

**MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULKA**

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Skupinová terapie u osob s afázií

Diplomová práce

Brno 2007

Vedoucí diplomové práce:

doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Vypracovala:

Martina Farská

Děkuji vedoucí své diplomové práce, doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D., za cenné rady, připomínky, trpělivost a čas který mi v průběhu zpracování diplomové práce poskytla. A také své rodině za podporu při studiu.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen
prameny uvedené v seznamu literatury..*

*Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v knihovně
Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.*

.....

podpis

Úvod	5
1. Teoretická východiska	7
1. 1 Komunikace a její význam.....	7
1. 2 Narušená komunikační schopnost.....	8
1. 3 Afázie - její etiologie, symptomatologie a klasifikace.....	11
1. 4 Komplexní rehabilitační péče.....	31
2. Diagnostika afázie	35
2. 1 Logopedická diagnostika.....	35
2. 2 Diagnostické metody.....	38
2. 3 Vyšetření kortikálních funkcí.....	40
2. 4 Psychologické zvláštnosti osob s afázií.....	47
3. Terapie afázie	52
3. 1 Obecné pojetí terapie.....	52
3. 2 Individuální terapie a skupinová terapie.....	56
3. 3 Speciální terapeutické metody.....	61
4. Skupinová terapie u osob s afázií	67
4. 1 Cíl výzkumu, metody, techniky.....	67
4. 2 Místo šetření.....	68
4. 3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	69
4. 4 Vlastní šetření, činnost skupiny, výzkum, dotazník.....	70
4. 5 Závěry šetření a náměty pro logopedickou teorii i praxi.....	112
Závěr	114
Shrnutí	116
Literatura	117
Přílohy	

ÚVOD

„Řeč je sama duše a kultura národa. Zdokonaluje-li se národ, musí se zdokonalovat i jazyk, neboť je živý a vyvíjí se s námi všemi, stále nesen výškou duševního napětí národního“

Karel

Čapek

Řeč je pro člověka něčím jedinečným, právě řeč je tím hlavním faktorem, který nás odlišuje od ostatních živých bytostí. Je to schopnost dorozumívat se slovem, vyjadřovat a formulovat svoje myšlenky až do posledního detailu, ať už slovní nebo písemnou podobou. Je to dar, který se vyvíjel odnepaměti, až do té podoby, v které ho známe dnes.

Někdy ale v životě nastane okamžik, který vše změní a člověk, který žil každodenním životem, jako my ostatní, najednou příčinou nějakého úrazu, autonehody nebo cévní mozkové příhody ztratí řeč, kterou před tím používal každý den. Tento člověk je pak zmatený, cítí se být frustrovaný, méněcenný a nezbyvá nic jiného, než začít úplně od začátku terapie. Vývoj, hloubka postižení, a výsledky jsou u každého jedince individuální, ale i přesto se pokusím ve své práci je všechny nastínit a popsat tak, jak pomáhají všem těm, kteří se najednou ocitly v „jiném světě“.

Pokud totiž nenastane terapie, postižený člověk se ocitá mimo společnost a uzavírá se do sebe, což mu působí úzkostné stavy. Všichni lidé chtějí mít někoho, s kým si mohou popovídat, kdo jim je společníkem i přítelem. A každá společná situace lidí spojuje a pomáhá jim najít vzájemnou sílu. Pokud člověk vidí, že v tom, co se mu stalo není sám, že jsou tu i jiní, které potkal stejný osud, a že jsou odhodláni se mu vzepřít, bude i pro něj jednodušší vydat se na tuto cestu a znovu nabýt to, co je pro nás ostatní denním obyčej. Řeč jako prostředek dorozumívání, jako prostředek vyjadřování svých pocitů, tužeb, řeč jako obrovské pouto, které nás všechny pojí dohromady.

Osobám, které se mají tento druh narušené komunikační schopnosti – afázii - poskytují logopedickou intervenci logopedi, kteří působí v rezortu zdravotnictví, a to ať již v logopedických poradnách při poliklinikách, logopedických pracovištích při lůžkových odděleních (foniatrie, neurologie, geriatrické aj.) nebo v privátních logopedických ambulancích. Logopedická intervence je nezbytnou součástí rehabilitační péče u osob s fatickými poruchami.

Cílem diplomové práce je analyzovat poznatky o problematice afázie získané studiem odborné literatury a zaměřit se na faktory ovlivňující její terapii. Cílem výzkumného projektu je prokázat pozitivní vliv skupinové terapie na osoby s afázií. Pomocí přímé práce s klienty, rozhovory a dotazníky přiblížit pohled samotných afatiků a jejich rodinných příslušníků. Dále využitím dotazníků objasnit názor a zkušenosti logopedů v ČR na tuto metodu práce.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola obsahuje teoretická východiska a dále zpracovává etiologii, symptomatologii a klasifikaci tohoto druhu narušené komunikační schopnosti. Druhá kapitola je zaměřena na diagnostiku afázie, diagnostické metody, testové baterie používané při vyšetření afázie a pojednání o psychologických zvláštностech osob s afázií. Třetí kapitola je zaměřena na terapii afázie, rozebírá individuální i skupinovou formu terapie a také speciálně terapeutické přístupy.

Poslední čtvrtá kapitola je věnována skupinové terapii afázie a jejímu vlivu na účastníky terapie soukromého zdravotnického zařízení. Tato kapitola obsahuje také vyhodnocení dotazníkového šetření, které je graficky znázorněno.

1 Teoretická východiska

1.1 Komunikace a její význam

„Komunikace (z lat. *Communicatio*, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vzájemných vztah.“ (Klenková, 2006, s. 25)

Neubauer (1997, s. 6) uvádí že: „Mezilidské komunikační chování je vedeno cílem realizovat vzájemné sdělování a dorozumění. Specificky lidská verbální, slovní komunikace je zabezpečena především orální řečí či psaným projevem.“

Komunikaci lze chápat také jako symbolický výraz *interakce* = vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma systémy, dále ji můžeme chápat ve smyslu přenosu informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů na komunikaci se podílejících. Američtí psychologové D.Krech, R.S. Grutchfield, E. L. Ballachey (1968) chápou pojem komunikace jako výměnu názorů, významů, obsahů mezi lidmi, které se uskutečňují prostřednictvím jazyka a které je možná v míře, v níž mají jedinci společné poznání, potřeby a postoje.

Jedná se tedy o složitý proces výměny informací, který má čtyři základní složky. První je osoba, která sděluje něco nového, zdroj informace *komunikátor*, druhou složkou je příjemce informace, ten který ji dešifruje a určitým způsobem na ni reaguje *komunikant*, třetí složkou je ta konkrétní informace, obsah sdělení *komuniké*, poslední čtvrtou složkou potřebnou k realizaci komunikačního procesu je ten fakt, aby si obě strany rozuměly. K tomu je nutné používat předem dohodnutý kód tzv. *komunikační kanál*. Je pochopitelné, že komunikace je ideální pouze v tom případě, pokud je ze stran komunikantů dorozumivací kód dobře znám a ovládán. Pokud by nastal opačný případ (při neznalosti nebo nemožnosti použití) je komunikace ochuzena, oslabena, či v určitém případě dokonce i znemožněna. Mezi dorozumivací prostředky řadíme jak formy verbální, tak nonverbální, jejichž škála je neméně široká. (Heroutová in Vítková a kol., 2004)

„Na naši komunikaci s druhými lidmi je pozoruhodné, že ji vždy spoluvytváříme a ovlivňujeme, přispíváme k ní a zároveň jsme její součástí, jsme jí ovlivňováni. Bývá proto obtížné porozumět komunikační výměně, když se na ní ve stejnou chvíli podílíme.“ (Vybíral, 2000, s. 18)

Význam a důležitost komunikace je pro život každého z nás velice důležitá a nikdy ji nelze dostatečně ocenit. Bez komunikace by nemohla existovat žádná společnost, natož se pak vyvíjet. Komunikace je důležitým prvkem jak pro existenci, tak pro organizaci každé společnosti, neboť každá společná akce individuí je založena na významech, které po té co byly prezentovány pomocí komunikace, jsou společensky sdíleny.

Lechta 1994 uvádí že (in Klenková, 2006, s.26) *„Komunikační schopnost patří k nejdůležitějším lidským schopnostem. Schopnost řečové komunikace je schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech formách.“*

1. 2 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost, je jedním ze základních termínů současné logopedie a můžeme říci, že je i předmětem tohoto vědního oboru. Narušenou komunikační schopnost je nutné vnímat v celé její šíři, bylo by chybou, zabývat se pouze zvukovou stránkou řeči. Protože zvuková (*foneticko-fonologická*) rovina není většinou jediná, která bývá narušena. Sledovat se musí i projevy v rovině gramatické (*morfologicko-syntaktické*), obsahové (*lexikálně sémantické*) a v poslední řadě i rovinně sociálního uplatnění (*pragmatické*).

Definovat narušenou komunikační schopnost je samo o sobě dosti obtížné, komplikované je už i samotné vymezení normality. Hodnotíme-li, zda určitá osoba má nebo nemá narušenou komunikační schopnost, musíme vždy přihlédnout i k tomu v jakém jazykovém prostředí žije (Praha, Morava, Ostrava), jaké má dotýčný vzdělání, nebo zda-li je mluvčím profesionálem. Jak již bylo uvedeno nelze se orientovat jen podle formální stránky řečového projevu, ale musíme si všimnout i všech jazykových rovin.

Všechny požadavky, které je nutné splnit při definování narušené komunikační schopnosti splňuje definice uváděná Lechtou (2003, in Klenková, s. 54)

„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“

Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti

Etiologie narušené komunikační schopnosti bývá různá, při dělení příčin se setkáváme jednak s hlediskem časovým, nebo s hlediskem lokalizačním. Podle hlediska časového se příčiny dělí na: *prenatální* (v období vývoje plodu, ještě před narozením), *perinatální* (v průběhu porodu) a *postnatální* (po narození). Z lokalizačního hlediska se k nejčastějším příčinám řadí genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů (receptivní nebo impresivní poruchy – poruchy rozumění řeči), poškození efektorů (narušení expresivní složky řeči, poruchy řečové produkce), poškození centrální části (poruchy fatické, narušení nejvyšších řečových funkcí) v neposlední řadě může být příčinou i nepodnětné, nevhodné a nestimulující prostředí nebo narušení sociální interakce, kdy může docházet i k poruchám psychotické povahy.

Dále podle stupně se může jednat o narušení komunikační schopnosti úplné (*totální*) nebo částečné (*parciální*). Osoba, u níž se narušená komunikační schopnost vyskytuje si svůj nedostatek uvědomuje, nebo také nikoli. Může se promítat i do sféry symbolických procesů (např. dysgramatismus) i procesů nesymbolických (např. dyslalie). Narušení může být hlavním dominantním projevem, nebo může být symptomem nějakého jiného dominantního postižení. Tento stav nazýváme *symptomatickými poruchami řeči*. Může též vzniknout na podkladě orgánovém nebo funkčním. (Klenková, 2006)

Klasifikace narušené komunikační schopnosti je určována podle symptomu, který je pro to které narušení nejtypičtější – tzv. symptomatická klasifikace, kterou zavedl

Lechta (1990). Podle ní se narušená komunikační schopnost dělí na deset základních skupin:

Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie), získaná orgánová nemluvnost (afázie), získaná psychogenní nemluvnost (mutismus), narušení zvuku řeči (rhinolalie, palatolalie), narušení fluence – plynulosti řeči (tumultus sermonis, balbuties), narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie), narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu, kombinované vady a poruchy řeči.

Diplomová práce se zabývá centrálními poruchami řeči, proto je vhodné vymezit termín *fatické funkce*. Sovák (1978, s. 289) vymezuje problematiku následovně: „*Fatické funkce neboli centrální procesy řeči jsou vývojově nejmladší a nejsložitější nervově duševní činnosti ve zpracování signálů jakožto nositelů informací. Tyto funkce se vytvářejí během individuálního života a mají vysloveně individuální charakter.*“

Patologické změny mohou postihnout jak funkce vytvořené, tak i funkce se teprve vyvíjející. Postiženy jsou buď to jen některé ze složek fatických funkcí, a to ještě v rozličných kombinacích, nebo mohou být postiženy složky všechny.

Takovéto získané fatické poruchy se nazývají souborným názvem *afázie*, které značí *ztrátu řeči, způsobenou orgánovými změnami určitých částí mozku*. Podle vlastní příčiny se vyskytuje v různém stupni i typu..

Dvořák (1998, s. 58) uvádí že: „*Fatická porucha – získaná porucha řeči, jejíž příčinou je organické postižení centrální nervové soustavy.*“

Fatická dysfunkce - porucha centrálních procesů řeči, porucha rozlišování poznávání významu slovně prezentovaných podnětů / verbální gnoze na bázi poruchy CNS (též afáziie) (<http://psychologie.nazory.cz/slovník.htm>)

Novák uvádí že „Afázií označujeme poruchu fatických funkcí, od úplné ztráty schopnosti vybavit jakýkoliv poje až k situaci, kdy nemocný nedovede vybavit jen některé pojmy méně běžné nebo gramatická a syntaktická stavba promluv neodpovídá požadavkům jazyka.“ (Novák, 1989, s. 60)

1. 3 Afázie - její etiologie, symptomatologie a klasifikace

Afázie je ztráta nebo narušení již vyvinuté schopnosti porozumění a produkce řeči při organickém poškození mozku zpravidla levé hemisféry. Je to porucha komunikační schopnosti, jednoho nebo více komponentů produkce a porozumění řeči. Nejčastější příčinou jsou cévní mozkové příhody, krvácení do mozku, úrazy hlavy, nádory, traumata či následek ložiskového poškození mozku. Afázie se týká především dospělé populace, ale můžeme se s ní setkat i v dětském věku tzv. vývojová afázie. Termín afázie je odvozen z řeckého phasis – řeč, a – značí zápor.

„Je to úplná nebo částečná neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči, na podkladě jednostranného poškození mozku.“

(Mimrová, 1997, s. 26) Vždy se ale jedná o poruchu získanou.

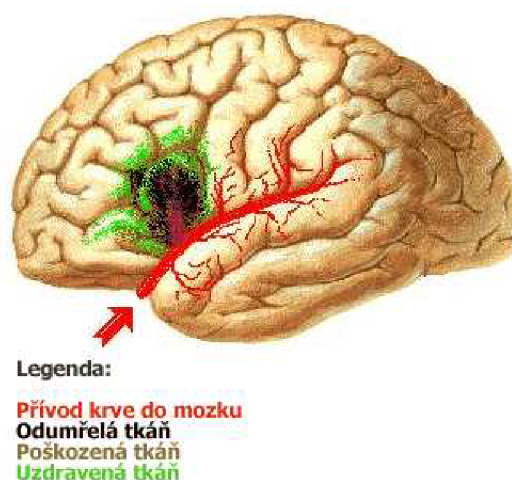
Kiml (1969, s.67) míní, že *„Afázie je porucha řeči různého druhu, podoby a stupně ze ztráty znalosti slov, gramatiky, vět při postižení ústřední nervové soustavy.“*

První systematický popis afázie publikovat v polovině 19. století neurolog Paul Broca. Při pitvě svého pacienta s poruchou expresivní řeči zjistil poškození v precentrální oblasti levého frontálního laloku mozku. Od té doby už uplynulo více než sto let a rozvoj nových vědních disciplín, především neuropsychologie, psycholingvistiky a neurolingvistiky pomáhá postupně odhalovat podstatu fatických poruch. Navzdory dlouholetým systematickým bádáním v řadě vědních oblastí, však ani dnes není v otázce definování této nozologické jednotky názorový soulad. Na jedné straně je pro většinu autorů jasné, že jde o poměrně přesně popsateľný fenomén, na druhé straně své úsilí o přesnou definici objevuje mnoho otázek, které nebyly dodnes uspokojivě zodpovězeny. (Cséfalvay, 1995)

Carl Wernicke popsal v roce 1874 podle pitevních nálezů poškození levých spánkových oblastí, které bylo spojeno se ztrátou porozumění řeči, zatímco její

produkce postižena nebyla. Tak byla popsána dvě důležitá centra pro správnou funkci řeči. Motorické a sensorické. *Motorické centrum řeči*, které je důležité pro tvorbu, skladbu a plynulost řeči, naopak *sensorické centrum řeči*, důležité pro porozumění řeči (v současnosti víme, že tohle dělení je velmi zjednodušené. (www.sanquis.cz)

Obrázek č.1 (www.afazie.wz.cz)



Při analýze problematiky afázie musíme sledovat různá pojetí odborníků z vědních oblastí, které se postižením fatických funkcí zabývají.

Logopedické pojetí afázie

Při logopedickém vyšetření (hodnocení) afatické řeči si všímáme hlavně čtyř základních schopností. Jsou to: *plynulost spontánní řeči, opakování mluvené řeči, pojmenování (konkrétních obrázků, předmětů), porozumění textu.*

Podstatu afázie podle našeho názoru charakterizují tyto atributy: Jde o získané narušení komunikační schopnosti, týkající se poruch symbolických procesů, které vzniká při ložiskových poškozeních mozku, jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka. (Cséfalvay, 1995)

V literatuře se můžeme setkat s různými klasifikacemi afázie, které nám umožňují charakterizovat jednotlivé afatické poruchy, projevující se u každého

pacienta individuálně. V následující charakteristice vycházím z Bostonské klasifikace afázie.

Základní rozlišení afázie:

Typ afázie	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování
Brocova (expresivní, motorická)	nonfluentní, námáhavá tvorba, agramatismy, parafrázie	dobré, zachované	narušené
Wernickeho (senzorická)	fluentní, nepřerývaná, melodická	slovní přesmyčky, může ústit v nesrozumitelnou slovní tříšť, potíže s porozuměním	narušené
Konduktivní	fluentní, špatně artikulovaná	lehce narušené	pacienti nedokáží bezprostředně opakovat
Globální (totální)	chybějící, resp. nonfluentní (mohou zůstat zachovány jen slovní automatismy)	narušené	narušené
Transkortikálně-motorická	nonfluentní, omezená tvorba řeči	narušené, slabé	částečně zachované
Transkortikálně-senzorická	fluentní	narušené, slabé	částečně zachované

Neurologické pojetí afázie

Neurologie, jakožto medicínský obor se zabývá především etiologií a diagnostikou onemocnění souhrnně nazývaných cévní mozkové příhody, které následně u pacientů způsobují afázii.

„V neurologické literatuře se vyzdvihuje zejména to, že jde o poruchu řeči zapříčiněnou ložiskovými poškozeními mozku, tj. liší se od poruch vzniklých při

difuzních poškozeních (např. demencích), a kromě toho se zvyrazňuje fakt, že se jedná o poruchu již vybudované řeči.“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, s. 203)

Neuropsychologické pojetí afázie

„Cílem neuropsychologického vyšetření pacientů s fatickou poruchou je zhodnocení stavu všech tzv. vyšších psychických funkcí (VPF), jež mohly být proběhlým patologickým procesem porušeny, Nejen tedy řeči – fáze, ale i funkcí gnostických, mnestických a praktických. Za tímto účelem jsou sestrojovány neuropsychologické vyšetřovací nástroje, tj. neuropsychologické baterie testů.“ (Kulišťák, 1997, s. 177) O testových neuropsychologických bateriích bude dále podrobněji pojednáno v diagnostické části.

Lingvistické pojetí afázie

Základní lingvistickou hypotézu týkající se řečových poruch formuloval Jakobson (1941) a uvádí Lehečková (in Kulišťák, 1997). Předpokládal, že jazykový systém se rozpadá v opačném pořadí, než v jakém si ho dítě osvojuje. Tedy ty jeho složky, které si dítě osvojilo jako první, odolávají nejdéle afatické poruše, a naopak poslední prvek, které dítě zvládlo, se zapomíná jako první. Vycházel při tom především z fonologie, ale hledal argumenty i na ostatních jazykových rovinách. Ačkoli Jakobsonova hypotéza je uznávána jako zatím nejvýznačnější příspěvek teoretické lingvistiky k vysvětlení afázie, na základě dostupného materiálu nebyla přesvědčivě dokázána (ale ani vyvrácena).

Druhá Jakobsonova hypotéza (Lehečková, 1997) se snaží klasifikovat afázie na základě opozice paradigmatických a syntagmatických vztahů. Popisuje dva základní typy řečových poruch:

(1) **narušení paradigmatických vztahů**, které by se projevovalo především obtížemi při vyhledávání slov, pojmenování nahrazování jednoho slovo druhým aj., zatímco doplňování vět, gramatické úkoly a běžná konverzace by neměly působit problémy. Krajním projevem by bylo vyjadřování v žargonu, který by dodržoval správnou gramatickou strukturu, ale byl by nesmyslný. Při testování

slovních asociací by asociované slovo tvořilo s podnětem syntagma (např. bílý – dům)

(2) **narušení syntagmatických vztahů**, které by vedlo k neschopnosti tvořit složitější syntaktické konstrukce a provádět gramatické transformace, a k vynechávání gramatických morfémů. Extrémním případem by byl „telegrafický styl“ Slovní asociace by byly výrazy substituované (např. bílý – modrý). „*I když se v praxi se tyto typy v čisté podobě nevyskytují a při normálním fungování jazyka se paradigmatické a syntagmatické vztahy neprojevují odděleně, poskytuje tato hypotéza zajímavé hledisko pro analýzu afatických klientů.*“ (Lehečková, 1997, s. 164)

Pokud se u afázie zaměříme na jazykové roviny, můžeme i zde najít jasné ukazatele tohoto onemocnění. Jedná se o rovinu foneticko fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a rovinu pragmatickou.

Foneticko - fonologická rovina – tvz. zvuková rovina. V ní se projevují nedostatky u všech typů afázie, které můžeme rozdělit do čtyř skupin a to: náhrada správného fonému nesprávným, vypouštění fonému, přidání nadbytečného fonému, asimilace fonému podle okolí.

Morfologicko - syntaktická rovina – tvz. gramatická rovina. Zde můžeme u všech typů afázie najít nesprávné použití gramatických morfémů tvz. Agramatismus.

Lexikálně – sémantická rovina – tvz. rovina slovní zásoby, Zde je narušeno vyhledávání slov, podvědomí o jejich vzájemných vztazích. Dochází k zjednodušování větné stavby, k vynechávání jejích členů, zejména předložek, pomocných sloves.

Pragmatická rovina – tvz. rovina sociální uplatnění. U osob s afázií obvykle existuje výrazný komunikační záměr, ale jeho realizace hlavně u těžších případů je na základě poruch fatických funkcí a mnohdy i díky přidružené poruše hybnosti mluvních orgánů velmi obtížná.

1. 3. 1 Etiologie afázie

„*Afasie vzniká při poruše řečových zón mozku, nejčastěji při ucpání mozkové cévy, při ruptuře cévy, při nádorech mozku a poruchách jeho výživy, při poranění mozku, při jeho zánětu. Zničení nebo rozrušení některé zóny mozku, edém, jizvení, porucha výživy mozku způsobují patologické změny vyšší nervové činnosti*“ (Kiml, 1969, s. 67)

Jak jsem již uvedla na začátku, nejčastější příčinou způsobující afázii bývá poškození mozkové tkáně a to právě u dominantní hemisféry. Další specifika onemocnění záleží na tom, zda bylo způsobeno cévní mozkovou příhodou, úrazem hlavy, expanzí, dále na rozsahu a lokalizaci léze a v neposlední řadě tu hraje roli i věk pacienta.

Klinický obraz afázie závisí na povaze patologického procesu, na rozsahu a lokalizaci léze a také na věku pacienta. Příčiny afázie jsou různé, na nich však závisí vedení terapie. Vždy se jedná o poruchu získanou (Čecháčková, 2003) Mezi příčiny patří:

Cévní mozková příhoda, která bývá nejčastější příčinou afázie. Cévní mozková příhoda – nemoc, která se na celkové úmrtnosti podílí 8 %, její výskyt u nás – 200 na 100 tis. obyvatel, 12x víc osob příhodu přežije, takřka každý z nich trpí afázií. (<http://ds.fox1.cz/?module=se&sid=4>)

Dělí se na dvě základní skupiny, a to cévní mozkové příhody hemoragické a cévní mozkové příhody ischemické.

Cévní příhody hemoragické (krvácení) kdy krvácení do mozku je způsobeno hypertenzí, což bývá nejčastější příčina. Dále pak mozkový nádor, který se může projevit krvácením, dále pak hematoma, který pokud se zvětší může začít utlačovat okolní mozkovou tkáň, což vede k zvyšování krevního tlaku, zpomalení tepu, oslabení končetin, člověk bývá ospalý, malátný v některých případech až ztrácí vědomí.

Cévní příhody ischemické (ischemický infarkt, snížené prokrvení mozku), které jsou způsobené: hypoperfuzí- jedná se o snížený průtok krve, kdy příčinou je srdeční choroba či pokles krevního tlaku. Dále pak trombózou mozkových cév – což bývá způsobeno arteriosklerózou, která má za následek postupné a pozvolné srážení krve v cévách. V poslední řadě také embolií – *embolus* (vmetek) způsobí neprůchodnost

mozkové tepny. Následně se může rozpadnout, nebo jeho částičky uzavřou jiné drobnější cévy. Začátek a průběh je na rozdíl od trombózy rychlý. „Dochází k nim v první řadě při poruchách rytmu srdečního, dále při výrazném poklesu krevního tlaku, např. při infarktu myokardu nebo z jiných příčin poruchy srdeční činnosti“ (Nebudová, 1997, s. 19)

Neubauer uvádí, že (1997, s. 25) „Při zachování alespoň 10% průtoku krve v postižené oblasti dochází k funkčním poruchám, které se po odeznění postižení spontánně upravují, neboť mozková tkáň zůstává obnovy schopná. Po více než 4 minutách nulového zásobování krví začínají postižené části mozkové tkáně vykazovat známky nevratného poškození. Poruchy takto vzniklé již přetrvávají a vyžadují speciální rehabilitační postupy pro obnovení porušených funkcí mozku.“

Úrazy a poranění mozku jsou další častou příčinou vzniku afázie, patří mezi ně otřes mozku, zhmoždění mozku a komprese mozku.

Otřes mozku – (commotio cerebri), jedná se o náhlou a krátkou ztrátu vědomí (může trvat jen několik sekund) způsobenou silným nárazem do hlavy, úrazem hlavy. Změny jsou reverzibilní (vratné). Častá je amnézie na úraz, následné bolesti hlavy, vegetativní příznaky, poruchy dýchání, poruchy reakce zornic, pokles krevního tlaku. Ale ve většině případů není činitelem fatických poruch. Objevují se spíše přechodné poruchu řeči, které však mají krátkodobý charakter.

Zhmoždění mozku – (contusio cerebri), jedná se buď o středně těžké poranění kdy se objeví afázie avšak s dobrou prognózou, dále pak o těžký úraz hlavy, s kterým souvisí bezvědomí v délce trvání asi 6 hodin, které má podstatný vliv na fatické funkce a poslední řadě se můžou objevit dlouhodobé stavy bezvědomí (koma), s poruchami oběhu a dýchání. Všeobecné příznaky jsou zastření vědomí s neklidem. Klinický obraz je podobný jako u komoče, avšak s tím rozdílem, že kontuzi provází objektivní neurologický nález.

Komprese mozku – (akutní traumatické zvýšení nitrolebečního tlaku) podle příčiny vzniká jako následek epidurálního, subdurálního, subarachnoidálního a intracerebrálního krvácení.

Degenerativní onemocnění CNS způsobují úpadek mozkové činnosti. Dochází při nich k zániku některých mozkových buněk a ke změně látkové přeměny. „*Tato*

onemocnění postihují především kůru mozkovou a šedou hmotu. Patří sem změny na řeči při senilní demenci, které jsou především charakterizovány změnami semitického obsahu sdělení. Při chorobě Alzheimerově a Pickově je apraxie, agnosie, alexie a někdy i afázie.“ (Novák, 1989, s. 63)

Nejčastěji se jedná o *Alzheimerovu chorobu*, která se projevuje tím, že dotýčný mívá poruchy paměti (což je většinou první příznak), hůře se orientuje v čase, v některých případech ztrácí pojem o svém věku, objevují se problémy s vykonáváním běžných domácích činností, přidružuje se špatná orientace v prostoru, můžou se objevit změny v chování i náladách. U Alzheimerovy choroby bývá často přidružena afázie, která se demonstruje právě poruchami paměti, ale končí závažným postižením kognitivních funkcí (myšlení, paměť, úsudek). Příčiny nejsou zcela objasněné, ale za hlavní rizikové faktory se považuje věk a rodinné dispozice. U osob starších 60ti let se vyskytuje u každého dvacátého jedince, při 80ti letech je to potom každý pátý jedinec.

Další ze souboru je *Pickova nemoc*, její diagnóza je však velice obtížná. Příčiny nejsou zcela známy, ale soudí se, že je způsobena metabolickou odchylkou, často dědičně podmíněnou. Příznaky jsou podobné jako u Alzheimerovy choroby, ale jsou zde mnohem výraznější změny v chování, které se v některých případech může stát až společensky nepřijatelné. Objevuje se úbytek paměti, dezorientace, změna osobnosti.

Mozkové expanze – nádory afázie též může, ale nemusí vzniknout při tumoru mozku. „*Nádor mozku působí svým růstem a tlakem zároveň na krevní zásobení, vyvolává mechanické a reflexní změny cév a způsobuje metabolické poruchy mozkové tkáně i kolem patologického ložiska, někdy se uplatňují i toxické vlivy rozpadu.*“ (Kiml, 1969, s. 87) Cséfalvay (1996) uvádí, že se vyskytuje asi u 0,3-2,6 % všech neurologických pacientů. Nádory se dělí na benigní a maligní. V tomto případě, ale hraje hlavní roli jeho lokalizace, nikoli histologická povaha tumoru. Podle histologické povahy dělíme nádory na dva základní typy a to na benigní a maligní. *Benigní nádor* – zpravidla nemetastázuje, roste pomalu a je ohraničený. *Maligní nádor* – velmi rychle roste a zasahuje i okolní tkáně, v některých případech metastázuje. Tumor se může objevit v každé části centrálního nervového systému

(v mozkové hemisféře, mozečku, mozkovém kmeni, mozkových komorách a v mozkových obalech). Ale poruchy fatický funkcí se objevují zejména po napadení parietálního laloku.

Zánětlivá onemocnění mozku - řadíme mezi další příčiny afázie. Při encefalitidě je velice rychlý a progresivní průběh, kdy postihuje jak mozkovou část, tak i mozkové pleny (meningoencefalitida). Je způsobena nejčastěji virem, ale může se objevit i jako sekundární onemocnění po středoušním zánětu nebo příušnicích.

Intoxikace mozku - je dalším z etiologických faktorů je otrava neboli intoxikace zaznamenala v posledních letech nárůst hlavně vlivem stále narůstajícího užívání drog a konzumace alkoholu. Dále se také můžeme setkat s otravou jedovatými plyny (oxidem uhelnatým). Je zcela zřejmé, že intoxikace má veliký vliv jak na fatické funkce, tak na vážné změny osobnosti celého člověka. Řadíme se také stav nazývaný delirium, což je organická duševní porucha způsobená mozkovou dysfunkcí. Příčiny jsou multifaktoriální (mozkové poruchy, průmyslové otravy u zvýšeně rizikových pacientů – starých, dementních, operovaných v úplně anestézii, požití návykových látek.)

Dětská afázie

S afázií se můžeme setkat též v dětské věku. Jedná se o dětskou vývojovou afázií, v některých pramenech uváděnou pod termínem infantilní afázie. Je to získaná fatická porucha v útlém věku nejčastěji okolo 2 – 3 roku života. Důležitou diferenciálně diagnostickou okolností je změna v komunikaci mluvenou řečí, nebo i změna v chování i v zájmu o naslouchání řeči nebo zvuků okolí. Nejčastěji nastává po horečnatém onemocnění nebo úrazu hlavy. „*Na rozdíl od afázie u dospělých, afázie u dětí postihuje vyvíjející se řeč*“ (Klenková, 2006, s. 87) Z této definice je jasné, že u dětské afázie vývoj řeči ještě není dokončen. Velkou roli hraje to, kdy byl mozek postižen, a také celková rozumová vyspělost dítěte.

„*Dětská afázie vzniká jako náhlé přerušování a poškození dosud normálně se vyvíjející CNS*“ (Čecháčková, 2003, s.147) Příčiny zde můžeme nalézt podobné jako u dospělých, snad až s výjimkou CMP. Hlavními příčinami v dětském věku jsou: úrazy hlavy a mozku. Dále pak cévní onemocnění, epilepsie, encefalitida, mozkové

abscesy, nádory, degenerativní onemocnění CNS. Jedná-li se o afázii sensorickou, pak se omezuje rozvoj řeči a hlavně slovně abstraktní myšlení. U takového dítěte se komunikační záměr realizuje pomocí nejrůznějších typů nonverbální komunikace, gest, posunků. Nutno dodat, že komunikaci spíše uplatňuje u vrstevníků, dospělých se spíše straní. Pokud se jedná o sensorickou afázi, i zde si může dítě vedlejšími cestami rozvíjet abstraktní myšlení. U dětské afázie je ale prokázána lepší reverzibilita organismu. Při vhodně zvolené reedukaci je prognóza příznivá. Nezafixované funkce řeči se v některých případech mohou přemístit do druhé mozkové hemisféry. Velmi také záleží na celkové a rozumové vyspělosti dítěte.

1. 3. 2 Projevy a hlavní symptomy afázie

U afázie je typické, že se jednotlivé symptomy vyskytují současně v nejrůznějších kombinacích, množstvím i kvalitě. Detailní diferenciací struktur těchto symptomů je velice důležitá při diagnostice syndromů afázie. „*Důležitým příznakem je, zda je řeč fluentní (plynulá) nebo nonfluentní, zda je narušena receptivní či expresivní složka řeči.*“ (Klenková, 2006, s. 80)

Čecháčková (2003) řadí k nejčastějším symptomům afázie: Parafázie, parafrázie, poruchy rozumění, perseverace, logorheu, anomie, agramatismy, poruchy fluence a prozodie, poruchy čtení a psaní.

Parafázie je typickým afatickým symptomem, jedná se o deformaci slov různého typu a stupně. Rozumíme tím hlavně hláskové záměny, „neologické přesmyčky“, ale i nesrozumitelné hláskové řetězce, které nemusí být vyjadřovanému pojmenování blízké.

Základní typy parafází:

Fonemická – slovní prvek je sice deformovaný, ale i tak lze rozpoznat jeho pravý význam, protože si stále zachovává specifické rysy daného slova. Nejčastějším případem je záměna fonému (odtud označení *fonemická*)

Např. papír – patír, kočka – koťa, kečka.

Žargonová - v tomto případě se jedná již o těžkou deformaci slovního prvku, který je vážně změněný a již nelze porozumět jeho pravému významu.

Např. židle – ždruchla

Sémantická – pokud si pacient nemůže na vzpomenout na konkrétní slovo nahradí jej slovem, podobného významu, anebo opíše význam konkrétního pojmu.

Např. Místo slova stůl řekne: to u čeho se sedí, to co máme v kuchyni atd. . .

Parafrázie jedná se o sníženou schopnost až úplnou neschopnost vyjadřování se ve větných celcích. Je typická pro expresivní afázie. Většinou pacient používá tzv. slovní trosku, což je jediné slovo, které se objevuje v mnoha jeho slovních projevech a často slouží i k vyjádření celé věty.

Např. Dnes jsem měl na oběd špagety: Já tam toto bylo.

Poruchy rozumění jsou dalším typickým rysem u afázií, nevyskytují se jen u velmi malého procenta afatických pacientů. Vyšetření poruch rozumění je velice důležité, protože by se mohlo stát, že bude diagnostikováno porušení určité funkce, která ovšem může být v pořádku, zatímco pacient pouze neporozuměl tomu, co je od něj vyžadováno. Vyšetření poruch rozumění by tedy mělo zaujímat první místo, před ostatními vyšetřeními jedince s afázií. Někdy jsou poruchy rozumění zřejmé již při prvním kontaktu, jindy se zase projeví až při detailnějším vyšetření.

Nemusí být na první pohled zcela patrné, jelikož afatik často vykoná příkaz správně, ale jen proto, že jeho smysl vytuší (pochopí) na základě aktuální situace. Porucha se většinou projeví až v případě, kdy je afatik vyzván k provedení složitějšího příkazu, kde se realizace stává již velmi obtížnou nejčastěji z důvodu neporozumění či nezapamatování příkazu.

Perseverace - Znamená ulpívání na předchozím podnětu či komunikačním tématu i při jeho změně, kdy původní podnět již není aktuální. Pacient má například vyjmenovat druhy nápojů, ale po přechodu na dopravní prostředky stále mluví o čaji a kakau. Nutno odlišit od echolalie, což je opakování slyšených slov, bez pochopení jejich významu.

Logorhea tzv. chorobná povídavost. Velice rychlá, nepřetržitá, mluva, která se stává pro okolí nesrozumitelnou, ohledu na obsah, posluchače a danou životní situaci. Nezastavitelný proud řeči často jsou zde přítomny žargonové parafrázie. Objevuje se nejčastěji u percepční afázie.

Anomie jedná se o poruchu pojmenování. Těžkosti při pojmenování se vyskytují

u všech typů afázií, ale můžeme se s ní stejně tak i setkat při jiných neafatických poruchách, např. při demencích. Afatik není schopen označit konkrétní předmět správným slovním významem. Nejčastěji se s tím setkáváme v běžném rozhovoru, kdy afatik hledá vhodně slovo, pojmenování předmětu, nebo činnosti. V některých případech se snaží opsat význam daného slova. Pokud opakovaně selže snaží se dorozumět pomocí gestikulace nebo pomocí kresby.

Poruchy fluence a prozodie řeči tyto poruchy patří mezi tzv. nelingvistické příznaky afázie. Fluencí označujeme plynulost řečového projevu. Standardní řečová produkce je okolo 120 slov za minutu, pokud se projev poklesne na 50 slov za minutu, označujeme tuto řečovou produkci jako nonfluentní, naopak dosáhne-li limit až na 200 slov za minutu označujeme tuto poruchu jako hyperfluenci. (Nejčastěji se vyskytující u breptavosti).

Fluentní afázie – je dána standardní produkcí slov za minutu a tím je dána i hodnota sdělení dané situace. Tempo řeči je stejné nebo mírně zrychlené. Prozodie je obvykle neporušená a řeč je realizována bez větší námahy.

Nonfluentní afázie – afatik používá kratší pomlky a pauzy, tempo řeči je velmi zpomalené, řečová produkce je celkově těžkopádná.

Hyperfluentní afázie – Tempo řeči i množství vyprodukovaných slov je výrazně zrychlené. Při tvoření vět a artikulaci jednotlivých slov nemají afatici větší problémy, ale jejich popis je rozvláčný a bezúčelný. Nesplňuje ty požadavky, které by měl. Typickým příkladem je překotný tok řeči (logorhea) s téměř nulovou informační hodnotou.

Dalšími prvky které též patří do skupiny symptomů jsou:

Poruchy čtení a psaní – nedostatky a těžkosti vyskytující se v řečové produkci afatika se většinou promítnou i do jeho psané formy řeči. Stejně typy parafázií, agramatismů, stereotypních výrazů jako při spontánním řečovém projevu se objevují i při spontánním psaní a hlasitém čtení.

Agramatismy – jsou poruchy tvoření gramatického morfému a vždy je narušena určitá gramatická struktura. Nejtypičtější jsou porucha skloňování a časování a projev se až tehdy, když se afatik snaží vyslovit určitý gramatický celek, jako např.

větu. U nejtěžšího typu se vyskytují jen plnovýznamová slova (podstatná jména, přídavná jména, slovesa, číslovky), které jsou ve větě řazeny izolovaně za sebou. U lehčího typu se setkáváme s vynecháváním koncovek a obtížích ve správném časování a skloňování.

1. 3. 3 Klasifikace afázie

Koncem 19. a začátkem 20. století se rozvinul velký zájem badatelů o typy řečových poškození a jejich klasifikace. (Kulišťák, 2003)

V současné době se setkáváme s nejednotností v oblasti klasifikace afázií, což je zapříčiněno jak rozdílností jednotlivých symptomů, tak rozdílným přístupem ze strany jednotlivých afatických škol. Lze tedy říci, že zatím nebyl vytvořen jednotný systém, který by v sobě zahrnoval všechny prvky. Ale i přes to, se nyní pokusím nastínit ty základní z nich.

Základním a nejnepřehlednějším dělením, které se užívá v klinické praxi je základní rozlišení na: afázie *motorickou* (Brockova, expresivní), afázii *senzorickou* (Wernickeova, receptivní) a afázii *totální* (globální). Tento typ dělení je opravdu ten nejzákladnější, protože nám pouze určuje zda je porušena řečová produkce či rozumění.

Nejužívanější typy klasifikace afázií

Při klasifikaci afázie je nutné zohlednit, kterou afaziologickou školu a směr reprezentují. Cséfalvay (1996), Neubauer (1997), Lechta (1990) uvádí přehled nejužívanějších typů klasifikací afázie: Bostonská klasifikace, Kimlova klasifikace, Lurijova klasifikace, Hrbkova klasifikace a Olomoucká klasifikace.

Bostonská klasifikace

Základem této klasifikace je hodnocení spontánního projevu a jeho fluence či nonfluence. Významným prvkem pro rozlišení jednotlivých typů je také schopnost-neschopnost opakovat mluvenou řeč, pojmenovat viděné, rozumět mluvenému plus vyšetření grafie. Nezahrnuje však vyšetření praxie, gnozie, orientace v prostoru. Afázie se podle Bostonské klasifikace dělí na: Brockovu afázii, Wernickeho afázii,

Konduktivní afázii, Anomickou afázii a Transkortikální afázii.

Brocova afázie – narušení řečové produkce, avšak zachované porozumění řeči. Afatik mluví spíše málo, často bývá při mluvním projevu frustrován. „*Obvyklé jsou fonemické parafázie (záměny hlásek, mohou být zaměňovány též slabiky a slova – pak hovoříme o parafázii žargonové a sémantické), agramatismy (vyjádření nemá správnou mluvnickou strukturu), opakování a pojmenování jsou narušena, ale občas lepší než spontánní řeč.*“ (Kulišťák, 2003, s. 173)

Wernickeova afázie – mluvní projev plynulý s narušeným porozuměním smyslu a zvuku slova či věty, další těžkosti činí opakování a pojmenování. Častý výskyt logorhei, parafází. Artikulace nebývá tak výrazně postižena jako u Brocovy afázie. „*Někteří pacienti dosahují velkého množství neologických (nově vytvořených) parafází, pod tlakem, najednou a zpravidla bez uvědomování si své řečové nezpůsobilosti bývají často mylně diagnostikováni jako pacienti psychiatričtí (nejčastěji maničtí), jsou chorobně povídaví (logorhea) a jejich obsahově nesrozumitelná řeč vyvolává pocit zmatenosti (amence).*“ (Kulišťák, 2003, s. 173)

Konduktivní afázie (převodová) – Tato porucha řeči vzniká lézí mezi motorickým a senzoryckým centrem řeči. Největší těžkosti nastávají při opakování předřikávaných slov a vět. Vyjadřování a opakování je v tomto případě parafatické, ale s dobrým porozuměním. Tento typ afázie má velmi dobrou prognózu, úprava může být částečná nebo kompletní.

Anomická afázie – vyjadřování je plynulé s dobrým porozuměním a opakováním, avšak narušeným pojmenováním, které je způsobeno obtížemi v hledání správného významu nebo v pojmenování viděného. Jinak je ovšem anomická afázie považována za klinicky nejlehčí typ afázie.

Transkortikální afázie – vyskytuje se přechodně, typickým znakem je dobré opakování, ale slabé porozumění (echolalie) a pojmenování. „*Fluentní mluva s dobrým opakováním, ale velmi slabým porozuměním a pojmenováním, často mohou být tyto příznaky pacienta řazeny k senzorycké variantě izolovaného řečového syndromu.*“ (Kulišťák, 2003, s. 174). Tento typ afázie se dále dělí na: *transkortikální motorickou afázii (TMA)* – narušení spontánní řeči, která je neplynulá, tvořená s obtížemi a námahou. Objevují se agramatismy. Zachované

dobré opakování a rozumění. *Transkortikální senzoricou afázií* (TSA) – spontánní řeč fluentní, dobré opakování, ale bez porozumění (echolalie). Spontánní řečový projev je plynulý, ale bez jakéhokoli obsahu, velice zajímavé je v tomto případě bezchybné čtení, avšak opět bez porozumění.

Kimlova klasifikace

Mezi její kladné stránky podle Kulišťáka (2003) patří bezpochyby detailní popis jednotlivých typů, ale postrádá pohled na osobu s afázií z hlediska postižení celého centrálního nervového systému. Je zaměřena hlavně na lingvistický deficit. Používána je nejvíce ze strany foniatrů. Afázie se podle Kimlovi klasifikace dělí na: Motorickou afázií, senzoricou afázií a totální afázií.

Motorická afázie – u které dále rozlišujeme: *Typ jargon* – výskyt nově vytvořených slov, která postrádají smysluplnost (neologismy). Z projevu není vůbec jasné o jaká slova se jedná. Většinou bývá porušeno chápání větných příkazů i porucha kalkulie a grafie.

Typ anartrie (aphasia motorica anarthrica) – typické je neschopnost artikulovaného mluvního projevu, afatik vydává pouze neartikulované zvuky. Ale chápání významu a obsahu mluvené řeči je zachováno.

Senzorická afázie – u které dále rozlišujeme: *Typ jargon* (Aphasia sensorica typus „jargon“)- opět velice patrný výskyt výskyt žargonových parafází a neologismu, které však v tomto případě nejsou tak vážné a tím pádem lze vytušit obsah sdělení. Přítomno je narušení rozumění řeči a to s různým stupněm.

Typ dyslogický (Aphasia sensorica dyslogica) – označováno jak řeč beze smyslu. Jedná se o tzv. slovní zmatenost

Typ amnestický – v tomto případě afatik není schopen použít nebo si vybavit odpovídající název pro konkrétní věc či činnost.

Totální afázie – velmi těžká forma afázie s postižením všech řečových funkcí. To znamená neschopnost chápání a rozumění řeči ostatních lidí, spontánní produkce je neplynulá (pokud vůbec nějaká je), špatně je na tom i pojmenování, porozumění a opakování, stejně tak i neschopnost vyjadřování se srozumitelnou řečí. Pokud se postižení nezlepší do několika dnů, zůstává tento stav neměnný a s velmi špatnou

prognózou.

Lurijova klasifikace

Tato klasifikace je specifická tím, že na afázii pohlíží jako na součást tzv. *funkčního systému*. Afázie zahrnuje do poruch vyšších korových funkcí. Jedná se o celkový pohled na funkci celého centrálního nervového systému. „*Klíčovým momentem lurijovského přístupu je porozumění vlivu léze na jednotlivé kognitivní procesy.*“ (Cséfalvay in Lechta, 2001, s. 205) Objasňuje význam funkce – na jedné straně chápe funkci specifické tkáně (např. fotoreakce jako funkce sítnice oka), na druhé straně rozlišuje jiné pojetí funkce a touto „funkcí“ rozumí složitou adaptační aktivitu organismu určenou specifickým cílem a ukončenou specifickou operací. Realizace činnosti se obvykle dosahuje pomocí velmi složitého funkčního systému vzájemně koordinovaných procesů, které představují komplikovaný systém funkcí determinovaných aktuálním úkolem. „*Na rozdíl od mnohých koncepcí je lurijovské paradigma dodnes jedinečné v tom, že jednotlivé psychické procesy (řeč nevyjímaje) popisuje vždy ve vztahu k ostatním psychickým funkcím.*“ (Cséfalvay in Lechta, 2001, s. 205)

Důležitým poznatkem je vzájemná součinnost zón mozkové kůry a podkorových struktur. Činnost funkčního systému je zabezpečována koordinovanou činností určitých mozkových lokalit. Máme-li stanovit topickou diagnózu mozkového postižení, nestačí pouze potvrdit existenci defektu, ale je třeba blíže určit poruchu dané funkce. Kvalitativní analýza deficitu je podstatou neuropsychologického pojetí vyšších korových funkcí. „*Do každého funkčního systému se neustále zapojuje celá řada aferentních (přinášejících) a eferentních (výkonných) realizujících složek.*“ (Čecháčková, 2003, s. 153) Lurija afázii dělí podle lokalizací léze na *precentrální lokality* kam spadá dynamická a eferentní motorická afázie a dále na *postcentrální lokality*, kam spadá aferentní motorická afázie, askusticko-mnestická afázie, sensorická afázie a sémantická afázie

Precentrální lokality (léze předních oblastí mozku)

Dynamická afázie – U tohoto typu není nijak vážně porušeno pojmenování předmětů a činností, nebo opakování slov a větných útvarů, ale hlavní problém spočívá v obtížích až neschopnosti vyjádřit myšlenku.

Eferentní motorická afázie – porušena je organizace pohybů a hlavně střídání inervace a denervace, z čehož vyplývá porucha klidného přechodu u artikulace z jedné hlásky na hlásku další.

Postcentrální lokality (léze zadní oblasti mozku)

Aferentní motorická afázie – jedná se o potíže až neschopnost při tvoření správně polohy rtů a jazyka, které je důležité pro artikulaci. Přítomna i porucha psaní

Akusticko-mnestická afázie – souhrnně chápeme jako poruchy sluchovo-řečové paměti, která se projevuje neschopností si zapamatovat krátkou řadu po sobě jdoucích zvuků, slabik nebo slov.

Senzorická afázie – narušeno je hlavně porozumění řeči, tzv. fonematická diferenciací.

Sémantická afázie – typickým znakem je narušené dekódování logicko-gramatických struktur, navíc ještě s rozpadem početních operací.

Hrbkova klasifikace

V naší logopedii se často setkáváme s Hrbkovou klasifikací, i zde se afázie řadí mezi kortikální funkce, takže kromě řečového deficitu zahrnuje též poruchy grafie, lexie, gnozie, kalkule, poruchy v orientaci v prostoru, místu a čase. Hlavním omylem v Hrbkově klasifikaci bylo popření Wernickeova sluchového centra, které má nezastupitelné místo v rozvoji řeči samotné, stejně jako je důležitým prvkem při vlastní komunikaci, jako koordinační jednotka. Naopak kladem je zdůraznění významu parietální laloku a s tím související objasnění mozkových mechanismů řeči. Přínosem je, že hlavní úlohu nezaujímá pouze řečový deficit, ale i změna kognitivních a gnostických procesů CNS.

Čecháčková (2003, s. 154) píše, že „*Hrbek vychází z těchto předpokladů: Mozkovou kůru tvoří komplex specifických analyzátorů a neuroefektorů. Endoceptivní analyzátory (proprioceptivní, interoceptivní) mají úlohu tzv.*

integrátoru. To znamená, že do jejich korových polí přicházejí vzruchy z ostatních analyzátorů, zde vznikají a uchovávají se paměťové engramy (stopy, záznamy) a tvoří plán nové aktivity. Proprioceptivní analyzátor má samostatné korové pole v parietálním laloku. (Do této lokality Hrbek umístil proprioceptivně logestetický okrsek PL sloužící jako hlavní programátor a iniciátor spontánní mluvy, jako koordinátor dalších korových funkcí, např. grafie, lexie, kalkulie a gnozie). Korové pole proprioceptivního analyzátoru je spojeno s motorickou korovou oblastí asociačními drahami.“

Základní fyziologický mechanismu řeči podle Hrbka tvoří funkce soustavy sestávající ze šesti korových okrsků: Proprioceptivně logestetického, proprioceptivně grafestetického, logomotorického, grafomotorického, akustického a optického.

Proprioceptivně logestetický (PL) okrsek: stěžejní prvek vnitřní řeči, iniciátor spontánního mluvního projevu, engramátor a operátor mluvené i psané řeči a řídicí prvek všech dalších semiotických (přidružených) soustav.

Proprioceptivně grafestetický (PG) okrsek: hlavní jednotka ohledně plánu písma, další funkcí je převod logestetických a optických podnětů.

Logomotorický (LM) okrsek: stará se o výkonnou část mluvené řeči

Grafomotorický (GM) okrsek: stará se o produkci písma

Akustický (A) okrsek: umožňuje vnímání slyšené mluvy

Optický (O) okrsek: umožňuje vnímání písma

Základní výkony řeči je možno podle Hrbka schematicky vyjádřit jako vybavování dynamických stereotypů v různých oblastech a spojeních. Jsou to: Spontánní řeč PL – LM, porozumění řeči A – PL, spontánní psaní PL – PG – GM, psaní diktátu A – PL – PG – GM, porozumění čtenému O – PL, čtení nahlas O – PL – LM, opakování slyšeného A – PL – LM, opisování s porozuměním O – PL – PG – GM, mechanické opisování O – PG – GM. Dalším specifikem u Hrbkovi klasifikace je rozlišení poškození na *nukleární a disjunktivní*. Za nukleární jsou označována ta, která vznikají při poškození okrsku určité kortikální oblasti. Naopak disjunktivní označují narušení spojů mezi okrsky.

Olomoucká klasifikace

Jak již název napovídá tato klasifikace vznikla na Neurologické klinice FN Olomouc. Její základ spočívá v dělení, které částečně vychází z některých prvků Hrbkovy teorie, ale navíc jsou zde použity i poznatky z dlouholeté činnosti s diagnostikou a terapií afatických pacientů, které během posledního desetiletí byly zdokonaleny díky moderním zobrazovacím metodám. „Podle této klasifikace je léze lokalizována v určitém laloku charakterizována specifickými symptomy. Ty pak tvoří obsah konkrétní kortikální poruchy. Například u léze ve frontálním laloku převládají poruchy mluvní exprese, u léze lokalizované na parieto-frontálním pomezi se objevují příznaky parietální laloku- Gerstmannův syndrom, mnestické obtíže, ale také poruchy exprese.“ (Čecháčková, 2003, s. 155) Afázie se podle Olomoucké klasifikace dělí na: Expresivní afázii, integrační afázii, percepční afázii, amnestickou afázii a globální afázii.

Expresivní afázie – vniká zejména při lézi frontálního laloku, dále pak na parietofrontálním a frontotemporálním pomezi s tím, že větší část musí zasahovat do frontálního laloku. Týká se řečové produkce, těžkosti v utváření jednotlivých slov, objevují se zde parafrázie – neschopnosti větného vyjadřování. Dále parafrázie, kdy nemocný deformuje jednotlivá slova a právě podle této deformace, lze určit stupeň postižení. Řeč je pomalá, nonfluentní.

U expresivní afázie jsou dalším typickým znakem obtíže v utváření slov i vět, kdy v nejtěžších případech může afatik ke svému vyjadřování používat jen tzv. slovní trosky. (Např. na otázku: *Kde jste se narodil?* afatik odpoví: *Karel*, v horším případě na všechno používá stejnou odpověď např. to to to). V tomto případě bývá i přidružená porucha grafie a lexie. U lexie, kromě samotného výkonu čtení, bývá též porušeno celkové chápání obsahu daného větného celku. Porozumění mluvené řeči není narušeno, ale může být obtížné jeho chápání a orientace, pokud se hovoru účastí několik lidí najednou.

Integrační afázie – vzniká při lézi parietálního laloku nebo parietotemporálního a parietofrontálního pomezi. Kdy větší část poškození vždy zasahuje parietální lokality. Název je odvozen z integrační funkce parietálního laloku podle Hrbka, kdy podstatou integrační funkce je zpracování informací na základě paměťových záznamů a vytváření impulsů výkonu. „Integrační funkce splňuje tři významy:

Sjednocování multisenzorického přítoku vzruchů z korových polí ostatních analyzátorů. Vytváření a uchování dlouhodobých pamětních engramů po proběhlé činnosti. Vytváření programu budoucí aktivity na základě sjednocení přítomných aferentních vzruchů s evokovanými pamětními záznamy o minulých dějích.“
(Čecháčková, 2003, s. 156)

Typickým znakem integrační afázie je tzv. *Gerstmannův syndrom*, kde je porucha v chápání významu určitého pojmu, i porucha v chápání významu slov a vět, není jasný komunikační záměr. Opět se vyskytují obtíže při orientaci pokud hovoří několik osob současně. Porušena může být též lexie a spontánní kresba, avšak se zachovaným obkreslováním. Dalšími diagnostickými znaky je porucha rozeznávání pravé a levé strany těla (pravo-levá dezorientace), agnozie prstů ruku, agrafie při níž bývá porušeno spontánní písmo a diktát, zatímco funkce opisu je neporušená, ale v nejtěžších případech se vyskytuje echografie (opisování bez porozumění) v poslední řadě sem též patří porucha kalkulie, kdy je většinou narušeno počítání s přechodem přes desítku. Pro vyšetření je ale nezbytným kritériem neporušená schopnost rozumění, aby nebyl výsledek nijak zkreslený.

Percepční afázie – vzniká při lézi zadní části horního temporálního závitu a pomporoparietálního pomezí. V tomto případě je nejzávažnější narušení dekódování a rozumění řeči. V nejtěžších případech se můžeme setkat s tím, že afatik nerozumí ani svým vlastní vlastní řeči, často se vyskytuje tzv. anosognozie, což je neuvědomování si své poruchy. Dále, avšak ne ve všech případech se objevuje logorhea (překotný tok řeči). Pacient hovoří bez větších obtíží, jeho řečová produkce je vysoká, avšak informační hodnota je velmi nízká. Častý je výskyt perseverací (ulpívání na předchozím podnětu). Dále se vyskytuje postižení grafie, lexie a kresby, kdy v těžších případech afatik není schopen obkreslit jednoduchý obrazec.

Amnestická afázie – vzniká při lézi parietálního laloku a je nejlehčí formou afázie. Vyskytuje se buď to samostatně, ale můžeme se s ní setkat i jako součást jiných typů afázie. Řečová produkce obsahuje hodně prodlev, které jsou způsobeny rozpomináním na určitý výraz. Dalším typickým znakem je anomie (neschopnost pojmenování), dále pak sémantické parafázie (namísto pojmenování opíše afatik

funkci daného předmětu). Lehčí formy grafie při níž se vyskytuje vynechávání písmen, interpunkčních znamének, či nedokončení větného celku. Naproti tomu funkce rozumění mluvené řeči je neporušena, opakování v zásadě dobré, s výjimkou obtížného zopakování delšího větného celku z důvodu obtížného zapamatování. Tento problém se však vyskytuje až u těžších poruch. Někdy se též můžeme setkat s označením anomická afázie, což je ovšem zjednodušený název, který nevystihuje celou charakteristiku poruchy. Anomie nám značí poruchu pojmenování, zatímco amnestická afázie značí větší soubor příznaků.

Globální (totální) afázie – se objevuje jako akutní postižení po CMP, zpravidla poté pomalu začne přecházet v některý jiný méně závažný typ afázie. Pokud se ovšem zlepšení neobjeví do několika dnů, zůstává tento stav neměnný a s velmi špatnou prognózou, což bývá způsobeno rozsáhlou lézí v povodí ACM. Je jasně nejtěžším typem afázie vůbec, zahrnuje postižení všech kortikálních funkcí. Afatik není schopen vlastní řečové produkce, stejně tak nerozumí řečové produkci ostatních lidí, je dezorientován místem, časem i vlastní osobou.

1. 4 Komplexní rehabilitační péče u afázie

Komplexním pojetím rehabilitace chápeme veškeré složky, které se na ní podílejí. Základ tvoří zapojení řečové a jazykové terapie spolu s psychoterapií, která pozitivním způsobem ovlivňuje kognitivní, zejména pak verbálně paměťové funkce. Zvláště pak u afázie je psychoterapie nepostradatelnou součástí samotné léčby, jak z důvodu motivace a spolupráce mezi pacientem a terapeutem, tak i z důvodu předcházení záporných reakcí a neurotického osobnostního vývoje, který by mohl pacienta potkat, pokud by nebyla nastolena správná a včasná terapie. Do komplexní rehabilitační péče též zahrnujeme lékařskou, fyzioterapeutickou.

Komplexní rehabilitační péči u afatiků dělíme na složku: lékařskou, fyzioterapeutickou, a logopedickou.

Lékařská péče - nastává již v okamžiku, kdy se jedinec např. po CMP dostává do nemocničního zařízení, kde o něj zdravotnický personál pečuje po nezbytně dlouhou dobu. *„Klíčové postavení v týmu zaujímá ošetřující lékař rehabilitační*

kliniky, který koordinuje součinnosti členů tohoto kolektivu. Využívá k tomu: lékařské zprávy, které má k dispozici z nemocnice, vlastní vyšetření pacienta, výsledky vyšetření rizikových faktorů, výsledky poruch funkcí zjištěných s pomocí členů týmu.“ (Maurer, 1989, s. 51) Na základě těchto podkladů se stanoví přesný plán průběhu léčby. O tom, kdy se může začít s reedukací rozhoduje neurolog, podle základní příčiny a podle předpokládaného průběhu rekonvalescence.

Fyzioterapeutická péče - afázie se ve většině případech demonstruje také poruchami hybnosti, které zasahují obvykle jednu polovinu těla. Někdy se jedná jen o horní končetinu, ale ochrnout může i celá polovina (hemiparéza – hemiplegie) těla, která zahrnuje obě končetiny (horní i dolní) i mimické a obličejové svalstvo. Nejideálnějším případem je, pokud fyzioterapeut dochází za afatikem již po dobu, kdy je dotyční stále ještě hospitalizován v nemocničním zařízení a většinu času tráví na lůžku. Fyzioterapeut by měl afatika navštěvovat každý den a asi po dobu 30 minut s ním provádět různá cvičení pro obnovení funkce hybnosti a posílení svalstva. Pro afatika jsou tyto cvičení většinou namáhavé a často i bolestivé, ale je velmi důležité dbát na znovu obnovení těchto funkcí. Po propuštění z nemocnice se afatik dostává do domácí péče, ale stále by měl docházet alespoň 1x týdně na oddělení fyzioterapie, aby se zde neobjevila stagnace, nebo zhoršení stavu. Velice vítaná je v tomto okamžiku i ergoterapeutická péče, kde se s klientem pracuje jak po stránce speciálně pedagogické a ergoterapeutické v jednom. Zvládnání základních domácích a sebeobslužných prací, by měl klient zvládnout již před propuštěním do domácí péče a pokračovat v těchto nácvičných činnostech i v domácí péči.

Foniatrická péče – „*Foniatric je nadstavbový obor ušního, nosního a krčního lékařství, který se věnuje fyziologii a patofyziologii, řeší klinickou problematiku, diagnostiku, léčbu a léčebnou rehabilitaci poruch řeči, hlasu a vad sluchu, funkcí, které tvoří fyziologický základ dorozumivacího procesu.“ (Novák, 1989, s. 1) Foniatrické vyšetření začíná zevrubnou anamnézou a vyšetření se směřuje k vyšetření výslovnosti, vyšetření porozumění, sdělení obsahu a stanovení přesné diagnózy. Vzhledem k tomu, že rozeznáváme několik druhů afázií, je nutná přesná diagnostika, zvláště k tomu, aby následná reedukace byla účelně zaměřená. Pokud je možné, provádí se u klientů i laryngoskopické vyšetření hlasu, jelikož při*

některých afáziích klient tvoří hlas nesprávně, jsou narušeny hlasivky a ztráta schopnosti kmitání hlasivek svědčí pro hlubokou infiltraci patologickým procesem.

Foniatr vyšetří afatika ještě před tím, než nastoupí logopedická péče. Zjistí na jaké úrovni je hlas, hlasivky, sluch, porozumění řeči, výslovnost. U afatiků se stává, že mohou přijít i o hlas, mluví spíše šeptem, sípavě. Foniatr by měl poskytnout doporučení a cvičit s afatikem cvičení k vyvození hlasu. Dále se zjišťuje úroveň sluchu, musíme si být jistí, že dotyčný slyší, co mu říkáme, jsme si jistí, že rozumí, jinak by mohlo dojít k následné chybné diagnostice. *„Foniatr provede různá odborná vyšetření jako např. vyšetření hlasového pole, délka fonační doby, EMG hrtanových svalů, aj.“* (Novák, 1989, s. 60)

Logopedická péče – *„Téměř jedna čtvrtina pacientů po náhlé mozkové příhodě bývá postižena poruchou řeči, tedy úplnou nebo částečnou neschopností mluvit.“* (Maurer, 1989, s. 67) U logopedické péče je opět ideálním případem, pokud nastává co nejdříve, zase už v době, kdy je ještě afatik v nemocničním zařízení. *„Léčba spočívá v rehabilitaci řeči, která musí být řízena individuálně podle poškození fatických funkcí. Je třeba postupovat od zachovaných zbytků řeči a na nich podle lingvistických pravidel rozvíjet schopnost vyjadřování. Při rehabilitaci je třeba využít schopnosti čtení a psaní, pokud jsou zachovány. Rehabilitace řeči musí být provázena celkovou rehabilitací pohybovou.“* (Novák, 1989, s. 61) I logoped by měl docházet nejméně 1x týdně, a za pomoci afatického slovníku cvičit rozvíjení řeči. Není totiž pravidlem, že by lůžkové oddělení mělo svého vlastního logopeda. *„I když buduje řeč z té úrovně, která ještě zůstala zachována, přece jen se zaměřuje nejdřív na základní elementy řeči, tj. na upevňování artikulace“* (Sovák, 1978, s. 302) Afatik se nesmí cítit při terapii deprimován, ale naopak by měl drobnými úspěchy nabývat sebedůvěry. Terapie by měla být stanovena tak, aby byl zohledněn daný léčebný režim a možnosti oddělení, kde se dotyčný nachází. Důležitá je samozřejmě i spolupráce rodiny.

Konzultační a poradenská činnost - Do komplexní rehabilitace může též zahrnout konzultační a poradenskou činnost, kde se jedná hlavně o podání důležitých informací a upozornění pro rodinné příslušníky či ostatní osoby, které

v době rehabilitace o afatika stabilně či jen dočasně pečující či se s ním z jiných důvodů setkávají. Člověk, který o tomto onemocnění nemá důležité informace, by se mohl vzhledem i afatikovi zachovat jiným způsobem než je žádoucí, a proto je velmi důležité s jeho nejbližšími vše probrat a nastítnit průběh vzniklé situace spolu s vybavením účinné komunikační metody. Pokud se totiž u jedince následkem CMP objeví těžká forma afázie, či afázie totální, je to pro něj samotného i jeho okolí velký šok až trauma. Vždy by měl být k dispozici způsob jak se s dotyčným porozumět. Jde o konzultační a poradenskou činnost, která navazuje na logopedickou intervenci.

Spolupráce s rodinou - Další nedílnou součástí, jak už napovídá předešlý odstavec, je spolupráce s rodinou. Poté co je jedinec schopen se vrátit domů z nemocničního zařízení přebírá největší část běžné péče o afatického pacienta rodina, kde se mu doma věnují a snaží se mu ze vzniklé situace pomoci.

Ze strany rodiny by zde měla být trvalá snaha o motivaci k terapii a zdůrazňování její důležitosti. Dále sem patří aktivní pomoc při denním cvičení a spolupráci. Afatik má svůj cvičný sešit, kde mu logoped zadává “domácí úkoly“, které poté doma, každý den (pravidelnost je v tomto případě velice důležitá) provádí. Svou roli hraje i čas a místo kde se domácí cvičení uskutečňuje. Nejlépe je zvolit pravidelný čas, v době kdy dotyčný není unavený a dobře se mu spolupracuje. Místo by mělo být klidné, bez rušivých elementů.

„Reedukace afázií je nesmírně složitý a dlouhodobý proces odvislý od mnoha faktorů. Prioritní nemusí být vždy rozsah orgánové léze, ani věk pacienta jako spíše jeho osobní vyladění, životní postoje. Velkou roli hraje spolupráce s okolím postiženého, s jeho nejbližšími.“ (Peutelschmiedová, 2005, s. 181)

Je nutné přispět k vytvoření takového prostředí, kde afatik má možnost komunikovat a kde s ním není pouze jen manipulativně zacházeno a on zůstává pasivním. Poté nelze očekávat žádné pozitivní výsledky – spíše naopak. Všichni z jeho okolí by se měly snažit dotyčného vystavovat komunikačnímu a sociálnímu aktu. A nechovat se k němu jako k malému dítěti, které se učí znovu mluvit, ale jako k normálnímu dospělému člověku, jako k sobě rovnému.

Komunikace je pro člověka a jeho socializaci velmi významná. Narušená komunikační schopnost může velice zásadním způsobem změnit dosavadní život jedince. Jedním z druhů narušené komunikační schopnosti je afázie, jejímu vymezení je věnována první kapitola, která nás podrobněji seznamuje s její klasifikací, vznikem, projevy i rehabilitační péčí, která je nezbytná.

2 Diagnostika afázie

2. 1 Logopedická diagnostika

Při diagnostice afázie jsou využívány metody speciálně pedagogické diagnostiky i diagnostické testy a testové baterie speciálně vyvinuté pro tento druh narušené komunikační schopnosti. „*V diagnostickém procesu afázií je nezbytné, aby se*

logoped zevrubněji seznámil se základy neurologické diagnostiky. Ta v současnosti představuje nedocenitelný přínos pro logopedii obecně, a to svými prudce se rozvíjejícími a stále se zdokonalujícími zobrazovacími metodami mozku.“ (Peutelschmiedová, 2005, s.180)

Ve struktuře afaziologických testů, tj. v otázce, které oblasti řečové exprese a imprese se mají vyšetřovat, se většina autorů shoduje (Cséfalvay, Klulišťák, Lechta, Neubauber) Základní vyšetření řeči afatika by se tedy mělo zaměřovat na vyšetření a hodnocení *spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování*. Hodnocení je však kompletní teprve tehdy, zahrne-li se do diagnostiky také vyšetření psané formy řeči, tedy psaní a čtení a počítání. (Cséfalvay in Lechta 2003)

Logopedická diagnostika má za úkol zachytit celkový stav, stupeň a formu poruch řečové komunikace a s ním spojené deficity praxe, gnóze a kognitivních funkcí.

„Jejími základními cíli jsou: Zjištění přítomnosti poruchy řečové komunikace, její tíže a závažnosti. Diferenciální diagnostika poruch řečové komunikace. Zpracování návrhu následné logopedické intervence.“ (Neubauer, 2005, s. 69)

Diagnostika pro vyšetření afázií probíhá pomocí klinického vyšetření nebo standardizovaných testů. V současné afaziologii se setkáváme s oběma způsoby diagnostiky afázií. Diagnostika afázií může být stanovena i bez použití speciálních testů (Wallesch, in Cséfalvay, Traubner, 1991). *„Hodnocení může být komplexní jen tehdy, neomezí-li se pouze na mluvenou řeč, ale zahrne-li také psanou formu řeči (čtení, psaní).*“ (Cséfalvay in Lechta 2003, s. 211)

Přehled základních typů diagnostiky v logopedii:

„Logopedická diagnostika se opírá o standardizované testy screeningového nebo komplexního charakteru, hodnotící funkci komunikaci a specifické funkce ve vztahu k inkriminovanému narušení komunikační schopnosti. Logopedická diagnostika je u

podezření na afázie často směřována k aplikaci diferenciální diagnostiky afázie a dysartrie“ (Peutelschmiedová, 2005, s. 180)

Vstupní vyšetření - obsahuje buď pozitivní nebo negativní vyjádření ohledně suspektní poruchy řečové komunikace.

Komplexní logopedické vyšetření – zahrnuje zhodnocení anamnestických dat a výsledky předchozích logopedických, lékařských a psychologických diagnóz, dále pak vyšetření orofaciálních motorických funkcí a prozodických faktorů řeči, dalším bodem je morfologie a syntax, pragmatická rovina (s ohledem na věk pacienta). U těžkých poruch komunikace se zjišťuje schopnosti užití komunikace pomocí nonverbálních prostředků. A na konci je nutné též provést orientační vyšetření sluchového vnímání a kognitivních schopností jako je pozornost, verbální paměť. Může následovat i vyšetření grafomotoriky.

Cílené logopedické vyšetření – zaměřuje se na artikulaci hlásek, faktické funkce, rozumění a expresi, rozumění a slovní zásobu, úroveň fonemického sluchu, lateralitu a grafomotoriku (poslední dvě zejména u dětí předškolního věku).

Výstupní vyšetření - Jak název napovídá provádí se výstupní vyšetření vždy na závěr pro zhodnocení průběhu terapie a doporučení pro další postupy ohledně návazné péče. Pro kontrolu stavu se v období po 3-6 měsících po ukončení terapie provádí ještě kontrolní vyšetření.

Diferenciální diagnostika – dělí se na dvě základní a rozdílné oblasti a to *logopedickou diagnostiku dětského věku a logopedickou diagnostiku u dospělých a stárnoucích osob*. Pro téma mé diplomové práce je stěžejní druhý typ do kterého spadají i osoby s afázií, ale i dysartrií a demencí. „*Nejčastější chybou, které se můžeme z neznalosti dopustit, je neschopnost odlišit afázii od dysartrie.*“ (Čecháčková, 2003, s. 158) Dalším jevem, který je zaměňován s afázií bývá apraxie. Základem diferenciální diagnostiky je od sebe odlišit vzájemné projevy těchto onemocnění, ale též stanovit přiměřený a efektivní postup logopedické nápravy.

Diagnostika afázie je v prvé řadě záležitostí odborného lékaře a to neurologa. Ten hodnotí stav porušených fatických funkcí v poměru k funkcím, které zůstaly zachovány, dále podle ostatních přítomných neurologických příznaků určí lokalizaci

a rozsah poruchy a stanoví i pravděpodobný průběh onemocnění. „*Pacient může být diagnostikován pomocí klinického vyšetření nebo pomocí standardizovaných testů pro vyšetření afázie.*“ (Čecháčková, 2003, s. 157) Při sestavování obrazu afázie neurolog hodnotí tyto složky řeči: *spontánní řeč, rozumění mluvenému, opakování předřikávaného, pojmenování předkládaných předmětů.* Poté navazují další rozšiřující vyšetření, které jsou zaměřeny na: vyjmenování slovní řady, zpěv, určení melodie, čtení, psaní, počítání, kreslení. Jednotlivé činnosti se bodují škálou od 1 do 10, kde 10 bodů značí funkci neporušenou a naopak. Na konci vyšetření se podle dosaženého počtu bodů dá přímo vyčíslit stupeň poruchy konkrétní činnosti a tím získat celistvý přehled o faktické poruše. „*Hlavním úkolem při diagnostikování afázie je získat dostatek informací pro volbu odpovídající terapie, volbu adekvátní rehabilitace.*“ (Klenková, 2006, s. 83)

Cílené logopedické vyšetření - Po neurologickém vyšetření, se dostává k pacientovi logoped, který provádí další diagnostická vyšetření potřebná pro reedukaci řeči. Vyšetření řeči afatika, by mělo být zaměřeno na vyšetření a hodnocení: spontánní řeči, porozumění řeči, opakování, pojmenování.

Zevní stránka mluvy – logoped přijme pacienta a po seznámení a úvodním rozhovoru, až se dotyčný uvolní se snaží ho přimět ke slovní produkci. Například na oblíbené pacientovo téma, co se týká rodiny, koníčků atd... Při rozhovoru si logoped všimá do jaké míry je postižena artikulace, zda je přítomna změna modulačních faktorů, slovní zásoby, adekvátní užití jednotlivých slov, zda je zachování spontaneita mluvy, zda se neobjevuje iterace (afatické koktání), hledání slova opisem, dále si všimá jestli se neobjevují parafrázie, perseverace, zkratkový styl atd.

Rozumění mluvené řeči – Je používáno slovních podnětů a to významových a pak obsahových. U tohoto typu je vždy nutné zohlednit aktuální stav a možnosti dotyčného. Afatik je vyzván aby: opakoval předřikávaná jedno posléze víceslabičná slova, na slovní výzvu ukázal konkrétní věc, obrázek, část svého těla. Splnil složitější příkaz – položte pero napravo od knihy. Odpovídal na dané otázky pouze ano, ne. Odpověděl na otázku, aby vyprávěl o sobě, nebo o věcech, které má rád, které dělá ve svém volném čase, aby odřikával číselné řady, vyjmenoval abecedu, dny v týdnu, provedl početní operaci, nebo zazpíval.

Čtení - při tomto vyšetření má afatik správně přiřadil předmět, který je zobrazen na obrázku, ke kartičce, na které je uveden název předmětu (hůlkovým písmem). Následně přečíst tento název a předložený související text. Nakonec odvyprávět o čem právě četl.

Psaní - při tomto vyšetření má afatik opisuje předložený text, popřípadě číslice, slabiky, věty. Má napsat název konkrétního předmětu, podepsat se, popřípadě se i pokusit vypsát své obtíže. Napsat diktát – slova, slabiky nebo písmena, podle stavu pacienta.

Kresba - se vyšetřuje v několika oblastech a to - spontánní kresba, kdy pacient namaluje sám co ho právě napadne. Konkrétní kresba, logoped přímo určí co se má malovat. A obkreslování.

Je zřejmé, že u lehčích poruch pacient může zvládnout všechny uvedené výzvy s postupným zhoršováním situace, zatímco u těžších poruch často pacient skončí už u počátečních výzev a dále není schopen požadovaný úkon provést. Často ani při pomoci a nápovědě logopedem.

2. 2 Diagnostické metody

Lechta (in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 38) uvádí že: „*Metody, které se v rámci logopedické intervence aplikují, vlastně dosud ještě nebyly komplexně popsány a jednoznačně definovány. Tento proces krystalizace metod souvisí s procesem vývoje logopedie v emancipovanou vědu.*“

Logopedická diagnostika se může realizovat na rozličné úrovni, tzn. může se zaměřit na identifikaci narušené komunikační schopnosti v různém rozsahu. Lechta (1995) uvádí tři úrovně a to: *orientační vyšetření, základní vyšetření a speciální vyšetření.*

Orientační vyšetření – realizuje se zejména v rámci screeningu, depistáže a odpovídá zejména na otázku: „Má vyšetřovaná osoba narušenou komunikační schopnost, nebo ne?“

Základní vyšetření – zde už jde o zjištění konkrétního druhu narušené komunikační schopnosti, dále o určení základní diagnózy. Odpovídá na otázku: „O jaký druh

narušené komunikační schopnosti se jedná?“

Speciální vyšetření – snaha o co nejpřesnější identifikaci narušené komunikační schopnosti. Odpovídá na otázku: „Jaký je typ, forma, stupeň narušené komunikační schopnosti, jaké jsou její další zvláštnosti a následky?“

„Při aplikaci metod diagnostiky narušené komunikační schopnosti se má vycházet z prvořadého úkolu v konkrétní diagnostické situaci: vyšetřovanou osobu je třeba stimulovat, vyprovokovat k souvislému mluvnímému projevu tak, aby se nezkresleně projevila její skutečná komunikační schopnost ve všech dimenzích“ (Lechta, 2003, s. 23)

Metody, které můžeme využít při diagnostice narušené komunikační schopnosti: metody pozorování, explorační metody, diagnostické zkoušky, testové metody, kazuistické metody, rozbor výsledků činností a přístrojové metody.

Metody pozorování – pozorovací listy (archy) a hodnotící stupnice (např. stupně koktavosti)

Explorační metody – např. dotazníky, anamnestický rozhovor, řízený rozhovor

Diagnostické zkoušky – vyšetření výslovnosti, zvuku řeči, písemné zkoušení (např. u dysgrafie, dysortografie)

Testové metody – Token test, test laterality

Kazuistické metody – je neoddelitelnou součástí komplexního vyšetření, týká se zejména

analýzy lékařských výsledků, psychologických vyšetření apod.

Rozbor výsledků činností – např. ve školské logopedii, kde se sledují výsledky, jichž žák dosáhl v rámci výchovně – vzdělávacího procesu

Přístrojové a mechanické metody (artikulografie, chromografie). Lechta (2003) podle Vaška (1991)

Při aplikaci uvedených metod je třeba respektovat mnohé principy: princip vícedimenzionální analýzy (komplexnosti vyšetření) u nás známá jako *zásada skutečné komplexnosti vyšetření*. „*Jen vícedimenzionální analýza je totiž zárukou skutečné identifikace druhu a stupně narušení komunikační schopnosti, a protože bere v úvahu všechny možné dimenze narušené komunikační schopnosti, může na minimum zredukovat riziko diagnostického omylu, jen by hrozil při subjektivistickém*

posuzování těchto odchylek.“ (Lechta, 2003, s. 25) Dále *princip co nejobjektivnějšího posouzení*, které od diagnostika vyžaduje, aby se vyvaroval sugestivních otázek, nepůsobil nadřazeným dojmem a v maximální míře využíval standardizované nebo alespoň standardně užívané metody a techniky. Dalším ze souboru je princip *časově ekonomické diagnostiky*, který obsahuje požadavek určit co nejpřisnější diagnózu v optimálním čase. Poté i *průběžnost diagnostiky*, čímž myslíme prolínání procesu diagnostiky s terapeutickým procesem, např. při rozvíjení řeči u dětí s narušeným řečovým vývojem v raném věku, kdy ještě nelze zcela přesně stanovit definitivní diagnózu. Řeč je potom o *diagnostické stimulaci a stimulační diagnostice*. V poslední řadě nesmíme zapomínat na zásadu týmového přístupu, která se týká zejména určování konečné diagnózy, kdy se vychází ze zjištění většího počtu odborníků- logopedů, foniatrů, otorhinolarygologů, psychologů, psychiatrů, fonetiků, speciálních pedagogů atd.

2. 3 Vyšetření kortikálních funkcí

„Afázie patří do souboru vyšších kortikálních poruch, k nimž řadíme také agnozie, apraxie, akalkulie, alexie, poruchy orientace v prostoru apod.“ (Klenková, 2006, s. 78) Při vyšetření kortikálních funkcí není jednoznačně určeno, kterou z nich by vyšetření mělo začít, ale pokud vezme v úvahu fakt, jakou obtíž činí pacientovi mluvný projev je vhodné a zároveň i výhodné začít vyšetření grafie. Pro pacienta to bude schůdnější cesta jak začít a my získáme důležité informace o tom, jak dotyčný rozumí, jak vykoná daný příkaz, jak drží tužku nebo jak s ní manipuluje.

Čecháčková (2003) popisuje poruchy vyšších kortikálních funkcí. Dle této autorky je zpracována problematika: Agrafie, agnozie, pravo-levou dezorientace, akalkulie, alexie, apraxie, somatognozie a neglet syndromu.

Agrafie - Jedná se o ztrátu nebo poruchu schopnosti psát i při zachované inteligenci a motorice ruky. Objevují se potíže s vybavováním a následnou realizací grafických symbolů – písmena, čísla. *„Na procesu psaní se zúčastňují kromě řečových složek také opticko-prostorové, kinestetické a motorické procesy. Afázie a s ní spojená agrafie nejčastěji vzniká při lézi dominantní hemisféry (ve většině případů levé), a*

proto vysoké procento nemocných má poruchu hybnosti dominantní ruky (pravé).“ (Čecháčková, 2003, s. 159)

Agrafii dělíme na totální, disociovanou, amnestickou, paragrafii, grafickou perseveraci a konstrukční agrafii. U *Totální* – dochází k úplně ztrátě schopnosti psát. *Disociovanou* - některé výkony psané řeči zanikají, jiné zůstávají neporušeny. Například je porušeno spontánní písmo a psaní na diktát, je však zachována schopnost opisu textu. U těžších forem se však objevuje opis bez porozumění (tzv. echografie). *Amnestickou* – dochází k poruše ve vybavování písmen nebo slov ve větě. *Paragrafie* - dochází k chybné záměně slabik, písmen, čímž je deformováno slovo. Porucha mluvené řeči se může odrazit i v psaní, nebo je na mluvním projevu nezávislá. *grafická perseverace* – je typická svým neustálým opakováním téhož deformovaného, nečitelného znaku a shlukováním bezsmyslných seskupení písmen. *Konstrukční agrafie* – jedinec není schopen napsat ani nakreslit přímku nebo křivku, natož zvolit nebo změnit její správný směr.

K vyšetření agrafie patří též vyšetření spontánního psaní, psaní na diktát, opisování dle předlohy (nejdříve slabik, poté slova a nakonec věty) a také vyšetření kresby, které jsou všechny popsány na začátku této kapitoly. Při hodnocení si všímáme umístění kresby v prostoru, celistvosti obrázku, dodržování daných pokynů a úměrnosti kresby. Při spontánním psaní afatik píše své jméno, příjmení, adresu atd. Při psaní na diktát postupujeme od jednoduššího - tedy slabik, jednotlivých písmen, slov, ke složitějšímu – jednoduchých a pokud to situace dovolí i delších vět.

Agnozie prstů ruky – pokud pacient dostane příkaz, aby ukázal např. palec či ukazováček není schopen provést to co se po něm žádá. Vyšetření se provádí právě uvedeným příkladem, kdy pacient ukazuje prsty na rukou na sobě a něco na svém terapeutovi. Tato diagnóza poukazuje na tzv. Gerstmannův syndrom.

Pravo-levá dezorientace – porucha při rozeznávání pravé a levé strany. Týká se všech částí těla. „*Nemocný má ukázat (dotknout se) jmenované části těla na pravé nebo levé straně, přičemž střídáme pravou, levou ruku, pravé či levé oko, nebo ucho.*“ (Čecháčková, 2003, s. 163) Např.: „Dejte si levou ruku na pravé oko“.

Akalkulie - porucha schopnosti vykonávat početní úkony. „*Je porucha početních operací paměťových i písemných. Převaha jedné nebo druhé složky zpravidla*

koresponduje s charakterem fatické poruchy pacientovy vůbec.“ (Mimrová, 1997, s. 62) U lehčích forem bývá zachováno čtení číslic, u těžších však bývá porušeno. Při vyšetření využíváme příklady zejména s přechodem přes desítku, u malé násobilky je možné, že afatik může odpovídat automaticky. Při vyšetření bereme v úvahu vzdělání pacienta.

Alexie - Alexie je porucha nebo ztráta schopnosti číst nebo rozumět psané řeči. *„Proces čtení (lexie) začíná zrakovým vjemem a pokračuje přes analýzu grafému a převodem této analýzy do příslušného fonetické struktury až k pochopení smyslu přečteného (psané řeči).“* (Čecháčková, 2003, s. 163) U diagnostiky alexie je velmi důležité nejdříve vyloučit možnost vady zraku až po té je možno realizovat samotné vyšetření do kterého spadá nejen hlasité čtení, ale i tiché čtení s porozuměním. Při lehčích poruchách by měl pacient převyprávět přečtený text a shrnout jeho obsah. Pokud toho není schopen, lze pomoci otázkami, které klade terapeut.

Chápání smyslu slov bývá někdy neporušeno (tzv. globální čtení), obtíže se však objevují při hlasitém čtení. Vzácně se vyskytuje syndrom alexie bez agrafie. Jde o zánik schopnosti číst při uchované schopnosti psát. Nemocný nemůže přečíst ani to, co sám napsal.

Agnozie - Jedná se o ztrátu nebo poruchu poznávání objektivní reality. Agnozii dělíme na *optickou*, která se dále dělí na agnozii předmětů a objektů, agnozii barev a prosopagnozii a *akustickou*.

Optická agnozii – což je ztráta nebo porucha schopnosti rozeznat předměty, lidské tváře, barvy, ale i situace a děje vnímané zrakem, avšak důležité je, že není způsobena poruchou zraku. *„Jedinec pozná skutečnosti objektivní reality jinými smysly (např. nepozná klíče zrakem, ale po sluchovém vjemu charakteristického cinkání nebo hmatem).“* (Čecháčková, 2003, s. 163). Optická agnozie se dále dělí na: *agnozie, předmětů, objektů* – stav, kdy pacient není schopen rozpoznat předměty, které může vnímat pouze zrakem. Připojí-li však hmat a sluch, dokáže je již identifikovat. Při vyšetření pacient pojmenovává předkládané předměty, ukazuje jmenovaný předmět atd. Patří sem simultánní agnozie, kdy je porušena integrace optických vjemů. Pacient dokáže identifikovat jednotlivé předměty, obrazce,

písmena či číslice, ale nepoznává složitější celky jako jsou již slova, věty atd.

Agnozii barev – ztráta či porucha poznávání a pojmenování jednotlivých barev a jejich tónů. Při vyšetření je pacient vyzván, aby ukázal nebo jmenoval například všechny červené předměty v místnosti či určil barvu konkrétního předmětu.

Prosopagnozii – v tomto případě pacient nepoznává tváře (obličeje) členů své rodiny, či jiných známých osob. Je běžné že je ale identifikuje v tom momentě, kdy na něj promluví a on má možnost jejich identifikace podle hlasu. Přičemž barvu očí, vlasů a rtů rozpozná. Při vyšetření mu ukazujeme fotografie pro něj známých osob nebo všeobecně známých osobností.

Agnozie akustická, auditivní – je porucha rozpoznání a třídění slyšených zvuků a tónů. Opět nesouvisí s poruchou sluchu. Při vyšetření má pacient identifikovat různé druhy zvuků, které by mu měly být dobře známy (např. zvuk klavíru, zvuk zvonku, bouchání dřívky). Pacient je slyší, ale nedokáže je rozpoznat.

Někteří autoři sem řadí senzorickou, percepční afázii a amúzii. Čistá percepční (senzorická) afázie bývá považována za speciální formu akustické agnozie. Amúzie značí narušené poznávání a zapamatování hudebních celků, kdy pacient nedokáže zazpívat přehranou píseň či melodii.

Apraxie – ztráta nebo porucha schopnosti provádět nacvičené, zažité, praxí získané pohybové výkony, ale i reprodukce pohybu předvedených jinou osobou. V literatuře se však setkáváme s nejednotným dělením na: motorickou apraxii, konstrukční apraxii, ideomotorickou apraxii a ideativní apraxii.

Motorická apraxie – ztráta nebo porucha dovedností, který každý získává během svého života. Nejvíce jsou postiženy složité pohyby, avšak i nejjednodušší pohyby ztrácejí dokonalost a jsou prováděny nepřesně a neobratně.

Konstrukční apraxie – ztráta nebo porucha dovednosti, vytvořit na slovní podnět obrazce, které pacient sám viděl nebo mu byly alespoň popsány. Jedná se o obkreslování, kreslení na příkaz nebo sestavování různých obrazců. Vlastní pohybové funkce zůstávají neporušeny.

Ideomotorická apraxie – jedná se o poruchu časového a prostorového pohybu. Pohyb je zkreslen, realizují se zcela odlišné výkony, než ty které by měly, dochází k záměnám pohybů tzv. (parapraxie). Postižení je nejvíce patrné tam, kde je zapotřebí

výkonů, které vyžadují větší pozornost a kontrolu. „*Při vyšetření požadujeme např. vypláznutí jazyka, česání, házení míčkem, salutování, dupání, kopání do míče. Často bývá přítomna ztráta směrové orientace (napravo vs. nalevo, nahore vs. dole).*“ (Čecháčková, 2003, s. 165)

Ideativní apraxie – jedná se o chybné zpracování přítomných smyslových vjemů spolu s chybným vytvořením plánu pohybu. U tohoto typu je typické, že pacient nevhodně volí pohyby, častokrát je vhodný pohyb zaměněn za některý jiný, který neodpovídá situaci. Přitom že i ty špatně zvolené pohyby prování obratně a bez motorických problémů. Při vyšetření pacient dostane úkol např. zapálit svíčku.

Somatognozie – jedná se o poruchu vnímání, uvědomování si, poznávání, pojmenování a identifikace jednotlivých částí svého těla a jeho jednotlivých složek. „*Bývá porušena také orientace těla v prostoru. Agnozie prstů ruky jako součást Gerstmannova syndromu nemusí být ve spojitosti s nerozeznáváním ostatní části těla.*“ (Čecháčková, 2003, s. 166). Při vyšetření má pacient za úkol na výzvu ukázat a pojmenovat na sobě či na vyšetřujícím konkrétní části těla či obličeje.

Neglect syndrom – jedná se o neuvědomování, opomíjení jedné poloviny těla nebo prostoru okolo. „*Objevuje se při lézi nedominantní hemisféry (tzv. levostranný neglect). V poslední době se ukázalo, že tato porucha může být i při postižení hemisféry dominantní (tzv. pravostranný neglect) – kvůli fatické poruše je však hůře diagnostikovatelný.*“ (Čecháčková, 2003, s. 166). Jedinec s tímto syndromem má potíže při čtení, poznávání hodin a identifikaci předmětů v polovině, kterou určuje lokalizace léze.

Vyšší korové funkce, které zde jsou shrnuty, nejsou jen funkcemi komunikačními. Zahrnují praxie a gnózie, jejichž patologické úchytky nemusejí vždy s poruchou komunikace souviset. Nutno zmínit, že somatognozie, porucha pravolevé orientace, neglect syndrom, amúzie a prosopagnozie jsou vždy bez výjimky vážnými komplikacemi při reedukaci řeči. (Mimrová, 1997)

Testové metody

Jak jsem již uvedla na začátku kapitoly 2.1 Logopedická diagnostika, vyšetření afázie se provádí za pomoci tzv. testových baterií. Jsou to *neuropsychologické testové metody*, které mají za cíl vyšetřit a zhodnotit stav všech tzv. vyšších

psychických funkcí, které mohou být porušeny. Nejedná se tedy jen o funkce fatické, ale i gnostické, mnestické a praktické. „*Jednu z prvních formalizací afaziologických testů provedl ještě na začátku 20. století Henry Head. Je pozoruhodné, že jeho postup vyšetřování se v hrubých rysech velice podobá dnešním testům afázie*“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, s. 211)

Mohou být buď to kompaktní, které se používají vcelku a zaručí nám hodnotitelné a srovnatelné výsledky, a nebo tzv. „ad hoc“ pokud chceme znát stav jen některých specifických psychických funkcí (např. určitý druh paměti, složky myšlení). Volba metody, kterou neuropsycholog použije závisí od její dostupnosti, orientaci neuropsychologa (psychometrická či klinická), zkušenostmi i stavem jedince, u něhož se vyšetření bude provádět. (Kulišťák, 1997)

Testy afázie by zkrátka měly detekovat každou narušenou modalitu řeči a obsahovat subtesty ke spolehlivé diferenciaci jednotlivých subtypů afázie, měly by být administrovatelné při jednom sezení a měly by měřit i úspěšnost komunikace v reálných situacích. (Kertesz, in Lechta, 2003)

“*Každá afaziologická škola – lze dokonce říci, že každé významnější afaziologické výzkumné centrum – si vytvořila vlastní přístup, příp. Alespoň modifikaci používaných testů nebo testových baterií.*” (Cséfalvay in Lechta, s. 210, 2003)

Testové baterie užívané v klinické praxi rozdělili Cséfalvay, Traubner (1996) na: Screeningové testy afázie, komplexní testy afázie, testy hodnotící funkcionální komunikaci afatiků, testy hodnotící specifické funkce afatiků.

Neuropsychologických testů existuje opravdu velká řada, ale v praxi jsou u nás používány jen některé z nich. Důvod je ten, že většina z nich je dostupná pouze v anglo - americké a německé jazykové oblasti a tím pádem jsou pro nás méně dostupné. Spolu s nimi je užíváno i *psychologických testových baterií*, které slouží hlavně pro zjišťování intelektové úrovně a paměťových schopností pacienta.

Mezi nejužívanější neuropsychologické testové baterie u nás patří: Lurijovo neuropsychologické vyšetření a Western Aphasia Battery – WAB.

Lurijovo neuropsychologické vyšetření – „A.R. Lurija (1973) vypracoval v afaziologii ojedinělý postup, jež řada autorů hodnotí jako zásadně odlišný od všech ostatních afaziologických metodologií“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, s. 220) Lurijovo vyšetření patří k celosvětově známým. Obsahuje 11 testů, které jsou dále rozděleny do 2-4 podtestů. Na začátku vyšetření je rozhovor s pacientem ohledně jeho obtíží, dosaženém vzdělání a různých postojů. Testy jsou zaměřené na vyšetření dominance mozkových hemisfér, motorické funkce, akusticko – motorickou koordinaci, vyšetření kožních a kinestetických funkcí, zrakových funkcí, impresivní a expresivní řeči, psaní a čtení, počítání, paměťových a intelektových funkcí. „Hlavní filozofií“ Lurijova vyšetření bylo analýzou struktury symptomu a porovnáváním různých syndromů detekovat faktor, jehož „výpadek“ způsobil rozpad celého funkčního systému. Lurija poukázal na to, že výpadek určitého faktoru může vést k poruše více funkčních systémů, jež daný faktor obsahují.“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, s. 220) Tento typ vyšetření je však velice náročný z hlediska potřebného času, jelikož zabere v průměru okolo 2,5 hodiny.

Western Aphasia Battery – WAB – Autorem je neurolog A. Kertesz (1982) Obsahuje 8 podtestů, které mají za úkol vyšetřit úroveň spontánní řeči, porozumění slyšené řeči, pojmenování, opakování, psaní, čtení, praxii, kalkulii a prostorové vidění. Základ pro vypočítání kvocientu afázie (AQ) tvoří skóre získané ze spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování a umožňují zařazení do systému neurologického rozdělení typů afázií. Obecně bylo zjištěno že zdraví jedinec zvládne test v rozmezí od 93,7 do 100 bodů (maximum) a k diferenciaci afatiků od neafatiků byla určena právě hranice 93,7 bodu. Podle dosažených bodů v jednotlivých subtestech lze určit typy afázie. Jinak je tento typ nejběžnější v anglické jazykové oblasti. (Cséfalvay, 1995)

Mezi nejužívanější psychologické testové baterie u nás patří: *Wechslerovy intelektové a paměťové škály*, *Token test*.

Wechslerovy intelektové a paměťové škály – jsou nadnárodně užívané komplexní inteligenční testy, které se používají zejména v případě pochybností ohledně stupně dezorientace intelektových schopností jedince.

Token test – Vytvořen italskými neuropsychology De Renzi a Vignolo v roce

1962, stěžejní zde byla zejména kvantifikace poruch receptivní složky řeči a krátkodobá verbální paměť u afatiků. Tato screeningová metoda se dnes používá zejména k doplnění údajů komplexní diagnostiky. Podává velmi přesné informace zejména u sensorické afázie, respektive sluchového porozumění. Odhaluje poruchy percepce řeči a rozumění slyšené řeči a užívá se spíše u lehčích forem afázie. Pacient při ní pracuje s různými geometrickými tvary různé barvy a velikosti. Zjišťuje se míra poruchy rozumění mluvenému příkazu (gramatickým strukturám). Provedení testu trvá asi 30 minut. „*Test se užívá u lehčích forem afázie. Před aplikací testu si musíme ověřit, zda pacient nemá potíže s rozpoznáváním základních tvarů, není-li přítomna agnozie základních barev a rozumí-li slovům čtverec a kruh.*“ (Čecháčková, 2003, s. 158)

2. 4 Psychologické zvláštnosti osob s afázií

U osob, u kterých nastala afázie ať už důsledkem jakékoli etiologické jednotky se setkáváme s některými psychologickými aspekty, které se po té začnou objevovat. Nejčastěji se jedná o zvýšenou psychickou alteraci (zejména emoční obtíže, anxiozně-depresivní formy prožívání, agresivitu v interpersonálním kontaktu, maladjustační jevy apod.) Stejně musíme brát v úvahu i subjektivní stesky pacientů, kteří jsou obvykle po zvládnutí akutního stádia v nemocnici, nebo po poskytnutí rehabilitace, vydání napospas všednímu životu, který je pro ně najednou mnohem náročnější a “nemilosrdný“. (Kulišťák, 1997). „*Afatik má velice často kromě narušené komunikační schopnosti i poraněnou duši. Na tuto skutečnosti nesmíme zapomínat a musíme akceptovat nutnost současné logopedické a psychoterapeutické rehabilitace.*“ (Čecháčková, 2003, s 166).

Za nejvíce negativní jev logopedické péče považují dospělý klienti, užívání nevhodných metod a pomůcek, které jsou totožné i pro dětskou klientelu a pro ně se tudíž jeví jako nedůstojné, infantilní, nedokáží se při takové terapii plně uvolnit a soustředit na reedukaci z důvodu věkové nevhodnosti. Při práci s dospělými je osobami je nutné se zaměřit na osobnost pacienta, zvolit možnost dlouhodobé a vhodné motivace a nápaditých individuálních postupů při práci s nimi.

Další cílovou skupinu tvoří pacienti staršího věku, kdy se kromě fatických poruch začnou současně vyskytovat poruchy motoriky, nedoslýchavost a poruchy zrakové percepce, což velmi často a nepříjemně zkomplikuje reedukaci z důvodu omezení využití základních metod, které jsou založeny právě na propojení zrakové a sluchové zpětné vazby.

Náhle vzniká sociální izolovanost ať už je částečná nebo úplná jasně způsobuje závažné psychické problémy u osob s afázií. Velice důležitým momentem je tedy terapie, zejména terapie skupinová, kdy se dostávají do kontaktu s ostatními lidmi, které potkal podobný osud a nenásilně se tak znovu vracejí do společnosti. Další důležitou složku tvoří psychoterapie, která by měla afatika zbavovat jeho negativním pocitů ohledně své osoby nebo někdy i okolí. Psychoterapeut by měl afatikovy i jeho rodině pomoci najít cestu jak se vyrovnat se vzniklou situací.

Pozitivní přístup a akceptace afázie pacientem i jeho okolím jsou důležitým předpokladem pro dobrý psychický stav afatika. (Čecháčková 2003)

V následujícím textu je analyzován materiál, uváděný Polomisovou (1999)

Prožitky doprovázející afázi

Každé onemocnění, které dotyčnému neumožňuje se plně vrátit do běžného života je psychicky velmi těžko zvládnutelné. A jakákoli příhoda, při které vzniká afázie do této oblasti jistě patří. Pokud je člověk zdravý a plný síly málokdy si uvědomuje jak obrovský význam v jeho životě zdraví sehrává, nijak hlouběji o tom ani nepřemýšlí, protože k tomu není nucen. Tahle skutečnost se dostaví až tehdy, kdy dojde ke ztrátě či kvalitativní změně některé ze složek jeho zdraví, teprve potom si začne uvědomovat co měl a co ztratil. Např. samostatnost a nezávislost v každodenních činnostech, stejně jako určování si vlastního životního rytmu a do jisté míry i určování životní cesty bereme jako přirozené. Tedy jen do té doby, než nás této přirozenosti nějaké nepříjemné skutečnosti zbaví.

Nejvýznamnější prožitky

Bolest dělíme podle významu: jako ochranný signál varující pře poškozením, jako signál onemocnění, varování před škodlivými následky činnosti, kdy bolest nutí ponechat postiženou část v klidu v posledním případě již jako nemoc samotnou.

Bolest ve většinou prožívána nelibě. Výjimečně se setkáváme s převahou „ambivaletných“ pocitů libých. Velmi také záleží na okolnostech za jakých bolest vzniká. Velký význam v prožívání hraje i tradice a výchova. Z humánního hlediska je lékař povinen bolest pacienta tišit. Výjimku představuje pouze bolest, která je nutná k provedení diagnostiky. Lze ji využít i k terapii, např. u derivační léčby, nebo u masáží.

Strach a úzkost při nemoci se tyto dva pocity konkrétně vztahují na přítomnost (co se to se mnou děje?) a dále ještě na budoucnost (co mě čeká?, co se bude dít dál?). Někdy může mít strach úlohu kladnou, zejména tehdy, když zabraňuje vzniku nemoci, nebo recidivě. Ale daleko častěji působí strach negativně, zhoršuje průběh nemoci, znesnadňuje vyšetření a oddaluje okamžik aktivního přístupu a aktivní činnosti.

Úzkost je stav blízký strachu, v němž ale na rozdíl od strachu osoba neuvádí obsah svého strachu. Je to obava z neznámého a neurčitého nebezpečí vyjadřovaná slovy: „Bojím se, ale nevím čeho.“ U některých nemocí není úzkost psychickou reakcí, ale tzv. primárním příznakem. Např. u anginy pectoris, plicní embolii či infarktu myokardu. Při afázii se o primární příznak nejedná, ale úzkost je psychickou reakcí na ztráty, které z tohoto onemocnění vyplývají.

Ve zdravotnických zařízeních je snahou co nejvíce omezit právě situace vyvolávající obavy či nejistoty, které s tímto onemocněním souvisí. Zároveň je žádoucí podporovat rozvoj kladných emočních podnětů, především vlídným a vstřícným vystupováním zdravotnických pracovníků, kteří s pacienty přicházejí do styku.

Pocity méněcennosti obvykle vyplývají ze sebehodnocení pacienta, který srovnává svůj stav, příznaky nemoci a vyhlídky do budoucnosti. Srovnává je buď to se svou situací před postižením, dále se spolupacienty, nebo s lidmi zdravými. Podle Adlera k takovým pocitům dochází tehdy, když není pro nějakou tělesnou nebo psychickou vadu, nebo při postižení obecně, uspokojena potřeba sebeuplatnění.

Uvedené znamená, že pocit méněcennosti nevzniká pouze přímo z postižení jako takového, ale obrovskou roli zde hraje hlavně subjektivní postoj k postižení. Kompenzace pocitů méněcennosti směřuje k vyrovnaní a uspokojení těchto pocitů, buď přímou nápravou, nebo nepřímou náhradou. Pocity méněcennosti se velmi často stávají zdrojem napětí a konfliktů mezi pacienty a zdravotníky. V tomto případě může být užitečná pomoc psychologa, nebo psychiatra.

Autoplastický obraz afázie - Autoplastický obraz nemoci zahrnuje individuální prožívání nemoci pacienta a jeho projevy. Důležité jsou čtyři složky, které budeme jmenovat: *percepční, emoční, informativní a racionální, volní*.

percepční (senzitivní): lokální bolesti a potíže podmíněné šířením vzruchu v periferních částech nervové soustavy. Emoční (citové, afektivní): strach, úzkost, naděje (může škodit, ale stejně tak může někdy i napomáhat). Informativní a racionální: znalost a stupeň objektivity či subjektivity při hodnocení nemoci a jejích důsledků. Je spojena s pacientovými představami o nemoci. Volní: odolávání obtížím, ovládání projevů utrpení, účelná aktivita, spolupráce (zařídít si vyšetření či léčbu). (Kohoutek <http://www.ped.muni.cz/wpsy/kohpszdrav.htm>)

Je zřejmé, že jednotlivé fáze neprobíhají odděleně, ale vzájemně se prolínají ve stejném časovém úseku. Známa je také skutečnost, že ne vždy se subjektivní dojem pacienta a jeho prožívání ztotožňuje s objektivním nálezem. Rozdíly často vznikají již na periférii organismu v důsledku většího, nebo menšího senzitivního nervového zakončení. Což znamená, že při prosesu přichází do centra až nepřiměřené množství zpráv a právě tato nerovnováha může způsobit mírné obtíže při diagnostice. Proto je nutné somatický stav pečlivě sledovat a přitom vyvozovat další diagnostické závěry a léčebné důsledky.

Podmíněnost obrazu afázie

Podmíněnost obrazu afázie je závislá na řadě faktorů. Nejdůležitějšími z nich jsou:

Charakter onemocnění: zda je akutní, nebo chronický, léčba ambulantní či lůžková, konzervativní nebo i chirurgická, dále bolestivost, míra omezení z onemocnění vyplývající a v neposlední řadě i následky.

Okolnosti za nichž nemoc probíhá: - Prostředí léčby

a) objektivní faktory: kvalifikovaná pomoc, dostatek prostředků k léčbě či rehabilitaci, teplo, vlhkost, komunikace.

b) subjektivní faktory: příjemný personál, hezké zařízení, vřelé vztahy atd.

Zavinění nemoci: vlastní chyba či vina druhé osoby.

Problémy a nejistoty: důsledky pro další život, partnerské problémy, sociální, rodinné, profesní.

Premorbidní osobnost: věk v důsledku zrání, psychická labilita či stabilita, somatický stav. Dále stupeň celkové senzibility (citlivost na určité podněty). Temperament, hierarchie hodnot, charakter a v poslední řadě zdravotní uvědomění (přiměřené hodnocení vlastního stavu a situace).

Sociální postavení nemocného: finanční situace, prominentní osoba, lékař jako pacient.

Tohle jsou různé faktory a okolnosti, na kterých závisí subjektivní prožívání jedince postiženého onemocněním. Nutno zdůraznit, že musíme nahlížet na nemocného člověka jako na lidskou bytost, nikoli jen jako na pouhou diagnózu. (http://yarousch.cz/studium/body.php?menu=menu&body=rocnik5/05_psych_011)

Druhá kapitola podrobně seznamuje s diagnostikou afázie, se základními typy vyšetření, i přesným popisem vyšetření kortikálních funkcí, dále s psychologickými a neuropsychologickými testovými bateriemi, které jsou při vyšetření pro afázie typické. Uvedli jsme základní přístupy v diagnostice a blíže nastínili nejpoužívanější metody. Na konci kapitoly jsou popsány psychologické zvláštnosti osob s afázií, to jak se vznik této narušené komunikační schopnosti může promítnout do duševní stránky osobnosti.

3 Terapie afázie

3.1 Obecné pojetí terapie afázie

„O afázii se vědělo poměrně hodně už v druhé polovině 19. století. Paul Broca detailně popsal pacienta s expresivní poruchou řeči s relativně dobrým porozuměním řeči. Karl Wernicke zveřejnil v roce 1874 případ pacienta, který měl především poruchy porozumění mluvené řeči, přičemž jeho produkce řeči byla plynulá. Jejich zájem se ale soustředil především na to, které mozkové oblasti byli odpovědné za tento deficit.“ (Cséfalvay in Lechta, 2005, s. 203)

Ale skutečný zájem a hlavně nutnost o poskytnutí systematické pomoci přichází až v období první a zejména druhé světové války. Je paradoxní, že právě tyto události přinesli velký počet pacientů s různými poškozeními mozku, kteří často ztratili schopnost plně komunikovat. Což přineslo velké ovoce hlavně ve výzkumu neurologie a psychologie, protože před tím bylo velmi obtížné získat pacienta například s lokálním poškozením mozku. Největší rozmach však přichází až o něco později a to v posledních třech desetiletích 20. století, kdy se do terapie zapojily právě logopedové, psycholingvisté, neuropsychologové, foniatrové.

V posledních letech odborníkům pomáhají moderní zobrazovací techniky používané ve výzkumech mozku. Jsou to pozitronová emisní tomografie (PET), funkční magnetická rezonance (fMRI) a regionální průtok krve mozkiem (rCBF). Nové výzkumy ukazují, že neuronální síť CNS mají i v dospělosti značnou

plastičnost, která může být podporována fyziologickou manipulací (Cséfalvay in Lechta 2005).

Cílem terapie afázie je dosažení co možná největších komunikačních schopností s ohledem na individualitu pacienta a jeho postižení. Ruku v ruce s touto komunikační terapií dochází i k obnovování sociálních vazeb a přirozené a postupné navrácení afatika do úkonů běžného života. Osoby s tímto typem onemocnění často kromě narušení komunikačních schopností, mají též velké šrámy na duši. Moc dobře si uvědomují svůj handicap a to jaký dopad na nich zanechal. Na tento fakt by žádný z týmu odborníků neměl zapomínat a vedle logopedické rehabilitace by pacientovi měla být poskytnuta i psychoterapeutická péče. U terapie afázie je nutné brát individuálně každý případ a podle toho také stanovit průběh terapie. „*Konečným cílem terapie afatiků je dosáhnout optimální úrovně komunikace, jaká je při konkrétní lézi mozkových struktur možná.*“ (Cséfalvay, 1996, s. 155)

Pokud je pacient ještě v *akutní fázi* terapie má být intenzivní a pokud možno individuální, zaměřená na obnovu fatických funkcí a nabytí psychické rovnováhy pacienta. Logoped se k pacientovi dostává většinou již následující den po vzniku CMP. Pacienti s nádorovým onemocněním se do péče dostává zpravidla až po neurochirurgickém zákroku. V raných fázích je vhodná řečová a psychoterapeutická stimulace. Velice důležitou podmínku pro realizaci samotné terapie je spolupráce pacienta.

Při terapii jednotlivých typů afázie by měla být prvním krokem podrobná diagnostika, která určí typ obtíží a jejich příčinu. (Neubauer, 1997)

Podle Čecháčkové (2003) pacienty dělíme do tří skupin dle aktuálního stavu vědomí a to jak kvantitativního, tak kvalitativního. *Skupina A*: kam patří pacienti komatózní a pacienti soporózní, *skupina B* do které řadíme pacienty somnolentní, *skupina C*: s pacienty s adekvátní odezvou na mluvní podnět či dotek.

Skupina A – do té se řadí pacienti v nejtěžších stádiích poruch vědomí. Při *komatu* nastává stav bezvědomí projevující se vyhasínání základních reflexů např. zornice přestávají reagovat na světlo. V nejhlubším stadiu zornice nereagují vůbec v lehčích mají fotoreakci oslabenou, dále můžeme pozorovat např. pokles tlaku. U *soporózních stavů* je typické, že pacienti reagují pouze na bolestivé podněty a to

reflexně, mají zpomalenou frekvenci pulsu, nelze je probudit. Z toho jasně vyplývá, že práce s takovými pacienty je velice náročná a někdy se jeví jakoby bezvýsledná. Přesto se zde uplatňuje terapie s doporučením jemných dotyků na končetinách, bederní a křížové oblasti, dále na vrchní části lebeční kosti a to s dostatečnou slovní stimulací. „*U nejtěžších pacientů se doporučují jemné dotěky končetin s patřičnou slovní stimulací. Taktilní podněty se kromě končetin soustřeďují na kraniální a sakrální oblast, které jsou z ontogenetického hlediska významné.*“ (Čecháčková, 2003, s. 169)

Skupina B – pacienti patřící do druhé skupiny mají poruchu vědomí nazývanou se *somnolence*, což je stav zvýšené ospalosti, pacient budí dojem, že podřimuje, ale přitom je při vědomí, často spojeno s apatií. V tomto stádiu, je ale pacient již schopen reagovat na slovní podněty. Zde se využívá již zmíněné metody ke které se připojí dechová cvičení. „*Všichni, kdo mají zkušenosti s pacienty nejen po CMP, ale i s dlouhodobě ležícími nemocnými, potvrdí důležitost správného dýchání.*“ (Čecháčková, 2003, s. 169) Důležité je aby si pacient uvědomoval sám sebe. Dokázal se orientovat ve svém tělesném schématu např. kde má ruce, nohy, hlavu, břicho prsa atd. Poté se může přistoupit k úkolům typu: Zvednout pravou nohu, levou ruku položit na hlavu atd.

Skupina C – Pacienti spadající do této skupiny, již jsou schopni soustředění po určitý časový úsek, alespoň deseti minut. Zde již není příčinou omezeného kontaktu porucha vědomí, ale afázie jako následek CMP, tumoru atd. U těchto pacientů je první radě vyšetření kortikálních funkcí, poté se staví typ a stupeň poruchy, z čehož je následně volena nejvhodnější terapie.

Následné *chronické stádium* je už cíleně zaměřeno na obnovu sociálních vazeb a zapojení se zpět do sociálního prostředí, kde už je užití skupinové terapie velice výhodné a přínosné. Zde už přichází finální část reedukace, která se stává ve většině případech dlouhodobou záležitostí. Nejlepší případ pro obě strany nastává v okamžiku, kdy je pacient ošetřován konkrétním logopedem již od začátku, tudíž je vytvořena vzájemná důvěra a náklonnost. „*Jestliže logoped přebírá pacienta až v chronickém stadiu nemoci, opírá se o dokumentaci, kde je zaznamenaný průběh onemocnění a typ fatické poruchy. Protože efekt terapie není v tomto stadiu tak*

výrazný, je nutné stanovit reálné cíle, kterých je možno dosáhnout.“ (Čecháčková, 2003, s. 169) Obsah terapie v tomto stádiu je vyvozován z výsledků předchozí terapie, ale hlavní náplní, jak už bylo zmíněno za začátku zůstává obnovení sociálních vazeb. Významnou roli, zde hraje i rodina pacienta, která se o něho musí postarat a to ve většině případech co se týče doprovodu či odvozu k logopedovi, ale i v domácích cvičeních, které logoped zadá. Rodinní příslušníci se často zúčastňují individuálních terapií, aby přesně věděli co a jak mají doma cvičit, jaký zvolit postup, na co by neměli zapomenout nebo čeho se naopak vyvarovat .

Základní cíle terapie podle Neubauera (2003) jsou: *Odstranění poruchy* (např. u přetrvávající dyslalie), *omezení až potlačení projevů poruchy během dlouhodobého terapeutického procesu* (např. u přetrvávajících nebo akcelerovaných projevů balbuties či tumultus sermonis), *obnovu porušených funkcí* (např. u afázie), *stabilizaci projevů poruchy v co nejdelším časovém horizontu* (např. degenerativní onemocnění CNS s poruchami řečové komunikace).

Na začátku terapie stojí také vypracování individuálního plánu, který obsahuje informace o: Příčinách a prognóze poruch řečových funkcí, pomůckách, cvičných materiálech a postupech využívaných při terapii. Dále o metodice a intenzitě rehabilitačních sezení a nakonec i o spolupráci s ostatními členy týmu a rodinou

V současné době vystupují v afaziologii dva dominující terapeutické směry. Je to přístup *kognitivně-neuropsychologický* a *funkcionálně (pragmaticky) orientovaná terapie*. „*Na rozdíl od kognitivně-neuropsychologických přístupů, které se soustřeďují na analýzu konkrétního deficitu a vypracování individuální terapeutické strategie, zdůrazňují pragmatické (funkcionálně orientované) přístupy vliv narušení na specifické schopnosti člověka.*“ (Klenková, 2006, s. 85)

Kognitivně-neuropsychologický přístup je zaměřený na znovuoobnovení nebo kompenzaci jazykových procesů. „*Jednou z cest, jak dosáhnout tohoto cíle, je zkoumání a analýza výkonů lidí, u nichž se z různých důvodů tyto procesy narušily (tento přístup je charakteristický pro kognitivní neuropsychologii).*“ (Cséfalvay in Lechta, 2005. s. 212) Ovšem v našich podmínkách je preference kognitivně-neuropsychologického přístupu minimální. Jednou z příčin je zřejmě i skutečnost, že

do dnešních dnů tento přístup nemá k dispozici definitivní model terapie vyšších psychických funkcí.

Pragmatický směr (funkcionální) vychází z předpokladu, že nejvíce důležité u terapií afázií je zařadit afatika co nejdříve do fungování společnosti, poskytnout mu adekvátní formu komunikace, která může být často i kompenzační a učinit ho tak soběstačným. V tomto přístupu je pozornost věnována obnově schopnosti používat jazyk jako komunikační prostředek a rozumět mu v kontextu, a to i mimo pole terapeutického prostředí. *“Výzkumníci došli ke zjištění, že v mnoha případech se výkon v jazykových testech neshoduje se schopností “dorozumět se” v běžném prostředí (v přirozených komunikačních situacích).”* (Klenková, 2006, s.85)

3. 2 Individuální a skupinová terapie

Individuální terapie je dnes nejběžnější metodou praktikovanou při reedukaci řeči u afatiků. A tvoří základ většiny terapeutických programů. Nazývá se intenzivní individuální reedukace logopedická (afaziologická). Jedná se o stav, kdy pacient jednou nebo vícekrát týdně dochází ambulantně k logopedovi (do logopedického zařízení) a tam se mu logoped, podle potřeby v rozmezí 30 až 60 minut věnuje. Pacient je v logopedické pracovně sám s logopedem, který provádí intenzivní trénink, který zahrnuje práci na úpravu řečových schopností a stimulaci řečového systému. Zajímavý je fakt, který vyplývá z výzkumů, ohledně partnerské (manželské) komunikace, kdy jeden v páru má fatickou poruchu. Bylo zjištěno, že pokud druhý partner doprovází a zúčastňuje se terapie spolu s afatikem, má to významný podíl při komunikační úspěšnosti zejména pro poznatky, které se druhý jedinec dozvídá a může i on sám poté uplatňovat či vhodně používat v domácím prostředí a hlavně tak přecházet nějakým chybám, kterých by se mohl dopustit z nevědomosti.

„Doporučuji proto, aby komunikační terapie zahrnovala také informaci a poskytovala trénink neafatického partnera stejně jako jeho postiženého manžela.

Mění se tak obvykle nevhodně fixované postoje a návyky u neafatického manžela, které brání dalšímu pozitivnímu vývoji reedukace afatické poruchy jeho druha.“ (Sundet, 1992, in Kulišťák 1997 s. 200).

Dalším případem, kdy nejde volit jinak než pouze individuální terapii, je v tehdy, pokud pacient, který prodělal cévní mozkovou příhodu je hospitalizován v nemocničním zařízení a nemůže tudíž docházet na logopedii, volíme postup opačný – logoped dochází do nemocnice za pacientem. Často, se jedná o případy, kdy je přidruženo i ochrnutí jedné z polovin těla, nebo některé z jeho částí a pacient musí zůstat v nemocnici třeba i několik měsíců.

V těchto případech je velice důležitou součástí terapie též reedukace zaměřená přímo na postiženou oblast – motoriku mluvidel falicitující jejich znovuoobnovení správné funkce.

O skupinové terapii píše Uzzell, Gross (1986) (in Kulišťák, 1997) „Předpokládáme, že účinnost individuální péče o pacienta s fatickou poruchou můžeme významně motivačně potencovat jeho účastí ve skupině podobně postižených jedinců.“

Pacienti se po poškození mozku a při ztrátě schopnosti komunikovat většinou uzavírají do sebe, čímž se dostávají do sociální izolace, která jim samozřejmě nepřináší dostatek komunikačních příležitostí a možností rozvíjet existující schopnosti a zručnosti. Tím se vytváří začarovaný kruh, který významně stigmatizuje život každého pacienta s afázií.

Elmanová (1999) uvádí tyto pozitiva skupinové terapie:

- přirozeným způsobem stimuluje interakci mezi členy skupiny čím zároveň posiluje pragmatické zručnosti, jako např. výměna rolí (produktor – recipient), iniciování komunikace, rozšiřování repertoáru různých dorozumívacích funkcí
- oproti individuální terapii nabízí mnohem širší a pestřejší okruh komunikačních partnerů a přirozené komunikační akty (zvyšuje se tak pravděpodobnost generalizace a transferu na jiné komunikační situace)

- přímo i nepřímo posiluje psychosociální integraci svých členů tím, že poskytuje takové podpůrné prostředí, v němž je výrazně posilována komunikace (formy komunikace jsou modelovány terapeutem, nebo i samotnými členy). (Cséfalvay, in Lechta, 2003)

Cséfalvay (in Lechta, 2003, s. 228) uvádí že *“Skupinová terapie afázie v současnosti prožívá svoji renesanci. Navzdory tomu, že v historii afázie jednoznačně převládala individuální terapie nad skupinovou, v posledním období je znát velmi výrazný posun směrem ke skupinové terapii.”* Již z názvu jasně vyplývá, že se jedná o terapii do níž je zapojena celá skupina (v našem případě skupina osob s afázií, avšak terapii tohoto typu můžeme provádět např. i u balbutiků). Skupinová terapie, opět probíhá v logopedickém zařízení, kam jedinci jedenkrát týdně docházejí. Doba práce v tomhle případě bývá delší než u individuální terapie a to samozřejmě z důvodu toho, aby každý měl prostor pro to se dostatečně vyjádřit a zapojit se do kolektivu. Skupinová terapie trvá okolo 90 až 120 minut, při delším čase by jsme již museli brát v úvahu, křivku únavy.... V ideálním případě, by skupina měla sestávat z 5 až 7 osob, ale kvůli zvyšující se poptávce po tomto typu práce s afatickými pacienty jsou skupiny většinou v počtu okolo 10 osob. To kompenzujeme tím, že do práce zapojíme dva logopedy a pokud je to možné může být přítomen i jeden student, tak aby byla zajištěna péče opravdu pro každého, který ji v ten moment potřebuje. *„Hlavním cílem práce ve skupině je specifické i nespecifické působení na pacienty s afáziemi.“* (Kulišťák, 1997, s. 198)

Průběh skupinových terapií se v české republice formuje již několik let, je z velké části strukturovaný a podřízený jednak imobilitě pacientů (většina z nich je i nějak motoricky znevýhodněna) tak samozřejmě omezené komunikabilitě. Skupinová terapie se zaměřuje na stimulaci všech psychických funkcí, tedy: myšlení, paměti, pozornosti, vizuokonstruktivních a grafomotorických funkcí a jemné motoriky rukou. Největší důraz je kladen na využívání sociálních vlivů na aktivizaci řeči.

Nejčastěji se jedná o různě dětské hry jako je např. slovní kopaná, rozvíjení počátku věty přidávání dalších slov a jejich memorování, identifikace rozličných slovních kategorií podle začátečního písmene, podle významu slova. Dalším prvkem

který je nedílnou součástí skupinové terapie je kreslení a to v podobě např. tématického kreslení, vyjádření pocitů a nálad, společná kresba, kresba podle hudebního námětu atd.) Dále se realizuje tvz. práce na sobě, kde se s pacienty probírá trauma z onemocnění, hromadění stresu, které může vyústit v agresi vůči spolupacientům či ošetřujícímu personálu, navozuje se tedy pozitivní myšlení, provádí se meditace. S tím také souvisí poslední složka, kterou bývá kratší námětová relaxace s hudebním doprovodem. V průběhu celé skupinové terapie, terapeut cíleně posiluje pozitivní motivace a snahu o jakýkoli řečový projev a pacientů s afázií. (Kulišťák, 1997)

Skupinové aktivity podle Cséfalvaye (2003) mohou být: Hraní rolí a stimulace reálných situací, památníky, technika PACE, formulace názoru a řešení problému, hra a společenské hry.

Hraní rolí a stimulace reálných situací - U afázie je typické, že osoby s tímto onemocněním mívají často strach z některých komunikačních situací do kterých se během dne mohou běžně dostat. Jedná se např.: převzetí důchodu, nakupování, návštěva lékaře. „*Tenzi lze snížit i tím, že se tyto předpokládané interakce nacvičují ve skupině. Metody řešení může nabízet logoped, ale velice úspěšná jsou především řešení afatiků.*“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, s. 232)

Památníky - Tato technika je využívána zejména u pacientů s těžkou formou afázie a jedná se v ní o to, že si pacient doma s rodinou připraví fotografie, které zachycují důležité momenty jeho života. Které se potom snaží chronologicky reprodukovat.

Technika PACE (Davis a Wilcox, 1985) je vhodná zejména v případě pokud afatik používá více strategií současně (kreslení, písmo, gestikulace) a může být pro ostatní příkladem jak překonávat komunikační bloky. Podle struktury skupiny můžeme zvyšovat, nebo naopak snižovat náročnost úkolů. (Izolované předměty versus dějové či sériové obrázky).

Formulace názoru a řešení problémů - Diskuze ve skupině je přirozenou formou jak stimulovat členy skupiny, aby se postupně snažili o vyjádření svého názoru k určitému tématu. „*V atmosféře, kde nemusí mít obavy z úplného selhání, resp. Nepochopení, se názory vyjadřují snadněji.*“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, s. 233) Při

diskusi tak dostávají informace, které jim mohou poskytnout nový pohled na dané téma.

Hra, společenské hry - Používají se opět nejčastěji u pacientů s těžkým stupněm afázie a to za účelem posílit jakýmkoli způsobem jejich komunikaci. Při společenských hrách se pozornost soustředí zejména na pravidla hry, řešení dané situace a tudíž se stává, že doprovodný verbální projev je výrazně lepší, právě proto, že pozornost není soustředěna „jak“ to mají říci. (Csefalvay, 2003)

Osobnost terapeuta

V poslední řadě co se týče terapie afázie, chci ještě zmínit jeden důležitý faktor, bez kterého by žádná terapie nemohla být a tím je terapeut samotný. Terapeut realizuje různé postupy, pro reedukaci, stará se o své pacienty, vymýšlí nové úkoly, snaží do terapie začlenit i netradiční postupy, musí umět být oporou v nepříjemných okamžicích, které mohou na terapii nastat. *„Osobnost terapeuta, jeho profesní i lidské kvality jsou jednou z nejdůležitějších součástí reedukace řeči, celkové rehabilitace a následné resocializace pacientů s tímto těžkým postižením schopnosti mezilidské komunikace.“* (Čecháčková, s. 172) A nejedná se o jen o jediného člověka, ale spadají sem všichni ti z týmu, který se o afatika v průběhu jeho onemocnění stará a podává pomocnou ruku a naději na zlepšení. Mluvím tedy o logopedovi, ale i psychologovi, neurologovi, neuropsychologovi, fyzioterapeutovi. Všichni tito lidé, kteří se s afatikem setkávají mají veliký vliv na úspěšnost léčby.

Terapeut by měl: mít jasný přehled o anamnézách a následné volbě terapeutického postupu. Osobnostní předpoklady jako: rozhodnost, důslednosti, citlivé jednání a empatii. Důvěřovat pacientům, poslouchat jejich osobní pocity a stanovit reálný cíl.

Podle Hollandové a Beesonové (1999) jsou základní úkoly facilitátora (terapeuta): Facilitovat konverzaci a jiné aktivity, maximalizovat efektivnost komunikace, podpořit vzrůstající nezávislost skupiny, učit komunikační strategie, povzbuzovat a podporovat členy skupiny, vytvořit pozitivní naladění.

Facilitovat konverzaci a jiné aktivity – „Navzdory tomu, že interakce ve skupině začíná ve většině případů spontánně, úlohu facilitátora je připravit témata, která by

mohla být předmětem konverzace.“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, s. 231) Stejně tak musí zajistit i pomůcky na terapii jako jsou: papíry, tužky, pracovní listy, mapy (např. České republiky, Evropy, světa) a kalendáře, které by případně afatici mohli použít pokud by nastal nějaký komunikační problém. Druhý terapeut, který je zde přítomen se věnuje těm pacientům, kteří potřebují největší pomoc, zejména kvůli poruchám rozumnění řeči. Jeho úkol je ozřejmit případně nejasnosti, které během terapie vyvstanou.

Maximalizovat efektivnost komunikace - Terapeut musí všechny členy skupiny připravit na přiměřená očekávání ostatních členů. Dbá na to, aby všichni využívali jakékoli komunikační modalitý a způsoby k dorozumívání (psaní, gesta aj.)

Podpořit vzrůstající nezávislost skupiny - Je důležité podporovat diskusi iniciovanou samotnými členy a povzbuzovat jejich vzájemnou komunikaci. Stejně tak musí logoped během terapie sledovat jestli zde není někdo, kdo se chce s něčím svěřit, ale potřebuje povzbuzení.

Učit komunikační strategie - Terapeut musí u každého člena skupiny identifikovat jeho efektivní a neefektivní komunikační strategie. A v některých případech se na ně přímo zaměřit, většinou ale postačí pokud terapeut začne sám používat vhodné strategie (např. napíše klíčové slovo, nebo použije gesto), nebo naopak poukáže na to pokud je ze strany pacienta úspěšně použito některého z nich.

Povzbuzovat a podporovat členy skupiny - Některé problémy jsou mezi členy skupiny totožné jako např.: změna původní role v rodině, zdravotní obtíže, rehabilitační pomůcky, nové stravovací návyky, pracovní možnosti. Proto je dobré, aby terapeut o těchto věcech vždy pohovořil, dal rady a ponaučení.

Vytvořit pozitivní naladění - Terapeut má velkou šanci vytvořit takovou atmosféru, kde bude ze strany členů převládat přijímací postoj a to i navzdory často heterogenosti jejich členů. Dále může usměrňovat témata rozhovorů tak, aby směřovala do budoucnosti. (Cséfalvay in Lechta, 2003)

„Zkušenosti mnohých autorů ukazují, že pakliže to okolnosti umožňují, je vhodné vytvářet skupiny podle stupně afázie a zájmů členů skupiny. Techniky skupinové terapie, které uvádíme se využívají zejména ve skupině pacientů s těžším stupněm afázie. U lidí s lehkou afázií se aktivity vytvářejí spontánně (nejčastěji konverzace na

aktuální téma) a facilitátor vstupuje do interakce jen minimálně, resp. Podobně jako v přirozeném rozhovoru.“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, s. 232)

3.3 Speciální terapeutické metody

Do terapií afázie kromě klasických terapeutických metod a postupů spadají i speciální terapeutické metody, které jsou nedílnou součástí celkové rehabilitace a pacientovi často přináší úlevu od klasických postupů. Tyto metody se soustřeďují většinou na harmonizaci jedince, jeho tvořivost a relaxaci pomocí nějaké vhodné formy. Jejich užití je universální a nejedná se tedy jen o terapii afázie, nicméně i zde jsou výrazným prvkem celé reedukace a podpory jedince.

Arteterapie je určena všem těm, kteří chtějí tvořit, vyjádřit své pocity skrze výtvarné prostředky. Je s úspěchem používána u lidí všeho věku, zdravotního nebo duševního stavu či smyslového postižení. Dá se až říci, že je univerzální a použitelná ve většině případech a to s velice kladnou odezvou ze strany klientů.

„Arteterapie je v odborné literatuře vymezena jako druh psychoterapie. Setkáváme se s ní ve výchovném procesu, v sociální práci a klinické praxi. Arteterapeuti pracují často ve skupinách a využívají výtvarné umění jako prostředek ke komunikaci mezi klientem a klienty.“ (Dostálová in Vítková, Pipeková, 2001, s. 105)

Jedná se o psychoterapeutický postup, který vychází z výtvarných projevů osob a poskytuje jim vyjádření skrze úplně jinou dimenzi než je ta slovní. Navíc pokud se používá právě tam, kde je řečový deficit, nebo z nějakého jiného důvodu je pro klienta obtížné mluvit o daném tématu, může přinést pro obě strany opravdu velké ovoce. *„Arteterapeut umožní klientovi sebevyjádření k jeho psychotraumatizujícím zážitkům pomocí výtvarné tvorby. Chápeme ji v této souvislosti jako relaxační činnosti, nebo jako prostředek k rozvoji vnímání, popřípadě k sebeuzdravování.*“ (Dostálová in Vítková, Pipeková, 2001, s. 105) Nejde v ní o esteticky hodnotné nebo uspokojujivé práce posuzované vnějšími měřítky, ale o navození komunikace, aktivizace, odstranění úzkostlivých stavů. Dotyčný může skrze výtvarné prostředky vyjádřit opravdu nepřebernou škálu pocitů, zážitků, tužeb, přání, nálad a spousty

dalších jiných věcí. To potom přináší uvolnění, mnohdy také sami v sobě mohou najít léčivou sílu pomocí výtvarného umění, které jim otvírá nové stránky sebevyjádření a seberealizace. Poskytuje novou činnost, kterou se můžou zabývat i poté co jsou terapii ukončí.

Arteterapeutické techniky při arteterapeutických činnostech pracuje buď tzv. v ploše, kdy se jedná o malování na papír, plátno, koláže, kreslení, nebo v prostoru kdy je zase uplatňováno modelování, keramika, práce se dřevem, plasty, látkou atd... Ať už použijeme kteroukoli metodu práce vždy se jedná hlavně o usnadňování ve vyjadřování pocitů. Arteterapie dále umožňuje terapeutovi rozpoznat některé jinak těžko přístupné osobnostní rysy. Spontánní tvorba obohacuje tvořivost, fantazii, pacienti v sobě nacházejí tvůrčí vlohy, mohou si tak posílit i sebevědomí. Během výtvarného procesu dochází k mimovolnímu slučování vědomých a nevědomých tendencí, tudíž se odehraje totéž co by slovně bylo popisováno mnohem delší dobu a v některých případech i velice těžkopádně. Jde o hledání vnitřního hlasu.

Pokud se budeme na arteterapii nahlížet z psychoterapeutického hlediska, je nutné brát v úvahu, že na začátku můžou být období, kdy se může jevit jako nepříjemná. Terapeut totiž může pootevírat i stinné stránky, pokládat nepříjemné otázky, související s terapií, což ovšem způsobí rozvoj vnitřního napětí které souvisí se vztekem, zlostí uzavřeností a nastane pokrok. Jindy se naopak může zdát, že se nic neděje, a potom změny přijdou náhle a neočekávaně.

Aromaterapie - Při aromaterapii se jedná o používání éterických a esenciálních olejů, které přes čichový orgán působí na limbický systém v mozku, který, ovlivňuje naši paměť, city, emoce a nálady. *„Během terapie samotné se používají esenciální oleje, což jsou naprosto čisté výtažky nebo destiláty z květin, bylin, ovoce nebo stromů. Jejich účinky mohou být nesmírně silné, a proto se aplikují pouze ve velmi malých dávkách.“* (Hunter, 2003, s. 225) Léčivou sílu bylin znali všechny kultury již v minulosti. (Řecko, Řím, Arábie, Čína). Využívá vlastností přírodních éterických olejů (silic) které se získávají destilací a lisováním z různých částí rostlin jako jsou květy, listy, plody, kořeny, kůra. Každá silice má své jedinečné vlastnosti, kterých se využívá pro specifické účely, působí jak preventivně, tak při akutních stavech.

V praxi jsou známi dva způsoby aplikace aromaterapie: pomocí inhalace a pomocí masáže.

Inhalace - vůně éterických olejů (silic) se dostává do čichového centra v mozku a tam aktivní vonná látka ovlivňuje autonomní nervní systém. Poté navozuje emoční odezvu, která je popisována jako úleva, osvěžení, uklidnění nebo naopak povzbuzení. Tahle forma aromaterapie má tu výhodu, že si ji každý může jednoduše aplikovat i sám doma například s použitím aromalampy.

Masáže- rostlinné silice správně ředěné ve vhodném nosném oleji pronikají všemi vrstvami kůže a dostávají se až ke krevním vlásečnicím. Přes kůži se vlastně stimuluje limfatický systém a krevní oběh. Specifický účinek éterických olejů (silic) spolu s relaxační masážní technikou vyvolává příznivou regenerační odezvu v lidském organismu. Vhodná je také lokální aplikace formou obkladů, mastí či balzámů při různých bolestivých stavech svalů a kloubů, při kožních onemocněních a nebo k běžnému dennímu ošetření. Aromaterapeutické masáže jsou hluboce relaxační, mají léčebné účinky, podporují obranyschopnost, ulevují při bolestech a neklidu, posílí mysl, vedou k uvolnění psychických a fyzických bloků. Harmonizují tělo i duši. (<http://www.aromaterapie.info/home.html>)

Použití této relaxační techniky je až univerzální je vhodná pro osoby všech typů jen je nutné zvážit výběr aromatického oleje protože každý typ vůně působí na něco jiného. Záleží již na nás samotných jestli se nám jedná o svalové uvolnění, navození příjemné nálady, revitalizaci, či naopak zklidnění a dobrý spánek.

Muzikoterapie - je všeobecně považována za velmi přínosnou co se týče terapie poruch komunikace. A to zejména proto, že má utišující a zklidňující účinek, odstraňuje únavu během vyšetření, které často bývá pro pacienta stresující a náročné a vyčerpávající. „*Různá vysvětlení přístupů k funkci anxiolytického působení hudby (proti úzkosti) směřují k domněnce, že hudba jako komplexní podnět jednak zaměstnává mozkovou kůru (kortex), takže jiné podněty z okolního prostředí budou jen stěží zpracovány, jednak působí tlumivě na subkortikální centra (sídlo emocí). Tímto centrálním vnímáním je ovlivněn např. tonus kosterních svalů. Když je svalstvo uvolněné, člověk nepociťuje žádný strach.*“ (Wehle in Pipeková, Vítková, 2001, s. 31) Při muzikoterapii se stabilizuje svalový tonus, který ovlivňuje dýchání i

artikulaci. Hudba pomáhá odstraňovat únavu navozuje vzájemný pocit důvěry a klidu mezi terapeutem a pacienty. „*Muzikoterapii považujeme v terapii komunikačních poruch za velmi důležitou. Ztráta řeči je pro člověka jakéhokoli věku obrovské trauma. Samo vyšetření kortikálních funkcí je velmi náročné a ještě více traumatizuje pacienta, který si pak uvědomí, co vlastně všechno nezvládá. Pacienti také často pláčí. Zejména zde se osvědčilo použít hudbu nejen na odstranění únavy během vyšetření, ale i jako utišující, zklidňující prostředek.*“ (Čecháčková, 2003, s. 171). Právě u afázií je nutno podotknout fakt, který se říká, a to že hudba dokáže jít dál než slovo. Při terapii afázií za použití muzikoterapie je známá např. TAP – terapie na blokování persevací a MIT – melodicko intonační terapie. U nás jsou v praxi známé zejména postupy využívající melodie k reedukaci komunikačních schopností. Kdy je pacientovy předzpívána nějaká melodie a on si pak díky tomu vybaví text písně, kterou zná z mládí. Používány jsou v tomhle případě jednoduché a obecně známé písně typu *Já do lesa nepojedu, Pec nám spadla*. Stejně tak dokáže pacient zazpívaná slova následně aplikovat při spontánní řeči, kdy např. píseň *Černé oči* využije při pojmenování části těla. (Čecháčková, 2003)

Fyzioterapie - řadíme k léčebné rehabilitaci, které je u afázie též velmi podstatná a to zejména ohledně poruch hybnosti. Vždy probíhá pod vedením odborného rehabilitačního lékaře, který stanoví její plán. Vhodné je, aby pacienti docházeli na terapii jednou až třikrát týdně, ale v praxi se setkáváme spíše s jednotýdenní účastí. Pokud se nejedná o jedince kteří, jsou stabilně v domově důchodců, kde mohou tyto cvičení probíhat i každý den. Fyzioterapie probíhá v “tělocvičně“ nebo speciálně uzpůsobené cvičebně, kde jsou i některé speciální přístroje jako např. MOTO-med, který procvičuje horní i dolní končetiny, stavěcí vozíky k vertikalizaci imobilních pacientů. Pokud je možné cvičí se i na míčích různé velikosti. Mezi další prvky fyzioterapie u seniorů patří i nácvik chůze po schodech, chůze ve vysokém nebo klasickém chodítku. Vše je zde velice individuální, protože někdo potřebuje rozhybat ruce, jiný nohy, někdo potřebuje pravidelnou masáž svalů.

Ergoterapie - Je léčebná metoda, která se úspěšně užívá při rehabilitaci tělesně, duševně a smyslově postižených. Lze ji praktikovat u dětí i seniorů, ale já se budu věnovat druhé skupině zmíněných osob. „*Ergoterapie je zdravotnická disciplína,*

kteřá nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, s fyzickým, psychickým či intelektovým postižením, omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost. Jako terapeutický prostředek využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, které pomáhají k obnově postižených funkcí. Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti (aktivní začlenění do společnosti) a zvýšení kvality života.“ (Dočkal in Müller, 2005, s.253) Terapie je vedena ergoterapeutem na základě indikace odborného lékaře, který určitý typ, zaměřenost a četnost ergoterapie. Ergoterapie spadá pod rehabilitaci, tedy získávání nebo obnovování ztracených funkcí. Patří sem uvolňování spastických končetin, korekce sedu, lehu, stoje a chůze, včetně používání správných pomůcek, kterých je celá řada – hole, chodítka, vozíky, podložky, polštáře, klíny, ale i zábradlí. Dále udržování a zvyšování rozsahu v kloubech, ať už za pomoci pasivních či aktivních pohybů. Cvičí se jemná motorika, koordinace pohybů, nácvik či obnova pohybových stereotypů ať již v oblastech porušených či neporušených, co možná největší soběstačnost, i používání kompenzačních pomůcek. Dále potom k léčbě psychických poruch což u seniorů bývá zejména nesoustředěnost, vytrvalost, deprese. Dále ergoterapie využívá i kreativní techniky jako je kreslení, malování, modelování, vaření, zahradničení, šití, pletení atd.

Tyto činnosti nejen zvyšují a udržují rozsah kloubní pohyblivosti, ale i svalovou sílu a míru nezávislosti a v neposlední řadě mají vliv i na psychiku. Afatik vidí, že jsou zde pořád věci které dokáže, cítí se být užitečný, důležitým faktorem je hlavně změna každodenního stereotypu. Hlavním cílem ergoterapie je podpora aktivního přístupu k uchování si svého zdraví a celkové kvality života s čímž u afatiků a seniorů vůbec souvisí vyplnění volného času, zabavení, prevence proti psychickým obtížím, depresím. (<http://www.ddpraha6.cz>)

Třetí kapitola, která uzavírá teoretickou část, blíže seznamuje s problematickou terapií afázie. A to jak s historickým vývojem, tak s jednotlivými typy terapií: individuální a skupinovou, která je předmětem výzkumného šetření. Popisuje, jak každá z nich funguje, jaký má význam, smysl, výhody i nevýhody. V podkapitole individuální terapie je dále popsána osobnost terapeuta. V kapitole jsou nastíněny i

jiné speciálně terapeutické metody práce, které se nepoužívají pouze při afázii, ale i zde se s nimi můžeme setkat.

4 Skupinová terapie u osob s afázií

4. 1 Cíl výzkumu, metody šetření, techniky

Cílem mého výzkumu bylo zjistit přínos skupinové terapie při afázii. Dílčím cílem bylo analyzovat názory logopedů v ČR na možnost provádění skupinové terapie afázie, dále to jak je frekventovaná i to jak ji vnímají rodinní příslušníci osob s afázií a nakonec i samotní klienti.

Diplomová práce je monografického typu. Pro výzkumný projekt jsem zvolila kvalitativní výzkum. Šetření jsem provedla následujícími technikami:

- dotazník,
- rozhovor,
- vlastní pozorování.

Výzkumný vzorek tvořili kliničtí logopedi v České republice, kteří též poskytují péči osobám s afázií. Dotazníky pro ně určené, byly zaměřené na jejich názory a zkušenosti ohledně skupinové terapie, a to ať již ji přímo provozují, nebo nikoli. Bylo rozesláno 50 dotazníků do celé ČR. Města kam putovaly: Praha, Brno, Jihlava, Olomouc, Ostrava, Plzeň, České Budějovice, Kolín, Jičín, Pardubice, Přerov, Děčín, Karviná, Znojmo, Zlín. Návratnost byla 32 dotazníku (tj. 64%).

Další část výzkumu byla provedena u rodinných příslušníků afatiků, pomocí dotazníků i volného rozhovoru jsem u nich zjišťovala názory, ve kterých mi nastínili svůj pohled a zkušenosti s tímto typem terapie. Na to jak se změnil stav jejich manželů/manželek, rodičů, po tom co začali navštěvovat skupinovou terapii, jak oni vnímají jejich stav a to jak jim skupinová terapie pomohla či nepomohla. Přece jen jsou to lidé, kteří afatiky znají nejlépe a to jak v době před onemocněním tak i nyní. Rozhovory a vyplňování dotazníků s rodinnými příslušníky probíhaly bez větších problémů. Před začátkem terapie, jsme se domluvili na vhodný termín a poté se sešli o něco dříve a při další terapii a vše probrali.

Poslední část výzkumu tvořili samotní afatici. Data jsem od respondentů získala dotazníky (10), pozorováním a rozhovorem. Hlavním tématem této části výzkumu byli názory samotných afatiků na skupinovou terapii.

4. 2 Místo šetření

Pro své výzkumné šetření jsem hledala takové pracoviště nebo zařízení, kde budou vhodné podmínky pro můj výzkum, kde logopedičtí pracovníci i pacienti budou ochotni spolupracovat, ale samozřejmě nejdůležitější podmínkou byla ta skutečnost, aby v tomhle zařízení pravidelně probíhala skupinová terapie afatických klientů, což dostatečně redukovalo moje možnosti. Již z předešlé praxe, kterou jsem absolvovala na Soukromé klinice LOGO v Brně jsem věděla o tomto zařízení a tudíž

jsem požádala o umožnění svého výzkumného šetření a setkala se s kladnou odezvou i možností se aktivně účastnit při samotných hodinách skupinové terapie, které zde probíhají každý týden. Výzkum jsem tedy realizovala v místě mého studia v Brně.

Soukromá klinika LOGO v Brně

Soukromá klinika LOGO s. r. o. na Vsetínské ul. v Brně se již 17 let věnuje péči o osoby s vadami řeči a sluchu. Model péče o své klienty prezentuje klinika jako komplexní léčbu, která předpokládá úzkou spolupráci řady odborníků - foniatra, neurologa, psychologa, rehabilitačního lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, klinického logopeda a dalších odborníků kliniky, podílejících se na stanovení diagnózy a možném postupu následné reedukační logopedické terapie. Soukromá klinika LOGO nabízí v oblasti klinické logopedie stacionární diagnostický pobyt v lůžkovém oddělení kliniky, vhodné pro stanovení optimálního postupu v léčbě každého jednotlivce se stanovením přesné diagnózy a sestavením individuálních léčebných plánů, které následně provádí celý tým odborníků. Tato komplexní léčba je vhodná zejména pro dospělé pacienty, ale i pro maminky s dětmi. Charakteristické je prolínání individuální a skupinové terapie, završené již tradičně prázdninovým pobytem. Dále poskytuje pobyt pro dětské pacienty v denním stacionáři, který je určen pro pacienty, které vyžadují individuální péči. V rámci komplexní péče lékařů, logopedů, psychologa a fyzioterapeuta a učitelky mateřské školy jsou výsledky terapie velice účinné. (www.logoped.cz)

Dalo by se říci, že klinika se převážně věnuje logopedické péči dětí s vadami řeči a sluchu, ale současně i starším pacientům po nejčastěji po CMP, u kterých potom často nastává afázie. Tito dospělí pacienti po CMP na kliniku docházejí ambulantně - jednak na individuální terapii a ti, kteří mají zájem, současně i na skupinovou terapii. Dále je těmto pacientům poskytována i složka fyzioterapeutická a ergoterapeutická, což je pro mnohé velice příznivé, když v jeden den mohou zvládnout na jednom místě vše nutné k jejich řečové i tělesné rehabilitaci. V tomto shledávám největší přednost zmíněného soukromého zdravotnického zařízení, které

je schopno svým klientům poskytnout všechny důležité složky terapie, rehabilitace, odborníky a specialisty na jednom místě.

4. 3 Charakteristika výzkumného vzorku

Na skupinovou terapii docházelo celkově v období od května 2006 do března 2007 devět mužů a sedm žen. Výzkumný vzorek tvořilo 10 respondentů, z tohoto počtu respondentů bylo 5 mužů a 5 žen. Složení skupiny se také obměňovalo příchodem nových členů. Všem členům terapie bylo nad padesát let s výjimkou jedné ženy, která byla ve věku čtyřicet osm let. Největší skupinu tvořili osoby nad šedesát let. Nejstaršímu klientovi, který sám aktivně docházel bylo osmdesát dva let. Ač se terapie koná pravidelně každý týden z řad klientů zde byli různé absence. Nejčastější příčinou byla nemoc, často se také stalo, že se afatik nedostavil z důvodu špatného počasí, zejména v zimním období. Přece jen musíme brát v potaz vysoký věk většiny klientů. Nejideálnějším případem bylo, pokud klienta dovedl – dovezl někdo z jeho rodiny. V některých případech se potom tyto rodinní příslušníci účastnili tiše terapie. Zejména proto, aby pak mohli podobná cvičení praktikovat doma. Na přelomu roku 2006 a 2007 byla skupinová terapie rozdělena na 2 samostatně pracující skupiny, které byly na sobě nezávislé a konaly se v rozdílných termínech. Důvod byl jednoduchý, zájem o terapii stoupal, ale mezi klienty byly velké kvalitativní rozdíly. Jedna skupina byla tedy vytvořena pro pacienty, kteří stále vyžadují intenzivní péči a na jejich projevu se musí akutně pracovat. Navíc její členové byli spíše pomalejší se špatnými vyjadřovacími schopnostmi, zatímco druhou skupinu tvořila část klientů, u kterých bylo vidět jasné zlepšení a posun vpřed a více se na terapii cvičily i různé motorické dovednosti, hry vyžadující aktivní zapojení jedince, složitější úkoly a činnosti náročnější na paměť a provedení.

4. 4 Vlastní šetření, činnost skupiny, výzkum - dotazník

Během tří čtvrtě roku, kdy mi bylo umožněno se aktivně zúčastňovat skupinové terapie, jsem se podrobně seznámila s touto metodou práce v praxi, získala spoustu užitečných poznatků ohledně terapie afázie, i se blíže seznámila s jednotlivými afatickými klienty, jejich osudy příběhy a vývojem. Všichni, kteří na skupinovou terapii docházeli měli diagnostikovanu afázii jako následek po CMP, ale i tak byli

mezi klienty značné rozdíly. Nejčastějším typem afázie byla afázie motorická. Moje účast na terapii byla někdy více, někdy méně aktivní. Pokud bylo potřeba, vždy jsem se věnovala tomu klientovi, který to zrovna potřeboval, pokud tato potřeba nebyla účastníka jsem se spíše jako host, prováděla jsem pozorování.

4. 4. 1 Vlastní činnost skupiny

Skupina se schází jedenkrát týdně a terapie vždy trvá hodinu a půl což je podle mého názoru optimální čas. Pokud by byl čas kratší je možné, že by se nestihly realizovat všechna cvičení, které byla naplánována, protože každý z pacientů pracuje svým vlastním tempem, a proto je nutné počítat s jistým zdržením, které by však nemělo narušit plán terapie. Naopak u delší časové jednotky by se mohlo stát, že někteří pacienti by již byli unavení a vyčerpaní a terapie by jim nadále již nepřinášela žádoucí efekt.

Po celou dobu co jsem skupinovou terapii na Soukromé klinice LOGO navštěvovala, byla práce vždy pečlivě promyšlená a mohu říct, že i klienti, kteří sem docházeli byli velice spokojeni a odcházeli dobře naladěni.

Nejdůležitějším smyslem, který má za úkol skupinová terapie při reedukaci afatických pacientů splnit, je obnovit sociální vazby s okolním prostředím a ostatními lidmi. To však ale neznamená, že by byla nějakým způsobem vypuštěna či omezena reedukační část a klienti by si na terapii “jen tak hráli“. Jak už bylo uvedeno v teoretické části, lidé, které postihne onemocnění afázie se najednou objeví před úplně novým světem, který je pro ně neznámý a cizí, vše co bylo dříve zcela normální a samozřejmé je nyní obtížné a často až nemožné. Z toho vyplývá sociální izolace těchto lidí, kteří se vyhýbají styku s okolím ať už ze studu nebo jen z toho důvodu, že prostě nemají příležitost kam zajít a s někým si pohovořit.

Na samotné skupinové terapii jsme se pokaždé s pacienty snažily dělat nějakou zajímavou činnost, která by buď to opakovala a fixovala již “probraná“ témata a nebo otevírala nové kapitoly. Je důležité opravdu dbát na zapojení každého jedince, protože pacienti mají tendence se distancovat od některých cvičení, právě proto, že jsou třeba na terapii noví a stydí se za svůj projev, nebo proto, že jim určitá činnost

činí potíže a tak se jí vyhýbají. Je nutné jim ukázat, že se není za co stydět a že terapeut je tu pro ně, aby jim pomohl v jejich řečovém projevu a adaptaci na okolí.

Průběh skupinového sezení

Každý týden jsme se snažily do programu vložit alespoň jedno nové téma, hru, cvičení nebo jakoukoli obměnu. Na začátku terapie, se všichni tradičně pozdravili a pokud byl přítomen někdo nový, nebo přišel po delší době, tak jsme začali představováním. Program, který se prováděl byl dopředu připravený. Logoped si sebou vždy donesl i potřebné pomůcky pro terapii. Z těch základních mohu vyjmenovat: Papír, tužky, pastelky, obrázky, pexesa, špachtle, umělá písmena, někdy i magnetofon.

V následujících bodech popíši jednotlivé činnosti, které probíhaly na konkrétní terapii:

- 1) Příklad do velké terapeutické místnosti, usazení se ke stolu, pokud byli přítomni klienti na invalidním vozíku pomohli jsme jim vybrat vhodné místo.
- 2) Na úvod terapie jsme se pozdravily a každý klient byl vyzván aby řekl své jméno
- 3) Následovalo procvičení oromotoriky různými způsoby za nejúčinnější a i velice zajímavou metodu v tomhle případě sledávám metodu užití izotonických a izometrických postupů pro obnovování hybnosti mluvidel, která byla původně aplikována pro dysartrii, ale zjistilo se že je i velice přínosná pro afatiky, je zaměřena na obnovovací sílu a přesného zacílení mluvidel. Pochází z kliniky Mayo v Rochesteru v USA a tvůrci jsou Keitha a Thomas, 1989. Oromotorika se cvičí způsobem, kdy ústa nastavíme tak jako bychom chtěli říct určitou hlásku např. A ale bez fonace. Pracuje pouze svalstvo mluvidel a v téhle pozici vydržíme několik sekund. Povolíme a opět opakujeme. Poté se opět bezhlasně cvičí jiná hlásky nejlépe ze skupiny samohlásek např. U. Zase vydržíme v pozici několik sekund, uvolníme a poté cvičení zopakujeme. Pak následuje fáze, kdy už hlásku cvičíme s použitím hlasu. Afatik si tak výborně uvědomí, které skupiny svalů se podílejí na tvorbě té které hlásky a je pak pro něj snadnější hlásku

identifikovat a uvědomit si způsob postavení mluvidel. Stejně tak logoped vidí, při několikasekundovém držení mluvidel a určité poloze jak afatik automaticky dává mluvidla při tvorbě hlásky a upozorní ho pokud je něco v nepořádku. Poté přecházíme ve skupiny hlásek např. au, ou, oa zase tímto stejným způsobem. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že tohle cvičení je velice intenzivní a jedinec si na něm velice dobře uvědomí, které svaly mají jak pracovat. V některých polohách je práce svalů velice znatelná.

4) Následuje ještě cvičení jazyka, kdy ho dáváme do různých poloh a cvičíme se špachtlí. Cvičení se špachtlí probíhá tak, že si ji dotyčný položí vodorovně na jazyk nejdříve z horní později ze spodní strany a rukou vytváří tlak na špachtli a protitlakem jazyka se tento tlak snaží vyrovnávat. I zde jsou patrné jisté obtíže, jednak již při správném úchopu špachtle, který se někdy opravdu dlouho nedaří a potom při samotném vytváření protitlaku. Spousta afatiků pouze špachtli na jazyk položí, a tím pro ně cvičení končí, proto je důležité tohle cvičení vždy opakovat, aby byl jazyk dosti ohebný a silný.

5) Po tomhle náročném, ale účinném rozcvičení následovaly skupiny slov. Jedno slovo, řekne logoped afatikovi, ten ho zopakuje, nejlépe jak může a potom to stejné slovo zopakuje celá skupina. Tímto způsobem se docílí, že cvičí všichni a nikdo nezahálí. Počet slov přizpůsobíme počtu afatiků, i když je zaručeno, že každý aktivně pracuje, měl by samostatně vyslovit, alespoň 5 slov. Volíme skupiny slov k procvičování určité hlásky, např. D. Nejdříve slova obsahující hlásku na začátku slova, později uprostřed, na konci i slova ve kterých se hláska vyskytuje vícekrát. Logoped by měl být afatikovy dobrým vzorem při tomto cvičení.

6) Potom přistoupíme k nějaké manuální činnosti, která ovšem bude vhodně stimulovat slovní zásobu a řečový projev. Jako příklad uvedu cvičení, kdy si každý z afatiků vezme papír a tužku (v případě, že je jedna ruka ochrnutá nebo méně aktivní je důležité papír upevnit na podložku, afatik si jej nemůže přidržovat druhou rukou a zbytečně by ho tahle skutečností stresovala i znevýhodňovala). Začíná se obvykle s písmenkovým diktátem, kdy logoped říká jednotlivé písmena později i číslice a afatik je zapisuje. Pokud má někdo

problém s psacími písmeny, stačí psát tiskací. Forma není v tomto případě rozhodující, důležitá je správnost zápisu. Již zde je vidět nápadné rozdíly mezi jednotlivými členy terapie. Pokud někdo z přítomných neví jak se písmeno píše, nebo jej píše špatně pokusíme se mu napovědět např. pokud je jeho příjmení Novák a on neví jak se píše N nebo jej píše špatně, řekneme mu N jak Novák to je to první písmeno, kterým začíná Vaše příjmení. A afatik si většinou uvědomí písmeno a napíše jen správně. Pokud tento způsob nezabere, nebo není nějaké vhodné slovo, které by mohlo pomoci použije přímo konkrétní písmeno z kartičky nebo vhodnější plastový model, postavíme před dotyčného a ten jej napíše.

7) Až je procvičí jednotlivá písmena a slova přistoupíme znovu k podobnému cvičení, které je již náročnější na přemýšlení, slovní zásobu i motoriku. Logoped řekne písmeno a afatik se snaží na tohle konkrétní písmeno vymyslet a zapsat co nejvíce slov. Pokud je ve skupině dotyčný, který nedokáže psát celá slova, opět píše jen tohle izolované písmeno, klidně i několikrát za sebou pro jeho lepší uvědomění a fixaci. (Pokud jsou na terapii dva logopedové jeden pracuje se skupinou a druhý se věnuje během tohoto cvičení individuálně těm, kteří cvičení nezvládají.) Po uplynutí vhodného časového limitu se skončí a všichni dotyční přečtou slova, která napsali. Pokud jsou v nich cizí výrazy nebo slova, kterým ostatní nerozumí vysvětlíme si jejich význam. Uvedeme vhodný příklad.

8) Další činností, která už je zaměřena spíše na procvičování paměti a nutno podotknout, že paměť je vhodným cvičením opravdu pro všechny je cvičení, kdy logoped dá na stůl pře afatiky skupinu písmen a po 5 – 10 sekundách zakryje tyto písmena a afatici je musí napsat na papír ve správném pořadí. Nejdříve začínáme od krátkých jednoduchých spojení a postupujeme ke složitějším variacím. Ke konci může zakomponovat i číslice. Např. AU, DO, SIT, DAN, TOPP, MOOK, HKRE, CSTU, W5CD6, BSOAO, 7K 4TZ, UD1 CF7, 9KZ LP5 atd... kombinujeme různě podle vhodnosti a fantazie.

9) Další činností, která je zaměřena na pozornost a identifikaci je hra s pexesem, ale ne tradičním způsobem pod jakým ho všichni známe. Jednotlivé kartičky obrátíme obrázky nahoru, nemusí se skládat do čtverce 8 x 8 kartiček, stačí když

leží volně na stole. Logoped vždy řekne název obrázky z jedné kartičky a ten kdo kartičku nejdříve najde si ji vezme k sobě a má jeden bod. Tohle cvičení se zdá být velice jednoduché, ale není nijak neobvyklým jevem, že salám je najednou cihla a banán labuť. Po vysbírání všech kartiček si každý sám spočítá kolik má a řekne tohle číslo ostatním. Vítězi potom můžeme zatleskat. Samozřejmě jsou vždy “slabší jedinci“ a přestože nikdy nemají tolik kartiček jako ostatní je velice podporuje a chválíme za každý správný obrázek. Jejich radost z úspěchu se potom stává velkým hnacím motorem.

10) Před rozloučením ještě logoped poskytne klientům rady a doporučení nejen z logopedické oblasti, ale i všeobecné věci týkající se jejich zdraví. Pokud má někdo konkrétní problém může ho říct a nechat si poradit, vše probíhá ve velice přátelské atmosféře. Já sama shledávám práci na skupinové terapii za velice příjemnou a naplňující. Není nic lepšího než činit ostatní šťastnými a poskytovat jim duševní uvolnění. Častokrát se na terapii všichni smějeme, jsou zde velice šťastné okamžiky a tak to má být. Afatici odcházejí spokojeni a dobře naladěni.

4. 4. 2 Záznamy rozhovorů s klienty, kteří navštěvovali skupinovou terapii, ale přestala jim vyhovovat a tak od ní upustili.

Rozhovor č.1

Paní ve věku 72 let, 10 let vdova, ale stále žije aktivním životem, bydlí v rodinném domě s dcerou a vnoučaty. Na terapii dochází sama a je zcela samostatná. Od CMP uplynuly 4 roky.

Dobrý den, jak dlouho docházíte na Soukromou kliniku LOGO na terapii?

„No celkem je to čtyři roky, co mám po mozkové příhodě, nejdříve jsem byla v nemocnici, asi tak jeden měsíc a pak mě pustily, ale stále jsem tam docházela na rehabilitace. Potom jsem začala chodit sem.“

V jaké nemocnici jste byla po cévní mozkové příhodě?

„Tady kousek U milosrdných bratří, byli tam velmi milí“

Z jakého důvodu jste začala docházet na Soukromou kliniku LOGO?

„Dcera mi to vyřídila, chodím sem i na rehabilitace i na logopedii a jsem velmi spokojená“

Vyzkoušela jste i skupinovou terapii?

„Ano, ano hned ze začátku mi to doporučily, ale byla jsem tam jen 2x a musela jsem pryč, nemohla jsem tam chodit.“

Proč jste tam nemohla chodit?

„To nebylo nic pro mě, víte?“

Bylo Vám tam něco nepříjemné, něco Vám vadilo?

„Ano, ano přesně tak, vadili mi ti ostatní lidé.“

Jak Vám vadili? Dokázala byste přiblížit, co přesně Vám vadilo?

„Víte oni byli úplně jiní než já, já mluvím plynule, znám spoustu věcí, psaní a čtení mi nedělá žádné problémy, ale oni mě deprimovali.“

Jakým způsobem Vás deprimovali?

„Když jsem je viděla jak tam jen sedí a dlouho jim trvá, než ze sebe vypraví nějaké slovo, působilo to hrozně depresivně, sama jsem pak skoro ani taky nemohla mluvit.“

Vadila Vám úroveň na které byli ostatní?

„Ano, ano přesně tak nechtěla jsem tam být s nimi, musela jsem odejít. Nemohla jsem se dívat jak nic nemůžou, měla jsem pak i špatnou náladu. Kdybych chodila někam, kde budou normální lidé se kterými můžu mluvit, tak by mi to nečinilo problémy, ale tohle mi vážně vadilo“

Takže jste už znovu nepřišla?

„Ne, chodím teď sem a tohle mi úplně vyhovuje.“

Jak často chodíte na individuální terapii?

„Jedenkrát za čtrnáct dní a jsem teď mnohem spokojenější“

Je to pro Vás to pravé?

„Ano pro mě určitě, netvrdím, že by to mělo být špatné pro všechny to rozhodně ne, ale mě se tam prostě nelíbilo, každý jsme z jiného těsta.“

Navštěvujete u toho i jiné terapie nebo rehabilitace?

„No teď už ne, ale dřív jsem chodila na cvičení, nebo spíš oni se mnou cvičili, ale

ted' už chodím jen na logopedii. “

Dobře, to bude tak vše, moc Vám děkuji za Váš čas a ochotu a přeji pěkný den.

„Není zač, mějte se hezky a na shledanou. “

Rozhovor č.2

Dcera klienta, kterému je 76 let. Její otec má rok po CMP, žije s manželkou, dcerou i vnoučaty v rodinném domě.

Dobrý den, mohu se zeptat jak je to dlouho co měl Váš tatínek CMP?

„No už to je přes rok a můžu říct, že ted' už se to tedy lepší, ale ze začátku to byl šok. Jak pro nás, tak pro něj“

No jistě, to je vždycky velice nepříjemné, jak přesně to probíhalo u Vás?

„Když se to stalo a táta ležel v nemocnici a my za ním přišli na návštěvu, tak vlastně vůbec nebyl schopný komunikovat, vydával jen různé zvuky a já jen instinktivně vytušila co asi chce, nebo jak se cítí. Bylo to opravdu velmi náročné období.“

Ano to chápu, a jak dlouho byl tatínek v nemocnici?

„Byl tam celkem 1,5 měsíce potom jsme si ho vzali domů a to už jsem zase začali docházet sem.“

Docházel za ním po příhodě do nemocnice logoped?

„Ano, mám pocit, že hned druhý týden, tam byl někdo z personálu, kdo vyšetřoval jak je na tom s řečí. Ale my jsme s ním nemluvili, sdělila nám to pouze sestřička a potom pan doktor, s tím, že bude nutná logopedická péče okamžitě jak bude propuštěn z nemocnice.“

Začali jste hned docházet jak na individuální tak na skupinovou terapii?

„Ne, ze začátku jsme chodili jen na terapii, kde byl sám jako právě ted' a potom nám pan doktor řekl i o té skupinové terapii, že často působí velice pozitivně, tak jsme začali tatínka vodit i tam.“

Jak to probíhalo, co se stalo, že už tam vlastně zase nechodí?

„No poprvé vlastně ani nic moc neříkal, ale když tam byl podruhé a potřetí tak už se začal projevovat negativně a vlastně jsme vycítili, že tam nechce už jít.“

Jaké negace se z jeho strany objevily?

„Bylo vidět, že se mu zrovna moc nechce, když měl odejít z domu a věděl, že je den, kdy se jede na to skupinové sezení a celkově vždy potom když jsme si ho vyzvedávali tak byl roztržitý, špatně naladěný a říkal, že už nechce. Nejdříve jsme si mysleli, že se to srovná, že to je jen nějaký počáteční stud nebo něco takového. Že si možná obtížněji zvyká na nové prostředí a nové lidi. Víte on když je doma, tak má docela velkou tendenci komunikovat s ostatními lidmi, kteří tam jsou. Máme rodinný dům a je nás tam šest a to ještě za synem dochází jeho přítelkyně, která s tátou taky často mluví. To mu nečiní problémy a řekla bych, že je i rád, když si ho všímáme a my to samozřejmě děláme i víc a záměrně.“

V čem byl tedy problém?

„No dnes už to vím docela jistě, protože jsme se o tom již bavili a řekl mi, že se mu špatně pracuje před ostatními lidmi, kteří ho sledují, nebo od něj čekají nějaké výsledky. Víte, když dělali třeba nějaké cvičení a on měl něco říct, tak to ze sebe nemohl vydat, když na něj ostatní koukali a čekali co řekne. Nepůsobilo to na něj vůbec pozitivně. Spíš ho to nějakým způsobem stresovalo.“

Na individuální terapii už je to dobré?

„Ano, tady pracuje bez problémů, já chodím vždy s ním, abych viděla, co s ním pan doktor dělá a mohla to pak procvičovat i doma, víte jsem učitelka na základní škole, takže mi tyhle věci nedělají problémy, ale i tak to ze začátku pro mě bylo velice těžké se s tátou vše učit od písmenek. Jak vidíte ještě teď mu to dělá velké problémy“

Pozorovala jste u něj nějaké psychické deprimace?

„Ano to určitě, on byl člověk velice otevřený a komunikativní. Dříve pracoval jako instruktor v autoškole, pořád byl obklopen lidmi a musel komunikovat a po příhodě, byl najednou úplně jinde a mělo to na něj velký psychický dopad. Myslím, že si to nechtěl připustit, nebo před námi se to snažil nějakým způsobem skrýt, ale když s někým žijete v jedné domácnosti, tak to prostě poznáte. Teď už je to lepší, protože i on sám vidí výsledky a my se stále snažíme ho aktivně zapojovat, nenechávat stranou a chválíme ho, takže si myslím, že se to dost zlepšilo, i když do hlavy mu nevidím.“

Dobře, já Vám tímto děkuji, za Vás čas a spolupráci a přeji co nejvíce úspěchu Vašemu otci.

„Není zač, rádo se stalo, mějte se hezky a na shledanou.“

Na těchto dvou rozhovorech jsem chtěla ukázat i tu druhou stránku skupinové terapie. Je samozřejmostí, že není metoda taková, aby zcela vyhovovala všem požadavkům a individualitám. Jak je vidět na některé jedince může mít i opačný účinek a v tom případě je opravdu lepší, když dotyčný přestane na skupinovou terapii docházet a věnuje se nadále jen individuální terapii. Těchto případů není mnoho, ale jsou, v poměru asi 2:10. Jak jsme mohli vidět na rozhovorech, některým klientům může být nepříjemné to, že jejich řeč je v docela dobré kondici a setkání s ostatními, kteří jsou na tom mnohem hůře, může působit demotivujícím dojmem. Ale i pokud je u dotyčného narušená komunikační schopnost velmi vážná, může být pro něj stejně tak přítomnost ostatních, neznámých lidí nepříjemná, protože mu dělá problémy se projevit a nechce ukazovat svoje postižení před nikým jiným, než je sám terapeut. Navíc, je známe, že u některých afatických pacientů, mohou být velmi výrazné problémy v navázání komunikace na začátku i se samotným terapeutem.

To, že někomu skupinová terapie nevyhovuje, není nic špatného a měli bychom se vždy řídit přáním a pocity afatika. On sám vidí prostředí, ve kterém se cítí dobře a ve kterém zase nikoli. A pokud se nebude cítit dobře a uvolněně nebudou ani výsledky odpovídající.

4. 4. 3 Vyhodnocení dotazníku pro klinické logopedy v ČR

Dotazník určený pro klinické logopedy, je rozdělen do tří částí. První všeobecná je určena pro všechny bez rozdílu jakou terapii užívají. Druhá pouze pro ty, kteří užívají skupinovou terapii. Třetí konečná pro ostatní, kteří zatím skupinovou terapii neužívají. Výsledky dotazníkové šetření jsou přehledně vyjádřeny v grafech. Respondentům bylo rozděleno 50 dotazníků, návratnost byla 32 dotazníků, tj. 64%.

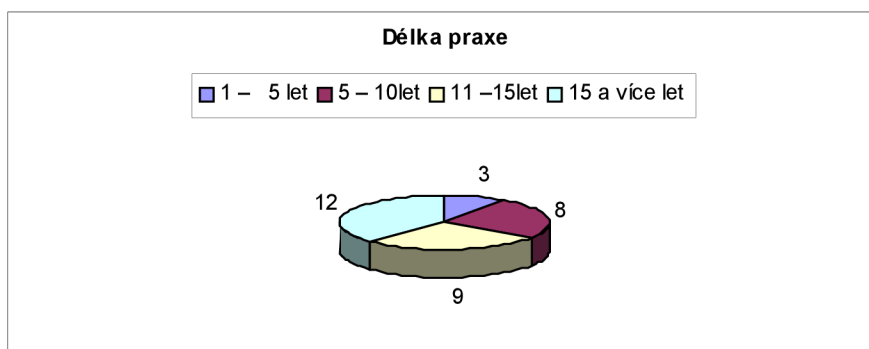
Část všeobecná

1. Jsem:



Výzkumu se zúčastnilo 32 klinických logopedů, z toho 1 muž (3,12%) a 31 žen (96,57%)

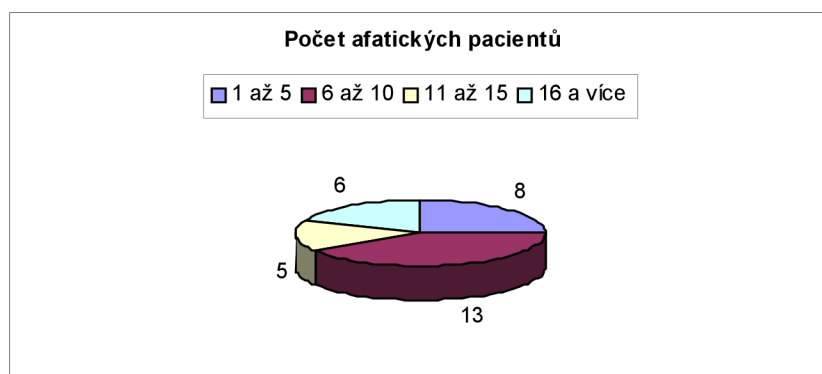
2. Logopedickou praxi provozují již:



Délka praxe klinických logopedů byla různá tři ze zúčastněných (9,4%) měli praxi 1 – 5 let, osm (25%) mělo délku praxe v rozmezí 5 – 10 let, devět logopedů (28,1%) mělo délku praxe 11 – 15 let a dvanáct z dotazovaných (37,5%) mělo délku logopedické praxe delší než 15 let.

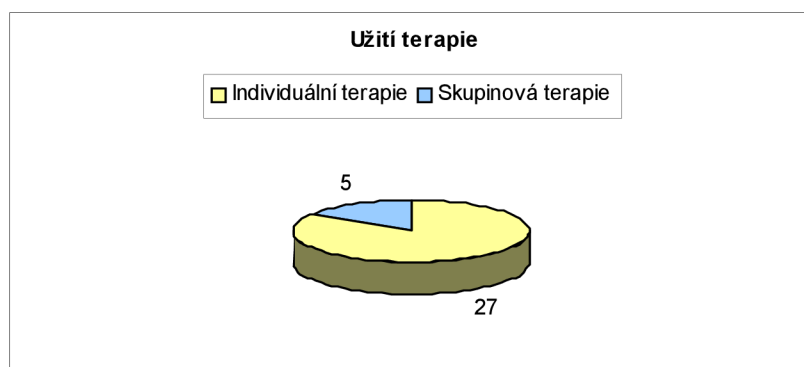
3. Ve třetí otázce bylo město, kde logopedi provozují svoji praxi. Zúčastnění byli z: Praha, Brno, Jihlava, Olomouc, Ostrava, Plzeň, České Budějovice, Kolín, Jičín, Pardubice, Přerov, Děčín, Karviná, Znojmo, Zlín.

4. Mám řádově v péči afatických klientů:



Na tomto grafu vidíme přehled kolik afatických klientů je v péči u dotazovaných logopedů. Osm logopedů (25%) uvádí 1- 5 afatiků, třináct logopedů (40,6%) uvádí 6 - 10 afatiků, pět logopedů (15,6%) uvádí 11- 15 afatiků a šest (18,8%) logopedů uvádí 16 a více afatických klientů. Nejvíce dotazovaných má tedy průměrně okolo 6 – 10 afatických klientů.

5. Při práci s afatickými klienti uplatňují:



Na tomto grafu vidíme kolik ze zúčastněných klinických logopedů užívá skupinové terapie při práci s afatickými klienty. Z celkového počtu třiceti dvou je to pouze pět logopedů. To znamená 15,62% .

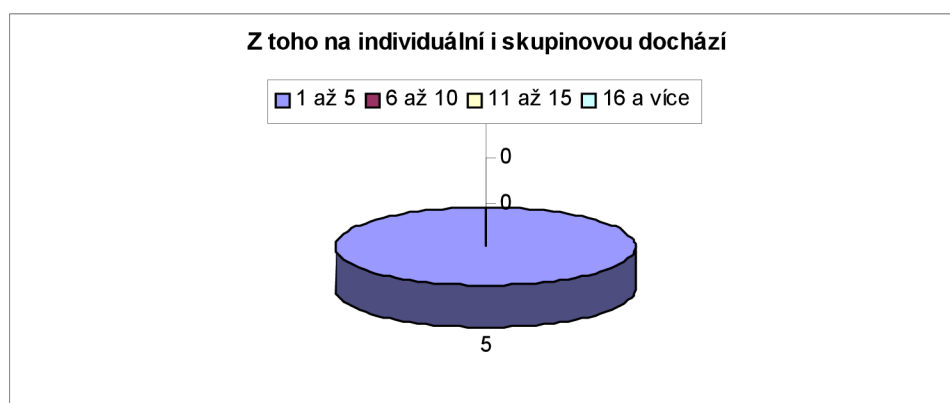
Část druhá (odpovídali pouze logopedi, kteří užívají skupinovou terapii) tzn. 5 z celkového počtu 32 respondentů

6. Na skupinovou terapii dochází afatických pacientů:



Na tomto grafu vidíme jaký je počet afatických klientů na skupinové terapii. Čtyři z dotazovaných (80%) uvedli 1- 5 afatiků a pouze jeden dotazovaný (20%) uvedl do 10 afatických klientů. Nižší počty afatiků s skupinové terapii mohou být způsobeny zejména nevhodným pracovním prostorem (přece jen běžná malá ordinace není vhodná pro tento typ práce, nebo i menší počet afatických klientů)

7. Z toho na skupinovou i na individuální terapii dochází současně afatických klientů:



Tento graf nám znázorňuje kolik z afatických klientů zároveň při skupinové terapii navštěvuje i individuální terapii. Všichni dotazovaní logopedi (tedy pět - 100%) odpověděli v kladném smyslu a jejich klienti tudíž navštěvují obě formy terapie zároveň.

8. Skupinová terapie se koná:



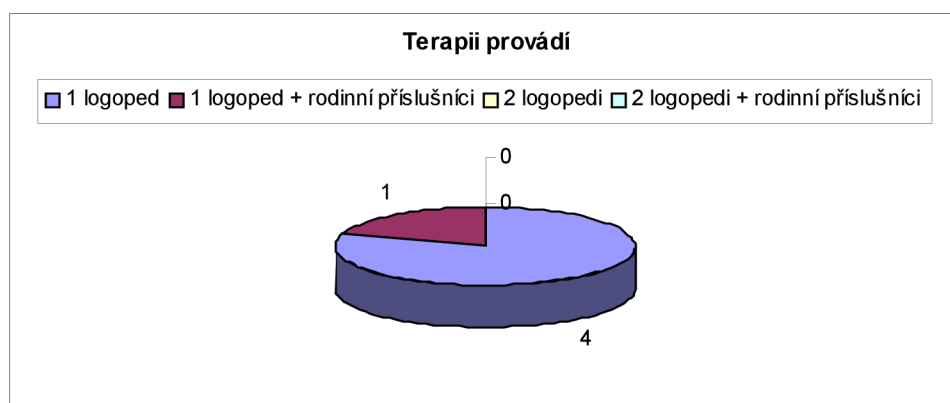
Zde vidíme přehled toho jakou frekvenci má konání skupinové terapie. Jeden logoped (20%) uvedl, že ji provozuje pouze 1 x za měsíc. Dva logopedi (40%) uvedli 1x týdně a dva logopedi (40%) uvedli 1x za 14 dní. Frekvence skupinové terapie se tedy dosti liší. Můj názor je ale ten, že za vhodných okolností by se měla konat 1x týdně, aby byla opravdu prospěšná a přínosná a šlo stále postupovat kupředu.

9. Skupinová terapie trvá:



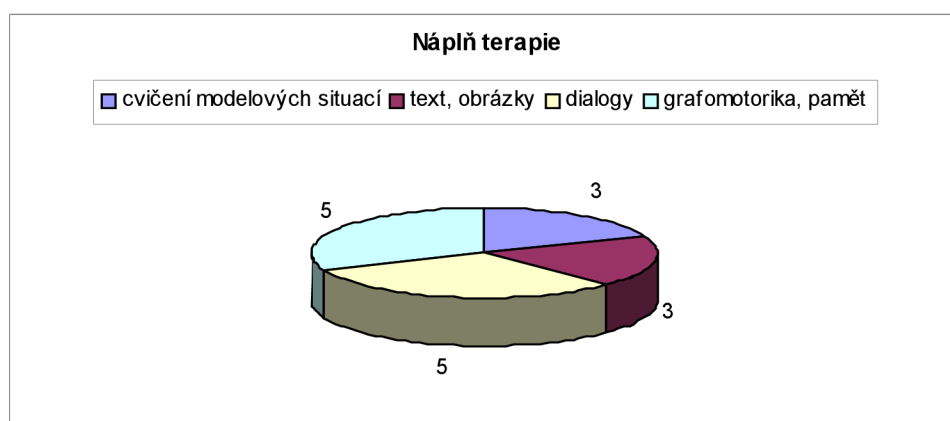
Co se délky trvání skupinové terapie týče 4 z dotazovaných (80%) uvedli délku trvání 45 minut, pouze 1 (20%) uvedl 60 minut. Na soukromé klinice LOGO, kde probíhal můj výzkum, byla délka trvání terapie 90 minut tedy 1, 5 hodiny. Dle mého názoru byla, optimální, protože při práci ve skupině je vždy jisté zdržení a delší časová jednotka tak zajistí plynulejší průběh celého sezení.

10. Na skupinové terapii je přítomno:



Zde vidíme kolik logopedů skupinovou terapii vede. Opět čtyři z dotazovaných (80%) odpověděli že pouze 1 logoped, pouze jeden dotazový (20%) uvedl 1 logopeda + rodinné příslušníky afatických pacientů. (Rodinní příslušníci terapii samozřejmě doslovně neprovádí, ale jsou tam přítomni, aby mohli pomoci, případně poté v domácím prostředí znovu opakovat konkrétní cvičení či situace). Na Soukromé klinice LOGO byli při terapii přítomni dva logopedi a někdy též rodinní příslušníci klientů.

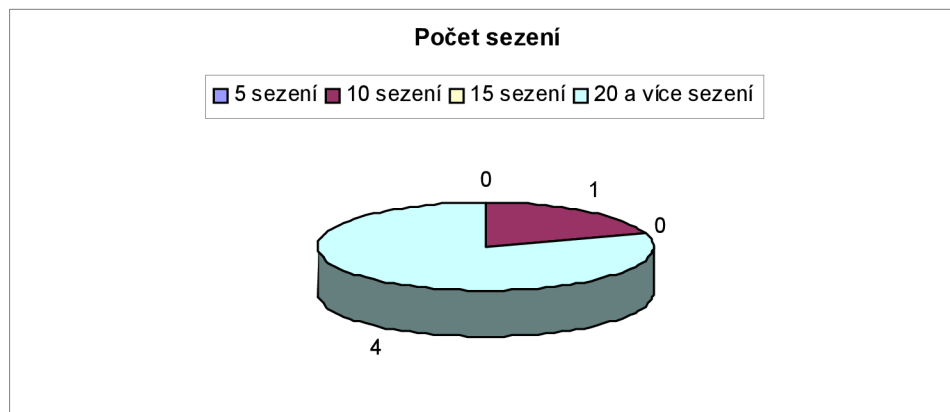
11. Jaká já náplň skupinových sezení: (tato otázka byla koncipována pro zaškrtnutí všech nabízených možností)



Zde vidíme přehled činností, které nejčastěji probíhají na skupinové terapii. Tři z dotazovaných (60%) uvedli cvičení modelových situací, tři z dotazovaných (60%) uvedli práci s různým typem textů, všech pět dotazovaných (100%) uvedlo cvičení

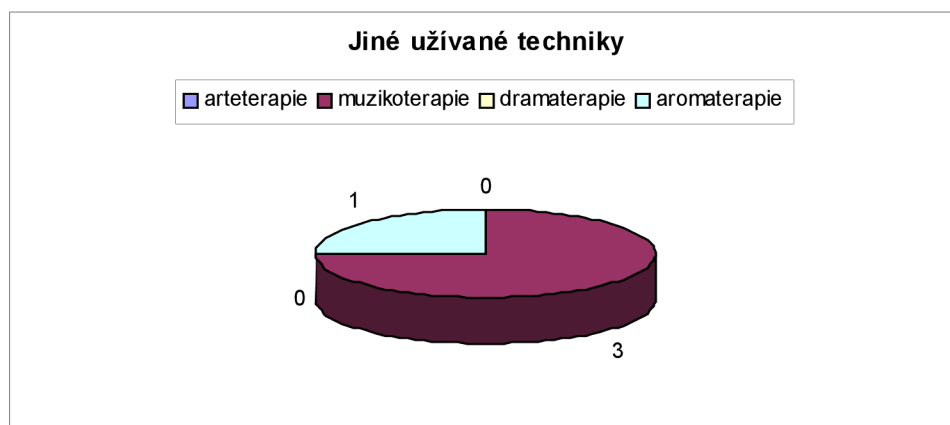
pomocí dialogů a mluvních cvičení a stejně tak všech pět (100%) uvedlo činnosti spojené s grafomotorikou, paměťové cvičení atd.

12. Jak dlouho jsou klienti (časové hledisko) na terapii vedeni:



Zde vidíme přehled toho jak dlouho mohou afatici na skupinovou terapii docházet. Jeden z dotazovaných logopedů (20%) uvádí 10 sezení, zbylí čtyři (80%) uvedli 20 a více sezení. Je jisté, že čím více tím lépe, navíc u afázie, která je většinou u osob staršího věku, které potřebují stále cvičit a fixovat veškeré vazby a návyky.

13. Užíváte i jiných terapii v reedukaci řeči afatických pacientů? Jestli ano jakých?



Zde vidíme přehled užívání i jiných speciálně terapeutických metod. Jeden z dotazovaných logopedů (20%) užívá aromaterapie a tři (60%) z dotazovaných užívají muzikoterapie. Jeden z dotazovaných (20%) neoznačil žádnou speciálně terapeutickou metodu práce.

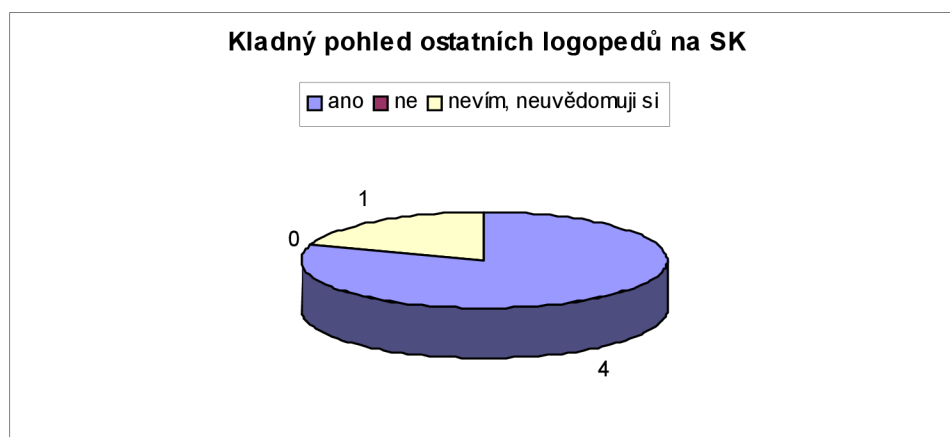
14. *Ve skupinové terapii vidím tyto výhody práce s afatiky: tato otázka byla koncipována*

pro zaškrtnutí všech nabízených možností)



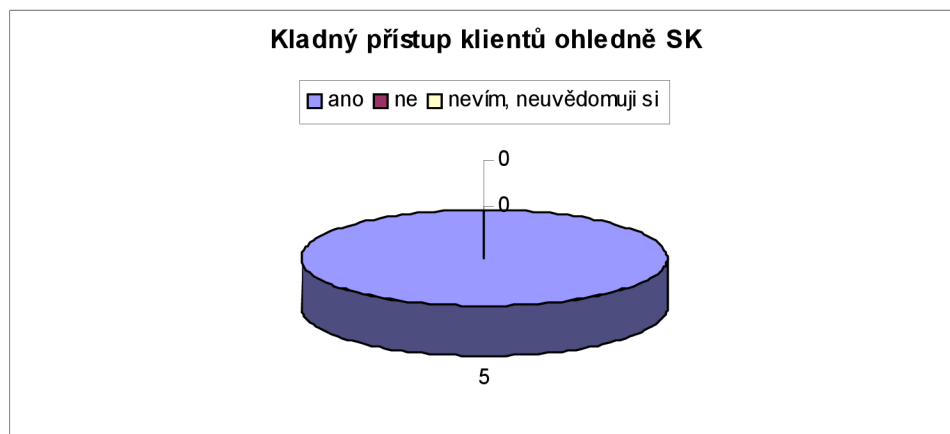
Na tomto grafu vidíme přehled možných výhod při práci ve skupině. Ekonomické hledisko (jeden logoped pro více pacientů) uvedl pouze jeden (20%) z dotazovaných logopedů, časové hledisko (za jednu časovou jednotku, několik pacientů) uvedl též jen jeden z logopedů (20%), zatímco socializaci klientů a psychickou podporu označilo všech pět dotazovaných (100%). Z toho tedy jasně vyplývá, že skupinová terapie je zejména přínosem pro klienty.

15. *Ze stran ostatních logopedů se setkávám s kladným přístupem ke skupinové terapii afatiků:*



Zde jsem se dotazovaných logopedů ptala, jestli se setkávají i u svých kolegů s kladným názorem ohledně skupinové terapie. Čtyři z dotazovaných (80%) odpověděli, že ano, jeden (20%) odpověděl, že neví.

16. Ze stran klientů se setkávám se zájmem a pozitivními ohlasy ohledně skupinové terapie:



Zde jsem se logopedů ptala jaký postoj ke skupinové terapii vnímají u svých klientů. Všech pět dotazovaných (100%) odpovědělo kladně ve smyslu zájmu svých klientů o skupinovou terapii.

17. Z hlediska socializace a začlenění klienta zpět do společnosti se mi zdá lépe vyhovující skupinová terapie:



Na tomto grafu vidíme zpracovanou otázku zda je skupinová terapie pro klienta výhodnější než individuální, pokud se jedná o jeho socializaci a znovu obnovení vazeb s okolím. Všichni dotazovaní (100%) opět shodně odpověděli v kladném smyslu.

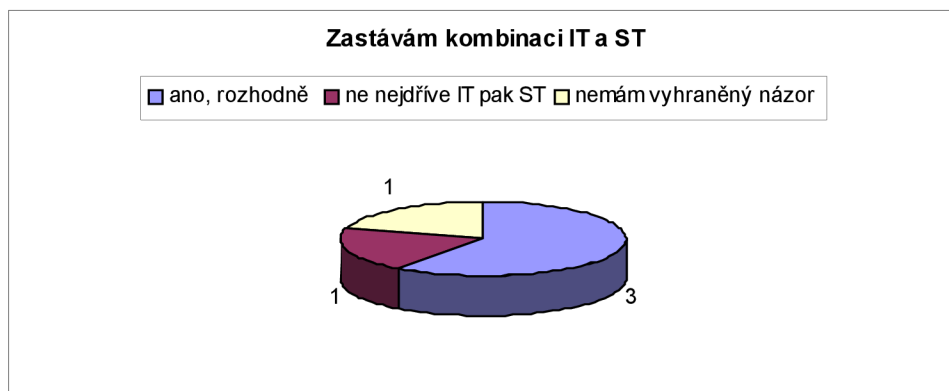
18. Zajímám se o nové trendy ve skupinové terapii: (tato otázka nebyla koncipována pro zaškrtnutí více možností, ale většina logopedů, zvolila možnosti dvě)



Zde vidíme zda se logopedi zajímají o nové trendy ve skupinové terapii. Na tuto otázku bylo znovu možné zatrhnout více možností. Tři z dotazovaných (60%) uvedly, že si myslí, že je vždy prospěšná nějaká změna, či inovace a čtyři z dotazovaných (80%) uvedli, že si nové postupy vymýšlí často sami. Je to pochopitelné protože na skupinové terapii se dá často improvizovat a vznikají

nepřipravené situace, což má svoje kouzlo pro všechny zúčastněné a vytváří se tak uvolněná a pozitivní nálada.

19. Zastávám kombinaci individuální a skupinové terapie:

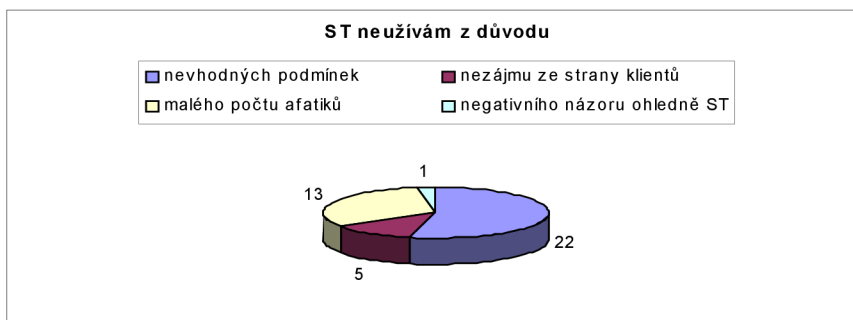


Následující graf zpracovává otázku ohledně toho zda logopedi zastávají kombinaci individuální a skupinové terapie, či nikoli. Tři z dotazovaných (60%) odpověděli kladně ve smyslu prolínání skupinové a individuální terapie. Jeden z dotazových (20%) uvedl, že by měl klient nejdříve docházet na individuální později až na skupinovou terapii a jeden z dotazovaných (20%) uvedl, že na tuto otázku nemá vyhraněný názor, nebo že záleží i na stanovisku klienta.

Část třetí (odpovídali logopedi, kteří neprovozují ST u svých afatických klientů)

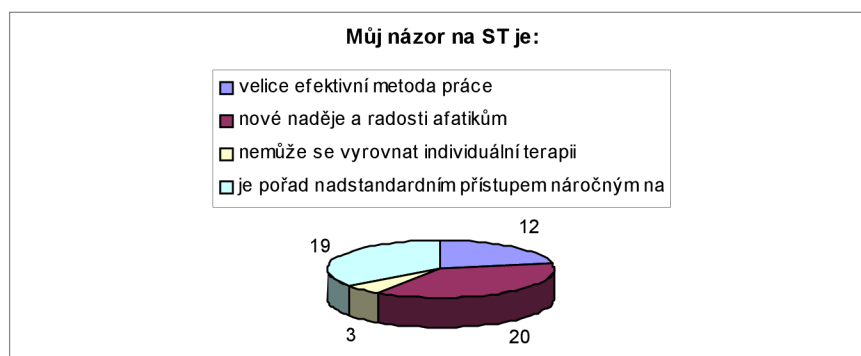
Zde odpovídalo 27 respondentů. Některé otázky byli opět koncipovány tak, že bylo libovolně možné vybrat s několika možnostmi.

20. Skupinovou terapii neužívám z důvodů: (otázka byla koncipována pro označení všech nabízených možností)



Zde jsou uvedeny nejčastější důvody, ze kterých dvacet sedm dotazovaných logopedů neprovádí skupinovou terapii. Největší skupina dvaceti dvou logopedů (81,5%) uvedla jako důvod pro který nemůže provádět skupinovou terapii nevhodné podmínky, čímž je zejména nevhodné pracovní místo, které klade požadavky na prostor a vybavení. Třináct z dotazovaných (48,2%) uvedlo malý počet afatických klientů, pět dotazovaných (18,5%) uvedlo nezájem ze strany svých klientů a jeden logoped (3,7%) uvedl, že má negativní názor ohledně této metody práce.

21. *Můj názor na skupinovou terapii je, že: (otázka byla koncipována pro označení všech nabízených možností)*



Zde vidíme výsledky ohledně otázky názorů na skupinovou terapii. Dvanáct z dotazovaných (44,4%) uvedlo, že je to velmi efektivní metoda práce s afatickými klienty, většina tedy dvacet z dotazovaných (74%) uvedlo, že nabízí nové radosti a naděje afatickým klientům, pouze tři (11,1%) z dotazovaných uvedli, že se stále nemůže vyrovnat individuální terapii a devatenáct (70,3%) z celkového počtu uvedlo, že je to pořád nadstandardní metoda práce.

22. *V budoucnu bych rád/a začal/a využívat i skupinové terapie:*



Zde v posledním grafu vidíme zpracovanou otázku, zda by logopedi, kteří zatím neprovozují skupinovou terapii s ní chtěli v budoucnu začít. Osmnáct logopedů (66,6%) odpovědělo kladně, pět (18,5%) uvedlo, že nic takového neplánují a čtyři (14,8%) uvedli, že nad tím zatím neuvažovali.

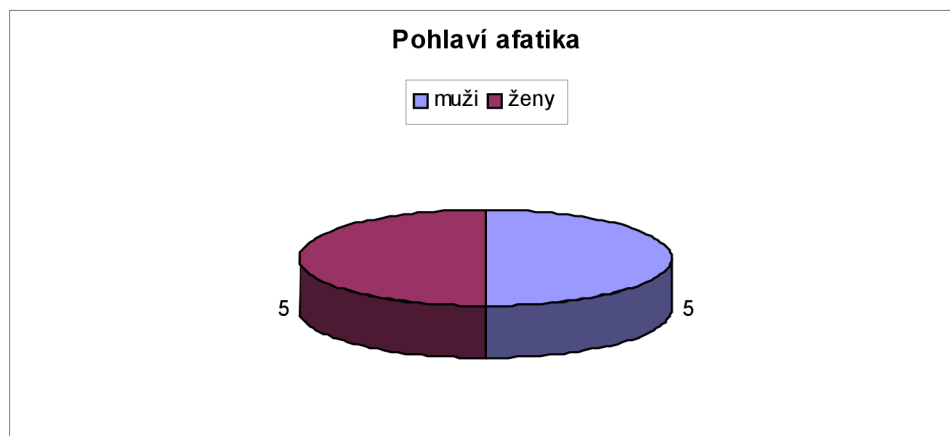
Z dotazníku jasně vyplývá, že skupinová terapie u afázie není stále v České republice běžnou metodou terapie. Ne všichni logopedi, kteří by ji chtěli nabízet, si ji zatím mohou dovolit, a to nejčastěji z důvodu omezeného pracovního prostoru, nebo malého počtu klientů. I když dle mého názoru skupinová sezení probíhají dobře i při menším počtu klientů jako jsou třeba tři nebo čtyři afatici.

4. 4. 4 Vyhodnocení dotazníku pro členy rodiny

Dotazníkové šetření u členů rodin afatických klientů se zúčastnilo 10 respondentů. Většinou se jednalo o manžela/manželku afatika nebo jeho děti. Vyhodnocení dotazníků je zpracováno graficky. Některé grafy jsou vyhodnoceny z hlediska pohlaví, protože jsou zde vidět patrné rozdíly týkající se vnímání terapie a

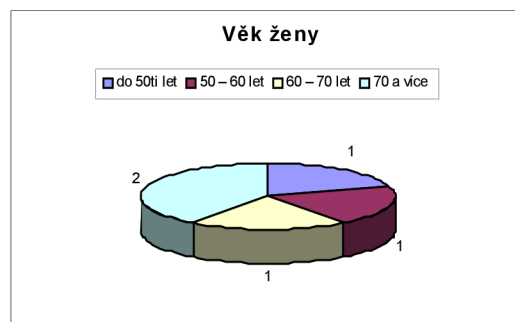
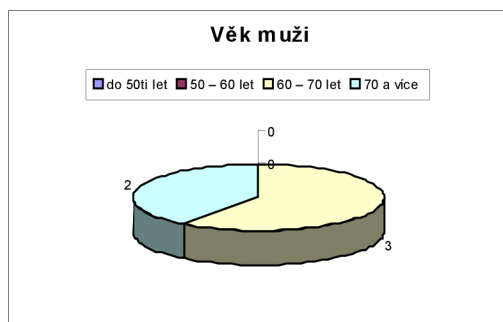
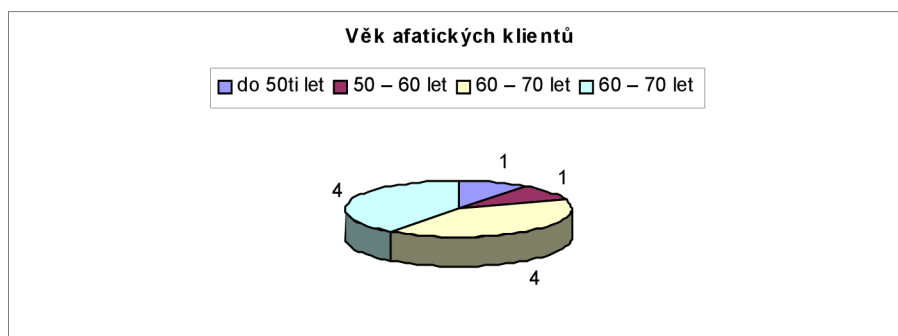
celkového stavu po onemocnění. Ač dotazníky vyplňovali rodinní příslušníci, jsou zaměřeny na osoby s afázií.

1. Váš příbuzný je:



Dotazníky jsem záměrně rozdělila tak, aby byli stejnou měrou mezi muži i ženami (afatiky). Pět (50%) rodinných příslušníků tedy odpovídalo ohledně muže a dalších pět (50%) ohledně ženy. I co se účasti na terapii týče byla z hlediska pohlaví vyvážená, což bylo jen ve prospěch všech přítomných.

2. Věk Vašeho příbuzného:



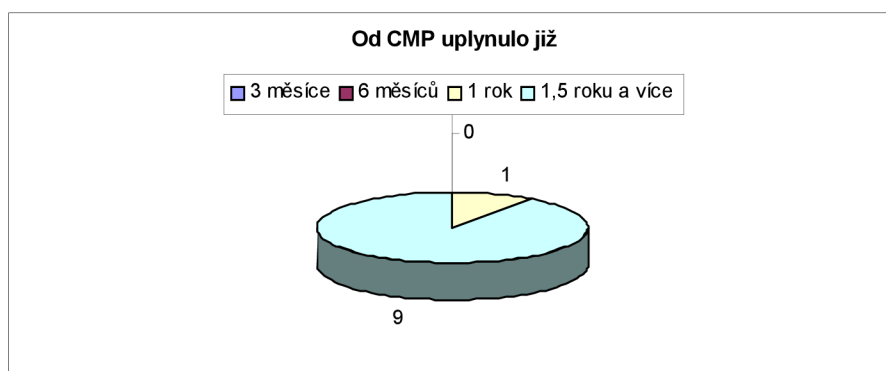
Pouze jedna žena byla ve věkovém průměru pod padesát let, všichni ostatní ze byli ve vyšším věku. Na dvou spodních grafech vidíme, že tři muži (30%) jsou ve věku 60 – 70 let a dva (20%) nad 70 let. Ženy byly jedna ve věku pod (10%) 50 let, jedna (10%) ve věku 50 – 60 let, jedna (10%) 60 – 70 let a dvě ženy (20%) byly ve věku 70 a více.

3. Afázie nastala jako důsledek po:



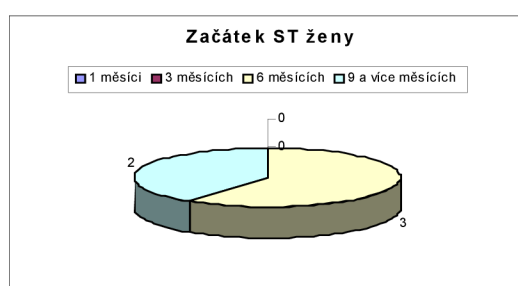
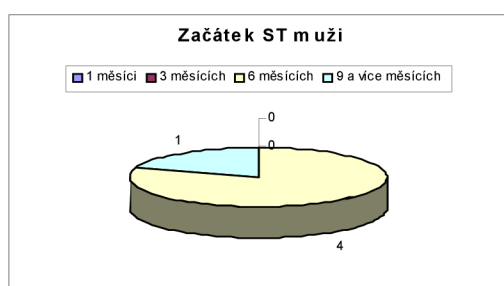
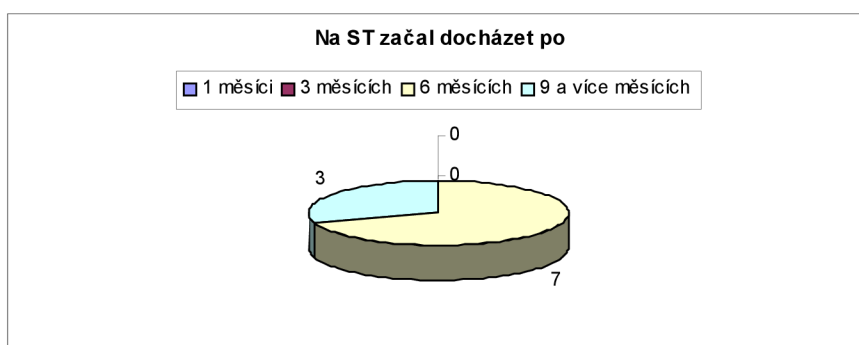
U všech deseti zúčastněných (100%) nastala afázie jako důsledek po cévní mozkové příhodě. Ač nastává i jako důsledek po jiných onemocnění, je stále cévní mozková příhoda nejčastější příčinou.

4. Od této události uplynulo již:



U devíti ze všech (90%) zúčastněných již od této události uplynulo více jak 1,5 roku. Pouze u jednoho afatika (10%) je to od cévní mozkové příhody jeden rok.

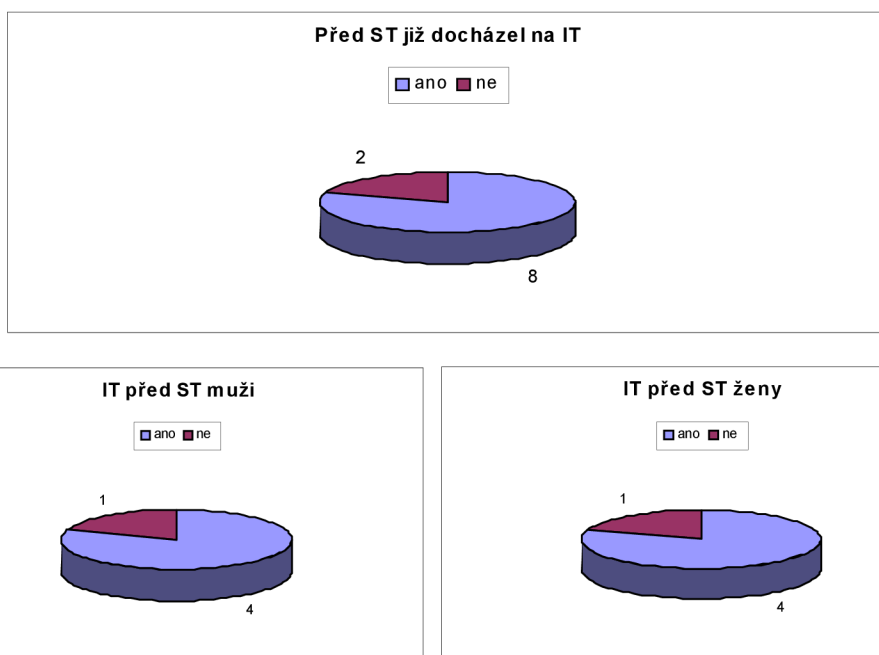
5. Na skupinovou terapii začal/a docházet po:



Zde vidíme zpracováno po jak dlouhé době začali afatici docházet na skupinovou terapii. Horní graf opět zastupuje celou skupinu a dva spodní jsou rozděleny podle pohlaví účastníků. Sedm zúčastněných (70%) začalo terapii navštěvovat po 6 měsících od CMP z toho čtyři muži a tři ženy. Zbývající tři (30%) začali na skupinovou terapii docházet až po 9 měsících a více, z toho to byl jeden muž a dvě ženy. V tomhle tedy nejsou patrné nějaké výraznější rozdíly. Začátek docházení na

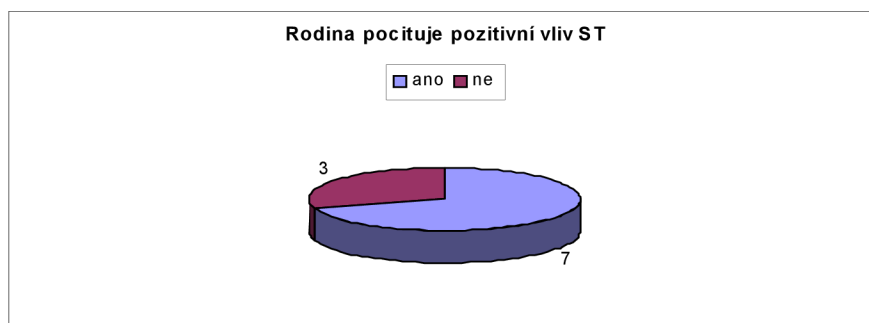
skupinovou terapii také záleží na tom, kdy byla klientovi nabídnuta. Kdy byl schopný jít na první seznamovací sezení. Ne všichni jsou hned ze začátku k tomuto svolní a ochotní. Ale z pravidla až odezní první problémy, tak je možné se skupinovou terapií ihned začít.

6. Před tím již docházel/a na individuální terapii (sezení pouze s logopedem)



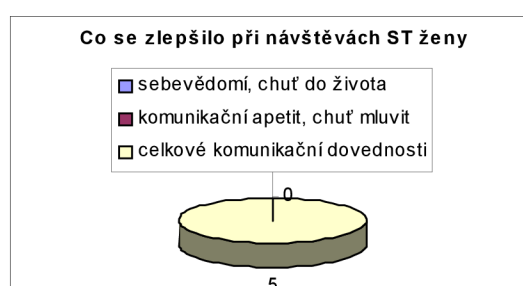
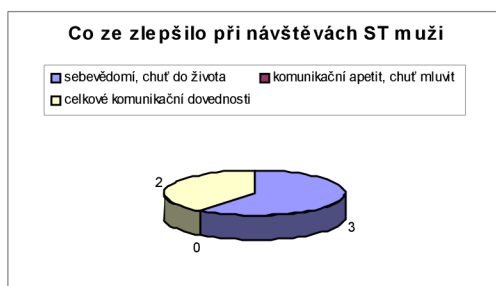
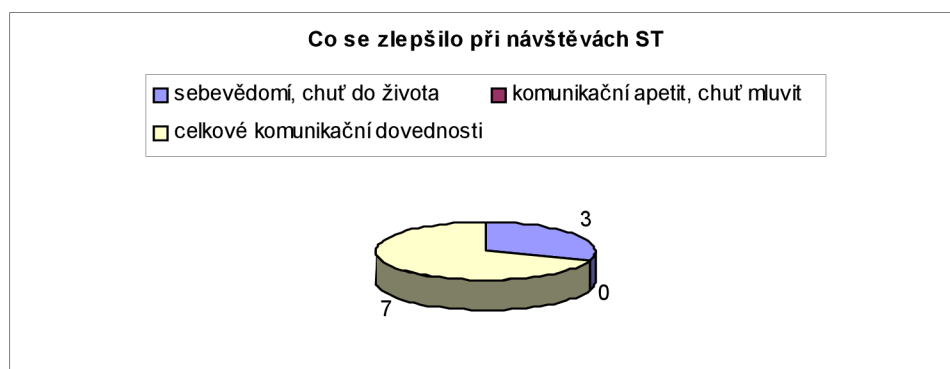
Zde vidíme zda afatik před skupinovou terapií již docházel samostatně na individuální terapii. Osm z deseti (80%) uvedlo, že ano a dva (20%) uvedli že nikoli. Ale i tak je spíše pravděpodobné, že začali pouze navštěvovat obě terapie zároveň, protože všichni ze zúčastněných chodí jak na individuální, tak na skupinová sezení. Co se týče pohlaví, nebyli zde absolutně žádné rozdíly. U čtyř mužů byla individuální terapie před skupinovou, pouze u jednoho ne. U žen to bylo úplně shodné. Ale jak jsem již zmínila museli i tyto dotyční nejdříve jít na samostatné sezení s logopedem, aby se o možnosti skupinové terapie dozvěděli a mohli projevit zájem. Ale rodina to vnímá nejspíše tak, že začali na oba typy terapii docházet současně, což se nekříží z názorem, že pře skupinovou terapií nenavštěvovali individuální.

7. *Vy jako rodina pocítujete u svého příbuzného pozitivní vliv skupinové terapie na řečový projev:*



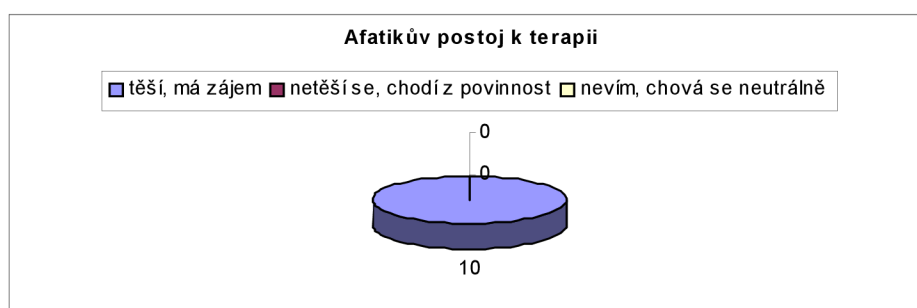
Co se týče skupinové terapie a jejího vlivu na řečový projev klientů, uvedlo sedm rodinných příslušníků (70%), že pocítuje pozitivní vliv a tři (30%), že nikoli. Z hlediska pohlaví jak můžeme vidět na spodních grafech je možno sledovat pozitivní vliv u čtyř z pěti mužů a u dvou z pěti žen. Je to do jisté míry způsobeno i tím, že většina mužů navštěvují terapii mnohem déle, než ženy. Proto u těchto žen zatím nejsou znatelné výraznější postupy v obnovování řečového projevu.

8. *Pokud ano, proč (co se zlepšilo při návštěvách skupinové terapie):*



Zde vidíme, co konkrétně se zlepšilo při návštěvách skupinové terapie. Sedm rodinných příslušníků (70%) z celkového počtu deseti uvedlo celkové komunikační schopnosti afatika a zbývající tři (30%) uvedli zlepšení sebevědomí, chuti do života a celkového elánu. U této otázky jsou již vidět jisté rozdíly mezi pohlavími. Zatím co u dvou mužů je uváděno celkové zlepšení komunikačních schopností a u tří sebevědomí a chuť do života. U všech pěti žen je schodně uvedeno zlepšení celkových komunikačních schopností.

9. Váš příbuzný, který dochází na terapii se na ni:



Na tuto otázku odpověděli všichni z deseti zúčastněných (100%) shodně a to, že se jejich příbuzní na konání skupinové terapie těší a dochází se zájmem, bez větších problémů.

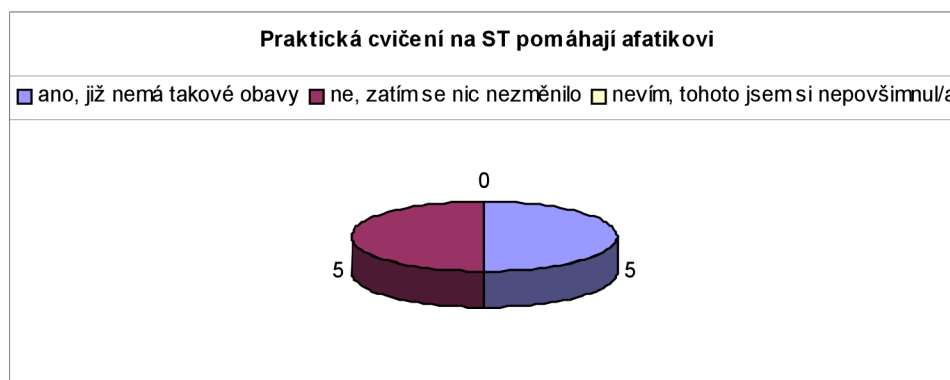
10. Skupinová terapie na Vašeho příbuzného nemá pouze vliv na nápravu

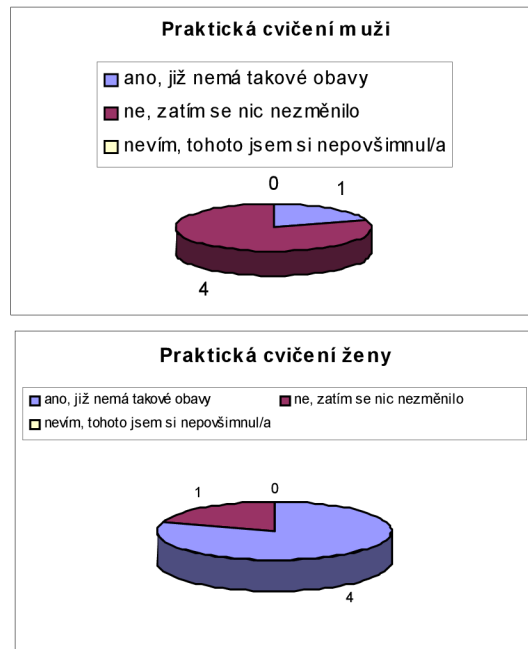
řeči, ale přirozeným způsobem stimuluje jeho sociální složku, kontakt s okolím, náplň dne:



Na otázku, zda skupinová terapie přirozeným způsobem stimuluje sociální složku afatika, odpovědělo všech deset dotazovaných (100%) schodně v kladném smyslu. Z toho vyplývá, že i když není jasné zlepšení v některé z komunikačních oblastí, jsou zde pořád velká pozitiva, ze kterých může klient čerpat.

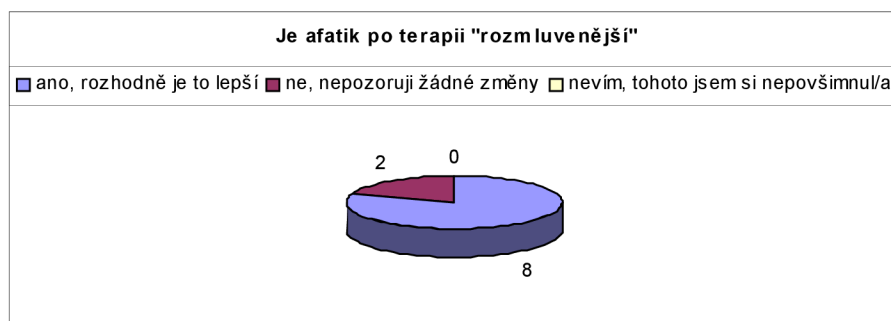
11. Všeobecně můžete říct, že praktická cvičení prováděná na terapii Vašemu příbuznému pomáhají po té v běžném životních situacích.

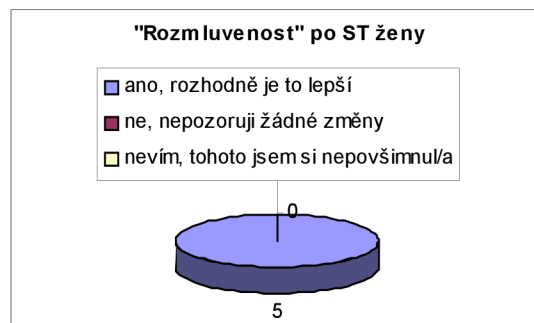




Zde vidíme zpracovanou otázku, zda afatikovi pomáhají praktické činnosti a cvičení, které se cvičí na terapii i v běžném životě, jestli je schopný je využít ku svému prospěchu. Na první pohled se může zdát, že to je velmi vyrovnané, protože pět (50%) odpovědělo, že ano a pět(50%), že nikoli. Když se ale podíváme na spodní grafy rozdělené podle pohlaví, uvidíme velké rozdíly a to v tom smyslu, že pouze u jedno ze zúčastněných mužů má rodina pozitivní vliv zatímco u ostatních čtyř ne. Ale u žen je to přesně naopak. Tam pouze u jedné není vidět zlepšení a u čtyř zbývajících uvádí rodina, že již nemá takové obavy a lépe se vyrovnává se situacemi běžného života, kdy se dostává do kontaktu s ostatními lidmi.

12. Týž den po absolvování terapie obecně u svého příbuzného sledujete větší komunikační tendence, jako by se "rozmluvil":



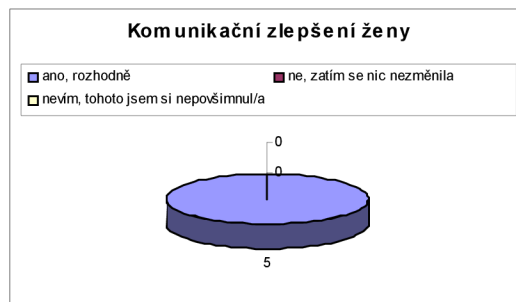
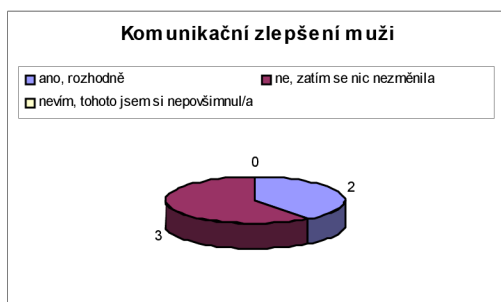
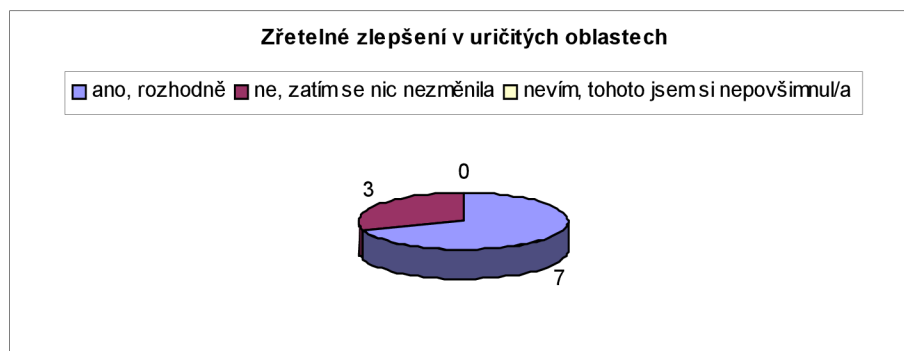


Další otázka se týkala stavu přímo po skupinové terapii, zda je vidět pozitivní vliv na řeč. Osm z deseti (80%) odpovědělo, že ano a dva (20%), že ne. Když se podíváme níže na grafy rozdělené podle pohlaví, je opět jasně vidět rozdíl mezi muži a ženami. Zatím co pozitiva a rozmluvení je poznat pouze u tří z pěti mužů, u všech pěti žen rodina shodně uvádí jasně zřetelné zlepšení v okamžiku ihned po terapii.

13. Jsou komunikační oblasti, které u Vašeho příbuzného před terapií stagnovali, nyní

je však zřetelně jasné zlepšení a postup kupředu (např. spontánní řeč, psaná řeč,

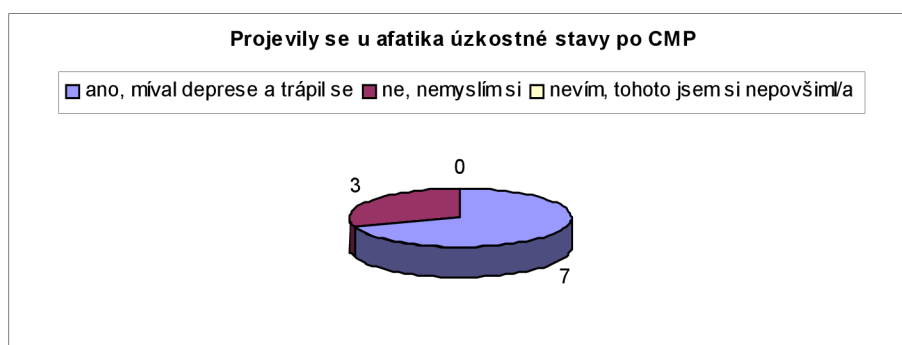
rozměnění řeči, mluvní apetit, atd):



Co se týká komunikačního zlepšení odpovědělo sedm (70%) z deseti rodinných

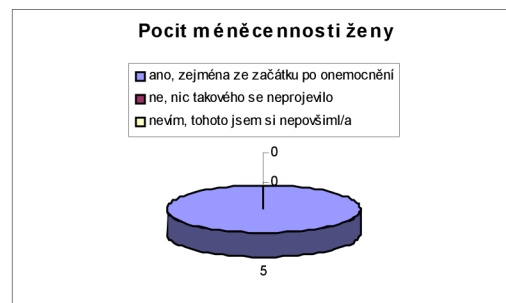
příslušníků kladně a tři (30%) záporně. Když se podíváme na rozdělení podle pohlaví opět vidíme, že všechny záporné odpovědi se týkají mužů. U tři z pěti mužů tedy zatím nevnímá rodina pokrok, nebo nějaké veliké zlepšení směrem ku předu, u dvou ano. Zatím co u žen, všech pět rodinných příslušníků odpovědělo kladně, ve smyslu, že je zde jasné zlepšení v různých oblastech po tom co začali navštěvovat skupinovou terapii.

14. *Od začátku onemocnění se vyskytovali u Vašeho příbuzného úzkostné stavy:*



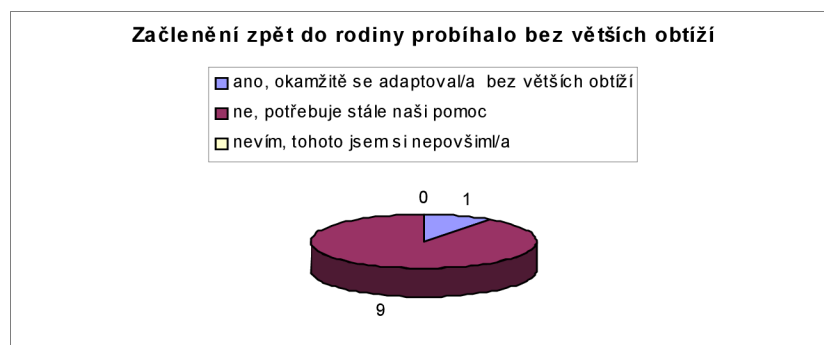
Co se týká úzkostných stavů, které přicházejí ve spojení s afázií odpovědělo sedm z dotazovaných (70%), že se u jejich příbuzných objevili a tři (30%) že nikoli. Když se podíváme níže vidíme, že deprese se týkaly všech žen, ale pouze dvou mužů. U tři zbývajících mužů si rodina ničeho zvláštního nepovšimla.

15. *Objevil se i pocit méněcennosti spojený s tímto onemocněním:*



Další otázka se týkala pocitů méněcennosti a navazovala na předchozí otázku, i zde jsem se setkala se stejnou odezvou. Pocit méněcennosti při afázii zažívá všech pět žen (50%), zatímco u mužů pouze dva (20%) z pěti. U zbylých třech rodina uvedla, že se nic takového neprojevilo. Z toho můžeme usuzovat, že muži se s těmito věcmi srovnávají podstatně lépe, než ženy.

16. Začlenění zpět do rodiny po onemocnění probíhalo bez problémů:

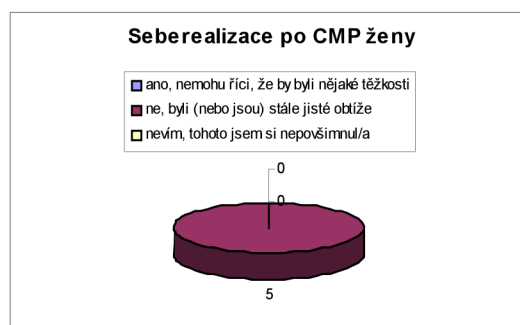
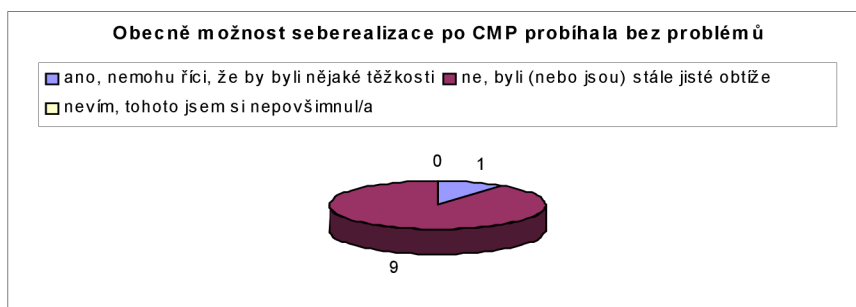


Jak probíhalo začlenění zpět do rodiny nám ukazuje následující graf. Devět z deseti (90%) dotazovaných uvedlo, že zde nebyl zrovna hladký průběh, a že afatik potřebuje stále jejich pomoc. Pouze jeden (10%) uvedl, že se afatik okamžitě a dobře adaptoval a neprojevovali se žádné větší obtíže.

17. Začlenění zpět do zaměstnání po onemocnění probíhalo bez problémů? (Pokud je Váš příbuzný již v důchodu tuto otázku vynechejte)

Na tuto otázku jsem nedostala odpověď, protože většina afatiků bylo již v důchodovém věku a ti kteří nebyli, tak do zaměstnání stále nenastoupili.

18. Obecně možnosti seberealizace po onemocnění probíhali bez problémů?



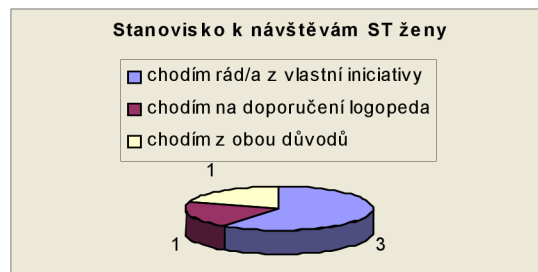
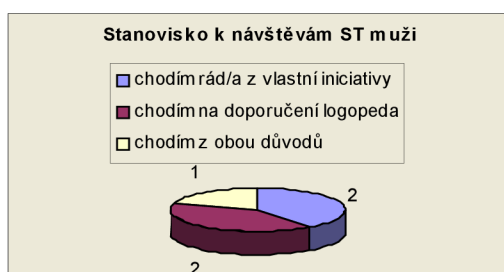
A jak probíhali obecné možnosti seberealizace nám ukazuje poslední graf. Opět pouze jeden z rodinných příslušníků (10%) odpověděl, že zde nebyli nijaké obtíže. Ten dotyčný byl muž. Zatím co devět zbývajících (90%) odpovědělo, jsou zde byli, nebo stále i jsou obtíže, které afatikovi brání se samostatně a plnohodnotně realizovat.

Zde jsme viděli shrnuté názory rodinných příslušníků afatických klientů, kteří navštěvují jedenkrát týdně skupinovou terapii na Soukromé klinice LOGO v Brně. Ač ne všichni shodně uvádějí, že by skupinová terapie měla pozitivní vliv na řeč jejich příbuzného, tak se všichni shodují v tom, že skupinová terapie přirozeným způsobem stimuluje sociální složku jejich příbuzného a pozitivním způsobem vyplňuje volný čas, který by jinak afatik strávil doma. A že i psychická podpora je velice důležitá, i když ne v každém případě jde ruku v ruce se zřetelným zlepšením řeči.

Dotazník pro afatické klienty

Tyto dotazníky byli vyplňovány přímo účastníky skupinových sezení, nebo pokud to situace vyžadovala tak s mnou pomocí, nebo doma s jejich rodinou. Nicméně to odráží jejich pohled a pocity ohledně skupinové terapie. Jejich osobní stanoviska a názory.

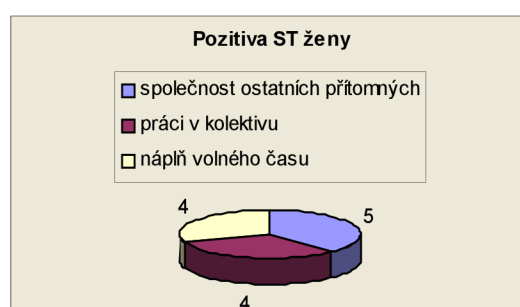
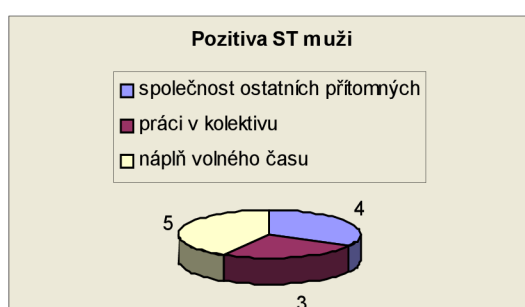
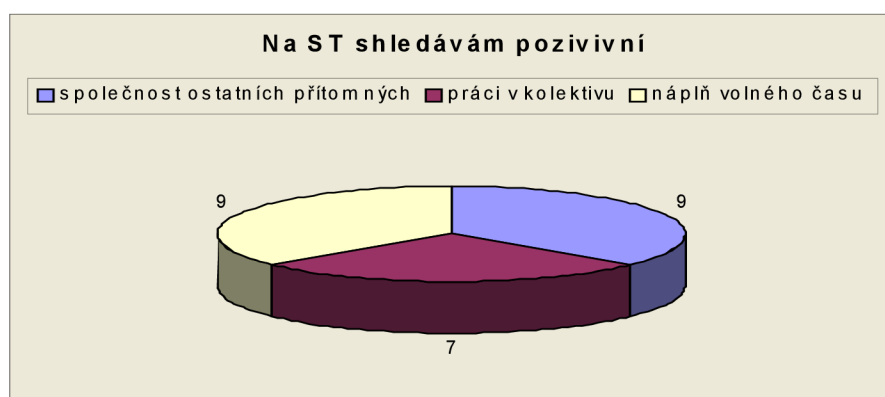
1. Vaše osobní stanovisko k návštěvám skupinové terapie je:



Zde vidíme osobní stanovisko klientů k návštěvám skupinové terapie. Pět z dotazovaných (50%) uvedlo, že chodí sami z vlastní iniciativy, tři (30%), že chodí (začali docházet) na doporučení logopeda, který je vedl v rámci individuální terapie a dva (20%) uvedli prolínání obou předchozích důvodů. Rozdělení podle pohlaví není až tak odlišné a opět je znázorněno a dvou spodních grafech.

2. Na skupinové terapii shledávám pozitivní:

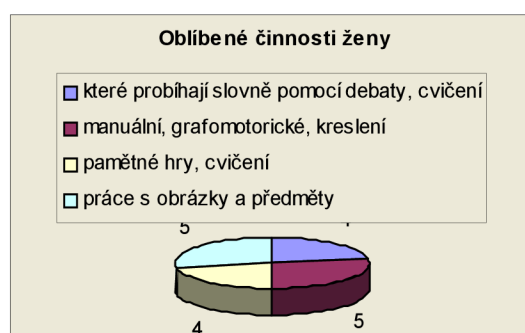
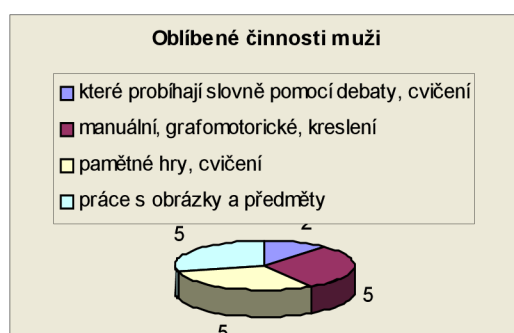
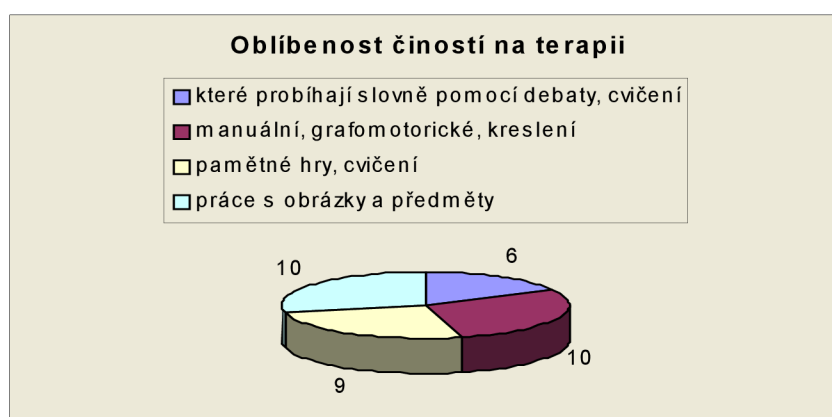
(otázka byla koncipována pro označení všech možností, na grafu se tedy ukazuje kolik z deseti respondentů zvolilo tu kterou možnost)



Zde vidíme názory afatických klientů ohledně toho co je jim na skupinové terapii líbí, nebo co shledávají pozitivním. Devět z deseti (90%) uvedlo společnost ostatních přítomných, sedm (70%) z deseti práci v kolektivu a opět devět (90%) uvedlo jako

pozitivní náplň volného času... Když se podíváme na rozdělení podle pohlaví, tak zde nejsou nijak velké rozdíly. Je tedy vidět, že skupinová terapie má pozitivní působení zejména v oblasti toho, že afatik má co dělat, může se setkávat s ostatními a ví, že není sám, kterého potkalo toto onemocnění. A že není ani sám, který proti tomuto bojuje.

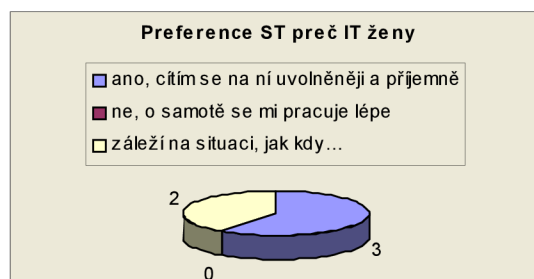
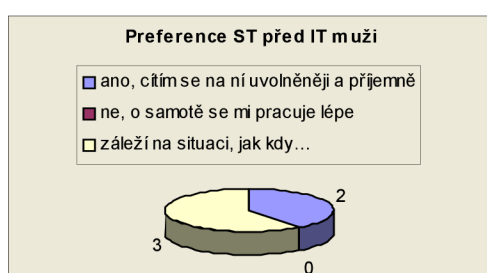
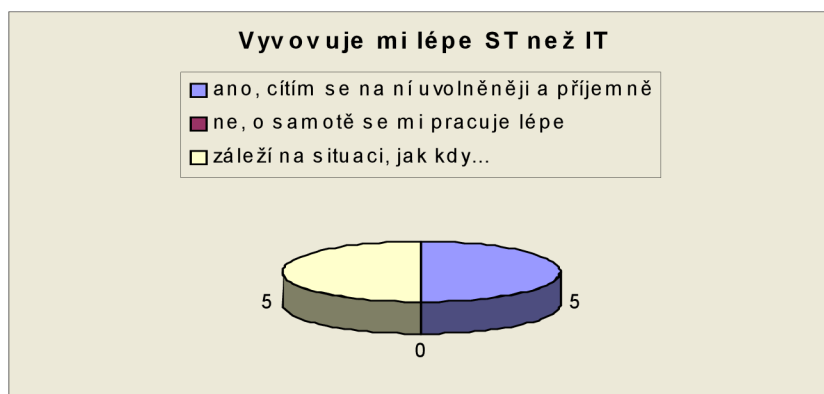
3. Nejradyji mám činnosti:



Zde vidíme jak se afatikům líbí jednotlivé činnosti, které probíhají na terapii. Všech deset (100%) shodně uvedlo, že mají rádi práci s obrázky a různými předměty, stejně tak všech deset (100%) uvedlo, že mají rádi grafomotoriku, kreslení a různé manuální činnosti, devět (90%) uvedlo oblíbenost pamětních her a různých jiných

cvičení na paměť a pozornost a nejmenší počet tedy šest (60%) uvedlo oblíbenost slovních cvičení, které probíhají pomocí debaty. Ty tedy získali nejmenší oblibu, tento fakt je zřejmě způsobený tím, že někteří z klientů mají řeč velice špatnou, tak jim asi stále není příjemné hovořit.

4. Vyhovuje mi lépe skupinová terapie než individuální:



Zde vidíme zpracovanou otázku zda klientům vyhovuje lépe skupinová nebo individuální terapie. Na prvním grafu jasně vidíme, že je to rozděleno do dvou skupin. Jedna uvádí, že jim lépe vyhovuje (zamlouvá se) skupinová terapie (50%), druhá uvádí, že to záleží na situaci, momentálním naladění a dalších faktorech

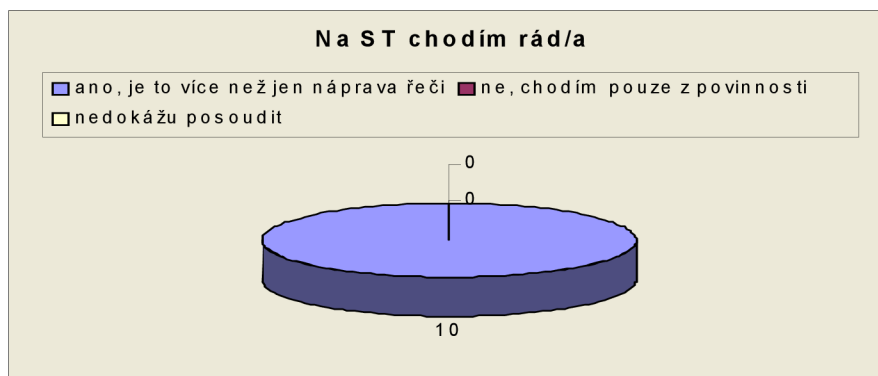
(50%). Pokud se podíváme na rozdělení z hlediska pohlaví je to v podstatě vyrovnané.

5. Skupinová terapie mi pomohla znovu obnovit přirozený kontakt s ostatními v okolí



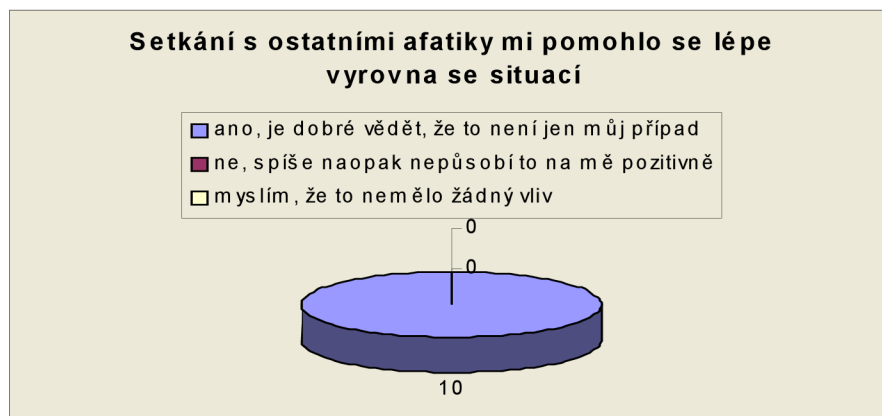
Zde vidíme zpracovanou otázku zda skupinová terapie pomohla afatickým klientům přirozenou cestou znovuobnovit kontakt s okolím a ostatními lidmi. Všech deset (100%) odpovědělo shodně v kladném smyslu. A uvědomují si tedy její pozitivní působení na sociální složku.

6. Na skupinovou terapii se těším a docházím velice rád/a:



Zde vidíme odpověď na otázku jestli afatik dochází na skupinovou terapii rád. Všichni z deseti zúčastněných (100%) odpověděli v kladném smyslu, že ano a že je to pro ně mnohem víc než jen náprava řeči.

7. Setkání s ostatními mi lépe pomohlo vyrovnat se se situací:



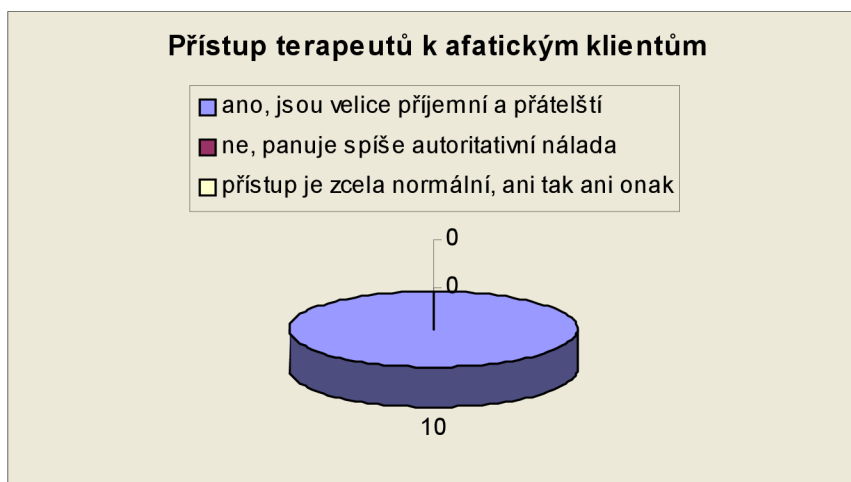
Na otázku, zda setkání s ostatními v kolektivu na terapii pomohlo jednotlivci se vyrovnat se svou situací, tím, že viděl, že není sám odpovědělo všech deset (100%) zúčastněných schodně. Že je dobré vědět, že člověk není sám, koho něco takového potkalo.

8. Mohu říci, že na terapii tvoříme dobrý kamarádský kolektiv:



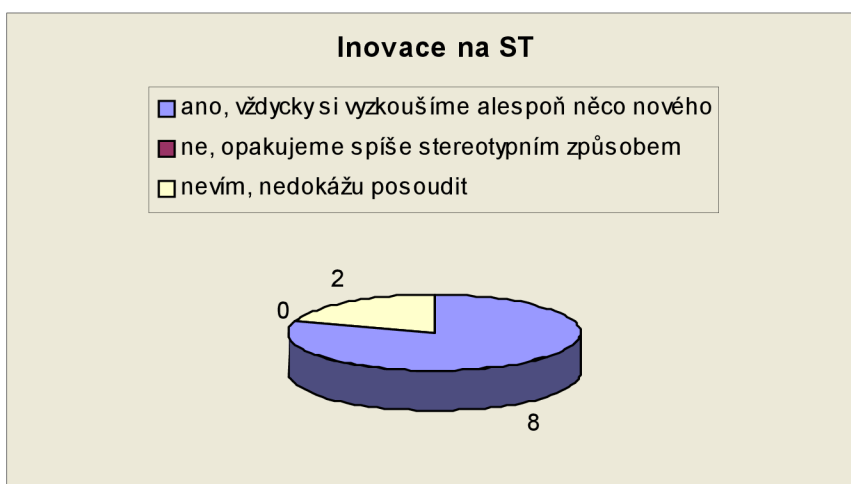
Na tuto otázku odpověděli všichni (100%) schodně v kladném smyslu, že na terapii je dobrý a přátelský kolektiv, což můžu i sama potvrdit. Při návštěvách bylo vidět jak k sobě jednotliví členové terapie mají blízko, jak se na sebe těší, pokud někdo chybí, hned se zajímají, kde je, z jakého důvodu nepřišel a podobně.

9. *Terapeuti jsou milí a mají přátelský a trpělivý přístup:*



Na tuto otázku opět všichni (100%) odpověděli v kladném smyslu, že oba terapeuti (logopedi), kteří jsou na skupinové terapii přítomni jsou velice milí a přátelští. Díky tomu také nastává na terapii velice uvolněná a příjemná nálada. Všichni přítomní jsou klidní a pracují se zájmem a s radostí, která by měla být součástí každého skupinového sezení.

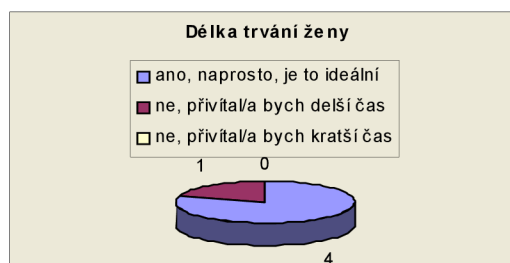
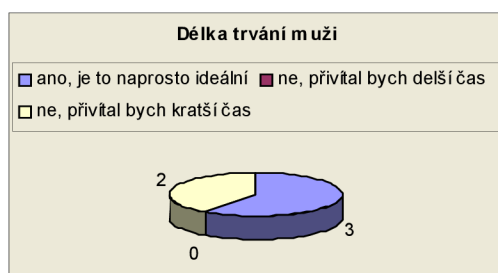
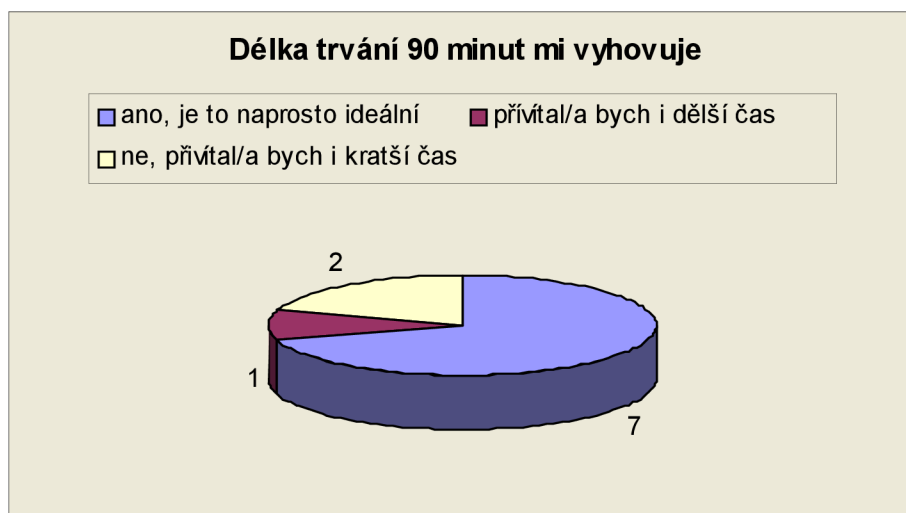
10. *Terapeuti se snaží stále inovovat a zkoušet něco nového:*



Na otázku, zda se terapeuti snaží stále inovovat odpovědělo osm z deseti (80%) kladně, ve smyslu, že si vždy vyzkouší něco nového, co zatím ještě nedělali. Dva (20%) odpověděli, že zatím nedokážou posoudit. Je to i z toho důvodu, že tito dva

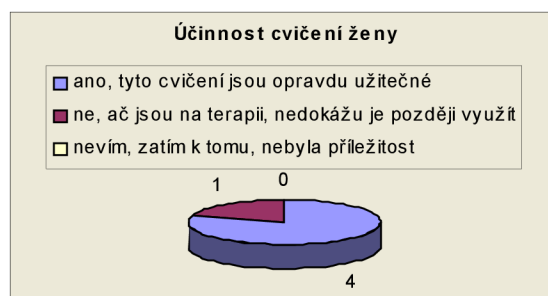
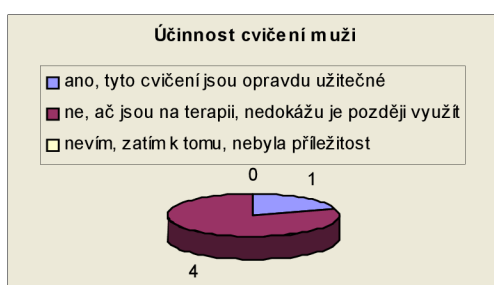
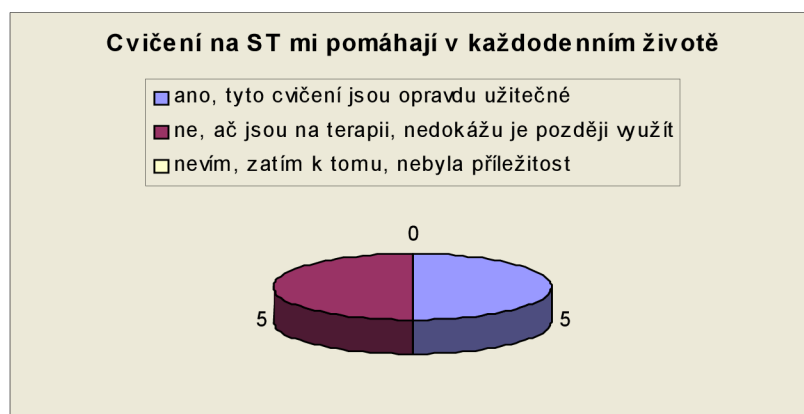
účastníci chodili na terapii nejkratší dobu a tak nedokázali tohle stanovisko posoudit. Nicméně ze své vlastní účasti na sezení můžu potvrdit, že se terapeuti vždy snažili terapii nějakým způsobem oživit, zpestřit či lehce pozměnit.

11. Délka trvání 90 minut mi vyhovuje:



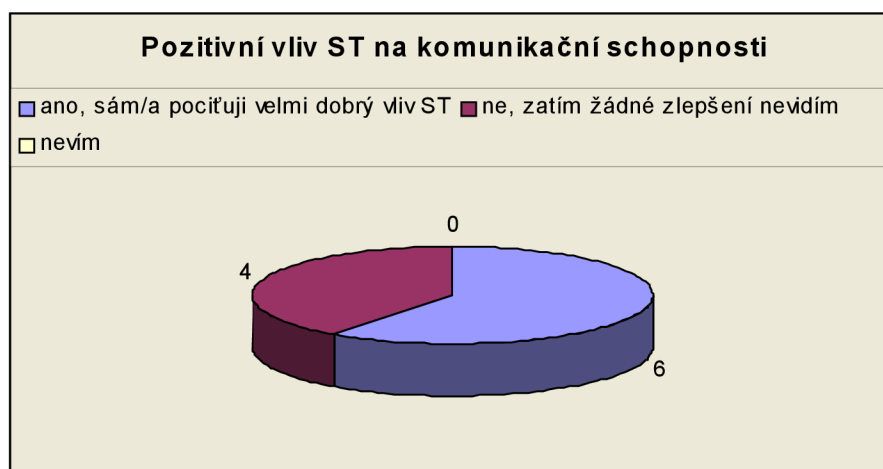
Následující grafy zpracovávají otázku ohledně délky trvání terapie. Skupinová terapie, kterou klienti navštěvují je v délce trvání devadesát minut. Sedm z deseti (70%) uvádí, že jim tento čas absolutně vyhovuje, jeden (10%) by dokonce přivítal delší časovou jednotku, jak vidíme je to žena. A dva muži (20%) uvedli, že by přivítali kratší čas.

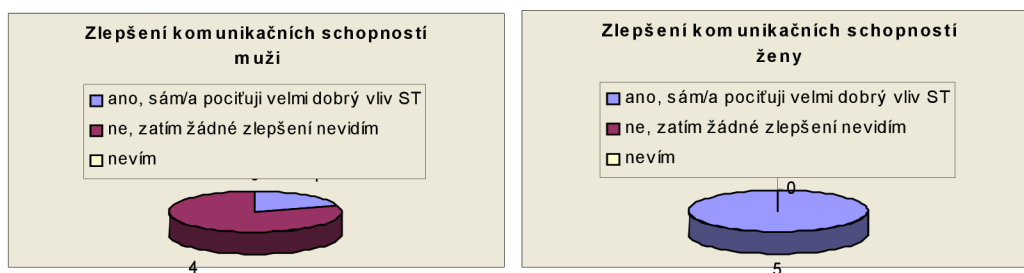
12. Cvičení které probíhají na SK mi pomáhají v běžném každodenním životě:



Na první pohled vidíme, že polovina zúčastněných (50%) odpověděla na otázku, zda jim cvičení pomáhají v běžném životě kladně a druhá polovina (50%) záporně. Ač jsou tyto situace a cvičení dělány na terapii nedokáží je pak v běžném životě uplatnit nebo využít. Když jsou mimo skupinu je to pro ně mnohem náročnější. Na dvou spodních grafech opět vidíme rozdělení mezi pohlavími a jasně to, že do skupiny, která neumí cvičení využít patří čtyři muži a jedna žena.

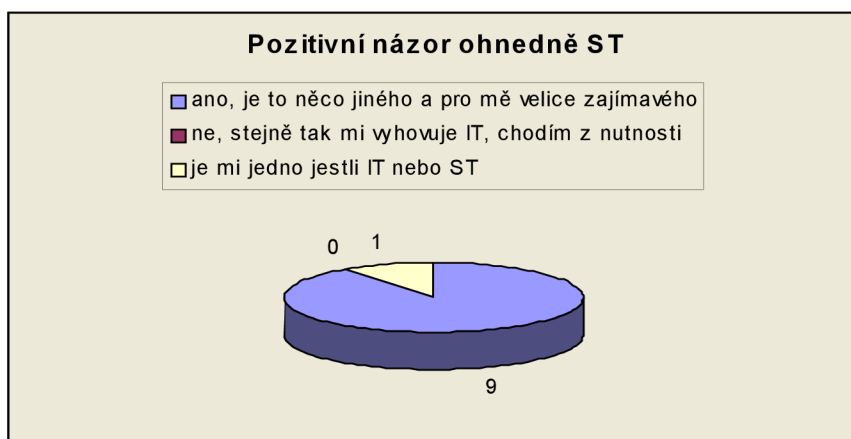
13. Celkově mohu říci, že se moje komunikační schopnosti při návštěvách ST zlepšily:





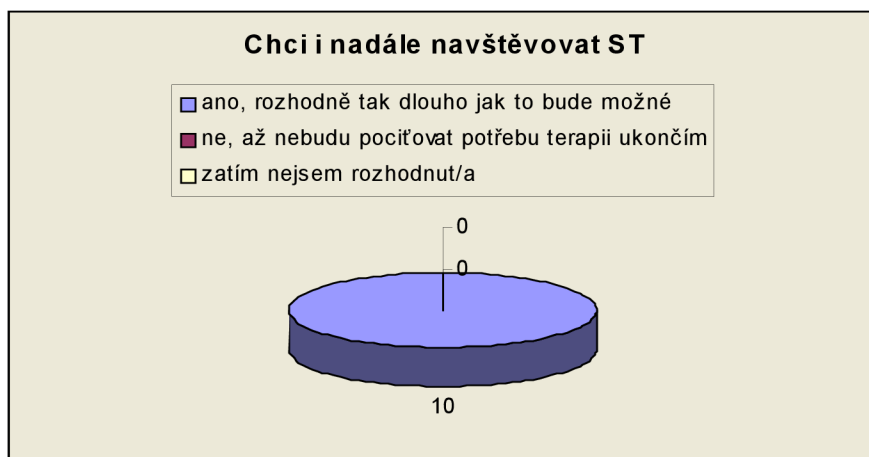
Zde vidíme osobní názory návštěvníků terapie, ohledně toho jak se při návštěvách zlepšili jejich komunikační schopnosti. Šest z deseti (60%) uvedlo, že sami na sobě pociťují pozitivní vliv skupinové terapie a čtyři (40%) uvedli, že co se týká komunikačních schopností, tak zatím žádné zlepšení nevidí. Když se podíváme na rozdělení podle pohlaví je jasně vidět, že všech pět žen shodně odpovědělo, že pociťují zlepšení komunikačních schopností při návštěvách skupinové terapie, zatím co u mužů takhle odpověděl pouze jeden. Ostatní čtyři co se týká jejich osobního názoru tohle zlepšení na sobě nepozorují. Opět je to taky tím, že většinou jsou to muži na terapii, kteří mají problémy s mluvním projevem.

14. Na skupinovou terapii mám celkově pozitivní názor a jsem rád/a, že je tu tahle možnost:



Na otázku ohledně skupinové terapie a pocitu kolem ní odpovědělo devět z deseti (90%), že je to pro ně něco velice zajímavého. Na rozdíl od individuální terapie se cítí mnohem uvolněněji a spontánněji. Pouze jeden z dotazovaných (10%) odpověděl, že mu je v podstatě jedno jestli bude docházet na skupinovou nebo individuální terapii. V negativním smyslu neodpověděl ani jeden z dotazovaných.

15. V budoucnu bych na dále pokračoval/a v této formě terapie (z jakého kolik důvodu):



Na otázku, zda afatici chtějí i nadále navštěvovat skupinovou terapii odpověděli všichni (100%) schodně, že ano. A to tak dlouho jak jen to bude možné. Je to i z toho důvodu, že se v kolektivu již vytvořili milé a přátelské vztahy. O to lépe se na terapii všichni cítí.

16. Kdybych mohl/a SK doporučit:



Na otázku, kdyby mohli skupinovou terapii doporučit ostatním, které potkala stejná životní situace odpověděli všichni z deseti zúčastněných (100%) shodně, že by tak určitě učinili.

Tímto končí dotazník pro afatické klienty, který shrnul jejich pocity které prožívají, těžkosti, které je stále provázejí a to jak se skupinová terapie promítla do jejich životů. Pomohla někomu více, někomu méně, každopádně u všech ze zúčastněných podle jejich vlastních pocitů pomohla velmi psychicky se vyrovnat se situací, která jistě není lehká a běžná. Byl zde i docela zřetelný rozdíl v prožívání mezi muži a ženami. Bylo patrné, že ženy mívají po CMP častěji deprese než muži a naopak muži nemají až takové komunikační zlepšení jako ženy.

4. 5 Závěry šetření

Během tří čtvrtě roku, kdy jsem se aktivně zúčastňovala skupinové terapie afatických klientů Soukromé kliniky LOGO, jsem měla možnost vytvořit si ucelenou představu o tomto typu terapie a jejímu vlivu na afatické klienty. Díky rozhovorům s terapeutky, rodinami i samotnými afatiky jsem mohla hlouběji proniknout do pocitů, které se objevují u osob po cévní mozkové příhodě, o tom jak se cítí a co opravdu potřebují.

Výzkum byl kvalitativního charakteru a neobsahoval žádné hypotézy. Moje hodnocení výsledků terapie bude tedy slovního charakteru.

Skupinová terapie, které jsem se zúčastňovala se konala jedenkrát týdně vždy v délce trvání devadesáti minut. Na každou terapii byl vypracován systematický plán práce a úkolů, na kterém se podíleli oba z přítomných logopedů. Plány byly obměňovány podle stavu klientů, ale i ročního období, příležitosti a jiných různých událostí.

Na skupinových sezeních jsem poznala radost, kterou tahle forma práce přináší afatickým klientům, to jak sociální interakce s okolím zlepšuje jejich život a zároveň vnímala velké posuny směrem vpřed, co se řeči i psychiky týče. Nemohu říci, že by skupinová terapie byla univerzální metodou práce pro všechny, nicméně ji můžu vřele doporučit každému, kdo spolu s afázií přišel i o své přátele, zaměstnání či jiné sociální kontakty.

Zejména u těch, co docházeli každý týden, jak na skupinovou, tak na individuální terapii byl velice patrný posun vpřed. Snad to bylo právě uvolněním a příjemnými situacemi, které skupinová terapie poskytuje a nenásilně tak stimuluje reedukaci řeči, vyrovnání se situací a navrací tak znovu pocit důležitosti.

Klienti odcházeli vždy spokojení a usměvavý, i pro mě samotnou bylo velkým obohacením docházet na skupinová sezení, pomáhat a radovat se spolu s afatiky. Dalším pozitivním jevem skupinového sezení, bylo to, že si klienti mezi sebou vytvořili velmi silné a přátelské pouto, na terapii se tedy těšili o to více, že se tam opět po týdnu setkají se svými známými. Spousta z nich bylo již ve vysokém důchodovém věku, a proto je pochopitelné, že se kruh jejich známých a kamarádů

stále zužoval. Je tedy přirozené, že i na skupinové terapii se začali tvořit nová přátelství.

Z dotazníkového šetření jasně vyplynulo, že skupinová terapie je stále nadstandardní metodou práce, ale i přesto je o ni z řad logopedů velký zájem ve spojitosti do budoucna. Nejčastějším omezením bývá prostor a to, že je metoda pořád považována za nadstandardní přístup. Samozřejmě jsou i logopedi, kteří se vyjádřili ve smyslu, že neuvažují o této metodě práce. Z dotazníků, které byly určeny rodinám i samotným afatikům jasně vyplývá pozitivní vliv na psychickou rovnováhu jedince a podpora v nelehké životní situaci.

Závěr

Diplomová práce zpracovala problematiku afázie a skupinové terapie, která zejména v posledních letech začíná být trendem v logopedické terapii u tohoto druhu narušené komunikační schopnosti. Vymezila afázii po stránce terminologické, etiologické a symptomatologické. Zabývala se její diagnostikou i terapií.

Osobám které postihla afázie je poskytována logopedická péče v rezortu zdravotnictví. A to v logopedických pracovištích při lůžkových odděleních, logopedických poradnách při poliklinikách a po roce 1990 také v privátních logopedických ambulancích. Můj výzkum probíhal právě v soukromém zdravotnickém zařízení, které svým afatickým klientům poskytuje vedle individuální terapie i terapii skupinovou.

Cílem diplomové práce bylo analyzovat afázii, její etiologii, symptomatologii, klasifikaci, diagnostiku, i terapii. Cílem výzkumu bylo prokázat pozitiva skupinové terapie na osoby s afázií. Dílčím cílem bylo zjistit frekvencovanost skupinové terapie v celé ČR, jak se na tuto metodu práce dívají logopedi, ale i samotní afatici a jejich rodinní příslušníci.

Výzkum jasně ukázal, že tato metoda nepatří mezi standardně používané při terapii afázie. Pouze 5 z celkového počtu 32 respondentů klinických logopedů uvedlo užívání skupinové terapie. 18 zbývajících uvedlo, že by v budoucnu rádi začali se skupinovou terapií, 4 že nejsou rozhodnuti a 5 že nikoli. Nejčastější důvody pro které logopedii neužívají skupinovou terapii, bylo, že je stále nadstandardním přístupem, a nebo, že nemají vhodný prostor a vybavení logopedické ordinace.

Co se samotných afatiků týče, nedá se říct, že by skupinová terapie měla stoprocentní výsledky v reedukaci řeči, nebo, že by se mohla rovna individuální terapii. Jde spíš o to, pochopit, že jak individuální, tak skupinová terapie, mají v terapii afázie svoje místo a neměli by se zaměňovat, ale ani oddělovat. V ideálním případě by měl afatik navštěvovat obě. Skupinovou terapii chápeme přínosnou

hlavně co se týče pozitivního vlivu na psychiku afatického klienta, rozvoji jeho osobnosti stránky, objevování nových životních zkušeností a radostí. Jde zejména o to, aby klient nezůstal po CMP odtrhnutý od okolního světa. Skupinová terapie navrácí elán a chuť do života, poskytuje návody a náměty jak stále postupovat dál, učí se vypořádat se vzniklou situací a odbourává stres a strach z neznámého. Například klienti Soukromé kliniky LOGO se nescházejí pouze na skupinových sezeních, ale mají společné besídky i na Vánoce, Velikonoce a jiné příležitosti. Tvoří velmi dobrý a přátelský kolektiv, který si má po říct i mimo terapii a vzájemně se podporují v dalších pokrocích.

Proto bych doporučila skupinovou terapii všem těm, kterým není tato forma nepříjemná a rádi by se pravidelně setkávali s ostatními, které postihl podobný osud a znovu objevovali ztracenou radost ze života.

Shrnutí

Teoretická část diplomové práce vychází z pramenů odborné literatury, které se zabývají problematikou afázie. Kapitoly o afázii vymezují terminologii, podávají přehled o etiologii, symptomatologii a obsahují metody diagnostiky a terapie této poruchy řeči.

Výzkumná část vychází z teoretických poznatků předešlých kapitol a sleduje vliv skupinové terapie na reedukaci řeči u afatiků. Jsou zde charakterizovány metody a techniky výzkumu, místo šetření a výzkumný vzorek. Vlastní šetření spočívá v pozorování afatiků a přímé práci s nimi. Je doplněno vyhodnocením dotazníků, které byli zaslány logopedům v celé ČR, i dalším vyhodnocením dotazníků, které byly určeny pro rodinné příslušníky i samotné afatiky. Jednotlivá šetření jsou shrnuta ve výsledcích dotazníkových průzkumů se závěrečným hodnocením celé situace, která se týká skupinové terapie v ČR, tak i celkového vlivu, který má na klienty Soukromé kliniky LOGO.

Summary

The theoretical part of this diploma work is based on special literature sources concerning of questions about aphasia. Chapters of aphasia determine terminology, give an overview of etiology, symptomatology and include diagnostic and therapeutic methods of this speech disorder.

The experimental part goes out of the theoretical knowledge from the previous chapters and watches the influence of group therapy for speech correction on people with aphasia. There are characterized methods and techniques of experiment, the

research place and objects. Own exploration consists of observation of people with aphasia and also of direct work with them. It is completed with evaluation of checklists, which was sent to logopaedic doctors in all Czech Republic, and another evaluation of checklists, which was determinate for family members and for people with aphasia too. Particular examinations are summarized in result of check lists with finally evaluation all situation, which concerning group therapy in Czech Republic, after general influence, which has on clients of Private klinik LOGO.

Literatura:

- [1] BOBATHOVÁ, B. *Hemiplégia dospelých: vyhodnotenie a liečba*. Bratislava: Liečreh Gúth, 1997. ISBN 80-967-383-48
- [2] BOUCHAL, M. *Psychologie v lékařství*. Brno: MU skipta, 1993. ISBN 80-210-0641-2
- [3] BRAGDON, A. D., GAMON, D. *Když mozek pracuje jinak*. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-066-6
- [4] CARTER, P. J., RUSSEL, K. *Efektivní využití mozku*. Čestlice : Rebo Productions CZ, 2002. ISBN 80-7234-252-5
- [5] CARTER, P. J. *Tréning paměti a kreativity*. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 80-2510-327-7
- [6] CSÉFALVAY, Z. TRAUBNER, P. *Afaziológia pro klinickú prax*. Martin, Osvěta, 1996. ISBN 80-2170-377-6
- [7] CSÉFALVAY, Z. *Terapie afázie*. In LECHTA V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5
- [8] ČAČKA, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-107-0
- [9] ČAČKA, O. *Nástin psychologie pro doplňující pedagogické studium I*. Brno: Paido 2001. ISBN 80-8593-194-X
- [10] ČAČKA, O. *Nástin psychologie pro doplňující pedagogické studium II*. Brno: Paido 2002. ISBN 80-7315-016-6

- [11] ČECHÁČKOVÁ, M. Získané organické poruchy řečové komunikace in ŠKODOVÁ, JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
- [12] DOČKAL, V. Ergoterapie. In MULLER, O. A KOL. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-107-53
- [13] DOSTÁLOVÁ, S. Arteterapie. In PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7
- [14] DVORÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, Edice Logopaedia Clinica, 2001. ISBN 80-902536-2-8
- [15] HAHN, A., a kol. *Otorhinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0529-3
- [16] HARVEY, J. a kol. *Velká kniha relaxace*. Praha: Pragma, 1999. ISBN 80-7205-062-1
- [17] HEROUTOVÁ, M. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. In VÍTKOVÁ M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004: ISBN 80-7325-071-9
- [18] HEROUTOVÁ, M. *Komplexní péče o afatické pacienty a jejich subjektivní pohled na problematiku - RP-* Brno: Pdf MU, 2003.
- [19] HEROUTOVÁ, M. *Psychologické dimenze v problematice afaziologie – DP*, Brno: Fss MU, 2004.
- [20] HOLMEROVÁ, I. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer, 2004.
- [21] HRBEK, J. *Vyšší nervová činnosti člověka*. Olomouc: Nakladatelství Palackého univerzity, 1995.
- [22] HUNTER, F. a kol. *Celý život ve formě*. Praha: Leader's Digest Výběr, 2003. ISBN 80-86196-54-2
- [23] KIML, J. *Afázie a reedukace řeči: foniatrická studie*. Státní zdravotnické nakladatelství, 1969. 08-057-69
- [24] KITTEL, A. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-619-6
- [25] KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie 2 a 3*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-8593-162-1

- [26] KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishong, 2006. ISBN 80-247-1110-9
- [27] KOUKOLÍK, F. *O vztahu lidského mozku a jeho chování*. Praha: Karolinum, 1995.
- [28] KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-314-1
- [29] KONEŠOVÁ, H. *Afázie a faktory ovlivňující její terapii*. DP, Brno: Pdf MU 2006.
- [30] KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie – směry, metody, výzkum*. Praha: Avicem, 1970
- [31] KRÁMAROVÁ, M. *Diagnostika a reedukace afázie*. DP, Brno: Pdf MU 2000.
- [32] KRECH, D., GRUTCHFIELD, R.S., BALLACHEY, L. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. In VÍTKOVÁ M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004: ISBN 80-7325-071-9
- [33] KULIŠŤÁK, P., LEHEČKOVÁ, H., MIMROVÁ, M., NEBUDOVA, J.: *Afázie*. Praha: TRITON, 1997. ISBN 80-85875-38-1
- [34] KULIŠŤÁK, P.: *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7
- [35] KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-115-0
- [36] MAŇÁK, J. *Kapitoly z metodologie a pedagogiky*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-210-1031-2
- [37] MAURER, H, CH., MAURER, R. *Náhlá mozková příhoda*. Praha: Victoria Publishing, 1989. ISBN 80-85605-65-1
- [38] MIMROVÁ, M. *Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci Afázie*. Praha: TRITON, 1998. ISBN 80-8587-581-0
- [39] MIMROVÁ, M. *Afázie jako logopedický fenomén*. In KULIŠŤÁK a kol. Praha: TRITON, 1997. ISBN 80-85875-38-1
- [40] MULLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-107-53
- [41] NAKONENÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press, 1993. ISBN 80-85603-34-9

- [42] NEBUDOVÁ, J. Cévní mozkové příhody. In KULIŠŤÁK A KOL. *Afázie*. Praha: TRITON, 1997. ISBN 80-85875-38-1
- [43] NEUBAURER, K. Diagnostika v klinické logopedii. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
- [44] NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Asociace klinických logopedů, 1997.
- [45] NOVÁK, A. *Foniatric*. Praha: SPN, 1989. ISBN 80-7066-071-6
- [46] NOVÁK, A. *Základy fyziologie a patofyziologie řeči, diagnostika a léčba poruch řeči*. Praha: Unitisk, 1997.
- [47] LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5
- [48] LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN, 1985. ISBN 80-08-00447-9
- [49] LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5
- [50] LECHTA, V. *Základní poznatky v poruchách řeči*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1985.
- [51] LEHEČKOVÁ H. *Jazyk, komunikace a řečové poruchy*. In KULIŠŤÁK: *Afázie*. Praha: TRITON, 1997. ISBN 80-85875-38-1
- [52] LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatric*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-083-7
- [53] LURIJA, A. R. *Malá knížka o velké paměti*. Praha: SPN, 1973.
- [54] LURIJA, A. R. *Základy neuropsychologie*. Bratislava: SPN, 1982.
- [55] LURIJA, A. R. *Lidský mozek a psychické procesy*. Bratislava: SPN, 1975.
- [56] ORSZÁHG, J., KÁŠ, S. *Cévní příhody mozkové*. Praha: Avicem, 1980.
- [57] PEUTELSCHMEIDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0258-0
- [58] PEUTELSCHMEIDOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088.5

- [59] PELIKÁN, V. *Patogenese afázií*. Praha: Avicem, 1970.
- [60] PICHOT, P. *Mentální testy*. Praha: SPN 1970.
- [61] PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7
- [62] PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
- [63] POLOMISOVÁ, M. *Prožívání afatického pacienta – DP*, Brno: Pdf MU, 1999.
- [64] REKTOR, I., REKTOROVÁ, I. *Centrální poruchy hybnosti*. Praha: TIRITION, 2003. ISBN 80-7254-418-7
- [65] ŘEHULKA, E. *Úvod do psychologie*. Brno: Paido, 1995.
- [66] ŘEHULKA, E. *Úvod do psychologie pro posluchače speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-8593-146-X
- [67] SHEEHY, K. *Léčba pohybem*. Bratislava: Perfekt, 2000. ISBN 80-8046-177-5
- [68] SHEEHY, G. *Průvodce dospělostí: šance a úskali druhé poloviny života*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-185-1
- [69] SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN, 1978. 21 053/77-31
- [70] SOVÁK, M. *Logopedie metodika a didaktika*. SPN, Praha, 1984.
- [71] SVOBODA, M. *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. Praha: CAPA, 1992.
ISBN 80-7064-036-5
- [72] ŠENKÝŘOVÁ, R. *Úvod do základů terminologie pro speciální pedagogy*. Portál 2003.
- [73] ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
- [74] ŠLAPÁK, I. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-8593-167-2
- [75] ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4

- [76] ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80- 7178-920-8
- [77] TICHÝ, J. a kol. *Neurologie*. Praha: Karolinum, 1998.
- [78] TRUHLÁŘOVÁ, M. *Obrázkový slovník pro afatiky*. Praha: Avicem, 1984.
- [79] VAGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0
- [80] VAN PELTONOVÁ, N. *Umění komunikace, Harmonický život*. Praha: Advent-Orion, 2001. ISBN 80-7172-804-7
- [81] VAŠINA, L. *Klinická psychologie I – II*. Brno: Ujep skripta, 1985. ISBN 55-011-86
- [82] VÍŠKOVÁ, P. *Psychologický výzkum afatiků – DP*, Brno: Pdf MU, 2002.
- [83] VÍTKOVÁ M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9
- [84] VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2
- [85] VYGOTSKYJ, L. S. *Psychologie myšlení a řeči*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-943-7
- [86] WEHLE, P. Muzikoterapie. In PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7
- [87] ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-494-2

Internet:

- [88] <http://afazie.wz.cz>
- [89] www.aromaterapie.info/home.html
- [90] www.ddpraha6.cz
- [91] <http://ds.fox1.cz/?module=se&sid=4>
- [92] www.klinickalogopedie.cz/

- [93] www.lf2.cuni.cz/Projekty/interna/zof/vysetreni/poloha.htm#po
- [94] www.logoped.cz
- [95] <http://www.mentio.cz/>
- [96] www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2005/04/10.pdf
- [97] www.oslogo.cz/mcentrum1.html
- [98] www.ped.muni.cz/wpsy/kohpszdrav.htm
- [99] www.pharmanews.cz/2005_06/cevni.htm
- [100] <http://psychologie.nazory.cz/slovník.htm>
- [101] www.reflexe.cz/h-bergson-hmota-a-pamet/
- [102] www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=532
- [103] http://yarauscz.cz/studium/body.php?menu=menu&body=rocnik5/05_psych_011