a slovní stimulaci, tak dechová cvičení nebo cvičení zaměřená na uvědomování si částí vlastního těla, cvičení mimického svalstva.

Třetí skupinou jsou **pacienti s adekvátní rekcí na mluvní podnět či dotek**. Tito pacienti nejsou ztíženi poruchou vědomí, vyskytuje se však u nich zvýšená únavnost a poruchy pozornosti. *Tuto skupinu tvoří nejčastější klientela klinického psychologa a klinického logopeda* (Čecháčková, 2003, s. 169). Pokud je pacient schopen soustředit se alespoň 10 – 15 minut, provádí se screeningové vyšetření afázie. Je však potřeba citlivě zvážit míru zatížení. Na základě závěrů logopedické diagnostiky je nutné stanovit přiměřené terapeutické postupy. Mezi terapeutické techniky, které se používají u těchto pacientů, patří doteková stimulace, práce s dechem, muzikoterapie a další.

Chronické stádium onemocnění

Cílem terapie v tomto období je obnova porušených sociálních kontaktů, které vznikají v důsledku narušené schopnosti komunikace (Čecháčková, 2005, s. 170). Na počátku terapie je důležité stanovit dosažitelné cíle a motivovat pacienta ke spolupráci. Do práce s pacientem je nutné zařazovat přestávky, respektovat únavu a schopnost koncentrace pozornosti. Logoped klade důraz na obnovování všech součástí složek řečové komunikace. V iniciálním stádiu logoped staví terapii na zachovaných nebo méně postižených funkcích.

Při persistentním stavu s vážnými komunikačními obtížemi se využívají kompenzační strategie, mezi které patří metody augmentativní a alternativní komunikace. Náhradní způsob komunikace pacienti však často odmítají, Cséfalvay (2005) se domnívá, že ho vnímají jako méněcenný a občas také jako „brzdící“ v obnovení verbální komunikace.

1. 7. 1 Specifické cílené postupy obnovovací terapie

Neubauer (2007) představuje specifické cílené postupy obnovovací terapie jako metody zaměřené na překonání určitých komplikací u pacientů s afázií. Jsou často řazeny ke kognitivně-neuropsychologickému přístupu terapie afázie.

Melodicko-intonační terapie

Je to terapeutický postup, jež využívá zpěvu a rytmu. Je zaměřen na jedince s motorickou afázií. Aplikuje se u těch pacientů, jejichž spontánní verbální produkce je výrazně omezena, ale porozumění řečového projevu a opakování je intaktní. Cílem je u těchto pacientů iniciovat řečovou produkci. *„Využívá melodické struktury věty a rytmického pohybu ruky“* (Neubauer, 2007, s. 145). Tato terapie bývá efektivní u pacientů, jež jsou schopni reprodukovat melodické písňové vzory.

Proces terapie začíná vyťukáváním slabiky slova či fráze nejprve společně s logopedem, později tapping jako první demonstruje logoped, poté pacient. Následuje prezentace slov a frází s latencí, kdy pacient musí několik vteřin počkat, než zopakuje slovo či větu. Po prezentaci zpěvavé řeči s tappingem, se následně od tappingu upouští a ve finále se terapeut snaží aby se řeč pacienta přiblížila co nejvíce mluvené řeči. *„U některých pacientů se už po prvních týdnech terapie poměrně významně odblokuje*

mluvená řeč, zejména u těch, u nichž dlouho chyběla jakákoli řečová produkce“ (Cséfalvay, 2007, s. 104).

Kresba jako komunikační prostředek

Kresba jako komunikační nástroj se využívá u pacientů s těžkou afázií, především u pacientů s poruchou expresivní složky řeči, ale zároveň s relativně zachovaným porozuměním verbálního projevu. Předmětem terapie je podpora kompenzační nelingvistické metody a to kresby. Výsledky Britského výzkumu, o kterém se zmiňuje ve své práci Cséfalvay (2007), potvrzují, že u pacientů s levohemisférovým poškozením mozkové tkáně a vážnou poruchou produkce řeči bylo v komunikaci s prostředím efektivnější vyjadřovat své pocity či potřeby kresbou.

Pacient, jeho rodina a přátelé, jež jsou v blízkém kontaktu s pacientem, jsou instruováni logopedem, aby byla použita metoda kresby vždy, když dojde k jakémukoli dorozumívací překážce. Cséfalvay (2007) uvádí, že terapie začíná nácvikem překreslování obrázků zaměřené na zjednodušování kresby předmětů, následně dějů a ve finální fázi komunikaci mezi logopedem a pacientem pouze prostřednictvím kresby v přirozeném rozhovoru. Cílem terapie tedy je, aby pacient aplikoval kresbu v každodenních situacích, pokud selhaly jiné formy komunikace.

Tlumení perseverací

Perseverace doprovází především pacienty s těžší formou afázie. *„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“* (Neubauer, 2007, s. 145).

Terapie je založena, jak uvádí Cséfalvay (2007), na principu pojmenování obrázků nebo reálných předmětů. Několik sezení terapeut s pacientem opakuje pojmenování obrázků či skutečných předmětů určité skupiny (sémantické kategorie). Cílem terapie je, aby pacient intaktně pojmenoval obrázky a aby se spontánní řečová produkce obešla bez perseverací. Terapeutické postupy tlumení perseverací mohou využívat také forem prodloužené pauzy, přiblížení pacientovi termín pomocí gest, grafického znázornění, fonémické nápovědy, apod.

Automatizované formy řeči

Automatizované formy řeči nebo-li verbální automatizmy jsou součástí většiny logopedických vyšetření. Mezi verbální automatizmy řadíme abecedu, číselné řady jednotek, číselné řady desítek, dny v týdnu, měsíce v roce, roční období, básně, písně, přísloví apod. Cséfalvay (2007) řadí mezi automatizované formy řeči také soubory slov spojené s opakujícími se situacemi jako je např. pozdrav, poděkování apod. Lezaková (2004 in Cséfalvay 2007) uvádí, že verbální automatismus je mechanicky osvojený materiál, jež je naučený v dětství a používáný během života jako přesná reakce bez myšlení. *„Opakováním se spoje hluboce fixují a automatizují a v případě sérií či ustálených spojení pak stačí produkce jediného prvku ze série, který stimuluje produkci prvku následujícího“* (Cséfalvay, 2005, s. 59).

Produkce automatizovaných forem řeči u intaktních jedinců téměř nevyžaduje úsilí. Cséfalvay (2007) uvádí, že pacienti s poruchami či absencí produkce řeči v rámci uzdravení jako první produkují právě automatizované formy. Při terapii jak v akutním, tak chronickém stádiu onemocnění lze na tuto schopnost navázat stimulací dobře fixovaných souborů slov. Produkce automatizovaných forem řeči může probíhat bez účasti sémantického systému (in ibid). U těžkých typů afázií se často vyskytují perseverace na předchozí sérii slov (pacient měl za úkol vyjmenovat dny v týdnu, jeho další úlohou bylo napočítat do 10, ale pacient stále opakuje dny v týdnu).

Při terapeutickém postupu chce logoped zpočátku dosáhnout produkce několika automatizovaných slov. Pacient s terapeutem nejprve vyslovují automatickou řadu slov společně. Automatické řady jsou produkovány v různém tempu, hlasitosti, s podporou vizuální kontroly, v doprovodu hybné reakce, grafického znázornění apod. Později terapeut napovídá iniciální slabiku, zatímco od pacienta se očekává, že vysloví celé slovo. V další fázi je pacient schopen samostatně produkovat sérii po sobě jdoucích slov. Mezi další úkoly může patřit řazení napsaných výrazů na kartách podle posloupnosti a naopak, doplňování vynechaných termínů, vyřazení distraktoru, úlohy zaměřené na správné chápání slov apod. V dalším cvičení terapeut odbourává oporu (o série slov) a snaží se dosáhnout verbální produkce izolovaných slov na úrovni pojmenování a fixovat schopnost pojmenování.

1. 7. 2 Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie

Luriova teorie, na základě které byla sestavena koncepce obnovovací terapie fatických funkcí, je postavena na vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce. „*Pacient, kterému je obnovována řeč a jiné psychické funkce prostřednictvím racionální přestavby funkčních systémů, musí absolvovat dlouhou systematickou terapii pomocí vědecky podložených metod*“ (Neubauer, 2007, s. 143). Metody, jež se využívají na odblokování verbálního projevu a obnovení jazykových dovedností, jsou formy stimulačních jazykových cvičení a postupy obnovování lexikálních a grafických dovedností (in ibid).

Lurijova terapie je založena na zapojování funkcí, jež se dříve na realizaci poškozené funkce nepodílely. Cevetková (in Cséfalvay 1996) uvádí, že metody, jež využívá neuropsychologická koncepce, nemají působit na izolované funkce, ale komplexně na celý funkční systém. Jak uvádí Neubauer (2007), existují zdánlivě blízké procesy, které se ale ve skutečnosti opírají o funkci zcela odlišných mozkových oblastí a naopak.

Využívá často terapeutické metody, jež autorka diplomové práce popisovala v kapitole: Specifické cílené postupy obnovovací terapie.

1. 7. 3 Kognitivně-neuropsychologický přístup

Terapie, která vychází z modelu jazykových procesů se opírá o teorii kognitivně-neuropsychologické koncepce. Pozornost je zaměřena na narušenou funkci modulu nebo přístupu k některému z modulů. Na základě závěrů diagnostiky se odhaluje oblast narušení funkčních jednotek. V této terapii se tedy logoped soustředí na izolované jazykové funkce a předpokládá se, že se po následném obnovení nebo částečném obnovenílepší i celková komunikace pacienta. „*Terapeutické postupy jsou uváděny jako stimulační či facilitační techniky a jejich cílem je využít transferu, který způsobí, že zmírnění obtíží v určité kognitivní modalitě se projeví v oblasti komunikace s okolím*“ (Neubauer, 2007, s. 145). Pokud se tedy terapie bude soustředit například především na porozumění verbálního projevu,lepší se také komunikace s okolím. Jak uvádí Cséfalvay (2003), v průběhu terapie stimulace jednoho komponentu vždy ovlivňuje ostatní systémy, které jsou ve vztahu s daným komponentem.

Cílem terapie je odhalit deficit v modulu nebo v jeho dostupnosti. Logoped následně připraví soubor úloh pro terapii pacienta a definuje postup, který bude realizován. Pokud u pacienta např. vážne výbavnost slov a způsobuje anomické pauzy, narušení

se bude týkat sémantického systému, fonologického výstupního slovníku a výstupního zásobníku. Terapie je pak zaměřena na pojmenování a opakování několika slov aby došlo k následné fixaci slov. Produkce izolovaných slov však není konečným cílem terapie. „*Po osvojení si strategie, pomocí které může pacient aktualizovat slova v lexikonu, je třeba tato slova zapojit do kontextu*“ (Cséfalvay, 2003. s. 47).

1. 7. 4 Funkcionálně zaměřené postupy

Cséfalvay (2005) uvádí, že je nezbytně důležité zabývat se otázkou, zda bude pacient po terapii schopen zužitkovat získané zručnosti i mimo nemocniční prostředí. Sílí trend „vynést“ terapii z ambulance do pro něho přirozených podmínek. Jedinci, jež nemají v některých částech testu příliš dobré výsledky, mohou být v některých komunikačních situacích velice úspěšní. Cséfalvay (2005) uvádí, že u některých pacientů trpících afázií jsou pragmatické schopnosti oproti těm jazykovým (gramatická, lexikální, morfologická) poměrně dobře zachovány. Logoped by měl akceptovat každý způsob komunikace (verbální projev, psaní, kreslení, gesta apod.), zároveň by se měl vyhnout situaci, kdy je pacient pasivním příjemcem, ale naopak podněcovat ho k aktivitě. Jedná se o rozvoj, jak uvádí Cséfalvay (1996), tzv. totální komunikace.

V terapii je důležité navázat na jakoukoli úspěšně používanou komunikační strategii. „*Cílem je, aby komunikace probíhala, když slova nefungují zcela správně*“ (Kirschner 1999, in Lechta, 2005 s. 224). Pozornost některých terapeutů dnes není zaměřena pouze na některý z izolovaných jazykových deficitů, ale snaží se nalézt kompenzační komunikační strategii.

Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness

Cséfalvay (2005) uvádí techniku Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness (Davis, Wilcoxová, 1985) nebo-li *pomoci pacientům s afázií zefektivnit jejich komunikaci*, jež je zaměřená na zlepšení efektivity v komunikaci afatických pacientů. „*V terapii v podstatě jde o modelování přirozené situace, v níž nastává: výměna nové informace, kterou vysílá střídavě terapeut nebo pacient, přičemž oba mají volný výběr komunikační modality (mluvená řeč, psaní, kreslení aj.) a přirozenou zpětnou vazbou je porozumění informace*“ (Cséfalvay, 2005, s. 224). Cséfalvay (2005) uvádí, že v roce 1996 Ugorová tento postup použila ve výzkumu, kde zjistila, že pacient byl po terapii schopen komunikovat efektivněji, což se projevilo ve flexibilnější volbě vhodné

komunikační modalitě a rychlejším pochopením informace ze strany recipienta. Tato metoda se často využívá ve skupinové terapii.

Konverzační analýza a stimulace konverzačních schopností

Další terapeutickou technikou, jež je zaměřena na stimulaci komunikace v pragmatické rovině je tzv. konverzační trénink. Autorkou této metody je průkopnice pragmaticky orientovaných přístupů k terapii afázie Andrey Hollandová. Hollandová (1996 in Cséfalvay 2005) popisuje, že cílem této techniky je, aby se pacient snažil využít kompenzační komunikační strategii při vysílání informace. Terapeut s pacientem společně sestavují několikavětný scénář. Scénář je zachycen tak, aby ho pacient mohl lehce využít, když nastane nějaká překážka při vysílání zprávy (např. obtíže při aktualizaci slova, perseverace, nepochopení ze strany posluchače apod.). Může se jednat o napsání klíčových slov, vět, schématický obrázek apod. Po několikanásobném opakování je do místnosti přizván někdo z příbuzných, který však scénář nezná a klient se mu snaží dané informace sdělit. Logoped vstupuje do komunikace pouze tehdy, pokud není pacient schopen pokračovat v samostatné konverzaci. Cílem je zkvalitnit vzájemnou komunikaci mezi partnery.

1.7.5 Formy terapie afázie

Individuální forma terapie se orientuje na rozvoj toho typu komunikace, který pacient potřebuje a lze u nich očekávat zlepšení. Cséfalvay (2003) uvádí, že se zaměřuje na obnovování určité narušené funkce řeči. Individuální terapie se využívají u jedinců především v počátcích péče. Efektivita individuální terapie stoupá při kratších a častějších návštěvách každý den po dobu několika týdnů, než setkání méně časté jednou či dvakrát za měsíc.

Individuální forma terapie by měla být doplňována skupinovou formou terapie, která probíhá v chronickém stádiu onemocnění. Skupinové sezení se nezaměřuje na jeden typ komunikace, ale naopak podněcuje pacienty, aby využili kterýkoliv komunikační strategii k vyjádření své myšlenky. Během skupinového shromáždění je cíleně posilována pozitivní motivace a snaha o jakýkoliv řečový projev. Příležitost dostává každý pacient i se závažným postižením řeči. Kulišťák (1997) uvádí, že skupinová terapie je obecně zaměřena na stimulaci všech psychických funkcí, mezi které patří: paměť, percepce, pozornost, čtení, psaní, verbální vyjadřování vlastních názorů apod. Přestože pro variabilitu symptomů afázie nelze vytvořit homogenní skupinu pacientů, pragmaticky

orientované postupy se realizují ve skupinách nejlépe. Jak uvádí Neubauer (2007), pacient má pocit příslušnosti ke skupině lidí, které spojuje podobný problém; v rámci skupiny má možnost pomáhat druhým; má možnost se učit novým druhům chování a vytváří si plány do budoucna.

Cséfalvay (2005) doporučuje účast maximálně 6 pacientů s těžším stupněm afázie a 2 terapeuty, kdy jeden z nich bývá koterapeutem.

Cséfalvay (2005) uvádí, že úkolem logopedů je:

- facilitovat konverzaci ve skupině,
- maximalizovat efektivnost komunikace,
- podpořit vzrůstající nezávislost skupiny na terapeutech,
- učit komunikační strategie,
- povzbuzovat a podporovat členy skupiny,
- vytvořit pozitivní ladění atmosféry od počátku skupinové terapie.

Ve skupinové terapii dochází k interakci mezi jednotlivými členy, společnost poskytuje přirozené komunikační situace, během terapie dochází k výměnám rolí, nabízí simulace reálných situací, do kterých se pacienti dostávají (návštěva lékaře, nakupování apod.), pacienti během terapie využívají různé komunikační strategie, řeší problémy, účastní se společenských her, jednotliví členové skupiny vedou mezi sebou rozhovory apod. Podle výsledků výzkumů ze zahraničí je zřejmé, jak uvádí Cséfalvay (2005), že skupinová terapie má kladný vliv na psychosociální integritu jednotlivců.

Občanská sdružení pro afatické pacienty pořádají během roku několikadenní rekondiční pobyty, kde je zajištěna týmová práce logopeda, lékaře, psychoterapeuta, fyzioterapeuta apod. Pacientovi je poskytována během každého dne individuální logopedická péče, psychosociální výcvik, v rámci kterého probíhá také logoterapie a fyzioterapeutická rehabilitace. Prostorem pro uplatnění komunikačních strategií jsou společně trávené večery, kdy probíhá komunitní setkání všech členů kurzu.

Z předchozího textu je patrné, že skupinová logopedická terapie se často svým působením překrývá s psychoterapeutickým procesem. Psychoterapeutická podpora poskytovaná logopedy v náročné životní situaci pacientů je nepostradatelná. Neubauer (2007) však uvádí, že psychoterapie není dominující formou pomoci osobám s postiženým afázií jako neurogení poruchou. Tato terapie má dominantní postavení u psychogenně podmíněných poruch.

2 Metodické materiály

V této kapitole autorka vymezí pojem metodické materiály. Dále se bude věnovat materiálům, jež jsou určeny pro práci s afatickými pacienty a jejich analýzou.

Metodika je obecně označována jako pracovní postup. Metodické materiály jsou tedy souhrny plánovitých a doporučených praktik, rad a způsobů práce. Pro některé je to manuál, podle kterého lze přesně postupovat, pro jiné je to pouze souhrn inspirativních nápadů, na základě kterých lze sestavit vlastní systém práce.

2.1 Metodické materiály určené pro terapii afázie

Metodické materiály sloužící k terapii afázie obsahují soubor pracovních listů, soubor úkolů a k nim sestavených instrukcí a poznatků, podle kterých lze postupovat. Autoři, jež tyto terapeutické pokyny sestavili na základě své praxe, je nevnímají jako přesný návod, ale jako otevřený souhrn nabídek, který lze přizpůsobit individuálním potřebám konkrétního pacienta. Metodické materiály lze většinou rozšířit o další analogická cvičení. Práce s těmito pomůckami, jež jsou zaměřeny na obnovení fatických funkcí, předpokládá a vyžaduje základní znalosti a dovednosti v oblasti afaziologie.

Autorka diplomové práce opět připomíná, že efektivní terapeutický postup navazuje na výsledky diagnostického procesu. Používání pracovních listů by mělo být tedy plánovité, ne náhodné metodou „pokus omyl“, aby se efektivita terapie neminula účinkem. Soubory cvičení jsou většinou seřazeny vzestupně podle zvyšování nároků, tedy od nejjednodušších úkolů, po ty nejsložitější.

Metodické materiály mohou používat v domácím prostředí i rodinní příslušníci nebo konverzační partneři, kteří jsou s pacientem v blízkém kontaktu. Je vhodné, aby byli o úkolech, jejich cílech i posloupnosti poučeni zkušeným logopedem.

Nejpoužívanější metodické materiály v logopedické praxi u nás:

- *Obrázkový slovník pro afatiky (Truhlářová, 1984).*
- *Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie (Mimrová, 1998).*
- *Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií (Čecháčková, 1998).*
- *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003).*

2.1.1 Obrázkový slovník pro afatiky

Obrázkový slovník pro afatiky od Marie Truhlářové vznikl v roce 1984 jako zásoba obrázků pro odborné pracovníky, jež se dostanou do blízkého kontaktu s pacientem, u něhož je v klinickém obrazu přítomna afázie. Autorka obrazového materiálu doporučuje používat kresby jak k diagnostice, tak k následné terapii afázie.

Soubor obsahuje 1 list se samohláskami, 5 listů s číslicemi, 97 listů obrázků. Obrázky jsou uspořádány do skupin: části lidského těla; dům a jeho části; bytové zařízení; části oděvu; různé potřeby a osoby; druhy jídel a nápojů; ovoce, zelenina, luštěniny; dopravní prostředky, zvířata; ptáci, hmyz, plazi; květiny a stromy; barvy; činnosti; kontrasty; popis děje. Autorka Obrázkového slovníku doporučuje začínat práci s jednoduššími obrázky předmětů, později navázat složitějšími ději.

Obrázkový slovník lze využívat k terapii afázie různými způsoby, podle závažnosti narušené komunikační schopnosti. Obrázky se používají k pojmenování, opakování, k přiřazování slov k obrázkům nebo iniciální hlásky k obrázkům, k terapii lexie slov, grafie, somatognozii, rozšiřování slovní zásoby, k tvorbě vět i příběhů, orientaci v prostoru, popisu předmětu apod. Logoped může sestavit úlohy, kde bude mít pacient za cíl vyloučit distraktor, spojit obrázky, které k sobě patří, k nácvičku cirkumlokuce apod. Na počátku terapie se klade opět důraz na vizuální vjem - nejlépe kombinace obrázků i skutečných předmětů, později se u probraných slov začne zraková kontrola odbourávat.

Obrazový materiál je vhodný jak pro pacienty v akutním stádiu, tak pro pacienty v chronickém stádiu onemocnění. Záleží na volbě logopeda a pacientovu zdravotnímu stavu, jak přizpůsobí soubor obrázků pro práci s pacientem. Obrázky jsou velké, barevné a vystihují podstatu předmětu či děje, některé z nich však nejsou v současnosti aktuální.

1.2.2 Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie

Marie Mimrová v roce 1998 vytvořila Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie. Terapeutický materiál je určen pro práci s pacienty se ztrátou řečových schopností způsobené mozkovým poškozením. Publikace s pracovními listy je doplněna komentářem v díle *Afázie* (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová), kde nabízí další návody k terapii afázie. Vytvořila vlastní diagnostickou metodu, jež vychází z Hrbkovy klasifikace afázií, na základě které postupuje při terapii. Sestavila souhrn textů a cvičení, jež se zaměřují na obnovení a zlepšení řečových i komunikačních schopností.

Jednotlivé obrázky na začátku práce jsou určeny k pojmenování, tedy k terapii anomie. Přiřazování k sobě odpovídajících si kreseb nebo slov, jež jsou ve vzájemném vztahu je zaměřeno spíše na porozumění viděného či čteného, ale i tyto kresby lze využít k nácviku pojmenování. Náročnější na výbavnost slov je pak úloha sestavena pro tvorbu vět s konkrétními výrazy nebo vyprávění příběhu s dopomocí kreseb, vysvětlování rčení a přísloví vlastními slovy.

Pro nácvik artikulace jsou do souboru textů zařazena cvičení, jež jsou zaměřena především na dodržování délky vokálů a následném grafickém znázornění délky slabik ve slovech.

V několika různých obdobích se v pracovních listech objevují úkoly, kde pacient produkuje významové dvojice slov (spojuje např. vhodná adjektiva se substantivy) nebo k sobě přiřazuje odpovídající si antonyma či synonyma. Tato cvičení jsou zároveň určena na rozšiřování slovní zásoby a porozumění čteným slovům. S větším aktivním lexikonem pacient tvoří věty s konkrétními slovy nebo slovními spojeními tak, aby byly gramaticky správné. Pro terapii agramatismu jsou sestavena cvičení, kde pacient doplňuje vhodné tvary podstatných jmen, zájmen, číslovek, sloves. Dalším typem cvičení je produkce zdvojnásobení, podstatných jmen ze sloves či přídavných jmen z podstatných jmen apod. či určování gramaticky správných vět. Tvorba záporných vět z vět kladných je pro pacienty náročnější.

Pro terapii lexie jsou pro pacienty s afázií připravena cvičení, kde je úkolem identifikovat izolované hlásky, vyškrtat skutečná písmena v tabulce různých znaků, následně v textu. Opravování chyb různého charakteru ve slovech je značně komplikované pro jedince se zachovaným globálním čtením. Pravdivé či záporné odpovědi na otázky se vztahují k porozumění vět či celému textu. Práce s textem zahrnuje kromě odpovědí na otázky také např. vyhledávání v textu konkrétních informací, reprodukci přečteného, což zároveň procvičuje pacientovu paměť a dorozumívací schopnosti.

Při terapii grafie pacient ve cvičeních napodobuje tvary jednotlivých písmen, doplňuje do neúplných slov chybějící hlásky nebo slabiky. Část úkolů je věnována také vizuální agnózii, zaměřuje se na vyhledávání identických kreseb, obtahování kontur, identifikaci překrytých obrázků.

V souboru cvičení nechybí ani úkoly, jež se soustředí na prostorovou orientaci, vědomosti pacientů nebo orientaci v čase.

V pracovních listech nejsou zařazena cvičení, která se zaměřují na psaní. Faktem ale je, že velkou část cvičení lze přizpůsobit k nácviku opisu, přepisu i spontánního psaní.

Chybí cvičení, jež využívá automatizované formy řeči, sémantické kategorie nebo vyřazování distraktoru ze souboru slov, orientace v prostoru, somatognozii, písemné operace s čísly, kresbu geometrických tvarů či předmětů apod.

Autorka cvičných textů v průvodním textu poskytuje popis úkolů z pracovních listů a velké množství námětů k dalším obdobným cvičením. Mimrová upozorňuje na některé chyby, kterých se mohou logopedi dopouštět a obohatila text v publikaci o své cenné zkušenosti z praxe. Akcentuje, že v iniciální fázi onemocnění by tvorba slov, slovních spojení i vět měla být podpořena názornými kresbami. V počáteční fázi terapie nepovažuje za dominantní klást důraz na precizní artikulaci, ale vyžaduje dodržování délky vokálů a slabik ve slově, kde si lze pomoci rytmizací. Do terapie také doporučuje zařadit úkol, který je zaměřen na souvislé vyprávění o své rodině, zálibách, zajímavých událostech apod. Je potřeba pro konkrétního pacienta předem připravit splnitelné úkoly ale zároveň přiměřeným tempem stupňovat nároky.

1.2.3 Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí

Čecháčková v roce 1998 z důvodu nedostatku vhodných pomůcek pro dospělé pacienty sestavila soubor textů a obrázků, jež slouží k terapii afázie. Publikace je určena pro logopedy i pro rodinné příslušníky, kteří jsou v úzkém kontaktu s jedincem ztíženým afázií.

Soubor textů a obrázků je roztržiděn do 8 oddílů (I – VIII). Autorka cvičebnice v úvodu uvádí, že pracovní listy nevyčerpávají všechny možnosti, ale slouží jako námět či inspirace a každý, kdo pracuje s afatickým pacientem, si má možnost doplnit vhodný materiál individuálně.

I. oddíl – Obrázková abeceda – Využívá se především k pojmenování obrázků. Na základě vizuální podpory si pacient často vybaví iniciální hlásku nebo celé slovo, obrazový materiál je vhodný také při terapii lexie a grafie.

II. oddíl – Samohlásky – Utváření artikulačního postavení slabik a jejich zařazení ve slovech na vizuálním základě. Materiál, kde je každé hlásce věnovaná jedna stránka se využívá k vyvozování izolované hlásky nebo lze tyto pracovní listy použít k procvičování již vyvozených hlásek. Kromě instrukcí logopeda, je pro pacienta vodítkem

zraková kontrola. Právě kresby a grafémy často pomáhají pacientům navodit hlásky a pomocí vizuálního vjemu se fixují mnohdy snadněji.

III. oddíl – část A – Utváření artikulačního postavení souhlásek i slabik, spojování slabik do slov a jejich využití; část B – Procvičování zapracovaných hlásek ve slovech a větách. Textový materiál obsahuje slabiky, jež jsou sestaveny do jednoduchých slov a vět. Tato část je věnována fixaci hlásek ve slovech, lze ji použít také při terapii lexie (například u jedinců se zachovaným globálním čtením). Autorka pracovních listů v průvodním slově uvádí, že oddíl II. a III. se mohou kombinovat.

IV. oddíl – Soubor vět k obrázkům slouží nejen k rozvíjení slovní zásoby, ale také k tvorbě gramaticky správných větných celků, k terapii lexie, kalkulie, orientace v prostorových vztazích, lze se ale zaměřit pouze na výbavnost slov apod. podle individuální potřeby pacienta.

V. oddíl – Artikulační a dechová cvičení. Textový materiál obsahuje bezsmyslné slabiky, kde má pacient za úkol přečíst na jeden nádech řádek nebo sloupec. Cvičení lze také zaměřit k terapii lexie nebo k fixaci hlásek.

VI. oddíl – Obrázky pro nácvik fonemického sluchu slouží pacientům s narušeným sluchovým rozlišováním. Nácvik fonemické diferenciacie podporují obrázky se slovy, které podobně zní, ale mají rozdílný význam. Terapie pak probíhá třeba tak, že logoped předřkává slova a pacient ukazuje obrázky nebo pacient potvrdí či vyvrátí, zda jsou slova vyslovená logopedem stejná či nikoliv.

VII. oddíl – Pojmenování prstů, pravolevá orientace, dny v týdnu, měsíce v roce, charakteristiky ročních období, kalkulie, doplňování slov do vět, doplňování písmen do slov. Tato část rozličných úkolů se zaměřuje na fixaci automatizovaných forem řeči a práci s nimi, porozumění čtenému, somatognozii, gnozii barev, početní operace, kresby, výbavnost grafémů a správné řazení grafémů do slov, tvorbu vět, výbavnost slov, přiřazování odpovídajících si slov apod.

VIII. oddíl – Ukázky vhodných článků pro reedukaci čteného textu. Materiály, které se používají k terapii lexie, jsou seřazeny od nejjednodušších po složitější. Doplňující úkoly jsou pak na individuální volbě logopeda, nebo toho, kdo s pacientem pracuje.

Čecháčkové soubor textů a obrázků se používá jak v akutní, tak chronické fázi onemocnění. Terapie, která probíhá v souladu s pracovními listy, využívá k vybavení řeči vizuálních vjemů. Kresby jsou jednoduché, výstižné a jsou voleny tak, aby respektovaly věk pacienta. V textu nejsou zařazeny např. cvičení, jež se orientují na porozumění izolovaným slovům nebo úlohy, které se věnují posuzování a čtení pseudoslov. Soubor různorodých úkolů, které se dají adaptovat na všechny složky řeči, si každý, kdo pracuje s pacientem podle individuálních potřeb, modifikuje a rozšíří o další pomůcky pro terapii.

1.2.4 Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie

Testová baterie, kterou sestavil Cséfalvay, Košťálová, Klimešová v roce 2003 za účelem diagnostiky fatických funkcí u pacientů s poškozenou mozkovou tkání, je doplněna o manuál terapeutických postupů, které se orientují na obnovení nebo alespoň zmírnění narušených komunikačních schopností.

Publikace se skládá ze tří částí. Úvodní část je věnována obecné problematice afázií a klasifikaci, další díl obsahuje diagnostický postup a hodnocení výsledků vyšetření fatických funkcí, poslední úsek nabízí terapeutické techniky. Diagnostika i terapie vychází z kognitivně-neuropsychologické koncepce. Terapeutické postupy, které navrhují autoři, jsou otevřeným souborem podkladů, jež popisují, jak při terapii s pacienty pracovat.

Terapeutický materiál se skládá z šesti oddílů. Součástí každého z nich jsou návody k terapii a pracovní listy.

I. Postupy při obnovování grafomotorických schopností. Soubor cvičení slouží k rozvolnění horní končetiny, od pohybů celé paže po jemné pohyby prstů. Důraz je kladen na koordinaci a zpřesňování pohybů. Pracovní listy zahrnují úkoly na obkreslování předepsaných tvarů a obrazců, spojování bodů vodorovnými liniemi, automatizované formy psaní, opis i spontánní psaní.

II. Techniky sémantické facilitace. Materiály jsou zaměřeny na sémantickou kategorizaci. Úkoly jsou sestaveny tak, aby pacient vyhledával ve svém sémantickém systému výrazy, které patří nebo nepatří do určité skupiny slov. Podněty přichází do mentálního lexikonu prostřednictvím zrakového vjemu pomocí kresby (vizuální rekognice objektu) nebo napsaného slova (ortografická analýza a vstupní lexikon) a sluchové percepce (fonologická analýza a vstupní lexikon). Obtížnější úkoly jsou orientovány na identifikaci slov podle slovní nebo psané definice či rozeznávání kresby předmětu podle funkce.

III. Terapeutické postupy při poruchách produkce řeči jsou založeny na terapii anomie. Souhrn úkolů obsahuje cvičení zaměřená na konfrontační pojmenování. Autoři upozorňují, že předpokladem úspěšné terapie anomie je opakování. Mezi další úlohy patří nácvik frází pomocí melodicko-intonační terapie a produkce slov na úrovni vět. Ve cvičeních se používá obrázků jako zrakové kontroly.

IV. Terapeutické postupy při poruchách porozumění řeči. Při narušení vstupního modulu, což je fonologická analýza, se využívají úlohy, při kterých má pacient za úkol rozhodovat, zda logopedem předříkané slabiky jsou shodné či nikoliv nebo identifikovat hlásky např. v iniciálním postavení. Při deficitu v modulu fonologického vstupního lexikonu pacient posuzuje, zda předříkané slovo je uměle vytvořené, nebo reálné. Pro případ narušeného modulu sémantický lexikon jsou v souboru úloh také zařazena cvičení zaměřená na porozumění významu slov.

V. Terapeutické postupy při alexii. Bazální těžkosti mohou nastat v rozpoznávání izolovaných písmen. Na identifikaci grafémů se orientují cvičení, kde má pacient za úkol označit konkrétní písmeno, dále navazuje obtížnější identifikace slabik a slov. Stimulace lexikálního rozhodování je postavena na principu výběru odpovídajícího slova, jež je znázorněno prostřednictvím kresby. Úkoly zaměřené na čtení s porozuměním nebo-li posilování lexikálně sémantické cesty čtení obsahují vyhledávání distraktoru v souboru slov a přiřazování slov k obrázkům. K upevňování grafémo-fonémového převodu, nebo-li sublexikální cesty čtení, se vyžaduje, aby pacient hledal slova začínající na konkrétní hlásku nebo precizně přečetl pseudoslova. Poslední částí tohoto souboru je hlasitá četba souvislého textu.

VI. Terapeutické postupy při agrafii. Základem je nápodoba izolovaných písmen, proto soubor materiálů věnovaný terapii grafie začíná opisem grafémů, následně i slov, která bývají podpořena obrázkem. Nápodoba izolovaných písmen by měla navazovat na grafomotorická cvičení. Úkoly zaměřené na posílení ortografické reprezentace využívají obrázku, na základě kterého má pacient napsat výraz, který kresba znázorňuje. Při opisu nebo psaní na diktát pseudoslov je posilována sublexikální cesta psaní.

Soubor terapeutických postupů s pracovními listy se využívá v akutním i chronickém stádiu onemocnění. Materiály v dílčích úsecích respektují postup od nejjednodušších úkolů po složitější. Terapeutické techniky jsou formulovány srozumitelně a jsou určeny jak pro logopedy, tak pro rodinné příslušníky, které mají zájem podílet se na terapeutickém procesu v domácím prostředí. Při zapojení jedinců z blízkého okolí, kteří projevují iniciativu aktivně se účastnit terapie, doporučujeme pravidelné konzultace s logopedem. Metodické materiály neobsahují úlohy zaměřené na automatizované formy řeči, ačkoliv se vyskytují ve Vyšetření fatických funkcí, dále časoprostorovou orientaci, somatognozii, kalkulii.

Logoped, který plánuje terapeutický proces, by měl být seznámen se všemi dostupnými materiály uživatelsky k terapii a měl by jich náležitě využívat. Právě výše uvedené terapeutické techniky jsou vytvořeny zkušenými logopedy, kteří s pacienty ztíženými afázií dlouhodobě pracují. Jsou sestaveny na základě jejich zkušeností z praxe a z potřeby vytvořit si vlastní postupy terapie stejně jako je tomu u jiných narušených komunikačních schopností. Nabízené terapeutické postupy si každý, kdo poskytuje terapii, modifikuje k individuálním potřebám konkrétního pacienta.

S rozvojem techniky a informatiky se také otevřela možnost pomůcky digitalizovat a při terapii afázie využívat specializovaných počítačových programů. Kromě publikovaných metodických materiálů jsou tedy k logopedické terapii nabízeny také počítačové programy. Prostřednictvím softwarů lze modifikovat terapii ve prospěch pacienta s narušenou komunikační schopností.

V zahraničí jsou multimediální programy hojně využívány. Neubauer, Petržílková (2007) uvádí, že k dispozici jsou programy pro stimulaci motorických řečových modalit „*Speech Viewer III.*“, kde pacient dává pokyny prostřednictvím verbálního projevu. Další programy jsou určeny pacientům s poruchami kognitivních funkcí

„Train the Brain“, které se soustředí především na pacientovu pozornost a paměť. Každá úloha má čtyři stupně obtížnosti a liší se rychlostí a frekvencí podnětů.

Existuje celá řada softwarů, které jsou určeny pro terapii pacientů s narušenou komunikační schopností způsobenou deficitem mozkové tkáně. V českém jazyce byl vytvořen pro terapii afázie Petržílkovou (2005 in Neubauer, 2007) soubor počítačových programů MENTIO. Tento komplex počítačových programů vznikl v roce 1996 a v klinické praxi se velice osvědčil a to nejen u osob s narušenou komunikační schopností.

Specializovaný program MENTIO je určen pro děti i dospělé se speciálními potřebami, zaměřuje se na rozvoj pojmenování, porozumění, výslovnosti, čtení, psaní, krátkodobé paměti, manipulace s penězi, zrakového vnímání, časoprostorových vztahů, rozvoj slovní zásoby, komunikačních dovedností atd. Od roku 1996 je neustále rozšiřován a aktualizován, v současné době zahrnuje sedm oddílů: slovní zásoba, nakupování, slovesa, paměťová cvičení, hádanky, skládačky, zvuky. Tyto části se člení na další úseky, které poskytují úkoly různých obtížností. Program nabízí jak vizuální, tak akustický vjem. Sady fotografií je možné vytisknout pro samostatnou práci doma, pokud pacient nemá k dispozici počítač, nebo pro následující realizaci analogických úkolů během individuální terapie. S programem je možné pracovat samostatně i v domácím prostředí, jak uvádí Neubauer a Petržílková (2007), předností je nenáročné ovládání, zvuková zpětná vazba, realistický názorný obrazový materiál a jeho tisk, fonematická nápověda, vzájemně propojení činností, tisk a záznam průběhu terapie apod. Vhodná je konzultace s logopedem který doporučí, které z úloh a náročnost jsou pro konkrétního pacienta přiměřené. Výhodou je také možnost zhodnocení výsledků práce a jejich uložení na datový nosič nebo nabídka práce se stejnou úlohou opakovaně, ale v obměněných variantách.

U pacientů ztížených afázií specializované počítačové programy vzbuzují zvědavost a podněcují je k práci, neboť radost z nové činnosti je vždy motivující. Výhodou je, že pacient při práci s počítačem necítí takový pocit ponížení, pokud nesplní správně některý z úkolů, jako by tomu mohlo být před logopedem. Na druhou stranu, ačkoliv jsou tyto programy sestaveny tak, aby byly zajímavé a poutavé, nikdy bychom je neměli nazývat hrami nebo zábavou, abychom nezlehčovali vážnost terapeutického procesu.

Autorka diplomové práce měla možnost setkat se s logopedy, kteří byli zastánci názoru, že efektivní terapii lze provádět pouze s papírem a tužkou. Tedy nevyužívali ani metodických materiálů ani specializovaných programů, přestože o možnosti pracovat

s nimi, byli informováni. Nejsme úplně přesvědčeni, že zrovna v tomto případě platí tvrzení: „někdy méně znamená více“.

Z vlastní zkušenosti víme, že pacienti rádi pracují s metodickými materiály, jak v průběhu individuální logopedické péče, tak v domácím prostředí. Samostatná práce s pomůckami pro afatiky v domácnosti je nepochybnou výhodou.

Za vhodné považujeme využití specializovaných počítačových programů v kombinaci s metodickými materiály. Primárně samozřejmě záleží na přístupu pacienta k počítačové technice. Někteří z pacientů, kteří během svého dosavadního života nepřišli s počítačem do bližšího (např. pracovního) kontaktu, terapii prostřednictvím softwaru odmítají. Jiní zase práci s počítačovými programy přijmou. Autorka diplomové práce se domnívá, že logopedi jsou v přístupu k počítačové technice velice konzervativní a příliš ji nevyužívají, ačkoliv by ji někteří z pacientů ztížených afázií rádi uvítali.

EMPIRICKÁ ČÁST

3 Návrhy metodických materiálů

V této části diplomové práce autorka přiblíží průběh a postup tvorby návrhů metodických materiálů.

S pacienty, jejichž případové studie a průběh terapie jsou obsahem dalších kapitol, se autorka poprvé setkala a pracovala s nimi 3 týdny v červenci 2007 a v květnu a červnu 2008 pak 6 týdnů. Každému z níže uvedených pacientů byla standardně poskytována logopedická péče jednou týdně po dobu 45 minut. Poté, co jsme je požádali o spolupráci a seznámili je s náplní diplomové práce, byli ochotni přicházet na logopedickou terapii dvakrát týdně na dobu 60 minut.

Práce s nimi nebyla tak intenzivní, jako tomu bývá např. na diagnostických nebo rekondičních pobytech. Z vlastní zkušenosti víme, že logopedická terapie, která je poskytována právě na několikadenních rekondičních pobytech je u většiny pacientů velice efektivní. Program nabízí individuální logopedickou péči po dobu 45 minut každý den, výsledky jsou na konci pobytu zřejmé. Úspěchy dosažené v terapii se ovšem míjejí účinkem u těch, kteří nadále v individuální logopedické terapii vůbec nepokračují.

Pro naši činnost jsme vybrali pacienty, kteří docházejí na logopedickou terapii dlouhodobě. Všichni navštěvují klinického logopeda minimálně rok. Zajímalo nás, jak efektivní může být terapie u pacientů, s kterými logoped pravidelně pracuje již přes rok obvykle jednou týdně. Po konzultaci s logopedem si autorka diplomové práce s pacienty svého výzkumného vzorku domluvila častější a delší návštěvy z důvodu zintenzivnění terapeutického procesu.

Po podrobném prostudování lékařských a logopedických anamnéz a v průběhu dvoutýdenních pozorování pacientů při práci s logopedem, se autorka na terapii začala připravovat. Vytvořila soubor vlastních návrhů metodických materiálů. Důvodem nebylo nedostatečné množství dostupných pomůcek k práci s afatickými pacienty. Naopak, považuje již publikované metodické materiály za velice kvalitní a propracované. Hlavní pohnutkou vytvořit další cvičení a texty bylo především to, že při dlouhodobé terapeutické práci s pacienty lze provádět konkrétní cvičení většinou pouze jednou. Pak je vhodné mít k dispozici další analogická cvičení. Navrhla tedy obdobná cvičení, která například pracují s jinými kombinacemi slov, obrázky a texty. Náměty na některé

z úloh konzultovala s klinickým logopedem, který poskytuje logopedickou péči právě těm pacientům, které oslovila.

Před tím, než autorka diplomové práce zahájila samotný terapeutický proces se čtyřmi vybranými pacienty, měla možnost ověřit si vlastnosti metodických materiálů. Hodnotila je na rekondičním pobytu, který pořádalo Sdružení pro prevenci a rehabilitaci poruch komunikace pod vedením PeaDr. Jitky Stejskalové. Během pobytu autorka poskytovala individuální logopedickou terapii afatickým pacientům. V některých případech bylo možné zapojit do terapie také práci s vlastními pracovními listy. Pacienti jí poskytovali zpětnou vazbu např. v určování pořadí dílčích úkolů v rámci jednoho cvičení a náměty pro další doplnění. Následně byly některé z vytvořených metodických materiálů pro afatiku upraveny.

Zajímavým zjištěním pro nás byl fakt, že někteří logopedi podobné pomůcky pro afatiku nepoužívají. Neaplikují do terapeutického procesu ani metodické materiály, ani specializované počítačové programy, ačkoliv je znají nebo je dokonce vlastní. Jedním z důvodů, proč jejich nabídky nevyužívají by mohla být neochota metodické materiály upravovat, či vytvořit nové pro individuální potřeby konkrétního pacienta.

3.1 Návrhy metodických materiálů určených pro práci s pacienty ztížených afázií

Návrhy metodických materiálů jsou rozděleny do šesti oddílů. Neznamená to však, že jsou zaměřeny striktně na některou z porušených fatických funkcí, naopak vzájemná propojenost má přispívat k celkové terapii pacienta.

Oddíl 1. – Pojmenování

Cvičení jsou zaměřená na výbavnost slov, tedy podporu nomie. Úkolem pacientů je pojmenování obrázků na základě charakteristik, přiřazování kreseb k popisu, pojmenovávání samostatných obrázků a hledání vhodných výrazů na základě deskripce. Tato cvičení u jedinců mají aktualizovat výbavnost slov na podkladě zrakového vjemu či popisu, nebo mu alespoň vštípit jak termín vysvětlit vlastními slovy, na základě kterého komunikační partner porozumí, co chce afatik sdělit. Cílem je, aby pacient sám pochopil jakou strategii může použít při hledání adekvátního slova.

Kromě samotného nácviku pojmenování, úkoly rozvíjí aktivní slovní zásobu a pokud pacient ovládá psaní slov, slouží také k terapii grafie.

Oddíl 2. - Tvorba gramaticky správných tvarů a tvorba vět

Úlohy určené k doplňování gramaticky správných tvarů jsou sestaveny z cvičení: skloňování podstatných jmen, přídavných jmen, zájmen, časování sloves, používání vhodných předpon, rozvoj větných členů apod. Dalšími obtížnějšími úkoly jsou např. doplňování slov do vět, tvorba vět s konkrétními slovy, dokončování vět, tvorba oznamovacích a tázacích vět, řazení větných členů do správného pořadí apod.

Nezaměřují se pouze na náležité tvary ve slovních spojeních a větách, ale také na výbavnost slov, porozumění přečteným slovům, schopnost psát slova a věty, rozvoj slovní zásoby apod.

Oddíl 3. - Terapie lexie

První cvičení v tomto oddílu jsou zaměřena na lexii izolovaných hlásek, slabik, slov, pseudoslov a důraz je kladen na přesnost přečteného. Cílem je zjistit od pacienta, zda jsou slova skutečná a nesou význam nebo zda jsou vymyšlená. Potíže s těmito úkoly mají jedinci se zachovaným globálním čtením. Snazší úkoly jsou určeny k četbě slov, které mají uloženy ve svém sémantickém systému. Opravování chyb ve slovech a ve větách patří mezi složitější úkoly.

Cvičení se orientují na porozumění čteným slovům, větám i textu. U jedinců s narušeným porozuměním bude pravděpodobně činit potíže cvičení, kde pacient čte věty v reverzibilním postavení a odpovídá na otázky. Činnost, kde má pacient podle obrázku potvrdit či vyvrátit tvrzení, je kromě porozumění vět také určeno k orientaci v prostoru. Do souboru je také zařazena úloha, která je zaměřena na stimulaci lexikálního rozhodování. Na základě vizuálního vjemu má pacient z několika možností vybrat výraz, který odpovídá kresbě.

Práce s textem se zaměřuje na porozumění a zapamatování si přečteného i orientaci v textu. Zařazeny jsou úkoly jako např: odpovídání na otázky, vyhledávání konkrétních informací v textu, převyprávění příběhu a lze je rozšířit o další podobné úkoly. Texty na konci tohoto oddílu jsou poměrně dlouhé, jsou proto vhodné pro velmi dobré čtenáře. Práce s textem rozvíjí slovní zásobu, cvičí krátkodobou paměť, rozvíjí spontánní řečový projev a výbavnost slov. Při plnění úkolů sledujeme tvorbu úplných či neúplných vět, slovosled, gramaticky správné tvary ve větách, používání adekvátních výrazů apod.

Oddíl 4. - Terapie grafie

Úlohy, které jsou zaměřeny na terapii grafie, se vyskytují téměř ve všech oddílech těchto metodických materiálů. Tento úsek je určen pro pacienty, kteří dokáží napodobit grafémy ve slovech podle předlohy, ale mají problémy s výbavností grafémů, nedokáží řadit písmena ve správném pořadí do slov, nebo mají narušen grafémo-fonémový převod.

Zařazena jsou cvičení na opis skutečných slov i pseudoslov, dvojici slov a krátkých vět. Při těchto úlohách využívá pacient zrakovou kontrolu, kterou je potřeba postupně odbourat. U opisu pseudoslov klademe důraz na přesnost, potíže se vyskytují opět u jedinců se zachovaným globálním čtením. Dále jsou zde úkoly zaměřeny na výbavnost grafémů (iniciálním, mediálním i finálním postavením) a inspirativní slova i krátké věty, jež lze použít na diktát. Zde jsou slova volena od nejkratších, tedy od méně náročných na výbavnost jednotlivých grafémů a na řazení písmen analogicky za sebe.

Oddíl 5. - Orientace v čase, orientace v prostoru, rozvoj slovní zásoby, automatizované formy řeči, kategorizace, krátkodobá paměť

Soubor rozmanitých cvičení obsahuje úlohy sestavené na orientaci v čase a prostoru, verbální automatizmy, sémantickou kategorizaci, vyčlenění distraktoru, krátkodobou vizuální paměť, vysvětlování pojmů.

Mimoto jsou cvičení zaměřena na rozvoj čtení s porozuměním, slovní zásoby, výbavnost slov, fantazie, spontánní řečové produkce, schopnost vysvětlovat, psát apod.

Tyto a obdobné úlohy většinou pacienti řeší s oblibou, protože v nich jsou úspěšní. Zařazujeme je tedy z důvodu motivačního. Samozřejmě je nutné respektovat schopnosti pacienta a klást splnitelné úkoly.

Oddíl 6. - Artikulační obratnost a dechová cvičení

Při čtení artikulačně obtížných slov klademe důraz na precizní výslovnost všech hlásek. Vhodné je před tímto úkolem zařadit cvičení na rozvolnění mluvidel a artikulačních orgánů. Dechová cvičení jsou zaměřena na ekonomii dechu, kdy má pacient na jedno nadechnutí přečíst část textu. Tato cvičení se využívají u jedinců s dysartrií, je nutné pečlivě zvážit pro koho je čtení artikulačně obtížných slov přiměřené.

Návrhy metodických materiálů byly sestaveny pro konkrétní pacienty ztížených afázií, proto jsou úkoly zaměřeny především na obnovení či zmírnění některých narušených fatických funkcí. Stejně jako všechny výše popisované metodické materiály

i tyto jsou otevřeným souborem nabídek, který lze podle potřeb modifikovat a rozšiřovat. Pracovní listy jsou vytvořeny pro vybrané afatiky, ale je možné s nimi pracovat při terapii s pacienty, kteří mají obdobné potíže bez výrazných úprav.

Zhotovené metodické materiály nejsou zaměřeny na narativní schopnosti, produkci automatických slovních řad, automatizovaných forem psaní, početní operace, gnozii barev, akustickou gnozii apod. Pacienti, pro které byly pomůcky určeny, tyto schopnosti ovládali, což neznamenal, že jsme je do terapie namátkou nezačlenili. Využívali jsme návrhů metodických materiálů v kombinaci s dalšími pomůckami určenými pro afatické pacienty.

Vzhledem k rozsahu vytvořených metodických materiálů, je autorka diplomové práce zařadila do příloh.

3.2 Případové studie

V této části představíme prostřednictvím analýzy lékařských a logopedických zpráv pacienty ztížené afázií a terapeutický proces, v průběhu kterého byly při terapii využity návrhy metodických materiálů. Vlastní terapeutický proces probíhal pod dozorem klinického logopeda dvakrát týdně po dobu 60 minut. V závěru autorka diplomové práce hodnotí výsledky logopedické terapie.

3.2.1 Případová studie č. 1

Vratislav ve svých 21 letech způsobil vážnou dopravní nehodu, která mu přivodila úraz hlavy. Z neurologického hlediska byly zasaženy oblasti levého dolní frontální laloku a premotorická kůra levé mozkové hemisféry. Poranění způsobilo pravostrannou hemiparézu, expresivní fatickou poruchu a dysartrii.

V akutním stádiu nemoci bylo poměrně dobře zachováno porozumění řeči. Produkce řeči pacienta byla nonfluentní, se sníženou výbavností slov. Pacient reagoval jednoslovnými větami. Z verbálního projevu pacienta byla zřejmá dysartrie, řeč byla hůře srozumitelná. Vynechával hlásky L, R, Ř, nepřesně tvořil hlásky ostré i tupé sibilanty. Opakování hlásek, slov i vět bylo taktéž narušeno. Pojmenovat byl pacient schopen pouze s fonemickou nápovědou. Lexie byla zachována, pacient správně přečetl všechny hlásky, slova i věty (s ohledem na dysatrii) a nebylo narušeno porozumění. Vyšetření grafie bylo ztíženo poškozením pravé horní končetiny, proto funkci přebrala nedominantní levá končetina. Bylo zřejmé, že pacient si nevybavuje všechny grafémy. Opis zachován,

automatizované formy psaní splnil pacient intaktně. Verbální automatizmy zachovány, prostorová orientace, kalkulie a krátkodobá paměť byly částečně narušeny. Pacient si svou poruchu uvědomuje, ale jeho nálada byla vždy pozitivní. Podle bostonské klasifikace afázií se tento typ nejvíce blíží Brocově afázii.

Pacient již druhý rok ve svých 23 letech dochází na terapii ke klinickému logopedovi. Pacient je mobilní, přichází vždy s matkou. Jak uvádí matka, u pacienta došlo v důsledku úrazu ke změnám psychiky i chování. Ačkoliv si svou poruchu uvědomuje, neustále je kladně naladěn.

V současné době je pacientova řeč nonfluentní s výskytem anomických pauz. Jedná se patrně o deficit ve fonologickém výstupním lexikonu a fonologickém výstupním zásobníku. Z řeči je stále patrná dysartrie, proto se verbální projev jeví jako těžkopádný. Výslovnost hlásek, které vynechával nebo nesprávně tvořil, je v pořádku. Pacient odpovídá jednoduchými větami, které jsou gramaticky správné, potíže činí souvětí. Neschopnost správně organizovat slova dle gramatických pravidel se projevují především v delších větách, kdy používá spojky, předložky, zájmena nebo pokud chce vyjádřit minulost. Porozumění nebylo zasaženo. Pacient dokáže zopakovat hlásky, slabiky slova i krátké věty. Aktivní slovník je chudý. Při pojmenování se projevuje snížená výbavnost slov a doprovází jej sémantické parafázie. Lexie nebyla narušena, pacient čte s porozuměním textu. V důsledku parézy pravé horní končetiny si musel osvojit psaní levou nepostiženou končetinou. Pacient zvládá opis, psaní na diktát i spontánní psaní. Píše psacím písmem, písmo je ovšem velice nevzhledné a nepřečte ho po sobě ani on sám. Stále je částečně narušena kalkulie, prostorová orientace a krátkodobá vizuální i verbální paměť.

Průběh terapie

Terapeutický proces byl zaměřen především na terapii anomie, tvorbu gramaticky správných větných celků, celkovou fluenci řeči a rozvoj slovní zásoby.

V průběhu všech společných setkání jsme zařadili do terapeutického procesu úlohy připravené na podporu nomie. Cílem bylo nejprve pojmenovat obrázek na základě popisu. Pacient měl k dispozici deskripci i vizuální vjem (oddíl 1., cv. 1.), požadovali jsme po Vratislavovi konkrétní výraz. Dále jsme navazovali úkoly, ve kterých měl Vratislav přiřazovat obrázky k charakteristikám (oddíl 1., cv. 2) a pojmenovat je. Následně pojmenovával pouze obrázky (oddíl 1., cv. 4), či na základě popisu verbálně vyjádřil pojem (oddíl 1., cv. 3). Při pojmenovávání obrázků spojených s charakteristikou byla výbavnost slov vždy úspěšnější než u obrázků bez popisu a naopak. V dalších týdnech

jsme pak postupně začali rozvíjet pojmenování obrázků bez charakteristiky, u většiny kreseb se vyskytovala anomická pauza se slovy, že ví, co to je, ale neví, jak to říci. Pomáhala mu nápověda iniciální hlásky, nebo když sám začal věc na obrázku charakterizovat a popisovat, na co se používá. To byla cesta, jak hledat ve svém slovníku adekvátní slovo. Výrazy, které jsme často opakovali jsme se snažili zapojit do různých souvislostí a do různých cvičení. V průběhu čtvrtého týdne bylo patrné, že ve slovech, které se ve cvičeních vyskytovaly ve vyšší frekvenci, se anomické pauzy vyskytují méně nebo se nevyskytují vůbec.

Vratislav hovoří v krátkých větách (o 2 – 3 členech), delší věty obvykle nebývají gramaticky správné. Z důvodu snížené schopnosti vyjadřovat se mluvnicky správně jsme do terapie zařadili plnění úkolů, jež se zaměřovaly na skloňování přídavných jmen, (oddíl 2., cv. 5, 18, 20), zájmen, (oddíl 2., cv. 6.), časování sloves (oddíl 2., cv 17) nebo doplňování správných předpon (oddíl 2., cv. 7). Tyto úlohy řešil s minimálním výskytem chyb, pokud se objevily potíže, připisovali jsme to spíše poruchám koncentrace, protože při dalším sezení byl výkon v obdobném cvičení intaktní. Doplnění správných předpon nečinilo těžkosti, protože nebylo narušeno porozumění řeči. Dále jsme začlenili do terapie cvičení, jejichž cílem byla tvorba gramaticky správných větných celků. Práce byla zaměřena na dokončování vět (oddíl 2., cv. 8, 10) a produkci vět s konkrétními slovy (oddíl 2., cv. 9). Tvorba vět a souvětí byla ztížena sníženou výbavností slov. Pokrok začal být znatelný tehdy, když jsme zařadili do sezení úkoly, kde se vyskytovala slova, se kterými jsme se setkávali již při terapii anomie nebo cvičení na rozvoj podmětu a přísudku pomocí otázek (oddíl 2., cv. 11, 12). Zlepšení se pak projevilo i v cvičeních zaměřených na produkci vět s konkrétními slovy a analogicky podobných úlohách. V běžné konverzaci však souvětí neužívá, pokud na to není upozorněn. Ve cvičeních, která byla určena k tvorbě delších vět (alespoň o 5 členech) se vyskytovaly agramatismy, přestože úkoly orientované striktně na správné tvary slov řešil intaktně. Pravděpodobně se nedokáže soustředit na tvorbu souvětí a zároveň na náležité tvary slov. Během každého sezení jsme zařadili cvičení na produkci vět a rozvoj spontánní řeči. Ve finální fázi terapie jsme Vratislava požádali, aby nám vyprávěl, co dělal v průběhu předcházejícího dne a soustředil se na tvorbu gramaticky správných větných celků (souvětí nebo věty alespoň o 5 členech). V jeho verbálním projevu se téměř nevyskytovaly nedostatky a pokud udělal chybu okamžitě se opravil.

Jak autorka diplomové práce již uvedla v kazuistice, z řeči je stále zjevná dysartrie, proto bylo nutné do terapie také zařadit rozvolňovací cviky mluvidel, četbu artikulačně

obtížných slov a dechová cvičení (oddíl 6., cv. 63, 64). Pokaždé po rozcvičení mluvidel byla jeho řeč srozumitelnější. V průběhu celé terapie jsme Vratislava vedli k celkovému zpomalení tempa řeči.

Lexie a práce s textem je intaktní, Vratislav čte s porozuměním a o četbu jeví zájem. Četba textu, vyhledávání odpovědí (oddíl 3., 32, 35, 36, 37, 39), reprodukce přečteného (oddíl 3., cv. 38), dokončování příběhu (oddíl 5., 60, 61, 62) apod. byly jeho oblíbenými činnostmi, které jsme z nedostatku času většinou určili k práci v domácím prostředí. Vysvětlování pojmů (oddíl 5., cv. 50), přísloví (oddíl 5., cv. 55) apod. byla do terapie zařazena z důvodu rozvoje spontánní mluvy a slovní zásoby (oddíl 2., cv. 22, 23). Zapojili jsme také úkoly zaměřené na časoprostorovou orientaci (oddíl 5., cv. 48, 49, 58), vizuální paměť (oddíl 3., cv. 33 a oddíl 5., 59), kategorizaci (oddíl 5., 52, 53, 54), které řešil intaktně. Některá z cvičení jsme vždy zařadili do času vymezeného pro terapii. Jejich správné řešení bylo pro něho povzbuzující a motivující k další práci.

Výsledky terapie

V průběhu terapie bylo u Vratislava patrné zlepšení ve spontánní řeči. Opakování některých pojmů vedlo k výraznému zlepšení výbavnosti slov. Je schopen používat delší věty a v nich gramaticky správné tvary slov. Platí to pouze ve cvičeních na to zaměřených nebo pokud se soustředí, méně pak ve spontánní mluvě. Pokrok je zřetelný v tom, že pokud se Vratislav dopustí chyby, je schopen ji identifikovat a sám se opravit, což považujeme za největší úspěch. Jeho výkony konstantně vzrůstaly, v průběhu terapeutického procesu nedocházelo k výkyvům nálad nebo odmítání spolupracovat.

3.2.2 Případová studie č. 2

Pacient Bendřich v roce 2001 ve svých 72 letech prodělal hemoragickou cévní mozkovou příhodu. Mozková tkáň byla poškozena v oblasti levého temporálního a zasahovala až do oblasti parientálního laloku. Hemoragický iktus způsobil receptivní fatickou poruchu.

Během hospitalizace na neurologickém oddělení ve Fakultní nemocnici byla v akutním stádiu afázie spontánní řeč fluentní, pacient komolil slova, nebo ve verbálním projevu používal chybného významu slov. Těžce narušené bylo také porozumění řeči. Pacient nebyl schopen opakovat po vyšetřujícím hlásky, slova ani věty. Vyšetřující měla podezření na poškození sluchového vnímání. Při pojmenování předmětů rozuměl úkolu,

ale bylo možné ho splnit pouze s fonemickou nápovědou. Při vyšetření lexie a grafie se prokázalo, že pacient si nevybavuje všechny grafémy. Při opisu dokázal napodobit všechny tvary písmen, automatizované formy psaní byly zachovány, při psaní na diktát si nebyl pacient schopen vzpomenout na většinu grafémů. Verbální automatismy byly zachovány, kalkule intaktní ani motorika mluvidel nebyla postižena. Narušena byla somatognozie, prostorová orientace i gnozie barev, potíže se projevovaly také v krátkodobé paměti. Pacient si své nedostatky v řeči i paměti uvědomoval, což působilo negativně na jeho psychický stav. Podle bostonské klasifikace afázie se porucha nejvíce podobá konduktivní afázii.

V současné době pacient dochází již sedmý rok na logopedickou terapii. Pacientovi je 79 let, je mobilní a přichází vždy s manželkou. V průběhu terapie byl několikrát krátkodobě i dlouhodobě hospitalizován na psychiatrické klinice a prodělal několik onemocnění a operací. Během těchto psychicky náročných období, byl pacient negativně naladěný, unavený a nepozorný, tudíž docházelo k regresi narušené komunikační schopnosti způsobené organickým poškozením mozku. Dosud se nesmířil s narušením fatických funkcí. Plně si uvědomuje nedostatky ve verbálním projevu a krátkodobé paměti. Ovládal německý, anglický a ruský jazyk, rád by své jazykové schopnosti obnovil. Velice pacienta znepokojuje, když nechápe zadání a tudíž není schopen splnit úkol, těžce nese pocit neúspěchu. Dělá rád vše, co se mu daří, což ho pozitivně motivuje.

Spontánní řeč pacienta je fluentní. Stále se objevují záměny slov s podobným významem. Porozumění řeči je částečně narušeno, jednoduchým příkazům rozumí, složitější úkoly chápe obtížně. Při zadání úkolu je vhodný názorný příklad, k úkolům které nechápe se staví negativně. Pro těžký deficit v oblasti porozumění řeči, nelze provést Token test. Opakování izolovaných hlásek pacient zvládá, v opakování slov se vyskytují problémy, doprovází je fonemické parafázie. Audiologické vyšetření nepotvrdilo sluchovou poruchu. Jedná se tedy pravděpodobně o deficit v oblasti fonologické analýzy a fonologickém vstupním lexikonu. Pojmenování je také částečně narušeno, nutná je fonemická nápověda. Pacient přečte správně všechny izolované hlásky, čtení samostatných slov je také intaktní. Při čtení souvislého textu je výrazně narušeno porozumění. Pacient si nevzpomene na obsah přečteného. Při čtení textu se často vyskytuje záměna hlásek, domýšlení koncovek a negativní reakce na slova, které nezná. Potíže činí čtení pseudoslov. Patrně jde o lexikálně nesémantickou cestu čtení. Při grafii pacient preferuje psaní tiskacím písmem. Opis je intaktní, spontánní psaní a psaní na diktát činí potíže, pacient si nevybavuje grafémy a nedokáže je řadit ve správném pořadí do slov.

Je to způsobeno deficitem v oblasti fonologické analýzy a fonologickém vstupním lexikonu. Somatognozie a gnozie barev pacient zvládá bez chyby, prostorová orientace, vizuální i verbální krátkodobá paměť jsou stále částečně narušeny.

Průběh terapie

Terapie byla zaměřena zejména na výbavnost slov, fonematickou diferenciaci, lexikální posuzování, terapii lexie i grafie.

Pacientova řeč je fluentní. Na první dojem působí srozumitelně, nemá problémy s artikulací a řeč produkuje bez zvýšené námahy. Ve verbálním projevu se vyskytují výrazy, které neodpovídají dané situaci. Při terapii, která byla zaměřena na výbavnost slov, jsme použili úlohy (oddíl 1., cv. 4 a 3), při pojmenování obrázku začal předmět, zvíře, rostlinu apod. pacient nejprve popisovat, až po té kresbu označil odpovídajícím výrazem. K produkci slov na základě verbálního popisu se stavěl negativně a odmítal odpovídat, nebo tvrdil, že tomu nerozumí. Když jsme mu napověděli iniciální hlásku, slovo dokončil. Z důvodu odmítání výše uvedené činnosti jsme po zbytek terapie zařazovali v různých obdobích pouze pojmenování na základě vizuálních podnětů (např. oddíl 5., cv. 59). Ve cvičeních, která jsou zaměřena na tvorbu vět (oddíl 2., cv.8, 11) a také vyžadují konkrétní výrazy, byl pacient úspěšný, bez výrazných anomálií. Tvorba gramaticky správných vět je většinou u pacienta zachována. Pokud se dopustí nedostatku, tak jej zpravidla stejně nepřipustí.

Z důvodu deficitu v modulu fonologické analýzy jsme do každého terapeutického procesu včlenili úkol, kde měl pacient sluchem rozpoznávat, zda říkáme stejné slabiky či nikoliv. Zpočátku se mu plnění úlohy příliš nedařilo, především u slabik, kde se v iniciálním postavení vyskytovaly hlásky ze stejného artikulačního okrsku. Tato cvičení byla pro pacienta především při prvních setkáních velice obtížná. Protože se mu nedařilo, jeho postavení k těmto úkolům bylo opět negativní. V průběhu terapie jsme však zaznamenali pozvolné zlepšení. Při rozhodování, zda předříkané slovo je uměle vytvořené (tudíž nenesé žádný význam) nebo zda je slovo reálné, se taktéž vyskytovaly potíže což potvrdilo, že je narušen modul fonologického vstupního lexikonu.

Při terapii lexie mu činila potíže četba slabik (oddíl 3., cv. 26), kde zaměňoval hlásky. K čtení slabik se stavěl odmítavě, protože nechápal, proč musí číst nesmyslné slabiky, když zvládne číst celá slova. Terapie lexie tedy probíhala nadále na úrovni slov a jednoduchých vět. Pacient v počáteční fázi terapie četl slova s vysokou frekvencí chyb, docházelo k záměně tvarově si podobných písmen, koncovek a k přesmykům hlásek.

Důvodem byla pravděpodobně pomlka způsobená nachlazením, kdy neprobíhala pravidelná terapie, tudíž ani lexie. V dalším průběhu začal být úspěšný ve čtení jednotlivých slov, kdy se lexie zpřesnila a snížila se frekvence chyb. Přečtené odpovídající výrazy byl schopen přiřadit k obrázkům. Při lexii pseudoslov a reálných slov (oddíl 3., cv. 27) se vyskytovaly obtíže v četbě právě nesmyslných slov (z důvodu zachovaného globálního čtení). Při čtení jednoduchých vět se opět vyskytovaly záměny koncovek a přesmyky hlásek, ale podle kontextu celé věty byl schopen odpovědět na otázky. K této činnosti jsme využili oddíl 2., cv. 15, kde otázky nekladl pacient ale my, případně oddíl 3., cv. 31. Při čtení i jednoduchého textu (např. z Textové a obrázkové cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí, Čecháčková, 1998) bylo narušeno porozumění, pacient se v něm neorientoval a nereprodukoval ho ani s dopomocí, ale rád demonstroval svou hlasitou četbu.

Pacient ovládá grafii automatizovaných forem psaní a opis. Nejprve jsme využili cvičení zaměřená na opis (oddíl 4., cv. 40, 42). Při doplňování vhodných hlásek do slov (oddíl 4., cv. 44., 45) se vyskytovaly obtíže nejprve s identifikací, kterou hlásku má doplnit a následně s výbavností tvaru grafémů. Psaní na diktát jsme do terapie nezařadili, zaměřili jsme se na analogická cvičení, která vyžadovala doplňování hlásek do slov.

Další činnosti, kterým jsme se v průběhu terapeutického procesu věnovali, byly zaměřeny na orientaci v prostoru (oddíl 3., cv.33 a oddíl 5., cv. 58). Z důvodu neporozumění přečteného tvrzení jsme pacientovi pokládali otázky sami, i zde se ale občas vyskytly potíže s porozuměním. Podobně tomu bylo také při cvičeních zaměřených na orientaci v čase (oddíl 5., cv. 48, 49). Vysvětlování pojmů (oddíl 5., cv. 50) a přiřazování k sobě synonym (oddíl 5., cv. 51) pacient ovládal dobře. Dobrý výkon podal také ve cvičeních, kde označoval skupinu slov sémantickou kategorií (oddíl 5., cv. 52), což byl dobrý předpoklad pro řešení následujícího úkolu vyřadit distraktor ze skupiny slov a zdůvodnit své rozhodnutí. Nejvíce ho však upoutala cvičení, na doplňování konců, či opravování chybně napsaných přísloví (oddíl 5., cv. 56, 57). Když jsme ho požádali, aby známá rčení vlastními slovy vysvětlil, nadšeně se rozhovořil. V činnosti, jež byla zaměřena na krátkodobou paměť (oddíl 5., cv. 59) nebyl příliš úspěšný. Ačkoliv jsme s obrázkem pracovali již v průběhu předešlé terapie, Bedřich si nezapamatoval ani polovinu předmětů, jež byly znázorněny kresbou. V následujících setkáních jsme proto zařadili obdobná cvičení na trénink krátkodobé vizuální i verbální paměti.

Výsledky terapie

S pacientem se pracovalo obtížně, uvědomuje si vlastní nedostatečnosti při neúspěšně řešených úkolech. Sám k sobě je velice kritický a nezdary ho trápí. Přesto na logopedickou terapii přicházel vždy dobře naladěný, nejraději by si pouze povídal a vyprávěl o svém životě. Z části věnované anamnéze je patrné, že výkony pacienta jsou kolísavé z důvodu dalších zdravotních problémů.

Při hodnocení výsledků terapie autorka diplomové práce konstatuje, že pacient se mírně zlepšoval ve fonematické diferenciaci slabik. V průběhu terapie se také postupně zdokonaloval v lexii, celkově se snížila frekvence chyb. Terapie lexie neprobíhala pouze na úrovni slov, ale už na úrovni větných celků. Urychlila se také výbavnost grafémů, což je společně se zlepšením ve sluchovém rozlišování, dobrým předpokladem pro psaní jednoduchých slov na diktát. Cvičení, jež byla zaměřena na kategorizaci, vyčlenění distraktoru, vysvětlování apod. plnil s chutí. S oblibou totiž vysvětloval a vyprávěl, pokud ho někdo se zaujetím poslouchal. Proto bylo vhodné řadit tato cvičení do terapeutického procesu jako motivační prvek poté, co Bedřich nebyl příliš úspěšný v některém z úkolů. Činnosti v různých úkolech vyžadovaly názornost.

3.2.3 Případová studie č. 3

Miroslav v 62 letech prodělal hemoragickou cévní mozkovou příhodu. Ložisko z neurologického hlediska zasáhlo dolní část levého frontálního laloku a způsobilo expresivní fatickou poruchu, mírnou parézu pravé horní končetiny a parézu pravé dolní končetiny.

V akutním stádiu během hospitalizace na neurologickém oddělení bylo porozumění verbálnímu projevu intaktní. Fluence spontánního řečového projevu byla snížena, doprovázená anomii a hůře srozumitelná. Pacient některé hlásky ve slovech zaměňoval a některé tvořil chybně. Opakování hlásek, slabik i slov bylo zachováno, krátké věty činily problém. Pojmenování bylo narušeno. Pacient poznal všechny grafémy, intaktně přečetl slova i věty, nerozuměl však obsahu přečteného. Při vyšetření grafie byla patrná snížená výbavnost grafémů, což se projevovalo především při diktátě a spontánním psaní. Opis v pořádku. Projevovaly se poruchy prostorové orientace, orientace v čase a somatognozie. Částečně byla narušena kalkule a krátkodobá paměť. Automatické slovní řady zachovány. Podle bostonské klasifikace afázií se tento typ nejvíce podobá transkortikální motorické afázii.

Po 5 měsících byl pacient opět hospitalizován na neurochirurgické klinice s další a vážnější cévní mozkovou příhodou. Kromě frontálního laloku léze zasahovala do temporálního laloku levé mozkové hemisféry. Poškozená tkáň způsobila fatickou poruchu s dysartrií, pravostrannou parézu a parézu n. facialis.

Po dalším poškození mozku došlo k regresi vady. Narušeno bylo porozumění verbálnímu projevu, jedná se pravděpodobně o deficit v sémantickém systému. Řeč byla nonfluentní s častými anomickými pauzami, perseveracemi a dysartrií. Opakování hlásek i slov bylo zachováno (s ohledem na dysatrii a postižení mimického svalstva pravé poloviny obličeje). Pojmenování bylo narušeno. Při vyšetření lexie bylo patrné, že pacient slova i věty přečte, nerozumí však jeho obsahu z důvodu používání nesémantické cesty čtení. Vyšetření grafie bylo komplikováno parézou dominantní horní končetiny, proto pacient musel použít končetinu nedominantní. Opis je zachován, psaní na diktát ztěžovala neschopností vybavit si odpovídající grafémy a řadit je ve správném pořadí do slov. Narušená prostorová orientace, orientace v čase, kalkulie a poruchy krátkodobé paměti přetrvávaly. Pacient si svou poruchu uvědomoval a trápila ho neschopnost vyjádřit se. Transkortikální motorická afázie se změnila na transkortikální smíšenou afázii.

V současné době 64letý pacient dochází již druhý rok na logopedickou terapii. Pacient je mobilní a přichází již několik měsíců bez doprovodu sestry. Fluence verbálního projevu je snížena, doprovázená anomickými pauzami. Postižena je pravděpodobně oblast fonologického výstupního lexikonu a fonologického výstupního zásobníku. Srozumitelnost je nezřetelná v důsledku dysartrie. Komolí dlouhá nebo artikulačně náročná slova. Zlepšilo se porozumění řeči. Pacient rozumí základním informacím a úkolům. V běžné komunikaci se s okolím domluví s těžkostmi. Jeho odpovědi jsou většinou jednoslovné až dvouslovné věty. Poruchy pojmenování jsou způsobeny sníženou výbavností slov, nutná fonemická nápověda. Pacient si stěžuje na to, že ví přesně, co chce říct, ale nemůže si vzpomenout. Čtení izolovaných hlásek, slov i vět je zachováno. Pacient čte delší text většinou bez porozumění. Pacient preferuje psaní paretickou končetinou. Píše raději tiskacím písmem. Opis je intaktní, psaní na diktát a spontánní psaní je občas ztížené neschopností řadit správně grafémy za sebe do slov, i když slovo vyhláskuje správně. Částečně narušena je prostorová orientace, orientace v čase, kalkulie i krátkodobá paměť.

Průběh terapie

Terapeutický proces byl určen převážně k terapii anomie, grafie a tvorbu gramaticky správných celků.

Fluence řečového projevu je ztížena anomickými pauzami. Pro pacientovu produkci řeči jsou charakteristické jednoslovné výjimečně dvouslovné věty. Pacient si při terapii nomie na požadovaný výraz většinou nevzpomene ani jej nedokáže opsat tak, aby okolí pochopilo, co chce vlastně říci. Úvodní konverzace většinou probíhala tak, že jsme se ptali a pokud si pacient sám nevzpomněl (např. co měl k obědu), dávali jsem mu možnosti výběru. Podpora nomie byla zaměřená na konfrontační pojmenování, čímž jsme navázali na předešlou terapii. Na každé první terapii v týdnu jsme si vždy připravili soubor 7 slov, které se v běžné konverzaci vyskytují (brýle, boty, peníze, klíč, hodinky, svetr, taška apod.). Další terapeutické sezení tentýž týden spočívalo v opakování toho, na čem jsme pracovali v průběhu minulé terapie, tedy přiřazování názvů k obrázkům, čtení a psaní výrazů, pojmenování, popis předmětu na obrázku, vysvětlení na co se používá apod.

V závěru terapie jsme se pokoušeli s frekventovanými slovy tvořit alespoň krátké věty, které byly gramaticky správné. Cvičení, která se zaměřovala na gramaticky správné tvary slov řešil pacient intaktně. Skloňování přídavných jmen (oddíl 2., cv. 5), skloňování zájmen (oddíl 2., cv. 5), časování sloves (oddíl 2., cv. 17), doplňování vhodných předpon (oddíl 2., cv. 7), řazení větných členů do správného pořadí (oddíl 2., cv. 13) nečinilo výrazné potíže, pokud se dopustil chyby, sám se opravil.

U pacienta bylo narušeno v důsledku poškození mozkové tkáně také částečně porozumění. Běžné konverzaci a úkonům rozumí dobře. Při řešení úloh je vždy vhodný názorný příklad.

Z řečového projevu je patrná dysartrie, proto bylo důležité na počátku každé terapie zařadit cvičení na rozvolnění artikulačních orgánů a dechová cvičení (oddíl 6. cv. 64). Čtení artikulačně obtížných slov bylo pro Miroslava příliš namáhavé. Z tohoto důvodu jsme na přesnou výslovnost zařadili četbu některého z textů (oddíl 3., 37, 38, 39 apod.).

U pacienta nebyla narušena lexie, čte s porozuměním. Čte rád a číst ho baví, proto jsme mu některé z textů (oddíl 3., 45, 36) nabídli pro činnost v domácím prostředí.

Grafie je ztížena sníženou výbavností písmen. Do terapie grafie jsme nejprve zařadili opis a diktát již známých slov z cvičení, jež byla zaměřena na terapii anomie. Následoval opis dalších slov, pseudoslov a slovních spojení (oddíl 4., 40, 41, 42), dále doplňování grafémů do slov (oddíl 4., 44, 25), největší část terapie grafie byla

věnována psaní slov a slovních spojení na diktát (oddíl 4., 46. 47), někdy jsme zařadili také diktát číslic. Zpočátku se vyskytovaly problémy s výbavností grafémů a přesmykování hlásek. Pacient si po sobě vždy slova přečte a případné nedostatky odstraní, cifry píše téměř intaktně. Pseudoslova odliší od reálných slov, chyby ve slovech (oddíl 3., cv. 28) opraví. Jeho úkolem na každý den bylo na volný list papíru napsat datum a kdo má svátek. Spontánní psaní u pacienta není realizovatelné z důvodu snížené schopnosti vybavit si slova. Grafie verbálních automatizmů byla splnitelným úkolem, proto bylo vhodné začlenit do terapie grafie automatizované formy řeči a operace s nimi. Miroslav píše velice pomalu, protože preferuje psaní paretickou končetinou.

Do terapeutického procesu jsme také řadili úkoly, které se zaměřovaly na orientaci v prostoru (oddíl 3., cv. 33 a oddíl 5., cv. 58), předpokladem pro správné řešení bylo intaktní porozumění větám, odpovědi vyžadovaly pouze potvrzení či vyvrácení výroku. Chyby se vyskytovaly pouze z nepozornosti. K orientaci v čase byla zaměřena cvičení (oddíl 5., cv. 48, 49), která potřebovala výjimečně nápovědu. Spojování slov nesoucí podobný význam (oddíl 5, cv. 51) a vyčleňování distraktoru (oddíl 5., cv. 53. 54) pro pacienta také nebyla obtížná, nevyžadovali jsme po něm vysvětlení, proč vyřadil právě toto slovo, protože nebyl schopen důvod verbálně objasnit. Nejvíce Miroslava zajímala cvičení, kde bylo úkolem přiřadit začátky přísloví k jejich odpovídajícím koncům (oddíl 5., cv. 56) nebo opravit chybně napsaná přísloví (oddíl 5., cv. 57).

Výsledky terapie

V průběhu terapeutického procesu byla úspěšná výbavnost slov, která byla neustále opakována a zařazována do různých cvičení v několika obdobích. Konverzace s pacientem je stále omezena na otázky a většinou jednoslovné odpovědi. Efektivní by byla stejně intenzivní terapie v průběhu dalších měsíců. Zlepšila se také výbavnost grafémů a schopnost řadit grafémy ve správném pořadí za sebou. Tempo psaní je snížené z důvodu konání činnosti postiženou končetinou, alespoň už jej nezpomaluje neschopnost vzpomenout si na tvar konkrétního grafému. Cvičení zaměřená na orientaci v prostoru, čase apod. byla do terapeutické činnosti řazena hlavně jako motivace, pro možnost zažít pocit úspěchu z činnosti. Některé z těchto úkolů plnil Miroslav sám doma. Po celou dobu terapie byl aktivní a ochotně spolupracoval.

3.2.4 Případová studie č. 4

Jaroslav jako 37letý prodělal akutní cévní mozkovou příhodu, která z neurologického hlediska způsobila pravostrannou těžkou hemiparézu, expresivní poruchy řeči a dysartrii. V důsledku ischemické cévní mozkové příhody byla zasažena kůra frontálního laloku a oblast Sylviovy rýhy levé mozkové hemisféry.

V akutním stádiu nemoci se vyskytovala nonfluentní produkce řeči, hovořil s velkými obtížemi způsobené sníženou výbavností slov a dysartrií. Odpovědi na otázky byly pouze jednoslovné věty s výskytem fonemických parafrází. Porozumění verbálnímu projevu bylo narušeno z části, jednoduchým úkonům rozuměl. Opakování je zachováno, pojmenování pouze s fonemickou nápodobou. Komplikace při vyšetření psaní byly způsobeny postižením horní pravé dominantní končetiny a celkově depresivní náladou. Opis problému nečinil, grafie se projevovala zhoršenou výbavností grafémů, což komplikovalo psaní na diktát a spontánní psaní. Z vyšetření lexie bylo patrné, že si izolovaná písmena velmi plete, vynechával některé hlásky, přesmykoval a domýšlel koncovky. Četl s vysokou frekvencí chyb a bez porozumění. Automatické řady byly zachovány. Pacient si svou poruchu uvědomoval a trápily ho potíže při vyjadřování. Podle bostonské klasifikace afázií se jedná nejspíš o transkortikální motorickou afázii.

V současné době 38letý pacient již rok navštěvuje klinického logopeda. Stále je patrná hypomimie pravé poloviny obličeje a pravostranná hemiparéza, pacient píše nepostiženou končetinou. Je mobilní na mechanickém vozíku a na terapii dochází v doprovodu matky. Dosud se nesmířil s nedostatky ve verbálním projevu a přichází často negativně naladěm.

Spontánní řečová produkce je nonflouentní. Při verbálním projevu je u pacienta patrné, že vyvíjí velké úsilí. Je narušen pravděpodobně fonologický výstupní lexikon a fonologický výstupní zásobník. Komunikuje jednoduchými větami, které se skládají ze 2 až 3 slov, řeč je celkově chudá. Při tvorbě delších vět se jeho řeč stává agramatická. Celkový projev je nonfluentní s anomickými pauzami, ale srozumitelný. V současné době není impresivní složka řeči narušena. Globální čtení je zachováno, izolovaná písmena si stále plete, proto dochází často k přesmykování a zaměňování koncovek. Má potíže s čtením nesmyslných slov, se slovy, které nemá ve svém slovníku a jednoslabičných slov. Při čtení jednotlivým slovům rozumí a odliší je od pseudoslov, texty však čte bez porozumění obsahu a nedokáže přečtené reprodukovat vlastními slovy. Pravděpodobně se jedná o narušení lexikálně sémantické cesty čtení. Při grafii, především při spontánním psaní, je patrná snížená výbavnost a řazení grafémů ve správném pořadí do slov.

Předpokládám poruchu užívání lexikální cesty psaní. Automatizované formy psaní (jméno, adresa, datum narození apod.) napíše pacient intaktně. Preferuje psaní velkými tiskacími písmeny, ale zvládne psát i psacím písmem.

Průběh terapie:

Terapie byla orientována na výbavnost slov, gramaticky správnou tvorbu vět, terapii lexie a grafie.

Pacientova řeč je ztížena anomickými pauzami. Do terapie jsme proto zařadili cvičení zaměřené na výbavnost slov, které je podpořeno vizuálním vjemem a deskripcí zobrazeného předmětu, zvířete, rostliny apod. (oddíl 1., cv. 1). Další úlohy byly určeny k přiřazování charakteristik slov k obrázkům (oddíl 1., cv. 2) a následné pojmenování na základě výhradně vizuálního vjemu nebo charakteristiky (oddíl 1., cv. 3 a 4). Ačkoliv jsou z jeho verbálního projevu patrné anomické pauzy, adekvátní slovo ve svém lexikonu většinou najde a vysloví. Pojmenování bylo úspěšnější na základě vizuálního vjemu. Další terapie se pak orientovala na produkci slov, jež jsou v souladu s jeho aktuálními potřebami a rozvoj aktivního slovníku.

Ve spontánní řeči se vyjadřuje jednoduchými větami o 2 až 3 větných členech, tvorba delších vět je většinou agramatická. Terapie zaměřena na tvorbu gramaticky správných tvarů ve slovních spojeních byla orientována na skloňování přídavných jmen (oddíl 2., cv. 5, 17, 18, 20, 21), zájmen (oddíl 2., cv. 6), časování sloves. Činnosti zaměřené na skloňování přídavných jmen nečinily potíže. Při skloňování zájmen se objevily chyby. Pacient také ve spontánní řeči často lidem kolem sebe tyká, což ho velice trápí. Při časování sloves zaměňuje koncovky druhých osob čísla jednotného a množného. Při každém setkání jsme se proto věnovali skloňování zájmen a časování sloves. Ačkoliv byl z počátku nešťastný ze svého neúspěchu, chtěl na svých chybách pracovat. Kromě vytvořených návrhů metodických materiálů jsme využili pracovní listy ze Souboru cvičných textů pro reedukaci afázie (Mimrová, 1998) a dalších analogických cvičení. Pro rozvoj větných členů jsme využívali oddíl 2., cv 11, 12, pro řazení větných členů do správného pořadí oddíl 2., cv. 13, 14 a pro doplňování a tvorbu vět oddíl 2., cv. 8, 9, 10, 16, 19, 21. Řazení slov do gramaticky správných větných celků bylo intaktní. Pokud se pacient soustředí na produkci delších vět a souvětí, výrazně mu pomáhají otázky určené k rozvíjení podmětu a přísudku (popř. předmětu atd.). Agramatismy se vyskytovaly pouze u sloves a zájmen. V průběhu terapie se frekvence chyb snižovala, někdy se nevyskytovala vůbec. Bylo by vhodné nadále skloňování zájmen a časování sloves

cvičit, aby došlo k fixaci. Jaroslav je často negativně naladěný, proto je jeho výkon velice kolísavý. Tvorba vět byla celkově ztížena sníženou výbavností slov po celou dobu terapie.

Vzhledem k tomu, že pacient stále zaměňuje izolované hlásky, primárním cílem při terapii lexie byla četba izolovaných grafémů nebo vyhledávání konkrétních písmen v souboru grafémů či v textu. K terapii lexie jsme využili oddíl 3., cv. 26, dále úlohu určenou pro četbu pseudoslov oddíl 3. cv. 27. Precizní četba vymyšlených slov byla pro pacienta nejobtížnější, pseudoslova však odliší od reálných výrazů. Při četbě slov, která má pacient ve svém sémantickém systému uložena, se vyskytovaly záměny pouze v koncovkách. Z důvodu zachovaného globálního čtení je pro něho jednodušší číst slova nebo slovní spojení, která nesou význam a která on sám zná. Oprava chybně napsaných slov (oddíl 3., cv. 28) nečinila potíže. Další činnost byla zaměřena na stimulaci lexikálního rozhodování. Pacient měl na základě vizuálního vjemu z několika možností vybrat výraz jež odpovídá kresbě (oddíl 3., cv. 29). Úkol, který byl zaměřen na hledání adekvátních výrazů k obrázku, nečinilo vážnější problémy, pouze delší zaváhání. Do terapie byla včleněna četba slov a slovních spojení při každém společném setkání.

Terapie grafie byla zaměřena na výbavnost grafémů a řazení grafémů ve správném pořadí do slov. V průběhu terapie se vyskytovaly minimálně cvičení na opis slov, slovních spojení a vět (oddíl 4., cv. 40, 41, 42, 43), protože nápodoba předepsaných vzorů a automatických forem psaní je intaktní. Vázla především výbavnost grafémů, proto jsme volili následující úlohy (oddíl 4., cv. 44., 45). Doplnění izolovaných grafémů do slov pacientovi nečinilo výrazné potíže. Psaní na diktát (oddíl 4., cv. 46, 47) bylo ztížené výbavností písmen a sníženou schopností řadit grafémy ve správném sledu do slov. Spontánního psaní bylo ztížené sníženou výbavností slov, vhodným úkolem byla grafie verbálních automatismů a operace s nimi. Pacient měl za úkol pořádku si zápisník a každý den napsat alespoň jednu větu. Tím se zrychlilo tempo psaní.

Pro rozvoj slovní zásoby byla do terapeutického procesu zařazena také cvičení na vysvětlování pojmů (oddíl 5., cv. 50), přiřazování synonym (oddíl 5., cv. 51), sémantické kategorizace (oddíl 5., cv. 52), vyloučení distraktoru ze souboru slov s náležitým vysvětlením (oddíl 5., cv. 53, 54). V těchto činnostech byl Jaroslav úspěšný. V průběhu terapeutického procesu byl jeho celkový výkon kolísavý stejně tak jako jeho nálada. Vkládali jsme proto do terapie jako motivační prvek právě úlohy, které pro něho byly splnitelné bez větší námahy.

Výsledky terapie:

V průběhu terapie autorka diplomové práce registrovala zlepšení ve spontánní mluvě, kde se podařilo odbourat tykání. Zdokonalila se také četba nesmyslných i reálných slov a slovních spojení. V důsledku každodenního psaní se zrychlilo tempo psaní. Jaroslav se celkově rozhovořil o svých zálibách a potížích. Se svými obtížemi není stále vyrovnán. Velice povzbudivě na něho působily příznivé výsledky terapie.

3.2 Shrnutí

U všech pacientů, které si autorka diplomové práce vybrala do svého výzkumného vzorku respektovala předcházející terapeutické techniky. Ačkoliv věnovala dostatek času studiu lékařských a logopedických anamnéz, byla seznámena s činností a průběhem běžných individuálních terapeutických procesů, setkávala se s pacienty před zahájením vlastních terapeutických postupů atd., prokázala se skutečnost, o které se píše v každé literatuře, že každý z pacientů je opravdu jedinečný. Individuálním potřebám proto musí odpovídat i terapie. Autorka se v průběhu logopedické terapie přesvědčila o tom, že je nezbytné, aby úlohy, které jsou zařazeny do logopedické terapie respektovaly nejen schopnosti a dovednosti pacienta, ale také jeho psychický stav.

Při terapii používala převážně návrhy metodických materiálů i další dostupné pomůcky, které jsou určené pro práci s afatiky. Při hodnocení vlastního terapeutického procesu s pacienty autorka diplomové práce shledala, že předpokladem úspěšné terapie bývá opakování, práce s podporou vizuálního vjemu a sekvence náročnosti úkolů. Zhodnotila, že hlavním nedostatkem vytvořených metodických materiálů je celkem chudý obrazový materiál. V průběhu terapie proto čerpala obrazový materiál právě z jiných souborů určených pro pacienty ztížených afázií. Otevřenou nabídku pracovních listů je vhodnější modifikovat, nežli klást pacientům těžko splnitelné úkoly. Většina návrhů metodických materiálů, které byly vytvořeny pro pacienty s narušenou komunikační schopností, s kterými následně pracovala, se v terapii osvědčila, aniž by je musela výrazně upravovat.

Intenzivnější logopedická péče, která se autorce diplomové práce podařila zrealizovat přinesla své dílčí výsledky. Je přesvědčená o tom, že pokud by byla stejně častá terapie i nadále např. po dobu několika měsíců, vedla by k dalším úspěchům.

Navržené metodické materiály jsou otevřeným souborem postupů, které je možno i nadále rozšiřovat a modifikovat pro práci s dalšími pacienty, kteří mají obdobné potíže

jako jedinci, kteří byli vybráni do výzkumu. Autorka diplomové práce by ráda své dosavadní zkušenosti prohloubila a nadále se věnovala pacientům s narušenou komunikační schopností způsobenou organickým poškozením mozkové tkáně. Autorka se zajímá především o terapeutický postup a další zpracování, úpravu a zkvalitnění metodických materiálů určených pro práci s afatiky.

Závěr

Ztráta nebo narušení komunikační schopnosti se vždy odrazí na psychickém stavu jedince. Teoretická část analyzuje poznatky z odborné literatury. Afázie je porucha řečových funkcí, která vzniká většinou náhle na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Nejčastějšími příčinami poruch fatických funkcí bývají cévní mozkové příhody, úrazy hlavy a další etiologie. Symptomy afázie jsou velice variabilní v závislosti na charakteru a rozsahu poškození mozkové tkáně. Klasifikace afázie je nejednotná, liší se přístupem jednotlivých afaziologických škol, dosud nepoužívanější je bostonská klasifikace afázií. Stejně tak, jako si nejnámennější centra vytvořila vlastní klasifikaci, tak si vytvořila také svůj přístup k diagnostice a terapii. Dodnes nebyl vytvořen jednotný systém, protože každý nahlíží na problematiku afázií z různého úhlu pohledu. K diagnostice afázií lze využít velké množství vyšetřovacích testů. Na diagnostiku navazuje terapeutický proces. Terapie klade důraz na interdisciplinární spolupráci a jejím cílem je dosáhnout maximálně možných schopností komunikace. Terapeutické techniky využívají různých forem a postupů v akutním i chronickém stádiu onemocnění.

Metodické materiály jsou otevřeným souborem návrhů, na podkladě kterých lze sestavit vlastní systém práce. Autoři, kteří sestavili metodické materiály na základě dlouholeté praxe, jež jsou určeny pro práci s pacienty ztížených afázií, poukazují na možnost přizpůsobit materiál individuálním potřebám pacienta. Někteří z logopedů nevyužívají možnost uplatňovat při terapeutickém procesu pomůcky určené pro afatické pacienty. Neocenitelným pozitivem však zůstává jejich využitelnost při práci s osobami, které žijí v blízkém kontaktu s postiženou osobou a mají zájem účastnit se terapie v domácím prostředí.

Empirická část navazuje na poznatky z teoretické části. Na základě studia literatury zabývající se problematikou afázie, dostupných materiálů určených pro práci s afatiky, lékařských a logopedických anamnéz, seznámení s celým průběhem logopedické terapie, byly vytvořeny návrhy metodických materiálů jako doplněk již existujících pomůcek. Zkvalitnění bezesporu přispěly konzultace s logopedem, který s pacienty pracuje dlouhodobě a zpětná vazba od dalších pacientů ztížených fatickou poruchou. Terapeutická práce s pacienty s afázií, na rekondičním pobytu poskytla poučení a cenné informace o vlastnostech již zhotovených návrhů metodických materiálů. Pomůcky byly na základě získaných zkušeností upraveny. Návrhy pracovních listů jsou rozděleny do šesti oddílů, každý úsek obsahuje stručné údaje poskytující instrukce, na který ze zasažených oblastí je zaměřen.

Praktická část je doplněna o případové studie. Pacienti, kteří byli vybráni do výzkumného vzorku dochází dlouhodobě na logopedickou terapii. Současně s nově vytvořenými metodickými materiály byly v průběhu logopedické terapie využívány i další pomůcky určeny pro práci s afatickými pacienty. V průběhu celého terapeutického procesu byly respektovány psychické stavy jedinců, individuální tempo práce a obtížnost úkolů, které postupuje od nejjednodušších po složitější.

Cílem diplomové práce bylo vytvořit návrhy metodických materiálů pro práci s afatiky. Vytvořené návrhy metodických materiálů byly aplikovány do častějšího a delšího terapeutického procesu, kde se prezentovaly jako efektivní. Pacienti reagovali pozitivně na návrhy vytvořených metodických materiálů. Zhotovené pomůcky pro pacienty ztížených afázií lze rozšířit a přizpůsobit pro další činnosti, proto je možné je využít v další praxi.

Seznam použité literatury a pramenů

- AMBLER, Z., *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0080-3
- BAUER, J., Cévní onemocnění mozku. In *Neurologie*. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2. Kapitola 21, s. 171 – 185
- BAUER, J., Nádory mozku. In *Neurologie*. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2. Kapitola 28, s. 247 – 258
- BÖHM, J., Kraniocerebrální traumata. In *Neurologie*. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2. Kapitola 20, s. 163 - 170
- CSÉFALVAY, Z., TRAUBNER, P., *Afaziologia pre klinickú prax*. Martin : Osveta, 1996 ISBN 80-217-0377-6
- CSÉFALVAY, Z., Diagnostika afázie. In *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5. Kapitola 6, s. 202 - 236
- CSÉFALVAY, Z., KLIMEŠOVÁ, M., KOŠŤÁLOVÁ, M., Diagnostika a terapie afázie. Praha : AKL ČR, 2002
- CSÉFALVAY, Z., *Súčasný pohľad na diagnostiku a terapiu afázie*. Dostupné na : http://www.csn.eu/pdf/nn_07_02_02.pdf
- CSÉFALVAY, Z., a kol. *Terapie afázie*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1
- CSÉFALVAY, Z., Terapie afázie. In *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5. Kapitola 6, s. 203 – 233
- ČECHÁČKOVÁ, M., *Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií*, Olomouc : Fakultní nemocnice, 1998
- ČECHÁČKOVÁ, M., Získané organické poruchy řečové komunikace. In *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6. Kapitola 12, s. 141 - 173
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8
- FANFRDLOVÁ, Z., Kognitivní deficit u Alzheimerovy demence. In *Neuropsychologie v neurologii*, Praha : Grada, 2006 ISBN 80-247-0843-4. Kapitola 3, s. 123 - 171
- HARTL, P., *Psychologický slovník*. Praha : Tercie, 1996. ISBN 80-191549-0-5
- HRBEK, A. *Neurologie 4*. Praha : SPN, 1983
- JIRÁK, R., Demence. In *Klinická neuropsychologie*. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6. Kapitola 6, s. 130 - 158
- KIML, J. *Afasie a reedukace řeči*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1969.
- KIML, J. *Základy foniatrie*. Praha : Avicenum, 1987.

- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9
- KOBR, J., *Slovník lingvistických termínů*. Praha : Linx, 2001. ISBN 80-86194- 08-6
- KOŠŤÁLOVÁ, M., Hodnocení efektivity logopedické intervence. In *Acta aphasiologica*, Brno : AKL ČR, 2002 ISBN 80-238-8536-7. Kapitola 3, s. 17 - 24
- KOUKOLÍK, F., *O vztahu lidského mozku a chování*. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-276-1
- KOUKOLÍK, F., *Lidský mozek*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-632-2
- KULIŠŤÁK, P., Afaziologické vyšetření. In *Klinická neuropsychologie*, Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6. Kapitola 14, s. 310 – 317
- KULIŠŤÁK, P. Kognitivní deficit u traumatického poškození mozku. In *Neuropsychologie v neurologii*, Praha : Grada, 2006 ISBN 80-247-0843-4. Kapitola 2, s. 87 – 119
- KULIŠŤÁK, P., Neuropsychologické aspekty vyšetření a péče o afatika. In *Afázie*. Praha : Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1. Kapitola 4, s. 175 – 200
- KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7
- KULIŠŤÁK, P., *Některé počítačové programy pro cvičení kognitivních funkcí*. Dostupné na: http://209.85.135.104/search?q=cache:jSmWCWIVy-EJ:www.cerebrum2007.cz/download/PhDr.Kulistak.pdf+train+to+brain&hl=cs&ct=clnk&cd=5&gl=cz&lr=lang_cs
- LECHTA, V. A KOL. *Logopedické repetitorium*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9
- LÍSALOVÁ, K., ŠKODOVÁ E., Skupinová terapie narušené komunikační schopnosti a její využití v diagnostice a terapii. In *Logopaedica V*, Bratislava : LIEČREH GÚTH, 2002. ISBN 80-88932-10-6. Kapitola 19, s. 103 - 113
- LURIJA, A., R., *Základy neuropsychologie*. Bratislava : SPN, 1983
- MIMROVÁ, M., *Afázie, Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie*, Praha : Triton, 2003. ISBN 80-85875-81-0
- MIMROVÁ, M., Afázie jako logopedický fenomén. In *Afázie*. Praha : Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1. Kapitola 2, s. 23 - 65
- MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I., *Vývinová dysfázia*, Bratislava : 1993 ISBN 80-900445-0-6
- NEBESKÁ, I., *Úvod do psycholingvistiky*, Praha : H H, 1992. ISBN 80-85467-75-5
- NEUBAUER, K. A KOL. *Nerogenní poruchy komunikace u dospělých*, Praha : Portál, 2007 ISBN 978-80-7367-159-4

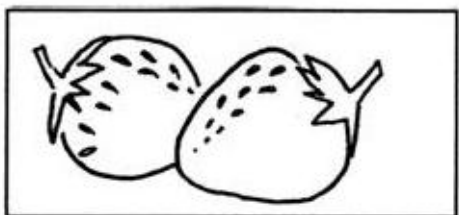
- NEUBAUER, K., Poruchy řečové komunikace – diagnostika a terapie, In *Klinická neuropsychologie*, Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6. Kapitola 13, s. 260 – 306
- NEUBAUER, K., Terapie poruch fatických funkcí a využití programu MENTIO. In *Diagnostika a terapie poruch komunikace*, Brno : AKL ČR, 1999. Kapitola 4, s. 10, 11
- NEBUDOVÁ, J., Cévní mozkové příhody. In *Afázie*. Praha : Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1. Kapitola 1, s. 11 – 15
- PETRŽÍLKOVÁ, M., *Mentio*. Dostupné na: <http://www.mentio.cz/>
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., Afázie. In *Logopedie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1088-5. Kapitola 15, s. 178 – 181
- PREISS, M., Neuropsychologie cévních mozkových příhod. In *Klinická neuropsychologie*, Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6. Kapitola 9, s. 181 – 191
- PREISS, M., Neuropsychologické vyšetření. In *Klinická neuropsychologie*, Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6. Kapitola 1, s. 20 - 58
- PREISSOVÁ, I., Aphasia screening test. In *Diagnostika a terapie poruch komunikace*, Brno : AKL ČR, 1999. Kapitola 7, s. 17
- RŮŽIČKA, E., Alzheimerova nemoc a jiné demence. In *Neurologie*, Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2. Kapitola 22, s. 187 - 193
- SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978
- STEJSKALOVÁ, J., Působení klinického logopeda v psychoterapeutické komunitě. In *Acta aphasiologica*, Brno : AKL ČR, 2002 ISBN 80-238-8536-7. Kapitola 8, s. 44 - 46
- TELECKÁ, S., Kognitivní deficit u vaskulární demence. In *Neuropsychologie v neurologii*, Praha : Grada, 2006 ISBN 80-247-0843-4. Kapitola 4, s. 177 - 204
- TICHÝ, J., Kortikální funkce, syndromy mozkových laloků. In *Neurologie*, Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2. Kapitola 2, s. 7 – 20
- TRUHLÁŘOVÁ, M. *Obrázkový slovník pro afatiky*. Praha : Avicenum, 1975
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, *Mezinárodní statická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize*, Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-787-7

Seznam příloh

Příloha č. 1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	100
Příloha č. 2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	104
Příloha č. 3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	115
Příloha č. 4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	129
Příloha č. 5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	133
Příloha č. 6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	144

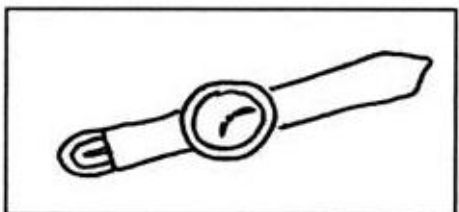
Oddíl 1. – Pojmenování

1. Pojmenujte obrázky:



Je to červené a sladké ovoce, které roste na zahrádce.

.....



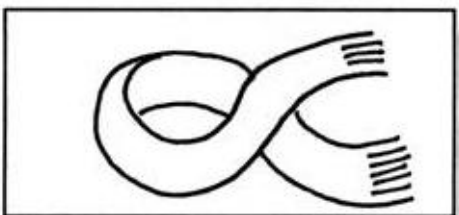
Nosíme je na ruce a zjišťujeme podle nich kolik je hodin.

.....



Věc, kterou si ráno češeme vlasy.

.....



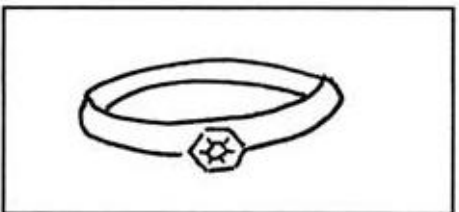
Část oblečení, které nosíme hlavně v zimě.

.....



Nádoba, kterou zaléváme květiny.

.....



Zlatý šperk, který zdobí prsty ruky.

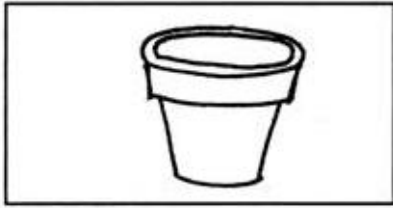
.....



Bíle kvetoucí jarní květina.

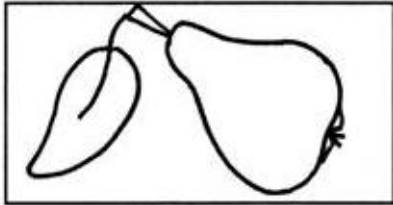
.....

2. Přiřaďte obrázek k charakteristice a pojmenujte jej.



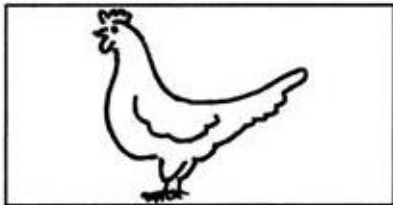
Sladké ovoce, které roste na stromě.

.....



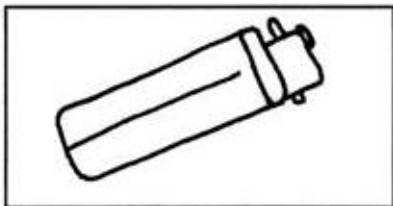
Kořenová zelenina, která se krájí do polévky.

.....



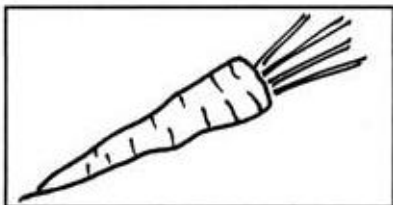
Domácí zvíře, které snáší vejce.

.....



Nádoba, do které přesazujeme květiny.

.....



Věc, která se používá k rozdělování ohně.

.....

3. Doplňte pojem na základě charakteristiky.

Nádoba s uchem, ze které pijeme kávu.

Živočich, který žije ve vodě a má ploutve.

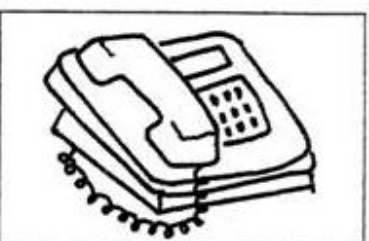
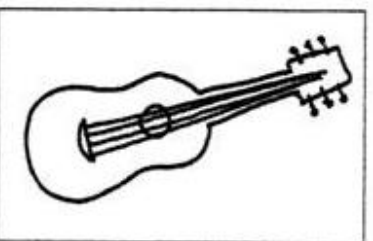
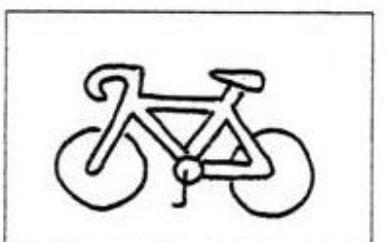
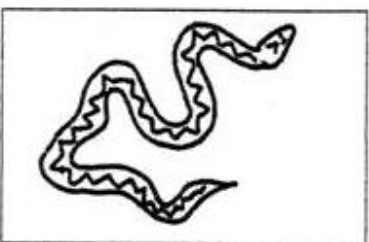
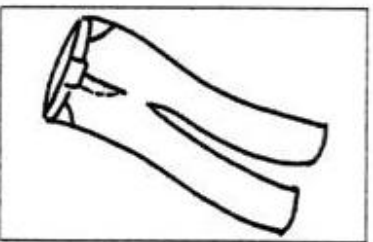
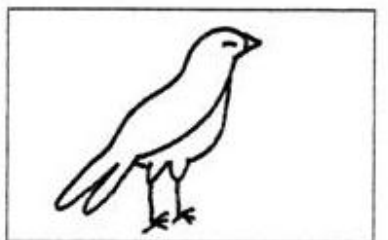
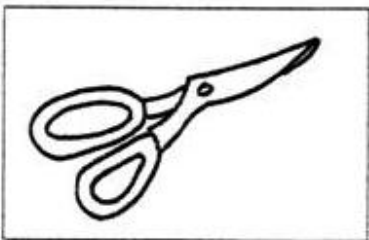
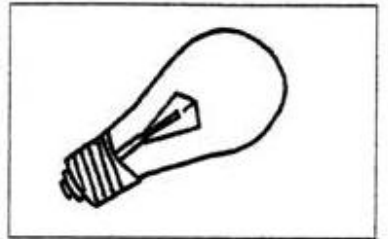
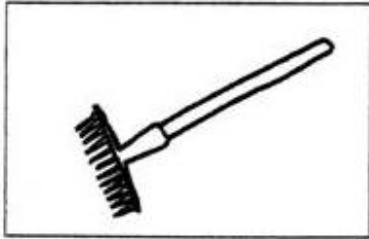
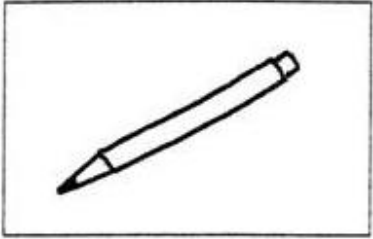
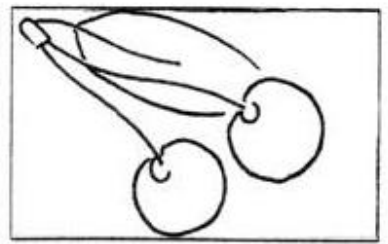
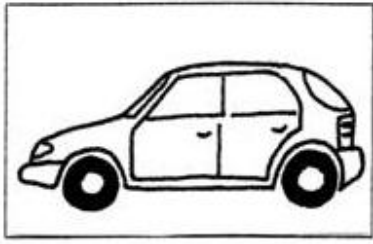
Nábytek, do kterého ukládáme oblečení.

Místnost, kde si myjeme ruce a čistíme si zuby.

Kyselé ovoce, kterým ochucujeme čaj.

Školní pomůcka, podle které rýsujeme.

4. Pojmenujte obrázky:



Oddíl 2. - Tvorba gramaticky správných tvarů a tvorba vět

5. Zakroužkujte správnou koncovou hlásku.

zlat – ý – á – é prsten

dřevěn – ý – á – é židle

zelen – ý – á – é jablko

skleněn – ý – á – é váza

papírov – ý – á – é krabice

hořk – ý – á – é káva

tepl – ý – á – é večere

rodinn – ý – á – é domek

širok – ý – á – é ulice

znečištěn – ý – á – é ovzduší

mal – ý – á – é vejce

sladk – ý – á – é hruška

vysok – ý – á – é rozhledna

křupav – ý – á – é houska

6. Doplňte přivlastňovací zájmena ve správném tvaru :

(já) .. *moje*.. kniha (on) učitel (ty) květina

(ty) ručník (my) klíče (my) dítě

(on)košile (oni) knihovna (on) kružítko

(ona) pokoj (ty) kotě (já) jablko

(ono) hřeben (ono) mýdlo (vy) váza

(my) postel (já) pravítko (ono) krabice

(vy) město (ona) křeslo (ona) sukně

(oni) obraz (vy) hotel (oni) zvíře

7. Doplňte odpovídající předpony:

- na-, od-, po-, pro-, pře-, roz-, vy-, za.

Pan učitel rozdal sešity. Táta letěl na dovolenou do Španělska. Jana mi šila díru na košili. zdravujte babičku. Školní zahrada byla kropená vodou. Žáci lámali větve stromů. Jan nesl jablka ze zahrady. Petr skočil lavici. Přišel si hrát fotbal a mkl si kotník. Marek razil do svého spolužáka. mluvili si spolu. Učitel volal chytrou studentku. vři okna a mkní dveře! Rodiče své dcery dobře chovaly. Maminka depsala úkol. trhal všechny jeho doklady. Zemědělec sel obilí. Přátelé se loučili na nádraží. Tomáš se kazil zákeřnou chorobou, museli ho vézt do nemocnice.

8. Dokončete věty:

- Když bude pršet, vezmu si
- Na stromech rostou a
- Zítra pojedu na výstavu do Prahy.
- Dnes jsou prázdniny a školáci nemusí do
- V obchodě kup mrkev, a
- Pojedeme autobusem do
- Hraje na kytaru, a
- K jídlu si dáme polévku.
- K narozeninám jsem dostal spoustu
- Ráno z postele a jdu si obličej.
- Mezi zeleninu patří květák, i
- Potřebují zašít a zkrátit kalhoty.

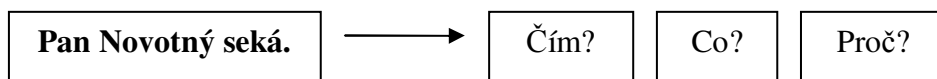
9. Napište věty s následujícími slovy:

- Klíče
- Ručník
- Letadlo
- Mléko
- Dopis
- Krejčí
- Noviny
- Léky

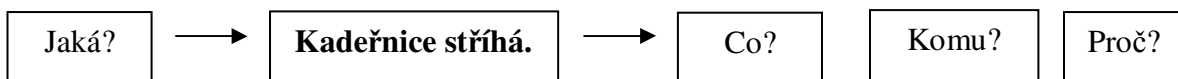
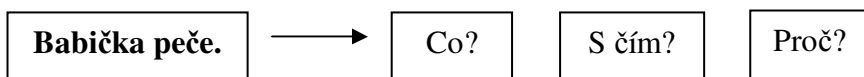
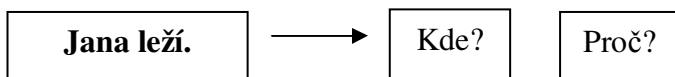
10. Dokončete věty:

- Večer půjdu na návštěvu k sestře, protože
- Večerní autobus jede do Prahy, ale
- Ve středu mám volno, i když
- Objednáme si večeři, neboť ?
- K večeru se venku ochlazuje, a proto
- .

11. Tvořte věty:



Pan Novotný sekačkou seče trávu, protože je vysoká.



12. Rozvíjejte věty o další členy podle počtu značek.

Dědeček čte. * *Dědeček čte noviny.*

Kuchař vaří . *

Maminka krájí. *

Jana tančí. * *

Děti si hrají. * *

Pes spí. * * *

Lampa stojí. * * *

Kamarád volá. * * *

Pekař peče. * * * *

Noviny leží. * * * *

Teta uklízí. * * * *

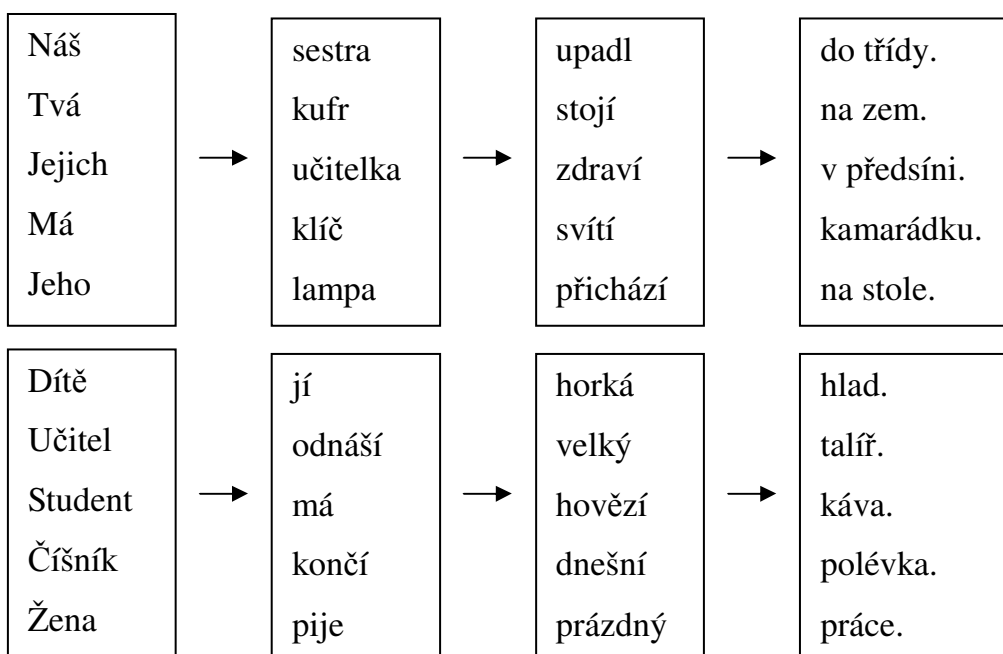
Petr otvírá. * * * *

Babička nakupuje. * * * * *

13. Seřad'te větné členy do správného pořadí tak, aby věta dávala smysl:

- noc bolí mě celou zub. *Celou noc mě bolí zub.*
- sněhu tady mnoho je v zimě.
- do divadla rád chodí a kina Petr.
- nemocný je a má dědeček horečku.
- často jak tenhle berete lék?
- příjemná letadlem cesta je a pohodlná.
- ten oblek se líbí ti modrý tmavě?
- neděli chodím na návštěvu ke tetě každou své.
- viděli jsme české herce známé v televizi.
- do Pardubic rychlík za 15 minut odjíždí.
- na podzim brněnský navštívil jsem veletrh tento rok.
- v Praze týden příští mezinárodní hudební festival začíná Pražské jaro.

14. Tvořte věty:



15. Tvořte otázky:

Babiččina taška je červená.

____*Jakou barvu má babiččina taška?* ____

Jana je učitelka v mateřské škole.

K večeri si koupím pečivo se sýrem.

Ráno Tereza vstává v 7 hodin.

Můj bratr bydlí v Praze na sídlišti.

Ta velká budova na náměstí je hotel.

Petrův oblíbený předmět je matematika.

Kateřina slaví narozeniny v lednu.

Autobus do Brna odjíždí v 11:30.

Tato modrá tužka stojí 25 korun.

Davidova přítelkyně přijede v pondělí.

Eva píše dopis svému strýci.

Tomáš je studentem vysoké školy.

16. Spojte dvojice a tvořte s nimi věty:

zašít ...

... rozčuchané vlasy

Babička zašila roztrhané punčochy.

ostříhat ...

... rozbitý televizor

přišít ...

... dlouhé vlasy

vyprat ...

... široký rukáv

vyžehlit ...

... utržený knoflík

zkrátit ...

... rozmačkanou košili

učesat ...

... *roztrhané punčochy*

opravit ...

... mokré ponožky

zúžit ...

... dlouhou sukni

usušit ...

... špinavé šaty

17. Doplňte správný tvar sloves:

David a Goliáš

David..... (být) nejmladší a taky nejmenší z osmi bratrů na jednom statku v městě Betlémě. Už to (vypadat), že víc už ani(nevyrůst), tak ho (posílat) pást ovce. David (pást) ovce a(hrát) na harfu. A (hrát) na ni tak líbezně, že i vlci, jak tu hudbu (slyšet), celí se (proměnit) a na jeho stádo (neútočit). I samotný král (vzkázat) pro Davida, neboť mu hlas jeho harfy (pomocť) od bolesti hlavy.

Když ale po čase král (sbírat) vojsko do války, (povolat) do boje tři Davidovy bratry a na malého pasáčka (zapomenout). Čas (utíkat) a válka (nekončit). (poslat) otec Davida s výslužkou, aby tři bratři siláci ve válce (přežít). David (sbalit) do pastýřské brašny jídla co (unést) a (vydat) se na cestu.

(Damoklův meč, Hana Doskočilová, s. 61)

Golem

Prý (být) na světě golemů víc, ale ten poslední, golem pražský (být) ze všech nejznámější. Podle pověsti (přijít) na svět za temné větrné noci v opuštěné cihelně na břehu Vltavy.

Moudrý rabín z Židovského města a jeho zeť (promísit) hlínu s vltavskou vodou a (vymodelovat) z ní mužskou postavu. Hlína na povrchu (začít žhnout), jako když se (vypalovat) v peci, pak (zvlhnout), (zvláčňēt) a chlapík se čím dál víc (podobat) spícímu člověku, až se mu (podobat) úplně. V tom okamžiku rabín (zasunout) pod golemův jazyk zázračný šēm a golem (obživnout), (povstat) a mlčky rabína (následovat).

(Damoklův meč, Hana Doskočilová, s. 61)

18. Vytvořte přivlastňovací přídavná jména:

kuchař čepice	___ <i>kuchařská čepice</i> ___
křest jméno	_____
láhev pivo	_____
občan průkaz	_____
sochař dílo	_____
jahoda zmrzlina	_____
svatba dar	_____
město divadlo	_____
poledne přestávka	_____
horolezec lano	_____
zlato prsten	_____
houska knedlík	_____
amatér výkon	_____
jídlo vůz	_____
oko lékař	_____

19. Vytvořte přivlastňovací přídavná jména a tvořte s nimi věty:

smutek obřad	___ <i>V pátek odpoledne se bude konat smuteční obřad.</i> ___
čokoláda bonbóny	_____
zub kaz	_____
národ muzeum	_____
mozek mrtvice	_____
obchod dům	_____
vejce pomazánka	_____
železnice zastávka	_____
kůže boty	_____
autobus nádraží	_____
záruka list	_____
hromada doprava	_____
hlava město	_____

20. Utvořte přivlastňovací přídavná jména ze sloves v infinitivu:

koupat čepice _____ *koupací čepice* _____

balit papír _____

zavírat špendlík _____

vyžehlit košili _____

dospět člověk _____

rozcuchat vlasy _____

sprchovat kout _____

skákat prkno _____

rezervovat stůl _____

vyprat oblečení _____

vykloubit rameno _____

prodloužit termín _____

přechodit chřipka _____

zaplatit účet _____

předložit průkazka _____

21. Utvořte přivlastňovací přídavná jména ze sloves v infinitivu:

roztrhat punčochy _____ *Dívka na sobě měla černé a roztrhané punčochy.* _____

objednat pacient _____

uklidit chodba _____

otevřít obchod _____

plést svetr _____

spravovat motor _____

vymalovat chodba _____

ztratit zavazadlo _____

vyčistit boty _____

opalovat krém _____

mrazit zelenina _____

ušíť oblek _____

propisovat tužka _____

22. Převeďte slovní spojení do protikladného významu (tvořte antonyma):

štíhlé prsty	<i>silné prsty</i>	mlčenlivá dívka	<i>povídavá dívka</i>
špičatý nos	_____	hodná teta	_____
slabý hlas	_____	chytrý žák	_____
suchá pokožka	_____	veselý chlapec	_____
velké oči	_____	líný zedník	_____
studené ruce	_____	pasivní přístup	_____
rovné zuby	_____	spravedlivý učitel	_____
husté obočí	_____	bohatý ministr	_____
vysoké čelo	_____	sprostá slova	_____
dlouhé nehty	_____	milující rodiče	_____
rovné vlasy	_____	krásná slečna	_____
přiléhající uši	_____	poctivý ředitel	_____
tmavé obočí	_____	nepořádný mladík	_____

23. Převeďte slovní spojení do protikladného významu a tvořte s nimi věty:

nízký podpatek	<i>„Mladá dáma přišla v lodičkách na vysokém podpatku.“</i>
hezká vázanka	_____
široké kalhoty	_____
špinavý kabát	_____
tmavý klobouk	_____
dlouhá sukně	_____
černé rukavice	_____
silný svetr	_____
smutná barva	_____
mokrý punčochy	_____
malé ponožky	_____

24. Ze slovesa vytvořte podstatné jméno označující místo.

hrát	_____ <i>hřiště</i> _____	závodit	_____
parkovat	_____	koupat se	_____
péct	_____	sídlit	_____
jíst	_____	ubytovat se	_____
prát	_____	klouzat se	_____
čistit	_____	stavět	_____
opravovat	_____	prodávat	_____
létat	_____	ordinovat	_____

25. Tvořte zdrobněliny:

dům	__ <i>domek</i> __	_ <i>domeček</i> _	ryba	_____	_____
stůl	_____	_____	oko	_____	_____
pokoj	_____	_____	loď	_____	_____
zvon	_____	_____	les	_____	_____
zub	_____	_____	kufř	_____	_____
strom	_____	_____	vítr	_____	_____

Oddíl 3. - Terapie lexie

26. Pečlivě přečtěte písmena a slabiky v řádku:

- A - I - O - E - U - É - Á - I - Ů - Ó - E - A - I - O - Ú - É - I - U - Ý - Á - É

- B - A - M - N - E - P - U - D - N - I - D - L - O - T - R - S - A - F - V - C

- V - B - Á - Ž - F - M - K - Ř - S - C - J - H - É - Č - Ď - N - Š - Ň - R - Ť

- BA - PE - VO - MA - LI - SA - DU - LE - DO - TI - NA - LE - ZI - PA - VU - CE

- ME - DU - KA - LU - CE - DI - SA - TE - BO - VU - LA - PE - TY - JA - KO - LI

- VÉ - SE - CU - LI - MA - KŮ - FU - RÁ - TE - ZÍ - PO - SE - GA - HE - JÍ - NA

- DI - ŽE - NA - TY - ŠO - NI - ŘÍ - ŠÁ - TI - LÉ - ČÍ - PÉ - NU - NÝ - HE - LA

- PA - NĚ - SO - JŮ - ŽA - ŘÉ - DĚ - CE - BĚ - FA - HU - VĚ - ČÍ - RÉ - TĚ - MÁ

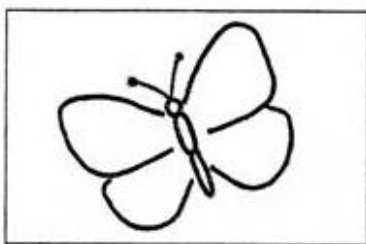
27. Přečtěte slova a vyškrtněte ta, která nedávají smysl:

POLETO	ČOKOLÁDA	KLAPOUN	TELEVIZOR
LETADLO	ŘEDITEL	UČEBNICE	ZĎUTAVOUS
KLOMAN	PLEKAN	OBČERSTVENÍ	FLAKERÁŠ
MONAT	VDAROŠ	ZAMĚSTNANEC	RENTGEN
KABÁT	POLŠTÁŘ	TRPÁNEČEK	POSTLEŽNÍK
LŽÍCE	BLUTAVEN	HLVAMOUC	PRAVOPIS
VELOPAT	HRÁBĚ	ŠODLENEC	OŘEZÁVÁTKO
MOKLED	STRAPON	ZÁPALKÁ	MANTYDLO
PRATEČ	DLASEK	POTLEFON	DLAŠIREC
KAMARÁD	MRKEV	ČAŠEDÁK	PERNAMENTKA
KVĚTINÁČ	SLUNEČNICE	HLAVOLAM	KLAŠIDLONĚ

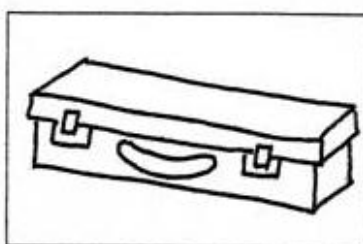
28. Opravte chyby v těchto slovech:

Divaldo, učenibce, květináš, hnihonav, hohdinář, trulhář, nádrarží, prádlina, kukřice, hodniny, pratívko, olbečení, časospis, ranemo, knelídk, čitsírna, plakvy, mlémko, horčečka, potranyvi, pononežka, sporvotec, bratracen, koupelena, rukacive, bramdora, karamád, nábytetk, čekátrna, kalenbář, zeleninina, cokruvar, klárovna, namželka, snídavoně, cetsovatel, dalekolhed, prázbniny, harmonika, podpapatek.

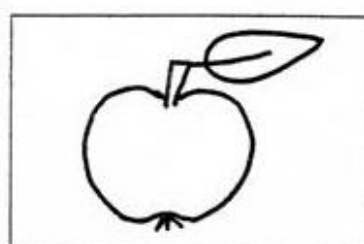
29. Vyberte k obrázkům správné výrazy:



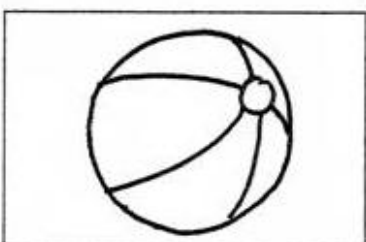
- a) pták
- b) motýl
- c) opice
- d) kočka



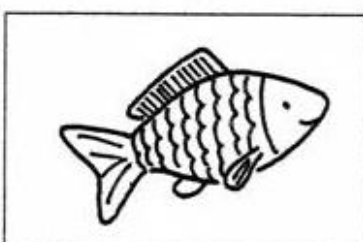
- a) vlak
- b) taška
- c) krabice
- d) kufr



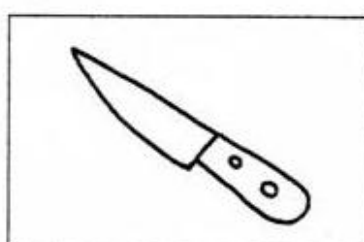
- a) citrón
- b) jablko
- c) hruška
- d) švestka



- a) myš
- b) kulatý
- c) rýč
- d) míč



- a) rybník
- d) žába
- c) ryba
- d) voda



- a) krájet
- b) nůž
- c) nůžky
- d) příbor



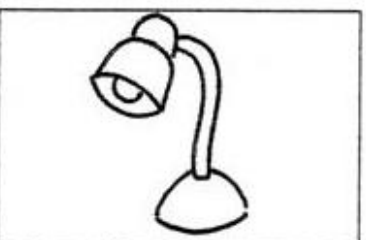
- a) slunečník
- b) slunce
- c) slunečnice
- d) slunéčko



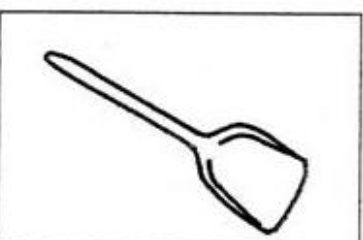
- a) ruka
- b) rukavice
- c) rukáv
- d) rukávník



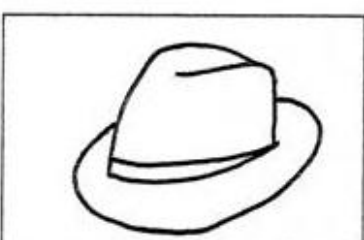
- a) déšť
- b) deštitk
- c) dešťovka
- d) deštník



- a) lapmička
- b) lampičočka
- c) pamlička
- d) lampička



- a) lotapa
- b) lopata
- c) lopta
- d) loupata



- a) lkobouk
- b) klobuk
- c) klobouk
- d) klokoub

30. Najděte nesmyslná slova ve větách (v každé větě je chybně napsané jedno slovo).

Na laci ležely knihy a sešity.

Její rodiče žijí ve Francii.

Rakousko je náš sousední stát.

Sedíme u stolu pro čtyři osoby.

Na čtvrtek večer máme kounepené lístky do divadla.

Každé prázdniny jezdíme k babičce.

Lvak přijel na vlakové nádraží.

Ta moderní budova je škola.

Na krajíc chleba si namaž sýrovou pomanázkou.

Oblékám si kabát, protože venku je chladno.

K večeri si dáme zeleninový salát.

V Praze vystoupil z autosubu.

V sobotu večer jsme večeřeli v restauraci.

31. Přečtěte nahlas věty a odpovězte na otázky:

Na babiččině dvoře roste jabloň.

Na čí dvoře roste jabloň?

Co roste na babiččině dvoře?

Kde roste jabloň?

Co jabloň dělá na babiččině dvoře?

Tomáš odchází na autobus do Brna.

Kdo odchází na autobus?

Co dělá Tomáš?

Kam jede autobus?

Čím Tomáš odjede do Brna?

Janin přítel se jmenuje Petr a bydlí v Plzni.

Jak se jmenuje Janin přítel?

Čí je to přítel?

Kde bydlí Janin přítel?

Kdo bydlí v Plzni?

Tereza si oblékla červené šaty.

Kdo si oblékl červené šaty?

Co udělala Tereza?

Jakou barvu měly šaty?

Co si na sebe Tereza oblékla?

32. Přečtěte věty a odpovězte na otázky:

Ta velká budova byla postavena dědečkem.

- Kdo postavil tu budovu? *dědeček*.....

Smlouva byla podepsána ředitelem banky.

- Kdo podepsal smlouvu?

Dopis na úřad byl odeslán strýcem.

- Kdo odeslal dopis?

Policejní auto bylo zavoláno majitelem kanceláře.

- Kdo zavolal policejní auto?

Petr je chválen svou matkou.

- Kdo je chválen?

Kapesník byl podán Jirkovou sestrou.

- Kdo podal kapesník?

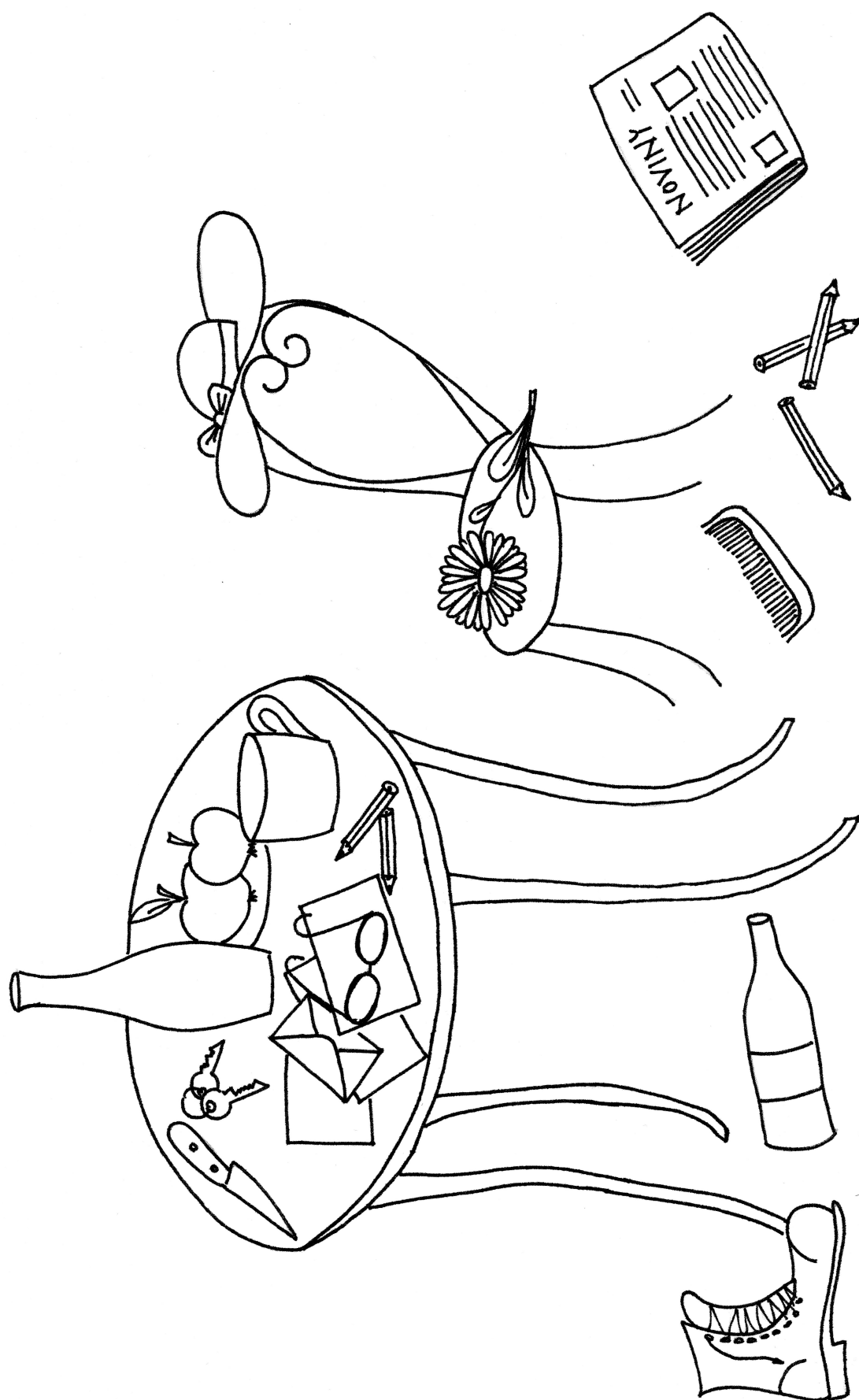
Martin byl spatřen při krádeži Petrem.

- Kdo byl spatřen při krádeži?

Kateřina byla pozvána na svatbu své přítelkyně Jany.

- Kdo se vdával?

33. Prohlédněte si obrázek:



Prohlédněte si obrázek a vyberte správnou odpověď:

- | | |
|---------------------------------------|----------|
| 1. Na stole leží brýle. | ANO x NE |
| 2. Pod stolem leží noviny. | ANO x NE |
| 3. Květina je ve váze. | ANO x NE |
| 4. Brýle leží na stole. | ANO x NE |
| 5. Pod stolem leží klobouk. | ANO x NE |
| 6. Bota leží pod židlí. | ANO x NE |
| 7. Na stole je ubrus. | ANO x NE |
| 8. Jablka leží mezi hrníčkem a vázou. | ANO x NE |
| 9. Na stole jsou dvě jablka. | ANO x NE |
| 10. Láhev stojí na stole. | ANO x NE |
| 11. Klíče leží vedle boty. | ANO x NE |
| 12. Pod židlí leží hřeben. | ANO x NE |
| 13. Nůž leží mezi hrníčkem a brýlemi. | ANO x NE |
| 14. Na obrázku je celkem pět tužek. | ANO x NE |
| 15. Hřeben leží mezi botou a lahví. | ANO x NE |

34. Na obrázku je 17 předmětů. Během minuty, se jich pokuste co nejvíce zapamatovat.

- | | |
|-----------|-------------|
| 1. bota | 10. jablka |
| 2. láhev | 11. hrnek |
| 3. stůl | 12. tužky |
| 4. nůž | 13. židle |
| 5. klíče | 14. květina |
| 6. obálka | 15. klobouk |
| 7. papíry | 16. hřeben |
| 8. brýle | 17. noviny |
| 9. váza | |

35. Přečtěte si krátký text a odpovězte na otázky:

Nákup

Dneska přišla paní Novotná brzo z práce domů. Hned po tom, co si vypila pravidelnou odpolední kávu, vyrazila na nákup do obchodu.

Nejprve šla do oddělení, kde se prodává pouze pečivo. Koupila půlku chleba, osm rohlíků a dva makové koláče pro své dva syny. Z regálů s chlazenými mléčnými výrobky si odnesla čtyři jogurty, tvaroh a sýr. Na sobotní guláš koupila vepřové maso. Tatínek má rád ke guláši chlazené pivo, na to ale paní Novotná zapomněla. Na zeleninový salát přidala do košíku rajčata, papriku a okurku. Protože se blížila neděle, na kterou se paní Novotná chystala udělat bábovku ke kávě, potřebovala ještě hladkou mouku a rozinky. Nakonec přistoupila ke kase a když jí prodavačka sdělila kolik má zaplatit, pěkně se jí podlomila kolena.

Odpovězte na otázky:

- Co koupila paní Novotná v oddělení kde se prodává pouze pečivo?
- Co koupila svým synům?
- Co nakoupila paní Novotná z mléčných produktů?
- Z jakého masa se chystá udělat guláš?
- Kdy má v plánu vařit guláš?
- Co paní Novotná zapomněla v obchodě koupit?
- Z čeho dělá paní Novotná salát?
- Co se chystala paní Novotná udělat v neděli ke kávě?

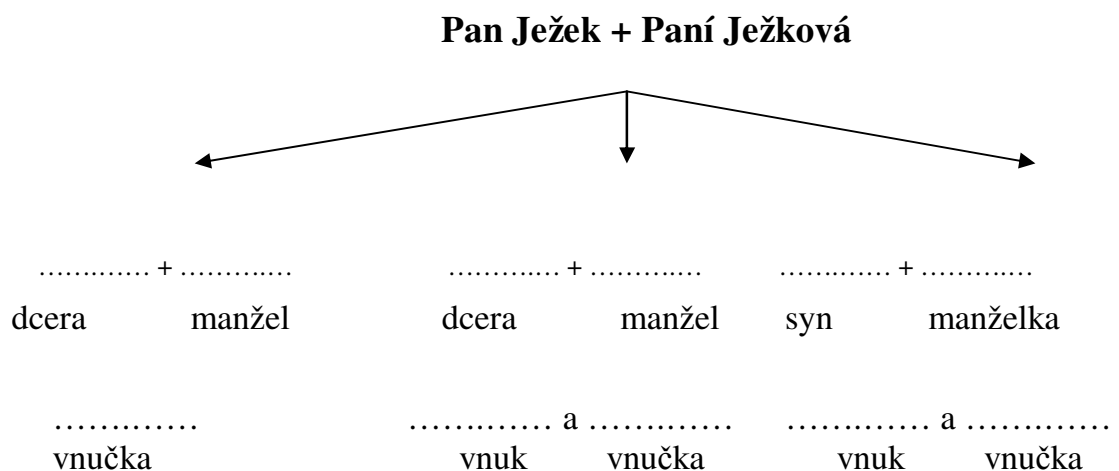
Zkuste si vzpomenout na co nejvíce potravin, které paní Novotná nakoupila v obchodě, aniž byste se dívali do textu. Je jich 12.

36. Přečtěte si krátký text:

Oslava 60. narozenin.

Paní Ježková oslaví letos v létě 60 narozeniny. Celá její rodina se moc těší na velkolepou oslavu, kterou se chystají uspořádat na zahradě. Pro samotnou paní Ježkovou to bude překvapení. Pan Ježek si vezme vše na povel, ale aby vše nezařizoval sám, práci rozdělí i svým potomkům a kamarádům. Dcera Jana musí nakoupit maso na grilování, její dcera Anička má za úkol napsat a rozeslat pozvánky. Jany manžela Petra pošle pan Ježek sehnat ke kamarádovi Jakobovi, jež vlastní hospodu, zahradní nábytek alespoň pro 40 lidí. Druhá dcera Zuzana s manželem Tomášem v obchodě nakoupí nápoje. Jejich syn Michal sežene na trhu čerstvou zeleninu a dcera Eva objedná dort a upeče buchtu. Nejmladší syn Jirka je kuchař a připraví obložené talíře a chlebičky. Pomáhat mu bude manželka Petra s dcerami Ivou a Martinou. Kamarád pana Ježka František, který má v Mikulově sklípek doveze na oslavu červené víno. Soused Bartoš pomůže panu Ježkovi posekat zahradu a připravit gril. Pan Ježek musí nakonec ještě koupit dárek a kytici pro svou manželku..

Pokuste se sestavit rodokmen rodiny Ježkových:



Odpovězte na otázky:

Kolikáté narozeniny slaví paní Ježková?

Kde bude rodina Ježkova pořádat oslavu narozenin?

Co musí na oslavu obstarat dcera Jana?

Jak se jmenuje Janin manžel?

Kdo je Jakub?

Co má za úkol vnučka Jana?

Kdo má sehnat na oslavu zahradní nábytek?

Pro kolik lidí plánují obstarat zahradní nábytek?

Kdo nakoupí na oslavu nápoje?

Co zařídí Michal?

Kdo zajistí dort a upeče buchtu?

Kdo z rodiny je kuchař?

Co budou dělat Jirkovy dcery?

Čí je František kamarád?

Co přiveze na oslavu František?

Kdo poseká zahradu?

Jak se jmenuje soused?

Jaké úkoly zbyly na samotného pana Ježka?

37. Přečtěte si text a odpovězte na otázky.

Loupeživá rytířka

V lese Suché mezi Vamberkem a Rokytnicí stával za dávných časů na vyvýšeném pahorku starobylý hrad, z něhož zbyly jenom trosky. Jeho majitel byl chudý rytíř Kuna, který měl jedinou dceru. Byla zvláště krásná a na své kráse si neobyčejně zakládala. Obležovali ji mnozí ctitelé ze stavu rytířského, ale každý ji brzo opustil, jakmile se dověděl o její chudobě. Když osiřela, pobývala několik měsíců v Praze, kde si oblíbila jednoho královského panoše. Ten ji však také odmítl, protože neměla žádné věno. Tak si předsevzala, že si za každou cenu pomůže k majetku.

Najala několik pacholků a slíbila jim podíl na kořisti, uloupené bohatým kupcům a zámožným šlechticům. Aby se báli a aby nenechali ani jediného pocestného odejít z blízkosti hradu v klidu, pohrozila loupeživé bandě hrdelními tresty. Za několik let nahromadila mnoho cenných předmětů a sudy i železné truhlice měla plné stříbrných mincí.

O nekalé rytířčině činnosti došla zpráva až na Pražský hrad. Císař a král Karel IV. Poručil její hrad zbořit a dřevěné části zapálit. V plamenech zahynula loupeživá rytířka i mnozí členové její nekalé družiny. Ostatní obyvatelé hradu byli zajati a popraveni.

(Pověsti z Orlických hor a Podorlicka,
Josef Juza, Jiří Mach, Václav Matouš, s. 34)

Odpovězte na otázky:

- Kolik dcer měl rytíř Kuna?
- Proč dceru hraběte Kuny nikdo nechtěl, ačkoliv byla neobyčejně krásná?
- Jakým způsobem dcera hraběte Kuny přišla k majetku?
- Jak pohrozila loupeživé bandě aby nenechali jediného pocestného kolem hradu projít?
- Za jak dlouho naplnila truhlice a sudy majetkem?
- Co se stalo s hradem poté, co došla zpráva o nekalých činnostech rytířky až na Pražský hrad?

38. Přečtěte si text a pokuste se jej vlastními slovy převyprávět.

Lesní žena

Před dávnými léty pracoval jeden chudý dřevorubec v Luisině údolí. Byl žhavý letní den a dřevaři se žízň lepil jazyk na patro. Došel teda k nedaleké studánce, maje sekeru, jediný svůj majetek, na rameni. Jak se však sehnul přes roubení studánky, spadla mu sekera do vody. Ať hledal, jak hledal, nemohl sekeru nalézt. Chud'as se pustil do nářku a žalostného bédování.

V tom přistoupila z lesní houštiny stařena a ptala se, co že se mu přihodilo. Dřevorubec jí popravdě odpověděl, jak vlastní neopatrností přišel o sekeru, jediný nástroj své obživy.

Stařenka se usmála a pravila: „Podívej se do pramene ještě jednou!“ Muž poslechl a ke svému velkému překvapení spatřil ve vodě zlatou sekeru. Když i vyzvedl z pramene pravil, že ta není jeho. Stařena mu poručila, aby se do pramene podíval ještě jednou. Znovu poslechl a tentokrát vytáhl sekeru stříbrnou a zase doznal, že to není jeho majetek. Do třetice se objevila v prameni jeho vlastní ocelová sekera.

Za to, že byl chud'as poctivým člověkem a netoužil po cizím majetku, mohl si za odměnu ponechat všechny tři sekery a než dřevorubec stačil poděkovat, zmizela střena v hustém lese.

Muž, omámený nenadálým štěstím, nesl si odměnu své poctivosti domů. Cestou potkal souseda, líného a lakomého člověka, jemuž neuváženě svou příhodu vyprávěl. Ten ihned vytušil příležitost, jak přijít snadno k penězům. V duchu se již viděl bohatým člověkem, který už nebude nikdy muset pracovat.

Rychle odkráčel ke studánce, bez váhání vhodil svou sekeru do vody s pustil srdceryvný nářek. I jemu se objevila stará lesní žena a poradila mu, aby sáhl do pramene. Když vyzvedl zlatou sekeru a stařeně prohlásil, že je to původní ztracená, zapadla zlatá sekera zpět do studánky. Stařena pravila: „Protože jsi nepoctivý člověk a chtěl jsi mne oklamat, svoji sekeru u zpátky nedostaneš!“ a zmizela.

Tak odměňuje lesní žena, lidi dobré a spravedlivé a tak trestá ničemníky a lenochy.

(Pověsti z Orlických hor a Podorlicka,
Josef Juza, Jiří Mach, Václav Matouš, s. 318)

Pokuste se příběh o chudém dřevorubci a lesní ženě stručně převyprávět.

39. Přečtěte si text a písemně odpovězte na otázky pod pověstí.

O zazděné paní opočenské

Veselo bylo na opočenském zámku. Pan Mikuláš Trčka se rozhodl dát sbohem svobodě a oženit se. Jeho vyvolenou se stala Kateřina ze Šellenberka, mladá dívka nevšední krásy. Již poprvé, kdy ji spatřil, si pan Mikuláš umanul, že musí být jeho. Vyslal důvěrné vyjednávače a protože šlo o muže bohatého, jehož statky, pole a lesy se rozprostíraly po celé krajině Orlických hor a jejich podhůří, nevěstin otec se svým souhlasem neváhal dlouho. Kateřiny se na souhlas nikdo neptal. Prosila, plakala, naříkala, že pan Mikuláš je léty od ní vzdálen a že manželství bude nešťastné. Otcovo srdce však zaslepilo ženichovo bohatství.

Když svatební reje a hodování utichly, nastaly obyčejné, dlouhé všední dny. Mladá opočenská paní měla všeho hojnost a dostatek, kromě štěstí a svobody. Sám ji také zanedbával, protože byl většinu času na cestách a dohlížel na rozkvět svého panství. Doma pak byl mrzutým a nevrlym společníkem a svoji ženu bral jako kteroukoliv část svého majetku, bez citu, bez lásky.

Jednoho krásného letního odpoledne si Kateřina krátila dlouhou chvíli procházkou v zámeckém parku. Šla sama, protože ani nejoddanějším pánovým služebníkům se do srpnového žáru nechtělo.

Došla k potoku, kde se chtěla potěšit pohledem na stříbrná těla pstruhů, rejdicích pod jezem. Ale břeh, podemletý jarními vodami, neudržel štíhlé dívčí tělo, které ve mžiku zmizelo v tůni pod jezem. Jen slabý výkřik zastavil mladého rytíře Šatovce, který malý kousek odtud projížděl na koni. Rychle přispěchal na pomoc a v poslední chvíli vytáhl Kateřinu z vody.

Pomalou přicházela k sobě, otevírala oči a myslela že sní krásný sen. Zamilovali se do sebe na první pohled. Ale oba, Kateřina i rytíř, který byl na zámku ve službách pana Mikuláše věděli, že jejich láska musí zůstat utajena všem lidským zrakům. Scházeli se proto tajně, za hlubokých nocí, v odlehlých místech zámeckého parku. Kateřina se svěřila jedině osobě, které důvěřovala, své staré věrné chůvě. Ta se stala prostřednicí tajné lásky a přenášela láskyplná psaní mezi oběma milenci.

Nad mladou láskou se však stáhly černé mraky. Kterýsi ze služebnictva si povšiml častých chůviných pochůzek a za čerstva donesl závistivou zvěst svému pánu. Ten se brzy dopátral důkazu, když nechal chůvu zadržet a našel u ní dopis, psaný Kateřininou rukou.

Mladého rytíře poručil popravit, chůvu zaživa zahrabat a k nejkrutějšímu trestu pomalého umírání odsoudil svoji ženu. V silné zámecké zdi nechal vylámat výklenek, do něhož postavil křeslo. Paní Kateřina usedla do křesla a zedníci výklenek zazdili.

Když po staletích něco přestavovali ve staré části zámku, odkryli zazděný výklenek, v němž spatřili lidskou kostru, sedící na křesle. Byla to nešťastná paní Kateřina. A její duch prý tiše bloudí nočním zámkem a dodnes hledá svého milého.

(Pověsti z Orlických hor a Podorlicka,
Josef Juza, Jiří Mach, Václav Matouš, s. 223)

Vyhledejte v textu odpovědi:

- Jak se nazýval opočenský pán celým jménem?
- Koho si rozhodl vzít za ženu opočenský pán?
- Kdy si opočenský pán umanol, že se musí stát jeho ženou?
.....
- Čím byl zaslepen nevěstin otec když se rozhodl provdat dceru?
.....
- Co mladé opočenské ženě scházelo?
- Jak se Mikuláš choval ke své ženě?
- V jaký letní měsíc si vyšla na procházku do parku?
- Pohledem na které zvíře se chtěla Kateřina potěšit?
- Jak se jmenoval rytíř, který Kateřině zachránil život?
- Kde se Kateřina s rytířem scházela?
- Co našel Mikuláš jako usvědčující důkaz o nevěře?
- Jakým způsobem potrestal opočenský pán rytíře, chůvu a svou ženu Kateřinu?
.....

Oddíl 4. - Terapie grafie

40. Opište slova:

OKNO

ŽÁBA

KOSTEL

MOTÝL

KOPEC

STROM

PAPRIKA

NEDĚLE

41. Opište nesmyslná slova:

PLAB

SETN

ULID

KUZEC

HROVÁŠ

TYFOMAJ

ŘEDIJEC

FLANITĚJ

42. Opište dvojici slov:

SLADKÝ ČAJ

SILNÝ VÍTR

ČERVENÉ JAHODY

LÁTKOVÝ UBRUS

TVAROHOVÝ KOLÁČ

PLETENÝ SVETR

PAPÍROVÁ KRABICE

KVĚTINOVÁ VÝZDOBA

NEJOBLÍBENĚJŠÍ KAMARÁD

DVACETIKORUNOVÁ MINCE

43. Opište krátké věty:

NOVINY LEŽÍ NA STOLE.

NA STĚNĚ VISÍ OBRAZ.

TOMÁŠ SI KOUPILO NOVÉ PERO.

NA OKNĚ STOJÍ KVĚTINÁČ.

JE TA BRAMBOROVÁ POLÉVKA HORKÁ?

PŘED DOMEM STOJÍ NALEŠTĚNÉ MODRÉ AUTO.

44. Doplňte do slov vhodné samohlásky:

p _ šta

l _ kárn _

pr _ v _ tk _

str _ m

b _ bičk _

z _ hr _ dn _ k

p _ pír

kl _ d _ vo

r _ kav _ c _

dřev _

r _ men _

s _ ln _ c _

_ heň

z _ len _ na

op _ r _ c _

př _ tel

kn _ dl _ k

dov _ l _ n _

l _ tadlo

pš _ n _ ce

c _ kr _ v _ r

ostr _ v

k _ mer _

p _ pírn _ ctv _

čep _ ce

j _ z _ ro

_ rdín _ c _

t _ bule

pl _ v _ c

šro _ b _ v _ k

45. Doplňte do slov první hlásky:

_ abule	_ rocházká	_ nihovna	_ ílna
_ ivadlo	_ ečře	_ izinec	_ avice
_ rambora	_ odiny	_ aludek	_ vířátko
_ estra	_ ablko	_ ílko	_ učník
_ ovinář	_ arář	_ léko	_ uláš
_ kola	_ editel	_ íšník	_ ížina

46. Pište slova na diktát:

- kolo, sova, boty, voda, maso, nos, šála, husa, kaše, moře, klíč, prut, krém, vlak.
- jelen, talíř, herec, opera, kniha, mléko, lampa, mouka, losos, oblek, srdce, skála.
- čepice, sekera, pečivo, koleje, večere, štětec, kladivo, letadlo, loutkař, horolezec.

47. Pište slovní spojení a krátké věty na diktát:

- horká káva, modré oči, dlouhá tráva, starý hrnek, suchý strom, kávový dort, hluboký talíř, dřevěná židle, chladný déšť, ovocná zmrzlina, vařená zelenina, svalnatá postava, rozumný bratranec, rozcuchané vlasy, pravdomluvná žena.
- Cena obleku je vysoká. Petr má dnes narozeniny. Dnes je venku chladno. V hrnečku je teplý čaj. Každý den si kupuji noviny. V pekárně prodávají čerstvý chléb. Jana zavírá dřevěné dveře. Postavili jsme stůl k oknu. V obchodě pracuje několik prodavaček. Cestující ve vlaku čte knihu. Tomáš je zaměstnán v nemocnici jako lékař. Ta moderní budova na náměstí je kavárna. Martin hází do schránky dopis pro svou babičku. Na znečišťování vzduchu se podílí také doprava.

5. Oddíl - Orientace v čase, orientace v prostoru, rozvoj slovní zásoby, automatizované formy řeči, kategorizace, krátkodobá paměť.

48. Doplňte dny v týdnu a měsíce v roce:

- Kolikátého je dnes? _____
- Jak se nazývá první měsíc v roce? _____
- Jak se nazývá šestý den v týdnu? _____
- Pokud je dnes středa, který den byl včera? _____
- Jak se nazývá sedmý měsíc v roce? _____
- Pokud je dnes čtvrtek, který den bude zítra? _____
- Který měsíc následuje po měsíci srpnu? _____
- Kolikátého bude zítra, když dnes je 31. ledna? _____
- Jak se nazývá jedenáctý měsíc v roce? _____
- Jak se nazývá čtvrtý den v týdnu? _____
- Kolikátého bylo včera, když dnes je 28. února? _____

49. Spojte časové údaje:

- | | |
|------------------------------------|-------|
| - jedna hodina odpoledne | 6:45 |
| - osm hodin ráno | 13:00 |
| - čtvrt na dvanáct dopoledne | 15:30 |
| - třičtvrtě na sedm ráno | 8:00 |
| - půl čtvrté odpoledne | 16:30 |
| - čtvrt na deset | 11:15 |
| - za deset minut bude půl třetí | 18:05 |
| - šest hodin a pět minut odpoledne | 9:15 |
| - půl páté odpoledne | 17:55 |
| - za pět minut šest odpoledne | 14:20 |

50. Vysvětlete pojmy:

- lékárna, čistírna, jízdenka, stadión, knihkupectví, nemocnice, chladnička, kadeřnictví, kozačky, kolotoč, česnek, fotoaparát, mateřídouška, cestovatel, šroubovák, zavařenina, pekař, televizor, lokomotiva, lékař, zahradnictví, švadlena.

51. Spojte slova nesoucí podobný význam (synonyma). Ke kladným vlastnostem člověka napište + a k záporným vlastnostem - .

<i>chytrý</i>	falešný	zlostný	drzý
líný	laskavý	svědomitý	poctivý
hodný	veselý	čestný	agresivní
nepoctivý	sprostý	neukázněný	bojácný
vtipný	<i>moudrý</i>	talentovaný	nadaný
neslušný	pohodlný	ostýchavý	pečlivý

52. Vyjádřete jedním slovem:

Mrkev – paprika – okurka	_____ <i>zelenina</i> _____
Lžíce – nůž – vidlička	_____
Kalhoty – sako – svetr	_____
Citrón – banán – jablko	_____
Syn – babička – strýc	_____
Lyžování – plavání- šerm	_____
Divadlo – muzeum – obchod	_____
Chleba – rohlík – houska	_____
Mléko – pivo – káva	_____
Pekař – švadlena – prodavač	_____
Panenko – loutka – kočárek	_____
Zebra – slon – kočka	_____
Autobus – letadlo – vlak	_____

53. Škrtněte, které slovo do souboru nepatří a své rozhodnutí vysvětlete.

autobus
tramvaj
vlak
trolejbus
letadlo

syn
matka
bratranec
snoubenec
strýc

lékař
sanitář
zdravotní sestra
turista
ošetřovatel

zahrádkář
podnikatel
houbař
rybář
sběratel

hokejista
fotbalista
volejbalista
basketbalista
házenkář

lyžař
sáňkař
oštěpař
bruslař
hokejista

polobotky
kabelka
sandály
holínky
kozačky

kapr
pstruh
štika
losos
sumec

uši
zuby
nos
prsty
oči

housle
kontrabas
viola
kytara
klavír

54. Škrtněte, které slovo do souboru nepatří a své rozhodnutí vysvětlete.

houba
mrkev
cibule
petržel
česnek

vaříč
budík
sporák
pračka
chladnička

kuchyň
jídelna
koupelna
pracovna
botník

minerální voda
polévka
džus
limonáda
pivo

tele
jehně
sele
kůň
kuře

jablko
švestka
citrón
hruška
broskev

továrna
hrad
klášter
zámek
kostel

flétna
saxofon
trubka
hoboj
harfa

divadelní představení
televizor
muzikál
balet
opera

mýdlo
zubní pasta
pravítko
parfém
šampón

55. Přečtěte si méně známá přísloví a vysvětlete jej svými slovy:

- Dobré slovo hubu nespálí.
- Svěř se tetě, roznese tě po všem světě.
- Chceš li ztratit přítele, půjč mu peníze.
- Kdo se směje, místo aby zuřil, je vždy silnější.
- Je lepší uklouznout nohama než jazykem.
- Kdo o kom před tebou, jistě o tobě u jiných.
- Kdo umí smát se a zpívat, ten se neleká žádného neštěstí.
- Přátelské služby se neúčtují.
- Která chválí cizí muže, snadno vstoupí v cizí lóže.
- Bohatství plodí závist, chudoba nenávist.
- Kdo v lásce dlouho váhá, nakonec prohrává.
- Člověka při víně poznáš.
- Dobrá studna v suchu dává, dobrý přítel v nouzi se poznává.
- Člověk hloupí neustoupí.
- Kdo o kom za zády mluví, jistě se ho bojí.
- Kdo mnoho začíná, máloco dokončí
- Staré boty a staří přátelé jsou nejmilejší.
- Zlé slovo poraní víc než ostrý meč.
- Kdo pospíchá se svatbou bude mít dost času toho litovat.

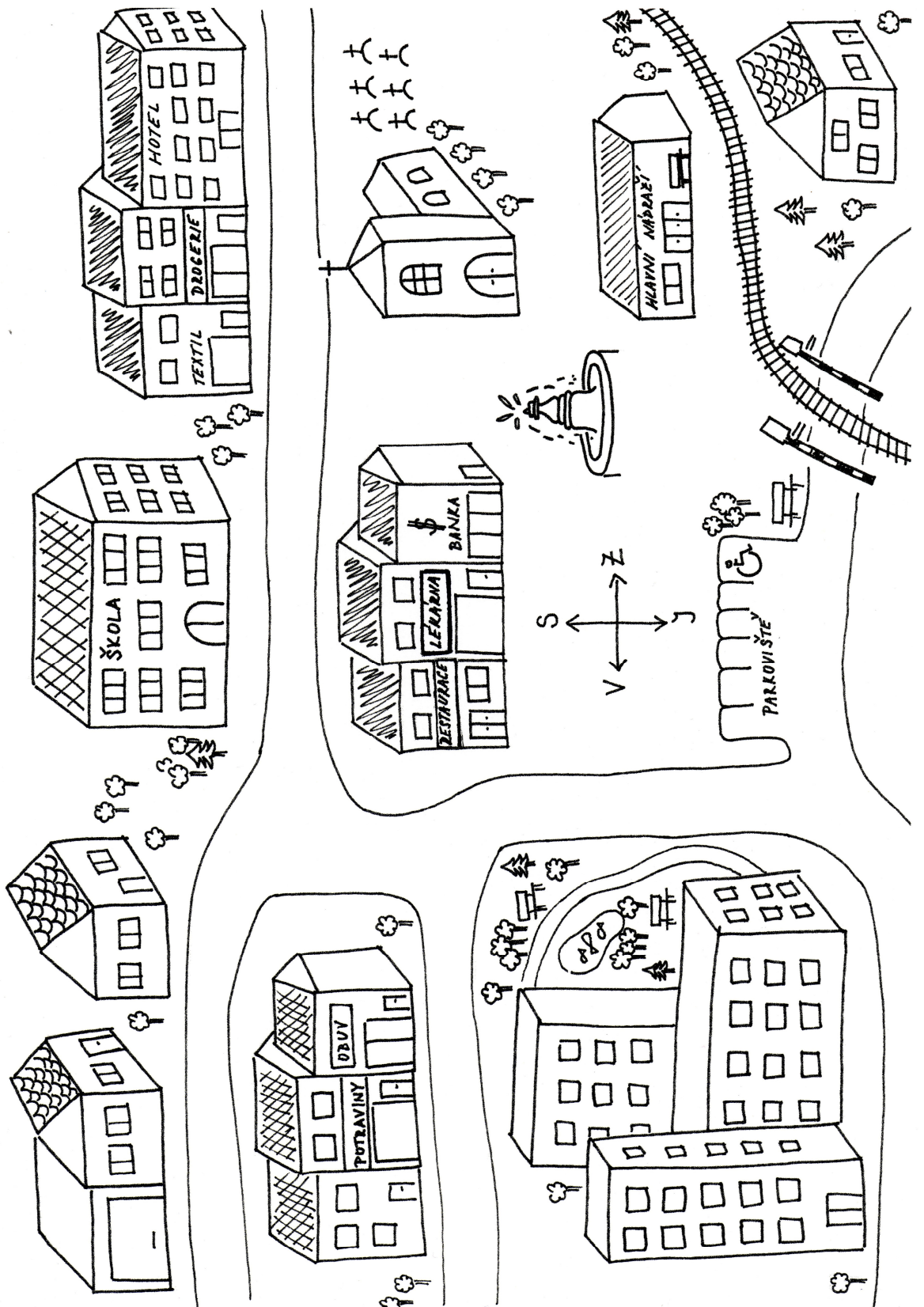
56. Spojte začátky a konce přísloví tak, jak k sobě patří:

Sejde z očí ...	... půjč mu peníze.
Hloupý, kdo dává ...	... pravdy trochu.
Chceš-li ztratit přítele, ...	... sejde z mysli.
Na každém šprochu ...	... hloupější kdo nebere.
Každý svého štěstí ...	... doma nejlépe.
Pro dobrotu ...	... hrubá záplata.
Všude dobře ...	... strůjcem.
Starého psa ...	... dál doskáče.
Na hrubý pytel ...	... na žebrotu.
Když kocour není doma, ...	... novým kouskům nenaučíš.
Bez práce ...	... ale jistě.
Boží mlýny melou pomalu, ...	... nejsou koláče.
Ranní ptáče ...	... ke stáru jako když najdeš.
Co se v mládí naučíš, ...	... myši mají přé.

57. Opravte druhou část přísloví, kterou někdo popletl:

Darovanému koni tak se z lesa ozývá.	Darovanému koni <i>na zuby nekoukej.</i>
Dvakrát měř, hůl si vždy najde.	Dvakrát měř,
Chybami se tak si lehne.	Chybami se
Jablko nepadá na zuby nekoukej.	Jablko nepadá
Jak si kdo ustele, člověk učí.	Jak si kdo ustele,
Kdo chce psa bít, neodkládej na zítřek.	Kdo chce psa bít,
Jak se do lesa volá, málo platná.	Jak se do lesa volá,.....
Práce kvapná tomu se zelení.	Práce kvapná
Kdo jinému jámu kopá, jednou řež.	Kdo jinému jámu kopá,
Komu se nelení, daleko od stromu.	Komu se nelení,
Co můžeš udělat dnes, sám do ní padá.	Co můžeš udělat dnes,
Kdo hodně chce, co na srdci vře.	Kdo hodně chce,
V hněvu vyvře, tomu hodně schází.	V hněvu vyvře,

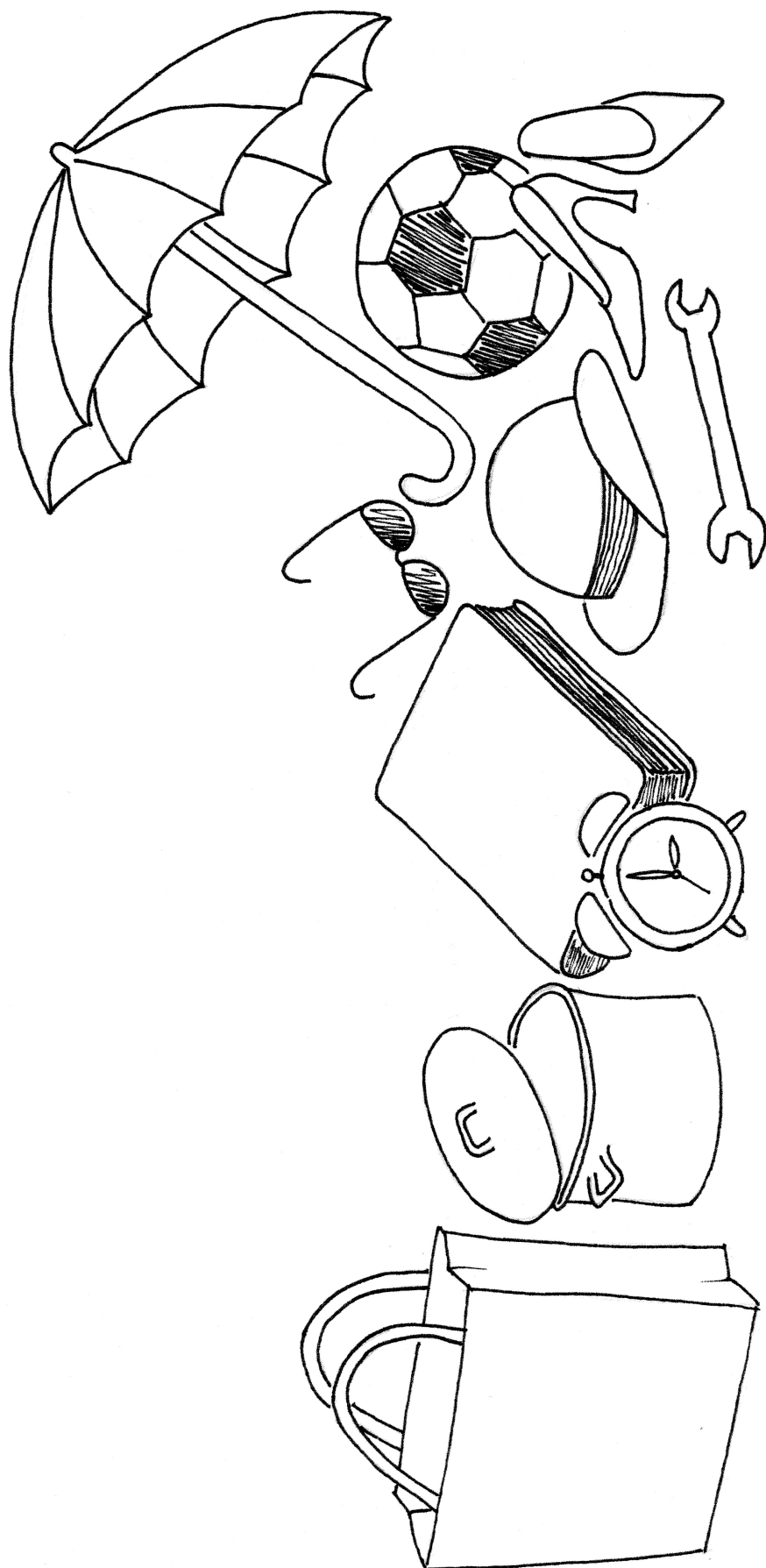
58. Prohlédněte si obrázek města:



Prohlédněte si obrázek města a vyberte správnou odpověď:

- | | |
|---|----------|
| 1. Hlavní nádraží stojí vedle školy. | ANO x NE |
| 2. Kostel stojí jižním směrem od hotelu. | ANO x NE |
| 3. Potraviny a obuv stojí vedle sebe. | ANO x NE |
| 4. Když půjdu ze školy na nádraží, musím přejít koleje. | ANO x NE |
| 5. Restaurace stojí mezi lékárnou a bankou. | ANO x NE |
| 6. Drogerie, hotel a banka stojí vedle sebe. | ANO x NE |
| 7. Budova školy stojí severním směrem od náměstí. | ANO x NE |
| 8. Nádraží stojí západním směrem od sídliště. | ANO x NE |
| 9. Pokud půjdu od školy na parkoviště, vydám se na jih. | ANO x NE |
| 10. Potraviny jsou na jih od sídliště. | ANO x NE |
| 11. Škola a prodejna textilu stojí vedle sebe. | ANO x NE |
| 12. Když půjdu od sídliště do kostela, půjdu kolem lékárny | ANO x NE |
| 13. Na východ od hotelu stojí škola. | ANO x NE |
| 14. Když půjdu ze sídliště do potravin, mohu jít přes park. | ANO x NE |
| 15. Pokud půjdu z hlavního nádraží k hotelu, půjdu na jih. | ANO x NE |
| 16. Z parkoviště je blíž lékárna než škola. | ANO x NE |
| 17. Když půjdu z banky na nádraží, půjdu kolem obuvi. | ANO x NE |

59. Prohlédněte si obrázek:



Na obrázku je 10 předmětů. Během minuty, se jich pokuste co nejvíce zapamatovat.

- taška, hrnek, kniha, budík, brýle, klobouk, klíč, boty, míč, deštník

60. Přečtěte si začátek příběhu a dokončete jej.

Jana a Petra byly kamarádky už od dětství. Bydlely ve stejném domě na okraji Plzně, chodily do stejné školy, seděly ve stejné lavici i venku spolu trávily každou volnou chvíli. Když Petra dokončila základní vzdělání, její tatínek dostal výhodnou nabídku pracovat v Praze. Rodiče Petry neváhali ani chvíli a rozhodli se do Prahy odstěhovat. Jana byla velice smutná, že jí odchází nejlepší kamarádka, ale domluvily se spolu, že si budou co nejčastěji psát. ... (dokončete příběh o dvou kamarádkách).

61. Přečtěte začátek příběhu a dokončete jej.

Tomáš bydlí v panelovém domě na okraji Olomouce. K vánocům si přál dostat od rodičů psa. Tatínek mu skutečně pejska pořídil pod podmínkou, že ho bude chodit každé ráno venčit. Tomáš souhlasil a ze svého nového přítele byl přímo nadšený. Dal mu jméno Ben. Každý den ráno musel s Benem ven a ze školy spěchal domů, aby si spolu zase mohli hrát.

Jednoho slunečného odpoledne šel Tomáš s Benem na procházku. Najednou si uvědomil, že zapomněl vypnout vařič, na kterém si ohříval oběd. Spěchal domů. Před dveřmi se zarazil, že nemá klíče. Zabouchl si je doma a neměl u sebe ani telefon, aby zavola rodičům, kteří byli v práci. ... (dokončete příběh, jak se Tomáš dostal do bytu).

62. Přečtěte si konec příběhu a vymyslete jeho začátek.

... s hrůzou paní Nováková zjistila, že si doma zapomněla peněženku. Vrátila tedy všechny potraviny z košíku zpět do regálu a šla domů. V bytě na stole ležela peněženka vedle toho lákavého letáku, ve kterém inzerovali nejlevnější ceny potravin ve městě. Do obchodu se už ale navrátila, takže z nákupu nakonec nebylo nic, i když se těšila tak moc, že předešlou noc nemohla ani dospat.

Příloha č. 6

Oddíl 6. - Artikulační obratnost a dechová cvičení

63. Čtete slova a slovní spojení a pokuste se je co nejlépe vyslovovat.

- Sportovní komentátor, nesrozumitelné slovo, pampeliška, dvacetikorunová mince, literární postava, napodobenina, dvoupatrový dům, občerstvení, neprůhledné sklo, zaměstnavatel, dalekozrakost, nepochopitelný příklad.
- Středoškolský učitel, dobrodružný příběh, desetibojář, nezapomenutelný zážitek, papírnictví, rozostřený obraz, korespondence, korunovační klenoty, kameraman, rehabilitace, karbanátek, krasobruslař, maturita, bramborové těsto.
- novorozenec, houževnatý sportovec, starožitnictví, jihozápad, rozvodněná řeka, publikace, květinářství, nakladatelství, ohleduplný řidič, červenec, včelařství, dobrosrdečný muž, ukazovátko, dvouhodinový zápas, legitimace, matematika.
- Fotoaparát, turistická mapa, rentgenový snímek, nepromokavý materiál, invalidita, vlastnoruční podpis, kadeřnictví, světlezelené světlo, zahradnictví, kanalizace, ministerstvo zdravotnictví, jednolůžkový pokoj, harmonický vztah.

**64. Pokuste se na jedno nadechnutí přečíst část písničky.
(pokud vám vystačí dech, přečtete písničku několikrát za sebou)**

Já husárek malý, boty roztrhaný.
Já na vojnu nepojedu, až budu mít nový.
Tatíček to slyšel, ven z komůrky vyšel.
Boty mu dal udělati, na vojnu jet musel.

Na tom pražském mostě, rozmarýnka roste,
žádněj jí tam nezalévá, ona sama roste.
Já tamtudy půjdu, zalévat jí budu,
ona se mi zazelená, já ji trhat budu.

Pod naším okýnkem, rostou tam dvě růže,
pod naším okýnkem, roste tam štěp.
Jsou na něm jablíčka, trhá je Ančička,
Jsou dobrá, jsou sladká, jsou jako med.

Travička zelená, to je moje potěšení,
Travička zelená, to je moje peřina.
Jak jen z jara začne pučit,
Nechci já se doma mučit.
Travička zelená, to je moje potěšení,
travička zelená, to je moje peřina.
Když si smyslím, tak si sednu,
Když si smyslím, tak si lehnu.