

Naděžda Lasotová

LOGOPEDICKÁ CVIČENÍ

u afázie a kognitivních poruch

Konverzační
trénink
PRO
DOSPĚLÉ



„Je jen jedna dokonalá cesta a ta je před tebou, vždy před tebou.“

Sri Chinmoy

Naděžda Lasotová

LOGOPEDICKÁ CVIČENÍ

u afázie a kognitivních poruch



*Konverzační
trénink
PRO
DOSPĚLÉ*

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být re-produkována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písem-ného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a pou-žití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

Mgr. Naděžda Lasotová, MBA

LOGOPEDICKÁ CVIČENÍ U AFÁZIE A KOGNITIVNÍCH PORUCH

Konverzační trénink pro dospělé

Recenze: PhDr. Radka Neužilová Michalčáková, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství
Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2024

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2024

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 9300. publikaci

Odpovědná redaktorka Bc. Gabriela Glezgová

Sazba a zlom Josef Lutka

Ilustrovala Kristýna Dohnalová

Počet stran 320

1. vydání, Praha 2024

Výtiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo re-gistrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-7349-5 (pdf)

ISBN 978-80-271-5151-6 (print)

Obsah

Předmluva	11
1 Stručné teoretické základy	13
1.1 Komunikace	13
1.2 Afázie	15
1.3 Kognitivní funkce	17
1.4 Kognitivní poruchy	20
1.5 Možnosti odborné péče	23
1.6 Terapie a trénink	24
1.7 Role rodiny a komunikačního partnera	26
1.8 Prevence	27
1.9 Shrnutí	27
2 Úvodní slovo k praktické části	29
2.1 Koncepce praktické části knihy	29
2.2 Jak s knihou pracovat	31
2.3 Prostředí, podmínky a kompenzace vhodné pro trénink	32
2.4 Společenská pozitivita konverzačního tréninku	34
2.5 Shrnutí	35
2.6 Závěr	35
2.7 Poděkování	36
3 Pracovní listy	37
3.1 DOMOV (1. díl)	38
3.2 DOMOV (2. díl)	41
3.3 DOMOV (3. díl)	43
3.4 JÍDLO (1. díl)	45
3.5 JÍDLO (2. díl)	47
3.6 MÉDIA (1. díl)	49
3.7 MÉDIA (2. díl)	51
3.8 MÉDIA (3. díl)	53
3.9 OSLAVY A SVÁTKY (1. díl)	55
3.10 OSLAVY A SVÁTKY (2. díl)	57
3.11 OSLAVY A SVÁTKY (3. díl)	60
3.12 POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (1. díl)	62
3.13 POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (2. díl)	64
3.14 POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (3. díl)	65
3.15 POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (4. díl)	67
3.16 SETKÁNÍ (1. díl)	69

3.17	SETKÁNÍ (2. díl)	71
3.18	SETKÁNÍ (3. díl)	74
3.19	SETKÁNÍ (4. díl)	76
3.20	SPOLEČENSKÝ ŽIVOT (1. díl)	78
3.21	SPOLEČENSKÝ ŽIVOT (2. díl)	80
3.22	SPOLEČENSKÝ ŽIVOT (3. díl)	83
3.23	VE MĚSTĚ (1. díl)	86
3.24	VE MĚSTĚ (2. díl)	88
3.25	VE MĚSTĚ (3. díl)	91
3.26	V PŘÍRODĚ (1. díl)	93
3.27	V PŘÍRODĚ (2. díl)	96
3.28	V PŘÍRODĚ (3. díl)	99
3.29	ZDRAVÍ (1. díl)	101
3.30	ZDRAVÍ (2. díl)	103
3.31	ZDRAVÍ (3. díl)	105
3.32	BAJKY	108
3.33	BYDLENÍ	112
3.34	CENY	115
3.35	CESTOVÁNÍ	118
3.36	CO SE MÁ STÁT, SE STANE	121
3.37	ČAS	124
3.38	ČASOVÉ ÚDAJE	128
3.39	ČÍSLA	131
3.40	ČTENÍ	135
3.41	DOMA JE DOMA	137
3.42	DOPLŇOVAČKY (1. díl)	140
3.43	DOPLŇOVAČKY (2. díl)	144
3.44	DOPLŇOVAČKY (3. díl)	147
3.45	DOPRAVA	150
3.46	FILM	152
3.47	HOUBY	155
3.48	HRÁTKY SE SLOVY A VĚTAMI	159
3.49	KALENDÁŘ (1. díl)	164
3.50	KALENDÁŘ (2. díl)	167
3.51	KDO? KDY? KDE?	170
3.52	MÁM RÁD, NEMÁM RÁD	174
3.53	MÓDA	178
3.54	NÁLADY A VLASTNOSTI	183
3.55	NEUVĚŘITELNÉ SITUACE (1. díl)	185
3.56	NEUVĚŘITELNÉ SITUACE (2. díl)	188
3.57	PENÍZE	191
3.58	PÍSNÍČKY	194
3.59	POCITY A PROŽITKY	197

3.60	POVOLÁNÍ	201
3.61	PRÁCE SE SLOVY	204
3.62	PRÁCE S VĚTAMI	207
3.63	PŘÁTELÉ A KAMARÁDI	209
3.64	PŘIŠEL JSEM, VIDĚL JSEM	212
3.65	RODNÉ MĚSTO	216
3.66	RODOKMEN	220
3.67	ROZDÍLY	223
3.68	ŘÍKADLA	226
3.69	SETKÁNÍ PO LETECH	230
3.70	SLOVESA	234
3.71	SVATBA	238
3.72	SVĚT KOLEM NÁS	241
3.73	TELEFON	245
3.74	TENKRÁT POPRVÉ	248
3.75	VĚTY	252
3.76	ZAJÍMAVÁ MÍSTA	254
3.77	ZLOČIN A KRIMINALITA (1. díl)	258
3.78	ZLOČIN A KRIMINALITA (2. díl)	261
3.79	ZMĚNA ČASU	263
3.80	ZVÍRATA	266
4	Poslechy	270
4.1	DOMOV (1. díl) – cvičení 3	270
4.2	DOMOV (2. díl) – cvičení 3	270
4.3	DOMOV (3. díl) – cvičení 3	271
4.4	JÍDLO (1. díl) – cvičení 2	271
4.5	JÍDLO (2. díl) – cvičení 1	272
4.6	JÍDLO (2. díl) – cvičení 3	272
4.7	MÉDIA (1. díl) – cvičení 2	272
4.8	MÉDIA (2. díl) – cvičení 3	272
4.9	OSLAVY A SVÁTKY (1. díl) – cvičení 2	273
4.10	OSLAVY A SVÁTKY (2. díl) – cvičení 3	273
4.11	POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (1. díl) – cvičení 2	274
4.12	POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (2. díl) – cvičení 1	274
4.13	POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (3. díl) – cvičení 1	274
4.14	POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (4. díl) – cvičení 1	275
4.15	SETKÁNÍ (1. díl) – cvičení 2	275
4.16	SETKÁNÍ (2. díl) – cvičení 2	276

4.17	SETKÁNÍ (3. díl) – cvičení 1	276
4.18	SETKÁNÍ (3. díl) – cvičení 2	277
4.19	SPOLEČENSKÝ ŽIVOT (1. díl) – cvičení 2	278
4.20	SPOLEČENSKÝ ŽIVOT (2. díl) – cvičení 2	278
4.21	SPOLEČENSKÝ ŽIVOT (3. díl) – cvičení 2	279
4.22	VE MĚSTĚ (1. díl) – cvičení 2	280
4.23	VE MĚSTĚ (2. díl) – cvičení 2	280
4.24	VE MĚSTĚ (3. díl) – cvičení 4	281
4.25	V PŘÍRODĚ (1. díl) – cvičení 2	281
4.26	V PŘÍRODĚ (2. díl) – cvičení 2	282
4.27	V PŘÍRODĚ (3. díl) – cvičení 1	282
4.28	ZDRAVÍ (1. díl) – cvičení 2	283
4.29	ZDRAVÍ (2. díl) – cvičení 1	283
4.30	ZDRAVÍ (2. díl) – cvičení 4	284
4.31	ZDRAVÍ (3. díl) – cvičení 3	284
4.32	BAJKY – cvičení 5	285
4.33	BYDLENÍ – cvičení 1	285
4.34	BYDLENÍ – cvičení 2	286
4.35	CENY – cvičení 2	286
4.36	CESTOVÁNÍ – cvičení 4	286
4.37	HOUBY – cvičení 4	287
4.38	NEUVĚŘITELNÉ SITUACE (1. díl) – cvičení 4	287
4.39	POVOLÁNÍ – cvičení 3	287
ŘEŠENÍ		289
3.1	DOMOV (1. díl)	289
3.2	DOMOV (2. díl)	289
3.3	DOMOV (3. díl)	289
3.4	JÍDLO (1. díl)	289
3.5	JÍDLO (2. díl)	289
3.6	MÉDIA (1. díl)	289
3.7	MÉDIA (2. díl)	289
3.9	OSLAVY A SVÁTKY (1. díl)	290
3.10	OSLAVY A SVÁTKY (2. díl)	290
3.12	POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (1. díl)	290
3.13	POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (2. díl)	290
3.14	POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (3. díl)	290
3.15	POHOTOVOST A NÁROČNÉ SITUACE (4. díl)	290
3.16	SETKÁNÍ (1. díl)	290
3.17	SETKÁNÍ (2. díl)	290
3.18	SETKÁNÍ (3. díl)	291
3.20	SPOLEČENSKÝ ŽIVOT (1. díl)	291
3.21	SPOLEČENSKÝ ŽIVOT (2. díl)	291

3.23	VE MĚSTĚ (1. díl)	291
3.24	VE MĚSTĚ (2. díl)	291
3.25	VE MĚSTĚ (3. díl)	291
3.26	V PŘÍRODĚ (1. díl)	291
3.27	V PŘÍRODĚ (2. díl)	292
3.28	V PŘÍRODĚ (3. díl)	292
3.29	ZDRAVÍ (1. díl)	292
3.30	ZDRAVÍ (2. díl)	292
3.31	ZDRAVÍ (3. díl)	293
3.32	BAJKY	293
3.33	BYDLENÍ	293
3.34	CENY	293
3.35	CESTOVÁNÍ	293
3.37	ČAS	294
3.38	ČASOVÉ ÚDAJE	294
3.39	ČÍSLA	294
3.40	ČTENÍ	294
3.41	DOMA JE DOMA	294
3.42	DOPLŇOVAČKY (1. díl)	295
3.43	DOPLŇOVAČKY (2. díl)	295
3.44	DOPLŇOVAČKY (3. díl)	295
3.45	DOPRAVA	295
3.46	FILM	296
3.47	HOUBY	296
3.49	KALENDÁŘ (1. díl)	297
3.50	KALENDÁŘ (2. díl)	297
3.51	KDO? KDY? KDE?	298
3.52	MÁM RÁD, NEMÁM RÁD	298
3.54	NÁLADY A VLASTNOSTI	298
3.55	NEUVĚŘITELNÉ SITUACE (1. díl)	299
3.56	NEUVĚŘITELNÉ SITUACE (2. díl)	299
3.57	PENÍZE	299
3.58	PÍSNÍČKY	299
3.59	POCITY A PROŽITKY	300
3.60	POVOLÁNÍ	300
3.63	PŘÁTELE A KAMARÁDI	300
3.64	PŘÍŠEL JSEM, VIDĚL JSEM	300
3.65	RODNÉ MĚSTO	301
3.66	RODOKMEN	301
3.67	ROZDÍLY	301
3.68	ŘÍKADLA	301
3.69	SETKÁNÍ PO LETECH	301
3.70	SLOVESA	302

3.71 SVATBA	302
3.72 VĚT KOLEM NÁS	302
3.73 TELEFON	302
3.74 TENKRÁT POPRVÉ	302
3.75 VĚTY	303
3.76 ZAJÍMAVÁ MÍSTA	303
3.77 ZLOČIN A KRIMINALITA (1. díl)	303
3.79 ZMĚNA ČASU	303
3.80 ZVÍŘATA	303
Zdroje	305
Rejstřík	311
Souhrn	314
Summary	315

Předmluva

Jmenuji se Jarek a je mi 70 let. Když se mi stala mozková příhoda, tak mi bylo o 10 let méně – 60 let.

Utíkal jsem večer před půlnocí z práce a najednou se mi podlomila noha a spadl jsem na zem. Nevěděl jsem, co se to se mnou děje. Několikrát jsem upadl. Mezitím mi ujel autobus. Zůstal jsem na zastávce osamocen bezradně civět na silnici. Instinkt mi podvědomě velel zavolat si sanitku. Dobře, že jsem tak učinil. Po příjezdu sanitky si pamatuji, jak jsem do ní nastoupil, a víc si nepamatuji nic. Tehdy jsem vůbec nemluvil, měl jsem ochrnutou pravou nohu a ruku a celou pravou stranu těla jako kdyby posunutou. Vcelku mě to tak říkajíc vzalo. Vůbec jsem s něčím takovým nepočítal.

Po propuštění z nemocnice jsem byl postupně třikrát v lázních. Až po příjezdu z lázní jsem si začal uvědomovat, co jsem vlastně prožil. V lázních jsem měl i logopedii. Některé logopedické hodiny byly hodně intenzivní. Kolikrát jsem už vůbec nemohl a byl ze cvičení úplně vyčerpaný. S odstupem času jsem ale paní logopedce vděčný. Postupně jsem začínal pomalu mluvit. Má pevná vůle a odhodlání dostat se z toho mě poháněla cvičit řeč i pohyblivost několikrát denně. Už po půl roce jsem zaznamenal první výsledky. Od té doby cvičím každý den.

Nyní chodím na logopedii v místě bydliště. Tam si povídáme, procvičujeme také psaní, čtení, počítání a logické uvažování. Vždycky dostanu domácí úkol.

Také docházím jednou za 14 dní do skupiny. Jsou tam všichni s afázií (hlavně po mozkové příhodě). Na skupině se cítím skvěle. Jsem mezi těmi, co mi rozumějí. Cítím s nimi a prožívám znovu a znovu, co se stalo i mně. I když teď mluvím ucházející, tak se mi řeč v jednu chvíli zadrhne. Není to tím, že nevím jak pokračovat. Je to tím, že si musím v hlavě uspořádat myšlenky, abych mohl pokračovat. Fascinují mě někteří ze skupiny, kteří hovoří plynule. Toužím a prahnu po tom mít uspořádané neurony v mozku jako oni. Ale nejde to, jak bych si představoval. Musím brát život tak, jak můj zdravotní stav je toho schopen. Dřív, než se mi

to stalo, jsem mluvil rychle a každou myšlenku druhého, než byla vyslovena, uhádl. Byl jsem bystrý. Ale nebudu se dívat zpět. Život jde dál a nač si lámat hlavu minulostí. Přítomnost a budoucnost, to je v prvé řadě to, co mě zajímá. Hlavně zdraví.

Do skupiny chodím pro pohodu, která tam vládne. Dozvím se tam vždycky něco nového, co ještě neznám, a potkám se se známými přítomnými. Když tam někdo chybí, ptám se, kde je. Dáme si čaj nebo kávu, povídáme si, co jsme poslední dobou zažili, co se nám podařilo nebo nepodařilo, kde jsme byli. Vyptáváme se jeden druhého, zajímáme se o sebe.

Ve skupině pracujeme s pracovními listy a plníme různé úkoly. Někdy se mi zdají těžké, ale to je tím, že jim ze začátku třeba neporozumím. Dlouho mi trvá, než to pochopím. To je tím, že po mozkové mrtvici ledacos déle chápu. Ale až to pochopím, tak je to brnkačka. Někdy mi to ale naskočí až druhý den.

Témata v pracovních listech jsou pestrá, jako třeba téma „Jaký bude svět za sto let?“, „Jak se platilo v minulosti?“, řešíme detektivku o „vyloupeném trezoru“... V pracovních listech ve skupině si máme rozvíjet logické myšlení, pracovat se slovy, tvořit věty, čteme, píšeme, diskutujeme, ale i trochu mezi sebou soutěžíme. Ne vždy se mi to povede, ale nutí mě to se nad tím zamyslet, což dělám. A dělám to rád.

Vy, co budete mít nějaké potíže ohledně mrtvice jako já, věnujte se nějakému koníčku, chod'te do přírody, na nákupy nebo se jen tak procházet – „bloncat“ po městě nebo vesnici. A mluvte, zkoušejte to pořád. I když je to těžké. Je to lepší než se litovat a sedět doma a říkat si, co se mi to stalo.

Sepsání této předmluvy jsem věnoval hodně času, několik desítek hodin. Ale i to pro mě mělo velký význam. Díky tomu jsem se seznámil trochu s klávesnicí. Doposud jsem psal jen levou rukou a hodně pomalu. Jsem totiž pravák.

A teď jsem totálně vyčerpaný, ale příjemně. Jdu si dát kafe ...

Jarek

1 Stručné teoretické základy

1.1 Komunikace

Komunikace je cesta. Cesta spojuje dvě místa. Mnoho cest propojuje spousty bodů a tvoří mezi nimi síť. Komunikace ale také spojuje dva lidi, dokonce dokáže vzájemně propojit mnoho lidí mezi sebou. Komunikujeme neustále, mnohokrát a různorodými způsoby během dne, hodiny, ale i minuty. Komunikovat se zdá být jednoduché, přirozené. Je to schopnost, kterou využíváme a rozvíjíme celý život. Komunikujeme gesty, pohledem, postojem, vůní, stylem oblečení, ale především slovy. Nepoužíváme však jen mluvenou řeč, ale i psanou formu komunikace – čteme, píšeme. Komunikace slovy je výlučnou vlastností člověka. Komunikovat znamená nebýt sám. Být součástí společnosti. Komunikace nabízí vztah s ostatními, přináší informace, které nás rozvíjí, udržuje náš mozek v aktivitě.

V životě však mohou nastat situace, kdy dojde k narušení schopnosti komunikovat. Tyto stavy přichází často náhle, bez varování, nebo se pomalu a plíživě rozvíjí. Vždy jsou však nečekané. Potíže s komunikací, s řečí výrazně ovlivní nejen život osoby, která jimi trpí, ale i jeho nejbližších, rodiny, pečovateli, známých. Dochází k obtížím v běžném dorozumění, nezřídka bývá komplikované vyjádřit základní potřeby a přání. Těžkosti s komunikací bývají často spojeny i se zhoršenou pohyblivostí končetin a obličejového svalstva, dochází tak i k narušení artikulace, výslovnosti, ale i komunikace pomocí přirozené gestikulace a mimiky. Všechny uvedené změny mohou vést k narušení vztahu partnerů, změnám ve fungování rodiny, změně rolí v partnerském páru, sociální izolaci.

Mezi nejčastější poruchy, které narušují schopnost komunikace, patří afázie a kognitivní poruchy, resp. kognitivně komunikační poruchy. S těmito poruchami se setkáváme s naprostou převahou v dospělém věku.

Kniha, kterou držíte v ruce, je zaměřena na trénink komunikačních dovedností u afázie a kognitivních poruch formou 80 konverzačních témat. Publikace cílí na trénink komunikace v dialogu či ve skupině. Ucelené náměty pracovních listů se týkají rozličných

oblastí, o kterých lze konverzovat. Konverzační témata jsou zaměřena na schopnost reagovat v každodenních situacích a generalizaci nacvičovaných konverzačních dovedností do reality každodenního života. Vedou k aktivizaci jazykových schopností v mnoha doménách. Zahrnují trénink mluvení, čtení, psaní, rozumění řeči formou poslechů, trénink paměti, početních dovedností, asociační cvičení. Aktivně nabádají k navázání kontaktu s komunikačním partnerem nebo k práci ve skupině. Pomocí konverzačního tréninku se snažíme vystavět novou cestu, která vede ke zlepšení komunikačních dovedností a jazykových schopností. Cílem úkolů není vždy rozvitá konverzace, ale schopnost vyjádření se jakýmkoliv způsobem. Záměrem je přenést informaci, komunikovat. K tomu cíli lze dojít mnoha způsoby a kombinací forem komunikace – od slov přes gesta, psaní, grafické znázornění až po pantomimu. Cílem je uspokojení z komunikace, naplnění úmyslu sdělení. Je to podobné jako při komunikaci v cizí zemi, v cizím jazyce. Také děláme chyby, komunikujeme neobratně, pomocí gest, ale vždy cítíme uspokojení z toho, že jsme se domluvili. Nejinak je tomu při konverzačním tréninku u afázie a kognitivních poruch. Cílem je dosáhnout dobrého pocitu z komunikace, dorozumět se i přes to, že forma sdělení není dokonalá nebo stejná, jako byla dříve před rozvojem onemocnění.

Kniha *Logopedická cvičení u afázie a kognitivních poruch: Konverzační trénink pro dospělé* je jedinečná tím, že je koncipována přímo pro dospělé a jako taková reflektuje slovník i témata konverzací dospělé populace. První část knihy obsahuje témata s nižší náročností úloh, druhá část obsahuje cvičení s vyšší náročností úkolů. Cvičení nejsou koncipována jako pracovní listy k individuálnímu vyplňování, ale přímo instruuji a navádí k interakci a dialogu s komunikačním partnerem nebo ve skupině.

Kniha je určena všem, kteří mají obtíže s komunikací, trpí afázií či kognitivním deficitem lehkého až středně těžkého stupně. Dále je určena všem komunikačním partnerům – manželům a manželkám, rodinným příslušníkům, přátelům, studentům, aktivizačním pracovníkům, patientským organizacím, facilitátorům konverzačních skupin, kteří se vydali na společnou cestu pomoci k obnove-

ní komunikačních dovedností svých blízkých či klientů. Kniha je určena také klinickým logopedům a psychologům, kteří mají v péči osoby s afázií a kognitivním deficitem. Materiál lze využít v rámci individuálních terapeutických sezení, ale i k práci ve dvojici či formou skupinových terapií nebo skupinových setkání. Všechna témata jsou původní a byla během posledních více než 15 let aktivně a prakticky využita v konverzační skupině osob s afázií. Soubor cvičení vychází z potřeb a zájmů klientů konverzační skupiny. Předkládaný materiál tak prošel praktickou zkouškou a byl upraven na základě postřehů klientů během skupinových setkání. Cílem, a tedy i pozitivním důsledkem zefektivnění schopnosti komunikace, je zmírnění sociální izolace osob s afázií a kognitivním deficitem a zlepšení kvality jejich života.

1.2 Afázie

Afázie je jedním z nejzávažnějších narušení komunikační schopnosti. Vzniká náhle. Nejčastější příčinou vzniku afázie je cévní mozková příhoda. Afázii však mohou zapříčinit i nádory, záněty či úrazy mozku a další onemocnění. Afázie vzniká narušením mozkové kůry dominantní (vedoucí) hemisféry, v naprosté většině případů levé mozkové hemisféry.

Projevy afázie mohou postihnout celý jazykový systém. Příznaky jsou velmi široké a mohou být spojeny i s dalšími přidruženými obtížemi. Afázie se může projevovat změnou plynulosti řeči, kdy postižená osoba mluví v pomalém tempu, v krátkých větách nebo jen v izolovaných slovech. Někdy je výrazně narušena celá produkce řeči a nedaří se vytvářet ani samostatná slova. Řečový výkon pak zcela chybí nebo se zužuje na opakování slabik či automatických, zažitých frází (např. „tak tak“, „no no“, „To je dobrý.“, „Panebože!“ apod.). Může se vyskytnout i produkce vulgarismů, které jsou však nechtěné, neovladatelné a nelze se na osobu s afázií za takový projev nijak zlobit. V jiných případech může být řeč plynulá, v celých větách i v přiměřeném tempu, avšak dochází k obtížím s vybavením slova, s pojmenováním (*anomiím*). V řečovém proslovu se pak objevují pauzy, kdy se osoba s afázií sna-

ží vybavit si správný pojem, nebo situaci řeší pomocí opisu slov, popisu činností bez schopnosti vyjádřit správné a přiléhavé slovo. V řečovém projevu se mohou také objevit chyby v podobě nesprávně zvoleného slova, přesmyků písmen ve slovech (*parafázií*), ale i nesprávných gramatických tvarů slov (*agramatismů*), které se osoba s afázií může snažit samostatně opravovat. Velmi závažným příznakem afázie je řečová produkce v nesmyslných, neexistujících slovech (*neologismech*). Tyto potíže jsou vždy spojeny s poruchou porozumění řeči. Potíže s rozuměním řeči jsou ve větší i menší míře spojeny se všemi formami afázie a v terapii jazykových funkcí hraje trénink porozumění řeči velmi důležitou úlohu. Mezi další příznaky patří *echolálie*, tj. opakování toho, co řekla druhá osoba (např.: „Jak se máte?“ a odpověď osoby s afázií: „Jak se máte?“), nebo *perseverace* čili ulpívání na slovech či frázích, stálé opakování téhož s obtížemi se od tématu odpoutat.

Jazykové funkce mohou být oslabeny nejen v řečové produkci a rozumění řeči, ale i v narušení schopnosti čtení, psaní a počítání. Hovoříme pak o *alexii*, *agrafii* a *akalkulii*, které se s afázií kombinují. I zde jsou příznaky u každé osoby s afázií odlišné. V oblasti čtení se potíže projevují neschopností identifikovat, poznávat písmena, záměnami písmen ve slovech při čtení, ale i poruchou porozumění čtenému. Někdy se stává, že osoba s afázií čte text plynule, ale zcela bez porozumění obsahu. Při psaní často narážíme na pohybový deficit (ochrnutí, *parézu*) horní končetiny, kterou byl dotyčný s afázií zvyklý psát. Nezřídka se zahazuje nácvik psaní pomocí zdravé, hybné končetiny, která však doposud nebyla k psaní nikdy využívána. Písmo je tak neobratné, těžkopádné a celý proces psaní je velmi namáhavý a vysilující. Potíže při psaní se mohou projevit obtížemi s vybavením si tvarů písmen, záměnami písmen ve slovech až neologismy (nesmyslnými slovy). Potíže bývají i se zvládnutím vlastního podpisu.

Kromě výše zmíněných obtíží mohou afázií doprovázet další přidružené poruchy, které mají na schopnost řeči, čtení i psaní vliv. Jedná se např. o *apraxii*, *agnózií* či *neglect syndrom*.

Apraxie se vyznačuje obtížemi s plánováním a přesným koordinovaným prováděním pohybů. Apraxie se tedy může vyskyt-

nout i v řeči, kdy osoba s afázií a apraxií se snaží například říci nějaké písmeno. Písmeno si dobře rozmyslí, vysloví však jiné. Stále se zkouší opravovat a hledá správnou variantu, přičemž v jiném slově je schopná písmeno říci zcela bez potíží. Apraxie se může projevit i v manipulaci s předměty, kdy osoba s apraxií například neví, jak se používá lžička, nebo s předmětem vykonává jiné pohyby (s tužkou si zkouší česat vlasy apod.).

Agnózie se projevuje narušením schopnosti rozpoznávat předměty, tváře, zvuky. V řeči pak musíme nejprve rozlišit, zda osoba s afázií nemůže například určitý předmět pojmenovat, nebo zda jej vůbec nerozpoznává.

Neglect syndrom znamená opomíjení a neuvědomování si poloviny těla a podnětů z prostoru na opomíjené straně (např. si obléká věci jen na jednu polovinu těla, nereaguje z jedné strany). Opomíjení se promítá i do zrakového pole, což ovlivňuje schopnost čtení i psaní (např. osoba s neglect syndromem píše a čte jen od poloviny řádku, druhou polovinu „nevidí“, opomíjí).

Syndrom afázie zahrnuje mnoho rozličných příznaků, které mohou být u každé osoby s afázií vyjádřeny v jiné podobě, tíži, v různých kombinacích. Tyto příznaky se mohou v čase měnit s předpokladem postupného zlepšování nebo udržování stávající dosažené úrovně, mj. i v závislosti na terapii afázie a tréninku jazykových funkcí. Současně však mohou být narušené jazykové funkce kombinovány s dalšími poruchami, které negativně ovlivňují schopnost řečové produkce i porozumění, čtení, psaní, počítání. Rozvojem syndromu afázie nemusí docházet k okamžitému narušení kognitivních funkcí. Velmi často je patrné, že osoba s afázií je schopna vše opravit, sestrojit, nakoupit, cestovat i přesto, že řeč je omezena pouze na několik slov. Avšak v čase, při nedostatečné stimulaci, možnostech interakce, sociální izolaci, omezení pohybu apod. se mohou potíže v oblasti kognitivních funkcí k afázii přidružit.

1.3 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce jsou komplexem schopností, které zajišťují poznávání. Jedná se tedy o poznávací funkce, o stavební kameny,

na jejichž základě stojí složité procesy, které umožňují komunikaci a interakci s okolním světem. Řeč jako taková je až vrcholkem ledovce, bez jeho obrovské a ukryté základny pod hladinou bychom nebyli schopni řeč ani komunikaci realizovat. Mezi kognitivní funkce patří paměť a učení, exekutivní funkce (schopnost plánování a rozhodování), pozornost, orientace v čase a prostoru, zrakově prostorové schopnosti, konstrukční schopnosti, myšlení, psychomotorické tempo, jazykové schopnosti (řeč, čtení, psaní, počítání, rozumění).

Paměť zajišťuje schopnost přijímat, zpracovávat, uchovávat a vybavovat si informace, pohyby, činnosti. Paměť zahrnuje jak oblasti, které se týkají řeči a slovní komunikace (např. pamatování si významů slov, znalosti údajů a faktů, vzpomínky na zážitky, o kterých lze vyprávět), tak oblasti, které jsou spojeny s pohybem a činnostmi, které s řečí nesouvisí a nelze je slovy popsat (např. jak jezdit na kole, jak hrát na hudební nástroj apod.), ale i oblasti spojené s emocemi (emoční zážitky, vnímání prožitků, pocity). Paměť umožňuje osvojení nových informací a jejich uchování do budoucna, ale i vybavení si informací z minulosti. Paměť je tedy pro schopnost komunikace velmi důležitá, zásadní. Paměť je důležitá i pro správné porozumění řeči a čtenému textu.

Nejvyšší formou poznání, která odlišuje člověka od zvířat, je **myšlení**. Proces myšlení umožňuje nacházet souvislosti a vztahy jak mezi různými pojmy, tak v různých situacích. Myšlení je úzce spojeno se schopností řeči, a to jak řeči mluvené, tak řeči vnitřní. Schopnost myšlení umožňuje slova a myšlenky spojovat do kategorií, zobecňovat je, vytvářet mezi nimi logické souvislosti, třídit je. Myšlení zahrnuje i abstraktní rovinu uvažování, práci se symboly, představami, slovy a čísly. Tempo myšlení může být u každého jiné. U někoho je tempo myšlení zpomalené, jsou přítomny pauzy před odpovědí, v řeči i v celkovém chování chybí dynamika, lehkost, spontánnost. V opačném případě může být tempo myšlení překotné, zrychlené. Myšlenky jsou často neuspořádané, řeč probíhá ve velmi rychlém tempu až „tryskem“.

Řečové i neřečové dovednosti nabýváme pomocí procesu **učení**, zkušenostmi, opakovanou interakcí. Proto je proces učení úzce pro-

pojen s pamětí. Učení zahrnuje jak osvojení si pojmů a významů slov, nabytí znalostí, myšlenkových procesů, tak učení se sociální interakci, vztahům mezi lidmi. Výsledky učení pak ovlivňují chování a jednání v různých situacích. Některé procesy učení probíhají zcela náhodně během každodenních situací, některé dovednosti si osvojíme napodobováním, jiné záměrným učením s jasně stanoveným cílem. Dojde-li k narušení či oslabení v oblasti komunikace, pak úspěch v terapii, tréninku a zlepšování nemálo závisí na schopnosti učení daného jedince.

Exekutivní funkce jsou označovány jako funkce výkonné, tedy schopnosti plánovat, rozhodovat, jednat, řešit problémy. Zajišťují samostatnou iniciaci aktivity, kontrolu jejího průběhu, sebekontrolu, opravy chyb, ale i schopnost ukončení činnosti. Exekutivní funkce jsou v každodenním životě nezbytné pro smysluplnou organizaci denního režimu a práce, určení priorit, efektivního využívání času. Prakticky v užším slova smyslu zajišťují exekutivní funkce ovládání postupu činnosti, myšlení. Příkladem může být situace, kdy chceme uvařit oběd. Kroky, které musíme naplánovat, jsou: rozmyslet si recept, nakoupit a připravit vhodné suroviny, dodržet postup při přípravě pokrmu, pokrm naservírovat. Pokud jsou exekutivní funkce narušeny, podobné procesy postupů se rozpadají, některé kroky chybí nebo jsou pozměněny. Opět lze uvést příklad, kdy při vaření kávy nasype osoba s narušenými exekutivními funkcemi kávu přímo do rychlovarné konvice, zalije vodou a přímo v rychlovarné konvici uvaří, poté přelévá do hrnku. V takových případech dochází k nedorozuměním, omezování samostatné činnosti a ovlivnění vztahů v rodině apod. Z hlediska řeči a komunikace zajišťují exekutivní funkce plánování myšlenky, proslovu, dosažení cíle sdělení, opravu chyb během sdělení. Pokud jsou tyto funkce oslabeny, mohou být myšlenky desorganizované, zabíhavé, s nedostatečnou informační hodnotou. Proto i exekutivní funkce jsou zásadním stavebním kamenem úspěšné komunikace.

Pozornost označuje schopnost soustředit se a nenechat se rozptýlit. Pozornost je nezbytná v procesu učení a osvojování si nových informací a dovedností. Svoji roli hraje i v procesu vybavování si, vzpomínání. Soustředění je nezbytné pro organizované

plánování. Pozornost může být oslabena zevnitř, kdy sama osoba s poruchou pozornosti nebo se sklony k hyperaktivitě není schopna zacílit a udržet své soustředění. Může být ovlivněna i zvenčí, kdy jsou přítomny rušivé elementy, které pozornost odpoutávají. Komunikaci v tomto případě může ovlivnit nahlas hrající rádio, televizor, hlučné prostředí, ve kterém hovoří více osob najednou.

Je tedy zřejmé, že všechny kognitivní funkce jsou vzájemně propojené a nezbytné pro efektivní fungování a schopnost komunikace.

1.4 Kognitivní poruchy

Kognitivní poruchy vznikají narušením a oslabením jedné či více kognitivních funkcí. Rozvíjí se, na rozdíl od afázie, postupně. Manifestují se snížením výkonnosti často ve více oblastech, které se mohou týkat sociálních, pracovních, komunikačních i zcela běžných činností s postupnou ztrátou soběstačnosti. Mohou se projevit v každém věku, ale ve většině případů jsou patrné u osob vyššího věku.

Kognitivní poruchy jsou podmíněny degenerativním (postupně se rozvíjejícím) a nevratným narušením centrální nervové soustavy, různých částí mozkové kůry i podkorových oblastí. Poruchy kognitivních funkcí se vyskytují jako součást některých neurologických onemocnění, např. Alzheimerovy demence, vaskulární demence, Parkinsonovy choroby, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální demence (Pickova choroba), Creutzfeldtovy-Jacobovy nemoci, Huntingtonovy choroby, normotenzního hydrocefalu, kdy dochází k měštnání mozkomíšního moku v mozkových komorách atd. Dále se mohou rozvíjet například po opakovaných epileptických záchvatech, úrazech a infekcích mozku, ale i následkem intoxikace a závislosti (alkohol, drogy, léky). Oslabení kognitivních funkcí může být zapříčiněno i sociální deprivací, omezením interakcí a podnětů z okolí, nedostatkem psychické i fyzické aktivity.

Prakticky vždy jsou kognitivní poruchy spojeny s poruchou paměti. V naprosté většině případů se projeví obtížemi v komunikaci. Často jsou také spojeny s poruchami hybnosti (třesem kon-

četin nebo hlavy, mimovolnými a neovladatelnými pohyby, změnou charakteru chůze apod.), se změnou celkového psychomotorického tempa (často zpomalením pracovního tempa i tempa myšlení), dezorientací (místem, časem i osobou). U některých onemocnění se mohou projevit i změny chování, emocí a vnímání, například v podobě příznaků agrese, nebo naopak apatie (netečnosti), neklidu, halucinací, bludů, změn chutí, nevysvětlitelných epizod smíchu a/nebo pláče, cirkadiálního rytmu (rytmu spánku a bdění). Nezřídka dochází k rozvoji deprese.

Velmi často bývají první projevy narušení kognitivních funkcí bagatelizovány a spojovány s procesem přirozeného stárnutí. Oslabení paměti bývá připisováno věku a považováno za projev, který k určitému věku patří. A právě první lehké obtíže mohou být předzvěstí postupného a těžšího narušení kognitivních funkcí v rámci pomalu se rozvíjejícího onemocnění. První lehké obtíže bývají často spojeny s poruchou paměti, obtížemi ve vybavování si slov, zhoršením soustředění, lehkou změnou a úlevou v každodenních činnostech a zájmech, rychlejší unavitelností při psychické námaze (např. místo čtení knih přechod ke čtení časopisů). Potíže však nijak neovlivňují soběstačnost dané osoby a schopnost samostatného fungování v běžném životě. Takový stav se nazývá mírná kognitivní porucha (mild cognitive impairment, MCI). Avšak dojde-li k narušení soběstačnosti a je nutná přítomnost a pomoc druhé osoby v řešení každodenních situací a činností, sebeobsluhy, plánování dne, při komunikaci atd., pak můžeme uvažovat o rozvoji těžšího narušení kognitivních funkcí v obrazu syndromu demence.

Demence pak může být projevem některých neurologických onemocnění. Demence se také manifestuje různým stupněm postižení – od lehkého stupně, kdy jsou oslabeny schopnosti učení a vštěpování nových informací, provádění komplikovaných denních aktivit (vyřizování na úradech apod.), ale zůstává z velké míry zachován soběstačný život, až po těžké formy demence, kdy je nemocná osoba plně závislá na péči druhých, zcela nesoběstačná i v základních úkonech, jako je oblékání, příjem stravy či hygiena.

Je zřejmé, že při oslabení kognitivních funkcí dochází i ke změnám v oblasti komunikace. Hovoříme pak o jazykově kognitiv-

ním deficitu nebo kognitivně komunikační poruše. Tyto změny však nejsou izolované, jako například narušení jazykových funkcí u afázie, ale jsou spojeny s oslabením v dalších kognitivních doménách a s výše zmíněnými změnami osobnosti a sociálního chování. Jak již bylo uvedeno, v případě kognitivních poruch dochází ke změnám v komunikaci postupně v čase. Mluva bývá obsahově chudá, jsou přítomny potíže s vybavováním si slov a užitím přeneslého pojmu. Někdy může být řečový projev nepřiléhavý, neodpovídající situaci, zabíhavý svým tématem nebo naopak ulpívající stále na stejném tématu. Informační hodnota sdělení je více, či méně narušena. Odráží se tak změny v myšlení postižené osoby, ale i oslabení exekutivních funkcí a pozornosti. Dále mohou být přítomny poruchy porozumění řeči, porozumění čtenému. Uvedené obtíže jsou často spojeny s poruchou koncentrace pozornosti, kdy osoba s kognitivním deficitem není schopna plně věnovat pozornost celému proslovu a zachytí jen část rozhovoru či instrukce. Nebo jsou potíže s rozuměním řeči spojeny s poruchou paměti, především s poruchou verbálně akustické (slovně sluchové) paměti. V tomto případě si osoba s kognitivním deficitem není schopna zapamatovat obsah proslovu, není schopna zopakovat větu apod., často se znovu a znovu doptává, vyžaduje opakování informace. V čase se mohou obtíže zhoršovat a projevovat se i příznaky typickými pro afázii (perseveracemi, parafáziemi, echoláliemi), poruchami čtení, psaní, počítání. Narušeno může být i rozpoznávání osob, obličejů, předmětů. Komunikace může být ovlivněna i obtížemi ve výslovnosti, poruchami hlasu (např. tichým hlasem u Parkinsonovy choroby).

Narušení kognitivních funkcí má vždy velký dopad na samotnou osobu, která těmito poruchami trpí, ale i na její nejbližší okolí – rodinu, pečovatele, známé. Proto i pečovatelé a rodinní příslušníci vyžadují pozornost, péči a podporu, aby tuto nelehkou roli mohli trpělivě a dlouhodobě zvládat. Potřebují edukaci, vysvětlení průběhu onemocnění a změn, které může onemocnění přinést. Neobejdou se bez doporučení strategií, jak reagovat na specifické a nové situace, které jim život v péči o blízkého přinesl. Vyžadují pozornost zaměřenou na jejich psychický i fyzický stav, aby nedo-

šlo k rozvoji syndromu vyhoření, vyčerpání, depresi či úzkostem. I osoby pečující mají nárok na odbornou péči a pomoc.

1.5 Možnosti odborné péče

Z odborného hlediska zajišťují péči v oblasti diagnostiky a terapie o osoby s afázií i kognitivní poruchou zdravotnické obory lékařské i nelékařské. Další možnosti péče lze hledat v oblasti sociálních služeb, charit a spolků.

Jak u afázie, tak u kognitivních poruch je základem neurologické vyšetření. Pokud dochází i ke změnám v oblasti chování, vnímání a prožívání, pak se na odborné péči a nastavení medicace (léků) podílí i psychiatr. U kognitivních poruch je nezbytné provedení podrobného vyšetření všech kognitivních funkcí. Tuto diagnostiku zajišťuje psycholog, resp. *neuropsycholog*. Diagnostika a terapie jazykových funkcí u afázie či jazykově kognitivních funkcí je v kompetenci *klinického logopeda*.

Diagnostika probíhá pomocí zobrazovacích vyšetření, klinických testů, hodnocení pomocí škál i dotazníků. Na základě výsledků všech vyšetření dochází ke stanovení diagnózy, určení typu a tíže onemocnění. Odborná péče pak může probíhat ambulantní formou v rámci nemocnic či privátních ambulantních zařízení nebo za hospitalizace, opět v nemocnicích nebo jako součást rehabilitačních a rekondičních pobytů v rehabilitačních ústavech, lázních či sanatoriích. Mezi další odbornosti, které se podílí na komplexní péči, patří fyzioterapeut, nutriční lékař a terapeut, zdravotní sestry, sociální pracovník.

V oblasti sociálních služeb zajišťují a nabízejí poradenství, pomoc a péči o osoby s kognitivním deficitem a afázií například úřady státní správy sociálního zabezpečení, zařízení s pečovatelskou službou nebo stacionáře. Uvedená zařízení nabízí jak dlouhodobé pobytové služby, tak docházku do zařízení jen na část dne. Služby v těchto organizacích mohou zahrnovat aktivizační kolektivní, skupinové aktivity k rozvoji a stimulaci kognitivních funkcí. Aktivizace může probíhat formou psychických i fyzických činností. Další možností péče o osoby s afázií a kognitivním deficitem jsou

podpůrné skupiny, spolky, charitativní organizace. V rámci charit či spolků lze zajistit i docházku sociálního pracovníka do domácího prostředí, dopomoc s každodenními činnostmi, ale i odlehčovací služby. V České republice existují i spolky sdružující osoby pečující s možností sdílení vzájemných problémů či sdílení postupů v řešení jednotlivých situací, kterým při péči o osobu blízkou čelí.

Informace o dostupných zdravotnických i nezdravotnických zařízeních a službách lze získat od praktického lékaře, na úřadech správy sociálního zabezpečení, na internetových stránkách ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. Seznam všech pracovišť klinické logopedie je dostupný na internetových stránkách Asociace klinických logopedů České republiky www.klinickalogopedie.cz.

1.6 Terapie a trénink

Terapie vždy vychází z podrobné diagnostiky. Pro nastavení vhodné a správně zacílené terapie afázie a kognitivních funkcí je tedy nezbytné absolvování neurologického vyšetření a podrobné vyšetření stavu kognitivních a jazykových funkcí. Neměla by být zavedena pouze intuitivně – „naslepo“, ale na základě výsledků všech vyšetření.

Často bývá kombinovaná napříč odbornostmi. Může být farmakologická, tedy pomocí léků, které jsou v těchto případech nejčastěji předepisovány neurologem, psychiatrem a/nebo praktickým lékařem. Současně bývá nastavena terapie nefarmakologická, u afázie a kognitivních poruch zajišťovaná především klinickým logopedem a klinickým psychologem.

S terapií je vhodné začít co nejdříve – u afázie již na jednotkách intenzivní péče za hospitalizace, postupně dále v rámci rehabilitačních pobytů i ambulantní formou. Obsah a náročnost je třeba přizpůsobit klinickému stavu osoby s afázií, její schopnosti spolupráce, unavitelnosti apod. V těchto případech vždy vyhledejte klinického logopeda. U kognitivních poruch platí, že s terapií je vhodné začít co nejdříve po manifestaci kognitivních obtíží, to znamená již při prvních, i jen subjektivně vnímaných drobných

změnách v paměti či vybavování slov. Nečekat tedy, až budou potíže výraznější. Vzhledem k postupné progresi kognitivních potíží pak terapie u těžších poruch není efektivní. Lze říci, že trénink kognitivních funkcí lze provádět i preventivně k udržení kognitivních aktivit a tréninku mozku.

Terapie může být individuální nebo probíhat skupinovou formou. Cílem je zlepšení, obnovení, udržení stavu jazykových a/nebo kognitivních funkcí, respektive snaha o zpomalení progresu. Zvolené metody jsou vždy individualizovány, přizpůsobeny danému jedinci „na míru“. Terapie se tak pro každou osobu s afázií nebo kognitivní poruchou liší ve formě zvolených terapeutických strategií. Také pokroky v terapii a cíle jsou u každého jedince odlišné a závisí na mnoha okolnostech, například tíži postižení, přidružených komplikacích či dalších poruchách, ale i na úrovni vzdělání, motivaci, času vynaloženému na trénink, zázemí, možnosti využití práce s komunikačním partnerem, podpoře a motivaci, trpělivosti atd. Terapie bývá mnohdy multifaktoriální, zahrnující komplex podnětů z různých oblastí. Často se opírá o plasticitu mozku a schopnost vytvářet nové cesty a strategie. Někdy je pravidelná docházka na terapeutická sezení obtížná z důvodu pohybového deficitu postižené osoby, vzdálenosti na odborné pracoviště, obtížným dopravním spojením, absencí rodiny či osoby pečující nebo nutností hospitalizace v léčebnách dlouhodobě nemocných. V tomto případě je vhodný alespoň stimulační trénink s podporou a aktivizací komunikace.

Tréninkem je myšleno procvičování, upevňování terapeutických zadání, průběžné naplňování terapeutických cílů. Trénink by měl být průběžný, nikoliv nárazový, nejlépe každodenní, v krátkých intervalech několikrát za den. Dochází tak k automatizaci nacvičovaných dovedností a zapojování do aktivit a komunikace každodenního života. I trénink může probíhat individuálně jako samostatná práce, ve dvojici nebo skupinovou formou. Lze využít vzájemné mezilidské interakce, vyplňování pracovních listů, vytváření projektů, nácvik v reálných situacích, ale i speciální počítačové programy k tréninku kognitivních funkcí, aplikace zaměřené na hry se slovy nebo telerehabilitace. Trénovat lze i během každodenních činností – využívat slovní hry (slovní fotbal, „země, město, jmé-

no, věc, ...“, křížovky, kvízy, osmisměrky), ale také komentovat veškeré činnosti, které děláme. Dále je namístě zapojovat osobu s afázií nebo kognitivním deficitem do běžné komunikace, podporovat komunikaci jakoukoliv formou, tj. jakkoliv vysílat a přijímat komunikační signály (gesty, psaním, obrázky, samozřejmě i slovy), ptát se, dávat prostor k vyjádření. Řeč se spravuje pouze řečí, nikoliv mlčením. A právě k tréninku rozvoje komunikačních dovedností interaktivní formou, podpoře k aktivizaci komunikace, rozvoji jazykových a kognitivních funkcí je určena tato publikace.

1.7 Role rodiny a komunikačního partnera

Role rodiny, pečující osoby a komunikačního partnera je u osob s afázií a kognitivní poruchou zásadní. I pro rodinu a pečující osoby je zásah do života v podobě afázie nebo kognitivní poruchy šokem, nejistotou, obavami z budoucnosti. V rodině dochází ke změnám ve vzájemných vztazích, ke změně struktury, nezřídka vzniká nová role „hlavy rodiny“. V rodině se často mění i styl života, sociální vztahy (omezení styku s přáteli, omezení společenského života a trávení volného času). Samozřejmě dopady jsou i finanční, například v podobě ztráty zaměstnání či zvýšení výdajů na péči. Všechny tyto skutečnosti jsou pro osobu pečující velmi náročné a psychicky i fyzicky vysilující.

Avšak bez svých blízkých by mnozí, kteří trpí afázií a/nebo kognitivní poruchou, nebyli schopni návratu do domácího prostředí či setrvání v něm, neprofitovali by dostatečně z terapie, nezvládali by samostatný život. Ne každý má však nablízku pečující rodinu nebo osobu blízkou. Pokud budeme myslet směrem k podpoře komunikace, je v takovém případě vhodné vyhledat komunikačního partnera. Komunikačním partnerem může být zcela libovolná osoba (příbuzný, kamarád, student, dobrovolník, soused atd.), která pomáhá při aktivizaci komunikace. Vybraná osoba nejčastěji podporuje různé formy komunikace a dorozumívání, ale stává se také tlumočnickem, prostředníkem, doprovodem v situacích, které vyžadují komunikaci. Komunikační partner se může účastnit i terapeutických setkání a stává se tak součástí terapie.

V případě, že jste v roli komunikačního partnera, nebojte se pro rozvoj a podporu komunikace využívat a podporovat různé formy dorozumívání, nejen mluvenou řeč, ale i gesta, schémata, obrázky, předměty, komunikační tabulky, abecedu apod. Předpokladem dobrého komunikačního partnera je především trpělivost, schopnost přizpůsobit se stupni komunikačního postižení v podobě zpomalení tempa řeči, zjednodušení vět a proslovu směrem k osobě s afázií nebo kognitivní poruchou, ověření plného porozumění sděleným informacím. Důležitá je pochvala za každý drobný pokrok, za úsilí a snahu, které byly vynaloženy ve snaze o komunikaci. Nezbytné je také najít správnou míru zátěže pro osobu s afázií a kognitivním deficitem, aby nedocházelo k přetěžování a nadměrné únavě.

1.8 Prevence

Prevencí vzniku afázie a kognitivních poruch je především zdravý životní styl, který zahrnuje pravidelnou zdravou stravu, psychickou (mentální) i fyzickou (pohybovou) aktivitu se snahou o předcházení cerebrovaskulárním onemocněním. K rizikům rozvoje cerebrovaskulárních onemocnění patří například vysoký krevní tlak, cukrovka, vysoká hladina cholesterolu. Prevencí je však také zodpovědné chování, omezení rizika vzniku úrazů či užívání návykových látek (alkohol, cigarety, drogy apod.).

V případě rodinných pečujících nebo komunikačního partnera je prevence cílena především k zamezení rozvoje syndromu vyhoření, udržení psychické i fyzické kondice. Není nutné se plně obětovat pro svého blízkého, který trpí afázií nebo kognitivním deficitem. Vhodné je udržení vztahů s rodinou a přáteli, vymezení prostoru jen pro sebe, sebeodměňování. Především je důležité nebát se říct si o pomoc.

1.9 Shrnutí

Afázie je narušení jazykových funkcí. Vzniká náhle. Projevy jsou odlišné podle typu afázie. Mohou se manifestovat potížemi hovořit ve větách, obtížemi v pojmenovávání a vybavování si slov,

rozumění řeči. Přítomny mohou být přesmyky hlásek ve slovech, nevhodně zvolená slova, ulpívání na stejných slovech nebo produkce slov, která nedávají smysl. Postiženo bývá i čtení, psaní a počítání. Kognitivní poruchy se rozvíjí postupně. Řečová produkce je často obsahově chudá, nepřesná, zabíhavá tématem nebo na jednom tématu ulpívající. Poruchy v komunikaci jsou současně spojeny s poruchami paměti, učení, pozornosti, exekutivních funkcí. Mohou se vyskytovat i změny v chování a prožívání. Odborná lékařská péče je zajištěna neurologem, praktickým lékařem, psychiatrem. Diagnostiku a terapii jazykových funkcí zajišťuje klinický logoped. Diagnostika a terapie kognitivních funkcí spadá pod odbornost klinického psychologa, respektive neuropsychologa. Všechny odbornosti se v oblasti diagnostiky a terapie doplňují a spolupracují. Terapie a trénink by měly být zahájeny co nejdříve. Role rodiny a komunikačního partnera je v péči o osoby s afázií a kognitivním deficitem zásadní. Pozornost a odbornou podporu je třeba vynaložit i směrem k rodinným příslušníkům a pečujícím osobám. Prevence je zaměřena na zdravý životní styl, pravidelnou mentální a fyzickou aktivitu v každém věku. U osob s afázií a kognitivním deficitem je důležitá prevence sociální izolace.

2 Úvodní slovo k praktické části

Cvičení jsou určena pro osoby s lehkým až středně těžkým stupněm afázie a/nebo s lehkým až středně těžkým narušením kognitivních funkcí. Jednotlivá cvičení jsou zacílena na podporu aktivní komunikace formou konverzačních témat. Tréninkové úlohy jsou **strukturovány pro práci v dialogu** ve dvojici s komunikačním partnerem nebo skupinovou formou. Nejedná se o pracovní listy k individuálnímu samostatnému vyplňování. Konverzační témata jsou zaměřena na schopnost reagovat v každodenních komunikačních situacích. Výběr témat je přizpůsoben **dospělé populaci**.

Konverzační trénink dle jednotlivých témat a cvičení může být veden komunikačním partnerem, osobou pečující, rodinným příslušníkem, klinickým logopedem, psychologem, sociálním pracovníkem, facilitátorem aktivizačních skupin atp., tedy jakoukoliv osobou, která je s osobou s afázií či kognitivní poruchou v kontaktu a má možnost aktivizace jazykových funkcí. Bohatý soubor konverzačních témat nabízí široké spektrum námětů k dialogu.

Výhodou je provádět cvičení pod odborným vedením profesionála (klinického logopeda, psychologa), který stanoví stupeň oslabení jazykových funkcí a nastaví výběr nejvhodnějších typů cvičení dle individuálních potřeb.

2.1 Koncepce praktické části knihy

Praktická část knihy obsahuje 80 dílčích kapitol. Každá z nich je věnována jednomu konverzačnímu tématu. Konverzační témata jsou seřazena abecedně. **Kapitoly 3.1 až 3.31 zahrnují konverzační témata s nižší úrovní obtížnosti, kapitoly 3.32 až 3.80 naopak obsahují cvičení s vyšší úrovní obtížnosti.** Každé konverzační téma obsahuje čtyři až šest cvičení. Seznam konverzačních témat je uveden v obsahu.

Jednotlivé úlohy jsou v rámci konverzačních témat rozmanité. Každá kapitola obsahuje jinou sestavu cvičení, aby byl trénink pestrý. **Obecně jsou úkoly zaměřeny na podporu diskuze k tématu formou**

cílených otázek, cvičení porozumění řeči formou poslechu a rozhovorů. Dále jsou zastoupena asociační cvičení k vybavování si slov a tréninku pojmenovávání, úlohy na tvorbu vět, sestavení slov ve větách do správného pořadí, doplňování slov na základě poslechu i vlastní asociace, práce se slovy formou doplňování písmen, opakování vět a frází, psaní krátkých vyprávění, čtení textů a vyhledávání odpovědí, zapamatování si informací, vyhledávání logických souvislostí, popisy, početní dovednosti a práce s čísly, určení pravdivosti výroku apod. Všechna cvičení jsou koncipována pro **práci ve dvojici nebo ve skupině**, podporují přímou komunikaci a vzájemnou spolupráci. Výsledky cvičení jsou porovnávány a diskutovány s komunikačním partnerem nebo dalším členem, popřípadě dalšími členy skupiny. Některá cvičení jsou doplněna schematickými a dějovými obrázky. Pro ilustraci obsahují také příklady řešení.

Každé konverzační téma je ve většině případů otevřeno diskuzí k tématu formou otázek či úvah. Další cvičení jsou zaměřena na aktivizaci slovníku spojeného s tématem pomocí různých forem cvičení. Dochází tak k opakování a upevňování slovních spojení, aktivní i pasivní slovní zásoby v dané oblasti. Písmo je v jednotlivých konverzačních tématech voleno větší, cvičení jsou strukturována přehledně.

Texty k poslechu jsou uvedeny v samostatné kapitole 4 Poslechy, kde lze najít ucelené texty nebo rozhovory, které jsou základem pro cvičení porozumění nebo doplňování do textu na základě poslechu. Každý poslech je označen názvem kapitoly a číslem příslušného cvičení. **Kniha neobsahuje audionahrávky. Při tréninku jsou poslechy předčítány komunikačním partnerem, facilitátorem skupiny nebo dalšími členy skupiny.** Tempo předčítání je vhodné upravit dané osobě či osobám a míře řečového deficitu, respektive kognitivních funkcí.

V části Řešení jsou uvedeny **správné výsledky** k jednotlivým cvičením, které slouží jako kontrola. Pro přehlednou orientaci jsou označeny číslem a názvem kapitoly a číslem cvičení.

2.2 Jak s knihou pracovat

S knihou lze pracovat zcela libovolně dle individuálních preferencí. Postup není nijak předepsán. Témata jsou seřazena abecedně, ne podle obtížnosti od nejjednoduššího k nejtěžšímu. Je možné začít témata s nižší úrovní náročnosti, tj. s kapitolami 3.1–3.31, a postupně přejít k těžším zadáním. Stejně tak je možné začít témata, která vás zajímají a jsou vám blízká, o kterých rádi hovoříte. Nebo můžete pracovat postupně od první kapitoly k poslední. Zjistíte muži upřednostní jiné kapitoly než ženy. Některá témata vás mohou zaujmout svojí koncepcí a typem cvičení.

Stejně tak je možné si z jednotlivých kapitol vybrat jen určité typy cvičení. Mohou to být cvičení na trénink rozumění mluvené řeči, asociační cvičení, psaní krátkých příběhů, práce s čísly apod. Opět je výběr zcela otevřený a libovolný. Záleží, na kterou slabou stránku jazykových schopností chcete tréninkem cílit. V případě, že jsou některá cvičení v daném konverzačním tématu příliš těžká, vyberte jen ta, která jste v současné době schopni zvládnout (byť s dopomocí), popřípadě vám daná cvičení přizpůsobí klinický logoped nebo psycholog. V čase se k dalším cvičením můžete opět vrátit. Konverzační témata nebo jednotlivé vybrané úlohy je možné tedy procvičovat opakovaně a pozorovat zlepšení ve výkonu.

Čas potřebný na jedno konverzační téma je variabilní a závisí na velikosti skupiny i individuálních schopnostech každého jedince. Zpracování jednoho konverzačního tématu zabere v průměru asi 1 hodinu. V případě samostatné práce v podobě psaní krátkého příběhu může trvat i déle. Proto je možné téma rozdělit do několika terapeutických sezení.

Lze pracovat přímo s knihou nebo si jednotlivé kapitoly můžete pro vlastní trénink okopírovat jako pracovní listy a zvětšit do formátu A4. Doplnovat tak lze přímo do textu jako v pracovním listu. Delší písemné odpovědi pište na zvláštní arch papíru.

Pro přímou práci s konverzačními tématy není ve většině případů potřeba zajistit žádné další pomůcky. Pouze u několika témat je vhodná práce s mapou, realitními novinami, svatebními fotografiemi apod., které připraví komunikační partner, vedoucí skupiny