

# Aplikácia Multimodálneho komunikačného skríninového testu pre pacientov s afáziou v diagnostike a terapii dvoch pacientov s ťažkým stupňom afázie: prípadová štúdia

**Mgr. Ivica Bauerová, Ph.D., prof. PaedDr. Zsolt Cséfalvay, PhD.**

Ústav psychologických a logopedických štúdií, Katedra Logopédie, PdFUK v Bratislave

Pacienti s ťažkým stupňom afázie, ktorí sa nedokážu dorozumieť hovorenou rečou sú vhodnými kandidátmi tzv. augmentatívnej a alternatívnej komunikácie (AAK). Aby sme dokázali vybrať najefektívnejší spôsob AAK, je dôležité zmapovať globálne komunikačné schopnosti pacientov. Za týmto účelom môžeme použiť diagnostický test od autoriek Garrett a Lasker (2005b) s názvom – *MCST-A Multimodal Communication Screening Test for Persons with Aphasia*. Pomocou uvedenej metodiky bolo našim cieľom zistiť u dvoch pacientov s ťažkým stupňom Brocovej afázie, aké sú ich silné a slabé komunikačné stránky, aká AAK pomôcka je pre nich najvhodnejšia a aké AAK stratégie využívajú najúspešnejšie na komunikáciu cieľovej správy. Tieto zistenia nás potom priamo navedú na výber najvhodnejšej terapie, ktorú pacientom môžeme ako logopédi ponúknuť.

**Kľúčová slova:** MCST-A, afázia, augmentatívna a alternatívna komunikácia (AAK).

## Using the Multimodal Communication Screening Test for Persons with Aphasia (MCST-A) in diagnosing and treating two patients with severe degree of aphasia: a case study

Patients with severe degree of aphasia who are unable to communicate through oral speech are good candidates for so-called augmentative and alternative communication (AAC). In order to choose the most effective method of AAC, it is important to identify the global communicative capacities of patients. For this purpose, the diagnostic test called *Multimodal Communication Screening Test for Persons with Aphasia (MCST-A)* and developed by Garrett and Lasker (2005) can be used. Using this methodology, we aimed to determine, in two patients with severe degree of Broca's aphasia, what their strengths and weaknesses were in terms of communication, which AAC aid was best for them, and which AAC strategies they used most successfully in order to communicate a target message. These findings can then directly guide us in choosing the most appropriate treatment that we, speech therapists, can provide.

**Key words:** MCST-A, aphasia, augmentative and alternative communication (AAC).

Afázia ako získaná porucha produkcie a porozumenia reči, ktorá vzniká pri ložiskovom poškodení mozgu, môže mať veľmi variabilný klinický obraz (Cséfalvay, 2007). Symptómy afázie sa vyskytujú v rôznej miere a ich stupeň závisí od rozsahu a lokalizácie mozgovej lézie. Najzávažnejšie afázie vznikajú pri rozsiahlych léziách zasahujúcich fronto-temporo-parietálnu (FTP) oblasť mozgu, najčastejšie pri oklúzii

alebo stenóze arteria cerebri media (Cséfalvay, 2007) a prejavuje sa pri nich rozsiahle narušenie jazykových procesov, ktoré má negatívny dopad na celkovú komunikáciu. Pacienti s tzv. globálnou afáziou nedokážu používať primárnu (verbálna produkcia a porozumenie) ani sekundárnu (písanie a čítanie s porozumením) formu jazyka na vyjadrenie vlastných myšlienok a potrieb. Teda tí pacienti, ktorí majú pro-

blém dorozumieť sa hovorenou rečou, sa už nemôžu spoliehať len na vlastnú vnútornú „automatickú sieť“ jazykových a kognitívnych funkcií, ktorá im umožňovala pred afáziou bez problémov komunikovať, pričom typ a stupeň afázie nemusí korešpondovať s ich celkovými funkčnými komunikačnými schopnosťami. Riešenie ponúka práve **augmentatívna a alternatívna komunikácia (AAK)**, ktorá je akousi



KORESPONDENČNÁ ADRESA AUTORA: Mgr. Ivica Bauerová, Ph.D., ivica.hrubá@gmail.com  
Ústav psychologických a logopedických štúdií, Katedra Logopédie, PdFUK v Bratislave  
Uhrovecká 12, 841 07 Bratislava

Cit. zkr: Neurol. praxi 2016; 17(4): 244–248  
Článok prijat redakci: 4. 12. 2015  
Článok prijat k publikaci: 5. 2. 2016

Obr. 1. MCSTA uvodný list


**THE MULTIMODAL COMMUNICATION SCREENING TASK  
FOR PERSONS WITH APHASIA**

**MCST - A**

© 1997, Revised 2005

Kathryn L. Garrett, Ph.D., CCC-SLP  
Duquesne University

Joanne Lasker, Ph.D., CCC, SLP  
Florida State University



**Hodnotiaci hárok a inštrukcie**

Meno klienta: \_\_\_\_\_

Dátum vyšetrenia: \_\_\_\_\_

Vyšetroval: \_\_\_\_\_

Obr. 2. MCSTA inštrukcie 2. uloha

SEKCIA B: Kombinácia 2 až 3 symbolov												MCST-A			
Pokyny pre administrátora: Pri nasledujúcich položkách prečítajte sprievodnú frázu, kladte dôraz na zvýraznené slová. ZATVORTE KNIHU PO KAŽDEJ ODPOVEDI.															
Pokyny pre klienta: [Zatvorte obrázkový stimulačný knihu] Dobré! Urobte znova to isté vec. Ale tento krát chcem, aby ste mi povedali niečo zložitejšie. Môžete ukázať na hociaký obrázok v tejto knihe – napríklad takto [otočte stranu, ukážte na niekoľko obrázkov]. Môžete ukázať na viac ako jeden obrázok – napríklad takto [modeluje "Zažni svetlo – je čas na jedlo"]. Môžete použiť aj gesta [predvedte "ahoj"]. Pripravte? Ako by ste mi povedali: "															
Podnety	Príklad cieľového správania	Nahrajte/opíšte klientovo správanie (maximálne 3 pokusy)	Nápovedy										Celkové # pokusy klienta	Adekvátnosť +, +/-, -	
			op	exp	sv	otvor	str	zvs	uvp	zmena	ok	mod			
Ako by ste mi povedali „Veľa som chodil, aby som trochu schudol.“	a) Ukáže na obrázok "topánok" na str. 1 a potom na symbol "mať" na str. 2 b) Prstami gestikuluje "chodiť" a potom ukáže na symbol "mať" na str. 2	1 2 3													
"Zatvor okno, vonku je príliš zima."	a) Ukáže na "zatvorené okno" na str. 1 a potom na symbol "chladný" na str. 2 b) Gestikuluje "tístať sa" a potom ukáže na okno v miestnosti	1 2 3													
"Som rád, že ma moje vnúčatá budúci týždeň navštívia."	a) Ukáže na symbol "šťastný" na strane 2, potom na obrázok "vnúčatá" na str. 3 a následne na symbol "kalendár" na strane 3	1 2 3													
"Chcem ísť kúpiť hračky pre moje vnúčatá."	a) Ukáže na "hračky" potom na "vnúčatá" a potom na symbol "jechať" b) Ukáže na "hračky" potom na seba a potom gestikuluje "mať výkru" pre vnúčatá	1 2 3													
"Som hladný, musím si ísť kúpiť niečo dobré na jedenie. Mám chuť na (názov obľúbeného jedla)."	a) Ukáže na symbol "jeť" na str. 1, potom na symbol "peniaz" na str. 3, potom vykreskuje mizov jedla b) prstikuje "jeť", "peniaz", potom hľadá	1 2 3													

externou reprezentáciou takejto siete (Garrett et Lasker, 2013).

AAK pri afáziách má charakter multimodálnych komunikačných stratégií, kedy pacienti na komunikáciu využívajú čiastočne zachované rečové schopnosti, gesta a písanie, rovnako ako aj AAK pomôcky a podporu komunikačného partnera, ktorý zohráva kľúčovú úlohu pri viacerých intervenčných prístupoch (Lasker, Garrett, Fox, 2007). Vhodne zvolená AAK sa teda nezaobera len naplnením základných komunikačných potrieb a požiadaviek pacientov, ale zvyšuje ich participáciu na rozličných aktivitách a umožňuje im nadväzovať, udržiavať a rozvíjať medzilidské vzťahy.

Diagnostické postupy, používané u pacientov s afáziou v našej klinickej praxi detailne opí-

sali Cséfalvay a Košťálová (2013). Rozdelili ich do niekoľkých kategórií, pričom na zmapovanie dôsledkov jazykových deficitov v každodennej komunikácii aj u pacientov s ťažkým stupňom afázie môžeme použiť Dotazník funkčnej komunikácie (Košťálová a kol. 2015). Keď po diagnostickom procese zistíme, že pacienti s afáziou nemajú dostatočujúcu verbálnu produkciu, porozumenie, alebo čítanie a písanie na to, aby sa mohli adekvátne zúčastňovať dôležitých životných aktivít, je potrebné ďalšie hodnotenie, ktoré nám pomôže identifikovať, aké stratégie a forma AAK je pre nich najvhodnejšia. Jedným z takýchto hodnotiacich nástrojov je aj **Multimodálny komunikačný skríningový test pre pacientov s afáziou.**

## Multimodálny komunikačný skríningový test pre pacientov s afáziou (MCST-A)

MCST-A je jedným z 3 hodnotiacich nástrojov v AAC Assessment Battery for Aphasia (AAC-ABA) vytvorených autorkami Kathryn Garrett a Joanne Lasker (2005b) a je voľne dostupný on-line na stránke: <http://aac.unl.edu>. Adaptácia testu prebiehala na základe priamych konzultácií s jeho autorkami. Test bol cielene vytvorený tak, aby obsahoval známe situácie z reálneho života a aby nároky na reč boli minimálne – jedná sa o test primárne založený na neverbálnej komunikácii – prostredníctvom obrazových symbolov či gest. Z tohto dôvodu boli zmeny v inštrukciách pre pacientov iba minimálne. Obrázky boli pozmenené tak, aby korešpondovali so sociokultúrnym statusom nášho obyvateľstva (napr.: mapa USA vs. mapa Európy, americké balenie liekov vs. slovenské a i.)

MCST-A je navrhnutý tak, aby systematicky hodnotil, či pacienti s ťažkou afáziou môžu používať alternatívne alebo augmentatívne spôsoby komunikácie prostredníctvom alternatívnych obrazových symbolov. MCST-A dokáže pacientov s afáziou na základe ich schopností rozdeliť na tých, ktorí sú závislí na komunikačnom partnerovi (napr. potrebujú nápovedu, aby našli určitý spôsob ako odkomunikovať správu) a na nezávislých pacientov (napr. nevyžadujú žiadnu alebo minimálnu pomoc od komunikačného partnera). Skladá sa z dvoch častí: zo skórovacieho hárku a obrázkovej stimulačnej knihy.

### Test pozostáva z 8 úloh

(zastúpených v sekcii A až H):

- Komunikácia 1-symbolových správ na vyjadrenie základných potrieb alebo na zodpovedanie biografických informácií (napr.: Na otázku, ako by pacient dal najavo, že je hladný, ukáže na obrázok jedla.)
- Komunikácia prostredníctvom kombinácie 2 až 3-symbolových správ (napr.: Požiadame pacienta, aby pomocou obrázkov a gest vyjadril, že mu je zima a máme zavrieť okno.)
- Kategorizácia pojmov (napr.: Požiadame pacienta, aby roztriedil obrázky do kategórií.)
- Používanie fráz (prostredím podmienené) v špecifickom kontexte (napr.: Opýtame sa pacienta, akým spôsobom by si v lekární vypýtal lieky na bolesť hlavy, za pomoci AAK.)
- Rozprávanie príbehu prostredníctvom sekvencných obrázkov

**Tab. 1.** Kvantitatívne výsledky hodnotenia v teste MCST-A pred a po terapii u pacienta

Pacient 1		
	T1 pred terapiou	T2 po terapii
<b>Celkové skóre</b> (41 bodov)	24/41	27/41
<b>Počet pokusov</b> , ktoré na komunikáciu vybraných cieľových úloh pacient má (max. 3 pokusy na komunikáciu jednej správy) <i>*Ak pacient komunikuje všetko správne na 1. pokus dosiahne 29 bodov</i>	54/29	60/29
<b>Počet nápodiev</b> , ktoré pacientovi poskytuje komunikačný partner	33	32
<b>Druh nápodiev</b> Poskytovaných administrátorom pacientovi počas testovania	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ opakovanie inštrukcie</li> <li>■ modelovanie odpovede</li> <li>■ pomoc pri identifikácii strany</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ opakovanie inštrukcie</li> <li>■ žiadosť o rozšírenie, doplnenie výpovede</li> </ul>
Pacient 2		
	T1 pred terapiou	T2 po terapii
<b>Celkové skóre</b>	34/41	36/41
<b>Počet pokusov</b> , ktoré na komunikáciu vybraných cieľových úloh pacient má (max. 3 pokusy vo vybraných úlohách)	42/29	32/29
<b>Počet nápodiev</b> , ktoré pacientovi poskytuje komunikačný partner	37	22
<b>Druh nápodiev</b> Poskytovaných administrátorom pacientovi počas testovania	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ opakovanie inštrukcie</li> <li>■ žiadosť o rozšírenie, doplnenie výpovede</li> <li>■ modelovanie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ žiadosť o rozšírenie, doplnenie výpovede</li> <li>■ spätná väzba</li> </ul>

T1 – testovanie 1; T2 – testovanie 2

- Prerozprávanie príbehu (podľa vzoru) prostredníctvom sekvenčných obrázkov (*napr.: Požiadame pacienta, aby pomocou za sebou idúcich obrázkov „vyrozprával“ príbeh.*)
- Rozprávanie o miestach na mape (*napr.: Požiadame pacienta, aby nám ukázal kam cestoval na dovolenku.*)
- Hlásokovanie / písanie (*napr.: Požiadame pacienta, aby napísal svoje meno*)

Test administrujeme tak, že predložíme každú stranu obrázkového stimulačného manuálu pacientovi s afáziou a požiadame ho, aby komunikoval určitú správu. Cieľové komunikačné modality sa menia v závislosti od úlohy, ktorú pacient vykonáva. (Administrácia testu je voľná, môže byť rozdelená podľa potreby na niekoľko dní). Pacient má na komunikáciu každej správy/obrázku celkovo 3 pokusy. Pričom ak je to potrebné, môže mu administrátor na 2. alebo 3. pokus poskytnúť akékoľvek nápovedy na zlepšenie efektivity komunikácie (súčasťou testu je aj tabuľka so zoznamom nápovedí). Pacientove odpovede hodnotíme z hľadiska presnosti vybraných správ/symbolov, počtu poskytnutých nápovedí, počtu potrebných pokusov a administrátorove hodnotenie primeranosti správy (teda či bola správa vyjadrená presne a kompletne alebo nie). Charakter pacientových odpovedí v rámci úloh môže byť tiež opísaný na konci každej sekcie kvalitatívne. Záverečný hodnotiaci hárok umožňuje administrátorovi zhrnúť dosiahnuté skóre a potrebné nápovedy v každej sekcii, čo môže byť neskôr užitočné pri interpretácii,

či pacient s afáziou spadá do kategórie závislý na komunikačnom partnerovi (t.j. nedokáže používať AAK stratégie bez pomoci/nápovedí zo strany komunikačného partnera) alebo nezávislý. Okrem toho, môže administrátor porovnávaním výkonov vo všetkých sekciách zistiť, ktoré stratégie ale aj nápovedy od komunikačného partnera využíva pacient najúspešnejšie na komunikáciu cieľovej správy, čo môže logopédom značne uľahčiť návrh vhodnej terapie.

## Prípadová štúdia dvoch pacientov s ťažkým stupňom Brocovej afázie

### Anamnestické údaje

#### Pacient 1

80 ročný muž s vysokoškolským vzdelaním s materinským jazykom slovenským. V roku 2004/4 následkom náhlej cievnej mozgovej príhody (NCMP) v oblasti ľavej hemisféry (FTP oblasť) vznikla u pacienta afázia, alexia, agrafia, akalkúlia, dyspraxia, pravostranná hemiplegia a centrálna lézia n. VII. Rečová expresia je výrazne narušená, obmedzená len na pár automatizmov. Deficity prítomné aj v porozumení reči. Logopedická terapia bola pacientovi poskytovaná prvý rok po NCMP. Neudávané žiadne zmeny v komunikácii počas ďalšieho obdobia.

#### Pacient 2

63 ročný muž so stredoškolským vzdelaním s materinským jazykom slovenským. Popri

hlavnom ochorení (diabetes, hypertenzia, ischemická choroba srdca s arytmiou, hypercholesterolémia), sa u pacienta objavili (r. 2011) tromboflebitída ľavej dolnej končatiny, drobné postischemické lézie pravej hemisféry mozgu a (r. 2012) inkompletná mozgová ischémia v povodí arteria cerebri media vľavo, následkom ktorých bola afázia s prevahou ťažkostí v expresívnej zložke reči, alexia, agrafia, centrálna lézia n. VII a hemiparéza.

## Logopedická diagnostika komunikačných schopností testom MCST-A

Diagnostika pacientov prebiehala v dvoch fázach – pred začiatkom terapeutického procesu a vo forme rediagnostiky po terapii. Samotná terapia trvala rok, s frekvenciou stretávania s pacientom a jeho komunikačným partnerom dvakrát týždenne.

Obaja pacienti mali okrem výrazne limitovanej rečovej produkcie, či deficitného porozumenia zložitejších viet a komplexnejších lingvistických štruktúr, ťažko narušenú oblasť čítania a písania (alexie, agrafie). Z uvedeného dôvodu nebolo možné u pacientov realizovať komplexné hodnotenie ich jazykových schopností pomocou dostupných jazykových testov. Na to, aby sme obom pacientom s ťažkým stupňom Brocovej afázie a výrazne limitovanou expresiou mohli ponúknuť vhodnú terapiu (AAK stratégie), bolo potrebné zhodnotiť ich globálne komunikačné schopnosti – okrem iného aj gestá, mimiku, ukazovanie na reálne predmety,

Tab. 2. *Terapeutický plán*

	Pacient 1	Pacient 2
<b>Komunikačná kategória</b> pacientov	(1) Pacient začínajúci komunikovať	(2) Pacient komunikujúci prostredníctvom výberu z kontextu
<b>Závislý/nezávislý</b> na komunikačnom partnerovi	Závislý na komunikačnom partnerovi	Závislý na komunikačnom partnerovi
<b>AAK pomôcka</b>	Fotografie obľúbených lokalít, jedla, zdravotných ťažkostí, činností a záujmov	Komunikačná kniha (fotografie jedla, základných potrieb, záujmov)
<b>Preferovaná prirodzená komunikačná modalita</b>	Ukazovanie + využívanie obrázkov	Gestá + využívanie reálnych predmetov
<b>Trénované AAK stratégie</b>	Potvrdenie/odmietnutie Áno/nie odpovede Konverzácia pomocou výberu z písomných možností Stratégie na podporu porozumenia	Konverzácia pomocou výberu z písomných možností Stratégie na podporu porozumenia Kladenie otázok Schopnosť iniciovať

obrázky a i. Za týmto účelom sme zvolili práve diagnostiku testom **MCST-A**, ktorý bol administrovaný v kontexte a domácom prostredí pacientov. Ďalej uvádzame kvantitatívne aj kvalitatívne výsledky diagnostiky.

## 1) Kvantitatívne hodnotenie

Pri kvantitatívnom hodnotení sa zameriavame na:

- celkové skóre (za každú úlohu 1 bod, spolu 41 bodov): presnosť vybraných správ/symbolov a adekvátnosť vyjadrenej správy
  - hodnotíme, či na zadanú otázku dokáže pacient vybrať alebo produkovať adekvátnu odpoveď a či bola cieľová správa so všetkými pokusmi a nápovedami vyjadrená adekvátne
- počet pokusov, ktoré na komunikáciu cieľovej správy pacient potrebuje
  - pacient má na komunikáciu každej správy celkovo 3 pokusy. Prvý pokus je realizovaný samostatne, bez pomoci administrátora. Ak je neúspešný, ponúkame pacientovi na 2. alebo 3. pokus akúkoľvek nápovedu na zlepšenie efektivity komunikácie (zoznam nápovedí je súčasťou testu)
- počet poskytnutých nápovedí
  - hodnotíme koľko a aký druh nápovedí na pomoc pri komunikácii cieľovej správy administrátor pacientovi poskytol

## Interpretácia výsledkov

Aj keď zmeny v počte získaných bodov v druhom testovaní nie sú markantné, u oboch pacientov sa zlepšilo celkové dosiahnuté skóre. Oveľa pozitívnejšie zmeny však nastali v charaktere nápovedí, ktoré boli pacientom ponúkané s cieľom čo najefektívnejšej komunikácie cieľovej správy. Pri prvom testovaní pacienti profitovali z viac špecifickjších nápovedí. To znamená, že komunikačný partner oveľa viac

pomáhal pacientovi s výberom/dosiahnutím komunikačného zámeru ako pri druhom testovaní (napr. ak pacientovi modelujeme správnu odpoveď, oveľa viac mu pomáhame, ako keď ho len požiadame, aby skúsil svoju výpoveď ešte rozšíriť).

## 2) Kvalitatívne hodnotenie

Pri kvalitatívnom hodnotení dokážeme zosumarizovať silné a slabé stránky komunikácie pacientov. Zistíme, či sú pacienti odkázaní na pomoc svojho komunikačného partnera alebo nie. Na základe tohto zaradenia a opisu schopností môžeme pacientom (prípadne aj komunikačným partnerom) vybrať vhodne zvolené AAK stratégie, aj AAK systém „šitý na mieru“, ktorý im uľahčí komunikáciu s okolím.

## Interpretácia výsledkov

Na kvalitatívnom hodnotení stojí ťažisko terapie prostredníctvom AAK stratégií. Na základe jeho výsledkov, ktorým bol už spomínaný **profil celkových komunikačných schopností pacientov** a zo zaradenia pacientov do tej ktorej kategórie vyplynie aj **zoznam odporúčaných AAK stratégií**, ktoré majú byť predmetom terapie.

Pomocou zosumarizovania problematických oblastí a naopak silných schopností pacientov sme dostali obraz o ich celkových komunikačných schopnostiach, na základe ktorých boli zaradení do určitých komunikačných kategórií (klasifikácia pacientov – kandidátov AAK podľa Garrett a Lasker, 2005a). U oboch pacientov bol zaznamenaný posun smerom vpred, postúpili vyššie v rámci komunikačných kategórií o jednu úroveň – čím vyššia komunikačná kategória, tým menej je pacient odkázaný na pomoc svojho komunikačného partnera a tým lepšie sú jeho globálne komunikačné schopnosti.

## Charakteristika AAK intervencie

Na základe výsledkov hodnotenia sme pacientov zaradili do určitých komunikačných kategórií nie podľa typu a stupňa afázie, ale podľa ich celkových komunikačných schopností. Takéto zaradenie má nespornú výhodu pre prax, pretože logopédov priamo navedie na vhodnú terapiu – AAK stratégie, ktoré pacientom treba ponúknuť, aby sme uľahčili ich komunikáciu s okolím.

Obaja pacienti nám spadali do kategórií, ktoré sú **závislé na svojom komunikačnom partnerovi** (1. Pacient začínajúci komunikovať, 2. Pacient komunikujúci prostredníctvom výberu z kontextu). Objavoval sa u nich problém najmä s iniciovaním komunikácie, signalizovaním správ komunikačnému partnerovi a s výberom vhodných stratégií na komunikáciu. Pre oboch pacientov sme zvolili individuálny terapeutický plán, ktorý uvádzame v tabuľke.

Terapeutické stretnutia pacienta a jeho komunikačného partnera s logopédom trvali v oboch prípadoch 12 mesiacov s frekvenciou dvakrát týždenne, v ich domácom prostredí. Na uľahčenie komunikácie pacientov s okolím sme na začiatok vytvorili AAK pomôcky vo forme komunikačných kariet a komunikačnej knihy. Potom, ako dostali pacienti do rúk tzv. komunikačný nástroj, rozšírila sa aj ich extrémne limitovaná expresia. Ďalším krokom terapie bolo podľa už spomínaných kritérií vybrať vhodné AAK stratégie, ktoré budú predmetom terapie a inštruovať komunikačných partnerov aby vedeli, akým spôsobom zasadiť tieto stratégie do zmysluplného kontextu (Lasker, Garrett, Fox, 2007). V tomto bode sa cieľ terapie menil z vytvárania systému na jeho používanie. Niektoré stratégie sa pacienti učili rýchlejšie, zatiaľ čo iné si vyžadovali a aj budú vyžadovať dlhší čas tréningu, aby boli využívané funkčným spôsobom a v zmysluplných životných situáciách.

**Výsledky terapie:** Po roku terapie obaja pacienti dokázali efektívne využívať AAK pomôcky a trénované stratégie. V prípade komunikačných zlyhaní dokázali obrátiť svoju pozornosť na AAK. Pri dosahovaní komunikačného zámeru potrebovali menej špecifické nápovedy od komunikačného partnera a postúpili vpred v rámci komunikačných

kategórií– posunuli sa vyššie jednu komunikačnú úroveň.

### Záver

Na prípadoch pacientov s ťažkým stupňom afázie s ťažiskom deficitov v expresívnej rečovej zložke, sme chceli ilustrovať

aplikáciu Multimodálneho Komunikačného Skríningového Testu (MCST-A). Z jeho výsledkov priamo vyplývajú augmentatívne a alternatívne komunikačné stratégie vhodné pre pacientov s afáziou a ich komunikačných partnerov, ktoré by mali byť predmetom dlhodobej terapie.

### LITARATÚRA

1. Cséfalvay Z. Terapie Afázie. Praha: Portál. 2007: 15–24.
2. Cséfalvay Z, Košťálová M. 2013. Diagnostika afázie. In Cséfalvay Z, Lechta V. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. Praha: Portál. 2013: 83–112.
3. Garrett K, Lasker J. Adults with severe aphasia. In D. Beukelman P. Mirenda (Eds.) Augmentative communication: Management of severe communication disorders in children and adults, 3<sup>rd</sup> edition. Baltimore: Brookes Publishing Co.
4. Garrett K, Lasker J. Multimodal Communication Screening Test for Persons with Aphasia. 2005b Dostupné online na: <http://aac.unl.edu/screen/score.pdf>, <http://aac.unl.edu/screen/picture.pdf>.
5. Garrett K, Lasker J. Adults with severe aphasia and Apraxia of Speech. In Beukelman D.R, Mirenda P. 2013. Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co. 2013: 405–445.
6. Košťálová M, Poláková B, Ulreichová M, Šmíd P, Janoušková E, Kuhn M, Klenková J, Bednařík J. Dotazník funkcionální komunikace (DFK) – validace originálního českého testu. In Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2015; 78/111(2): 188–195.
7. Lasker JP, Garrett KL, Fox LE. Severe Aphasia. In Beukelman D.R, Garrett K.L, Yorkston K.M. 2007. Augmentative communication strategies for adults with acute or chronic medical conditions. Paul H. Brookes Publishing Co. 2007: 163–206.