

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Lucie Václavíková

Problematika afázie u bilingvních osob

Olomouc 2017

vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a pouze s použitím literatury a zdrojů uvedených v této práci.

V Olomouci dne 15. 4. 2017

Lucie Václavíková

Poděkování

Mé poděkování patří doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a podnětné rady, které mi v průběhu jejího zpracování poskytovala. Dále poděkování náleží PhDr. Mileně Košťálové, Ph.D. za ochotu a čas, který mi věnovala, za poskytnutí přístupu k pacientům a odborné rady týkající se zejména zpracování praktické části této práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala pacientům a jejich rodinným příslušníkům za vstřícnost a poskytnutí údajů potřebných k vypracování této práce. Bez nich by nebyla realizovatelná.

Obsah

Úvod	7
I TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Afázie	8
1.1 Základní vymezení.....	8
1.2 Etiologie.....	9
1.2.1 Cévní mozkové příhody	9
1.2.2 Jiné příčiny	11
1.3 Výskyt.....	11
1.4 Symptomatologie	13
1.4.1 Základní symptomy afázií	13
1.4.2 Další symptomy.....	15
1.5 Klasifikace	16
1.5.1 Bostonská klasifikace	17
1.5.2 Olomoucká klasifikace	17
1.5.3 Další typy afázií	19
1.6 Diagnostika	20
1.6.1 Základní vymezení	20
1.6.2 Diferenciální diagnostika	21
1.6.3 Cíle diagnostiky.....	21
1.6.4 Screeningové vyšetření	22
1.6.5 Komplexní hodnocení jazykových deficitů.....	23
1.6.6 Hodnocení funkcionální komunikace.....	25
1.6.7 Hodnocení specifických symptomů afázie.....	26
1.6.8 Další vyšetření.....	27
1.7 Nástin logopedické intervence	28
1.7.1 Směry logopedické intervence	29
1.8 Prognóza	30
2 Bilingvismus.....	31
2.1 Základní vymezení.....	31
2.1.1 Vývoj názorů na bilingvismus.....	32
2.2 Druhy bilingvismu	33
2.2.1 Společenský vs. individuální bilingvismus	33

2.3	Příčiny vzniku bilingvismu	38
2.4	Jazyky, bilingvismus a jejich výskyt	39
2.4.1	Vymezení a klasifikace jazyků	39
2.4.2	Výskyt jazyků a bilingvismu ve světě	40
2.4.3	Výskyt jazyků a bilingvismu v České republice	41
2.5	Bilingvismus a mozek	43
2.5.1	Cerebrální reprezentace jazyků	44
2.5.2	Lateralizace jazyků	47
3	Bilingvní afázie	50
3.1	Základní vymezení	50
3.1.1	Vzory poškození a obnovy	51
3.2	Diagnostika afázie u bilingvních osob	53
3.2.1	Premorbidní jazykové údaje	54
3.2.2	Formální testování jazykových dovedností	55
3.2.3	Další vyšetření	58
3.3	Nástin logopedické intervence u bilingvní afázie	59
II	PRAKTICKÁ ČÁST	62
4	Výzkumné šetření	62
4.1	Cíl výzkumu a stanovení výzkumných otázek	62
4.2	Případové studie	63
4.2.1	Výběr a charakteristika výzkumného souboru	63
4.2.2	Metody sběru dat	64
5	Kazuistika č. 1	70
5.1	Zkoumaná osoba	70
5.2	Anamnéza	70
5.2.1	Sociální a pracovní anamnéza	70
5.2.2	Osobní anamnéza	71
5.2.3	Premorbidní úroveň jazykových dovedností	71
5.3	Diagnostika narušené komunikační schopnosti	74
5.3.1	Diagnostika NKS v českém jazyce a analýza výsledků	74
5.3.2	Diagnostika NKS v ukrajinském jazyce a analýza výsledků	77
5.4	Nástin terapeutické intervence	79
6	Kazuistika č. 2	80

6.1	Zkoumaná osoba	80
6.2	Anamnéza	80
6.2.1	Sociální a pracovní anamnéza	80
6.2.2	Osobní anamnéza	81
6.2.3	Premorbidní úroveň jazykových dovedností	81
6.3	Diagnostika narušené komunikační schopnosti	84
6.3.1	Diagnostika NKS v českém jazyce a analýza výsledků	84
6.3.2	Diagnostika NKS v maďarském jazyce a analýza výsledků	91
7	Shrnutí a interpretace výsledků	97
7.1	Interpretace výsledků kazuistiky č. 1	97
7.1.1	Souhrnná komparace výsledků a shrnutí	101
7.2	Interpretace výsledků kazuistiky č. 2	104
7.2.1	Komparace vybraných subtestů BATu	104
7.2.2	Souhrnná komparace výsledků a shrnutí	109
8	Poznámky k Bilingvnímu afatickému testu	115
9	Diskuse výsledků praktické části	117
	Závěr	121
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	123
	SEZNAM ZKRATEK	133
	SEZNAM TABULEK	134
	SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A SCHÉMAT	136
	SEZNAM PŘÍLOH	137

Úvod

V rámci zahraničního studijního pobytu jsem se seznámila s problematikou bilingvismu u dětí, a to včetně těch, které měly jazykové obtíže. Oblast jazykových obtíží u dospělých bilingvních osob byla zmíněna pouze okrajově, avšak inspirovala mě k zamyšlení se nad problematikou afázie u osob hovořících více než jedním jazykem. Afázie jako takové mě zaujaly již v rámci studia a následných praxí ve zdravotnických typech zařízení, tato problematika je nicméně v České republice poměrně obšírně zpracovaná. Naproti tomu informace o bilingvní afázii jsou v české odborné literatuře sporadické. Jedná se však o velmi aktuální téma, které si zaslouží pozornost odborné veřejnosti. To dokládá nejen fakt obrovského zájmu ze strany zahraničních odborníků porozumět tomuto tématu, nýbrž také, a zejména, zvyšující se pravděpodobnost setkání s osobou hovořící i jiným než českým jazykem v logopedické praxi.

Cílem této práce je analýza problematiky afázie u bilingvních osob. Práce je strukturovaná do dvou stěžejních oblastí – teoretické a praktické. V první kapitole teoretické části je vymezena afázie v celé šíři, tj. terminologie, etiologie, symptomatologie, klasifikace, incidence a prevalence, diagnostika, terapie a prognóza. Druhá kapitola se zabývá vymezením pojmu bilingvismus a bilingvní osoby jako takové, dále druhy, příčinami vzniku bilingvismu, vztahu dvojjazyčnosti, resp. vícejazyčnosti a mozku a výskytem bilingvismu s důrazem na jeho existenci v České republice. Třetí kapitola pojednává o bilingvní afázii, symptomatologii projevů v jednotlivých jazycích, možnostech diagnostiky, intervence a celkově specifickém přístupu k bilingvním jedincům s afázií. Cílem této části práce byla teoretická analýza a komparace české i zahraniční odborné literatury.

Praktická část je založena na případových studiích pacientů s bilingvní afázií. Ve čtvrté kapitole je nastíněn cíl výzkumu, jsou stanoveny výzkumné otázky a dále popsána metodika práce. Pátá a šestá kapitola představuje analýzu jednotlivých případových studií, zatímco obsahem sedmé kapitoly je interpretace sesbíraných dat za účelem zodpovězení stanovených výzkumných otázek. V osmé kapitole jsou uvedeny některé poznámky k Bilingvnímu afatickému testu. Cílem praktické části byla empirická analýza případových studií bilingvních afatiků se znalostí českého a dalšího jazyka. V českém prostředí nám je známo jen velmi málo prezentovaných kazuistik takovýchto pacientů.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Afázie

Obsahem této kapitoly budou afázie získané v dospělém věku a ve stáří. Ačkoliv se v literatuře vymezuje také afázie získaná v dětském věku (např. Čecháčková, 2007; Love, Webb, 2009), v následujícím textu nebude tomuto typu afázie věnována pozornost.

1.1 Základní vymezení

Afázie, pocházející ze dvou řeckých slov „a“, tj. bez, zápor a „phasis“, tj. řeč, je získanou poruchou produkce a porozumění řeči. Vzniká na podkladě ložiskového poškození mozku, jedná se o postižení podmíněné neurogenně. Léze lze spatřovat na úrovni korové i podkorové. (Dvořák, 2007; Čecháčková, 2007; Cséfalvay, 2009; Cséfalvay, Košťálová, 2013) Užívá se také výrazu dysfázie pro označení lehčího stupně této poruchy, jak uvádí Dvořák (2007) či lékařská literatura (např. Ambler, 2011). S tímto však nesouhlasí někteří autoři, jelikož označení dysfázie se v našem sociálně-kulturním prostředí používá pro vývojové poruchy jazyka (Košťálová a kol., 2006), nikoliv pro částečné narušení jazykových schopností.

Dle Čecháčkové (2007) je afázie vřazena do souboru vyšších kortikálních poruch (vedle agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruch pravolevé orientace apod.). Dále spadá mezi funkce fatické, které spolu s funkcemi gnostickými (gnozie) a praktickými (praxie) spadají pod funkce symbolické (Ambler, 2011). Papathanasiou, Coppens (2011 in Cséfalvay, Košťálová, 2013) definují afázii širěji nejen jako poškození mozku v jazykově-dominantní hemisféře, nýbrž zmiňují také důsledek tohoto narušení projevující se v rovině komunikačního a sociálního fungování, která ovlivňuje kvalitu života postižené osoby, včetně osob jí blízkých. Toto pojetí se odráží v moderním pojetí logopedie obrácené na pragmatickou stránku komunikace. Druhý odraz spatřujeme v diagnostice afázií zaměřené nejen na jazykové deficity, nýbrž také na deficity v sociálním fungování (např. dotazníky funkční komunikace). Tato problematika bude podrobněji rozpracována v další části této práce.

V rámci desíti okruhů narušené komunikační schopnosti ji můžeme zařadit mezi získanou orgánovou nemluvnost (Peutelschmiedová, 2005). Nejedná se však o stejnorodý syndrom, naopak heterogenita symptomů afázie dává vzniknout různým klasifikacím, které

jsou uvedeny dále v tomto textu. Nelze však opomenout fakt variability příznaků i z hlediska interindividuálního (Dvořák, 2007).

Neubauer a kol. (2007) hovoří o jazykové neurogenní poruše, kterou je třeba vymezit od motorických řečových neurogenních poruch, mezi které spadá např. dysartrie, anartrie. Afázii je možno definovat jako narušení individuálního jazykového systému, na rozdíl od postižení motorických řečových modalit u dysartrie či narušení kognitivně-komunikačních funkcí prezentované jako kognitivně-komunikační deficit a dále postižení primárních funkcí orofaciálního systému (tj. dysfagie, orální apraxie). Tyto odlišnosti a symptomy jednotlivých poruch jsou pak diferenciatně diagnosticky signifikantní. Shodně pojímá afázii jako jazykovou poruchu,¹ kterou je třeba odlišit od poruchy artikulační,² např. Bastiaanse, Prins (2014).

Nauka, která se zabývá výzkumem, diagnostikou, terapií a prevencí afázií se nazývá afaziologie (Dvořák, 2007).

1.2 Etiologie

Jak jsme již uvedli, afázie vzniká na podkladě získaného ložiskového poškození mozku různé etiologie. Zpravidla se jedná o poškození zasahující jazyková centra levé hemisféry mozku, avšak může se projevit i při poškození zasahující pravou hemisféru. (Bastiaanse, Prins, 2014)

1.2.1 Cévní mozkové příhody

Příčiny afázií jsou detailně zpracovány v publikaci Čecháčkové (2007). Za nejčastější etiologický faktor je považována cévní mozková příhoda (dále jen CMP). Rozlišujeme dva základní typy CMP, a to ischemický iktus, charakterizovaný omezeným průtokem krve do mozku a vyskytující se cca v 80 % případů a hemoragický iktus, který je přítomný zhruba ve 20 % případů a pro který je typická ruptura cév způsobující poškození okolní mozkové tkáně (Ambler, 2011).

¹ z angl. language disorder

² z angl. articulation disorder

1.2.1.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Podrobněji lze ischemickou CMP rozlišit dle následujících kritérií:

- podle mechanismu vzniku na obstrukční a neobstrukční
- podle vztahu k tepennému povodí na teritoriální, interteritoriální a lakunární
- podle časového průběhu na tranzitorní ischemickou ataku (TIA), reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND), progredující CMP příhodu a dokončenou ischemickou příhodu. (Ambler a kol, 2008; Ambler, 2011)

V případě obstrukčního typu CMP dojde k uzávěru cévy krevní sraženinou, tzv. trombem (Velký lékařský slovník, 2017a), jehož příčinou je často arterioskleróza (Čecháčková, 2007), chápána zde jako synonymum aterosklerózy, nebo tzv. embolem. Jedná se útvar nesený krevním řečištěm, který se může v určité cévě zaklínit a uzavřít ji (Velký lékařský slovník, 2017b). Systémové či regionální snížení průtoku krve, tzv. hypoperfuze, je příčinou neobstrukčního ischemického iktu (Ambler a kol., 2008; Ambler, 2011).

Tranzitorní ischemická ataka neboli přechodná mozková cévní insuficience je typická, jak už ze samotného jejího názvu vyplývá, odezněním příznaků do 24 hodin. Může nás však informovat a varovat před vznikem tzv. dokončeného iktu. Při delším trvání a kompletní úpravě symptomů pak hovoříme o reverzibilním ischemickém neurologickém deficitu. Dále může pokračovat tzv. vyvíjejícím se iktem s nestabilními příznaky s přechodem v tzv. dokončený či kompletní iktus, při kterém bývá přítomna mj. také afázie (Ambler, 2011).

1.2.1.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Mozkové hemoragie (tzn. krvácení) nejčastěji postihují oblast bazálních ganglií, mozkových laloků, mozkového kmene (zejm. Varolův most) a mozečku, dále jsou popsána krvácení intermeningeální a subarachnoidální. (Čecháčková, 2007; Ambler, 2011) Nejčastějšími příčinami jsou arteriální hypertenze, prasklá aneurysmata (Čecháčková, 2007), dále zvýšená krvácivost (tzv. hemoragické diatézy), u mladších jedinců pak např. drogová závislost aj. Jak jsme již uvedli výše, hemoragický typ CMP zaujímá asi 20 % všech CMP, z toho intracerebrálních hemoragií je asi 17 %, na subarachnoidální připadají pouhé 3 %. (Ambler, 2011)

1.2.1.3 Rizikové faktory cévních mozkových příhod

Byly popsány určité rizikové faktory cévních mozkových příhod, např. hypertenze, přítomnost ischemické choroby srdeční, diabetes mellitus, abúzus alkoholu v kombinaci s kouřením (Ambler, 2011), dále předchodí iktus a tranzitorní ischemická ataka a hemostatické faktory (Ambler a kol., 2008). Dále můžeme vymezit aterosklerotické rizikové faktory, některé z nich jsou bohužel neovlivnitelné (např. věk, pohlaví, dědičnost), jiné do jisté míry ovlivnit lze (např. kouření, hypertenze, obezita, diabetes mellitus, hyperlipidémie, nedostatek fyzické aktivity). (Ambler, 2011) Na tyto různé faktory se zaměřujeme z hlediska prevence CMP, resp. prevence cévních onemocnění mozku, jsou však záležitostí zejména lékařskou (Cséfalvay, 2016).

1.2.2 Jiné příčiny

Afázie však mohou mít také jiné příčiny než cévní onemocnění mozku. Jedná se o traumatická poškození mozku (kranio cerebrální traumata), mozkové nádory (primární intracerebrální a extracerebrální; obě zpravidla nemetastazují), zánětlivá onemocnění mozku, intoxikace, degenerativní neurologická onemocnění. (srovnej Peutelschmiedová, 2005; Neubauer a kol., 2007; Čecháčková, 2007; Ambler a kol., 2008; Cséfalvay, 2009; Cséfalvay, Košťálová, 2013) Jelikož traumatická poškození mozku vznikají jako důsledek dopravních nehod, pádů, střelných ran apod., jsou častější u osob mladšího věku, zatímco afázie vzniklé následkem CMP jsou častější u osob staršího věku (Bastiaanse, Prins, 2014).

1.3 Výskyt

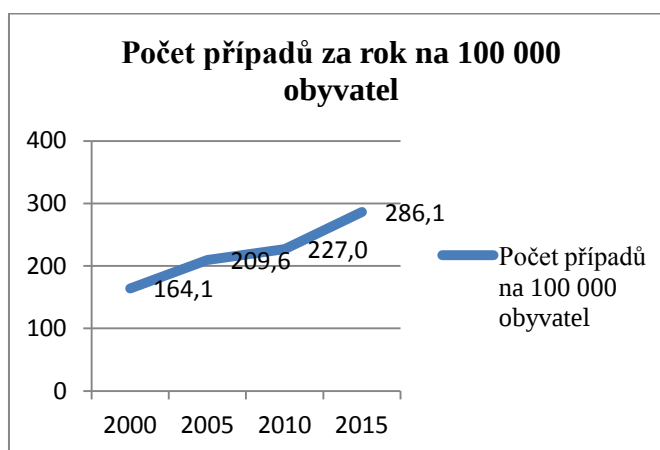
V České republice neexistují přesná data o incidenci a prevalenci afázií, nicméně Cséfalvay (2016) zmiňuje, že afázie vzniká zhruba u třetiny pacientů po cévní mozkové příhodě a dále přetrvává u 30-45 % z nich. Neubauer a kol. (2007) udává 60% vznik komunikačních poruch u osob po cévním onemocnění mozku. Toto procento však můžeme vztáhnout nejen na osoby s afázií, ale také na osoby s jinou neurogeně podmíněnou poruchou komunikace (např. dysartrií). V USA hovoříme o 80 000 nových případů afázií za rok (National Stroke Association, 2008 in ASHA, 2017). Engelter et al. (2006) stanovuje procenta osob s afázií dle věku, a to u osob mladších 65 let na 15 % a dále zvyšující se procento až na 43 % u osob 85letých a starších.

Další data se vztahují spíše k incidenci a prevalenci CMP, která je dle Čecháčkové (2007) považována za nejčastější příčinu afázie.

Z důvodu stárnutí populace a zvyšování podílu seniorů v populaci, stejně jako snížení morbidit u osob po CMP a dále zachycení výskytů mozkových infarktů v produktivním věku lze konstatovat, že incidence je celosvětově na vzestupu. (Ambler a kol., 2008)

Dle Bakheit, Gatehouse (2006 in Cséfalvay, 2016) je incidence náhlých CMP v Evropě 140 na 100 000 obyvatel. V různých zemích Evropy je však odlišná; nižší incidenci udává Ambler a kol. (2008) v zemích západní a severní Evropy, vyšší naopak v zemích střední a východní Evropy, vč. České republiky. Udává se roční přírůstek případů CMP ve výši přibližně 300 na 100 000 obyvatel (Ambler a kol., 2008).

Dle údajů ÚZIS ČR se počet nově vzniklých případů cévních onemocnění mozku, pod která spadají také cévní mozkové příhody, snižuje. Zatímco v roce 2000 byl počet hospitalizovaných osob s cévními onemocněními mozku na 628,1 osobách za rok, v roce 2015 se jedná o 487,8 osob na 100 000 obyvatel. (ÚZIS ČR, 2001; ÚZIS ČR, 2016a) Jelikož však cévní onemocnění mozku zahrnují vícero diagnóz, je třeba se podívat blíže na kategorii mozkový infarkt (dle MKN-10 pod kódem I63), která odpovídá diagnóze CMP ischemického typu. Údaje o hospitalizovaných pacientech s touto diagnózou vztahující se k incidenci jsou uvedeny v grafu níže. Detailní údaje o CMP hemoragického typu (odpovídající dle MKN-10 kódu I60 a I62) nebylo možné dohledat. Přesto však lze brát tato čísla vážně, poněvadž ischemické CMP a hemoragické CMP se vyskytují v poměru zhruba 5:1.



Graf 1 Incidence ischemického typu CMP za rok na 100 000 obyvatel (zdroj: ÚZIS ČR 2001; 2007; 2011; 2016)

Z grafu je patrná vzestupná tendence výskytu případů CMP ischemického typu. Můžeme tedy konstatovat, že zatímco incidence cévních onemocnění mozku se snižuje, incidence ischemických CMP se zvyšuje. Za celkovým snížením cévních onemocnění mozku tedy patrně stojí snížení nárůstu výskytu případů jiných onemocnění než ischemických CMP; o která se však jedná, a zda na tom mají podíl i např. hemoragické CMP, nemůžeme tvrdit s jistotou.

Z dalších příčin uvádí Neubauer a kol. (2007) doprovodné úrazy mozku u 50 % všech dopravních nehod. Z nich pak vyplývá zhruba třetina poruch komunikace (ibid.), opět však nespecifikováno, o jaké poruchy komunikace přesně se jedná.

1.4 Symptomatologie

Příznaky se vyskytují u jednotlivých osob s afázií v různé míře. Symptomy nemusí přesně odpovídat daným typům a problematická také může být odlišnost symptomů v iniciální fázi onemocnění a v pozdějších fázích, které i vlivem spontánní úpravy mohou nabývat mírnějších podob. Tak se může měnit i zařazení jedince do jednotlivých typů dané klasifikace. (ASHA, 2017) Přesto však lze popsat určité typické symptomy afázií a tyto pak dle jejich zastoupení spojovat do syndromů. Klinické syndromy afázie, vč. uvedení jejich typických příznaků, jsou popsány v další části této práce.

1.4.1 Základní symptomy afázií

Cséfalvay (2007) uvádí 6 základních jazykových deficitů, a sice poruchu plynulosti řeči, poruchu porozumění řeči, agramatismy, parafázie, perseverace a anomie. Shodně Peutelschmiedová (2005) uvádí tyto příznaky a dále k nim přidává tzv. řečové automatismy a poruchy čtené a psané řeči (alexie a agrafie). Dalšími příznaky může být produkce tzv. automatismů, stereotypií, echolálií či neologismů. Tyto příznaky stručně definuje Košťálová a kol (2006). Detailní přehled symptomů je uveden v publikacích Čecháčková (2007), Cséfalvay (2009), Obereignerů (2013), Cséfalvay (2016).

1.4.1.1 Poruchy plynulosti řeči

Poruchy plynulosti řeči (poruchy fluence) se prezentují výrazně zpomalenou řečí. Za normální řečovou produkci považuje Čecháčková (2007) cca 120 slov za minutu; Cséfalvay, Traubner (1996) hovoří o 90-120 slovech za minutu. Neplynulou řeč charakterizuje

zadrhávání v řeči, anomické pauzy, agramatismy, parafrázie, redukce větné stavby, produkce izolovaných slov až telegrafická řeč. Dle fluence řeči se pak afázie dělí na fluentní a nonfluentní. (Košťálová a kol., 2006; Cséfalvay, 2016) Z tohoto dichotomického dělení dále vychází tzv. bostonská klasifikace uvedená níže v tomto textu.

1.4.1.2 Poruchy porozumění řeči

Poruchy porozumění řeči se manifestují jako obtíže v porozumění slovům či větám, a to na úrovni mluvené a psané. Pacient může mít pouze obtíže s porozuměním složitějším logicko-gramatickým strukturám, které nemusí být ihned patrné v důsledku pochopení kontextu situace pacientem. (Čecháčková, 2007; Cséfalvay, 2009) Jak upozorňuje Čecháčková (2007), při vyšetření je tento příznak jedním z nejdůležitějších kritérií hodnocení, jelikož pokud pacient neporozumí výzvě, může se zkreslit hodnocení jiného zjišťovaného jevu, např. popis obrázku, opakování atp.

1.4.1.3 Poruchy pojmenování

Poruchy pojmenování, označovány také jako anomie, se vyznačují neschopností označit daný předmět adekvátním slovem v důsledku obtíží vybavit si dané slovo z mentálního lexikonu. Jedná se o příznak přítomný u každého typu afázie. K překonání těchto těžkostí využívá pacient tzv. cirkumlokuce, tj. nahrazení daného slova opisem jeho funkce apod. (srovnej Košťálová a kol., 2006; Čecháčková, 2007; Neubauer a kol., 2007; Cséfalvay, 2009)

1.4.1.4 Agramatismy

Dalším typickým příznakem, zejména u nonfluentních typů afázie, jsou agramatismy. Jedná se o narušení morfologicko-syntaktické jazykové roviny (Košťálová a kol., 2006). Jedinec hovořící tzv. agramatickou řečí produkuje věty s jednoduchou syntaktickou strukturou, nesprávně užívá koncovky na základě nesprávného užití flexe (ohýbání, tj. skloňování a časování) slov, takže produkovaná slova jsou často v základním tvaru, dochází k redukci přísudků a neplnovýznamových slov (např. předložek, spojek). (Košťálová a kol., 2006; Čecháčková, 2007)

1.4.1.5 Parafázie

Parafázie lze charakterizovat jako záměny slov vyskytující se při produkci mluvené řeči. Jedná se o „*deformace slov různého typu a stupně*“ (Čecháčková, 2007).

Lze je rozlišit na:

- fonemické: záměna fonému (např. tukža, tučka), přidání fonému (např. tužeka) či vynechání fonému (např. tuža); zpravidla jsme schopni rozpoznat cílové slovo díky kontextu (v tomto případě je cílovým slovem tužka)
- žargonové: slovní deformace je těžkého stupně, takže nejsme schopni porozumět významu cílového slova (např. ždruchla – židle, psinkolky - zápalky)
- sémantické: záměna slova v rámci slovní kategorie, tzn. náhrada slovem významově podobným (např. hrnek – sklenička, rifle – kalhoty atp.) nebo opis daného pojmu (v tomto případě bychom mohli hovořit také o výše zmíněné cirkumlokuci). (srovnej Obereignerů, 2013; Cséfalvay, 2009; Čecháčková, 2007; Košťálová a kol., 2006)

O paragrafie se jedná v případě psaného projevu, o paralexie v případě projevu čteného (Košťálová a kol., 2006).

Na rozdíl od parafází, které jsou poruchou na úrovni slov, definujeme parafrázie jako poruchu na úrovni vět. Pacient není schopen smysluplného větného vyjádření, např. *Já tady toto ted'. – Přišel jsem dnes za vámi.* (Čecháčková, 2007)

1.4.1.6 Perseverace

Perseverace je nutné odlišit od echolálií. Zatímco v prvním případě se jedná o ulpívání na předchozím podnětu, ačkoliv ten již nepůsobí (Čecháčková, 2007), jako echolálie je označováno opakování slov, částí vět či celých vět pacientem po mluvčím (Košťálová a kol., 2006).

1.4.2 Další symptomy

Oproti tomu Neubauer a kol. (2007) jako nejčastější symptomy afázie udává pouze dysnomie a parafrázie. V jeho podání však zmíněné parafrázie (tj. fonemické, sémantické a slovní) korespondují s parafáziemi tak, jak je uvádí výše zmínění autoři. Stejně tak dysnomie odpovídá pojmu anomie.

Podle Hollanda (1997 in Cséfalvay, 2007) je ze všech jazykových rovin nejméně narušená rovina pragmatická. Shodně Cummings (2014) uvádí toto tvrzení a stvrzuje jej příkladem pacienta s nonfluentní afázií, který je schopen produkovat výpověď sice s agramatismy, zato však díky zachování plnovýznamových slov tato výpověď nepostrádá informační hodnotu. Dále poukazuje na nejrozsáhlejší studie poskytující důkazy o deficitech pragmatických, vč. narušení diskursu³ u osob s afázií. Jedná se o obtíže v porozumění idiomům a jejich doslovná interpretace, potíže s pochopením významu metafor, porozumění příslovím a sarkasmu, v rámci diskursu pak deficit narativní, a to i na úrovni psané prezentující se redukcí „výpovědi“ a narušením koherence textu (Cummings, 2014).

1.5 Klasifikace

Jak již bylo zmíněno výše, variabilita symptomů afázie je velká, přičemž koexistence jednotlivých příznaků, tj. typických jazykových deficitů, dává vzniknout jednotlivým syndromům, které jsou prezentovány v rámci různých klasifikačních systémů. (Cséfalvay, 2007) Různé klasifikace jsou dány také rozmanitostí afaziologických škol, které je vytvářely.

Tradiční členění afázií rozlišuje motorickou, senzorickou a totální afázii, kterou v současné době zmiňují i některé lingvistické publikace (např. Černý, 2008). Jedná se např. o klasifikaci Kimlovu, která je, obdobně jako klasifikace bostonská, zaměřena na lingvistický deficit. Název jednotlivých typů afázie pak sám o sobě obsahuje jejich základní charakteristiku. (Čecháčková, 2007) V současné době je toto pojetí považováno za značně zjednodušené.

Základní členění klinických syndromů afázie i přes interindividuální a také intraindividuální variabilitu symptomů, jak již bylo načrtnuto výše, přijímá většina afaziologů (Cséfalvay, 2010 in Cséfalvay, Košťálová, 2013). Naproti tomu Caramazza (1984 in Čecháčková, 2007) kritizuje toto členění právě z výše zmíněných důvodů. Dle něj je důležitý pouze rozbor příznaků konkrétního pacienta s afázií.

³ z lat. *discurrere* (rozbíhat se, promlouvat, mluvit), chápán jako jazykový projev, rozmluva, promluva, rozprava, řeč, výpověď atp. (Veselková, 2014)

1.5.1 Bostonská klasifikace

V běžné praxi se často užívá tzv. bostonská klasifikace, která se pojí se jmény Goodglas, Kaplan, Kertesz. Jedná se lingvistickou klasifikaci, jelikož při popisu symptomů dominuje aspekt lingvistický. V rámci této klasifikace se hodnotí spontánní projev pacienta a na jeho základě se afázie člení na fluentní a nonfluentní. Tomu pak odpovídá i přibližná lokalizace léze. (Košťálová a kol., 2006; Čecháčková, 2007) V tabulce níže uvádíme jednotlivé afatické syndromy rozdělené dle plynulosti, resp. neplynulosti spontánní řeči.

Fluentní afázie	Nonfluentní afázie
Wernickeho afázie	Globální afázie
Transkortikální senzorická afázie	Transkortikální smíšená afázie
Kondukční afázie	Transkortikální motorická afázie
Anomická afázie	Brocova afázie

Tabulka 1 Rozdělení fluentních a nonfluentních afází (převzato a upraveno z Košťálová a kol., 2006)

Charakteristika příznaků se dle Cséfalvaye (2007) hodnotí v oblastech spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování. Bostonská klasifikace se nezabývá praxí, gnosí, orientací v prostoru aj. charakteristikami vyšších kortikálních funkcí (Čecháčková, 2007) tak, jako např. klasifikace olomoucká.

V tabulce níže jsou uvedeny jednotlivé klinické syndromy s popisem typických příznaků v jednotlivých oblastech a dále předpokládaná lokalizace léze u těchto syndromů.

Bližší popis jednotlivých syndromů uvádí ve svých publikacích např. Košťálová a kol. (2006), Neubauer a kol., (2007), Cséfalvay (2009), Cséfalvay, Košťálová (2013).

1.5.2 Olomoucká klasifikace

Olomoucká klasifikace se užívá ve Fakultní nemocnici Olomouc. Opírá se o některé prvky Hrbkovy teorie a bere v potaz další možné poruchy vyšších kortikálních funkcí při vyšetření. Jednotlivé symptomy jsou obsahem určitého typu poruchy a odpovídá jim také lokalizace léze. Dle tohoto pojetí se afázie člení na expresivní, percepční, integrační, amnestickou a globální. (Čecháčková, 2007)

Klinický syndrom	Lokalizace léze	Produkce řeči	Porozumění řeči	Opakování
<i>globální afázie</i>	perisylvická oblast, fronto-temporo-parietální pomezí, povodí ACM	těžce narušeno, automatismy, stereotypie, perseverace	těžce narušeno	těžce narušeno
<i>transkortikální smíšená afázie</i>	perisylvická oblast, povodí arteria cerebri	nonfluentní, echolálie, perseverace, anomie	těžce narušeno	méně narušené (lépe zachováno než u GA), echolálie
<i>Brocova afázie</i>	frontální lalok, tzv. Brocova oblast	nonfluentní, agramatismy, parafázie, anomie	relativně zachováno	narušeno, agramatismy
<i>transkortikální motorická afázie</i>	oblasti před Brocovou areou, v blízkosti suplementární motorické oblasti	nonfluentní, echolálie, porucha řečové iniciace	relativně zachováno	méně narušené, echolálie
<i>Wernickeova afázie</i>	temporální lalok, tzv. Wernickeho oblast	fluentní, parafázie, neologismy, nízká informační hodnota	těžce narušeno	narušeno

<i>transkortikální senzorická afázie</i>	oblasti v okolí Wernickeho arey, temporo- occipitální pomezí	fluentní, echolálie, parafázie	těžce narušeno	méně narušené, echolálie
<i>kondukční afázie</i>	gyrus supramarginalis	fluentní, fonemické parafázie	relativně zachováno	těžce narušeno (horší než spontánní řeč)
<i>anomická afázie</i>	není stanovena	fluentní, anomické pauzy	relativně zachováno	zachováno

Tabulka 2 Popis klinických syndromů, vč. lokalizace léze dle bostonské klasifikace (převzato a upraveno z Košťálová a kol., 2006; Neubauer a kol., 2007; Obereignerů, 2013; Cséfalvay, Košťálová, 2013)

1.5.3 Další typy afází

Dalším typem afázie je subkortikální (podkorová) afázie a v současné době se dostává do popředí zájmu také primární progresivní afázie. První zmíněná vzniká při lézích subkortikálních oblastí mozku, tj. bazálních ganglií, thalamu a capsula interna. Tento typ afázie se může vyskytovat současně s lézemi korových oblastí mozku. (srovnej Neubauer a kol., 2007; Dvořák, 2007; Love, Webb, 2009; Kulišťák, 2011)

Primární progresivní afázie jako syndrom řazený pod frontotemporální demence je charakterizován postupnou ztrátou jazykových funkcí s relativně dobře zachovanou pamětí, schopností vizuálního zpracování a osobnosti až do pokročilých stadií. (Kertesz, Harciarek, 2014) Neuroanatomicky je patrná fokální léze v levé hemisféře v oblasti Sylviovy rýhy temporálního závitu (Neubauer a kol., 2007). V současné době rozlišujeme tři varianty

primární progresivní afázie, a sice nonfluentní, sémantickou a logopenickou, které se vyznačují různými příznaky (Kertesz, Harciarek, 2014).

1.6 Diagnostika

1.6.1 Základní vymezení

Dle Dvořáka (2007, str. 46) je diagnostika „*proces rozpoznávání nemoci, odchylky, poruchy*“. V zahraničním kontextu vychází diagnostika pacienta s afázií z konceptu Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví (MKF), který vydala Světová zdravotnická organizace (WHO). Podle této koncepce se hodnotí nejen komunikační schopnosti jedince, ale také vliv afázie na vykonávání aktivit a participaci jedince ve společnosti. (Cséfalvay, Košťálová, 2013; Withworth et al., 2014) Kromě toho je třeba vzít v potaz i faktory prostředí, které mohou ovlivnit efektivní interakci, resp. komunikaci mezi dvěma či více osobami, v neposlední řadě pak zvažujeme vliv afázie na osobní faktory, jako je identita, sebevědomí a kvalita života (Whitworth et al., 2014). Avšak i v České republice by se diagnostika měla zaměřovat na všechny tyto oblasti, tedy hodnocení funkce, postižení (ve smyslu vykonávání běžných aktivit) i participace jedince ve společnosti. V současné době je patrný posun orientace na pragmatickou stránku komunikace (Cséfalvay, 2003; Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Logopedické vyšetření je vždy těsně spjato s diagnostikou lékařskou, a to zejména neurologickou. Mělo by se o ni opírat a navazovat na její výsledky. (Cséfalvay, 2016) K diagnostice afázií se v rámci neurologického vyšetření používají také zobrazovací metody. Jedná se o počítačovou tomografii (CT), magnetickou rezonanci (MRI), funkční magnetickou rezonanci (fMRI), pozitronovou emisní tomografii (PET) či jednofotonovou emisní počítačovou tomografii (SPECT) (srovnej Neubauer a kol., 2007; Ambler a kol., 2008; Kulišťák, 2011). V rámci diagnostiky CMP a odlišení jejích typů lze využít některých výše zmíněných zobrazovacích metod, dále CT angiografie a ultrazvukového vyšetření (Ambler a kol., 2008). Oftalmologické, audiologické či (neuro)psychologické vyšetření (Cséfalvay, 2016) dále může logopedovi poskytnout informace o případných poškozeních, které mohou komplikovat diagnostický a dále terapeutický proces. Jedná se např. o hemianopsii, nedoslýchavost či deficit kognitivních funkcí. Využíváme také anamnestických údajů

(Košťálová a kol., 2006), které lze sesbírat prostřednictvím rozhovoru s osobou blízkou pacienta.

Před samotným vyšetřením je třeba zvážit vliv kulturních a lingvistických faktorů na komunikační styl jedince (ASHA, 2017). Při samotném vyšetření pacienta je nezbytné chovat se empaticky, ohleduplně a taktně (Čecháčková, 2007).

Mohou nastat situace, kdy je vyšetření neproveditelné pro určité okolnosti pacientova stavu. Jedná se o stavy horečnatosti, různé bolesti, ale také nemožnost pacienta soustředit se po celou dobu vyšetření. (Košťálová a kol., 2006) Výkon fatických funkcí mohou ovlivnit také poruchy vědomí a orientace či poruchy senzorických funkcí (zraku a sluchu) aj. (srovnej Košťálová a kol., 2006; Obereignerů, 2013).

1.6.2 Diferenciální diagnostika

Dvořák definuje diferenciální diagnostiku (2007, str. 46) jako „*porovnávání přítomnosti symptomů příznačných pro určité odchylky*“ za účelem stanovení diagnózy. Více autorů (srovnej Košťálová a kol., 2006; Neubauer a kol., 2007; Čecháčková, 2007; Obereignerů, 2013) zmiňuje odlišení afázie od dysartrie, apraxie verbální a orální, agnozie, demence a deliria. K tomuto účelu slouží např. Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace (VZNPŘK, Neubauer, 2007), které je schopné zachytit poruchy fatické, motorické řečové, kognitivně-komunikační a poruchy lexie, grafie, kalkulie, praxe orální a horních končetin (Neubauer a kol., 2007).

1.6.3 Cíle diagnostiky

Cséfalvay (2007) uvádí cíle diagnostiky, přičemž každému cíli odpovídají určité diagnostické postupy. Jedná se o:

1. zhodnocení přítomnosti afázie zpravidla v akutní fázi onemocnění s využitím screeningových vyšetření
2. určení klinického syndromu afázie, tj. typu a stupně poruchy prostřednictvím komplexních testů zaměřených na hodnocení jazykových deficitů
3. mapování funkcionální komunikace, tj. úrovně každodenní komunikace pomocí testů funkcionální komunikace (např. Dotazník funkcionální komunikace)
4. zhodnocení specifických symptomů (např. pojmenování, porozumění) či vyšetření specifické populace (např. bilingvní osoby)

5. orientační vyšetření kognitivních funkcí (např. paměť, pozornost atd.) (srovnej Cséfalvay, 2007; Cséfalvay, Košťálová, 2013)

Zhodnocení kognitivních funkcí je důležité i z hlediska diferenciální diagnostiky.

1.6.4 Screeningové vyšetření

Screeningové testování se, jak již bylo načrtnuto výše, zaměřuje na zhodnocení přítomnosti či nepřítomnosti fatické poruchy a jejího charakteru v akutním stadiu onemocnění (Košťálová a kol, 2006; Cséfalvay, 2013). V tomto stadiu je stupeň afázie často těžký, avšak může se výrazně měnit v prvních hodinách a dnech (Cséfalvay, 2007). Výhodou těchto testů je rychlá administrace, nevýhodou naopak nedostatečná komplexnost (Obereignerů, 2013). Dle našeho názoru by však pacient často nebyl schopen v iniciační fázi onemocnění, nejen z důvodu snížené koncentrace pozornosti a rychlé unavitelnosti, podstoupit komplexní zhodnocení jazykových (příp. i jiných) funkcí.

Screeningová vyšetření jsou zaměřena na hodnocení spontánní řečové produkce vč. automatických řad, porozumění, pojmenování, opakování, čtení a psaní, oromotorických funkcí a kognitivních aspektů komunikace (srovnej Cséfalvay, 2013; Obereignerů, 2013). Poslední dvě zmíněné by spadaly spíše do oblasti diferenciální diagnostiky, tedy odlišení fatické poruchy od poruchy neafatické.

Stručný i detailnější přehled screeningových testů uvádí četné publikace (srovnej Košťálová a kol., 2006; Neubauer a kol., 2007; Cséfalvay, 2007; Obereignerů, 2013; Cséfalvay, 2013). Jejich přehled je uveden v příloze č. 1.

Dále budou stručně charakterizovány v praxi nejužívanější screeningové testy. Prvním z nich je jednodimenzionální Token test hodnotící porozumění mluvené řeči i krátkodobé verbální paměti (Cséfalvay, 2013). Stejný autor však uvádí možné selhávání pacientů nejen na základě verbální paměti, ale také z důvodu poruch pozornosti či exekutivních funkcí (ibid.). Pacient má na základě verbální instrukce ukázat na určité geometrické tvary (tj. kruh a čtverec), popř. s nimi manipulovat. Tyto tvary existují ve dvou velikostech (velké, malé) a v 5 barvách (červená, zelená, žlutá, modrá, bílá). Úkoly se postupně ztěžují, narůstá délka vět i lingvistická náročnost. Délka administrace se udává v rozmezí 10-20 minut. (Cséfalvay, 2003; Neubauer a kol., 2007; Cséfalvay, 2013) Test může být použit nejen jako screeningový, ale také samostatně k vyšetření receptivní složky řeči (Neubauer a kol., 2007). Test MASTcz bude detailněji popsán v praktické části této práce.

1.6.5 Komplexní hodnocení jazykových deficitů

Komplexní testy afázie lze použít v případě relativní stabilizace klinického obrazu a zejména v případě schopnosti pacienta spolupracovat po celou dobu vyšetření (Košťálová, 2006). Nezbytné je vzít v potaz také kulturní a jazyková specifika dané osoby, proto by se vyšetření mělo provádět v jednom či více jazycích užívaných pacientem s afázií. (Whitworth, Webster, Morris, 2014)

Cílem přístupů zaměřených na lingvistické poškození je získat vhled do jazykových dovedností osoby s afázií a charakterizovat její silné i slabé stránky napříč jednotlivými modalitami (ibid.).

V současné době se také využívají kognitivní neuropsychologické přístupy, které zkoumají jazykové obtíže ve vztahu k modelům normálního jazykového zpracování (ibid.). Cílem vyšetření je identifikace narušených modulů. Na základě toho se pak zjišťují možnosti ovlivnění jazykových procesů v procesu intervence. (Cséfalvay, 2007)

Výčet testů ke komplexnímu zhodnocení jazykových dovedností je uveden ve vícero publikacích (srovnej Košťálová a kol., 2006; Cséfalvay, 2007; Čecháčková, 2007), v této práci jsou uvedeny v příloze č. 2, a to dle užití v zahraničí a v České republice.

V současné době se s rozvojem techniky užívají v rámci vyšetření jazykových deficitů také počítačové programy. Jedná se např. o neuropsychologicky orientovaný FePsy (The Iron Psyche; Moerland, Aldenkamp, Alpherts, 1986), který do češtiny roku 1994 převedli Kulišťák a Chamoutová. (Kulišťák, 2016) Dalším diagnostickým, ale také rehabilitačním nástrojem, je program NEUROP-3 (Gaál, 2002), dostupný taktéž v české verzi (Kulišťák, 2016). Hodnotí 57 oblastí zaměřených kromě pozornosti, exekutivních funkcí, zrakové percepce, paměti, myšlení, prostorově-konstrukčních schopností či jednoduchých aritmetických operací také na řečové a jazykové úlohy jako je skládání slov, pojmenování, chápání významu vět či verbální fluenci (Gaál, 2011).

Níže budou stručně popsány některé v klinické praxi nejpoužívanější testy, a to v zahraničním i domácím kontextu.

Western Aphasia Battery (WAB, Kertesz, 1982), v současné době revidovaná verze z roku 2006 (WAB-R, Kertesz, 2006), obsahuje celkem 8 subtestů hodnotících spontánní řeč,

porozumění řeči, opakování, pojmenování, čtení, psaní, apraxii a konstrukční vizuoprostorové a kalkulační schopnosti. (Čecháčková, 2007; Cséfalvay, 2013)

Na základě prvních čtyř subtestů můžeme klasifikovat osm klinických syndromů afázie dle tzv. bostonské klasifikace. Jejich celkový skóre se udává jako afatický kvocient (AQ). Lingvistický kvocient (LQ) pak získáme přičtením subtestu čtení a psaní k prve zmíněným. (Cséfalvay, 2013) Je určen pacientům od 18-89 let, administrace je poměrně náročná, zabere zhruba 90 minut. (Cséfalvay, 2007) Můžeme tedy konstatovat, že se jedná o test vskutku komplexní, zahrnující vyšetření nejen fatických funkcí, ale také jiných kortikálních funkcí. Dle Čecháčkové (2007) však při použití tohoto testu nezískáme detailnější informace o stavu fatických, resp. symbolických funkcí.

V rámci komplexního testu Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass a kol., 2011) existuje 27 subtestů, které hodnotí jazykové schopnosti, percepci, zpracování informací a modality pro odpověď, tj. psaní, artikulaci, manipulaci. Stejně jako WAB vychází z bostonské afaziologické školy. (Košťálová, 2006; Cséfalvay, 2007)

Oba výše zmíněné testy řadí Cséfalvay (2007) mezi testy kvantitativně orientované. V opozici pak stojí kvalitativně orientované testy, kam patří Lurijovo neuropsychologické vyšetření, Vyšetření fatických funkcí či Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace (Cséfalvay, 2007).

Vyšetření fatických funkcí (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003) cílí na zhodnocení následujících 6 oblastí jazykových dovedností, na základě kterých lze obdobně jako ve výše uvedených testech (WAB, BDAE) stanovit typ afázie v souladu s tzv. bostonskou klasifikací:

- spontánní řečová produkce, vč. automatismů
- porozumění mluvené řeči
- opakování slov a vět, vč. pseudoslov
- nominativní funkce
- čtení písmen, slabik, pseudoslov aj., vč. porozumění čtenému textu
- psaní písmen, slov, pseudoslov, a to opis, diktát, spontánní psaní (Neubauer a kol., 2007)

Metodika Lurijova neuropsychologického vyšetření je zpracovaná v publikaci Čecháčkové (2007) či Cséfalvaye (2003). Vzhledem k charakteru této práce nebude uvedeno, jelikož se jedná o specifické vyšetření, jež by vyžadovalo detailnější deskripci.

1.6.6 Hodnocení funkcionální komunikace

Výkon jedince s afázií může být odlišný v testové situaci a v běžných komunikačních podmínkách. Proto vytvořila Sarnová již v šedesátých letech 20. století první koncepci hodnocení funkcionální komunikace a první metodiku s názvem Functional Communication Profile (FCP, Sarno, 1969). (Cséfalvay, 2003; Cséfalvay, 2013)

V současné době existuje několik metodik, dotazníků, testů atp. (dále jen testy), které hodnotí schopnost jedince komunikovat v běžných životních situacích. Zpravidla jejich stručný výčet je uveden v několika publikacích (srovnej Neubauer a kol., 2007; Cséfalvay, 2007; Obereignerů, 2013; Whitworth, Webster, Morris, 2014). Uvedeny jsou v příloze č. 3.

V zahraničí existuje poměrně velké množství testů zaměřujících se na hodnocení pragmatické stránky komunikace. Obdobně na Slovensku disponují větším množstvím testů, které byly adaptovány na slovenskou populaci. Na druhou stranu však můžeme konstatovat, že v České republice je jich značný nedostatek. Jedná se zejména o Dotazník funkcionální komunikace (DFK) autorů Košťálová a kol. (2012), který bude blíže popsán.

V rámci DFK logoped hodnotí výkon pragmatické stránky komunikace pacienta s osobou jemu blízkou, a to ve 4 subtestech:

- bazální komunikace (např. sdělí své jméno, adresu, pozdraví, poděkuje, komunikuje se známými lidmi aj.)
- sociální komunikace (např. schopen zavolat pomoc telefonem, pochopit slovní informaci, humor, iniciovat komunikaci, objednat si v restauraci aj.)
- čtení a psaní (např. chápe psaný návod, e-mail, SMS, schopen napsat text, vzkaz, SMS, e-mail, schopen číst pro zábavu či poučení aj.)
- čísla a orientace (např. orientuje se v čase, pozná hodiny, orientuje se v kalendáři, jízdním řádu, na informačních tabulích, schopen počítání, provedení plateb aj.)

Každá z těchto oblastí je hodnocena na škále (0-5). Celkový skóre je vyjádřen indexem funkcionální komunikace, který činí max. 100 bodů. Výhodou tohoto testu je možnost opakovaného hodnocení a okamžitého porovnání výkonu pacienta. (Cséfalvay, 2013)

Cílem přístupů, které se zaměřují na participaci jedince v běžných životních situacích (např. CADL-2, CETI aj.) je zhodnocení možných bariér či naopak facilitátorů (např. na pracovním místě, v sociální skupině atp.), které mohou přispět v negativním či pozitivním slova smyslu k efektivitě komunikace. Testy zahrnují simulované aktivity každodenního života, přičemž osoba s afázií má zhodnotit, jak by se zachovala v dané situaci. V některých testech hodnotí výkon afatika osoba blízká. (Whitworth, Webster, Morris, 2014)

Mezi další přístupy patří ty, zacílené na identifikaci bariér vstupujících do komunikace na úrovni prostředí jedince, vč. komunikačních partnerů (např. CAPPa, SPPARC). Logoped sbírá konverzační vzorky a identifikuje problémové oblasti v konverzaci mezi partnery. Z toho pak vyplývá také intervence, která je zaměřena na trénink osob vstupujících do interakce s osobou s afázií. (ibid.) Například CAPPa je postavena na konverzační analýze, tedy analýze interakce, vč. komunikace mezi konverzačními partnery. Cílem je zachytit bariéry, které afázie může způsobit na úrovni komunikace, ale také možné kompenzační strategie využitelné partnery komunikace. (Cséfalvay, 2013)

Whitworth, Webster, Morris (2014) dále uvádí přístupy zaměřené na osobní identitu, postoje a sebeúctu jedince s afázií, které jsou úzce propojeny se subjektivním vnímáním kvality života jedince. Není jich však tolik jako přístupů výše zmíněných, ačkoliv by měly být brány jako počáteční bod dalšího směřování hodnocení pacienta na základě toho, co je pro něj podstatné.⁴

1.6.7 Hodnocení specifických symptomů afázie

Mezi speciální testy zaměřené na hodnocení specifických symptomů afázie se řadí např. Boston Naming Test (BNT; Goodglass, Kaplan, 2000), který byl adaptován na slovenskou populaci autory Cséfalvay a Chovancová (2001). Pacient má za úkol pojmenovat celkem 60 kreseb, přičemž při administraci je povolená kategorická, sémantická či fonemická nápověda. (Cséfalvay, 2007; Obereignerů, 2013) Test pojmenování obrázků autorů Šteňová, Cséfalvay (2011) obsahuje 30 obrázků s vyobrazením podstatného jména a 30 obrázků znázorňující slovesa. Vždy se jedná o černobílé perokresby. Slova byla vybírána tak, aby byly zastoupeny rovnoměrně slova s různou délkou, frekvencí výskytu, dle věku osvojení a shody

⁴ V rámci nich byly vytvořeny tzv. „aphasia-friendly“ nástroje přizpůsobené jedincům s afázií. Z nich lze zmínit např. CDP (Swinburn, Byng, 2006) či ALA (Kagan, et al., 2010). (ibid.) Dále se jedná o Stroke and Aphasia Quality of Life-39 (SAQOL, Hilari et al., 2009), sebeposuzovací škálu o 39 položkách administrovanou formou rozhovoru, zaměřenou na vnímání funkčnosti nejen komunikace osoby s afázií.

pojmenování. (Cséfalvay, 2013) Oba výše zmíněné testy jsou zaměřeny na pojmenování obrázků. Dále jmenujme Peabodyho obrázkový slovníkový test (Peabody Picture Vocabulary Test, PPVT) jehož cílem je zhodnotit pasivní slovní zásobu či Slovníkový test expresivní řeči (Expressive Vocabulary Test 2nd Edition, EVT-2), který je zaměřen na aktivní slovní zásobu (Obereignerů, 2013). Mezi speciální testy lze zařadit také výše popsany Token test, který hodnotí receptivní složku řeči. Košťálová a kol. (2006) sem zařazuje také zkoušku verbální fluence s využitím hlásek N, K, P či vyjmenování co největšího počtu zvířat (tato úloha je součástí testu ACE-R).

1.6.8 Další vyšetření

1.6.8.1 Vyšetření kognitivních funkcí a deliria

Orientační posouzení kognitivních funkcí u pacientů s afázií lze provést prostřednictvím několika testů, jejichž provedení spadá do kompetence psychologů a neuropsychologů (Cséfalvay, 2013).

V běžné praxi nejužívanějšími jsou Mini-Mental State Examination (MMSE).⁵ Dalším testem je Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive Assessment) známý také jako MoCA test.⁶ Dále pak se používá Addenbrookský kognitivní test (ACE-R).⁷

Clock test (také jako Test hodin) je součástí MoCA testu i ACE-R.⁸ Pacient má za úkol nakreslit ciferník hodin spolu se správným umístěním číslic a dále zakreslit určenou polohu ručiček, nejčastěji na 11 hodin a 10 minut. V rámci tohoto krátkého testu, jehož administrace trvá zhruba 5 minut, se hodnotí paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti a výkonové funkce. (Neubauer a kol., 2007; AD Centrum, 2017)

⁵ MMSE obsahuje 30 položek v 10 subtestech. Je zaměřen na hodnocení orientace v čase a prostoru, krátkodobé paměti, pozornosti, fatických funkcí a konstrukčně-praktických dovedností (Neubauer a kol., 2007; Cséfalvay, 2013; AD Centrum, 2017).

⁶ MoCA test je zaměřen na zhodnocení vizuokonstrukčních schopností, exekutivních funkcí, jazyka, paměti, pozornosti a koncentrace, koncepčního myšlení, počítání a orientace (Cséfalvay, 2013).

⁷ Tímto testem lze posoudit stav pozornosti a orientace, paměti, slovní produkce, jazyka a zrakově-prostorových schopností. Je sice časově náročnější než MMSE, zato však dokáže přesněji zachytit kognitivní poruchu (AD Centrum, 2017).

⁸ Kromě toho je také součástí vyšetření vyšších kortikálních funkcí dle olomoucké školy.

Jedná se např. o zjišťování poruch vědomí s využitím tzv. Glasgowské stupnice hloubky bezvědomí (Glasgow Coma Scale; Teasdale, Jennett, 1974).⁹ Přítomnost deliria se orientačně posuzuje prostřednictvím škály Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICUcz, Mitášová a kol., 2009). Orientace časem, místem, osobou a situací je součástí jiných testových metod, např. MMSE, MoCA, ACE-R či ADAS-Cog. (Obereignerů, 2013)

1.6.8.2 Hodnocení specifické populace

Pro vyšetření specifické populace, konkrétně populace bilingvních osob, byl vytvořen roku 1987 tzv. Bilingvní afatický test (Bilingual Aphasia Test, BAT; Paradis, Libben, 1987), o kterém bude blíže pojednáno v dalších kapitolách této práce.

1.7 Nástin logopedické intervence

Pojem logopedická intervence vymezuje Lechta (2003) v širším slova smyslu jako proces realizovaný na třech úrovních, zahrnuje do něj diagnostiku, terapii a prevenci. My jej v kontextu této kapitoly budeme chápat úžeji jako logopedickou terapii.

Cílem by mělo být dosažení maximální možné komunikační schopnosti (Čecháčková, 2007) a dále kvality života jedince s afázií. Kvalita života je výsledkem průsečíku všech faktorů v rámci ICF modelu, tj. struktury a funkce, každodenních aktivit, participace ve společnosti, osobních faktorů a faktorů prostředí. Lze pak hovořit o existenci různých přístupů zaměřujících se na tyto jednotlivé faktory (např. Whitworth, Webster, Morris, 2014).

Je zřejmé, že klinický obraz afázie se mění, přičemž změna je dána nejen vlivem spontánní úpravy (Košťálová a kol., 2006), ale také délkou a intenzitou poskytované intervence (Cséfalvay, 2016)

Na včasnou diagnostiku navazuje okamžitá terapie, a to již v akutní fázi onemocnění. Samozřejmě se terapie v této fázi bude lišit nejen v závislosti na závažnosti poškození, nýbrž bude také odlišná od terapie ve fázi subakutní a zejména chronické. Dle Cséfalvaye (2007) je důležité aktivizovat jedince stimulačními technikami. Nezbytné je také poradenství pro

⁹ V rámci ní se hodnotí otevření očí, hlasový projev a motorická odpověď pacienta na stupnici, přičemž celkový skóre dosahuje max. 15 bodů.

rodinné příslušníky, kteří s pacientem přichází do styku a jsou zasaženi následky jeho onemocnění ve smyslu negativního ovlivnění vzájemné interakce a komunikace. Proto je úkolem logopeda překlenout komunikační bariéru mezi pacientem a jeho okolím (Cséfalvay, 2007) díky modifikaci konverzačního chování komunikačního partnera (Whitworth, Webster, Morris, 2014). Toho lze docílit např. tréninkem konverzačních partnerů v komunikačních a širší interakčních dovednostech vůči osobě s afázií. V zahraničí známé jsou např. interakční terapie či tzv. podporovaná konverzace pro osoby s afázií (SCA). (ibid.) Zmíněné metody se používají také v subakutní a chronické fázi onemocnění.

1.7.1 Směry logopedické intervence

V českém prostředí lze zaznamenat dva směry logopedické intervence afázií. Jedná se o terapii jazykových deficitů (někdy se zvlášť udává kognitivně-neuropsychologický přístup) a funkcionálně či pragmaticky orientované terapie (Cséfalvay, 2016), které se v současné době dostávají do popředí zájmu odborníků.

První zmíněné se zaměřují na trénování oblastí, ve kterých jedinec chybí. Lze zde zařadit například melodicko-intonační terapii (MIT), vysoce automatizované formy řeči (VAF) či využít kresby. Tyto techniky jsou vhodné pro osoby s výrazně narušenou expresivní složkou řeči. (Košťálová a kol., 2006; Cséfalvay, 2007) V zahraničí se dále používá tzv. nátlakově vyvolaná jazyková terapie (Constraint Induced Language Therapy; CILT) ke zvýšení verbální exprese s absencí jakýchkoliv kompenzačních komunikačních strategií (ASHA, 2017). Další kognitivně-neuropsychologicky orientované techniky, vč. příkladů, je možno nalézt v publikaci Košťálové a kol. (2006).

Pragmaticky orientovaná terapie je zacílená na deficity v sociální komunikaci ve smyslu zmírnění důsledků jazykového narušení na každodenní komunikaci osob s afázií. Je možno využít techniky PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness; Davis and Wilcox, 1985) či konverzačního tréninku (Cséfalvay, 2007). Významné je užití efektivních komunikačních strategií, vč. využití prostředků alternativní a augmentativní komunikace (např. obrázků, symbolů, neverbální komunikace, elektronických zařízení aj.) (ASHA, 2017). Z elektronických zařízení jmenujme komunikátory (BIGmack, LITTLEmack, GoTalkButton aj.) či tabulkové komunikátory (GoTalk4, 9, 20, 32+)¹⁰ (Obereignerů, 2013). Vhodné je i zařazení skupinové terapie, která nabízí nejen možnost jistého transferu komunikace

¹⁰ Komplettní nabídku pomůcek a programů lze nalézt na stránkách občanského sdružení PETIT: <http://www.petit-os.cz/>.

v přirozeném prostředí skupiny s dalšími komunikačními partnery (Cséfalvay, 2007), ale také poskytuje podporu osobě v rámci budování vlastní sebedůvěry, osobní identity a pozitivního postoje ke komunikaci (Whitworth, Webster, Morris, 2014).

K intervenci afázie a celkově kognitivních funkcí existují počítačové programy, které lze využít v klinické praxi. Z nejužívanějších zmiňme program MENTIO obsahující 5 titulů zaměřených na slovní zásobu, slovesa, paměť, skládačky a nakupování (Neubauer a kol., 2007) Dále je to již zmíněný NEUROP-3. Lze využít také systémů alternativní a augmentativní komunikace v elektronické podobě, např. programu Altík jako elektronického komunikátoru.

Love, Webb (2009) zmiňují, mimo výše uvedené, doplnění tradičních metod o farmakoterapii s nástinem konkrétních preparátů.

1.8 Prognóza

Prognózu vymezuje Dvořák (2007, str. 159) jako „*předpověď, odhad vývinu, stanovení pravděpodobnosti dalšího vývoje*“ určité poruchy. K úzdavě dochází dle Neubauera a kol. (2007) u 90 % pacientů po CMP, kteří ji přežijí. Dle Bastiaanse, Prins (2014) se poškození mozku v současné době nepokládá za trvalý stav, nýbrž naopak za stav, který je možné změnit v závislosti na několika faktorech. Hovoří se o tzv. regeneraci mozkových buněk. Mezi hlavní faktory ovlivňující „úpravu stavu“ pacienta a mající tedy vztah i k prognóze řadí zejména její závažnost, příčinu vzniku, věk pacienta a preference horní končetiny. Prognosticky pozitivnější se jeví být lehčí stupeň afázie, traumatická příčina vzniku afázie oproti cévnímu onemocnění mozku, nižší věk pacienta a levorukost, příp. ambidextrie. Ty jsou zde dávány do kontextu pravděpodobnější snazší spontánní úpravy z důvodu častější odlišné organizace jazykových funkcí v mozkové kůře (ibid.). Čecháčková (2007) se shoduje s prvními třemi faktory a přidává navíc vliv socioekonomického statutu pacienta, stejně jako jeho sociální zázemí v chronickém stádiu onemocnění.

2 Bilingvismus

Tato kapitola pojednává o bilingvistu osob dorozumívajících se mluvenými jazyky. Lze hovořit také o bilingvistu v kontextu osob se sluchovým postižením, které v různé míře ovládají jazyk mluvený a jazyk znakový. Těmto osobám však v této práci nebude věnována pozornost. Nicméně základní vymezení bilingvistu a jeho členění je stejně platné pro obě skupiny osob.

Úvodem je vhodné zmínit, že bilingvismus se vztahuje k užívání dvou (i více) jazyků, případně i dvou variant stejného jazyka. Osvojení, resp. ovládání vícero jazyků se označuje také pojmem multilingvismus (vícejazyčnost), resp. termínem trilingvismus v případě třech jazyků. (Kapalková, 2016) Dále se užívá pojmu plurilingvismus (Štefánek, Palcútová, Lanstyák, 2004) V opozici je pak pojem monolingvismus (jednojazyčnost).¹¹ V této práci bude vždy užito pojmu bilingvismus k označení jedince hovořícího dvěma či více jazyky, pojmu multilingvismus pouze tehdy, bude-li to nezbytně nutné.

2.1 Základní vymezení

Bilingvismus bývá zkoumán z pohledu mnoha vědních oborů, včetně lingvistiky (úžeji pak psycholingvistiky, sociolingvistiky, neurolingvistiky), psychologie (např. neuropsychologie), pedagogiky aj. I proto je otázka definování bilingvistu (dvojjazyčnosti, příp. dvojjazykovosti) tak obtížná. V současné době neexistuje všemi přijímaná definice, nýbrž bývá bilingvismus vymezován dle různých kritérií a autorů, kteří jej chápou více či méně striktním způsobem.

Například Bloomfield (1933 in Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011) pojímá bilingvismus jako schopnost ovládat dva či více jazyků na úrovni rodilých mluvčích. Obdobně Černý (2008) považuje za bilingvistu dokonalou znalost obou jazyků. Pokud bychom však brali v úvahu tyto definice, za bilingvního jedince bychom mohli považovat jen velmi málo osob. I sám Bloomfield dodává, že stupeň osvojení jazyka, kdy se již člověk stane rodilým mluvčím, nelze stanovit (Harding, Riley, 2008). Naopak Macnamara (1967 in Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011) chápe bilingvismus z druhé strany kontinua jako

¹¹ Monolingvismus znamená „ovládání a používání pouze jednoho jazyka“ (Štefánek, Palcútová, Lanstyák, 2004, s. 290)

schopnost jedince ovládat jiný než mateřský jazyk v alespoň jedné za základních jazykových dovedností alespoň na minimální úrovni. Tato charakteristika je naopak velmi široce pojatá a byli by dle ní bilingvní téměř všichni.

Dle Grosjean (1976 in Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011) je za bilingvismus považován stav, kdy jedinec používá dvou či více jazyků pravidelně. Stejný autor (Grosjean, 2004) definuje bilingvní osoby jako ty, používající dva či více jazyků v každodenním životě. Jako střídavé užívání dvou jazyků jedincem chápe dvojjazyčnost Mackey (1962 in Harding, Riley, 2008). Štefánik (2000) dvojjazyčnost vymezuje jako schopnost střídavého používání dvou či více jazyků v komunikaci s ostatními, a to s ohledem na komunikační situaci a prostředí.

Většina výše zmíněných definic se řadí pod kategorie uplatňující kritérium kompetence či používání jazyků. Existují i další kritéria, jako např. kritérium původu či identifikace s daným jazykem a kulturou. Všechna uvedená kritéria sestavila autorka Skutnabb-Kangas za účelem zařadit jednotlivé definice do čtyř kategorií s ohledem na tato kritéria. Na základě nich pak sestavila vlastní obšírnější definici bilingvismu. (Skutnabb-Kangas, 1984 in Doskočilová, 2002).

Pojem bilingvismus vymezují také nejružnější encyklopedie, jejichž přehled uvádí autorka Kropáčová (2006). Dále dle Logopedického slovníku je bilingvismus pojímán jako „*aktivní užívání dvou jazyků*“ (Dvořák, 2007, str. 37)

Dvojjazyčnost se však netýká pouze jedinců, ale také celé společnosti. To dokládá i definice Ottovy všeobecné encyklopedie (2010) charakterizující bilingvismus jako používání dvou jazyků jedincem, jakož i společností. Na základě toho je pak možno vymezit bilingvismus individuální a společenský, o kterých je pojednáno níže.

2.1.1 Vývoj názorů na bilingvismus

Názory na vliv bilingvismu na vývoj jedince prošly velkou proměnou a i v současné době najdeme protichůdná tvrzení. Dřívější výzkumy podporovaly stanovisko negativního vlivu bilingvismu na kognitivní vývoj jedince (např. Saer, 1923, Darcy, 1946 aj.), a to až do 60. let 20. století (Wei, 2004). Z názorů, které se objevovaly, lze zmínit např. nižší inteligenci, duševní pomatenost či vznik koktavosti u bilingvních jedinců. Tyto výzkumy však často trpěly vážnými metodologickými nedostatky (Štefánik, Pallay, 2016), např. nezohledňovaly různý socioekonomický status osob, jazyk testování byl často nedominantním jazykem

bilingvních osob či zevšeobecňovaly výsledky na všechny bilingvní osoby ve všech státech světa (Harding, Riley, 2008; Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011). Velký přelom v nahlížení důsledků bilingvismu na vývoj jedince, konkrétně na vztah mezi bilingvismem a inteligencí, přinesla studie Peal a Lamberta z roku 1962 (Bhatia, Ritchie, 2013), ačkoliv i tato měla jisté nedostatky (jednalo se o jazyky s vysokým statusem ve společnosti, prostředí výrazně podporovalo bilingvní vývoj ad.) (Harding, Riley, 2008).

Od té doby se začaly zdůrazňovat benefity, které bilingvismus s sebou může přinést. Jedná se o výhody na úrovni komunikační, kulturní a kognitivní, konkrétně např. dřívější rozvoj exekutivních funkcí, které souvisí se schopnostmi aktivace, selekce, inhibice a organizace informací během např. řešení problémů, pozdější zhoršování těchto funkcí ve stáří, lepší divergentní a kognitivní myšlení, rozvinutější metalingvistické vědomí, větší komunikační senzitivita, výhody ekonomické související s výběrem povolání, průnik do vícera kultur aj. Pozitivními důsledky se zabývá např. Ellen Bialystok. (Wei, 2004; Paradis, Genesee, Crago, 2011; Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011)

Autoři Harding a Riley (2008) zdůrazňují, že nelze jednoznačně stanovit, zda má bilingvismus pozitivní či negativní dopad na inteligenci, kognitivní funkce atd., avšak lze zaznamenat obrovské sociální výhody bilingvních jedinců. V této souvislosti je zajímavá teorie prahů,¹² která říká, že kognitivní důsledky bilingvismu jsou závislé na aktuální úrovni jazykových dovedností jedince. Zjednodušeně shrnuto, výhody jsou spojovány s pokročilou úrovní jazykových dovedností, zatímco nevýhody s jejich nízkou úrovní, přičemž úroveň jedinec získává na základě kvality interakce s jeho prostředím. (Cummins, 2000 in Paradis, Genesee, Crago, 2011) V současné době se pak těžiště zájmu přesouvá spíše na zkoumání rozdílů mezi monolingvisty a bilingvisty (Štefánik, Pallay, 2016).

2.2 Druhy bilingvismu

2.2.1 Společenský vs. individuální bilingvismus

Bilingvismus na úrovni individuální popisuje většina definic uvedených výše v tomto textu. Společenský (sociální, kolektivní) bilingvismus se týká bilingvních či multilingvních států, z nichž k těm oficiálně bilingvním či multilingvním řadíme Kanadu, Belgii, Finsko,

¹² z angl. thresholds theory

Švýcarsko, Indii, ale také Francii či Německo (Bhatia, Ritchie, 2013), USA, bývalý SSSR či bývalé koloniální státy (vč. již zmíněné Indie) (Černý, 2008). Breton (2007) uvádí, že z 200 států, které se na světě vyskytují, je oficiálně jednojazyčných „jen“ 160. Ostatně i Československá republika byla po dlouhou dobu státem bilingvním. Pokud bychom brali v potaz širší definici vícejazyčnosti zahrnující také dialekty, většina států by jistě byla multilingvní. Sociální bilingvismus se však netýká pouze států, nýbrž také sociálních skupin (např. menšinových) žijících na území daného státu.

Mezi individuálním a společenským bilingvismem je velmi úzký vztah, společenský bilingvismus nemůže bez individuálního existovat (Štefánik, 2000). Jiní autoři (Bhatia, Ritchie, 2013) naopak zmiňují, že tyto dva druhy dvojjazyčnosti nemusí být vždy nutně propojeny. Osoba kompetentní v jednom jazyce může žít ve společnosti, která je bilingvní, stejně jako bilingvní osoba může existovat ve společnosti ryze monolingvní (Harding, Riley, 2003; Bhatia, Ritchie, 2013). Je zřejmé, že např. osoba žijící v Belgii může ovládat vlámský jazyk, nikoliv však jazyk francouzský či německý. Otázkou však zůstává, do jaké míry je osoba kompetentní v druhém jazyce na receptivní úrovni. Zde opět vyvstává otázka nejednoznačného uchopení pojmu bilingvismus i z hlediska kompetence.

Dle Morgensternové, Šulové, Scholl (2011) se k označení sociálního bilingvismu užívá pojmu diglosie. Původně byl chápán ve smyslu dvou forem jednoho jazyka, později se rozšířil na vnímání termínu ve smyslu existence dvou jazyků ve stejné geografické oblasti. (Morgensternové, Šulové, Scholl, 2011). Diglosii jako užívání dvou jazyků na úrovni společnosti chápe také Baker a Jones (in Kropáčová, 2006). V našem kontextu však chápeme diglosii spíše v původním smyslu, a sice jako dvě formy stejného jazyka. V českém prostředí se jedná o hovorovou češtinu (také obecnou češtinu a dialekty) a spisovnou češtinu. Každá z nich má jinou funkci a slouží jiným účelům. (Černý, 2008)

Na úrovni individuálního bilingvismu dále odlišujeme dvojjazyčnost simultánní a sekvenční, vyváženou a dominantní, přirozenou a umělou a další, které jsou popsány v následujících podkapitolách.

2.2.1.1 Simultánní vs. sekvenční bilingvismus

Dle věku, ve kterém bylo dítě vystaveno dalším jazykům, rozlišujeme simultánní (současný) a sekvenční (sukcesivní, postupný) bilingvismus (Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011). Prve zmíněný je charakterizován osvojováním dvou a více jazyků od raného dětství

současně (Kapalková, 2016), a to nejpozději do třetího roku věku (McLaughlin, 1978, Owens, 2012 in Kapalková, 2016). Tato hranice je posunuta až na deset let věku dítěte dle Hermannové (in Kropáčová, 2006). V ideálním případě by se mělo jednat o osvojování si obou jazyků rovnoměrným způsobem (Paradis, Genesee, Crago, 2011). Někteří autoři (ibid.) však zmiňují neexistenci milníku určujícího jasnou hranici, která by odlišila tyto dva typy bilingvismu.

Bilingvismus sekvenční (sukcesivní) znamená osvojení druhého jazyka až po třetím roce věku (Kapalková, 2016), příp. až po desátém roce věku. Jedná se o jedince majícího osvojený jeden jazyk na vysoké úrovni, ke kterému přibývá osvojování druhého jazyka. Jsou označováni také jako „second language learners“. (Paradis, Genesee, Crago, 2011) Je možno také hovořit o hledisku osvojování si druhého jazyka, a to buď současně (simultánní bilingvismus) či postupně, tedy až po dostatečném osvojení prvního jazyka (sekvenční bilingvismus) (Kropáčová, 2006).

V souvislosti s věkem, kdy si jedinec osvojuje druhý jazyk, se hovoří také o bilingvistu infantním, dětském, adolescentním a dospělém (Štefánik, 2000). Pozdní bilingvismus tedy značí situaci, kdy se jedinec stane bilingvním až po období dětství (Wei, 2004) a to v adolescenci či v dospělém věku, přičemž pro tento typ bilingvismu je dle Harding, Riley (2003) častý cizí přízvuk. Prvně osvojený jazyk bývá označován zkratkou L1, druhý osvojený jazyk pak zkratkou L2 atd.

2.2.1.2 Přirozený vs. umělý bilingvismus

Podle způsobu či kontextu osvojení jazyků dělíme bilingvismus na přirozený (primární) a umělý (sekundární, školní). Primární bilingvista si osvojil druhý jazyk v prostředí domova či v jeslích a mateřské škole, tedy přirozeným způsobem v rámci každodenní komunikace, neformálně, zatímco sekundární bilingvista získal jazykovou kompetenci v druhém jazyce prostřednictvím systematického formálního vyučování, tedy ve škole, v jazykovém kurzu, případně samostudiem (Kropáčová, 2006; Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011; Bhatia, Ritchie, 2013)

Intencionální (intenční) dvojjazyčnost poukazuje na skutečnost, kdy rodič hovoří s dítětem jiným jazykem, než svým mateřským (Kapalková, 2016). Podrobněji se tímto typem bilingvismu zabýval např. Štefánik (2000).

2.2.1.3 Vyvážený vs. dominantní bilingvismus

Odlišení vyváženého bilingvismu (také symetrického či ambilingvismu) od dominantního se vymezuje na základě stupně osvojení jednotlivých jazyků (také na základě jazykové dominance či rovnováhy mezi jazyky). Zatímco vyvážený bilingvismus označuje rovnoměrné osvojení obou jazyků na stejné či podobné úrovni, dominantní bilingvismus naopak charakterizuje nevyrovnanou znalost jazyků, z nichž jeden výrazně převládá, je dominantní (Wei, 2004; Harding, Riley, 2003; Kapalková, 2016). To se týká jednotlivých oblastí jazyka (mluvená řeč, porozumění, čtení psaní) i oblastí života (v práci, ve škole, doma atp.) (Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011). Vyvážený bilingvismus spatřujeme například u dětí ze smíšených manželství, které jsou vystaveny dvěma různým jazykům rovnoměrně. (Doskočilová, 2005) Častější je však právě bilingvismus nevyvážený, kdy například dospělá osoba v pracovním procesu používá výhradně anglický jazyk, v domácím prostředí a při běžné každodenní komunikaci jazyk český. Dovednost číst v anglickém jazyce je však na mnohem nižší úrovni než kompetence v českém jazyce. (Kapalková, 2016)

Dále se někdy ještě uvádí termíny asymetrický bilingvismus označující lepší úroveň produkce než porozumění v daném jazyce, kdy jedinec má problém rozumět osobám, na jejichž vyjadřování není zvyklý, např. při vycestování do ciziny (Štefánik, 2000). Dalším termínem je semilingvismus charakterizovaný nedostatečnou znalostí obou jazyků vůbec (Wei, 2004; Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011). Nedostatečná kompetence se týká malé slovní zásoby, nesprávné gramatiky, ale také neschopnosti pracovat s jazykem tvořivě atp., které mohou vést k obtížím ve škole či zaměstnání (Kropáčová, 2006).

2.2.1.4 Receptivní vs. produktivní bilingvismus

Dle úrovně ovládnutí jazyků hovoříme o receptivním (pasivním) bilingvismu, kdy jedinec není schopen či ochoten produkce mluvené či psané v daném jazyce, ačkoliv mluvenému a čtenému rozumí. Tento typ bilingvismu je poměrně častý a vyskytuje se např. u dítěte imigrantů, kde zaznamenáváme úpadek vlivu mateřského jazyka na dítě, které mu sice rozumí, ale nepoužívá jej k aktivnímu dorozumění se s okolím. Může se také jednat o situaci smíšeného manželství, ve kterém každý z rodičů hovoří na dítě svým mateřským jazykem a mezi sebou se dorozumívají společným jazykem jiným než mateřským, přičemž tyto jsou pro partnera srozumitelné pouze na úrovni receptivní. Je způsoben nedostatečným kontaktem s jazykem. Produktivní (aktivní) bilingvismus, jak již z názvu napovídá,

představuje aktivní znalost daného jazyka, většinou zahrnující i znalost receptivní (Harding, Riley, 2003; Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011; Bhatia, Ritchie, 2013)

2.2.1.5 Aditivní vs. subtrakční bilingvismus

Aditivní bilingvismus představuje osvojování druhého jazyka, aniž by se tím ovlivnil prvně osvojený, naopak dochází k obohacování obou jazyků navzájem. Subtrakční (subtraktivní, ustupující) bilingvismus naopak charakterizuje osvojování druhého jazyka na úkor prvně osvojeného, se kterým jedinec ztrácí kontakt (Wei, 2004; Bhatia, Ritchie, 2013; Kapalková, 2016) Aditivní bilingvismus značí osvojování jazyka světového či menšinového mluvčím většinového jazyka, naopak subtrakční bilingvismus označuje nejčastěji případ osvojování většinového jazyka příslušníkem menšinové společnosti (Kropáčová, 2006) s tím, že platí výše uvedená tvrzení. Příkladem ustupujícího bilingvismu je tedy nízký status jazyka ve společnosti nebo se nejedná o majoritní jazyk společnosti.

2.2.1.6 Souřadný vs. složený vs. podřadný bilingvismus

Tyto typy bilingvismu reprezentují původní tzv. Weinreichovu typologii a odkazují na rozdíly v úrovni dovedností v daných jazycích. Tato typologie v současné době není aktuální, v době svého vzniku však ovlivnila další zpracování psycholingvistických modelů zaměřených na bilingvální lexikony. V rámci ní odlišuje Weinreich 2 typy bilingvismu, které byly dále upraveny Ervinem a Osgoodem (1954 in Harding, Riley, 2003) na 3 typy, a sice souřadný (koordinovaný), složený a podřadný (subordinovaný). Každý z nich reprezentuje určitý vztah mezi lingvistickou jednotkou a sémantickým obsahem. (Bhatia, Ritchie, 2013) Kritériem je tedy vztah mezi dvěma jazykovými systémy osoby (Kropáčová, 2006).

U koordinovaného typu má každá lingvistická jednotka svůj význam, jedinec se učí dvěma jazykům v různých kontextech a jedná se tedy o dva na sobě nezávislé systémy. Složený typ obsahuje dva lingvistické znaky, které však mají společný význam. V rámci podřadného typu existuje jeden dominantní jazyk, který nese význam obou přítomných lingvistických znaků. V tomto případě se jedinec učí druhý jazyk s pomocí jazyka dříve osvojeného, přičemž se v něm vyskytují interference na základě vzorců jazyka prvně osvojeného, dominantního. (Wei, 2004; Bhatia, Ritchie, 2013)

2.2.1.7 BICS vs. CALP

Další důležitý poznatek týkající se také osvojování jazyků přinesl Cummins. Poukázal totiž na nutnost odlišovat mezi tzv. základními interpersonálními komunikačními dovednostmi („basic interpersonal communicative skills“, BICS), které jedinec získává v běžném každodenním kontaktu s jinými lidmi a tzv. kognitivní a akademickou znalostí jazyka („cognitive/academic language proficiency“, CALP) důležitou pro úspěšné zvládání požadavků školního vyučování. (Cummins, 1979 in Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011) Potíže mohou mít například děti přistěhovalců nemající rozvinutou např. slovní zásobu odpovídající dovednosti CALP, ačkoliv dovednosti v této oblasti na úrovni BICS mají. To pak může být příčinou školního selhávání.

2.3 Příčiny vzniku bilingvismu

Bilingvismus vzniká jako důsledek jazykových kontaktů, tedy v situacích styku osob hovořících odlišnými jazyky, přičemž mezi nimi probíhá interakce, a vzájemného působení jazyků (Štefánik, Palcútová, Lanstyák, 2004; Genzor, 2015).

Jazykové kontakty vznikají v důsledku mnoha a mnoha příčin. Mezi nesporné posilující vlivy řadíme globalizaci a pohyb pracovních sil (Morgensternová, Šulová, Scholl, 2011). Existují jisté vnější okolnosti, v jejichž důsledku dochází ke kontaktu jazyků, a sice politické či vojenské akty (např. kolonizace, anexe, přesídlování či federativní uspořádání státu), v návaznosti na ně uprchlictví; přírodní katastrofy nečekaně postihující určité oblasti (záplavy, sopečné erupce, hladomor aj.) či pronásledování jedince z důvodu náboženského vyznání. (Wei, 2004; Bhatia, Ritchie, 2013; Štefánik, Pallay, 2016)

Náboženská „migrace“ však může být podmíněna také vlastní vůlí jedince. Stejně tak může být jedinec motivován z důvodu touhy ztotožnit se s konkrétní skupinou etnickou, kulturní či společenskou. Ekonomická migrace se týká již dříve zmíněného pohybu osob za prací, který je příčinou jazykové rozmanitosti v USA, ale také vedl k rozmachu bilingvismu v současné Evropě. Touha po vzdělání a v současné době významný faktor šíření jazyků prostřednictvím informačních technologií završují skupinu vnitřních příčin kontaktů jazyků (Wei, 2004; Bhatia, Ritchie, 2013)

2.4 Jazyky, bilingvismus a jejich výskyt

Dříve, než uvedeme situaci v České republice z pohledu zastoupení jednotlivých jazyků, je vhodné si stručně definovat, co vůbec odborníci považují za jazyk a jaké jsou možnosti třídění obrovského množství jazyků, které na světě existují. Dále pak se budeme zabývat výskytem bilingvismu v České republice na základě statistik dokládajících počet cizinců na našem území. Tyto statistiky také mohou posloužit ke zmapování jazyků, se kterými se lze na našem území nejčastěji setkat.

2.4.1 Vymezení a klasifikace jazyků

Jazyk z pohledu lingvistického je „základní systémový a konvenční prostředek lidské komunikace“ (Genzor, 2015, s. 584).

Existuje několik klasifikací pokoušejících se vnést jistý řád do obrovského množství existujících jazyků, a to jejich tříděním do určitých skupin a podskupin. První z nich je asi nejznámější klasifikace genetická, podle níž existuje zhruba 20 jazykových rodin (např. indoevropská), členící se do podskupin (např. jazyky slovanské), pod které spadají jednotlivé příbuzné jazyky (např. český jazyk, slovenský jazyk atp.) Z hlediska geografického se český jazyk odlišuje používáním různých dialektů (tj. nářečí). (Černý, 2008)

Nostratická teorie pracuje také s příbuzností určitých skupin jazyků. Podle této teorie existuje skupina praprajazyků (nostratické jazyky), které se dále dělí na jazyky příbuzné, např. indoevropské, semitoamitské, uralské atd. Další klasifikací je typologická klasifikace třídící jazyky na základě typů gramatiky. Tato teorie poukazuje na určité rozdíly mezi jazyky, které mohou být významné např. z hlediska jejich osvojování. V rámci ní rozlišujeme afígující a amorfní jazyky. Prvně zmíněné používají afixů a dále se diferencují na jazyky aglutinační a flexivní (mezi tyto spadá také český jazyk), členící se dále na syntetické, analytické a polysyntetické jazyky. (ibid.) Bhatia, Ritchie (2013) uvádí klasifikaci založenou na podobnosti strukturálních vzorů jednotlivých jazyků, přičemž většina spadá pod jazyky se strukturou SVO („subject-verb-object“), SOV („subject-object-verb“), VOS („verb-object-subject“).

2.4.2 Výskyt jazyků a bilingvismu ve světě

Na světě existuje přibližně 6000 jazyků (Morgensternová, Šulová, Scholl, 2001)¹³, autor Černý (2008) uvádí rozmezí 3500-7000 s dodatkem, že nelze určit přesný počet jazyků z důvodu neustálé proměny jejich počtu na základě tendencí diferenciacních a integračních¹⁴, z důvodu někdy obtížného vymezení, zda se jedná o jazyk či dialekt či nedostatečně prozkoumaných jazyků, které jsou málo rozšířené.

Ačkoliv byla indoevropská jazyková rodina roku 2000 zastoupena pouhými 6,3 % z celkového počtu jazyků, které se na světě vyskytují, jedná se o největší jazykovou rodinou na světě z hlediska počtu mluvčích (43,5 %). (Breton, 2007)

Genzor a kol. (1983) a dále Genzor (2015) sestavili v publikaci Jazyky světa pořadí jazyků dle počtu uživatelů, kteří jimi hovoří. Zvlášť pak dodávají počet uživatelů, kteří jazyka používají jako druhého osvojeného, nikoliv mateřského. První místo suverénně obsazuje čínština s více než 1 miliardou mluvčích. Druhé a třetí místo obsazuje hindština a španělština. Čtvrtou příčku pak angličtina, která má taktéž více než miliardu mluvčích, a to v případě sečtení počtu uživatelů anglického jazyka z hlediska jazyka mateřského i druhého osvojeného, přičemž druhý zmíněný údaj převažuje (640 mil. oproti 383 mil. uživatelů mateřského jazyka). Arabština, bengálština, portugalština a ruština obsazují následující pozice. (Genzor, 2015) Český jazyk se dle údajů z roku 1978 nachází na 59. místě (Genzor a kol., 1983).

Na rozšíření daného jazyka po světě může mít vliv mj. otevřenost dané komunity vůči užívání jazyka ostatními osobami (Bhatia, Ritchie, 2013). Anglický jazyk je typickým příkladem, prostupuje mnoha odvětvími a lidé z různých koutů světa s ním často mohou přijít do styku.

Na úrovni Evropské unie je dle údajů Evropské komise (2012) bilingvních 54 % osob, z toho pak 25 % je trilingvních a dále 10 % osob schopných vést konverzaci ve více než třech jazycích. U některých států (Lucembursko, Malta, Nizozemí, Lotyšsko, Slovinsko, Švédsko, Litva) je procento bilingvních osob větší než 90 %. Nejrozšířenějším mateřským

¹³ Centeno, Ansaldo (2013) uvádí počet 6912 jazyků.

¹⁴ Tendence diferenciacní značí rozrůznění několika jazyků z jediného původního jazyka (např. slovanské jazyky z praslovánštiny, románské jazyky z latiny atd.); integrační tendence je pak opakem diferenciací a v současné době má silný vliv. (Černý, 2008)

jazykem je němčina (16 %) následovaná italštinou, angličtinou, francouzštinou, španělštinou a polštinou. Nejrozšířenějším jazykem vůbec je angličtina (38 %), francouzština (12 %), němčina (11 %), španělština (8 %) a ruština (5 %).

Vezmeme-li v úvahu výše zmíněný fakt o přibližném počtu jazyků a přidáme-li k tomu odhad výskytu zhruba 200 států, které na světě existují (Štefánek, Pallay, 2016), můžeme konstatovat shodně s Harding, Riley (2003, str. 46), že „*více než polovina světové populace je bilingvní*“. Navíc se jedná pouze o hrubý odhad, jak již bylo nastíněno výše, pokud bychom za bilingvní považovali osoby dorozumívajícími se dvěma a více jazyky, včetně dialektů, byla by pravděpodobně většina populace bilingvní.

2.4.3 Výskyt jazyků a bilingvismu v České republice

Dle údajů Evropské komise (2012) je 49 % české populace schopno vést konverzaci v alespoň jednom cizím jazyce, ve dvou cizích jazycích pak 22 % a ve třech 5 % osob. Za monolingvní osoby se označilo 51 % respondentů.¹⁵

Víme, že 94 % obyvatel ČR hovoří českým jazykem (Genzor, 2015). Největší příliv osob do České republiky zaznamenáváme ze Slovenska (cca 285 000), podstatně méně pak z Ukrajiny (cca 33 000), Polska (necelých 25 000), ještě méně z Vietnamu a Ruské federace (obdobně kolem 14 000), Rumunska, Německa a jiných zemí. (MigrationsMap.net, 2017) Pro naše potřeby jsou dále signifikantní údaje o dlouhodobém a trvalém pobytu cizinců na území České republiky. Zanedbatelný není ani počet sňatků českých občanů s cizinci. Nejvýznamnější údaje nám přináší statistiky o mateřském jazyce obyvatelstva. Dle zjištění Kapalkové (2010 in Kapalková, 2016) je více než 20 % slovenských dětí v raném věku v intenzivním kontaktu s dalším jazykem mimo slovenštinu. Jedná se o 12 nejčastějších jazyků. V České republice obdobný výzkum nebyl proveden.

Dále budou prezentovány statistiky pro naši práci nejvýznamnější. Obšírnější analýza údajů je dle našeho názoru nutná pro potřeby klinické praxe (např. s ohledem na jazyky, se kterými se klinický logoped při své práci může nejčastěji setkat). Naším primárním zdrojem byl Český statistický úřad.

Počet cizinců v České republice se za sledované období (1993-2008) kontinuálně zvyšoval, v následujících dvou letech byl zaznamenán mírný pokles, avšak od roku 2011

¹⁵ V poměru ke státům Evropské unie patří toto číslo k jedněm z nejvyšších. (Evropská komise, 2012)

jejich počet opět vzrůstal, přičemž v roce 2015 počet cizinců na našem území činil něco málo přes 467 000 (z toho trvalý pobyt mělo přibližně 260 000 osob). (ČSÚ, 2016a) Podíl cizinců na obyvatelstvu v roce 2015 byl 4,3 %. (ČSÚ, 2017a) Nejnovější předběžné čtvrtletní údaje k prosinci 2016 pak udávají celkový počet 496 413 cizinců na našem území. (ČSÚ, 2017b) Tyto údaje se však vztahují k osobám, které mají státní občanství cizího státu. Nejvyšší míru zastoupení k 31. 12. 2015 měli občané Ukrajiny a Slovenska (přes 100 000), dalšími početnějšími skupinami byli občané Vietnamu, Ruska a Polska. (ČSÚ, 2017c)

Užitečné se jeví také informace ohledně rozmístění občanů cizích států na našem území. Stručně lze shrnout např. větší zastoupení občanů Polska, Německa a Slovenska v pohraničních oblastech a v Praze vzhledem k ostatním oblastem České republiky či zastoupení občanů Vietnamu na severozápadě ČR v pohraniční oblasti s Německem a na Ostravsku. Největší kumulaci ukrajinských občanů lze nalézt ve Středočeském kraji a v Praze. (ČSÚ, 2015)¹⁶

Na území ČR však mohou být také osoby mající státní občanství České republiky, jejichž národnost je jiná, než česká (vč. moravské a slezské). Do statistik počtu cizinců tak nejsou zahrnuti např. Romové. Určení národnosti (příslušnosti k národu, národnostní či etnické menšině) se však řídí vlastním rozhodnutím dané osoby, proto tyto údaje nejsou pro naše účely příliš relevantní.

Zastoupení mateřských jazyků vedle češtiny u obyvatel ČR v roce 2011 odpovídá nejpočetnějším skupinám dle státního občanství (tj. slovenština, ukrajinština, vietnamština, ruština, polština), avšak jeho hodnoty jsou mírně nižší. Občané Polska považují češtinu za svůj mateřský jazyk v 16,6 % případů, občané Ukrajiny v 7,3 % případů a občané Vietnamu v 13,9 % případů. (ČSÚ, 2014) Dle údajů Sčítání lidu, domů a bytů (in ČSÚ, 2011) z celkového počtu obyvatel (téměř 10,5 mil.) označilo za svůj mateřský jazyk češtinu 89,36 % osob¹⁷, slovenštinu pak 1,48 %, ukrajinštinu 0,46 %, polštinu 0,32 %, ruštinu stejně jako vietnamštinu 0,3 % populace. Němčina, maďarština a romština byly zastoupeny v menším počtu. (ČSÚ, 2011)

¹⁶ Údaje jsou dostupné na adrese ČSÚ v dokumentech s příponou .pdf pod názvy Rozmístění občanů Ukrajiny, Slovenska, Polska, Německa, Vietnamu na území České republiky k 31. 12. 2014.

¹⁷ Evropská komise (2012) uvádí 98 %.

Z hlediska osvojování si dalšího jazyka jsou pro nás významné také údaje týkající se počtu narozených cizinců a sňatků s cizinci. Prve zmíněná hodnota má tendenci stoupající, stejně jako druhá zmíněná hodnota, kdy přibývá zejména sňatků českých žen s cizinci. (ČSÚ, 2016b)

Lze říci, že statistiky o státním občanství, národnosti a mateřském jazyce neposkytují vždy shodné údaje, pro naše účely jsou tedy signifikantní zejména údaje o mateřském jazyce. Stále však postrádáme informace o osobách narozených v ČR mající rodiče, resp. jednoho z rodičů hovořících cizím jazykem, který si jedinec osvojuje v raném věku (je tedy bilingvní). Obdobně chybí údaje o počtu osob, které se stávají bilingvní v pozdějším věku vlivem nejrůznějších faktorů.

Zajímavé jsou také údaje týkající se počtu cizinců v lázeňských zařízeních. V těchto zařízeních ve většině případů pracuje také klinický logoped, který se setkává mj. s dospělými pacienty s afázií následkem CMP či traumatu. Počet přijatých dospělých pacientů se od roku 2011 pohybuje v přibližně stejném rozmezí. V roce 2015 se jednalo o 1326 dospělých cizinců přijatých do lázeňských zařízení (ÚZIS ČR, 2016b).

2.5 Bilingvismus a mozek

Je obecně přijímáno, že jazyk je lokalizován v určitých oblastech levé hemisféry mozku. Tato tvrzení se vážou k tzv. lokalizacionismu a prvním objevům Paula Brocy a Carla Wernickeho o oblastech mozku zodpovědných za specifické jazykové funkce. Avšak i ostatní oblasti sehrávají důležitou úlohu v tak složitém a koordinovaném procesu, jakým je zpracování jazyka. Pravá hemisféra se také uplatňuje ve zpracování jazyka, a to zejména v jeho pragmatických aspektech. (Love, Webb, 2009)

Co se týče bilingvních osob a cerebrální reprezentace a hemisférické lateralizace jazyků, bylo od těch dob provedeno mnoho výzkumů. Zkoumání mozku bilingvistů vychází ze dvou základních přístupů, a to pozorování a testování bilingvních afatiků a zkoumání bilingvistů prostřednictvím elektrofyziologických vyšetření (tj. elektrostimulace mozku, elektroencefalografická měření, např. EEG a evokované potenciály a magnetoencefalografická měření) a funkčních neurovizuálních metod (tj. PET, fMRI), tzv. experimentální přístup. (Fabbro, 2001a; Vaid, 2008; Sebastian, Laird, Kiran, 2011)

Elektrokortikální stimulace se provádí u pacientů během operace mozku, přičemž se na základě ní dají zmapovat oblasti mozku zodpovědné za jazykové zpracování u konkrétního pacienta. Elektrody se umísťují na různá místa a strany mozkové kůry. Neurobehaviorální techniky (např. EEG, evokované potenciály, PET, fMRI ad.) zkoumají neurální aktivitu napříč hemisférami i v rámci každé hemisféry zvlášť. Funkční neurovizuální metody zobrazují oblasti spojené s určitou mozkovou funkcí, a to na základě vykonání určité úlohy jedincem. Hemisférickou lateralitu lze měřit například prostřednictvím úloh dichotického poslechu či tachistoskopické zkoušky. (Vaid, 2008)

V rámci zjednodušení a zkrácení textu budeme bilingvní jedince, kteří si osvojili dva a více jazyků před šestým rokem věku nazývat pozdními bilingvisty, naopak termínem raný či časný bilingvista označíme jedince, kteří si osvojili vícero jazyků po šestém roce věku. Věk 6-7 let bývá spojován s tzv. hypotézou kritického období.¹⁸ Pro druhý osvojený jazyk¹⁹ použijeme zkratku L2, prvně osvojený jazyk²⁰ označíme zkratkou L1, a to v souladu se zahraniční literaturou.

2.5.1 Cerebrální reprezentace jazyků

Názory na zastoupení jazyků v mozku se doposud liší. V minulém století například panoval názor, že jazyky bilingvních jedinců jsou lokalizovány ve společných cerebrálních oblastech. (např. Pitres, Minkowski, Penfield). (Fabbro, 2001a) Naopak Scoresby-Jackson publikoval roku 1867 případ jedince, jehož rodný jazyk byl lokalizován v Brocově oblasti, zatímco pro další jazyky užíval oblasti před Brocovou areou. (Fabbro, 2001a) V současné době dominuje hypotéza, že různé jazyky jsou organizovány zčásti ve společných, zčásti ve specifických a oddělených oblastech mozku (Ekiert, 2003).

U bilingvních afatiků se předpokládalo, že různé vzorce poškození a obnovy (neparalelní obnova) jednotlivých jazyků, které jsou u nich pozorovány, indikují různou cerebrální reprezentaci jazyků (Fabbro, 2001a). Jiné studie naopak prokazují stejné či podobné vzory poškození a obnovy (paralelní obnova jazyků) (Mouthon, Annoni a Khateb,

¹⁸ Hypotéza kritického období říká, že lidé jsou naprogramováni k osvojování jazyků od narození do puberty, poté již mozek ztrácí schopnost plasticity a naše schopnost osvojit si jazyk „přirozenou cestou“ klesá. Tuto hypotézu podporuje mnoho praktických postřehů (např. starší lidé jen málokdy ztrácí cizí přízvuk), naopak jiné ji kritizují. (Bhatia, Ritchie, 2013)

¹⁹ z angl. second language

²⁰ z angl. first language

2013). V současné době studie bilingvních afatiků ukazují, že různé vzorce obnovy závisí spíše na patofyziologických faktorech mozkové léze než na reprezentaci jazyků (Fabbro, 2001a).

Na základě zjištění studií vycházejících z experimentálního typu přístupů je cerebrální reprezentace lexikonů L1 a L2 u raných a pozdních bilingvistů obdobná, a to nezávisle na věku akvizice, reprezentace gramatických aspektů mezi dvěma jazyky je naopak odlišná u pozdních bilingvistů. Odlišná však může být organizace jazyka při použití jiného stimulu. Například během poslouchání krátkého příběhu v L1 je aktivován větší počet obvodů než u L2. (Fabbro, 2001a) Výsledky elektrokortikální stimulace pak naznačují, že cerebrální reprezentace L1 a L2 se může lišit. Data ilustrují značnou variabilitu v anatomické distribuci jazykových lokalit u některých úloh (např. pojmenování objektů, počítání a čtení). (Vaid, 2008) Existuje však vysoká diskrepance mezi daty. Dle Mouthon, Annoni a Khateb (2013) je reprezentace L2 odlišná od reprezentace L1 v mozku, a to zejména u bilingvistů, osvojujících si druhý jazyk později v životě, zpravidla po šestém roce věku. Druhý jazyk osvojený formálně a používaný zejména ve školním prostředí bývá reprezentován v cerebrálním kortexu šířeji než L1, zatímco pokud je osvojen neformálně, jak tomu zpravidla bývá u L1, pravděpodobněji budou zapojeny také subkortikální struktury (Fabbro, 2001a).

Felton a kol. (2017) provedli studii zaměřenou na vyšetření kortikální strukturální asymetrie a morfologie (objemu) corpus callosum u monolingvistů a bilingvistů. Byly popsány změny v interhemisferální struktuře mozku mezi těmito dvěma skupinami. Signifikantní byla asymetrie tloušťky anterior cingulate napříč skupinami s převahou pravé strany u bilingvistů a naopak levé strany u monolingvistů. Dále se objevily odlišnosti v oblastech pars triangularis a sulcus frontalis inferior, které však nebyly signifikantní, avšak připomínaly dřívější nálezy jiných autorů (např. Klein a kol., 2014). Větší objem corpus callosum, významně vyšší na úrovni mid-anterior a nepatrně vyšší u centrálního segmentu, byl pozorován u bilingvistů oproti monolingvistům. Úroveň jazykových dovedností sehrála roli pouze u nižší pravostranné kortikální tloušťky anterior cingulate u jedinců s vysokou jazykovou úrovní L1, zatímco u objemu corpus callosum nebyly zaznamenány žádné signifikantní rozdíly mezi dvěma skupinami. Úroveň L2 ani věk osvojení jazyků neměl na žádný z těchto ukazatelů vliv. (Felton a kol., 2017)

Nejen kortikální, nýbrž také subkortikální struktury mozku hrají roli v jazykovém zpracování. Nejčastěji se hovoří o bazálních gangliích, thalamu, subkortikální bílé hmotě a mozečku. (Murdoch, 2004 in Azarpazhooh, Jahangiri, Ghaleh, 2010)

Subkortikální organizaci jazyků u afatických pacientů se striatokapsulární lézí zkoumali ve své studii Azarpazhooh, Jahangiri, Ghaleh (2010). Dospěli k závěru, že L1 je více reprezentován v subkortikálních oblastech než L2, přičemž tyto struktury mají větší vliv na řečovou produkci než porozumění. Dále se subkortikální organizace může měnit v závislosti na věku akvizice L2, kdy osvojení L2 v pozdějším věku značí větší zapojení subkortikálních struktur. (Azarpazhooh, Jahangiri, Ghaleh, 2010) Dále Burgaleta a kol. (2016) provedli studii zaměřenou na zjištění odlišností mezi monolingvisty a bilingvisty v morfologii subkortikálních struktur, konkrétně bazálních ganglií a thalamu. Pozorována byla expanze putamen a thalamu bilaterálně, globus pallidus vlevo a nucleus caudatus vpravo u bilingvních osob v porovnání s monolingvními jedinci. (Burgaleta a kol., 2016)

Byly také popsány faktory ovlivňující lokalizaci jazyků v mozku bilingvních jedinců. Jedná se zejména o věk akvizice L2 a úroveň jazykových dovedností (Ekiert, 2003). Již Paradis (2004a) poukazoval na to, že jazyky osvojené po 6. roce věku nejsou zpracovávány stejným způsobem jako jazyky osvojené před tímto věkem.

Sebastian, Laird, Kiran provedli roku 2011 metaanalýzu 14 publikovaných funkčních neurozobrazovacích studií bilingvistů za účelem zjistit, zda se vyskytují rozdíly v cerebrální reprezentaci mezi bilingvisty s různou úrovní jazykových dovedností. U jedinců s vysokou úrovní jazykových dovedností bylo pozorováno 141 aktivačních ložisek pro zpracování L1 a 156 aktivačních ložisek pro zpracování L2, u obou jazyků zejména v levé hemisféře.²¹ Jedinci se střední či nízkou jazykovou dovedností vykazali při zpracování L1 aktivaci 147 ložisek, a to zejména v levé hemisféře, u L2 pak 122 aktivovaných ložisek bilaterálně.²² Významný je přesah aktivity napříč jazyky u jedinců první zmíněné skupiny.

²¹ Konkrétně se jednalo o levý gyrus frontalis inferior, gyrus frontalis superior, gyrus precentralis, gyrus temporalis superior et medius, gyrus fusiformis, gyrus precuneus a cerebellum. Další aktivace byla přítomna v pravém cerebellu.

²² V tomto případě se jednalo o oblasti gyrus frontalis inferior, premotorické oblasti, gyrus fusiformis, gyrus angularis, gyrus supramarginalis a gyrus precuneus v levé hemisféře, dále v gyrus temporalis superior et medius, lobus occipitalis a cerebellum bilaterálně, a to pro zpracování L2. Při zpracování L2 byla přítomna bilaterální aktivace gyrus frontalis inferior, lobus occipitalis a cerebellum, dále aktivace gyrus frontalis medius, gyrus prefrontalis, lobus parietalis, gyrus cingulate, gyrus paracingulate a gyrus temporalis superior vlevo.

Oblasti mozku zapojené u bilingvistů s vysokou úrovní jazykových dovedností byly podobné pro oba jazyky, zatímco u jedinců s jazykovými dovednostmi na nízké úrovni existovaly rozdíly ve zpracování jazyků na úrovni mozku. (Sebastian, Laird, Kiran, 2011) Reprezentaci L1 a L2 do stejných oblastí mozku se zvyšující se úrovní jazykových dovedností potvrzuje také dřívější studie Abutalebi (2008 in Mouthon, Annoni, Khateb, 2013). Vaid (2008) však uvádí, že neexistuje konsenzus názorů na přesah aktivace oblastí L1 a L2.

Další metaanalýzu neurovizuálních studií provedli roku 2016 Liu a Cao. Autoři se zaměřili na věk akvizice jako na faktor hrající roli v podobnostech a rozdílech mezi neurálními sítěmi a aktivací L1 a L2 u raných a pozdních bilingvistů. Zjištění ukázala, že zpracování L2 zahrnuje více oblastí než zpracování L1 u pozdních bilingvistů v porovnání s časnými bilingvisty, což naznačuje vyšší náročnost zpracování druhého jazyka u pozdních bilingvistů. U pozdních bilingvistů se projevila větší aktivace v levém gyrus frontalis superior při zpracování L2. Některé oblasti levého frontálního kortexu pak byly více zapojeny při zpracování L2 než u L1, a to u obou skupin.²³ Dále zjistili, že pro zpracování L1 byl více aktivován levý gyrus fusiformis u raných bilingvistů oproti bilingvistům pozdním. Věk osvojení L2 tudíž ovlivňuje zpracování L1. (Liu, Cao, 2016)

2.5.2 Lateralizace jazyků

Častým diskutovaným tématem konce 20. století byla symetrie, resp. asymetrie reprezentace jazyků bilingvistů vůči monoligvistům. Názory se rozcházely, což bylo zapříčiněno mj. použitím různých vyšetřovacích metod a stimulů. Paradis (2004a) tvrdí, že neexistuje důkaz o odlišné lateralizaci jazykových systémů na úrovni mozku mezi bilingvisty a monolingvisty.

Na základě metaanalýzy 59 studií publikované roku 1991 a zaměřující se na rozdíly v lateralizaci mezi bilingvisty a monoligvisty skutečně nebyly prokázány žádné rozdíly mezi těmito dvěma skupinami, avšak vyskytly se rozdíly v lateralizaci raných a pozdních bilingvistů (Vaid a Hall, 1991 in Vaid, 2008). Dále metaanalýza 28 studií z roku 2005 prokázala nižší levostrannou lateralizaci u raných bilingvistů (Hull a Vaid, 2005 in Vaid, 2008).

²³ Jednalo se o gyrus frontalis medius, gyrus frontalis inferior, gyrus precentralis a insula, a to v levé hemisféře.

Další metastudie byla provedena o rok později. Jednalo se o porovnání 23 studií zkoumajících hemisférickou funkční asymetrii u monolingvních a bilingvních osob bez mozkového poškození. V rámci této studie byly zkoumány proměnné jako jazyková zkušenost, použitá experimentální metoda (tj. dichotický poslech, tachistoskopické zkoušky a tzv. „dual tasks“), dále vliv úrovně jazykových dovedností L2 a věk osvojení bilingvismu. Co se týče užitého vyšetření, bylo zjištěno bilaterální hemisférické zapojení u tachistoskopických zkoušek a tzv. „dual tasks“, naopak levohemisférová dominance u úlohy dichotického poslechu, která však byla signifikantně nižší, než u osob monolingvních. (Hull a Vaid, 2006) Zapojení hemisfér bilaterálně bylo pozorováno u raných bilingvistů, u pozdních bilingvistů sejevila dominantní levá hemisféra. Souhrnně, monolingvisté a pozdní bilingvisté mají levohemisférovou dominanci pro jazyk, zatímco raní bilingvisté (do 6 let věku) mají bilaterální organizaci pro jazyk (ibid.) Tyto nálezy potvrdila také další metaanalýza (Hull a Vaid, 2007).

Jak lze vidět, lateralizace jazyka v mozku je ovlivněna ranou jazykovou zkušeností, ale také různými metodami vyšetřování, které examinátoři použijí. Fabbro (2001a) uvádí, že během prvních stádií osvojování L2 se zdá být při zpracování verbální komunikace více zapojená pravá hemisféra, pravděpodobně proto, že začátečníci se snaží kompenzovat nedostatek lingvistických kompetencí ve druhém jazyce pragmatickými aspekty komunikace. Stejně informace spolu s uplatňováním metalingvistických dovedností od raného věku podává např. Bialystok (2001 in Hull a Vaid, 2007).

Již zmíněná metastudie Hull a Vaid (2007) navíc prokázala, že dospělí bilingvisté vykazovali pouze nepatrnou dominanci levé hemisféry v případě nízké úrovně jazykových dovedností, kdežto u bilingvistů s vysokou úrovní jazykových dovedností byla jednoznačně dominantní levá hemisféra. U dětí a dospívajících (v tomto článku do 13. roku věku) s nízkou jazykovou úrovní se pro nedostatečný vzorek nepodařilo identifikovat jazykovou dominanci hemisfér. Závěrem, věk osvojení L2 je důležitým prediktorem mozkové lateralizace, zatímco efekt úrovně jazykové zdatnosti jedince je relativně limitován. (Hull a Vaid, 2007)

Existuje několik hypotéz o tom, jak jazyková zkušenost může ovlivnit lateralizaci jazyka v mozku. Jedná se například o tzv. „second language hypothesis“, „balanced bilingual hypothesis“, „age of second language acquisition hypothesis“ či „stage of second language acquisition hypothesis“. I na testování některých z těchto hypotéz se zaměřily dvě předešlé prezentované metastudie.

Například zmíněná hypotéza druhého jazyka²⁴ říká, že bilingvní jedinci vykazují zvýšené zapojení pravé hemisféry při jazykovém zpracování vzhledem k monolingvním osobám. (Genesee, 1982 in Hull a Vaid, 2006). Tato hypotéza byla prokázána u raných bilingvistů, nikoliv však u pozdních bilingvistů (Hull a Vaid, 2006). Druhá hypotéza vyváženého bilingvismu²⁵ předpokládá, že bilingvní mluvčí s vysokou jazykovou úrovní zpracovává oba jazyky s větším zapojením pravé hemisféry než monolingvista (Galloway, 1983 in Hull a Vaid, 2006). Nálezy metastudie Hull a Vaid (2006) prokázaly větší bilaterální participaci mozku u raných bilingvistů s vysokou jazykovou úrovní vůči monolingvistům, toto však neplatí pro bilingvisty pozdní.

Co se týče subkortikální lateralizace v levé hemisféře, u monolingvistů ji poprvé navrhl Hornickel a kol. (2008 in Azarpazhooh, Jahangiri, Ghaleh, 2010). Azarpazhooh, Jahangiri, Ghaleh (2010) dospěli k závěru, že u bilingvistů mohou být jazyky lateralizovány v subkortikálních oblastech levé hemisféry.

²⁴ z angl. second language hypothesis

²⁵ z angl. balanced bilingual hypothesis

3 Bilingvní afázie

3.1 Základní vymezení

U bilingvního, stejně jako u monolingvního jedince se afázie projeví ve většině případů při poškození jazykově dominantní levé hemisféry. Nebyl prokázán zvýšený výskyt tzv. zkřížené afázie²⁶ u dvojjazyčných osob oproti osobám jednojazyčným. (Kohnert, 2013)

Stejně jako existuje mnoho typů bilingvismu a afázie, interindividuální a intraindividuální rozdíly jedinců, liší se lingvistické zkušenosti a afatické symptomy napříč jazyky i mezi bilingvními jedinci. (Centeno, Ansaldo, 2013) Paradis (2001 in Centeno, Ansaldo, 2013) uvádí, že se symptomy v jazycích dvojjazyčné osoby mohou manifestovat různým způsobem.

Základní typ, resp. syndrom afázie (tj. receptivní, expresivní, smíšený) platí pro oba jazyky, tedy pokud má jedinec například smíšený typ afázie v jednom jazyce, pravděpodobně bude narušení percepce a produkce přítomné i ve druhém jazyce (Paradis, 2004a; Kohnert, 2008). Obdobně Kohnert (2013) a Centeno, Ansaldo (2013) uvádí, že např. nonfluentní afázie se prokáže u jedince v obou jazycích, ačkoliv konkrétní symptomy mohou být odlišné v závislosti na struktuře jazyka. Závažnost poškození jednotlivých jazyků může být odlišná. (Kohnert, 2013).

Například morfologické chyby jsou více zřejmé u flektivních jazyků než u jazyků neflektivních. (Lorenzen, Murray, 2008) Povšimnout si můžeme rozdílů mezi českým a anglickým jazykem v morfologicko-syntaktické jazykové rovině. V českém jazyce by byly zřetelné chyby ve skloňování podstatných jmen, u anglického jazyka by mohly dominovat chyby v užití časů sloves (např. redukce koncového /-ed/ u minulého času či /(e)s/ v případě 3. osoby jednotného čísla). Deficity, které jsou jednoznačnější u flektivních jazyků, však nemusí nutně znamenat, že je tento jazyk narušen více, než druhý. Při popisu každého jazyka je tedy nezbytné zvážit jeho lingvistické charakteristiky. (Lorenzen, Murray, 2008)

Zajímavé je, že napříč jazyky existuje více rozdílů na úrovni gramatické než fonologické. Některé jazyky však k odlišení lexikálního významu využívají tónů (např. čínština, norština). Je zajímavé, že jedinci z Číny s Brocovou afázií nejsou sensitivní k těmto

²⁶ z angl. crossed aphasia

odlišnostem. Naopak reagují na tónové rozdíly podobně, jako by nebyli rodilí mluvčí. (Liang, 2006 in Cummings, 2014)

Neustálý kontakt jazyků u bilingvního jedince se navenek projevuje určitým jazykovým chováním, které označujeme jako přepínání kódů²⁷ a míchání kódů.²⁸ Přepínání kódů lze definovat jako střídavé přecházení z jednoho jazyka do druhého v rámci rozhovoru (Štefánek, Palcútová, Lanstyák, 2004), přičemž výrazy či věty se vyskytují ve své původní podobě, bez asimilace druhému jazyku (Štefánek, 2000).

Oproti tomu míchání kódů označuje jev užívání fonologických, lexikálních, morfosyntaktických či pragmatických vzorů z obou jazyků u bilingvních mluvčích v rámci promluvy, přičemž vzniká tzv. smíšený jazyk (Štefánek, Palcútová, Lanstyák, 2004; Paradis, Genesee, Crago, 2011). V tomto případě, na rozdíl od přepínání kódů, se výrazy asimilují, přizpůsobují druhému jazyku, a to zvukově či tvarově (Štefánek, 2000).

Přepínání či míchání jazyků označujeme za patologické v případě, kdy je pragmaticky nepřiměřené, to znamená, když mluvčí provede volbu jazyka, kterému komunikační partner nerozumí nebo není schopen monitorovat a udržet kontrolu nad výběrem požadovaného jazyka. (Riccardi, 2012) Jedná se o spontánní a nevědomé míchání, které je důkazem oslabené kognitivní kontroly jazyků (Kohnert, 2008). Na jednu stranu může nezamýšlené přepínání kódů interferovat s komunikačním záměrem, na stranu druhou může fungovat také jako kompenzační strategie (Lorenzen, Murray, 2008).

Kohnert (2008, s. 310) uvádí následující příklady nevědomého míchání či přepínání jazyků u bilingvní osoby (anglický jazyk – španělský jazyk) s nonfluentní afázií při popisu obrázku: „*Pencil ... no ... person ... father ... father ... nena (angl. baby)... no se (angl. I don't know)*“

3.1.1 Vzory poškození a obnovy

Jelikož jsou oba jazyky bilingvních mluvčích zpracovávány ve stejné hemisféře mozku v překrývajících se či přilehlých oblastech, lze předvídat, že oba jazyky budou poškozeny v podobné míře v naprosté většině případů. (Kohnert, 2013) U bilingvních afatiků je však pozorováno několik zajímavých vzorů poškození. U raných vyvážených bilingvistů se

²⁷ z angl. code-switching

²⁸ z angl. code-mixing

budou pravděpodobněji manifestovat podobné vzory napříč jazyky, zatímco u pozdních vyvážených bilingvistů spatřujeme vzory odlišné. Někteří vykazují lépe zachovaný mateřský jazyk, jiní druhý jazyk (L2), a to zejména v případě, že jej užívají častěji než první jazyk. Naopak u raných a pozdních bilingvistů s dominantním jazykem mohou být oba jazyky vážněji poškozeny. (Adrover-Roig a kol., 2012; Cummings, 2014)

Paradis (2004b) uvádí, že existují dva hlavní vzory poškození a obnovy²⁹ jazykových deficitů, a sice paralelní a neparalelní. Paralelní obnova, která je častější, značí stejný stupeň poškození obou jazyků a jejich simultánní obnovu, zatímco neparalelní obnovu charakterizuje nerovné pořadí restituce jazyků. (Paradis, 2004b) Dále je u paralelní obnovy relativní úroveň schopností L1 a L2 úměrná schopnostem jedinců v obou jazycích před poškozením mozku. U neparalelní obnovy je úroveň dovedností v každém jazyce různá, odlišnost je zřetelná při porovnání jednotlivých jazyků vzhledem k jejich premorbidním dovednostem. (Kohnert, 2013)

Celkem bylo popsáno 6 základních vzorů obnovy, a to Paradisem již roku 1977:

- paralelní
- diferenciativní, kdy jeden z jazyků je poškozen více než druhý, stejně jako obnova jednoho z jazyků je lepší vzhledem k premorbidním schopnostem bilingvní osoby
- antagonistická, tzn. oba jazyky jsou různě poškozené v průběhu času, přičemž s regresí jednoho jazyka se upravuje jazyk druhý
- selektivní, projevující se poškozením pouze jednoho z jazyků či alespoň jeden z jazyků není plně obnoven
- sukcesivní, který naznačuje postupnou úpravu druhého jazyka ve chvíli, kdy první jazyk je již plně obnoven
- smíšená, při které jsou jazyky nepřiměřeně míchány (Paradis, 2004b; Centeno, Ansaldo, 2013).

Fabbro (2001b) se zaměřil na narušení jazyka u 20 bilingvních osob s afázií se znalostí furlanštiny (u většiny účastníků mateřský jazyk) a italštiny (osvojena jako druhý jazyk v dětství). Uvádí, že 65 % pacientů této studie vykazovalo podobné poškození v obou

²⁹ z angl. recovery patterns

jazycích (paralelní), 20 % pak větší poškození L2, zatímco závažnější poškození L1 vykazovalo 15 % pacientů. (Fabbro, 2001b)

Proč je však některý jazyk po poškození mozku více zachován než jiný? Touto otázkou se zabývali mnozí výzkumníci, přičemž vzniklo několik principů či pravidel vysvětlující tento jev.

Ribotovo pravidlo tvrdí, že jazykové dovednosti naučené dříve v životě jsou odolnější ke ztrátě, protože má s nimi jedinec větší zkušenost. Pitresovo pravidlo naopak říká, že nezáleží na době akvizice, nýbrž na tom, který jazyk pacient více aktivoval v době před vznikem poškození mozku – tento by pak měl být rezistentnější ke ztrátě. Existují i další principy, hovořící například o emoční významnosti „silnějšího“ jazyka (tzv. Minkowského pravidlo). (Vaid, 2008)

3.2 Diagnostika afázie u bilingvních osob

Jak již bylo zmíněno výše, je afázie záležitostí lékařskou, avšak s přesahem do sociální oblasti a mající vliv na kvalitu života jedince. V současné době je pohled na osobu s afázií holistický, což se týká také osob bilingvních. Proto se vychází z modelu ICF vyvinutého WHO. (Kohnert, 2013)

Přístup k osobám s bilingvní afázií by měl směřovat k dosažení dvou hlavních cílů, a sice provést přesnou diferenciální diagnostiku mezi skutečnou poruchou vyplývající z neurologického poškození a chováním, které vyplývá z životních zkušeností jedince. Na základě toho pak je druhým cílem navržení přijatelné intervence. (Centeno, Ansaldo, 2013)

Stejně jako u monolingvních jedinců, i u bilingvních osob je důležité sesbírat zdravotní, sociální, školskou a pracovní anamnézu. Dále jsou nezbytné informace týkající se jednotlivých jazyků jedince, celkové komunikace a kognitivních funkcí. (Kohnert, 2013)

Někdy je nutné využít profesionálních tlumočnicků nebo pomoci bilingvních členů rodiny či přátel (Kohnert, 2013). Rodinného příslušníka je však lépe využít až jako poslední možnost (Lorenzen, Murray, 2008). Pokud jej využijeme, je třeba být si vědom chyb, které

mohou nastat (Kiran, Goral, 2012). ASHA (2017) navíc uvádí možnost konzultace s bilingvním logopedem, kulturním či jazykovým zprostředkovatelem.³⁰

3.2.1 Premorbidní jazykové údaje

Údaje týkající se jazyků lze sesbírat prostřednictvím dotazníků zaměřených na používání jazyků (tzv. „language use questionnaires“), pomocí rozhovorů či sebeposuzovacích škál. Z dotazníků, které byly vyvinuty a užívají se v zahraničí, jmenujme například Language use questionnaire (Muñoz et al, 1999) či Language Experience and Proficiency Questionnaire (LEAP-Q, Marian, Blumenfeld, Kaushanskaya, 2007). Druhý zmíněný dotazník zahrnuje otázky na dobu a kontext osvojení jazyků, jejich užívání, jazykové preference a škálu na posouzení dovedností v každém z jazyků. (Lorenzen, Murray, 2008). Dotazník je volně dostupný na internetu³¹, a to v 17 jazycích, např. anglickém, německém, arabském, francouzském, španělském či ruském. Česká verze není dostupná. Je možné jej vyplnit klasicky formou papír-tužka nebo elektronicky. (LEAP-Questionnaire, 2017)

Jak uvádí Paradis (2004b), dotazník je také možné si vytvořit, přičemž by vždy měl obsahovat otázky vztahující se k věku a způsobu akvizice jazyků (tj. formálně či neformálně), jejich současnému užívání, vč. úrovně dovedností v jednotlivých modalitách apod.

Kiran, Roberts (2008 in Kiran, Roberts, 2012) navrhuje 4 způsoby, jakými je možno zjistit úroveň dovedností v každém z pacientových jazyků. Jedná se o sebeposuzovací škály jazykových dovedností, hodnocení dle členů rodiny, posouzení historie akvizice a užívání každého jazyka. Každý z těchto typů je nekompletní a nedokonalý, proto je vhodné je kombinovat. Užití několika zdrojů poskytne jasnější a přesnější profil premorbidních jazykových dovedností pacienta. (Kiran, Roberts, 2012)

Co se týče sebeposuzovacích škál, je možno použít pětibodovou či sedmibodovou škálu. Alternativní verzí je úsečka, na které pacient zaznačí své premorbidní jazykové dovednosti, a to od nulových po dovednost na úrovni rodilého mluvčího. U osob s afázií však sebeposouzení není zcela přesné. (ibid.)

Druhým způsobem je hodnocení jazykových dovedností pacienta členy jeho rodiny, přičemž je vhodné zeptat se více členů rodiny. Choť pacienta/pacientky, dospělé dítě či

³⁰ z angl. cultural or language broker

³¹ <https://www.bilingualism.northwestern.edu/leapq/>

kdokoliv jiný velmi blízký pacientovi může poskytnout cenné informace, a to za použití obdobných numerických či vizuálních škál, jaké jsou zmíněny výše. Někteří pacienti se totiž v sebeposuzovacích škálách hodnotí příliš přísně či naopak své jazykové dovednosti nadhodnocují. (Kiran, Roberts, 2012)

Dalším důležitým dílkem informací je stupeň užívání každého z jazyků v různých stádiích, tj. ve vzdělávání, běžném životě a práci. Například expozice majoritnímu jazyku se může zvýšit s nástupem dítěte do formálního vzdělávání. Dále prostředkem vyučování nemusí nutně být preferovaný jazyk jednotlivce. Důležitý je časový odhad užívání jednotlivých jazyků pacienta během typického dne a víkendu vyjádřený v procentech. (ibid.)

Údaje o premorbidních jazykových dovednostech jsou důležité z hlediska zvýšení přesnosti stanovení diagnózy a následně naplňování optimálního terapeutického programu. (Centeno, Ansaldo, 2013) Shodně Kiran, Goral (2012) uvádí, že důkladné zhodnocení anamnestických údajů, včetně zhodnocení jazykového pozadí (tj. akvizice jazyků, dovednosti v každém z nich, používání jazyků) může zlepšit proces diagnostiky i intervence. Nutné je zhodnocení premorbidních jazykových dovedností a určení současného poškození jednotlivých jazyků za účelem stanovení „vzoru“ poškození. Pokud například pacientova premorbidní úroveň dovedností v jednotlivých jazycích byla odlišná, pak v případě, že po poškození mozku bude taktéž vykazovat odlišnou úroveň jazykových dovedností, budeme hovořit o paralelním poškození. (Kiran, Goral, 2012) Pokud bychom tak neučinili a usuzovali na vzor poškození pouze ze současného stavu jazyků pacienta, pravděpodobně bychom poškození zhodnotili jako neparalelní a dopustili se tak závažného omylu.

Důležitost vyšetření premorbidní sociodemografické a jazykové úrovně bilingvního jedince prokazuje také případová studie bilingvní osoby (francouzština – angličtina) s afázií. Autoři uvádí, že bez těchto údajů by osoba mohla být chybně posouzena. (Lekoubou a kol., 2015).

3.2.2 Formální testování jazykových dovedností

V rámci vyšetření můžeme využít různých nástrojů. Screeningové vyšetření se provádí v akutní fázi, zatímco více komplexní diagnostika by měla být uskutečněna v subakutní fázi, kdy jsou jazykové schopnosti více stabilizované (Adrover-Roig a kol., 2012)

Bhatia, Ritchie (2013) uvádí, že při vyšetření jazyků bilingvní osoby je třeba se zaměřit na všechny jazykové oblasti (tj. recepce, exprese, lexie, grafie). Kohnert (2013) podává obsírnější výčet vyšetřovaných oblastí, a sice nutnost zaměřit se na porozumění, produkci, čtení, psaní, verbální fluenci, automatické řady a opakování slov či vět, a to ve všech jazycích, které bilingvní osoba ovládá.

Formální zhodnocení jazyků se primárně provádí pomocí testů vytvořených pro bilingvní mluvčí (Paradis, 2004b). Testy, které nejsou adaptovány, nýbrž jen přeloženy, neberou v potaz kulturně-lingvistické odlišnosti jazyků, proto se jejich užívání nedoporučuje. (Lorenzen, Murray, 2008)

Roberts (2008 in Kiran, Roberts, 2012) poznamenává, že neexistuje dostatek testů určených pro bilingvní afatiky. Obdobně Lorenzen a Murray (2008) hovoří o nutnosti vývoje takovýchto nástrojů, stejně jako o jejich kritické evaluaci s ohledem jedinečné charakteristiky a potřeby bilingvních klientů s afázií.

Mezi nejznámější a nejužívanější testy vytvořené pro bilingvní osoby patří Bilingvní afatický test (BAT, Paradis, Libben, 1987). Neslouží primárně ke klasifikaci jednotlivých typů afázie, nýbrž identifikuje narušené jazykové dovednosti. (Lorenzen, Murray, 2008)

Skládá se ze tří částí. Část A obsahuje 50 položek pro zhodnocení povahy bilingvismu pacienta, část B se skládá ze 472 položek zaměřených na vyšetření jazykových schopností konkrétního jazyka. Testuje se pojmenování, ukazování, porozumění, verbální fluence, ale také např. posouzení dramatickosti, auditivní rozlišování slov apod. Poslední část C, obsahující 58 položek, detekuje interference přítomné v daném jazykovém páru. (Fabbro, 2001b; Lehečková, 2012) Část B je možné v případě nedostatku času zkrátit (Bilingual Aphasia Test, 2017).

Role examinátora je záměrně potlačena, vyšetřující pouze zapíše odpovědi pacienta (+ správná, - nesprávná, 0 žádná), které jsou dále zpracovány pomocí počítačového programu. Ten pro každou část (B a C) udává absolutní číslo a procento správných odpovědí u každé lingvistické dovednosti a lingvistické úrovně. (Fabbro, 2001b). Takovéto zapsání odpovědí však předpokládá, že examinátor zná správné odpovědi, se kterými může výkon porovnat. Avšak jak uvádí Lehečková (2012, s. 675) „*není například jasné, s jakým jazykovým útvarem afatický projev srovnávat. Je kritériem správnosti spisovná čeština, obecná čeština, dialekt, ...?*“

Test je dostupný v mnoha adaptovaných verzích online³², a to ve více než 60 jazycích, včetně arabštiny, němčiny, španělštiny, ruštiny, vietnamštiny, ukrajinštiny a češtiny. (Bilingual Aphasia Test, 2017) Adaptace probíhaly ve spolupráci s kolegy a rodilými mluvčími daných jazyků, přičemž každá jazyková verze testuje gramatické, lexikální, morfologické a fonologické rysy jazyků v ekvivalentní složitosti. (Amberber, Cohen, 2012) Avšak ne vždy se požadavek na kulturně a lingvisticky ekvivalentní testy daří dodržet. Lehečková (2012) uvádí, že jednotlivé úlohy často kopírují stimuly z angličtiny a nezaměřují se na typické projevy v daném jazyce.

Dále je BAT dostupný v jazykovém páru češtiny s anglickým, německým, řeckým, ruským a švédským jazykem. Existují také verze screeningových testů (Bilingual Aphasia Screening Test), nejsou však dostupné v českém jazyce. Test není standardizován na českou populaci. (Bilingual Aphasia Test, 2017) Další zajímavý rys BATu spočívá v tom, že je adaptován do každého jazyka nejen lingvisticky, nýbrž také kulturně. (Amberber, Cohen, 2012). Nevýhodou testu je jeho časová náročnost (Cséfalvay, 2003).

Ačkoliv byl původně sestaven k porovnání jazykového výkonu u bilingvních osob s afázií, může být také úspěšně použit ve výzkumu či v klinické praxi ke zhodnocení jazykových schopností u bilingvních a multilingvních osob s demencí, Parkinsonovou chorobou a mozkovým nádorem. (Amberber, Cohen, 2012)

Jak uvádí Centeno, Ansaldo (2013) v anglické a španělské verzi existuje poměrně velké množství testových nástrojů, jmenovitě Multilingual Aphasia Examination ve verzi anglické (MAE-E, Benton a kol., 1994) a španělské (MAE-S, Rey a kol., 1991), obdobně PALPA³³ a EPLA³⁴. Lorenzen, Murray (2008) výčet doplňují o španělské verze testů Western Aphasia Battery³⁵, Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia³⁶, Boston Diagnostic Aphasia Examination³⁷. Aachen Aphasia Test³⁸ je dostupný v několika jazycích. (Lorenzen, Murray, 2008)

³² <http://www.mcgill.ca/linguistics/research/bat>

³³ Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia; Kay a kol., 1992

³⁴ Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia; Valle a Cuetos, 1995

³⁵ Kertesz, Pascual-Leone a Pascual-Leone, 1990

³⁶ Kay, Lesser a Coltheart, 1992

³⁷ Goodglass a Kaplan, 1986

³⁸ Huber, Poeck, Weniger, Willmes, 1983

Na nezanedbatelný vliv vzdělanosti na dosahování skóru v testu (tzn. čím vyšší vzdělání, tím vyšší skóre) poukazuje Centeno, Ansaldo (2013). Dále hovoří o lepším výkonu u mladších bilingvních jedinců oproti starším osobám, dosahování vyššího skóre v dominantním jazyce, stejně jako v jazyce výuky u tzv. akademických úloh. (Centeno, Ansaldo, 2013)

V rámci vyšetřování by mělo být také přijato několik metodologických preventivních opatření. Týkají se například vyšetření každého z jazyků zvlášť v jiný den či důkladný popis přepínání jazyků před vznikem mozkového poškození. (Fabbro, 2001b)

Kiran, Goral (2012) a Kiran, Roberts (2012) navrhuji využít alternativních vyšetřovacích postupů, a sice verbální fluence a narativních schopností. V rámci testů verbální fluence se užívají dvě základní formy, a to sémantická (např. kategorie zvířat, potravin apod.) a fonetická (tj. vyjmenovat slova začínající určitou iniciální hláskou). Výhodou těchto úloh je rychlý hrubý odhad schopnosti lexikální produkce a také možnost měřit změny v čase. (Kiran, Roberts, 2012)

Co se týče testování narace, doporučují stejní autoři neužívat pouze jeden konkrétní obrázek, ale zadat úlohu pacientovi např. takto „řekněte mi něco o vaší práci, jak se hraje ... sport, jak se připravuje ... jídlo“ atp. Další možností je vyprávění příběhu na základě série dějových obrázků. Na základě narace lze zhodnotit morfosyntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické schopnosti jedince. Důležité je zmínit, že tyto alternativní postupy nemohou nahradit standardní testy afázie, které jsou založeny na hodnocení mnohem širšího rozsahu jazykového chování. (ibid.)

Kromě standardizovaného testování lze provést analýzu konverzačních vzorků. Mohou nám pomoci odhalit užívání specifických psycholingvistických strategií podobné přepínání a míchání jazyků u intaktních bilingvistů. (Centeno, Ansaldo, 2013)

Komplexní vyšetření by mělo zahrnovat poměrně přesný obraz o silných a slabých stránkách jednotlivých jazyků. Cílem tohoto vyšetření je na základě zjištěných deficitů v jednotlivých jazykových modalitách určit zaměření terapie. (Lorenzen, Murray, 2008)

3.2.3 Další vyšetření

Dále by měl klinický logoped sesbírat informace týkající se schopnosti pacienta komunikovat své pocity, přání a potřeby, sdílet informace s ostatními v širokém okruhu témat

s podstatnými detaily, dále užívat zdvořilostní výrazy, např. prosím, děkuji, promiňte aj. (Kohnert, 2013) Nejedná se o jazykové dovednosti, nýbrž o schopnost komunikovat s ostatními, dorozumívat se s nimi, sdílet, resp. být s nimi v interakci skrze komunikaci.

Pro tento účel lze využít Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA FACS, 2003) ke zhodnocení funkční komunikace ve čtyřech oblastech, a sice sociální komunikace, komunikace základních potřeb, čtení, psaní a čísla a denní plánování. (Kohnert, 2013) U nás existuje standardizovaný Dotazník funkcionální komunikace (DFK, Košťálová a kol., 2012), o kterém bylo pojednáno v 1. kapitole.

Dále je nutné, v souladu s ICF modelem identifikovat bariéry či naopak facilitátory komunikace na úrovni prostředí. (Kohnert, 2013)

Důležitou součástí je vyšetření kognitivních funkcí bilingvních afatiků, neboť traumatické poškození mozku a vaskulární poškození může vyústit ve specifické kognitivní narušení u bilingvních mluvčích. Ke zhodnocení kognitivních schopností však bylo zkonstruováno či adaptováno jen velice málo nástrojů. (Lorenzen, Murray, 2008; Adrover-Roig a kol., 2012)

3.3 Nástin logopedické intervence u bilingvní afázie

V současné době se výzkumy zaměřují zejména na zhodnocení vlivu terapie prováděné v jednom jazyce, resp. ve více jazycích. Dále pak se zkoumají faktory, které je nutné zvážit při volbě jazyka terapie. Odborníci se také zabývají tzv. transferem napříč jazyky³⁹, tedy přenosem výsledků terapie z jednoho jazyka do jazyka druhého. (Gitterman, Goral, Obler, 2012; Centeno, Ansaldo, 2013) Dále se zkoumá, na který jazyk či jazykový prvek by se měla terapie zaměřit k dosažení maximálního zisku u netrénovaného jazyka. (Gitterman, Goral, Obler, 2012)

V případě volby jazyka terapie musíme vzít v potaz několik faktorů, a sice volbu samotného pacienta, dále zdatnost bilingvní osoby v jednotlivých jazycích, frekvenci používání jednotlivých jazyků ad. (Kiran, Goral, 2012).

³⁹ z angl. cross-linguistic transfer; užívá se také pojmu cross-linguistic generalization (generalizace napříč jazyky)

Nejen z důvodu limitovaného počtu bilingvních logopedů je často terapie poskytována pouze v jednom jazyce (Gitterman, Goral, Obler, 2012). Dříve se prosazovala intervence pouze v jednom jazyce z různých důvodů. Například Wald (1958 in Centeno, Ansaldo, 2013) uvádí zpoždění úpravy všech jazyků při provádění terapie ve více jazycích. V současné době např. Ansaldo a kol. (2010, in Centeno, Ansaldo, 2013) naopak zmiňuje, že stimulace obou jazyků je vhodnější.

Neexistuje konsensus názorů ohledně vlivu terapie v jednom či obou jazycích na jejich zlepšení. Někteří výzkumníci preferují terapii v mateřském jazyce, jiní se přiklánějí k terapii méně poškozeného jazyka, zatímco ostatní hovoří o zacílení na nejvíce poškozený jazyk. Výběr jazyka rehabilitace však záleží z velké části na rozhodnutí pacienta a jeho rodiny. Obecně platí, že při terapii pouze jednoho z jazyků se pozitivní účinky projeví také v druhém jazyce. (Fabbro, 2001b) Transfer napříč jazyky je pravděpodobně ovlivněn několika faktory. Lepší přenos můžeme očekávat například v případě intervence zacílené na kognitivní dovednosti a podobnosti napříč jazyky.⁴⁰ (Kohnert, 2008b)

Například studie Kiran a Edmondse (2004) prokázala, že sémantická terapie více poškozeného jazyka může vést ke generalizaci výsledků i do jazyka druhého u jedinců s vyváženým jazykovým profilem. Naopak u osob, u kterých probíhala terapie v dominantním jazyce, bylo zjištěno zlepšení pouze v tomto jazyce. Zlepšení obou jazyků se projevilo pouze při vedení terapie ve slabším jazyce. Obdobné výsledky publikovali ve studii Edmonds, Kiran (2006). Naopak výzkum Crofta a kol. (2011) prokázal odlišné výsledky. Tři z pěti případů vykázalo generalizaci napříč jazyky při vedení terapie v jazyce více dominantním.

Na úrovni lexikálně-sémantické je zřejmé zlepšení přesnosti a rychlosti pojmenování u příbuzných slov (z angl. „cognates“)⁴¹ následkem terapie. (Kohnert, 2004)

Přehled 14 studií Faroqi-Shah a kol. (2010) poukazuje na to, že terapie vedená v méně dominantním L2 vede k pozitivnějším výsledkům vzhledem k terapii v L1, a to i u bilingvních osob s afázií v chronické fázi. Transfer napříč jazyky se ve většině studií prokázal přítomný zejména tehdy, když byl L1 jazykem terapie, přičemž věk akvizice ani typologie jazyka neměli výraznější efekt.

⁴⁰ z angl. cross-linguistic similarities

⁴¹ Jedná se o slova se stejným lingvistickým původem, mají podobný význam i formu (např. v anglickém jazyce „is“, „mother“ a v německém jazyce „ist“, „mutter“ apod.)

Stále však zůstává otázkou role intervenujících proměnných v terapii afázie, a to zejména vliv spontánní úpravy, celkové zdraví pacienta, ale také vliv akvizice jazyků či jazykových podobností. (Kohnert, 2008b)

Při poskytování terapeutické intervence je mj. důležité přihlédnout ke specifickým, která vyplývají z různých kultur (např. u některých arabských kultur jsou doteky přijatelné pouze mezi členy stejného pohlaví, Asiaté nepreferují přímý zrakový kontakt atd.) (Centeno, Ansaldo, 2013) Celkově je třeba brát v úvahu i odlišnosti neverbální komunikace.

ASHA (2017) uvádí, že cílem intervence nemusí být nutně úplná úprava obou jazyků. Například u dvojjazyčné osoby s globální afázií, která užívá španělský jazyk doma a v komunitě, zatímco anglickým jazykem hovoří pouze v práci, a u které zároveň víme, že návrat do práce není realizovatelný, se primárně zaměříme na terapii jazyka španělského.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření

4.1 Cíl výzkumu a stanovení výzkumných otázek

Cílem práce je analýza problematiky afázie u bilingvních osob, neboť toto téma není v české odborné literatuře dostatečně zpracováno. Dále byly vytyčeny následující parciální cíle:

- teoretická analýza a komparace české i zahraniční odborné literatury,
- empirická analýza případových studií bilingvních osob s afázií se znalostí českého a dalšího jazyka.

Jsou prezentovány dvě případové studie osob s afázií, hovořících českým a dalším jazykem, u kterých byla posouzena úroveň dovedností v jednotlivých jazykových oblastech obou jazyků premorbidně i po vzniku afázie. V souladu s tím byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň jazykových kompetencí u zkoumaných osob po poškození mozku?
 - Jaká je úroveň jazykových kompetencí v českém jazyce u zkoumaných osob po poškození mozku?
 - Jaká je úroveň jazykových kompetencí v dalším jazyce u zkoumaných osob po poškození mozku?
 - Jaká je úroveň jazykových kompetencí obou jazyků u zkoumaných osob po poškození mozku při jejich komparaci?
2. Jaká je úroveň jazykových kompetencí u zkoumaných osob po poškození mozku vzhledem k jejich premorbidnímu stavu?
 - Jaká je úroveň jazykových kompetencí v českém jazyce u zkoumaných osob po poškození mozku vzhledem k jejich premorbidnímu stavu?
 - Jaká je úroveň jazykových kompetencí v dalším jazyce u zkoumaných osob po poškození mozku vzhledem k jejich premorbidnímu stavu?
 - Jaká je úroveň jazykových kompetencí u zkoumaných osob po poškození mozku při komparaci obou jazyků vzhledem k jejich premorbidnímu stavu?

3. Jaký je vzor poškození jazyků u zkoumaných osob?

- Jaké pravidlo týkající se neparalelního poškození jazyků lze u zkoumaných osob po poškození mozku potvrdit?

4.2 Případové studie

Případová studie neboli kazuistika se „*zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů*“ (Hendl, 2005, s. 103). Její význam tkví v možnosti porozumět dalším případům na základě sesbírání velkého množství dat jednoho případu a jeho důkladného prozkoumání. (Hendl, 2005) Kombinují se přitom zdroje dat charakteru kvalitativního i kvantitativního. Pracovat lze s jedním případem, mnohopřípadové studie pak lze vzájemně srovnávat. (Yin, 2009) Výsledkem kazuistiky je sepsání souhrnné zprávy, která obsahuje výsledky zkoumání a celkové zhodnocení případů (Hendl, 2005).

4.2.1 Výběr a charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor zahrnuje dva případy, dva pacienty, kteří byli vybráni formou záměrného (účelového) výběru. Záměrný výběr je označován jako „*postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností*“ (Miovský, 2006, s. 135). Základem je stanovení kritérií (příp. kritéria), na základě kterých se vyhledávají jedinci vhodní pro účast ve výzkumu (Miovský, 2006).

Základním souborem v naší práci byli pacienti se získanou poruchou fatických funkcí po cévní mozkové příhodě či jiné příčině neprogresivního charakteru a zároveň osoby se znalostí dvou a více jazyků v anamnéze. Nezbytnou podmínkou byl poskytnutý souhlas s účastí na výzkumném šetření. V rámci bilingvismu byly vyloučeny osoby mající pouze receptivní znalost jednoho z jazyků a dále osoby s umělým (školním) bilingvismem. Vybrány byly naopak osoby s produktivním a přirozeným bilingvismem. Věk osvojení obou jazyků přitom nehrál roli. Stejně tak nebylo bráno v potaz, zda se jedná o dvojazyčnost simultánní či sukcesivní, bilingvismus vyvážený či dominantní. Vyloučeny byly dále osoby komunikující prostřednictvím znakového a mluveného jazyka a osoby s narušením fatických funkcí získanými v dětském věku (tzv. dětská afázie). Tímto způsobem byl získán soubor dvou pacientů, kteří splňovali tato kritéria:

- získaná porucha fatických funkcí v dospělosti a stáří,
- CMP či jiná příčina afázie neprogresivního charakteru v anamnéze pacienta,

- bilingvismus pacienta,
- souhlas s účastí na výzkumném šetření.⁴²

Vyloučení byli pacienti s následujícími typy bilingvismu:

- receptivní⁴³,
- umělý,
- bilingvismus založený na komunikaci prostřednictvím mluveného a znakového jazyka.

Z hlediska pohlaví a věku se jedná o dvaadvadesátiletou ženu a třiašedesátiletého muže.

4.2.2 Metody sběru dat

Sběr dat probíhal prostřednictvím kombinování několika metod. Jednalo se o anamnestický polostrukturovaný rozhovor, posuzovací škály, studium textových dokumentů a vlastní testování.

4.2.2.1 Rozhovor

Jedná se o metodu získávání kvalitativních dat, kterou nelze provádět samostatně, nýbrž se vždy kombinuje s metodami pozorování (Miovský, 2006).

Za účelem zjištění anamnestických dat bylo použito metody polostrukturovaného interview neboli rozhovoru. To znamená, že tazatel si předem připraví určitý seznam otázek či témat, které v rámci rozhovoru musí probrat, tzv. jádro interview. V průběhu dotazování je mu však umožněno zaměřovat pořadí otázek, přidávat je, vynechávat či měnit jejich formulace dle konkrétní situace. (Hendl, 2005; Miovský, 2006) Hendl (2005) označuje tuto metodu jako rozhovor pomocí návodu. Anamnézu pak Dvořák (2007, s. 18) definuje jako „*soupis významných údajů o prodělaných chorobách, subjektivních obtížích a zdravotních, sociálních a ekonomických podmínkách nemocného.*“

Byly vytvořeny anamnestické otázky, které jsou uvedeny v příloze č. 4. Jsou zaměřené na zjišťování osobní, rodinné a sociální anamnézy. Významné jsou dále otázky zacílené na zjišťování premorbidní úrovně jazykových dovedností v obou jazycích bilingvní osoby.

⁴² V příloze č. 7 je uveden vzor informovaného souhlasu.

⁴³ To však neplatí pro osoby multilingvní, resp. trilingvní s receptivní znalostí pouze jednoho z jazyků.

Podkladem pro výběr a zpracování vhodných otázek byla část A a část B testu BAT (Paradis, Libben, 1987) a dále dotazník Anamnesis Multilingual Children (Sig, 2011). Ačkoliv je druhý zmíněný zdroj určen primárně pro děti, lze se o něj dle našeho názoru opřít při tvorbě vhodných otázek s respektováním účelu, ke kterému otázky slouží.

4.2.2.2 Posuzovací škály

Jak je uvedeno v teoretické části této práce, pro posouzení premorbidních jazykových dovedností je možné použít (sebe)posuzovacích škál. I zde nám jako inspirace pro zpracování jedenáctistupňové numerické škály (viz příloha č. 5) posloužil výše zmíněný dotazník Anamnesis Multilingual Children. Bilingvní osoby a jejich rodinní příslušníci zaznamenávali na škále od 0 (vůbec) do 10 (velmi dobře) premorbidní úroveň obou jazyků v základních jazykových oblastech (tj. produkce, percepce, lexie, grafie) u zkoumané osoby. Byla využita vždy kombinace posouzení samotným pacientem a rodinným příslušníkem nebo dvěma rodinnými příslušníky, aby byla zajištěna větší objektivita získaných dat. Sběr dat od více rodinných příslušníků je v souladu s informacemi uvedenými v teoretické části této práce.

4.2.2.3 Textové dokumenty

Jedná se o data, která byla získaná v minulosti někým jiným, za jiným účelem. Nejedná se tedy o tvorbu nových dat, ale o získání těch, které již jsou vytvořené. (Hendl, 2005) Údaje lze získat prostřednictvím zdravotní dokumentace, úředních dokumentů, vč. soudních spisů, osobní korespondence, deníků atp. (Miovský, 2006).

Základním zdrojem informací v našem výzkumu byla lékařská dokumentace, a sice zpráva z neurologického vyšetření, dále zpráva z logopedického vyšetření, v rámci níž jsme u jednoho případu analyzovali také výsledky testu MASTcz (Košťálová a kol., 2008), který byl administrován a vyhodnocen klinickou logopedkou.

4.2.2.3.1 Mississippi Aphasia Screening Test (česká verze)

Jak bylo zmíněno výše, u jednoho případu byly posouzeny jazykové dovednosti v českém jazyce prostřednictvím testu MASTcz (Košťálová a kol., 2008). Jedná se o českou verzi původního testu Mississippi Aphasia Screening Test (MAST, Nakase-Thompson et al., 2002). Tento screeningový test je zaměřen na zjištění přítomnosti či nepřítomnosti afázie, a to již v akutní fázi u lůžka pacienta. Umožňuje orientační posouzení míry narušené komunikační schopnosti, při opětovném použití pak posouzení vývoje stavu poruch fatických funkcí. Test

je rozdělen do dvou oblastí, a sice produkce a percepce řeči, a celkem devíti subtestů. (Cséfalvay, Košťálová, 2013) Výsledek pěti subtestů náležejícím k produkci řeči se označuje jako index produkce, index rozumění je výsledkem čtyř subtestů zaměřených na zhodnocení řečové percepce.

Jednotlivé položky jsou hodnoceny nulou až dvěma body, kromě subtestu fluence při popisu fotografie, který je skórován nulou, pěti nebo deseti body „*podle počtu produkováných výrazů za danou časovou jednotku*“ (Cséfalvay, Košťálová, 2013, s. 108). V rámci tohoto subtestu se hodnotí také informační hodnota sdělení. V subtestu rozumění alternativním otázkám lze získat celkem 20 bodů. Index produkce a index rozumění pak udává celkový jazykový index, jehož hodnota je nula až sto bodů.

Produkce řeči zahrnuje následující subtesty:

1. automatická řeč
2. pojmenování
3. opakování
4. fluence při popisu
5. psaní na diktát

Rozumění řeči zahrnuje následující subtesty:

6. rozumění alternativním otázkám
7. rozumění slovu-identifikace objektů
8. rozumění verbální instrukci
9. rozumění čtené instrukci

Test je snadno dostupný, jednoduchý a jeho administrace trvá maximálně čtvrt hodiny (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

4.2.2.4 Vlastní logopedické vyšetření

Vlastní logopedické vyšetření, resp. kvalitativní posouzení jazykových dovedností v jiném než českém jazyce bylo provedeno prostřednictvím testu vlastní konstrukce u jednoho případu. Druhá bilingvní osoba byla vyšetřena pomocí BATu (Paradis, Liben, 1987) v obou jazycích.

U jednoho případu byl autorkou této práce vytvořen test k posouzení jazykových dovedností v ukrajinském jazyce (viz příloha č. 6), a to na základě převzetí a modifikace částí několika testů. Jedná se o Vyšetření fatických funkcí (VFF; Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003), MASTcz (Košťálová a kol., 2008) a Bilingvní afatický test (BAT; Paradis, Libben, 1987), který v ukrajinském jazyce upravila Natalija Olynets.⁴⁴ Bylo zváženo posouzení jazykových dovedností pomocí BAT v ukrajinském jazyce, jelikož se však pacient nacházel v akutní fázi onemocnění, bylo provedeno pouze kvalitativní posouzení dovedností v ukrajinském jazyce pomocí vytvořeného testu. Užití obdobných úloh následně posloužilo k porovnání obou testů. Důvodem užití vlastního testu byla tedy akutní fáze onemocnění, resp. stav pacienta a přítomnost globální afázie těžkého stupně.

Test obsahuje celkem 10 položek, a sice:

1. spontánní řeč
2. automatismy
3. pojmenování
4. opakování slov
5. rozumění slovu – identifikace objektů
6. rozumění mluvené instrukci
7. rozumění čtené instrukci
8. čtení slov
9. opis slov
10. diktát slov

Při zadávání testu byla přítomna dcera pacienta, která působila v roli tlumočnicka do ukrajinského jazyka. Aby se předešlo ovlivnění výsledku testu užitím českého jazyka, a jelikož examinátor (autorka této práce) není znalá ukrajinštiny, byly úlohy zadávány v anglickém jazyce směrem k rodinnému příslušníkovi pacienta, který je následně překládal do ukrajinského jazyka.

⁴⁴ BAT je dostupný také v ukrajinském jazyce (část A a B), chybí však tzv. „language-pair specific test“ (část C) v jazykovém páru ukrajinský jazyk-český jazyk. Vytvoření této části se však jeví jako vhodné, už vzhledem k tomu, že v České republice je podíl osob s národností ukrajinskou vzhledem k ostatním národnostním menšinám největší (jak je uvedeno v teoretické části této práce).

Celý postup zadávání lze vyjádřit následujícím jednoduchým schématem:

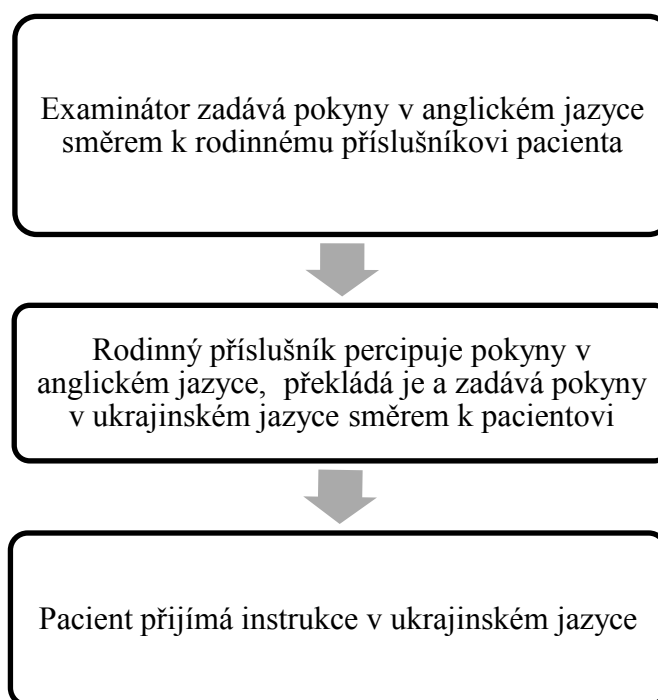


Schéma 1 Postup zadávání testu k posouzení dovedností v ukrajinském jazyce

Vyšetření ukrajinského jazyka tímto testem proběhlo během jednoho přibližně třicetiminutového sezení. Vyhodnocení testu má pouze kvalitativní charakter, test nemá stanovené skórování, není standardizován.

U druhého případu byl použit test BAT (Paradis, Libben, 1987), a to v české adaptaci autorek Kateřiny Křivinkové a Petry Minaříkové a dále v maďarské adaptaci autorky Magrit Lábas Weber. Test je blíže popsán v teoretické části této práce, uveďme jen, že u obou jazykových adaptací byla použita část B zaměřující se na vyšetření jazykových dovedností, a to od položky číslo 18. Předchozí položky se zaměřují na premorbidní stav daného jazyka, který jsme zjišťovali pomocí anamnestického polostrukturovaného rozhovoru, jak je blíže popsáno výše. Celkem část B obsahuje 32 úloh dále rozčleněných do 427 položek. Došlo k modifikaci některých položek testu, konkrétně se jednalo o položky č. 24, 138, 143, 146, 151, 280 a 281. Modifikace budou uvedeny dále v rámci analýzy výsledků u úloh k nim náležejících.

Z důvodu časové náročnosti, a také na základě informací uvedených v teoretické části práce ohledně posuzování dvou jazyků zvlášť v různých dnech, jsme vyšetření rozdělili na dvě přibližně devadesátiminutová sezení.

Zadávání a záznam odpovědí české adaptace testu bylo provedeno autorkou práce. Při zadávání maďarské adaptace byl testu přítomen rodinný příslušník bilingvní osoby znalý maďarského jazyka. Tohoto neprofesionálního tlumočníka bylo užito z důvodu neznalosti maďarštiny autorkou této práce. Rodinný příslušník byl obeznámen s testem, se způsobem zadávání i zaznamenávání odpovědí. Následně působil v roli examinátora. Odpovědi pak byly zapisovány do testu duplicitně nejen examinátorem, ale také autorkou této práce.

5 Kazuistika č. 1

5.1 Zkoumaná osoba

Zkoumaná osoba A je třiašedesátiletý muž, pravák, narozený na Ukrajině poblíž polských hranic. Byl přijat na neurologickou kliniku nejmenované nemocnice v České republice v září roku 2016 z důvodu CMP ischemického typu. Hospitalizován byl následně po dobu 1 měsíce. K setkání s pacientem za přítomnosti rodinného příslušníka došlo přibližně po 14 dnech jeho hospitalizace v září roku 2016. V této době byl také realizován rozhovor s rodinným příslušníkem za účelem zjištění anamnestických údajů a premorbidního stavu pacienta, včetně dosažené úrovně jazykových dovedností v obou jazycích. Dále bylo provedeno zhodnocení percepce, produkce, lexie a grafie v ukrajinském jazyce prostřednictvím vytvořeného testu. Pacient byl ochoten podrobit se vyšetření, spolupráce s ním byla dobrá. Jedná se o velice společenského člověka, který je mimo jiné velkým fanouškem fotbalu. Má rád přírodu, zejména zvířata. Jedná se o bilingvního pacienta se znalostí ukrajinštiny, češtiny a receptivně také ruštiny.⁴⁵

5.2 Anamnéza

Základním zdrojem informací při zpracování anamnézy byla lékařská dokumentace. Dále byl uskutečněn polostrukturovaný anamnestický rozhovor s dcerou pacienta. Veškeré údaje jsou zpracovány a použity se souhlasem zkoumané osoby.

5.2.1 Sociální a pracovní anamnéza

Zkoumaná osoba žije s družkou v bytě v Brně. Má dvě dcery. Vystudoval střední odborné učiliště průmyslového typu, obor strojař. Po ukončení studia pracoval 26 let jako strojař, po ztrátě zaměstnání se přestěhoval do České republiky, kde v profesi strojaře pokračoval.

⁴⁵ Ačkoliv byla přítomnost receptivního bilingvismu v anamnéze pacienta vylučovacím kritériem, v tomto případě mohl být pacient do studie zařazen. I při opomenutí znalosti ruského jazyka se totiž jedná o bilingvního pacienta se znalostí českého a ukrajinského jazyka.

5.2.2 Osobní anamnéza

Diagnóza pacienta při příjmu na neurologickou kliniku se závěrem ischemická CMP s lokalizací přední mozkové cirkulace vlevo na podkladě aterotromboticko-embolického mechanismu, pravostranná hemiplegie, globální afázie s alexií a agraphií, suspektně delirium.

Do nemocnice byl pacient přijat v srpnu 2016, CT mozku a angiografie mozkových tepen prokázaly uzávěr ACI vlevo. Dále byl vyšetřením zjištěn nález ischemie staršího data s lokalizací vlevo frontálně a drobnější postischemické změny bílé hmoty mozkové. Po dvou dnech bylo realizováno kontrolní CT vyšetření mozku s nálezem nových okrsků ischemie s lokalizací vlevo na pomezí fronto-temporo-parietálním a occipito-parietálním a také v oblasti bazálních ganglií.

Zpočátku se u pacienta vyskytovala smíšená forma deliria, s převahou hyperaktivní formy, dominantní byla porucha koncentrace pozornosti a neklid.

Vyšetření klinickým logopedem po přijetí pacienta na neurologickou kliniku prokázalo přítomnost globální afázie s alexií a agraphií, posléze nastala úprava klinického obrazu, která se manifestovala při propuštění pacienta z nemocnice jako Wernickeho afázie s alexií a agraphií. Jistá úprava nastala také v rámci pohyblivosti PHK, a to do obrazu pravostranné hemiparézy. Hemiplegie a následná hemiparéza PHK byla příčinou těžké poruchy grafomotorických dovedností této končetiny. Pacient byl propuštěn po měsíci hospitalizace s doporučením pokračování v intenzivní logopedické péči.

5.2.3 Premorbidní úroveň jazykových dovedností

Údaje o premorbidních jazykových dovednostech byly získány na základě polostrukturovaného rozhovoru s dcerou pacienta. Dále byly použity posuzovací škály, na kterých dva rodinní příslušníci zvlášť zaznačili premorbidní úroveň jednotlivých jazykových oblastí zkoumané osoby.

Zhodnocení premorbidních dovedností v daných jazycích před vznikem onemocnění je důležité z hlediska stanovení závažnosti narušené komunikační schopnosti v těchto oblastech a následného směřování terapie. Toto tvrzení je v souladu s informacemi obsaženými v teoretické části této práce. Např. pacient, jehož schopnost lexie a grafie určitého jazyka před vznikem CMP byla na nízké úrovni z různých důvodů (např. nutnost užívání těchto dovedností), bude po vzniku CMP a následné manifestaci klinického obrazu afázie

(a zde i přidružené alexie a agrafie) vykazovat dovednost lexie a grafie maximálně stejnou, příp. i horší. To je pak určující také pro stanovení terapeutického plánu. Dále od pacienta, jehož produkce v daném jazyce byla na velmi nízké úrovni, přičemž ostatní oblasti ovládal na úrovni odpovídající hodnotám 8-10, budeme po přidělení diagnózy afázie očekávat mnohem lepší dovednosti právě v oblastech porozumění, čtení a psaní.

Jak již bylo uvedeno výše, pacient se narodil na Ukrajině a v České republice žije již 19 let. Na Ukrajinu jezdí 1-2 krát měsíčně. Hovoří ukrajinským jazykem, českým jazykem a receptivně ovládá také jazyk ruský. Jedná se o bilingvního, resp. multilingvního pacienta. V souladu s teoretickou částí práce můžeme hovořit o tzv. pozdním a sukcesivním bilingvistu, jelikož český (i ruský) jazyk pacient nabyt až v pozdějším věku, a nikoliv současně s jazykem ukrajinským. O ukrajinském jazyce pak hovoříme jako o jazyce primárním. V souvislosti se znalostí ruského jazyka na úrovni porozumění pak můžeme hovořit o bilingvistu receptivním.

Primárním jazykem pacienta je ukrajinština, kterou hovoří každodenně v mnoha oblastech běžného života, zejména doma s rodinou, s příbuznými a známými, ale také v práci s kolegy apod. Na počátku školní docházky, tj. v šesti či v sedmi letech, se naučil číst a psát ukrajinskou cyrilicí.

S českým jazykem se pacient setkal poprvé zhruba před 19 lety. Nejdříve se typicky rozvíjela percepce, později, dle dcery asi po 5 letech, byl schopen také produkce v tomto jazyce. Češtinu využívá zejména v rámci dorozumívání se s kolegy v práci, ale také v rámci běžných aktivit každodenního života (důvodem je právě pobyt na území České republiky). Co se týče sledování televizních programů, převažují ty s českým jazykem, což však může být dáno také jejich větší dostupností. Dále dcera uvádí rozvoj schopnosti číst a psát v českém jazyce zhruba 5 let po příchodu do České republiky.

V následujících tabulkách je zhodnocena úroveň jazykových dovedností před vznikem CMP zkoumané osoby, a to na základě jejich posouzení dvěma rodinnými příslušníky. Posouzení bylo provedeno pro český a ukrajinský jazyk zvlášť.

Český jazyk											
Produkce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lexie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grafie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabulka 3 Dosažená úroveň znalosti českého jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle dcery

Český jazyk											
Produkce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lexie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grafie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabulka 4 Dosažená úroveň znalosti českého jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle družky

Hodnocení premorbidní úrovně znalosti českého jazyka se u obou rodinných příslušníků lišilo. Oblast produkce hodnotili jako dobrou ($\bar{x} = 8,5$), oblast percepce velmi dobrou ($\bar{x} = 9,5$), lexii jako dostatečnou ($\bar{x} = 6$) a znalost grafie jako dobrou ($\bar{x} = 7,5$). Celkově byla úroveň znalostí v českém jazyce dle rodinných příslušníků na nižší úrovni, oproti znalosti ukrajinského jazyka premorbidně.

Ukrajinský jazyk											
Produkce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lexie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grafie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabulka 5 Dosažená úroveň znalosti ukrajinského jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle dcery

Ukrajinský jazyk											
<i>Produkce</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Percepce</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Lexie</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Grafie</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabulka 6 Dosažená úroveň znalosti ukrajinského jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle družky

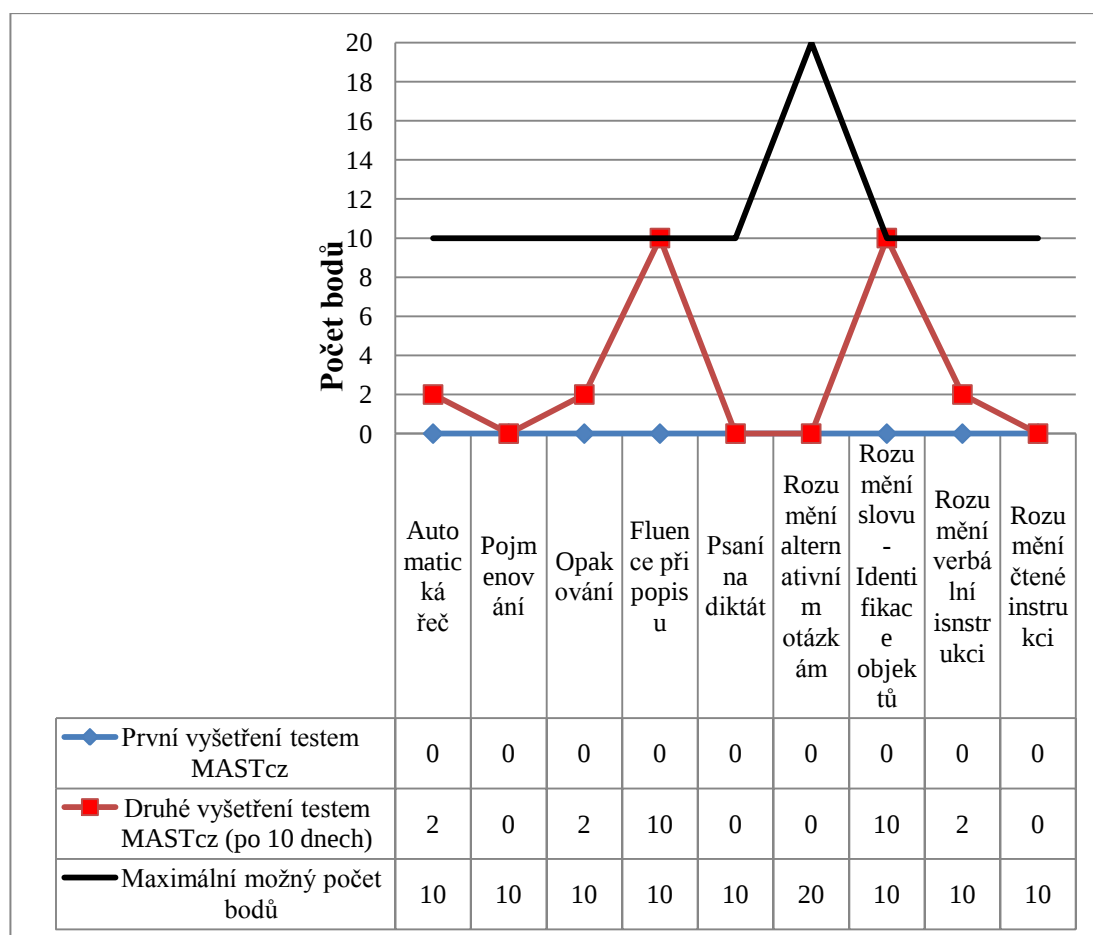
Z tabulek vyplývá, že dosažená úroveň znalosti ukrajinského jazyka před vznikem CMP byla dle posouzení dvou rodinných příslušníků ve všech oblastech velmi dobrá, odpovídající stupni 10, tj. produkce ($\bar{x} = 10$), percepce ($\bar{x} = 10$), lexie ($\bar{x} = 10$), grafie ($\bar{x} = 10$).

5.3 Diagnostika narušené komunikační schopnosti

5.3.1 Diagnostika NKS v českém jazyce a analýza výsledků

Diagnostika jazykových schopností v češtině byla provedena klinickým logopedem pomocí MASTcz testu, a to několik dnů po vzniku onemocnění a následně 10 dní po prvním vyšetření. Test byl popsán v předchozí kapitole této práce.

V následujícím grafu jsou zachyceny a porovnány naměřené výkony v jednotlivých subtestech MASTcz.



Graf 2 Porovnání naměřeného výkonu testem MASTcz při prvním a následném vyšetření

Z grafu lze vyčíst, že při prvním vyšetření testem MASTcz vykázal pacient 0 bodů u všech položek. Index produkce, index rozumění, jakož i celkový jazykový index se rovná nule. Výkon můžeme přisuzovat iniciální fázi onemocnění, negativní vliv zde může sehrát také suspektní delirium. Celkově pak orientačně odpovídá diagnóze globální afázie s alexií a agraphií s přihlédnutím ke zmíněným faktorům.

Při druhém vyšetření byl celkový jazykový index pacienta na 26 bodech. Index produkce čítal 14 bodů, index rozumění 12 bodů. Jednotlivé subtesty vztahující se k produkci řeči byly ohodnoceny následovně:

1. automatická řeč: 2 body

Pacient zvládl napočítat od 1 do 10. Ostatní úlohy, tj. vyjmenovat po sobě dny v týdnu a dokončit různá přísloví, však již nezvládl.

2. pojmenování: 0 bodů

Pacient nezvládl pojmenovat ani jeden z 5 nabízených stimulů.

3. opakování: 2 body

V této úloze zvládl pacient zopakovat slovo *dort*, další 2 slova a věty nebyl schopen opakovat po examinátorovi.

4. fluence při popisu: 10 bodů

Oproti prvotnímu vyšetření, kdy pacient nebyl schopen jakékoliv fluentní produkce, byl pacient schopen popsat fotografii s dosažením plného počtu bodů, informační hodnota sdělení však byla nulová, pacient produkoval nesmyslné výrazy, vytvářel neologismy, celkově byla souvislá produkce nesrozumitelná.

5. psaní na diktát: 0 bodů

Pacient nenapsal jediné ze 4 diktovaných slov. Těžce je narušena obsahová i formální stránka psaní.

Jak již bylo zmíněno výše, index rozumění činil 12 bodů. Ohodnocení jednotlivých subtestů percepce řeči je uvedeno níže.

6. rozumění alternativním otázkám: 0 bodů

Pacient nebyl schopen odpovědi ano/ne na zadané otázky.

7. rozumění slovu – identifikace objektů: 10 bodů

Správná identifikace se podařila u všech pěti prezentovaných slov. Pacient dosáhl plného počtu bodů.

8. rozumění mluvené instrukci: 2 bodů

Z pěti instrukcí pacient správně provedl jednu, a sice *Otevřete ústa*. Ostatní instrukce na pokyn examinátora neprovedl.

9. rozumění čtené instrukci: 0 bodů

V této úloze pacient neporozuměl instrukci napsané na papíře, kterou měl vykonat. Rozumění čtenému textu je těžce narušeno.

Zlepšení jazykových funkcí lze připisovat poskytované každodenní terapeutické intervenci, nesmíme však opomenout ani vliv spontánní úpravy. Podíl intervence a spontánní úpravy na zlepšení těchto funkcí však není možné jednoznačně stanovit.

5.3.2 Diagnostika NKS v ukrajinském jazyce a analýza výsledků

Posouzení jazykových dovedností v ukrajinštině bylo provedeno autorkou této práce prostřednictvím vytvořeného testu zhruba 2 týdny po vzniku onemocnění.

Test, který byl popsán výše v této práci, není standardizován, výsledky byly tedy zhodnoceny pouze orientačně a mají kvalitativní ráz. Zhodnocení výkonu zkoumané osoby v jednotlivých subtestech je uvedeno níže.

1. spontánní řeč

Pacient měl popsat černobílý obrázek, neprodukoval však žádné srozumitelné slovo, v řeči se objevovaly neologismy. Ačkoliv byl schopen jisté produkce, její informační hodnota byla nulová.

2. automatické řady

Počítání od 1-10 se zdařilo s vizuální nápodobou, vyskytly se však fonemické parafázie. Dny v týdnu spontánně nevyjmenuje, daří se s obtížemi a pouze s nápovědou vyjmenovat dny od pondělí do čtvrtku (*ponedilok – chetver*).

3. pojmenování

Ze šesti objektů prezentovaných před pacientem nevybaví samostatně žádný pojem. Využití sémantické nápovědy neprokázalo žádný efekt. Využití sluchové a verbální nápovědy (řinčení klíčů a počátečních hlásek) částečně facilitovalo vybavení slova (*klyuch*). Nelze však hovořit ani o jednom spontánně a správně vybaveném pojmu.

4. opakování slov

Celkem měl pacient zopakovat 8 slov, věty nebyly v rámci této úlohy zařazeny. Zcela správně zopakoval dvě jednoslabičná slova (*kit*, *med*). U jednoho dvojslabičného slova pacient dané slovo deformoval, vyskytla se delece části slova i substituce počáteční hlásky jinou hláskou (*kserk* ze slova *tserkva*). Dále se u trojslabičného slova s otevřenými slabikami vyskytla delece první a poslední hlásky (*uzyk* ze slova *muzyka*). Patrná byla delší latence v odpovědích a nutnost vícečetného opakování u dvojslabičných a trojslabičných slov.

5. rozumění slovu – identifikace objektů

Úkolem v tomto subtestu bylo identifikovat pět objektů na základě rozumění slyšenému. Pacient správně označil všech pět předmětů umístěných před ním.

6. rozumění mluvené instrukci

Obsahem této položky bylo porozumění sedmi instrukcím různé náročnosti. Jednoduché instrukce (*Otevřete ústa. Zavřete oči.*) pacient provedl správně. Složitější instrukce, vyžadující provedení dvou úkonů a porozumění složitějším logicko-gramatickým strukturám již nebyl s to provést (např. *Dejte hodinky pod papír. Je-li v místnosti postel, dotkněte se ucha.*). Ani jednoduchou instrukci *Dotkněte se ucha* však nevykonával.

7. rozumění čtené instrukci

Dcera byla požádána napsat instrukce na papír formátu A4 (každou zvlášť), které si měl pacient přečíst a následně provést. Z pěti instrukcí po přečtení nevykonával ani jednoduché instrukce typu *Otevřete ústa* či *Zvedněte ruku*.

8. čtení slov

Pacient nepřečte ani jedno z osmi prezentovaných slov, které se liší svou délkou a náročností (od jednoslabičných po víceslabičná slova). Pokusy o přečtení slova se prezentují jako reduplikace určitých slabik a nemají žádný informační charakter (např. „vovovova“).

9. opis slov

V této položce je úkolem opsat čtyři slova lišící se, podobně jako v předchozí úloze, svou náročností od jednoslabičných po víceslabičná slova. U jednoslabičného slova *pit* (*pit*) zvládá napodobit iniciální hlásku, dále se objevují nesmyslné čáranice. Při dalším psaní se

objevuje perseverace písmena п a opět čáranice. Patrný je nedostatečný přítlak, tremor, což může být částečně způsobeno psaním nepreferovanou horní končetinou.

10. diktát slov

Obdobně jako v předchozí úloze pacient není schopen smysluplného a srozumitelného psaného projevu při diktátu pěti různě náročných slov. Těžce narušena obsahová i formální stránka psaní.

5.4 Nástin terapeutické intervence

Pacientovi byla po dobu hospitalizace poskytována každodenní logopedická péče. V iniciační fázi onemocnění, i vlivem přítomnosti deliria, se terapie zaměřovala zejména na rozvoj orientace. Postupně, i se zlepšující se spoluprací pacienta, byla využita terapie prostřednictvím vysoce automatizovaných forem řeči (VAF), dále trénink nominativní funkce jazyka spolu s nácvikem čtení, porozumění slovu i verbální instrukci, a to v obou jazycích. Dále byl zahrnut také nácvik psaní levou horní končetinou z důvodu přetrvávající pravostranné hemiparézy těžkého stupně.

Zpočátku pacient produkoval pouze v ukrajinském jazyce, byla tedy nutná spolupráce s rodinou při zajištění překladu z ukrajinského jazyka do jazyka českého, později byl pacient schopen produkce i v českém jazyce. Spolupráce s rodinou (dcerou, družkou) však byla po celou dobu intervence výborná, následovali veškerých doporučení klinické logopedky a denně procvičovali zadaná cvičení. Do konce února roku 2017 pacient docházel na logopedii v místě bydliště.

6 Kazuistika č. 2

6.1 Zkoumaná osoba

Zkoumaná osoba B je dvaadevadesátiletá žena narozená v Maďarsku. Jedná se o pacientku s preferencí levé horní končetiny, avšak přeučenou na pravou horní končetinu pro výkon psaní. Byla přijata na neurologickou kliniku nejmenované nemocnice v České republice v březnu roku 2017 z důvodu ischemické CMP. Hospitalizována byla po dobu 14 dní, následně byla propuštěna domů. K prvnímu setkání s pacientkou došlo v dubnu roku 2017, a to přibližně tři týdny po vzniku CMP. Celkově byla realizována dvě setkání, vždy za přítomnosti rodinných příslušníků v domácím prostředí. Při prvním setkání proběhl sběr anamnestických dat formou polostrukturovaného rozhovoru a dále byla zhodnocena úroveň jazykových dovedností v českém jazyce. Při druhém setkání, které bylo uskutečněno po pěti dnech od setkání prvního, byly posouzeny jazykové dovednosti v jazyce maďarském za přítomnosti a s pomocí rodinného příslušníka hovořícího maďarštinou. Pacientka byla ochotna podrobit se vyšetření, spolupracovala výborně. Její zálibou jsou zejména zahradnické práce, dříve velmi ráda četla. Jedná se o bilingvní pacientku se znalostí českého a maďarského jazyka. Dále pacientka uvádí receptivní znalost slovenštiny.⁴⁶

6.2 Anamnéza

Při zpracování anamnézy bylo použito informací z lékařské dokumentace. Dále proběhlo polostrukturované interview se samotným pacientem, zacílené na zjištění anamnestických dat. Veškeré údaje jsou zpracovány a použity se souhlasem zkoumané osoby.

6.2.1 Sociální a pracovní anamnéza

Zkoumaná osoba žije v panelovém domě v Brně spolu s manželem. Má dvě děti. Vystudovala střední odborné učiliště, obor sklář. Poté pracovala na různých pozicích, např. jako tlumočnice do maďarštiny, učitelka, administrativní pracovnice či strážná objektu.

⁴⁶ I v tomto případě je receptivní znalost tolerována, neboť pacientka by byla bilingvní i bez případné znalosti slovenského jazyka. Jelikož je však receptivní bilingvismus vylučovacím kritériem, hodnocení jazykových dovedností ve slovenštině nebylo realizováno.

6.2.2 Osobní anamnéza

Diagnóza pacientky při příjmu na neurologickou kliniku se závěrem ischemická CMP, dále sopor, kvadraparéza s pravostrannou akcentací do středně těžkého až těžkého stupně na pravé dolní končetině, fluentní afázie s alexií a agrafií, orofaryngeální dysfagie středně těžkého stupně.

Pacientka byla na neurologickou kliniku přijata v březnu 2017, CT mozku prokázalo levostrannou lézi v oblasti bazálních ganglií s perifokálním edémem a nález starších postischemických změn vlevo v temporálním laloku. Na magnetické rezonanci byly přítomné vícečetné ischemické ikty v obou karotických povodích, vlevo v oblasti bazálních ganglií a dále fronto-parietálně vlevo a parieto-occipitálně vpravo.

Pět dní po přijetí do nemocnice byla pacientka vyšetřena klinickým logopedem pomocí MASTcz testu, index produkce činil 26/50, index percepce 38/50 bodů. Celkový jazykový index byl na 64 bodech ze 100. Byla prokázána afázie fluentního typu s alexií a agrafií, která se postupně upravila do obrazu fluentní afázie lehkého stupně přítomné při propuštění pacientky z nemocnice. Taktéž se upravila dysfagie a pravostranná hemiparéza, oboje do lehkého stupně. Pacientka byla propuštěna po 14 dnech hospitalizace, byla informována o možnosti pokračovat v logopedické péči ambulantní formou.

6.2.3 Premorbidní úroveň jazykových dovedností

Premorbidní jazykové údaje byly získány na základě polostrukturovaného rozhovoru s dcerou pacientky a dále pomocí posuzovacích škál. Na nich ohodnotila úroveň svých znalostí v jednotlivých jazycích samotná pacienta a následně byly posouzeny také rodinným příslušníkem.

Zkoumaná osoba se narodila v Maďarsku matce původem ze Slovenska a otci původem z Maďarska. Ačkoliv byla její matka Slovenka, hovořila na ni maďarským jazykem. Celou školní docházku pacientka absolvovala v rodném Maďarsku, ve 21 letech se pak přestěhovala do České republiky. Každý rok však navštěvuje svou rodinu v Maďarsku a naopak přijímá návštěvy z Maďarska.

Ovládá český a maďarský jazyk, slovenštinu pouze na receptivní úrovni. Jedná se o bilingvní, resp. multilingvní pacientku. I v tomto případě hovoříme v souladu s teoretickou částí práce o tzv. pozdním, dospělém a sukcesivním bilingvismu, neboť český jazyk nebyl

osvojován současně s jazykem maďarským, naopak byl osvojen po třetím i desátém roce života již v dospělém věku. Maďarština je primárním jazykem, čeština jazykem sekundárním, avšak nikoliv osvojeným prostřednictvím formálního vyučování.

Maďarský jazyk, coby jazyk primární, byl zkoumanou osobou po příchodu do ČR používán poměrně často, a to v práci (zejména při povolání učitelky, tlumočnice do maďarského jazyka), ale také doma s dětmi. V současné době je jeho používání omezeno spíše na kontakty s rodinou, která každoročně přijíždí do ČR z Maďarska. Jak již bylo zmíněno výše, celá školní docházka byla absolvována v rodné zemi, tudíž zde byla přibližně v 6 letech osvojena také dovednost číst a psát v maďarštině.

S českým jazykem se pacientka setkala poprvé ve svých 21 letech po příchodu do ČR. Jelikož bylo potřeba naučit se jazyku velmi rychle, dokázala dle svých slov rozumět češtině i dorozumívat se jejím prostřednictvím již po dvou letech strávených v České republice. S češtinou se setkávala každý den, hovořila jí se sousedy, přáteli i zcela neznámými lidmi. Naučila se číst i psát v českém jazyce, jelikož však absolvovala formální vyučování v Maďarsku, potíže jí činilo např. rozlišování i/y ve slovech. Postupně se čeština stala nejen více užívaným nástrojem pro dorozumívání, ale zkoumaná osoba také například preferovala knihy v českém jazyce.

V tabulkách níže je uvedena dosažená úroveň jazykových dovedností v českém a maďarském jazyce před vznikem CMP. Posouzení bylo provedeno zkoumanou osobou a dále její dcerou.

Český jazyk											
Produkce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lexie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grafie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabulka 7 Dosažená úroveň znalosti českého jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle zkoumané osoby

Český jazyk											
Produkce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lexie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grafie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabulka 8 Dosažená úroveň znalosti českého jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle dcery

Úroveň znalostí českého jazyka ve 4 základních oblastech byla lépe ohodnocena dcerou oproti zkoumané osobě. Ta uvedla u každé oblasti o dva stupně nižší úroveň znalostí. Průměrné hodnoty u všech oblastí přesto odpovídaly velmi dobré úrovni ($\bar{x} = 9$).

Maďarský jazyk											
Produkce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lexie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grafie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabulka 9 Dosažená úroveň znalosti maďarského jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle zkoumané osoby

Maďarský jazyk											
Produkce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lexie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grafie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabulka 10 Dosažená úroveň znalosti maďarského jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle dcery

Znalost maďarského jazyka před vznikem CMP byla posouzena mírně lépe dcerou než samotnou pacientkou. Průměrné hodnoty však stále odpovídají velmi dobré úrovni v oblasti produkce ($\bar{x} = 9,5$) a percepce ($\bar{x} = 9$) a dobré úrovni v oblasti lexie ($\bar{x} = 8,5$) a grafie ($\bar{x} = 8,5$).

6.3 Diagnostika narušené komunikační schopnosti

Pro diagnostiku byl použit Bilingvní afatický test, který je popsán v teoretické části této práce. Konkrétně se jednalo o českou a maďarskou adaptaci testu. Pro testování každého z jazyků bylo vyhrazeno zhruba devadesátiminutové sezení. Nebyl použit specifický test jazykového páru (tzv. „language-pair specific test“), neboť ve dvojici český jazyk-maďarský jazyk neexistuje.

V rámci BATu existují dvě fáze skórování, a sice zaznamenávání skóru do testu během jeho administrace prostřednictvím zatrnutí absence či přítomnosti (a typu) odpovědi pacienta a následná detailní analýza některých úloh (tj. spontánní řeči, popisu obrázku, čtení, opisu, diktátu a spontánního psaní) po ukončení testu. Zatímco v první fázi může výsledky zaznamenávat v podstatě kdokoliv (tzn. i neprofesionální examinátor), druhá fáze předpokládá zhodnocení odborníkem (logopedem, resp. afaziologem, lingvistou, neurolingvistou, psycholingvistou). (Paradis, Libben, 1987)

V rámci této práce byla první fáze provedena autorem práce a rodinným příslušníkem zkoumané osoby. Pokud to bylo možné, byla druhá fáze provedena taktéž autorem této práce. Důvodem nemožnosti provést detailní analýzu spontánní řeči a popisu obrázku bylo respektování přání zkoumané osoby tyto úlohy nenahrávat.

6.3.1 Diagnostika NKS v českém jazyce a analýza výsledků

Diagnostika jazykových dovedností v českém jazyce byla realizována pomocí MASTcz testu klinickým logopedem, a to 5 dní po přijetí pacientky na neurologickou kliniku. Autorkou této práce byly dále zhodnoceny jazykové dovednosti prostřednictvím české verze Bilingvního afatického testu, a to 24 dní po vzniku CMP. Jednalo se tedy již o subakutní fázi onemocnění. Testování proběhlo v přirozeném prostředí zkoumané osoby v dopoledních hodinách.

V následujícím textu je analyzován výkon zkoumané osoby v jednotlivých subtestech.

1. spontánní řeč (POL 18-22): 3

Množství řeči bylo posouzeno jako menší, než je obvyklé. Plynulost byla dobrá, místy se objevovaly zárazy v řeči způsobené obtížemi s vybavováním pojmů. Co se týče

výslovnosti, gramatické správnosti a slovní zásoby, výkon pacientky se jevil jako normální. Přesná post-analýza nebyla provedena, jelikož pacientka si nepřála být nahrávána.

2. ukazování (POL 23-32): 10

V tomto subtestu bylo úkolem zkoumané osoby dotknout se ze souboru nabízených předmětů toho, který examinátor pojmenuje. Došlo k modifikaci položky č. 24, a sice nahrazení knoflíku za tužku. Pacientka se správně dotkla všech 10 nabízených předmětů.

3. lehké a částečně složité pokyny (POL 33-42): 8

Zkoumaná osoba zvládla vykonat všech 5 jednoduchých pokynů, z 5 částečně složitých pokynů vykonala správně 3 (POL 39, 40 a 42).

4. složité pokyny (POL 43-47): 1

Z celkem pěti složitých pokynů byla zkoumaná osoba schopna zcela správně (tzn. všechny 3 části pokynu ve správném pořadí) vykonat pouze 1 (POL 44). Všechny pokyny, avšak v nesprávném pořadí, vykonala pacientka u jedné položky (POL 43). Dvakrát vykonala dva pokyny (POL 45 a 46) a jednou pouze pokyn jediný (POL 47).

5. sluchové rozlišování slov (POL 48-65): 15

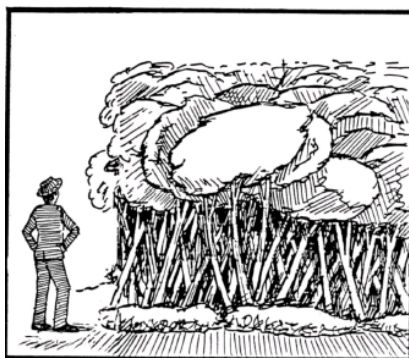
Zkoumaná osoba na základě sluchového rozlišení správně vybrala 15 obrázků. U třech obrázků (POL 51: mez, POL 56: lít, POL 64: kasy) vybrala obrázek nesprávný.

6. syntaktické pochopení (POL 66-152): 48

Tato úloha obsahuje celkem 87 položek. Zkoumaná osoba měla určit obrázek, který odpovídal obsahu věty prezentované verbálně. Byla provedena modifikace položek č. 138, 143, 146 a 151, neboť věty uvedené v zadání neodpovídaly obrázkům. Došlo k vytvoření nových vět podle obrázků s užitím stejného principu.

138.	Ukažte mi králova šaška.	→ Ukažte mi vlastníka lesu.
146.	Ukažte mi šaškova krále.	→ Ukažte mi les vlastníka.

Tabulka 11 Původní a nově utvořené věty u úlohy syntaktické pochopení



Obrázek 1 Modifikace instrukcí dle obrázku u položek č. 138 a 146 (zdroj: Paradis, Bilingual Aphasia Test. Czech version. Stimulus book.)

143.	Ukažte mi pánova služebníka.	→ Ukažte mi pasáčka oveček.
151.	Ukažte mi služebníkova pána.	→ Ukažte mi ovečku pasáčka.

Tabulka 12 Původní a nově utvořené věty u úlohy syntaktické pochopení



Obrázek 2 Modifikace instrukcí dle obrázku u položek č. 143 a 151 (zdroj: Paradis, Bilingual Aphasia Test. Czech version. Stimulus book.)

Zkoumaná osoba správně označila 48 položek. Z poměrně velkého počtu chyb byly znatelné například ty, týkající se pronominalizace (správně označeny 4 položky ze 14) a negativních vět (správně označeno 12 položek z 24). Vyskytovaly se nesprávné odpovědi, ale také časté latence v odpovědích.

7. sémantické kategorie (POL 153-157): 2

Úkolem zkoumané osoby bylo vybrat nehodící se slovo ze skupiny slov, což se jí podařilo ve dvou z pěti případů (POL 156 a 157).

8. synonyma (POL 158-162): 1

Výběr slova s podobným významem ke slovu zadanému se pacientce podařil u 1 položky z 5 (POL 160). Nedařilo se jí rozumět zadání a spíše náhodně vybírala vhodná synonyma.

9. antonyma (POL 163-172): 4

V této úloze měla naopak zkoumaná osoba vybrat slovo opačného významu ke slovu zadanému, což se jí v první části nepodařilo ani jednou. Pacientka měla tendence perseverovat, vybírat k zadanému slovu nikoliv antonyma, nýbrž synonyma tak, jako v předchozí úloze. Ve druhé části úkolu, ve které byly na výběr vždy tři podobná slova, avšak pouze jedno zcela správné antonymum (např. krásná, kráska, krásně), se zkoumané osobě podařilo správně vybrat 4 z 5 antonym. Chybovala pouze u jedné položky (POL 172: smělý).

10. úsudek o gramatické správnosti (POL 173-182): 7

Za správnou či nesprávnou českou větu označila pacientka náležitě 7 položek z celkových deseti. Chybný úsudek provedla u vět *Kočka kouše psem* (POL 175), *Sanitku táhne nákladní auto* (POL 177) a *To ten chlapec strká dívku* (POL 181).

11. úsudek o sémantické vhodnosti (POL 183-192): 8

Z celkových 10 položek bylo pacientkou správně označeno položek 8. Chybně posoudila věty *Z komínu vychází období* (POL 186) a *Běhají do práce autem* (POL 188), které označila jako správné.

12. opakování slov a úsudek (POL 193-252): 56

Z celkového počtu 30 jednoslabičných a víceslabičných slov bylo 27 slov zopakováno zcela správným způsobem. Tři jednoslabičná slova zkoumaná osoba zopakovala s drobnými odchylkami. Fonemické parafázie byly přítomné u bezesmyslných slov *las* (opakováno jako *lat*), *hmyn* (opakováno jako *myn*) a dále u českého slova *hůl* (opakováno jako *kůl*). Nesprávný úsudek provedla pouze u slova *otřep* (POL 240), které označila jako existující české slovo. Správně posouzeno tak bylo 29 slov.

13. opakování vět (POL 253-259): 7

Zkoumaná osoba zopakovala všech 7 vět bez chyby.

14. pojmové řady (POL 260-262): 3

Vyjmenování dnů v týdnu, měsíců v roce a počítání od 1 do 25 pacientka plynule zvládla.

15. vyjadřovací schopnost (verbální fluence; POL 263-268): 3

Během 1 minuty bylo úkolem zkoumané osoby vybavit co nejvíce slov na danou hlásku. Byla schopna dodržet iniciální hlásku, za což získala celkem 3 body, avšak počet vybavených slov byl podprůměrný. Na hlásku „p“ vyjmenovala pouze 5 slov, na hlásku „v“ 4 slova a nejméně slov, pouhé 2, vybavila na hlásku „d“.

16. pojmenování předmětů (POL 269-288): 16

V rámci této úlohy byla provedena modifikace položek č. 280 a 281, a to nahrazení knoflíku za papír a cigarety za telefon. Z dvaceti nabízených předmětů pacientka náležitě pojmenovala 16 z nich. Nulová odpověď byla zaznamenána u třech položek (POL 278: karta, POL 279: teploměr, POL 281: telefon). Chybně odpověděla jednou, kdy *hodinky* nazvala jako *hodiny* (POL 255).

17. tvoření vět (POL 289-313): 23

Cílem této úlohy bylo utvořit věty z nabízených dvou, tří a čtyř slov, a to tak, aby byly gramaticky i sémanticky správné. Hodnoceno u celkem 5 vět bylo, zda pacient vůbec odpověděl (počet bodů: 5), zda byla věta gramaticky správná (počet bodů: 4) a dávala smysl (počet bodů: 5). Gramaticky nesprávnou větu utvořila pacientka z nabízených slov *vrata*, *otevřít*, *stodola* (POL 299), a to tak, že ponechala sloveso v infinitivu (*Vrata otevřít stodolu.*). Dále pak v jednom případě neužila všech nabízených slov (*strom*, *zelený*, *list*, *vidět*), a to vynecháním slova *list* (POL 304). Za to jí byl stržen jeden bod.

18. sémantické protiklady (POL 314-323): 5

Vhodný sémantický protiklad utvořila zkoumaná osoba v pěti případech z 10. Ve dvou případech utvořila protiklad nevhodný (POL 318 a POL 323), ve třech zbývajících případech pak neutvořila protiklad v daném časovém limitu vůbec (POL 315, 317 a 320).

19. odvozování slov (POL 324-333): 7

Odvozování slov zvládla zkoumaná osoba v 7 případech, tři položky byly hodnoceny nulou z důvodu latence v odpovědi. Jednalo se o vytvoření přídavného jména ze slova *příroda* (POL 328), *mládí* (POL 329) a *pýcha* (POL 331).

20. morfologické obměňování (POL 334-343): 2

V této úloze byly latence ještě zřetelnější, než v úloze předešlé, nulou bylo ohodnoceno celkem 7 položek, 1 položka (*léčit*) byla utvořena nesprávně (*doktor*, POL 336). Pouze dvě položky morfologicky odpovídaly původnímu slovu a byly ohodnoceny jako správné.

21. popisování (POL 344-346): 2

Pacientka byla schopna vyprávět souvislý příběh, dokončit jej. Zároveň byla dodržena koherence vyprávění. Množství řeči bylo menší, než je normální, obtíže se vyskytovaly při vybavování slov. Přesná post-analýza nebyla provedena, jelikož pacientka si nepřála být nahrávána.

22. počítání z paměti (POL 347-361): 1

Při počítání jednoduchých i složitějších příkladů byly patrné zejména latence v odpovědích, tudíž bylo ve většině případů (13) zaznamenána nulová odpověď. Nesprávnou odpověď podala pacientka u jedné položky. Správnou odpověď taktéž pouze u jedné položky zaměřující se na násobení (POL 349: DVA krát TŘI).

23. sluchové pochopení (POL 362-366): 4

Zkoumaná osoba byla schopna porozumět příběhu na základě verbálního inputu a správně odpovědět na 4 otázky z 5. Chybovala u otázky *Který byl den?* (POL 363), na kterou neznala odpověď.

24. čtení slov (POL 367-376): 10

Z celkem 10 slov přečetla zkoumaná osoba správně všechny.

25. čtení vět (POL 377-386): 8

Pacientka přečetla zcela správně 8 vět z celkových 10. Obě věty byly přečteny se sémantickými paralexemi, a sice *Chlapec zvedá dívka* (POL 379) jako *Chlapec zvedá dívku* a *To chlapce zvedá dívka* (POL 383) jako *To chlapec zvedá dívka*.

26. čtení textu (POL 387-392): 2

Na základě tichého přečtení textu bylo úkolem zkoumané osoby odpovědět na 6 otázek zadaných examínátorem. Pacientka správně zodpověděla 2 otázky, u čtyř položek chybovala. Z toho pak se u dvou otázek vyskytly perseverace odpovědí předchozího příběhu na základě slyšeného slova, a sice na otázku *Kam šly žena s dcerou?* odpověděla zkoumaná osoba *do lesa* namísto *na louku* (POL 387), na otázku *Co dělaly na louce?* odpověděla *sbíraly hříbky* namísto *nasekaly tam trávu* (POL 388).

27. opisování (POL 393-397): 3

Zkoumaná osoba správně opsala 3 slova z celkových 5. U dvou zbylých slov byly patrné paragrafie (POL 393: *prak* jako *prok* a POL 395: *muška* jako *muska*). Slova jsou poměrně dobře čitelná, ačkoliv je patrný slabý přítlak a tremor. První slovo opsala pacientka psacím písmem, zbylá čtyři slova pak písmem tiskacím dle předlohy.

28. diktát slov (POL 398-402): 3

Při diktátu slov zkoumaná osoba správně napsala 3 slova, a to psacím písmem. Dvě slova napsala nesprávně, a sice *jít* jako *jít* (POL 398) se změnou kvantity vokálu „i“, a *řasy* jako *přasi*, u kterého si lze všimnout adice písmena „p“ a změny měkčení na konci slova (POL 401). Ačkoliv i zde je patrný slabý přítlak a tremor, většina slov je dobře čitelných kromě slova *řasy*.

29. diktát vět (POL 403-407): 0

Zkoumané osobě se z celkového počtu 5 vět nepodařilo zcela správně napsat ani jedinou. Všechny věty, psané psacím písmem, jsou hůře čitelné a objevují se v nich paragrafie

či vynechání písmen. Větu *Ona ji táhne* napsala pacientka jako *Ona i tahne* (POL 403), větu *On ho budí* jako *O ho (nelze přečíst)* (POL 404), dále větu *Ženu kouše kočka* jako *Žena kouše kokpa* (POL 405), větu *Chlapec nestrká sanitku* napsala pacientka jako *Hlapec (nelze přečíst) sanitku* (POL 406) a větu *To ta dívka libá svou matku* jako *To ta vivka lybá svo matku* (POL 407).

30. pochopení významu psaného slova (POL 408-417): 6

Z celkových 10 psaných slov dokázala zkoumaná osoba správně pochopit šest, a to ukázáním na příslušný obrázek ze čtyř nabízených. Nesprávná či nulová reakce byla zaznamenána u 4 slov (POL 409: mrak, POL 410: vůl, POL 414: kost, POL 417: cena).

31. pochopení významu psaných vět (POL 418-427): 6

I v této úloze bylo třeba z 10 napsaných vět ukázat na příslušný obrázek, což se pacientce podařilo u 6 položek. Chyby byly patrné u čtyř vět (POL 419: On ho táhne., POL 420: Chlapce zvedá dívka., POL 423: Krávu nehoní auto., POL 427: Ženu nelíbá muž.).

6.3.2 Diagnostika NKS v maďarském jazyce a analýza výsledků

Jazykové dovednosti v maďarském jazyce byly zhodnoceny 29 dní po vzniku CMP autorkou této práce, a to prostřednictvím maďarské verze Bilingvního afatického testu. Pro zadávání testu a duplicitní záznam některých testovaných položek bylo využito přítomnosti rodinného příslušníka znalého maďarštiny. Duplicitní záznam se týkal zejména následujících položek: 18-22, 173-182, 183-192, 193-252, 253-259, 260-262, 263-268, 289-313, 344-346, 362-366, 367-376, 377-386 a 387-392. Testování proběhlo v přirozeném prostředí zkoumané osoby v dopoledních hodinách.

V následujícím textu je analyzován výkon zkoumané osoby v jednotlivých subtestech.

1. spontánní řeč (POL 18-22): 5

S pomocí rodinného příslušníka bylo ohodnoceno množství spontánní řeči a plynulost se závěrem normální. Stejně tak výslovnost, gramatická správnost a slovní zásoba byla ohodnocena jako normální. U posledně zmíněných položek (POL 20, 21 a 22) nebylo možno úroveň posoudit detailněji z důvodu přání pacientky nenahrávat spontánní řeč.

2. ukazování (POL 23-32): 10

I v této verzi byla modifikována položka č. 24, a to nahrazením předmětů (tužky za knoflík). Modifikace byla stejná jako u české verze BATu. Zkoumaná osoba se správně dotkla všech 10 nabízených předmětů.

3. lehké a částečně složité pokyny (POL 33-42): 8

Pacientka zvládla vykonat všech 5 jednoduchých pokynů. Z celkem 5 částečně složitých pokynů chybovala u dvou (POL 40 a 41).

4. složité pokyny (POL 43-47): 0

Z celkem 5 složitých pokynů nevykonala zkoumaná osoba jediný zcela správně. Všechny pokyny, avšak v nesprávném pořadí zvládla provést dvakrát (POL 44 a 46), jednou vykonala správně dva pokyny (POL 47), jednou pouze jeden pokyn (POL 43) a zcela nesprávně postupovala u 1 položky (POL 45).

5. sluchové rozlišování slov (POL 48-65): 12

Z 18 obrázků vybrala zkoumaná osoba na základě sluchového rozlišení 12 obrázků správně. Pět obrázků pak nebyla schopna určit (POL 48: kék, POL 53: far, POL 59: ko, POL 62: hús, POL 64: ház, POL 65: nyak).

6. syntaktické pochopení (POL 66-152): 55

Zkoumaná osoba správně označila 55 položek, chybovala ve 32 položkách. Největší obtíže činily (obdobně jako v českém jazyce) pronominalizace a negativní věty.

7. sémantické kategorie (POL 153-157): 5

Výběr sémanticky nevhodného slova ze souboru 4 slov se pacientce podařil ve všech z 5 případů.

8. synonyma (POL 158-162): 1

Při výběru synonyma ke slovu zadanému měla pacientka obtíže pochopit zadání, nerozuměla výběru podobného slova. Správně určila pouze jednu položku z 5 (POL 159).

9. antonyma (POL 163-172): 2

V této úloze měla pacientka vybrat ze čtyř nabízených slov antonymum ke slovu zadanému. Podařilo se jí to v jednom případě (POL 164). V ostatních případech byly zaznamenány latence v odpovědích a perseverace předchozího úkolu, tedy výběr slov podobných, namísto slov opačného významu. Ve druhé části úlohy získala pacientka 1 správnou odpověď (POL 170), ostatním nerozuměla.

10. úsudek o gramatické správnosti (POL 173-182): 3

U této úlohy označila zkoumaná osoba správně 3 věty, a to na základě úsudku, zda se jedná o věty gramaticky správné či nesprávné. Chybné posouzení provedla u vět *A lányok szép* (POL 174), *A macskát megharapni a kutya* (POL 175), *A fiú csókolja leány* (POL 176), *A leányt lelocsolja fiú* (POL 178), *Ez az a fiú, a leány megütött* (POL 179), *A fiú nem ébreszt fel mamáját* (POL 180), *A kutya harapta nem meg a macskát* (POL 182). Tyto věty označila za gramaticky správné, žádná z těchto vět však správná není.

11. úsudek o sémantické vhodnosti (POL 183-192): 8

Z celkových 10 položek bylo správně označeno položek 8. Chybný úsudek byl proveden u věty *A macska a háztetön alszik* (POL 184), kterou označila jako nesmyslnou. Naopak jako dávající smysl označila nesprávně větu *Az évszak elillan a kéményen keresztül* (POL 186).

12. opakování slov a úsudek (POL 193-252): 55

Z celkového počtu 30 jednoslabičných a víceslabičných slov byla zcela správným způsobem zopakována všechna slova. Nesprávný úsudek byl oproti tomu proveden u 5 slov (POL 196, 202, 212, 216 a 218). Správně tak posoudila 25 položek.

13. opakování vět (POL 253-259): 7

Zkoumaná osoba zcela správně zopakovala všech 7 vět.

14. pojmové řady (POL 260-262): 3

Pacientka zvládla bez chyby vyjmenovat dny v týdnu, měsíce v roce i napočítat od 1 do 25.

15. vyjadřovací schopnost (verbální fluence; POL 263-268): 3

Během 1 minuty byla zkoumaná osoba schopna vybavit pouze 8 slov na hlásku „b“ a hlásku „sz“, 10 slov pak na hlásku „k“. Dodržet iniciální hlásku u všech slov se jí podařilo, tudíž získala 3 body. Jelikož však počet vybavených slov u všech daných hlásek byl podprůměrný, další body se jí nezapočítávají.

16. pojmenování předmětů (POL 269-288): 16

Byla provedena modifikace položek č. 280 a 281, konkrétně nahrazení knoflíku za papír a cigarety za telefon. Modifikace tak byly stejné jako u české verze testu. Z celkem dvaceti nabízených předmětů zkoumaná osoba pojmenovala náležitě 16. U čtyř položek byla zaznamenána nulová odpověď (POL 270: szemüveg, POL 278: kártya, POL 279: hömörö, POL 283: toll – madáré).

17. tvoření vět (POL 289-313): 25

Zkoumané osobě se podařilo utvořit věty z nabízeného počtu dvou, tří a čtyř slov tak, aby byly gramaticky i sémanticky správné. Zároveň dodržela podmínku užití všech nabídnutých slov. Všechny věty byly ohodnoceny maximálním možným počtem bodů, tedy 5.

18. sémantické protiklady (POL 314-323): 3

Vhodný sémantický protiklad se zkoumané osobě podařilo utvořit u třech slov z deseti. V pěti případech nebyl protiklad utvořen v daném časovém limitu (POL 315, 317, 319, 320 a 322). V jednom případě utvořila pacientka nesprávný protiklad (POL 321) a ve zbývajícím případě utvořila protiklad správný, avšak morfologicky spřízněný, který byl ohodnocen nulou (POL 314: igaz – *nemigaz*).

19. odvozování slov (POL 324-333): 2

V této úloze zkoumaná osoba chybovala osmkrát. Obtíže činilo porozumění instrukcím. Nulová odpověď byla zaznamenána právě v 8 případech z 10, a to u položek č. 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330 a 332.

20. morfologické obměňování (POL 334-343): 3

Z celkem 10 položek bylo nulou ohodnoceno položek 6 z důvodu latence v odpovědi. Jedna položka byla utvořena nesprávně (POL 339).

21. popisování (POL 344-346): 3

Pacientka byla schopna souvisle vyprávět příběh a dokončit jej, množství řeči bylo normální. Detailní analýza nebyla provedena, jelikož zkoumaná osoba si nepřála být nahrávána.

22. počítání z paměti (POL 347-361): 7

Při počítání pěti jednoduchých příkladů byla zaznamenána 1 nulová odpověď, a to u položky zaměřující se na dělení (POL 350). Při počítání 10 složitějších příkladů bylo označeno nulou 7 položek (POL 352, 354, 355, 358, 359, 360 a 361).

23. sluchové pochopení (POL 362-366): 5

Zkoumaná osoba porozuměla slyšenému příběhu a správně odpověděla na všechny dané otázky.

24. čtení slov (POL 367-376): 10

Z celkem 10 slov pacientka správně přečetla všechny.

25. čtení vět (POL 377-386): 10

Z celkem 10 vět byly zkoumanou osobou zcela správně přečteny všechny věty.

26. čtení textu (POL 387-392): 5

Na základě tichého přečtení textu měla zkoumaná osoba odpovědět na 6 otázek zadaných examínátorem (v tomto případě tedy rodinným příslušníkem). Správně zodpověděla 5 otázek, u otázky *Mit kapott cserébe a malacokért?* (POL 392) chybovala.

27. opisování (POL 393-397): 4

Zkoumaná osoba správně opsala 4 slova z celkových 5. U jednoho slova při opisu vynechala jedno písmeno (POL 394: *meggy* jako *megy*). První slovo bylo napsáno tiskacím

písmem, ostatní slova písmem psacím. Celkově jsou poměrně dobře čitelná, patrný je zejména tremor, který má vliv na čitelnost slov.

28. diktát slov (POL 398-402): 3

Při diktátu slov pacientka správně napsala 3 slova, u jednoho slova došlo k vynechání písmena (POL 399: *ször* jako *sör*), u druhého slova došlo ke změně kvantity vokálu „u“ (POL 401: *hús* jako *hus*). Slova byla psána psacím písmem, a ačkoliv je patrný tremor při psaní, v tomto případě neměl podstatný vliv na čitelnost slov.

29. diktát vět (POL 403-407): 2

Z celkového počtu 5 vět napsala pacientka zcela správně pouze 2 věty. Všechny věty jsou hůře čitelné, jsou psány psacím písmem a lze si v nich všimnout vynechání, přidání a transpozice písmen či změn kvantity vokálů. Větu *Ö azt nézi* napsala pacientka jako *Ö az nénz* (POL 403), dále větu *Ö húzza őt* jako *Ö ho őt* (POL 404) a větu *Itt a csónak, amit a fiú húz* jako *It a csolnyak, amit a fiu húz* (POL 405).

30. pochopení významu psaného slova (POL 408-417): 9

Z celkových 10 psaných slov zkoumaná osoba správně pochopila 9 slov, a to ukázáním na příslušný obrázek ze čtyř nabízených. Nesprávná reakce byla zaznamenána v jednom případě (POL 413: *sánc*).

31. pochopení významu psaných vět (POL 418-427): 6

V této úloze měla zkoumaná osoba ukázat na příslušný obrázek na základě porozumění psaným větám. Celkem se jednalo o 10 vět. Pacientka chybovala ve 4 případech (POL 420: *A kutyát megharapja a macska*, POL 421: *A teherautó húzza az autót*, POL 422: *A csónak nem húzza a fiút*, POL 423: *Az autó nem húzza a teherautót*).

7 Shrnutí a interpretace výsledků

7.1 Interpretace výsledků kazuistiky č. 1

Na tomto místě bude provedena komparace některých subtestů MASTcz a testu vlastní konstrukce pomocí zanesení údajů do přehledných tabulek. Červené políčko tabulky označuje správné provedení úlohy pacientem, naopak políčko bílé značí nesprávné či žádné provedení úlohy. Vykonání úkolu je navíc zaznačeno tímto symbolem: ✓.

1. automatismy

V českém jazyce stejně jako v ukrajinském jazyce zvládl pacient samostatně napočítat po jedné do 10.

Automatické řady v českém jazyce				
Počítejte po jedné do deseti. ✓	Vyjmenujte po sobě dny v týdnu.	Dokončete následující přísloví: Jablko nepadá daleko od ...	Dokončete následující přísloví: Tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až ...	Dokončete následující přísloví: Jak se do lesa volá, tak ...

Tabulka 13 Automatické řady v českém jazyce (MASTcz)

Automatické řady v ukrajinském jazyce				
Počítejte po jedné do deseti. ✓	Vyjmenujte po sobě dny v týdnu.	X	X	X

Tabulka 14 Automatické řady v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

2. pojmenování

V rámci této úlohy nebyl pacient schopen pojmenovat jediné slovo v českém jazyce z celkových pěti předmětů, ani v ukrajinském jazyce z celkových šesti předmětů.

Pojmenování v českém jazyce					
klíče	brada	tužka	malíček	hodinky	X

Tabulka 15 Pojmenování v českém jazyce (MASTcz)

Pojmenování v ukrajinském jazyce					
olivets' (tužka)	papir (papír)	vukho (ucho)	klyuch (klíč)	tsukerky (bonbón)	dyvytysya (hodinky)

Tabulka 16 Pojmenování v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

3. opakování

Pacient správně zopakoval jedno jednoslabičné slovo v českém jazyce a dvě jednoslabičná slova v jazyce ukrajinském. Celkem se jednalo o tři slova v českém a osm slov v ukrajinském jazyce. Úloha opakování vět byla realizována pouze v českém jazyce.

Opakování v českém jazyce				
dort ✓	skříňka	vizitka	Vedle velkého železného stolu.	Bylo by se tu třpytilo slunce na jezerní hladině.

Tabulka 17 Opakování v českém jazyce (MASTcz)

Opakování v ukrajinském jazyce							
kit (kočka) ✓	med (med) ✓	drit (drát)	druk (vytisknout)	vata (vata)	muzyka (hudba)	tserkva (kostel)	shchastya (štěstí)

Tabulka 18 Opakování v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce).

4. rozumění slovu-identifikace objektů

V českém jazyce, stejně jako v jazyce ukrajinském pacient správně pojmenoval všechny předměty. Jednalo se vždy o 5 předmětů v každém z jazyků.

Rozumění slovu-identifikace objektů v českém jazyce				
vidlička ✓	bonbón ✓	knoflík ✓	kámen ✓	papír ✓

Tabulka 19 Rozumění slovu-identifikace objektů v českém jazyce (MASTcz)

Rozumění slovu-identifikace objektů v ukrajinském jazyce				
olivets' (tužka) ✓	knyha (kniha) ✓	klyuch (klíč) ✓	tsukerky (bonbón) ✓	dyvytysya (hodinky) ✓

Tabulka 20 Rozumění slovu-identifikace objektů v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

5. rozumění mluvené instrukci

Z celkem pěti instrukcí v českém a ze sedmi instrukcí v ukrajinském jazyce pacient správně porozuměl a vykonal jednu instrukci v českém jazyce a dvě instrukce v ukrajinském jazyce.

Rozumění mluvené instrukci v českém jazyce						
Ukažte na vaši bradu!	Otevřete ústa! ✓	Ukažte vaši levou rukou vaše pravé oko!	Ukažte na podlahu a potom na váš nos!	Dříve než otevřete ústa, dotkněte se ucha!	X	X

Tabulka 21 Rozumění mluvené instrukci v českém jazyce (MASTcz)

Rozumění mluvené instrukci v ukrajinském jazyce						
Zavřete oči! ✓	Otevřete ústa! ✓	Dotkněte se ucha!	Ukažte vaší levou rukou vaše pravé oko!	Dotkněte se knihy a poté tužky!	Dejte hodinky pod papír!	Je-li v místnosti postel, dotkněte se ucha!

Tabulka 22 Rozumění mluvené instrukci v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

6. rozumění čtené instrukci

Z pěti instrukcí v českém a ukrajinském jazyce pacient správně nevykonával ani jedinou, a to v žádném z jazyků.

Rozumění čtené instrukci v českém jazyce				
Zamávejte rukou.	Zatněte pěst.	Ukažte rukou na podlahu a potom na strop.	Položte vaši levou ruku na vaše pravé rameno.	Než se podíváte na okno, dotkněte se vašeho levého ucha.

Tabulka 23 Rozumění čtené instrukci v českém jazyce (MASTcz)

Rozumění čtené instrukci v ukrajinském jazyce				
Закрийте очі. (Zavřete oči.)	Відкрийте рот. (Otevřete ústa.)	Торкніться вуха. (Dotkněte se ucha.)	Підніміть руки (Zvedněte ruce.)	Покажіть на підлогу а потім на стелю. (Ukažte na podlahu a potom na strop.)

Tabulka 24 Rozumění čtené instrukci v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

7. psaní na diktát

Pacient nebyl schopen napsat jediné diktované slovo v českém jazyce z celkových čtyř slov. V ukrajinském jazyce z pěti slov taktéž nenapsal ani jedno. Dále bylo realizováno psaní jedné věty na diktát v rámci českého jazyka, které se však pacientovi nezdařilo.

Psaní na diktát v českém jazyce				
řve	mrzne	čtvrťka	útočiště	Naše broskvoň již plodí.

Tabulka 25 Psaní na diktát v českém jazyce (MASTcz)

Psaní na diktát v ukrajinském jazyce				
voda (voda)	mist (most)	yisty (jíst)	myshka (myš)	lyubov (láska)

Tabulka 26 Psaní na diktát v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

7.1.1 Souhrnná komparace výsledků a shrnutí

Bylo provedeno vyšetření pomocí testu MASTcz a kvalitativní posouzení ukrajinského jazyka v obdobných jazykových oblastech. Porovnání obou testů prokázalo stejné výsledky ve většině subtestů, konkrétně ve spontánní řeči, automatických řadách, pojmenování, rozumění slovu-identifikace objektů, rozumění čtené instrukci a psaní na diktát. Mírně lepších výsledků dosáhla zkoumaná osoba v částech opakování a rozumění mluvené instrukci v případě ukrajinského jazyka.

V českém jazyce pacient správně zopakoval jedno jednoslabičné slovo (*dort*), v ukrajinském jazyce pak zopakoval jednoslabičná slova dvě (*kit*, *med*). To však může být způsobeno také tím, že v MASTcz testu je dalším slovem k zopakování již dvojslabičné slovo se souhláskovými shluky (*skříňka*), které je náročnější na realizaci.

Dále v subtestu rozumění mluvené instrukci v ukrajinském jazyce pacient správně provedl dva úkony (*Zavřete oči*, *Otevřete ústa*), zatímco v případě instrukce v českém jazyce provedl správně úkon pouze jeden (*Otevřete ústa*). I zde však v případě testu MASTcz neexistuje další jednoduchá instrukce podobná té, zadané v ukrajinském jazyce. První instrukcí v MASTcz je *Ukažte na vaši bradu!*, která svým principem koresponduje s instrukcí *Dotkněte se ucha!* v testu vlastní konstrukce, přičemž obě tyto úlohy nebyl pacient schopen vykonat.

Souhrnně lze v souladu s teoretickou částí práce konstatovat, že se jedná o paralelní typ poškození, tedy stejný stupeň poškození obou jazyků, a to v akutní fázi onemocnění. Tento typ je v klinické praxi nejčastější. Jelikož se jedná o pacienta s pozdním a dominantním bilingvismem, oba jazyky mohou být vážněji poškozeny, což se také potvrdilo.

Vzhledem k premorbidním jazykovým dovednostem, které byly dle sdělení dvou rodinných příslušníků ve všech oblastech ukrajinského jazyka na lepší úrovni oproti českému jazyku, lze předpokládat také dosažení lepších výsledků v ukrajinském jazyce, a to zejména v oblasti lexie a grafie, neboť v českém jazyce dosáhly průměrných hodnot $\bar{x} = 6$ a $\bar{x} = 7,5$. Tento předpoklad se však nepotvrdil, zkoumaná osoba sice dosáhla mírně lepších výsledků v ukrajinském jazyce, ty však i vzhledem k výše uvedeným informacím lze pokládat za zanedbatelné. Možno však konstatovat, že vliv premorbidní úrovně jazykových dovedností na manifestaci jazykových kompetencí po poškození mozku se v akutní fázi onemocnění neprokázal.

Navíc lze jen obtížně určit vliv aktuálního zdravotního stavu pacienta a vliv spontánní úpravy. Ačkoliv lze konstatovat, že byl pacient vystaven ukrajinskému jazyku téměř denně při kontaktu s dcerou, docházelo také k cílené obnově českého jazyka při logopedické intervenci a navíc ke každodennímu kontaktu se zdravotnickým personálem v českém jazyce. Kromě toho nelze opomenout možný vliv přenosu výsledků terapie jednoho jazyka na jazyk druhý (tzv. „cross-linguistic transfer“).

Porovnání výsledků MASTcz testu a testu vlastní konstrukce, resp. porovnání českého a ukrajinského jazyka na základě těchto testů je souhrnně uvedeno v tabulce níže.

Subtesty	Český jazyk	Ukrajinský jazyk	Shoda
<i>spontánní řeč</i>	produkuje, ale nulová informační hodnota	produkuje, ale nulová informační hodnota	ano
<i>automatismy</i>	spontánně sám napočítá od 1-10	spontánně sám napočítá od 1-10, fonemické parafrázie	ano
<i>pojmenování</i>	nepojmenuje	nepojmenuje	ano
<i>opakování</i>	slovo dort	slovo kit, med, částečně dvojslabičná slova	<i>lepší u ukrajinského jazyka</i>
<i>rozumění alternativním otázkám</i>	neschopen odpovědi	tento typ úlohy není zařazen	<i>nelze určit</i>
<i>rozumění slovu-identifikace objektů</i>	všechna slova	všechna slova	ano
<i>rozumění mluvené instrukci</i>	Otevřete ústa.	Otevřete ústa. Zavřete oči.	<i>lepší u ukrajinského jazyka</i>
<i>rozumění čtené instrukci</i>	nevykoná žádnou instrukci	nevykoná žádnou instrukci	ano
<i>čtení slov</i>	tento typ úlohy není zařazen	nepřečte žádné slovo	<i>nelze určit</i>
<i>opis slov</i>	tento typ úlohy není zařazen	neopíše žádné slovo	<i>nelze určit</i>
<i>psaní na diktát</i>	nenapíše žádné slovo	nenapíše žádné slovo	ano

Tabulka 27 Komparace výsledků českého a ukrajinského jazyka

7.2 Interpretace výsledků kazuistiky č. 2

7.2.1 Komparace vybraných subtestů BATu

Níže bude provedena komparace vybraných subtestů české a maďarské verze Bilingvního afatického testu. Jedná se pouze o subtesty, ve kterých zkoumaná osoba dosáhla rozdílných výsledků ve dvou jazycích.

1. spontánní řeč

Český jazyk: 3

Maďarský jazyk: 5

Lepší výsledek v tomto subtestu dosáhla zkoumaná osoba v českém jazyce, což však může být způsobeno také větší shovívavostí při posuzování maďarského jazyka rodinným příslušníkem.

2. složité pokyny

Český jazyk: 1

Maďarský jazyk: 0

Mírně lepší výsledek získala pacientka v českém jazyce, kdy zcela správně vykonala 1 úkon, oproti maďarskému jazyku, kdy zcela správně nevykonala úkon žádný. Celkově pak dosáhla lepších výsledků ve vykonání alespoň jednoho, dvou či tří pokynů v nesprávném pořadí v českém jazyce.

3. sluchové rozlišování slov

Český jazyk: 15

Maďarský jazyk: 12

V českém jazyce určila pacientka správně 15 obrázků, v maďarském jazyce 12 obrázků. Lepší výsledek je opět patrný v českém jazyce. Na druhou stranu je třeba brát v úvahu také schopnost pacientky rozpoznat příslušný obrázek.⁴⁷

⁴⁷ O některých úskalích BATu je pojednáno v 9. kapitole této práce.

4. syntaktické pochopení

Český jazyk: 48

Maďarský jazyk: 55

Lepší výsledky byly zaznamenány v případě maďarského jazyka. Správně bylo označeno 55 položek, v případě češtiny položek 48. Rozdíl je v tomto případě největší ze všech subtestů, ačkoliv i celkový počet položek je ze všech subtestů nejvyšší.

5. sémantické kategorie

Český jazyk: 2

Maďarský jazyk: 5

Pacientka správně vybrala ze skupiny slov jedno, které se sémanticky lišilo od ostatních, a to dvakrát v případě českého jazyka a pětkrát v případě jazyka maďarského. Lepší výsledek jednoznačně náleží maďarštině.

6. antonyma

Český jazyk: 4

Maďarský jazyk: 2

Výběr podobných slov se zkoumané osobě dařil lépe v případě českého jazyka, kde správně vybrala antonyma ve čtyřech případech. V maďarštině skórovala pouze dvakrát. Na druhou stranu je třeba podotknout, že v obou jazycích měla pacientka potíže vůbec porozumět zadání.

7. úsudek o gramatické správnosti

Český jazyk: 7

Maďarský jazyk: 3

I v tomto případě byl zaznamenán lepší výsledek v českém jazyce, a to poměrně markantní. Z 10 položek označila zkoumaná osoba v češtině správně 7, v maďarštině pouze 3. Důvodem může být lepší metalingvistická znalost v případě druhého osvojeného jazyka oproti jazyku dříve osvojenému. Rozdíl je v tomto případě zřetelnější, neboť z celkového počtu 10 položek byl výsledný rozdíl mezi dvěma jazyky roven 4.

8. opakování slov

Český jazyk: 27

Maďarský jazyk: 30

Zkoumaná osoba nesprávně zopakovala pouze 3 slova v českém jazyce, přičemž se vyskytly fonemické parafázie. V maďarštině zopakovala všechny položky zcela správně.

9. úsudek (lexikální posouzení)

Český jazyk: 29

Maďarský jazyk: 25

Lexikální posouzení se zkoumané osobě lépe zdařilo v českém jazyce, kdy správně posoudila 29 položek. Rozdíl oproti maďarskému jazyku je roven 4. I v tomto případě je však celkový počet položek větší.

10. verbální fluence

Český jazyk: 11

Maďarský jazyk: 26

Ačkoliv byly výsledky subtestu verbální fluence v obou jazycích podprůměrné, zkoumaná osoba vyjmenovala poměrně významně více slov v maďarštině. Jednalo se celkem (tj. za všechny 3 hlásky) o 15 slov více v maďarském jazyce, než v jazyce českém.

11. tvoření vět

Český jazyk: 23

Maďarský jazyk: 25

Mírně lepšího výsledku dosáhla zkoumaná osoba v maďarském jazyce, ve kterém bylo zaznamenáno 25 správných položek oproti 23 položkám v případě českého jazyka. V maďarštině produkovala věty delší a více gramaticky správné, zároveň dokázala použít všechna nabízená slova.

12. sémantické protiklady

Český jazyk: 5

Maďarský jazyk: 3

Zkoumaná osoba dosáhla mírně lepšího výsledku u tvoření sémantických protikladů v českém jazyce. Utvořit protiklad se jí podařilo pětkrát v českém jazyce a třikrát v maďarském jazyce z celkem 10 položek. Největší problém měla s tvorbou protikladů v daném časovém limitu.

13. odvozování slov

Český jazyk: 7

Maďarský jazyk: 2

Výraznější rozdíl byl zaznamenán v tomto subtestu, kdy zkoumaná osoba správně utvořila přídavné jméno z podstatného jména celkem sedmkrát v případě českého jazyka a pouze dvakrát v případě maďarského jazyka. Obtíže jí činilo porozumění instrukcím. Horší výsledky v maďarštině jsou překvapující, neboť se jednalo o jazyk formálního vyučování. Na druhou stranu však, v porovnání s českým jazykem, byla méně vystavena maďarskému jazyku po určitou dobu před vznikem onemocnění.

14. morfologické obměňování

Český jazyk: 2

Maďarský jazyk: 3

V maďarském jazyce dosáhla zkoumaná osoba mírně lepšího výsledku, za správné byly považovány 3 položky. V českém jazyce pak pouze položky dvě. Znatelné byly zejména latence v odpovědích u obou jazyků.

15. popisování

Český jazyk: 2

Maďarský jazyk: 3

V obou případech pacientka zvládla vyprávět souvislý příběh a dokončit jej, v maďarském jazyce bylo navíc množství řeči posouzeno rodinným příslušníkem i autorem práce jako normální, oproti jazyku českému.

16. počítání z paměti

Český jazyk: 1

Maďarský jazyk: 7

Z celkem 15 příkladů zvládla zkoumaná osoba správně z paměti vypočítat 7 v maďarském jazyce, což bylo o 6 více, než v českém jazyce. Jelikož byla maďarština jazykem výuky, lze tento výrazně lepší výsledek přisuzovat právě tomuto aspektu.

17. sluchové pochopení

Český jazyk: 4

Maďarský jazyk: 5

V českém jazyce chybovala zkoumaná osoba jednou, v maďarštině zvládla správně odpovědět na všechny otázky týkající se krátkého příběhu, který si předtím vyslechla. Mírně lepší výsledek tedy spatřujeme v tomto subtestu v maďarském jazyce.

18. čtení vět

Český jazyk: 8

Maďarský jazyk: 10

Lepšího výsledku dosáhla zkoumaná osoba v maďarském jazyce, kdy zcela správně přečetla všech 10 prezentovaných vět. V českém jazyce chybovala dvakrát, zcela správně, tedy bez přítomnosti paralexií, přečetla 8 vět.

19. čtení textu

Český jazyk: 2

Maďarský jazyk: 5

Z celkem 6 otázek zvládla pacientka správně odpovědět na 5 v případě maďarského textu. U českého jazyka se objevily perseverace předchozího slyšeného příběhu, tudíž správně zodpověděla pouze 2 otázky. Výrazně lepšího výsledku dosáhla pacientka v maďarském jazyce.

20. opisování

Český jazyk: 3

Maďarský jazyk: 4

Z pěti slov opsala pacientka zcela správně 3 slova v českém a 4 slova v maďarském jazyce. V českém jazyce byly přítomny paragrafie, v maďarštině pouze v jednom případě došlo k vynechání jednoho písmene. Lepší výsledek je jednoznačně znát v maďarštině.

21. diktát vět

Český jazyk: 0

Maďarský jazyk: 2

Z celkového počtu 5 vět se zkoumané osobě podařilo zcela správně napsat 2 věty v maďarském jazyce, v češtině nebyla úspěšná ani jednou. Důvodem může být osvojování psaní v rámci školního vyučování primárně v maďarském jazyce, tudíž i osvojování

gramatických pravidel a zafixování si daných slov. V českém jazyce neprobíhalo osvojování psaní v rámci formální výuky.

22. pochopení významu psaného slova

Český jazyk: 6

Maďarský jazyk: 9

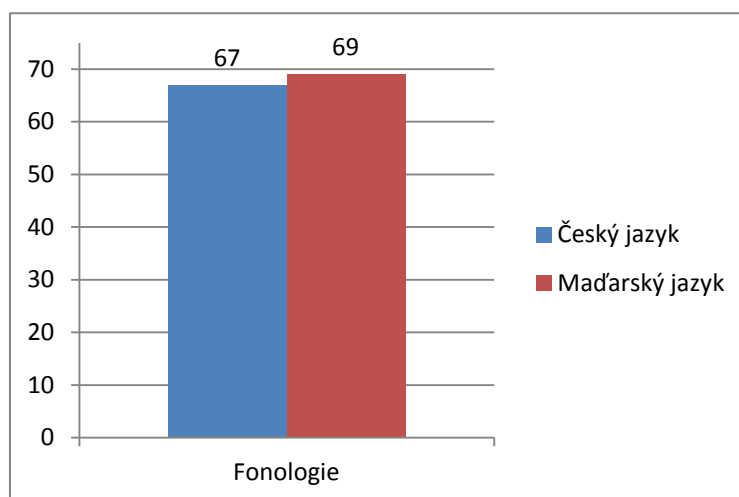
Lepšího výsledku dosáhla zkoumaná osoba v maďarském jazyce. Z 10 psaných slov dokázala správně pochopit 9 slov a ukázat na příslušný obrázek z několika nabízených. I zde je znatelnější rozdíl v českém jazyce oproti maďarskému jazyku, který je roven 3 v neprospěch češtiny.

7.2.2 Souhrnná komparace výsledků a shrnutí

Bylo provedeno vyšetření jazykových dovedností prostřednictvím české a maďarské verze Bilingvního afatického testu. Při komparaci jednotlivých 32 úloh se prokázaly stejné výsledky napříč jazyky u 11 z nich. Jednalo se o subtesty ukazování, lehké a částečně složité pokyny, synonyma, úsudek o sémantické vhodnosti, opakování vět, pojmové řady, pojmenování předmětů, čtení slov, diktát slov, pochopení významu psaných vět a částečně také verbální fluence. Lepších výsledků v českém jazyce dosáhla zkoumaná osoba u 7 úloh, konkrétně se jednalo o úlohy zaměřené na složité pokyny, sluchové rozlišování slov, antonyma, úsudek o gramatické správnosti, úsudek (lexikální posouzení), sémantické protiklady a odvozování slov. Naopak v maďarském jazyce bylo dosaženo lepších výsledků ve 14 úlohách, a sice spontánní řeč, syntaktické pochopení, sémantické kategorie, opakování slov, tvoření vět, morfologické obměňování, popisování, počítání z paměti, sluchové pochopení, čtení slov, čtení vět, čtení textu, diktát vět, pochopení významu psaného slova a částečně také verbální fluence.

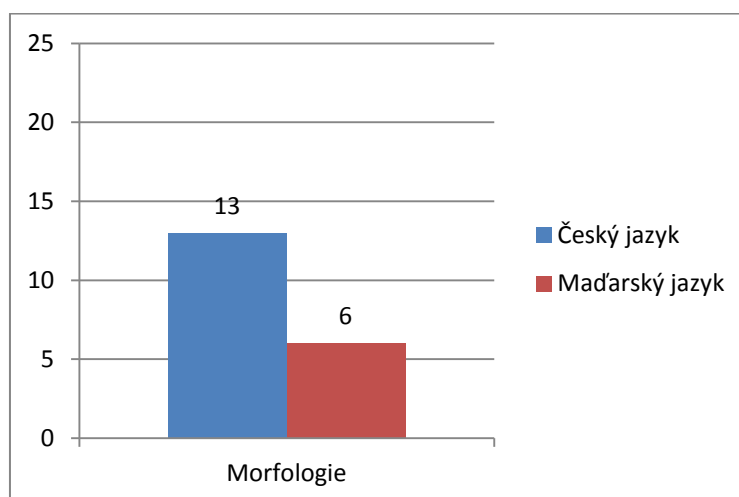
Celkově jsou však výsledky v jednotlivých subtestech poměrně vyrovnané, nejznatelnějšího rozdílu je možno si povšimnout v úlohách syntaktické pochopení (o 7 POL), počítání z paměti (o 6 POL), odvozování slov (o 5 POL), úsudek o gramatické správnosti (o 4 POL) a úsudek (lexikální posouzení; o 4 POL). Dále pak v úloze verbální fluence vyjmenovala zkoumaná osoba celkem o 15 slov více v maďarském jazyce, než v českém.

Následující grafy jednotlivých jazykových rovin byly zpracovány na základě součtu položek několika úloh, které jsou uvedeny v publikaci Paradis, Libben (1987, s. 213). Jelikož nebyla provedena detailní analýza některých úloh po administraci testu, nebyly tyto úkoly započítány do celkového souhrnu, a to u obou jazyků. Proto můžeme výkon obou jazyků v jednotlivých oblastech orientačně srovnat.



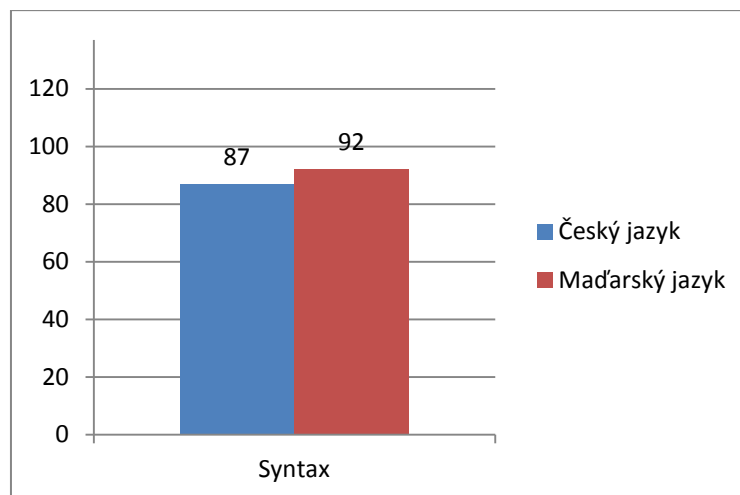
Graf 3 Porovnání výkonu pacientky v českém a maďarském jazyce v oblasti fonologie

Maximální hodnota v oblasti fonologie v jednom jazyce je rovna 75.



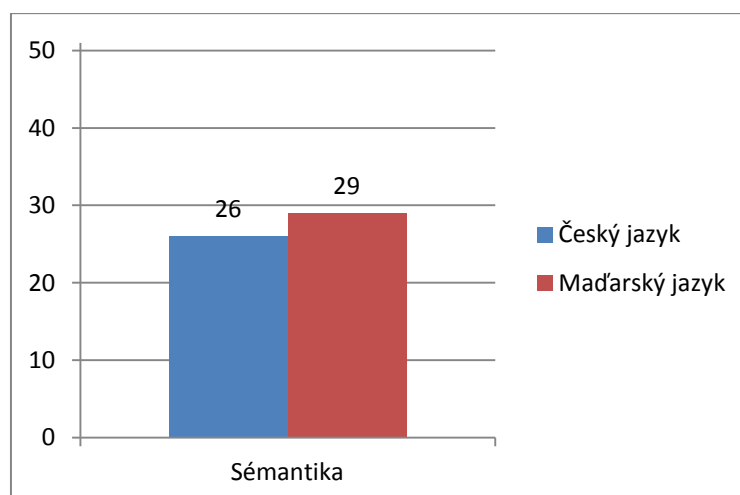
Graf 4 Porovnání výkonu pacientky v českém a maďarském jazyce v oblasti morfologie

Maximální hodnota v oblasti morfologie v jednom jazyce je rovna 25.



Graf 5 Porovnání výkonu pacientky v českém a maďarském jazyce v oblasti syntaxe

Maximální hodnota v oblasti syntaxe v jednom jazyce je rovna 137.



Graf 6 Porovnání výkonu pacientky v českém a maďarském jazyce v oblasti sémantiky

Maximální hodnota v oblasti sémantiky v jednom jazyce je rovna 51.

Z prezentovaných grafů vyplývá, že v oblastech fonologie, syntaxe a sémantiky dosáhla zkoumaná osoba mírně lepších výsledků v maďarském jazyce v porovnání s jazykem českým. Naopak v českém jazyce byl výkon v oblasti morfologie zkoumané osoby lepší oproti maďarskému jazyku. Největší rozdíl mezi maximální a naměřenou hodnotou je patrný v oblastech syntaxe, sémantiky, dále morfologie a nakonec fonologie.

Stanovení vzoru poškození je v případě této zkoumané osoby poněkud náročnější. V 11 úkolech vykázala zkoumaná osoba stejné výsledky v obou jazycích. U 7 úloh je patrné

závažnější narušení maďarského jazyka, u 14 úloh je naopak přítomné větší narušení jazyka českého. V rámci jazykových rovin, prezentovaných v grafech výše, je však patrnější mírně závažnější narušení maďarského jazyka u třech z nich. V oblasti fonologie jsou výsledky téměř vyrovnané. Avšak stejně tak lze konstatovat, že v oblastech morfologie, syntaxe a sémantiky je narušení napříč jazyky poměrně vyrovnané. Poškození obou jazyků je každopádně závažné.

Obdobně, rozdíly ve výkonech zkoumané osoby v obou jazycích v rámci jednotlivých úloh jsou minimální. Nejvíce zřejmé jsou pouze u úkolů s velkým rozdílem mezi jazyky a zároveň s malým celkovým počtem položek. Například u úlohy syntaktické pochopení, obsahující celkem 87 položek, bude rozdíl sedmi položek v neprospěch českého jazyka považován za méně podstatný než rozdíl 5 položek v neprospěch maďarského jazyka u úlohy odvozování slov, která celkem obsahuje položek 10.

Obecně lze říci, že rozdíly mezi jazyky jsou v jednotlivých úlohách, až na pár výjimek, i v jazykových rovinách minimální. Proto lze usuzovat na paralelní vzor poškození, ačkoliv s jistotou to tvrdit nelze.

Budou-li přece jen brány v úvahu jisté minimální rozdíly ve výkonu zkoumané osoby v jednotlivých jazycích, pak lze v souladu s Ribotovým pravidlem tvrdit, že odolnějším jazykem je jazyk maďarský. Při porovnání celkového počtu úloh, ve kterých byl více narušen jazyk český či maďarský, se toto pravidlo potvrdilo. Naopak český jazyk byl více aktivován před vznikem cévní mozkové příhody, tudíž by dle Pitresova pravidla měl být více zachován. I v tomto případě nelze toto pravidlo v našem případě zcela odmítnout, neboť např. v oblasti morfologie dosáhla zkoumaná osoba lepších výsledků v českém jazyce. Je však nutné si uvědomit, že manifestace symptomů afázie může být různá i v závislosti na struktuře daného jazyka.

Kromě toho mohou být nerovnoměrné výkony u určitých úloh ovlivněné ještě dalšími faktory, a sice dřívější zkušeností zkoumané osoby s prezentovanými stimuly, jejich jednoznačností, resp. nejednoznačností. Ačkoliv byly dle našeho názoru zabezpečeny stejné podmínky pro vyšetřování, mohly být výsledky ovlivněny aktuálním zdravotním stavem, fyzickým a psychickým rozpoložením zkoumané osoby, únavou apod. Navíc i v subakutním stadiu nelze opomenout vliv spontánní úpravy.

V tabulce jsou přehledně shrnuty výsledky pacientky v jednotlivých subtestech obou jazyků, a to spolu s určením, ve kterém jazyce dosáhla zkoumaná osoba lepších výsledků.

Subtesty	Český jazyk ^a	Maďarský jazyk ^b	Počet položek celkem	Počet chyb v běžném rozsahu ⁴⁸	Shoda	Rozdíl MJ oproti ČJ
Spontánní řeč	3	5	5	*	lepší MJ	+2
Ukazování	10	10	10	0	ano	0
Lehké a částečně složitě pokyny	8	8	10	1	ano	0
Složitě pokyny	1	0	5	2	lepší ČJ	-1
Sluchové rozlišování slov	15	12	18	3	lepší ČJ	-3
Syntaktické pochopení	48	55	87	11	lepší MJ	+7
Sémantické kategorie	2	5	5	1	lepší MJ	+3
Synonyma	1	1	5	1	ano	0
Antonyma	4	2	10	2	lepší ČJ	-2
Úsudek o gramatické správnosti	7	3	10	1	lepší ČJ	-4
Úsudek o sémantické vhodnosti	8	8	10	1	ano	0
Opakování slov	27	30	30	0	lepší MJ	+3
Úsudek (lexikální posouzení)	29	25	30	1	lepší ČJ	-4
Opakování vět	7	7	7	1	ano	0
Pojmové řady	3	3	3	0	ano	0
Vyjadřovací schopnost (verbální fluence fonetická)	3 (5 4 2) 11	3 (8 10 8) 26	6	**	ano lepší v MJ	0 +15

⁴⁸ Jedná se o stanovení běžného rozsahu počtu chyb u anglicky hovořící populace. U české populace by se tato čísla mohla lišit, jsou tedy uvedena pouze pro hrubou orientaci.

Subtesty	Český jazyk ^a	Maďarský jazyk ^b	Počet položek celkem	Počet chyb v běžném rozsahu	Shoda	Rozdíl MJ oproti ČJ
Pojmenování předmětů	16	16	20	0	ano	0
Tvoření vět	23	25	25	*	lepší MJ	+2
Sémantické protiklady	5	3	10	1	lepší ČJ	-2
Odvozování slov	7	2	10	2	lepší ČJ	-5
Morfologické obměňování	2	3	10	2	lepší MJ	+1
Popisování	2	3	3	*	lepší MJ	+1
Počítání z paměti	1	7	15	2	lepší MJ	+6
Sluchové pochopení	4	5	5	1	lepší MJ	+1
Čtení slov	10	10	10	0	ano	0
Čtení vět	8	10	10	1	lepší MJ	+2
Čtení textu	2	5	6	1	lepší MJ	+3
Opisování	3	4	5	0	lepší MJ	+1
Diktát slov	3	3	5	0	ano	0
Diktát vět	0	2	5	1	lepší MJ	+2
Pochopení významu psaného slova	6	9	10	1	lepší MJ	+3
Pochopení významu psaných vět	6	6	10	1	ano	0

* Výkon pacienta je analyzován po administraci testu.

** Normy u této položky jsou na konci každé verze BATu.⁴⁹

^a Český jazyk = ČJ

^b Maďarský jazyk = MJ

Tabulka 28 Komparace výsledků českého a maďarského jazyka (převzato a doplněno z Paradis, Libben, 1987, s. 210)

⁴⁹ Normy k verbální fluenci u obou verzí testů uvedeny nebyly. Orientačně by bylo možné pro orientační posouzení výkonu v tomto subtestu užít norem některých autorů (např. Preiss, 1998; Kopeček, Kuncová, 2006), avšak tyto normy nejsou uvedeny pro všechny hlásky a vztahují se pouze k osobám s mateřským jazykem českým. Proto je v této práci za orientační „normu“ považováno rozpětí 15-20 slov a více.

8 Poznámky k Bilingvnímu afatickému testu

Při zadávání BATu bylo zjištěno několik nedostatků, na které bude v této kapitole stručně upozorněno.

Instrukce k jednotlivým úlohám jsou dle našeho názoru příliš zdlouhavé. Někteří pacienti si nemusí takovouto instrukci zapamatovat, což pak může vést k neustálému opakování instrukce examínátorem či nepochopení zadání pacientem. Součástí některých úloh jsou obrázky-stimuly, které nejsou vždy zcela jednoznačné a mohou tak vést k nesprávnému označení odpovědi pacientem vlivem nerozpoznání daného obrázku.

Co se týče české verze BATu a úlohy úsudku (lexikálního posuzování), dvě slova, která jsou dle skórování testu označena jako bezesmyslná, dle našeho názoru smysl mít mohou. Konkrétně se jedná o slovo *sim* (POL 219), které může být pochopeno ve smyslu SIM karty, tudíž jako slovo existující. Dalším slovem je *otřep* (POL 239), které může být pojímáno jako rozkazovací způsob slovesa otřepat. Další význam tohoto slova je hrot, ostrý břit vznikající následkem obrábění apod.

Dále u úloh syntaktického pochopení české verze BATu byly shledány čtyři věty, kterým neodpovídají příslušné obrázky-stimuly. Jedná se o věty *Ukažte mi králova šaška* a *Ukažte mi šaškova krále* (POL 138 a POL 146) s obrázkem postavy a lesa. Dalšími větami jsou *Ukažte mi pánova služebníka* (POL 143) a *Ukažte mi služebníkova pána* (POL 151). Ani v tomto případě obrázek, na kterém je vyobrazen pasáček s ovečkou, neodpovídá. Proto byly provedeny modifikace těchto čtyř vět na základě prezentovaného obrázku. Uvedeny jsou v 6. kapitole této práce.

Další poznámky k úlohám syntaktického porozumění podala Lehečková (2012). Dle této autorky by se při testování českého jazyka měla pozornost zaměřit na typické projevy agramatismů, není vhodné pouhé přebírání konstrukcí z anglického jazyka (Lehečková, 2012).

Co se týče maďarské verze BATu, nelze podat přesné informace, neboť autorka této práce nehovoří maďarským jazykem. Nicméně na základě odpovědí pacientky, poznámek rodinného příslušníka a konzultace s nezávislým rodilým mluvčím maďarštiny lze upozornit na jisté chyby, které vyvstaly během administrace testu.

V oddílu sluchové rozlišování slov byly objeveny dvě chyby, a sice u slova *kék* (POL 48), které v překladu znamená modrá. Tomu však neodpovídá žádný z obrázků, ačkoliv dle skórování je za správnou odpověď považován obrázek č. 2. Rodilým mluvčím maďarštiny bylo zmíněno, že tento obrázek značí klín (v maďarštině *ék*, nikoliv *kék*). Dalším chybným slovem je *ko* (POL 59), která má odkazovat na obrázek č. 1 (tj. kámen). Takové slovo však v maďarském jazyce neexistuje, správně se má jednat o slovo *kő*. Dále pak POL 52 a POL 53 jsou přehozeny.

U syntaktického porozumění je problematických několik položek. Konkrétně se jedná o POL 68 (*Ö fogja azt*), POL 73 (*Ö húzza azt*) a POL 76 (*Az húzza őt*). Dle pacientky, rodinného příslušníka i nezávislého rodilého mluvčího jsou tyto položky nejednoznačné, neboť je zde vícero možných správných odpovědí, resp. obrázků.

Dále u úlohy počítání z paměti (složitě úkoly) je u POL 355 (*Mennyi 24 MEG 22*) chyba v odpovědi. Správnou odpovědí na příklad 24 plus 22 je 46, v testu je však uvedena odpověď 36 (*harminchat*). Examinátor, který pouze zatrhává správné či nesprávné odpovědi na základě toho, co mu test předkládá, a zároveň není znalý maďarštiny, by tak mohl nesprávně určit odpověď pacienta symbolem minus.

Závěrem lze říci, že administrace testu je časově náročná nejen pro examinátora, ale zejména pro samotného pacienta. S narůstajícím časem není zanedbatelná ani možnost ovlivnění výsledků ve smyslu jejich zhoršení důsledkem ztráty koncentrace pozornosti a únavy pacienta. Je sice doporučováno rozložit vyšetření jednotlivých jazyků do různých dnů, jako vhodné se však jeví také rozložit posouzení jednoho jazyka na více dnů. To by však znamenalo velké množství času, které by logoped věnoval „pouze“ diagnostice NKS.

9 Diskuse výsledků praktické části

Hlavním záměrem praktické části diplomové práce bylo upozornění na problematiku afázie u bilingvních osob prostřednictvím prezentace případových studií bilingvních afatiků, a to zejména s ohledem na jejich diagnostiku. V českém prostředí je nám známo pouze pár takovýchto kazuistik. Poukázáno bylo na nezbytnost posouzení premorbidní úrovně jazykových dovedností za účelem stanovení závažnosti NKS. Dále byly uvedeny možnosti diagnostiky bilingvních osob s afázií a zejména detailně popsány výsledky šetření, resp. výsledky posuzování obou jazyků u zkoumaných osob.

Závěrem budou uvedeny odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

1. Jaká je úroveň jazykových kompetencí zkoumaných osob po poškození mozku?
 - Jaká je úroveň jazykových kompetencí v českém jazyce u zkoumaných osob po poškození mozku?

U jednoho pacienta byla jazykové kompetence v českém jazyce po vzniku CMP ve všech oblastech, tj. produkce, percepce, lexie a grafie, na nízké úrovni. V oblasti produkce byl schopen plynulé řečové produkce, avšak s nulovou informační hodnotou. Porozumění se dařilo pouze na úrovni jednotlivých slov. V oblasti lexie a grafie nebyl schopen výkonu. U druhého pacienta byla úroveň jazykových kompetencí po poškození mozku v oblasti produkce na poměrně dobré úrovni v úloze pojmových řad a spontánní řeči, potíže činila zejména úloha verbální fluence. Výkony v této oblasti u různých úloh byly nevyrovnané. Rozumění bylo narušeno na úrovni slyšené i čtené, a to zejména se vzrůstající syntaktickou náročností i délkou vět. Schopnost lexie byla poměrně dobře zachovaná, v oblasti grafie byly patrné obtíže typu paragrafí a nečitelnosti jednotlivých slov zejména v případě psaní vět.

- Jaká je úroveň jazykových kompetencí v dalším jazyce u zkoumaných osob po poškození mozku?

Nízkou úroveň jazykových kompetencí v ukrajinském jazyce ve všech oblastech vykázal jeden pacient. Porozumění se dařilo na úrovni slov, produkce byla nesrozumitelná. Výkonu v oblasti lexie a grafie nebyl schopen. U druhého pacienta byla zaznamenána dobrá úroveň jazykové kompetence v oblasti lexie a produkce, ačkoliv výkony v druhé oblasti byly více nerovnoměrné, potíže činila například úloha verbální fluence. Obtíže se projevíly při vykonání částečně složitých a zejména složitých pokynů, na úrovni sluchového rozlišování

a porozumění psanému textu. V oblasti grafie byly patrné obtíže typu paragrafií a nečitelnosti jednotlivých slov, a to zejména na úrovni vět.

- Jaká je úroveň jazykových kompetencí obou jazyků u zkoumaných osob po poškození mozku při jejich komparaci?

Celková úroveň jazykových kompetencí byla u jednoho pacienta mírně lepší v ukrajinském jazyce oproti českému jazyku, a to v oblasti opakování a rozumění mluvené instrukci. Tento lepší výsledek je však dle našeho názoru zanedbatelný, a to i z důvodu, že se jednalo o screeningové vyšetření fatických funkcí v akutní fázi onemocnění. Proto lze souhrnně říci, že oblast produkce, percepce, lexie i grafie byly na přibližně stejné úrovni v obou jazycích po vzniku cévní mozkové příhody. U druhého pacienta byly při porovnání obou jazyků zaznamenány největší rozdíly v oblastech syntaxe a dále sémantiky. Produkce se jevila jako mírně lepší v případě maďarského jazyka, percepce naopak mírně horší, avšak stále na poměrně srovnatelné úrovni. Oblast lexie byla také na srovnatelné úrovni v obou jazycích, stejně jako grafie. Z důvodu zpravidla minimálních rozdílů v jazykových dovednostech mezi jazyky lze lepší či horší výkony v jednotlivých úlohách považovat za spíše zanedbatelné.

2. Jaká je úroveň jazykových kompetencí u zkoumaných osob po poškození mozku vzhledem k jejich premorbidnímu stavu?

- Jaká je úroveň jazykových kompetencí v českém jazyce u zkoumaných osob po poškození mozku vzhledem k jejich premorbidnímu stavu?

Vzhledem k premorbidní úrovni jazykových kompetencí v českém jazyce byla úroveň jazykových dovedností u jednoho pacienta po poškození mozku na velmi nízké úrovni ve všech oblastech. V oblasti produkce a percepce vykázal mírně lepších výsledků oproti oblastem lexie a grafie, což koresponduje s premorbidní jazykovou znalostí. Tyto mírně lepší výsledky jsou však zanedbatelné. U druhého pacienta byla premorbidní úroveň jazykových kompetencí ve všech oblastech dle posouzení rodinných příslušníků na stejné úrovni. Dle vyšetření však největší obtíže pacientovi činila oblast percepce a grafie. Jelikož byla v klinickém obrazu přítomna také agrafie, je možné jí přisuzovat horší výkon v této oblasti. Souhrnně lze říci, že narušení jednotlivých oblastí tak, jak bylo uvedeno, je způsobeno skutečně poškozením mozku a nikoliv nízkou úrovní jazykových znalostí v daných oblastech premorbidně.

- Jaká je úroveň jazykových kompetencí v dalším jazyce u zkoumaných osob po poškození mozku vzhledem k jejich premorbidnímu stavu?

Vzhledem k premorbidní úrovni jazykových kompetencí v ukrajinském jazyce byly jazykové kompetence u jednoho pacienta po poškození mozku na velmi nízké úrovni ve všech oblastech. S ohledem na ekvivalentní úroveň jazykových znalostí premorbidně a následné mírně horší výsledky v oblastech lexie a grafie oproti produkci a percepci lze konstatovat, že narušení právě v těchto oblastech je patrnější. Na druhou stranu je třeba vzít v úvahu také vliv přítomné alexie a agrafie v klinickém obrazu pacienta. U druhého pacienta bychom dle posouzení premorbidní úrovně jazykových kompetencí v maďarštině mohli konstatovat, že nejvíce zasaženými oblastmi budou lexie a grafie. Tento předpoklad se však nepotvrdil. Lexie byla na dobré úrovni, na rozdíl od grafie, produkce a ještě znatelněji percepce. Na druhou stranu je třeba zmínit, že premorbidní úroveň znalostí v jednotlivých oblastech byla téměř srovnatelná a neměla by se tudíž výrazněji odlišovat v příslušných oblastech jazyka po poškození mozku. Souhrnně lze říci, že narušení jednotlivých oblastí tak, jak bylo uvedeno, je i v tomto případě způsobeno poškozením mozku a nikoliv nízkou úrovní jazykových znalostí v daných oblastech premorbidně.

- Jaká je úroveň jazykových kompetencí u zkoumaných osob po poškození mozku při komparaci obou jazyků vzhledem k jejich premorbidnímu stavu?

U jednoho pacienta je možno uvažovat o mírně lepší úrovni jazykových kompetencí po poškození mozku v ukrajinském jazyce, což by mohlo korespondovat se zmíněnou lepší premorbidní jazykovou znalostí. Nejznatelnější bylo narušení lexie a grafie, což lze přisuzovat přítomnosti alexie a agrafie v klinickém obrazu zkoumané osoby. Souhrnně však lze považovat výsledky vyšetření obou jazyků po poškození mozku za téměř srovnatelné, neboť vykonání jedné verbální instrukce a zopakování jednoho jednoslabičného slova navíc v ukrajinském jazyce oproti jazyku českému je zanedbatelné. Úroveň premorbidních jazykových dovedností v obou jazycích je u druhého pacienta téměř srovnatelná. Manifestace jednotlivých obtíží je však v určitých oblastech jazyka i napříč jazyky jiná, než lze na základě tohoto tvrzení očekávat. Maďarský jazyk je dle závěrů vyšetření spíše méně narušen oproti jazyku českému, ačkoliv rozdíly mezi jazyky lze považovat za minimální. Dále pak lexie je nejméně narušená vzhledem k ostatním jazykovým oblastem u obou jazyků, percepce naopak nejvýrazněji. Souhrnně lze říci, že prezentované symptomy lze přisuzovat pouze poškození mozku, premorbidní úroveň jazykových znalostí na ně neměla žádný vliv.

3. Jaký je vzor poškození jazyků u zkoumaných osob?

- Jaké pravidlo týkající se neparalelního poškození jazyků lze u zkoumaných osob po poškození mozku potvrdit?

U jednoho pacienta byl patrný paralelní vzor poškození, oba jazyky byly závažněji poškozeny. Proto také nelze uplatnit žádné z pravidel týkající se důvodů neparalelního poškození jazyků. U druhého pacienta je možno pouze usuzovat na paralelní typ poškození, nelze jej jednoznačně stanovit. Ačkoliv jsou evidentní jisté rozdíly v jednotlivých oblastech napříč jazyky, jsou pouze minimální. Ani v tomto případě se proto nedá jednoznačně uplatnit žádné z pravidel týkající se příčin neparalelního poškození.

Výzkumné otázky, které byly na začátku této práce stanoveny, se podařilo zodpovědět. Tyto poznatky však nelze zobecnit, neboť byl použit velmi malý výzkumný vzorek, kromě toho je každá případová studie jedinečná. U každé zkoumané osoby bylo navíc provedeno vyšetření prostřednictvím jiného testového nástroje a v jiné fázi onemocnění. Posouzení jazykových dovedností mělo pouze kvalitativní charakter. Do budoucna by bylo vhodnější provést vyšetření v subakutní či lépe v chronické fázi onemocnění stejným diagnostickým nástrojem u více pacientů. Limitem naší práce je také nedostatečná zkušenost jejího autora s diagnostikou osob s afázií, které jsou navíc bilingvní a dále nezkušenost s testováním pomocí BATu. Autorka práce mohla nejen při diagnostice, nýbrž i při analýze a interpretaci získaných dat opomenout některé podstatné aspekty, které by zkušenému odborníkovi v záplavě informací neunikly.

Závěr

Problematické afázií je v české odborné literatuře věnovaná poměrně značná pozornost. Vznikají diagnostické nástroje, které se nezaměřují pouze na vyšetření jednotlivých symptomů afázie, nýbrž také na hodnocení funkcionální komunikace. Oblastí v českém prostředí opomíjenou jsou však afázie u bilingvních osob, a to přestože Paradis a Libben již roku 1987 publikovali knihu „The assessment of bilingual aphasia“, ve které mj. popsali nástroj k diagnostice bilingvní afázie, a sice Bilingvní afatický test. Tento test je doposud také jediným nástrojem zaměřeným na diagnostiku afázie u bilingvních osob adaptovaným na český jazyk. Kromě toho se mj. důsledkem nárůstu případů ischemických cévních mozkových příhod a nárůstu počtu cizinců na našem území stává pravděpodobnější skutečnost setkání odborníků s bilingvní osobou v logopedické praxi.

Nedostatek teoretických informací o této problematice v české odborné literatuře, jakož i nedostatek publikovaných případových studií vedl k sepsání této diplomové práce s názvem Problematika afázie u bilingvních osob. Jejím cílem bylo přinést komplexnější poznatky o tomto tématu prostřednictvím teoretické analýzy a komparace české a zahraniční odborné literatury, a dále prostřednictvím analýzy případových studií bilingvních osob s afázií.

Na základě realizovaného výzkumného šetření u dvou bilingvních osob s afázií se znalostí českého a ukrajinského a dále českého a maďarského jazyka, bylo možné zodpovědět stanovené výzkumné otázky. Sběr dat ke zpracování případových studií probíhal formou polostrukturovaného anamnestického rozhovoru, posuzovacích škál, studia textových dokumentů a vlastního testování.

Bylo zjištěno, že oblast produkce, percepce, lexie i grafie byly u zkoumaných osob na přibližně stejné úrovni v obou jazycích po poškození mozku, ačkoliv u druhého případu byly výsledky více nerovnoměrné. Paralelní vzor poškození, jakožto nejčastěji uváděný, byl zaznamenán u jednoho případu, u druhého případu nebylo možné vzor poškození jednoznačně stanovit. Prezentované symptomy však lze přisuzovat pouze poškození mozku, premorbidní úroveň jazykových kompetencí, která byla u obou zkoumaných osob na velmi dobré či dobré úrovni ve všech oblastech, na ně neměla žádný vliv.

Do budoucna se dále jeví jako užitečné zpracování více kazuistik dvojjazyčných osob s českým a dalším jazykem, které budou zaměřeny na proces diagnostiky, ale také terapie,

neboť jich je značný nedostatek. Zajímavé by také bylo zpracování informační brožury o specifikách přístupu k pacientům s bilingvní afázií či vytvoření webových stránek, na kterých by byly přehledně shrnuty a dále rozšiřovány aktuální informace týkající se tohoto vysoce aktuálního tématu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADROVER-ROIG, D., MARCOTTE, K. SCHERER, L. a ANSALDO, A. I. Bilingual Aphasia: Neural Plasticity and Considerations for Recovery. In GITTERMAN, M. R., GORAL, M. OBLER, L. K. *Aspects of Multilingual Aphasia*. Bristol, UK: Multilingual Matters, 2012, s. 40-57. ISBN-13: 978-1-84769-754-7.

AMBERBER, A. M., COHEN, H. Assessment and treatment of bilingual aphasia and dementia using the Bilingual Aphasia Test. *Journal of Neurolinguistics* [online]. 2015, 25, 515-519 [cit. 28. 3. 2017]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneuroling.2012.08.003>.

AMBLER, Z. a kol. *Klinická neurologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-157-4.

AMBLER, Z. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

American Speech-Language-Hearing Association. Aphasia. *ASHA* [online]. [cit. 25. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Aphasia/>.

AZARPAZHOOH, M. R., JAHANGIRI, N. a GHALEH, M. Subcortical organization of languages in bilingual brain. *Journal of Neurolinguistics* [online]. 2010, 23, 531-539 [cit. 5. 3. 2017]. Dostupné z: [doi:10.1016/j.jneuroling.2010.03.007](https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2010.03.007).

BASTIAANSE, R. a PRINS, R. S. Aphasia. In CUMMINGS, L. *The Cambridge Handbook of Communication disorders*. New York: Cambridge University Press, 2014, p. 224-246. ISBN 978-1-107-02123-5.

BHATIA, T. K. a RITCHIE, W. C. *The handbook of bilingualism and multilingualism*. 2nd edition. Malden: Blackwell, 2013. 940 s. Blackwell handbooks in linguistics. ISBN 978-1-4443-3490-6.

Bilingual Aphasia Test. *McGill University* [online]. Montreal: McGill University, 2017 [cit. 15. 4. 2017]. Dostupné z: <http://www.mcgill.ca/linguistics/research/bat>.

BRETON, R. *Atlas jazyků světa. Soužití v křehké rovnováze*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2007. 79 s. Albatros In; 20. Klub mladých čtenářů. ISBN 978-80-00-01883-6.

BURGALETA, M. a kol. Bilingualism at the core of the brain. Structural differences between bilinguals and monolinguals revealed by subcortical shape analysis. *NeuroImage* [online]. 2016, 125, 437-445 [cit. 10. 3. 2017]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.09.073>.

CENTENO, J. G., ANSALDO, A. I. Aphasia in Multilingual Populations. In PAPATHANASIOU, I., COPPENS, P. a POTAGAS, C. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. s. 275-293. ISBN 9780763771003.

CROFT, S. a kol. Therapy for naming difficulties in bilingual aphasia: Which language benefits? *International Journal of Language and Communication Disorders* [online]. 2011, 46, s. 48–62 [cit. 29. 3. 2017]. Dostupné z: doi: 10.3109/13682822.2010.484845.

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

CSÉFALVAY, Z. a KOŠTÁLOVÁ, M. Diagnostika afázie. In CSÉFALVAY, Z. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013, s. 83-116. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Z. Afázia In KEREKRÉTIÓVÁ, A. a kol. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2016, s. 231-248. ISBN 978-80-223-4165-3.

CSÉFALVAY, Z. Afázia. In KEREKRÉTIÓVÁ, A. a kol. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, s. 227-241. ISBN 978-80-22325745.

CSÉFALVAY, Z. Diagnostika afázie. In LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 202-223. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Zsolt a Pavel TRAUBNER. *Afaziológia: pre klinickú prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1996. Efeta. ISBN 80-217-0377-6.

CUMMINGS, L. Pragmatic Disorders in Advanced Adulthood. In CUMMINGS, L., ed. *Pragmatic Disorders*. Springer Science+Business Media Dordrecht, 2014, p. 56-60. ISBN 978-94-007-7954-9.

CUMMINGS, L. *The Cambridge Handbook of Communication disorders*. New York: Cambridge University Press, 2014, p. 224-246. ISBN 978-1-107-02123-5.

ČECHÁČKOVÁ, M. Afázie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007, s. 147-179. ISBN 80-7178-546-6.

ČERNÝ, Jiří. *Úvod do studia jazyka*. 2. vyd. Olomouc: Rubico, 2008. 248 s. ISBN 978-80-7346-093-8.

Český statistický úřad. *Cizinci v České republice podle dat sčítání lidu* [online]. ČSÚ, 2014. [cit. 15. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20541803/170222-14.pdf/870a2cea-fe98-4b36-b7d0-cacf30b2a395?version=1.0>.

Český statistický úřad. *Cizinci: Demografické události cizinců* [online]. ČSÚ. Poslední aktualizace 9. 11. 2016b [cit. 13. 3. 2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/2-ciz_demogr_udalosti.

Český statistický úřad. *Cizinci: Počet cizinců* [online]. ČSÚ. Poslední aktualizace 7. 4. 2016a [cit. 13. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>.

Český statistický úřad. Obyvatelstvo, domy, byty a domácnosti podle Sčítání lidu, domů a bytů. *Obyvatelstvo podle národnosti, mateřského jazyka a podle pohlaví* [online]. ČSÚ, 2011. Dostupné z: <https://www.czso.cz/staticke/data/2000013/CR/SPCR153.pdf>.

Český statistický úřad. Ředitelství služby cizinecké policie Ministerstva vnitra ČR. *R04 Cizinci v ČR podle státního občanství 1994 – 2015 (31. 12.)* [online]. ČSÚ [cit. 13. 3. 2017c]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu#cr.

Český statistický úřad. Ředitelství služby cizinecké policie. *Cizinci v ČR – 2015* [online]. ČSÚ. Poslední aktualizace 21. 12. 2015 [cit. 13. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/1-demograficke-aspekty-zivota-cizincu>.

Český statistický úřad. Ředitelství služby cizinecké policie. *R01 Vývoj počtu cizinců v ČR v letech 2004-2015* [online]. ČSÚ [cit. 13. 3. 2017a]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11292/41862280/c01R01_2015.pdf/48b91796-0832-4b4a-b5fb-92e23937a9e5?version=1.0.

Český statistický úřad. Ředitelství služby cizinecké policie. *R02 Počet cizinců v ČR – předběžné čtvrtletní údaje: 2004/06 – 2016/12* [online]. ČSÚ [cit. 13. 3. 2017b]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R02_201612.pdf/4240550c-17f6-4330-b8a5-8d57d1915e6d?version=1.0.

DOSKOČILOVÁ, K. *Co je to bilingvismus*. Čeština doma a ve světě. Publikováno 25. 2. 2005 [cit. 2. 3. 2017]. 10, 2-3, 2002. s. 228-234. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/46-co-je-to-bilingvismus>.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. 248 s. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.

EDMONDS, L., a KIRAN, S. Confrontation naming and semantic relatedness judgements in Spanish/English bilingual speakers. *Aphasiology* [online]. 2004, 18, s. 567–579 [cit. 30. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.bu.edu/aphasiaresearch/files/2009/11/Edmonds-and-Kiran.pdf>.

EDMONDS, L., a KIRAN, S. Effect of semantic naming treatment on crosslinguistic generalization in bilingual aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [online]. 2006, 49, s.729–748 [cit. 30. 3. 2014]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=386bd82b-4dc9-4a15-adc8-179f76a622fc%40sessionmgr102&vid=2&hid=126>.

EKIERT, M. The Bilingual brain. *Working Papers in TESOL & Applied Linguistics*. [online]. 2003, 3, 2, 1-8 [cit. 8. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.lingue.uniurb.it/matdid/donati/LinguisticaGenerale/2006-07/bilinguismo1.pdf>.

Embolus. *Velký lékařský slovník* [online]. Maxdorf [cit. 20. 1. 2017b]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/embolus>.

ENGELTER, S. T. a kol. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: Incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke* [online]. 2006, 37, s. 1379-1384. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=435bb98c-bf5e-487a-bda5-b04fc61a57ca%40sessionmgr101&hid=122&bdata=JmF1dGh0eXBIPXNoaWImc2l0ZT1lZH MtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edselc.2-52.0-33745151449&db=edselc>.

Evropská komise. *Special Eurobarometer 386: Europeans and their Languages* [online]. [Brusel]: 2012. [cit. 5. 3. 2017] Dostupné z: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_386_en.pdf.

- FABBRO, F. The Bilingual Brain: Bilingual Aphasia. *Brain and Language* [online]. 2001b, 79, s. 201-210 [cit. 30. 3. 2017]. Dostupné z: doi:10.1006/brln.2001.2480.
- FABBRO, F. The Bilingual Brain: Cerebral Representation of Languages. *Brain and Language* [online]. 2001a, 79, 211-222 [cit. 15. 3. 2017]. Dostupné z: doi:10.1006/brln.2001.2481.
- FAROQI-SHAH, J. a kol. Effect of treatment for bilingual individuals with aphasia: A systematic review of the evidence. *Journal of Neurolinguistics* [online]. 2010, 23, s. 319-341. Dostupné z: doi:10.1016/j.jneuroling.2010.01.002.
- FELTON, A. a kol. Bilingualism influences structural indices of interhemispheric organization. *Journal of Neurolinguistics* [online]. 2017, 42, 1-11 [cit. 7. 3. 2017]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneuroling.2016.10.004>.
- GAÁL, L. *Příručka k programu NP3* [online]. Bernried, 2011. [cit. 20. 2. 2017]. Dostupné z: http://neurop.de/beschreibung_sl01.html.
- GENZOR, J. *Jazyky světa: historie a současnost*. 1. vyd. V Brně: Lingea, 2015. 672 stran. ISBN 978-80-7508-061-5.
- GITTERMAN, M. R., GORAL, M. OBLER, L. K. *Aspects of Multilingual Aphasia*. Bristol, UK: Multilingual Matters, 2012, 324 s. ISBN-13: 978-1-84769-754-7.
- GROSJEAN, F. Individuálny bilingvizmus. In ŠTEFÁNIK, J., ed. *Antológia bilingvizmu*. 1. vyd. Překlad Jozef Štefánik, Viktor Krupa, Eduard Pallay, Michaela Palcútová. Bratislava: Academic Electronic Press, 2004. s. 283-294. ISBN 80-88880-54-8.
- HARDING, E. a RILEY, P.. *Bilingvní rodina*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 223 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-358-1.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HULL, R. a VAID, J. Bilingual language lateralization: A meta-analytic tale of two hemispheres. *Neuropsychologia* [online]. 2007, 45, 1987-2008 [cit. 14. 3. 2017]. Dostupné z: doi:10.1016/j.neuropsychologia.2007.03.002.

HULL, R. a VAID, J. Laterality and language experience. *LATERALITY* [online]. Psychology Press, 2006, 11, 5, 436-464 [cit. 11. 3. 2017]. Dostupné z: doi: 10.1080/13576500600691162.

KAPALKOVÁ, S. Bilingvizmus a vývin jazykových schopností detí v ranom veku. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Logopedická propedeutika*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2016. s. 129-144. ISBN 978-80-223-4164-6.

KERTESZ, A. & HARCIAREK, M. Primary progressive aphasia. *Scandinavian Journal of Psychology* [online]. 2014, 55, 191-201 [cit. 20. 2. 2017]. Dostupné z: doi: 10.1111/sjop.12105.

KIRAN, S. a ROBERTS, P. M. What Do We Know About Assessing Language Impairment in Bilingual Aphasia? In GITTERMAN, M. R., GORAL, M. OBLER, L. K. *Aspects of Multilingual Aphasia*. Bristol, UK: Multilingual Matters, 2012, s. 59-75. ISBN-13: 978-1-84769-754-7.

KIRAN, S., GORAL, M. One Disorder, Multiple Languages. *The ASHA Leader* [online]. 2012, 17, 22-25 [cit. 25. 3. 2017]. Dostupné z: doi:10.1044/leader.FTR4.17072012.22.

KOHNERT, K. Cognitive and cognate-based treatments for bilingual aphasia: A case study. *Brain and Language* [online]. 2004, 91, s. 294-302 [cit. 25. 3. 2017]. Dostupné z: doi:10.1016/j.bandl.2004.04.001.

KOHNERT, K. *Language Disorders in Bilingual Children and Adults*. 2nd edition. San Diego: Plural Publishing, 2013. 358 s. ISBN-13: 978-1-59756-534-9.

KOHNERT, K. Primary Language Impairments in Bilingual Children and Adults. In ALTARRIBA, J. a ROBERTO, R. R. *An Introduction to Bilingualism: Principles and Processes*. Taylor & Francis, 2008 s. 295-320. ISBN 978-0-8058-5134-2.

KOHNERT, K. Primary Language Impairments in Bilingual Children and Adults. In ALTARRIBA, J., ROBERTO, R. H. *An Introduction to Bilingualism: Principles and Processes*. Taylor & Francis, 2008a. s. 295-320. ISBN 978-0-8058-5134-2.

KOŠŤÁLOVÁ M., BEDNAŘÍK J., MECHL M., VOHÁŇKA S. a ŠNÁBL I. Multimediální atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí. Brno: Masarykova universita, 2006. Dostupné z: <http://portal.med.muni.cz/clanek-312-multimedialni-vyukovy-atlas-poruch- reci-a-pribuznych-kognitivnich-funkci.html>.

Krátké kognitivní testy. *AD Centrum: Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci* [online]. Poslední změna 7. 2. 2017 [cit. 25. 2. 2017]. Dostupné z: http://www.nudz.cz/adcentrum/kratke_kognitivni_testy.html.

KROPÁČOVÁ, J. *Výuka žáka s odlišným mateřským jazykem*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. Monografie / Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1511-9.

KULIŠŤÁK, P. Rehabilitace v klinické neuropsychologii. *Aplikovaná psychologie* [online]. Praha: Vysoká škola aplikované psychologie, 2016, I., 2, 108-119 [cit. 25. 2. 2017]. ISSN 2336-8276. Dostupné z: http://www.vsaps.cz/data/2016/09/12/10/aplikovana_psychologie_2_web_docx.pdf.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. 380 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-7367-891-3.

LEAP-Questionnaire. *Northwestern University: School of Communication*. [online]. [cit. 26. 1. 2017]. Dostupné z: <https://www.bilingualism.northwestern.edu/leapq/>.

LEHEČKOVÁ, H. Čeština v Bilingvním afatickém testu. In ČMEJRKOVÁ, S., ed., HOFFMANNOVÁ, J., ed. a KLÍMOVÁ, J., ed. *Čeština v pohledu synchronním a diachronním: stoleté kořeny Ústavu pro jazyk český*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 857 s. ISBN 978-80-246-2121-0.

LEHISTEOVÁ, I. Pojem interferencie. In ŠTEFÁNIK, J., ed. *Antológia bilingvizmu*. 1. vyd. Překlad Jozef Štefánik, Viktor Krupa, Eduard Pallay, Michaela Palcútová. Bratislava: Academic Electronic Press, 2004. s. 283-294. ISBN 80-88880-54-8.

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9.

LEKOUBOU, A. a kol. Aphasia in multilingual individuals: The importance of bedside premorbid language proficiency assessment. *eNeurological* [online]. 2015, 1, 1-2. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ensci.2015.04.001>.

LIU, H. a CAO, F. L1 and L2 processing in the bilingual brain: A meta-analysis of neuroimaging studies. *Brain & Language* [online]. 2016, 159, 60-73 [cit. 7. 3. 2017]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bandl.2016.05.013>.

LORENZEN, B. a MURRAY, L. L. Bilingual aphasia: theoretical and clinical review. *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. 2008, 17, 299-317 [cit. 25. 3. 2017]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=61e96b72-073e-4985-976f-35610e25c8af%40sessionmgr4009&vid=2&hid=4210>.

LOVE, R. J. a WEBB, W. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 386 s. ISBN 978-80-7376-464-9.

MigrationsMap.net [online]. Datum aktualizace březen 2014 [cit. 10. 3. 2017]. Dostupné z: <http://migrationsmap.net/#/CZE/arrivals>.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MORGENSTERNOVÁ, M., ŠULOVÁ, L. a SCHOLL, L.. *Bilingvismus a interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. 125 s. ISBN 978-80-7357-678-3.

MOUTHON, M., ANNONI, J.-M. a KHATEB, A. The bilingual brain. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* [online]. 2013, 164, 8, 266-273 [cit. 6. 3. 2017]. Dostupné z:

NEUBAUER, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 227 s., [16] s. obr. příl. ISBN 978-80-7367-159-4.

OBEREIGNERŮ, R. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 333 s. ISBN 978-80-244-3737-8.

OBLER, L. K. a PARK, Y. The Study of Bilingual Aphasia: The Questions Addressed. In GITTERMAN, M. R., GORAL, M. OBLER, L. K. *Aspects of Multilingual Aphasia*. Bristol, UK: Multilingual Matters, 2012, s. 26-39. ISBN-13: 978-1-84769-754-7.

Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích. Nové aktualiz. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2010. 2 sv. 735 s. ISBN 978-80-7360-900-9.

PARADIS, J., GENESEE, F. a CRAGO, M. B. *Dual Language Development and Disorders: a handbook on bilingualism and second language learning*. 2nd edition. Baltimore, Md: Paul H. Brookes, 2011. 278 s. ISBN-13: 978-1-59857-058-8.

PARADIS, M. Kognitívna neuropsychológia bilingvizmu. In ŠTEFÁNIK, J., ed. *Antológia bilingvizmu*. 1. vyd. Překlad Jozef Štefánik, Viktor Krupa, Eduard Pallay, Michaela Palcútová. Bratislava: Academic Electronic Press, 2004a. s. 283-294. ISBN 80-88880-54-8.

PARADIS, M., LIBBEN, G. *The assessment of bilingual aphasia*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1987. 241 s. ISBN 0-89859-650-5.

PARADIS, M. *A neurolinguistic theory of bilingualism*. Amsterdam: John Benjamins Pub. Co., 2004b. ISBN 90 272 4126 0.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. Afázie. In VITÁSKOVÁ, K. a PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005, s. 178-181. ISBN 80-244-1088-5.

RICCARDI, A. Bilingual Aphasia and Code-Switching: Representation and Control. In GITTERMAN, M. R., GORAL, M. OBLER, L. K. *Aspects of Multilingual Aphasia*. Bristol, UK: Multilingual Matters, 2012, s. 158-176. ISBN-13: 978-1-84769-754-7.

SEBASTIAN, R., LAIRD, A. R. a KIRAN, S. Meta-analysis of the neural representation of first language and second language. *Applied Psycholinguistics* [online]. 2011, 32, 799-819 [cit. 13. 3. 2017]. Dostupné z: doi:10.1017/S0142716411000075.

Sig. *Anamnesis Multilingual Children*. 2nd edition. Destelbergen: Sig vzw, 2011. ISBN 978-90-5873-069-7. Dostupné z: http://www.sig-net.be/uploads/covers_publicaties/amk__engels.pdf.

ŠTEFÁNIK, J. a PALLAY, E. Bilingvismus. In LECHTA V., ed. *Inkluzivní pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2016. s. 404-418. ISBN 978-80-262-1123-5.

ŠTEFÁNIK, J., PALCÚTOVÁ, M. a LANSTYÁK, I. Terminologický slovník. In ŠTEFÁNIK, J., ed. *Antológia bilingvizmu*. 1. vyd. Překlad Jozef Štefánik, Viktor Krupa, Eduard Pallay, Michaela Palcútová. Bratislava: Academic Electronic Press, 2004. s. 283-294. ISBN 80-88880-54-8.

ŠTEFÁNIK, Jozef. *Jeden človek, dva jazyky: dvojjazyčnosť u detí - predsudky a skutočnosti*. Bratislava: Academic Electronic Press, 2000. ISBN 80-88880-41-6.

Trombus. *Velký lékařský slovník* [online]. Maxdorf [cit. 20. 1. 2017a]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/trombus>.

ÚZIS ČR. Hospitalizovaní 2000 [online]. ÚZIS ČR, 2001 [cit. 15. 1. 2017]. ISSN 1210-8731. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>.

ÚZIS ČR. Hospitalizovaní 2005 [online]. ÚZIS ČR, 2007 [cit. 15. 1. 2017]. ISSN 1210-8731. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>.

ÚZIS ČR. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2010 [online]. ÚZIS ČR, 2011 [cit. 15. 1. 2017]. ISSN: 1210-8731. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>.

ÚZIS ČR. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2015 [online]. ÚZIS ČR, 2016a [cit. 15. 1. 2017]. ISSN: 1210-8731. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>.

ÚZIS ČR. Lázeňská péče 2015 [online]. ÚZIS ČR, 2016b [cit. 5. 4. 2017]. ISSN 1210-8596. Dostupné z: <http://uzis.cz/publikace/lazenska-pece-2015>.

VAID, J. The Bilingual Brain: What is Right and What is Left? In ALTARRIBA, J. a HEREDIA, R. R. *An Introduction to Bilingualism. Principles and Processes. An Introduction to Bilingualism: Principles and Processes*. Taylor & Francis, 2008 s. 129-194. ISBN 978-0-8058-5134-2.

VESELKOVÁ, Z. Diskurz. *Encyklopedie lingvistiky*, ed. Kateřina Prokopová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. Dostupné z: <http://oltk.upol.cz/encyklopedie/index.php5/Diskurz>.

WEI, Li. Dimenzie bilingvismu. In ŠTEFÁNIK, J., ed. *Antológia bilingvizmu*. 1. vyd. Překlad Jozef Štefánik, Viktor Krupa, Eduard Pallay, Michaela Palcútová. Bratislava: Academic Electronic Press, 2004. s. 283-294. ISBN 80-88880-54-8.

WHITWORTH, A., WEBSTER, J. a MORRIS, J. Acquired aphasia. In CUMMINGS, L. *The Cambridge Handbook of Communication disorders*. New York: Cambridge University Press, 2014, p. 436-456. ISBN 978-1-107-02123-5.

YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. 4th ed. Los Angeles: Sage, 2009. Applied social research methods. 219 s. ISBN 978-1-4129-6099-1.

SEZNAM ZKRATEK

ACI	Arteria cerebri interna
angl.	Anglicky
ASHA	American Speech-Hearing Association
BAT	Bilingual aphasia test (Bilingvní afatický test)
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Z angl. computer tomography, počítačová tomografie
ČJ	Český jazyk
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EEG	Elektroencefalografie
L1	Z angl. first language, první jazyk
L2	Z angl. second language, druhý jazyk
MASTcz	Mississippi Aphasia Screening Test (česká verze)
MJ	Maďarský jazyk
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize
NKS	Narušená komunikační schopnost
PHK	Pravá horní končetina
POL	Položka, položky
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rozdělení fluentních a nonfluentních afázií

Tabulka 2 Popis klinických syndromů, vč. lokalizace léze dle bostonské klasifikace

Tabulka 3 Dosažená úroveň znalosti českého jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle dcery

Tabulka 4 Dosažená úroveň znalosti českého jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle družky

Tabulka 5 Dosažená úroveň znalosti ukrajinského jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle dcery

Tabulka 6 Dosažená úroveň znalosti ukrajinského jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle družky

Tabulka 7 Dosažená úroveň znalosti českého jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle zkoumané osoby

Tabulka 8 Dosažená úroveň znalosti českého jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle dcery

Tabulka 9 Dosažená úroveň znalosti maďarského jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle zkoumané osoby

Tabulka 10 Dosažená úroveň znalosti maďarského jazyka ve 4 základních oblastech před vznikem onemocnění dle dcery

Tabulka 11 Původní a nově utvořené věty u úlohy syntaktické pochopení

Tabulka 12 Původní a nově utvořené věty u úlohy syntaktické pochopení

Tabulka 13 Automatické řady v českém jazyce (MASTcz)

Tabulka 14 Automatické řady v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

Tabulka 15 Pojmenování v českém jazyce (MASTcz)

Tabulka 16 Pojmenování v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

Tabulka 17 Opakování v českém jazyce (MASTcz)

Tabulka 18 Opakování v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce).

Tabulka 19 Rozumění slovu-identifikace objektů v českém jazyce (MASTcz)

Tabulka 20 Rozumění slovu-identifikace objektů v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

Tabulka 21 Rozumění mluvené instrukci v českém jazyce (MASTcz)

Tabulka 22 Rozumění mluvené instrukci v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

Tabulka 23 Rozumění čtené instrukci v českém jazyce (MASTcz)

Tabulka 24 Rozumění čtené instrukci v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

Tabulka 25 Psaní na diktát v českém jazyce (MASTcz)

Tabulka 26 Psaní na diktát v ukrajinském jazyce (test vlastní konstrukce)

Tabulka 27 Komparace výsledků českého a ukrajinského jazyka

Tabulka 28 Komparace výsledků českého a maďarského jazyka

SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A SCHÉMAT

Graf 1 Incidence ischemického typu CMP za rok na 100 000 obyvatel

Graf 2 Porovnání naměřeného výkonu testem MASTcz při prvním a následném vyšetření

Graf 3 Porovnání výkonu pacientky v českém a maďarském jazyce v oblasti fonologie

Graf 4 Porovnání výkonu pacientky v českém a maďarském jazyce v oblasti morfologie

Graf 5 Porovnání výkonu pacientky v českém a maďarském jazyce v oblasti syntaxe

Graf 6 Porovnání výkonu pacientky v českém a maďarském jazyce v oblasti sémantiky

Obrázek 1 Modifikace instrukcí dle obrázku u položek č. 138 a 146

Obrázek 2 Modifikace instrukcí dle obrázku u položek č. 143 a 151

Schéma 1 Postup zadávání testu k posouzení dovedností v ukrajinském jazyce

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Přehled screeningových testů afázie používaných v zahraničí a České republice

Příloha č. 2 Přehled komplexních testů afázie používaných v zahraničí a v České republice

Příloha č. 3 Přehled testů zaměřených na hodnocení funkcionální komunikace osob s afázií v zahraničí a České republice

Příloha č. 4 Seznam otázek anamnestického polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 5 Posuzovací škály

Příloha č. 6 Test vlastní konstrukce pro zhodnocení ukrajinského jazyka

Příloha č. 7 Vzor informovaného souhlasu

Příloha č. 1 Přehled screeningových testů afázie používaných v zahraničí a České republice (převzato a upraveno z Košťálová a kol., 2006; Neubauer a kol., 2007; Cséfalvay, 2007; Obereignerů, 2013; Cséfalvay, 2013).

Screeningové testy	
<i>užívané v zahraničí</i>	
Název testu	Autor
Aphasia Schnell Test (AST)	Kroker, 2006
Bedside Evaluation Screening Test – 2. vydání (BEST-2)	West a kol., 1998
Der Aachener Aphasie-Bedside Test	Biniek a kol., 1992
Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)	Enderby a kol., 1987
Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)	Nakase-Thompson, 2005
Reitan-Indiana Aphasia Screening test	Halstead a kol., 1986
Token test (žetonový test)	De Renzi, Vignolo, 1978
<i>užívané v České republice</i>	
MASTcz	Košťálová a kol., 2008
Screeningová zkouška afázií – česká experimentální verze	Preiss a kol., 1999
Token test	Bolceková, Preiss, Krejčová, 2015
VAFO	Herejková a kol., 2007

Příloha č. 2 Přehled komplexních testů afázie používaných v zahraničí a v České republice (převzato a upraveno z Košťálová a kol., 2006; Cséfalvay, 2007; Čecháčková, 2007).

Komplexní testy	
<i>užívané v zahraničí</i>	
Název testu	Autor
Aachener Aphasie Test (AAT)	Huber, Poeck, Weniger, Willmes, 1983
Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)	Goodglass a Kaplan, 1972, 1983; Goodglass a kol., 2001
Diagnostika afázie, alexie, agrafie (DgAAA) – slovenský test	Cséfalvay, Egryová, Wiedermann, 2007
Halstead-Reitan Neuropsychological Battery	Reitan, Wolfsonová, 1993
Luria-Nebraska Neuropsychological Battery	Golden, Purisch, Hammeke, 1991
Lurijovo neuropsychologické vyšetření	Christensenová, 1977
Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia (PALPA)	Kay, Lesser, Coltheart, 1992
Western Aphasia Battery (experimentální slovenská verze)	Cséfalvay a Maňásková, 1988
Western Aphasia Battery (WAB); WAB-R	Kertesz, 1982; Kertesz 2006
<i>užívané v České republice</i>	
Bostonské diagnostické vyšetření afázie (experimentální česká verze)	Kulišťák, 1998
Lurijovo neuropsychologické vyšetření (česká verze)	Preiss a kol., 1998
Neuropsychologická baterie Lurija-Nebraska (česká verze)	Kulišťák, 1998
Neuropsychologická baterie Halstead-Reitan (česká verze)	Preiss a kol., 1998
Pražské afaziologické vyšetření (PAV)	Budínová-Smělá, Mimrová, 1964; Mimrová, 1997
Vyšetření fatických funkcí (VFF)	Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003
Western Aphasia Battery (experimentální česká verze)	Kulišťák, Benešová, 1996

Příloha č. 3 Přehled testů zaměřených na hodnocení funkcionální komunikace osob s afázií v zahraničí a České republice (převzato a upraveno z Neubauer a kol., 2007; Cséfalvay, 2007; Obereignerů, 2013; Whitworth, Webster, Morris, 2014)

Testy hodnocení funkcionální komunikace	
<i>užívané v zahraničí</i>	
Název testu	Autor
Communicative Activities of Daily Living (CADL-2)	Holland a kol., 1999
Communicative Effectiveness Index (CETI)	Lomas a kol., 1989
Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)	Whitworth, Lesser, Perkins, 1997
Functional Communication Profile (FCP)	Sarno, 1969
Profiling Linguistic Disability	Crystal, 1982
Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation (SPPARC)	Lock et al., 2001
<i>z toho na Slovensku</i>	
Komunikační aktivity v každodenním životě (slov. adaptace testu CADL-2)	Cséfalvay, Sekanová, 2006
Analýza konverzačního profilu u osob s afázií (slov. adaptace testu CAPPA)	Trančíková, Cséfalvay, 2007
Index účinnosti komunikace (slov. adaptace testu CETI)	Cséfalvay, 1996
<i>užívané v České republice</i>	
Dotazník funkcionální komunikace (DFK)	Košťálová a kol., 2012

Příloha č. 4 Seznam otázek anamnestického polostrukturovaného rozhovoru

ANAMNESTICKÝ ROZHOVOR

Po vyplnění důvěrné!

Sepsáno dne:

Jméno klienta:

Datum narození:

Národnost:

A. SOCIÁLNÍ, PRACOVNÍ A OSOBNÍ ANAMNÉZA

- 1 Jak se jmenujete?
- 2 Jaké je datum Vašeho narození?
- 3 Kde jste se narodil/a?
- 4 Jak dlouho jste tam žila?
- 5 Jaký byl rok a důvod příchodu do České republiky?
- 6 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 7 Jaký obor jste vystudoval/a?
- 8 Jaké bylo Vaše zaměstnání před vznikem onemocnění?
- 9 Jste svobodná/vdaná/rozvedená/ovdovělá?
- 10 Máte děti?
- 11 Jaké jsou Vaše záliby?

B. PREMORBIDNÍ ÚROVEŇ JAZYKOVÝCH DOVEDNOSTÍ

- 12 Kolik vám bylo let, když jste se naučil/a česky?
- 13 Kde jste hovořil/a česky? (doma/v práci)
- 14 S kým jste hovořil/a česky? (rodina/přátelé)
- 15 Jak často jste mluvil/a česky? (každý den/týden/měsíc/rok/méně)
- 16 V kolika letech jste se naučil/a číst česky?
- 17 Jak často jste četl/a česky? (každý den/týden/měsíc/rok/méně)
- 18 V kolika letech jste se naučil/a psát česky?
- 19 Jak často jste psal/a česky? (každý den/týden/měsíc/rok/méně)

- 20 Kolik vám bylo let, když jste se naučil/a (druhý jazyk)?
- 21 Kde jste hovořil/a (druhý jazyk)? (doma/v práci)
- 22 S kým jste hovořil/a (druhý jazyk)? (rodina/přátelé)
- 23 Jak často jste mluvil/a (druhý jazyk)? (každý den/týden/měsíc/rok/méně)
- 24 V kolika letech jste se naučil/a číst (druhý jazyk)?
- 25 Jak často jste četl/a (druhý jazyk)? (každý den/týden/měsíc/rok/méně)
- 26 V kolika letech jste se naučil/a psát (druhý jazyk)?
- 27 Jak často jste psal/a (druhý jazyk)? (každý den/týden/měsíc/rok/méně)

Příloha č. 5 Posuzovací škály

Prosím ohodnoťte premorbidní úroveň jazyků na škále 0 až 10 v jednotlivých jazykových oblastech.

0 = vůbec	5 = dostatečně	10 = velmi dobře
-----------	----------------	------------------

Český jazyk											
<i>Produkce</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Percepce</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Lexie</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Grafie</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Druhý jazyk											
<i>Produkce</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Percepce</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Lexie</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Grafie</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Příloha č. 6 Test vlastní konstrukce pro zhodnocení ukrajinského jazyka

Položky testu pro posouzení ukrajinského jazyka

1. Spontánní řeč

„Ukážu vám fotku, prohlédněte si ji a nyní mi řekněte vše, co se děje na obrázku, mluvte prosím, dokud neřeknu dost. Začněte teď.“

Fluence při popisu	✓	×
Informační hodnota sdělení	✓	×

2. Automatické řady

„Počítejte po jedné do deseti.“	✓	×
„Vyjmenujte dny v týdnu.“	✓	×

3. Pojmenování

„Co je to?“

olivets' (tužka)		papir (papír)		vukho (ucho)	
klyuch (klíč)		tsukerky (bonbón)		dyvytysya (hodinky)	

4. Opakování slov

„Opakujte přesně to, co řeknu.“

kit (kočka)		med (med)		drit (drát)		druk (vytisknout)	
vata (vata)		muzyka (hudba)		tserkva (kostel)		shchastya (štěstí)	

5. Rozumění slovu – identifikace objektů

„Dotkněte se“:

olivets’ (tužka)		knyha (kniha)		klyuch (klíč)		tsukerky (bonbón)		dyvytysya (hodinky)	
---------------------	--	------------------	--	------------------	--	----------------------	--	------------------------	--

6. Rozumění mluvené instrukci

Zavřete oči.	
Otevřete ústa.	
Dotkněte se ucha.	
Ukažte vaši levou rukou vaše pravé oko.	
Dotkněte se knihy a poté tužky!	
Dejte hodinky pod papír!	
Je-li v místnosti postel, dotkněte se ucha.	

7. Rozumění čtené instrukci

„Udělejte, co je tady napsáno“

Відкрийте рот. (Otevřete ústa.)	
Закрийте очі. (Zavřete oči.)	
Торкніться вуха. (Dotkněte se ucha.)	
Підніміть руки. (Zvedněte ruce.)	
Покажіть на підлогу а потім на стелю. (Ukažte na podlahu a potom na strop.)	

8. Čtení slov

лес (les)		оса (vosa)		дах (střecha)		мило (mýdlo)	
зірка (hvězda)		груша (hruška)		кістка (kost)		собака (pes)	

9. Opis slov

піт (pot)		внук (vnuk)		капа (trest)		клітка (klec)	
--------------	--	----------------	--	-----------------	--	------------------	--

10. Diktát slov

voda (voda)		mist (most)		yisty (jíst)		myshka (myš)		lyubov (láska)	
----------------	--	----------------	--	-----------------	--	-----------------	--	-------------------	--

Příloha č. 7 Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas

Já, níže podepsaný, souhlasím s tím, aby studentka Lucie Václavíková použila informací, které získá o mé osobě prostřednictvím rozhovoru, anamnestického dotazníku, měřicích nástrojů (testů) a studia lékařských dokumentů pouze za účelem zpracování diplomové práce na téma Problematika afázie u bilingvních osob. Údaje o mé osobě budou zpracovány formou případové studie. Veškeré prezentované údaje budou zcela anonymní. Dále jsem srozuměn s tím, že diplomová práce bude po obhajobě zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely v knihovně Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Jméno a příjmení:

Adresa:

Číslo pasu:

V

Dne

Podpis:

V zastoupení:

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lucie Václavíková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Problematika afázie u bilingvních osob
Název v angličtině:	Aspects of aphasia in bilingual persons
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá tématem afázie u bilingvních osob. Teoretická část pojednává o afáziích v celé šíři, dále bilingvismu a bilingvní afázii. Obsahem praktické části jsou dvě případové studie. Cílem práce je teoretická a empirická analýza problematiky afázie u bilingvních osob za účelem zvýšení povědomí odborníků o tomto tématu, zejména o možnostech diagnostiky a celkově specifickém přístupu k jedincům s bilingvní afázií.
Klíčová slova:	Afázie, bilingvismus, bilingvní afázie, kazuistika, BAT
Anotace v angličtině:	This thesis deal with the aspects of bilingual aphasia. The theoretical part discusses the issue of aphasia in its entirety, then the issue of bilingualism and bilingual aphasia. The content of practical part are two case studies. The aim of this thesis is to analyze the aspects of bilingual aphasia from theoretical as well as practical perspective. Increased awareness about this topic, especially about possibilities of diagnostics and specific approaches to bilingual persons with aphasia is the purpose of that analysis.
Klíčová slova v angličtině:	Aphasia, bilingualism, bilingual aphasia, case study, BAT
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Přehled screeningových testů afázie používaných v zahraničí a České republice Příloha č. 2 Přehled komplexních testů afázie používaných v zahraničí a v České republice Příloha č. 3 Přehled testů zaměřených na hodnocení funkcionální komunikace osob s afázií v zahraničí a České republice Příloha č. 4 Seznam otázek anamnestického polostrukturovaného rozhovoru Příloha č. 5 Posuzovací škály Příloha č. 6 Test vlastní konstrukce pro zhodnocení ukrajinského jazyka Příloha č. 7 Vzor informovaného ouhlasu
Rozsah práce:	137 stran + 9 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk