

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Ústav českého jazyka a teorie komunikace

Diplomová práce

Bc. Lenka Vaněčková

Využití materiálů pro výuku češtiny jako cizího jazyka v terapii afázií

How to use materials for teaching Czech as a foreign language
in the therapy of aphasia

Praha 2017

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Lucie Saicová Římalová, Ph.D.

Poděkování:

Mé poděkování patří Doc. Phdr. Lucii Saicové Římalové, PhD. za cenné rady a podporu při psaní práce, Mgr. Radce Majerové, PhD. za pomoc s výběrem a vymezením tématu, Mgr. Olze Stehlíkové, PhD. za konzultace, Mgr. Michalu Lázničkovi za poskytnutí nahrávek z připravovaného korpusu projevů afatiků a všem klinickým logopedům, kteří mi věnovali svůj čas a cenné informace.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 3. května 2017

.....
Jméno a příjmení

Klíčová slova:

afázie, terapie, materiály, čeština jako cizí jazyk,

Key words:

aphasia, therapy, materials, Czech as a foreign language,

Abstrakt:

Diplomová práce zjišťuje možnosti využití textových materiálů, zejména učebnic, pro výuku češtiny jako cizího jazyka pro práci terapeutů pacientů s afázií. Vycházíme ze zkušeností některých terapeutů, kteří pomocí materiálů pro výuku češtiny jako cizího jazyka kompenzují nedostatek afaziologických materiálů.

Teoretická část práce přináší vybraná specifika češtiny jako cizího jazyka a terapie afázií a ukazuje shodné rysy jazykového projevu těchto dvou typů mluvčích. Součástí je také analýza projevu afatického pacienta z připravovaného korpusu českých afatiků a analýza projevu nerodilého mluvčího češtiny. Oba rozborů se opírají o analýzy afatických projevů, které zpracovali lingvističtí odborníci.

Praktickou část tvoří kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s českými klinickými logopedy, jehož hlavním cílem bylo zjistit, zda tito terapeuti učebnice češtiny pro cizince používají, zda jsou podle jejich názoru pro terapii afázií vhodné a co by se na takových materiálech mohlo případně upravit, aby byly pro pacienty s afázií užitečné.

Zjistili jsme, že užívání učebnic češtiny pro cizince není mezi dotazovanými klinickými logopedy rozšířené. Po určitých úpravách si ale dokáží představit, že by je ve své praxi využili. Ti, kteří s takovými učebnicemi zkušenost v terapii afázií mají, je využívají především pro pacienty v chronické fázi nebo pacienty, kteří trpí pouze lehkou fatickou poruchou.

Abstract:

The thesis deals with the possibility of usage of the materials for teaching Czech as a foreign language, especially textbooks, for the therapy of patients with aphasia. The base for this statement is the experience of some therapists who use the materials for teaching Czech as a foreign language as a compensation of the lack of aphasia materials.

The theoretical part of the thesis brings some specifics of Czech as a foreign language and the therapy of aphasia and points to some common features of speech of these two types of speakers. There is also an analysis of a speech of an aphasia patient that is a part of upcoming corpora of Czech aphasics and an analysis of speech of a non-native speaker of Czech. The starting point for the both analysis are the analysis of aphasic speeches made by some linguists.

The practical part of the thesis is constituted by a qualitative research in the form of semi-structured interview with some Czech aphasia therapists. The goal is find out if these therapists use some textbooks of Czech for foreigners and what is their opinion about the suitability of these textbooks for the therapy of aphasia and about the possible adjustment of them for the therapy of aphasia.

The findings show that using of textbooks of Czech for foreigners is not common among the interviewed therapists. Otherwise they pointed some adjustment after that they would have found the textbooks usable for their therapy of aphasia. Those ones who has already had experience with these textbooks in aphasia therapy said that they used them mainly for the chronic patients or the patients with a light form of aphasia.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

1. ÚVOD.....	9
2. LINGVISTIKA VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE.....	11
3. AFÁZIE.....	14
NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST – AFÁZIE	14
KLASIFIKACE AFÁZIÍ	15
PACIENT S AFÁZIÍ JAKO STUDENT CIZÍHO JAZYKA	17
4. ČEŠTINA JAKO MATEŘSKÝ JAZYK X ČEŠTINA JAKO CIZÍ JAZYK	21
OSVOJOVÁNÍ MATEŘSKÉHO JAZYKA A UČENÍ SE CIZÍMU JAZYKU	21
ČEŠTINA JAKO MATEŘSKÝ JAZYK.....	22
<i>Teorie osvojování jazyka.....</i>	<i>23</i>
<i>Postup osvojování jazyka</i>	<i>23</i>
<i>Výuka češtiny jako mateřského jazyka</i>	<i>24</i>
ČEŠTINA JAKO CIZÍ JAZYK.....	25
<i>Bilingvismus</i>	<i>25</i>
<i>Hypotéza kritického období jako mezník mezi osvojováním a učením se jazyka.....</i>	<i>26</i>
<i>Faktory ovlivňující učení se cizího jazyka.....</i>	<i>27</i>
<i>Výuka češtiny jako cizího jazyka.....</i>	<i>30</i>
<i>Vybrané metody výuky cizího jazyka.....</i>	<i>31</i>
5. ČEŠTINA JAKO CIZÍ JAZYK PACIENTA S AFÁZIÍ.....	36
PACIENT S AFÁZIÍ – POSTUP TERAPIE	36
PŘÍSTUPY K TERAPII AFÁZIÍ DLE CSÉFALVAYE	38
JAZYKOVÉ DEFICITY PACIENTA S AFÁZIÍ.....	40
<i>Specifické rysy projevů afatiků</i>	<i>40</i>
<i>Agramatismus z pohledu klinických logopedů</i>	<i>41</i>
<i>Otázka příčiny agramatismu</i>	<i>41</i>
<i>Agramatismus podle studií lingvistů</i>	<i>42</i>
<i>Vlastní analýza projevu afatického pacienta</i>	<i>50</i>
VYBRANÉ METODY TERAPIE AFÁZIE.....	53
JAZYK PACIENTA S AFÁZIÍ JAKO JAZYK NERODILÉHO MLUVČÍHO	55
<i>Změna pohledu na chybu.....</i>	<i>55</i>
<i>Charakteristika projevu nerodilého mluvčího češtiny.....</i>	<i>58</i>
<i>Vlastní analýza projevu nerodilého mluvčího.....</i>	<i>59</i>
6. MATERIÁLY V TERAPII AFÁZIÍ A MATERIÁLY VE VÝUCE ČEŠTINY PRO CIZINCE.....	63

MATERIÁLY UŽÍVANÉ V TERAPII AFÁZIÍ	63
MATERIÁLY VE VÝUCE ČEŠTINY JAKO CIZÍHO JAZYKA	66

PRAKTICKÁ ČÁST

1. CÍL	69
2. METODA.....	69
3. RESPONDENTI	71
4. PRŮBĚH ROZHOVORŮ.....	72
5. VYHODNOCENÍ ODPOVĚDÍ	74
LOGOPEDICKÁ PRAXE RESPONDENTŮ	75
PACIENTI RESPONDENTŮ.....	76
PRÁCE RESPONDENTŮ S PACIENTEM.....	76
NEJVĚTŠÍ JAZYKOVÉ PROBLÉMY	78
SLOVESO PACIENTŮ NAŠICH RESPONDENTŮ	80
MATERIÁLY UŽÍVANÉ RESPONDENTY PŘI TERAPII AFÁZIÍ	82
UČEBNICE PRO CIZINCE Z POHLEDU RESPONDENTŮ	85
ZAJÍMAVOSTI Z ROZHOVORŮ S RESPONDENTY	90
6. SHRNUÍ.....	92
7. ZÁVĚR.....	94
POUŽITÁ LITERATURA	95
SEZNAM TABULEK	103
SEZNAM PŘÍLOH.....	103

1. Úvod

Problematika jazykových patologií se stává zájmem lingvistických oborů z různých důvodů a motivů. Mou první zkušeností s tímto tématem byly semináře Neurolingvistiky pod vedením Mgr. Stehlíkové, Ph.D. na Ústavu českého jazyka a teorie komunikace v rámci bakalářského studia Češtiny v komunikaci neslyšících. Debaty o vzdělávání neslyšících a diskuze o afáziích v rámci tohoto studia spojovala jedna myšlenka, a to možnost využití poznatků z výuky češtiny jako cizího jazyka a rovněž materiálů této disciplíny.

Proto jsem pro svou diplomovou práci ve spolupráci s Mgr. Majerovou, Ph. D. vybrala právě téma Využití materiálů pro výuku češtiny jako cizího jazyka v terapii afázií. Protože jde však o spojení dvou různých oborů, které jsou již samy o sobě velmi specifické, je nutné nastínit problematiku každého z nich, ale není v rozsahu diplomové práce možné je oba přiblížit do hloubky. Zaměřujeme se tedy na specifika obou oborů, ve kterých lze nalézt společné rysy.

V teoretické části nejprve uvedeme možnosti spolupráce lingvistiky a speciální pedagogiky, respektive afaziologie či klinické logopedie. Poté definujeme afázií a uvedeme shodné rysy pacienta s afázií a studenta cizího jazyka. Proto následně uvedeme také rozdíl mezi osvojováním češtiny jako mateřského jazyka a učením se češtiny jako cizího jazyka, a to jak z pohledu teoretického, tak z pohledu praktické výuky (studenti, metody apod.).

Zásadní je pro nás však čtvrtá kapitola, kde přirovnáváme češtinu pacienta s afázií k češtině nerodilého mluvčího, a to na základě analýz afatických projevů lingvistických výzkumníků, vlastní analýzy projevu z připravovaného korpusu českých afatiků a vlastní analýzy projevu nerodilého mluvčího. Zaměřujeme se na sloveso jako na nositele děje,

který se v češtině užívá velmi často¹, zejména pak na slovesný vid jakožto kategorii s výraznou sémantikou a kategorií specifickou pro český jazyk. Při studiu jazykových specifik jsme zjistili, že nejčastějším problémem afatiků (kteří trpí agramatismem) jsou předložky. Proto jsme následně v praktické části zaměřili svou pozornost vedle slovesného vidu také na předložky.

V páté kapitole přibližujeme materiály, které jsou k dispozici pro terapii afázií a pro výuku češtiny jako cizího jazyka se zaměřením na učebnice.

Praktická část sestává z kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru s českými klinickými logopedy s cílem zjistit, zda tito terapeuti používají ve své praxi učebnice češtiny pro cizince a zda by případně po určitých úpravách považovali tyto učebnice za vhodné pro terapii afázií. Jistě by bylo zajímavé provést samotné šetření s osobami trpícími afázií, vyzkoušet práci s učebnicí češtiny pro cizince u pacienta s afázií. Avšak přístup k takovým pacientům je velmi náročný. Vzhledem k jejich zdravotnímu stavu je to pro neklinického pracovníka téměř nemožné. Pro účely této diplomové práce, která je spíše první sondou do této problematiky, tedy postačí zkušenosti a názory terapeutů, klinických logopedů.

¹ Srov. „Úloha slovesa ve větě je velmi rozmanitá a soustava jeho tvarů bohatá. Dějových příznaků a souvislostí, do nichž bývá děj zapojen, je velice mnoho. V jazycích jako čeština se vyjadřují především slovesem, ...“ (Hausenblas, 1963, str. 13).

2. Lingvistika ve speciální pedagogice

S rostoucí specializací různých disciplín hrozí ztráta širšího pohledu na problematiku oboru. Přesahy mezi různými oblastmi umožňují interdisciplinární obory, hraniční disciplíny. Tak již před více než čtyřiceti lety konstatoval Chomsky: „... umělé oddělení disciplín snad končí. Už není otázkou prestiže každé z nich prokázat úplnou nezávislost na ostatních.“² (Chomsky, 1972, str. 1). Spojení lingvistiky a speciální pedagogiky je u nás dosud velmi mladé a nepřilíš rozšířené. V zahraničí se můžeme setkat s hraniční disciplínou *klinická lingvistika*, která je podle Majerové (2013, str. 394) obdobou lingvistické práce ve speciální pedagogice v ČR. Jedná se především o jazykové patologie, které u nás spadají do kompetence klinických logopedů.

Klinickým logopedem se v ČR podle zákona 96/2004 Sb., *o nelékařských zdravotnických povoláních* může stát absolvent magisterského programu Speciální pedagogiky se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie, který po minimálně dvouleté logopedické praxi splní další, atestační studium rozšiřující jeho anatomické, foniatrické, ORL, neurologické a další lékařské znalosti a také absolvuje specializační praxi. Tento klinický logoped pak pracuje s lidmi s jazykovými patologiemi – tedy i afáziemi. Lingvistický aspekt této problematiky je u nás buď opomíjen³, nebo jej pokrývá intervence lingvistů z hraničních disciplín jako je neurolingvistika, popř. psycholingvistika.

Majerová uvádí řadu případů svých studentů s jazykovými patologiemi, kde lingvistický pohled, hlubší znalost jazyka pomohly nalézt vhodnou terapii či odhalily podstatu problému (srov. Majerová 2011, 2013).

Lehečková vidí spojení těchto oborů jako oboustranně přínosné: „Z medicínského hlediska slouží výsledky lingvistické analýzy diagnostice a

² Překlad Heleny Lehečkové (2016, str. 8) originálu: „... the rather artificial separation of disciplines may be coming to an end. It is no longer a point of honor for each to demonstrate its absolute independence of the other.“ (Chomsky, 1972, str. 1).

³ Specializační studiu v oboru Klinická logopedie obsahuje i jeden lingvistický kurz, podle Vzdělávacího programu tohoto studia jde ale pouze o „obecné základy (pro český jazyk)“ (zákon 96/2004 Sb., příloha č. 40, str. 6)

mohou vést k cílenější rehabilitaci. Z lingvistického hlediska přináší výzkum afázie experimentální materiál pro porozumění mechanismům, které umožňují fungování jazyka ve ztížených podmínkách. Lingvistika i afaziologie se mohou výsledky interdisciplinárního výzkumu obohatit, ...“ (Lehečková, 2016, str. 21).

Naproti tomu např. Cséfalvay (2007) o lingvistice, respektive neurolingvistice v terapii afázií mluví spíše jako o přístupu, který se uplatňuje na úrovni vět, u pacientů, jejichž procesy na úrovni slova jsou relativně intaktní, tedy přístupu víceméně vedlejším. Lehečková však lingvistice připisuje v terapii afázií širší uplatnění, např. pro: „...kvalifikované posouzení řečové poruchy pacienta (tzn. místo vágního „*pacient má potíže s gramatikou*“ nebo „*pacient špatně vyslovuje*“ konkrétnější popis poruchy), stanovení posloupnosti rehabilitačních kroků (tzn. určení vzájemné podmíněnosti jevů), zhodnocení výsledků rehabilitace (tzn. místo obecného „*pacient se zlepšil*“ specifikace vývoje).“ (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997, str. 127). Lehečková dále předkládá možnost využití lingvistiky v afaziologii zohledněním jazykové typologie pro vysvětlení manifestace afázie v různých jazycích (Lehečková, 2016).

Význam lingvistiky vyplývá i z práce Vávrů (2010), která upozorňuje na nedostatek pozornosti českých afaziologů / klinických logopedů na vyšší jazykové roviny (především morfologicko-syntaktickou⁴) vedle foneticko-fonologické. Přitom chyby, kterých se pacienti dopouštějí v těchto opomíjených rovinách, jsou mnohdy důležitým diagnostickým vodítkem. Mnohé afaziologické poznatky vycházejí ze zahraniční literatury zaměřené především na angličtinu, u nás je lingvistický výzkum afázií zatím v počátcích (Vávrů, 2010). Podle mého názoru je tento problém odrazem vzdělání českých odborníků v oboru jazykových patologií, kde je kladen důraz na aspekt logopedický, jehož doménou je právě fonologická stránka jazyka, na úkor vyšších jazykových rovin.

⁴ V afaziologické literatuře je spojování těchto rovin v jednu oblast běžné, a proto vycházíme-li z literatury tohoto oboru, přistupujeme na její terminologii.

Lehečková (1997) také upozorňuje na časté problémy mezioborové spolupráce, např. nejednotná terminologie a metodologie oborů a nepropojenost poznatků. Nedostatečná spolupráce může plynout i z obav a podobných negativních pocitů. Jak píše Lehečková dále: „Lingvisté většinu svých obecných teorií nemohou experimentálně prokázat, a proto k nim představitelé klinických oborů chovají jistou nedůvěru. Nelingvisté zabývající se jazykem většinou vycházejí pouze ze své intuitivní znalosti mateřštiny.“ (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997, str. 128). Tato práce se snaží o propojení disciplín lingvistiky a speciální pedagogiky, respektive klinické logopedie, tak, že zkoumá, jakým způsobem se jeden obor může inspirovat v druhém a využívat nejen jeho poznatky, ale také praktické materiály.

3. Afázie

Narušená komunikační schopnost – afázie

V první kapitole jsme použili některé termíny, které nyní více objasníme a zařadíme. Logopedie je jednou ze subdisciplín speciální pedagogiky. Stěžejním pojmem logopedie je *narušená komunikační schopnost (NKS)*, zastřešující pojem dřívějších termínů porucha řeči, vada řeči (Škodová, Jedlička a kol., 2003, str. 20) či poruchy jazyka (Lechta a kol., 2003, str. 18). Lechta NKS popisuje jako situaci, kdy mluvčí vysílá řečový signál, jehož dekodování recipientem je ztíženo, znemožněno danou poruchou. Podobný případ nastává, pokud existuje porucha v porozumění řeči, komunikační záměr jednotlivce je rušen (Lechta a kol., 2003, str. 18). Mezi NKS patří jazykové patologie způsobené např. anomáliemi orofaciálního systému, psychogenními vlivy, dále sem řadíme poruchy ve vývoji řeči apod. (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Tato práce se zaměřuje na NKS vlivem získané organické poruchy – afázie. Afázie spadají pod terapeutickou činnost klinické logopedie. V definování afázie panuje názorová nejednotnost, a tak kromě množství definic z různých hledisek – neurologického, psycholingvistického, logopedického, apod., podává Lechta i vlastní shrnující definici: „Podstatu *afázie podle našeho názoru* charakterizují tyto atributy: 1. jde o získané narušení komunikační schopnosti, 2. týkající se poruch symbolických procesů, 3. které vzniká při ložiskových poškozeních mozku, 4. jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.“ (Lechta a kol., 2003, str. 203).

Ani novější zahraniční literatura se vzhledem k širší pojmu nepokouší definici afázie více specifikovat. „Afázií označujeme poruchu jazykového procesu / zpracování zapříčiněnou dysfunkcí konkrétních oblastí mozku, která spouští kombinace narušení schopnosti spontánní produkce, porozumění nebo opakování řeči a také defekty schopnosti číst a

psát. Podstatou afázie je selhání procesu dvousměrného přenosu, který zakládá shodu mezi myšlenkami a jazykem.“⁵ (Freitas, 2012, str. 41).

Lehečková uvádí, že „Afázie vzniká v důsledku lokálního poranění mozku, a to především levé hemisféry, která je dominantní pro jazykové funkce u pravorukých jedinců. ... Oproti všem ostatním jazykovým deficitům (např. při Alzheimerově chorobě, Parkinsonově chorobě, demenci, při různých psychiatrických onemocněních nebo běžném stárnutí) je u afázie jasně viditelná a lokalizovatelná příčina – mozková léze.“ (Lehečková, 2016, str. 8-9). K projevům afázie říká obecně: „Afázie ovlivňuje schopnost užívat fonologická, morfologická a syntaktická pravidla. ... Agramatismus, neboli defekt na morfologicko-syntaktické rovině, je jedním z typických symptomů afázie a projevuje se do jisté míry ve všech jejích typech.“ (Lehečková, 2016, str. 12). Více však k popisu afatického projevu v kapitole 5.

Klasifikace afází

Stejně jako v pohledu na afázii a potažmo její definici nenajdeme shodu odborníků ani v klasifikaci různých druhů afází. Lechta uvádí dokonce autory, podle jejichž názoru není ani vhodné tyto poruchy klasifikovat, a to především kvůli vysoké variabilitě jejich symptomatologie u každého pacienta (Lechta, 2003, str. 206). Pokud se však ke klasifikaci přikloníme, tak můžeme představit jednu z nejužívanějších, kterou je Bostonská klasifikace afází. Její počátek sahá až do 19. století, od té doby ale prošla mnoha změnami. Jednotlivé druhy afází se odlišují podle stavu jednotlivých řečových modalit⁶ – pojmenování, fluence konverzační řeči⁷, porozumění mluvené řeči,

⁵ Vlastní překlad textu: „Aphasia refers to a disorder of language processing caused by a dysfunction in specific brain regions that provoke various combinations of impairment in the ability to spontaneously produce, understand or repeat speech, in addition to defects in the ability to read and write. It consists of a breakdown in the two-way translation process that establishes a correspondence between thoughts and language.“ (Freitas, 2012, str. 41).

⁶ Z pohledu lingvistického oboru bychom spíše použili termín „řečové dovednosti“, pod který zahrnujeme mluvení, psaní, čtení a poslech s porozuměním (srov. Hrdlička, 2009).

⁷ Chápejme jako plynulost mluveného projevu v rozhovoru s komunikačním partnerem.

opakování – ty mohou být narušené (-) nebo zachované (+). Pro přehlednost uvádíme jednotlivé typy afázie dle Bostonské klasifikace v tabulce 1, kde sloupec *Staré dělení afázií* usouvztažňuje první typy Bostonské klasifikace s modernějším pojetím. U nás však často starší dělení přetrvává.

Staré dělení afázií	Bostonská klasifikace afázií	Spontánní řeč	Porozumění	Opakování	Pojmenování	Psaní	Hlasité čtení
Expresivní – motorická	Brocova	Nonfluentní	+	-	-	-	+ -
	Transkortikální motorická	Nonfluentní	+	+	-	-	+
Percepční – senzorická	Wernickeova	Fluentní	-	-	-	-	-
	Transkortikální senzorická	Fluentní	-	+	-	-	+
	Kondukční	Fluentní	+	-	-	-	+ -
	Anomická	Fluentní ale obtíže s vybavováním slov	+	+	-	+	+
Smíšená	Globální	Nonfluentní až němý	-	-	-	-	-
	Smíšená transkortikální	Nonfluentní	-	+	-	-	-

Tabulka 1⁸

Uvedeme také lingvisticky založenou klasifikaci podle Jakobsona (1955). Ten rozděluje fatické poruchy dle toho, zda je zasažena schopnost kombinace jazykových znaků, nebo jejich selekce. Mluví o poruchách v oblasti podobnosti a poruchách v oblasti soumeznosti. „... rozlišujeme dva základní typy afázie: U prvního typu hlavní defekt postihuje oblast selekce a substituce, přičemž kombinace a vytváření kontextu jsou poměrně stabilní; u druhého typu se naopak snižuje schopnost kombinace a kontextuace, zatímco selekce a substituce zůstávají více méně normální.“ (Jakobson, 1995, str. 57). Saussurovským pojmoslovím řečeno mohou být

⁸ Tabulka převzata z <http://www.neuro.lf1.cuni.cz/vyuka/ucebnice/VL/12.htm> [12. 10. 2016] a formálně upravena.

narušeny asociativní / paradigmatické nebo syntagmatické vztahy⁹. Ačkoli podle Lehečkové praxe ukazuje, že toto pojetí klasifikace afázií je příliš zjednodušující, využívá se nadále v medicínském výzkumu a ukazuje korelace mezi neurologickým nálezem a lingvistickou charakteristikou onemocnění (Lehečková, 1986, str. 139).

Součástí popisu afázií je výše zmíněný agramatismus, popř. paragramatismus. Při agramatismu dochází k vynechávání gramatických morfémů a pomocných gramatických slov, při paragramatismu dochází k jejich záměnám (Cséfalvay a kol., 2007, str. 71). Jak uvádí Lehečková: „Při zapojení lingvistického komponentu do studia afázií se zdálo lákavé rozlišit jednotlivé typy afázií na základě přítomnosti, resp. nepřítomnosti agramatismu. S postupem zkoumání se však ukazuje, že se agramatismus projevuje ve všech formách afázie a že různé typy afázie se liší jenom mírou agramatismu a různou hierarchií obtížností jednotlivých gramatických struktur.“ (Lehečková, 1986, str. 140). Agramatismus v afázii je pro nás zajímavý právě pro svůj lingvistický aspekt. Více se mu budeme věnovat v kapitole 5.

Pacient s afázií jako student cizího jazyka

Nyní se blíže podíváme, kdo je vlastně pacient s afázií. Charakterizujeme ho v opozici k pacientovi s vývojovou dysfázií.

Tato práce se zaměřuje na afázii, jak již bylo řečeno, získanou poruchou. Jde tedy především o dospělé jedince, kteří se vlivem organické poruchy mozku (poranění, nádor, krvácení) ocitli ve stavu, kdy nedokážou komunikovat jazykem, který si již osvojili, a musí se jej tedy znovu učit. Na rozdíl od jiné fatické poruchy, např. vývojové dysfázie¹⁰, která ovlivňuje osvojování jazyka u dětí. Ovšem toto osvojování probíhá „přirozenou cestou“ jako běžné osvojování mateřského jazyka s docházkou do běžných základních škol (v případě kombinace s jiným

⁹ Na tyto dva základní vztahy v jazyce poukázal Saussure (1996) ve svém díle *Kurs obecné lingvistiky*.

¹⁰ „Dysfázie – vývojová porucha řeči se specifickými projevy“ (Škodová, Jedlička a kol., 2003, str. 604).

postihem do škol speciálních) a s logopedickou péčí. Práce s dospělým afatikem je označována jako terapie, rehabilitace řeči, cvičná léčba,... (Škodová, Jedlička, 2003, str. 166) a probíhá většinou individuálně, v akutní fázi poruchy (a nemoci, která ji způsobila) při pobytu v nemocničním zařízení, posléze ambulantně. Kulišťák však zmiňuje i zahraniční trend skupinových terapií pacientů s afázií. Hovoří ale především o psychologickém aspektu takové terapie (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997). Uvádí, že pacienti se cítí nejistí, neboť vědí, že okolí jim nerozumí. Klesá jim sebevědomí a mají pocit poklesu společenského statusu kvůli své nedokonalé komunikační schopnosti. Při skupinových terapiích potkávají osoby s podobnými problémy. Toto sdílení a vzájemné pochopení jim dodává odvahu i větší chuť začít a vést komunikaci (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997). I zde lze vidět podobnost s výukou cizích jazyků. Specifikem dětí s vývojovou dysfázií (nebo jinou vývojovou fatickou poruchou) je také fakt, že spolu s osvojovaným jazykem mají získávat i poznatky o světě a rozvíjet své myšlení. To vše pak může být ovlivněno nedostatečným vývojem jazykovým a vice versa. Dospělý afatik naproti tomu většinou již (a ještě) má poznatky o světě uceleny alespoň v rámci svých intelektových možností. Na druhou stranu je omezen řadou dalších symptomů nemoci, která u něj vyvolala afázií, např. parézou¹¹ ruky či obličejového svalstva, sluchovými či zrakovými deficity, apraxií¹², vizuální či akustickou agnózií¹³, apod. Tyto aspekty poruchy samozřejmě ovlivňují i způsob rehabilitace (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997). Již na základě výše uvedeného popisu ale můžeme konstatovat, že terapie afatika sdílí s výukou cizinců jisté podobnosti. Srovnání pacienta s afázií a jazykového vývoje dítěte s vývojovou dysfázií můžeme přirovnat k dichotomii češtiny jako cizího jazyka a češtiny jako mateřského jazyka.

¹¹ „Paréza – neúplné ochrnutí některých částí těla“ (Škodová, Jedlička a kol., 2003, str. 607).

¹² „Apraxie - neschopnost vykonávat naučené složitější pohyby“ (Škodová, Jedlička a kol., 2003, str. 604)

¹³ „Agnózie – neschopnost poznávat a interpretovat smyslové vjemy, přestože funkce smyslových orgánů je neporušena; příčinou je funkční porucha příslušných oblastí mozkové kůry“ (Škodová, Jedlička a kol., 2003, str. 603)

Toto srovnání je znatelné i v materiálech, které se při terapii využívají. V českém prostředí vzhledem k nepříliš dlouhé tradici vědeckého zájmu o tuto problematiku nemáme k dispozici dostatek „didaktických“ materiálů, které by terapeutům usnadňovaly práci. Terapii tak vedou spíše intuitivně na základě svých dosavadních afaziologických a logopedických zkušeností. Jak uvádí Škodová a kol. „...**je velmi těžké a téměř nemožné podat ucelený návod** na reedukaci a rehabilitaci **určitého typu afázie**. Metodiky, které jsou k dispozici, jsou rámcové, dávají všeobecné návody. Záleží na klinickém logopedovi, jakým způsobem využije a zpracuje tento materiál pro konkrétního pacienta.“ (Škodová, Jedlička a kol., 2003, str. 172). Někteří využívají učebnice češtiny pro základní školy (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997). Sami terapeuti si však uvědomují, že je to řešení spíše kompenzační. I leckteří pacienti s takovými učebnicemi odmítají pracovat, a to především z důvodu nehodící se či nezajímavé tematiky pro dospělého člověka, ale také z pocitů ponížení a deprivace, které se dostaví, když takový pacient nedokáže vyplnit cvičení určené např. pro 2. ročník základní školy (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997). Z lingvistického hlediska tyto učebnice většinou neplní dostatečně ani svou terapeutickou funkci. Žáci základních škol jsou jedinci s již vytvořeným a funkčním komunikačním kódem, jazykovým systémem, který se ve škole učí zapisovat, nebo se učí jeho spisovný útvar. Pacient s afázií se spolu se zapisováním, které může být v jistých případech i méně narušeno než mluvení, teprve znovu tento kód učí. Mimrová zmiňuje i čistě logopedické hledisko: výběr slov v těchto učebnicích není podřízen ani artikulačním schopnostem pacienta, které bývají také narušeny (Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová, 1997, str. 36). Tyto „nedostatky“ učebnic pro základní školu by však podle nás mohly pokrýt učebnice češtiny pro cizince. Podle Mgr. Majerové (2016) dokonce někteří afaziologové (včetně jí) tyto učebnice používají. Jsou prý dobrým východiskem pro terapii, ale specifické terapeutické materiály pro české afatiky stále chybí. Podrobněji se však materiálům budeme věnovat v kapitole 6.

Již z výše uvedených aspektů terapie afázie vyplývá, že přirovnat českého pacienta s afázií ke studentovi češtiny jako cizího jazyka s určitými specifiky, je nasnadě.

4. Čeština jako mateřský jazyk x čeština jako cizí jazyk

V této kapitole se zaměříme na češtinu jako cizí jazyk, a to v opozici k češtině jako mateřskému jazyku. Zmíníme teoretické přístupy k nabývání jazyka mateřského a cizího, výuku češtiny jako mateřského jazyka a jako cizího jazyka a vybrané metody výuky cizích jazyků jako paralelu k přístupům k terapii afázií a metodám terapie, na které se zaměříme v kapitole 5, kde také budeme moci přirovnat češtinu pacienta s afázií k češtině nerodilého mluvčího.

Osvojování mateřského jazyka a učení se cizímu jazyku

Mnoho laiků si ani neuvědomuje rozdíl mezi výukou mateřského jazyka a výukou jazyka cizího. Liší se přitom nejen ve výuce samotné, ale i v kognitivních procesech. Zatímco mateřský jazyk si *osvojujeme*¹⁴ v přirozeném prostředí, cizí jazyk *se* cíleně *učíme*¹⁵. Ne všichni autoři však toto terminologické rozlišení respektují. Příkladem budiž článek Ipeka s názvem Srovnání osvojování prvního a druhého jazyka a jejich rozdíly: Důsledky pro učitele jazyka¹⁶ (Ipek, 2009). Naopak Krashen ve své knize tyto termíny rozlišuje a vysvětluje rozdíly mezi nimi. K osvojování říká následující: „Toto osvojování vyžaduje smysluplnou interakci v cílovém jazyce – přirozenou komunikaci – ve které nejsou mluvčí zaměřeni na formu své výpovědi, ale na sdělení, které předávají, a na porozumění. Korekce chyb a explicitní učení pravidel nejsou při osvojování jazyka relevantní (Brown and Hanlon, 1970; Brown, Cazden, and Bellugi, 1973), ale pečující osoby a rodilí mluvčí mohou modifikovat své výpovědi adresované osobám osvojujícím si jazyk, aby napomohli porozumění, a tyto modifikace jsou chápány jako pomoc procesu osvojování (Snow and Ferguson, 1977). ... Osoby osvojující si jazyk si nepotřebují být vědomy

¹⁴ Anglicky *acquisition* (Krashen, 1981) – osvojování jazyka 1 / mateřského jazyka

¹⁵ Anglicky *learning* (Krashen, 1981) – učení se jazyku 2 / cizímu jazyku

¹⁶ V originálu *Comparing and Contrasting First and Second Language Acquisition: Implications for Language Teachers* (Ipek, 2009)

pravidel, kterými disponují, mohou samy sebe opravovat pouze na základě „citu“ gramatičnosti.“¹⁷(Krashen, 1981, str. 1 - 2). O učení se cizímu jazyku naopak říká Krashen toto: „Vědomé učení se jazyku je na druhé straně chápáno tak, že velký podíl pomoci zaujímá oprava chyb a prezentace explicitních pravidel (Krashen and Seliger, 1975). Má se za to, že oprava chyb žáka přechází v korekci mentální reprezentace jazykové generalizace. Zůstává ovšem otevřenou otázkou, zda má taková zpětná vazba značný vliv na učení (Fanselow, 1977; Long, 1977).“¹⁸(Krashen, 1981, str. 2).

Jazyku mateřskému v odborné literatuře říkáme L1 (language 1) a cizí jazyky označujeme jako L2, L3 apod. Vzhledem k politické situaci ve světě a následné migraci se může osoba, lépe řečeno dítě, dostat do situace, kdy se osvojování L1 prolíná s učením se L2 či se osvojují dva i více mateřských jazyků. Zde se dostáváme ke sporné hypotéze kritického období, o které bude řeč později v této kapitole.

Čeština jako mateřský jazyk

Podle výše zmíněného Krashenova popisu osvojování mateřského jazyka tedy můžeme říci, že osvojování češtiny probíhá od narození dítěte až po jeho školní věk nabýváním jazyka přirozeně z interakce v česky mluvícím prostředí. Ve školním věku se jazyk dítěte jazyk kultivuje a zároveň se ho učí číst a zapisovat.

¹⁷ Vlastní překlad originálu: „ It requires meaningful interaction in the target language--natural communication--in which speakers are concerned not with the form of their utterances but with the messages they are conveying and understanding. Error correction and explicit teaching of rules are not relevant to language acquisition (Brown and Hanlon, 1970; Brown, Cazden, and Bellugi, 1973), but caretakers and native speakers can modify their utterances addressed to acquirers to help them understand, and these modifications are thought to help the acquisition process (Snow and Ferguson, 1977). ... Acquirers need not have a conscious awareness of the "rules" they possess, and may self-correct only on the basis of a "feel" for grammaticality.“ (Krashen, 1981, str. 1- 2).

¹⁸ Vlastní překlad originálu: „Conscious language learning, on the other hand, is thought to be helped a great deal by error correction and the presentation of explicit rules (Krashen and Seliger, 1975). Error correction it is maintained, helps the learner come to the correct mental representation of the linguistic generalization. Whether such feedback has this effect to a significant degree remains an open question (Fanselow, 1977; Long, 1977).“ (Krashen, 1981, str. 2).

Teorie osvojování jazyka

O vysvětlení podstaty osvojování mateřského jazyka se pokoušejí mnohé teoretické koncepce. Za základní považujeme divergentní teorie, které představují odvěký spor psychologických teorií – empirismus a nativismus. Empirické názory zastává behaviorismus. Existuje samozřejmě mnoho dalších směrů s různými pohledy na podstatu osvojování mateřského jazyka dítětem, ovšem většina z nich více či méně vychází z těchto dvou (Nebeská, 1992). Také většinově přijímaný názor na osvojování leží někde na pomezí behaviorismu a nativismus. Obecně lze říci, že pohled na proces osvojování mateřského jazyka je založen na odpovědi na otázku: „Osvojuje si dítě jazyk výhradně **učením**, nebo hraje v tomto procesu podstatnou roli **vrozený mechanismus**, který se interakcí a prostředím (konkrétně tím, že dítě přichází do kontaktu s určitým jazykem) pouze „uvádí do provozu““ (Nebeská, 1992, str. 94). Princip učení zdůrazňoval již zmíněný behaviorismus, a to tak intenzivně, že jeho zastánci samotní později své názory přehodnotili. Na tuto zaujatost učení reagoval nativismus naopak extrémním zdůrazněním vrozených řečových předpokladů. Nativisté pak hledají tzv. jazykové univerzálie – společné rysy všech přirozených jazyků (Nebeská, 1992, str. 94-95), dále následuje období silně ovlivněné Chomského generativismem a transformační gramatikou (Nebeská, 1992, str. 15).

Postup osvojování jazyka

Psychologové, psycholingvisté i logopedi se stále snaží rozšířit i poznání samotného procesu osvojování, jeho fáze a pořadí zvládnutých jazykových prostředků. Podle Klenkové (2006) dítě zpočátku komunikuje pouze křikem a pláčem. Později přibývá broukání – trénink mluvidel – a žvatlání. Klenková rozděluje žvatlání pudové, kdy jde o „pouze dětské zvuky“ (Klenková, 2006, str. 35) a žvatlání napodobující, tedy již nácvik fonetického systému jazyka, kterému je dítě vystaveno (Klenková, 2006, str. 35). Kolem jednoho roku se dostávají jednotlivá slova, po roce a půl dvouslovné kombinace. Mezi druhým a třetím rokem dítě tvoří jednoduché věty, jeho porozumění je však podstatně rozvinutější. Zde se objevuje jev

zvaný *overgeneralization* – přehnané lpění na pravidlech¹⁹. Spolu s akceleračním kognitivním vývojem, tedy mezi třetím a pátým rokem, se rychleji vyvíjí i jazykový systém dítěte, které tak tvoří věty syntakticky složitější a rozšiřuje svou slovní zásobu. Po pátém roce dítě zlepšuje své komunikační dovednosti. Do období adolescence nabývá plně kompetence komunikační i jazykové (Nebeská, 1992). Je ovšem nutno dodat, že vývoj jazyka nekončí, jazykové a komunikační kompetence se dále vyvíjejí v souvislosti s rostoucím vzděláním. Jak ale píše Nebeská, „Schopnost osvojit si jazyk je věkově podmíněna, a to ne pouze v jednotlivostech, ale i ve svém celku. Schopnost osvojit si jazyk se z biologických důvodů zhruba na počátku adolescence ztrácí.“ (Nebeská, 1992, str. 99). Takto opět narážíme na tzv. hypotézu kritického období, které může být důležitým zlomem mezi osvojováním mateřského jazyka a učením se jazyku cizímu. Její platnost ale není zcela prokázána (srov. McCarthy, 2013).

Výuka češtiny jako mateřského jazyka

Výše jsme popsali, jakým způsobem si dítě osvojuje jazyk. S téměř nabytou jazykovou schopností pak nastupuje do základní školy, kde je dále soustavně vyučováno mateřskému jazyku. Svě jazykové a komunikační kompetence zdokonaluje a zároveň se učí jazyk číst a zapisovat podle pravopisné normy daného jazyka. U nás lze však v tomto ohledu hovořit o specifické situaci. Čeští lingvisté si již po léta kladou otázku, zda fungování spisovné a obecné češtiny na území naší republiky můžeme považovat za diglosii, či nikoliv (srov. např. Micklesen, 1989; Grygarová-Rechzieglová, 1990; oproti Sgall a kol., 1992; Eckertová, 1993). Diglosii charakterizuje Ferguson jako jazykovou situaci, kdy „dvě variety jazyka existují vedle sebe napříč komunitou, přičemž každá hraje určitou roli.“²⁰ (Ferguson, 1959, str. 232). Ferguson rozlišuje tzv. vysokou a nízkou varietu jazyka, které se liší především ve funkci, užití, prestiži, ale i osvojování, stabilitě, struktuře (Ferguson, 1959). Ačkoli Čermák píše, že „Běžný Čech ze západní většinové části oblasti se rodí do primárního

¹⁹ Overgeneralization můžeme pozorovat i při učení se cizímu jazyku – tomu se věnujeme dále v této kapitole.

²⁰ Vlastní překlad originálu: „...two varieties of a language exist side by side throughout the community, which each having definite role to play.“ (Ferguson, 1959, str. 232).

jazyka, kterým je pro něj obecná čeština (někdy s menší příměsí dialektických prvků) a až od šesti let, kdy začíná chodit do školy, se dovídá, že mluví "špatně" a že správná čeština, kterou má mluvit a později také psát, je ta, se kterou ho seznámí paní učitelka ...“ (Čermák, 1997, str. 35), Čihák ve své disertační práci (2011) upozorňuje, že novodobý kurikulární dokument Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV) zvládnutí spisovné češtiny situuje v podstatě až na samý konec základního vzdělávání (RVP ZV, 2013, str. 22), přičemž v prvních ročnících se výuka českého jazyka zaměřuje spíše na rozvoj přirozené komunikační kompetence a později rozlišování spisovnosti a nespisovnosti (RVP ZV, 2013, str. 20). Spolu s jazykovou výukou se žák vzdělává také v oblasti české i zahraniční literatury. Podrobněji o náplni předmětu Český jazyk a literatura vizte RVP ZV - vzdělávací oblast Jazyk a jazyková komunikace.

Čeština jako cizí jazyk

Mluvíme-li o učení se cizímu jazyku, myslíme tím podle Bloomfielda (1933) snahu o tzv. bilingvismus. Užívání tohoto pojmu ale není vždy chápáno stejně a je tedy nutné se u něj pozastavit.

Bilingvismus

Bloomfield v roce 1933 definoval bilingvismus jako „užívání dvou jazyků na úrovni rodilého mluvčího“²¹ (Bloomfield, 1933, str. 56). Čermák (2011) rozlišuje bilingvismus simultánní a sekvenční v souvislosti s dobou, kdy byly jazyky nabyty, tedy buď oba zároveň, nebo postupně (Čermák, 2011, str. 56). Ovšem Saville-Troike říká, že „L2 jedince není nikdy přesně stejný jako systém rodilého mluvčího (i když mezi nimi právě nevnímáme rozdíl), většina z nás nemůže považovat konečnou úroveň v L2 za zcela „rodilou“ (*native*), ačkoli můžeme připustit vzácné

²¹ Vlastní překlad originálu: „...native-like control of two languages“ (Bloomfield, 1933, str. 56)

výjimky.“²² (Saville-Troike, 2006, str. 179). Dosáhnout tedy bloomfieldovského bilingvismu sekvenčního by bylo téměř nemožné. Muselo by jít v obou jazycích o přirozené osvojování, a to je věkově omezené, čili hranice mezi simultánním a sekvenčním bilingvismem by byla téměř neznatelná.

Hypotéza kritického období jako mezník mezi osvojováním a učením se jazyka

Tímto omezením se zabývá výše již několikrát zmíněná (a do jisté míry sporná) hypotéza kritického období. Podle této hypotézy je přirozené osvojování jazyka omezeno hranicí věku kolem dvanácti let, kdy je dovršena lateralizace²³ mozku a ten tak ztrácí svou plasticitu. Po této věkové hranici se osvojování jazyka potýká s výraznými obtížemi (Ipek, 2009). Ipek také podotýká, že hypotéza kritického období se původně týkala pouze hranice přirozeného osvojování, později se ale aplikovala i na učení se cizímu jazyku. Za hranici se zde považuje období puberty. Aplikace hypotézy kritického období na učení se cizímu jazyku se snaží vysvětlit, proč dospělý člověk učící se cizímu jazyku nedosáhne plné kompetence v tomto jazyce a stejné výslovnosti jako rodilý mluvčí daného jazyka (Ipek, 2009, str. 158). Podle Ipeka problematiku kritického období při učení se cizímu jazyku podmiňují neurologické, psychomotorické a kognitivní aspekty vývoje člověka. Neurologickým aspektem je např. již zmíněná dokončená lateralizace po pubertě a ztráta plasticity mozku. Vzhledem k tomu, že lateralizace nejčastěji nastává ve prospěch levé hemisféry, tíhne pak dospělý člověk k myšlenkovým procesům, kterým právě levá hemisféra dominuje. To se odráží při učení se cizímu jazyku přehnaným analyzováním a přílišným intelektuálním zaměřením na učený jazyk. Ztráta flexibility řečového svalstva a tím neschopnost osvojit si adekvátní výslovnost reprezentuje psychomotorický aspekt (Ipek, 2009, str. 159). Hypotézu kritického období bychom mohli také aplikovat na již zmíněný rozdíl mezi pacientem s afázií a s vývojovou dysfázií. Zatímco

²² Vlastní překlad originálu: „...one's L2 system is never exactly the same as the native speaker's (even if we cannot readily perceive differences), most of us would not consider the final state of L2 development to be completely “native,” although we may allow for some rare exceptions.“ (Saville-Troike, 2006, str. 179)

²³ lateralizace – funkční a tvarová vyhraněnost mozkových hemisfér, hemisférická dominance (Stehlíková, 2011, str. 159).

dospělý afatik již překročil hypotetickou hranici kritického období, diagnózu vývojové dysfázie můžeme najít již u dětí v předškolním věku (Seidlová Málková, Smolík, 2015), tedy před dovršením tohoto kritického období.

Faktory ovlivňující učení se cizího jazyka

Afektivní filtr

Ipek jako součást problematiky kritického období při učení se cizímu jazyku vidí také afektivní aspekt. Podle Krashenovy hypotézy afektivního filtru (Krashen, 1981, str. 22) může být učení se cizímu jazyku zatíženo také samotným přístupem studenta k danému jazyku či k lidem, kteří tento jazyk užívají, nízkou motivací ke studiu, nedostatkem sebevědomí apod. Jak říká Ipek „...afektivní proměnné mohou působit jako určitý mentální blok...“²⁴ (Ipek, 2009, str. 159).

Fosilizace

S učením se cizímu jazyku také úzce souvisí pojem mezijazyk (interlanguage). Tento termín zavedl v 70. letech minulého století Selinker. Jedná se o jazykový systém, který užívá student cizího jazyka. Je to jedinečný, přechodný, velmi dynamický systém, který se nachází mezi nulovou znalostí cizího (cílového) jazyka a projevem rodilého mluvčího cílového jazyka (Selinker, 1972). V tomto systému ale může docházet k fosilizaci (fossilization). „Fosilizovatelné jazykové jevy jsou takové lingvistické jednoty, pravidla a subsystemy, které mají mluvčí určitého mateřského jazyka sklon udržovat ve svém mezijazyce (IL - interlanguage) vzhledem k určitému ‘I’L nehledě na věk studenta nebo množství vysvětlení a instrukcí, kterých se mu dostane v cílovém jazyce.“ (Selinker, 1972, str. 215)²⁵. Jak již termín napovídá, jsou to „ustrnulé“, „zkamenělé“ jazykové jednotky, které i přes veškerou snahu odstraňujeme ze svého mezijazyka velmi těžce, podaří-li se to vůbec. Jak uvidíme v praktické

²⁴ Vlastní překlad originálu: „...affective variables can act as a mental block...“ (Ipek, 2009, str. 159).

²⁵ Vlastní překlad originálu: „Fossilisable linguistic phenomena are linguistic items, rules and subsystems which speakers of a particular NL (*native language*) will tend to keep in their IL (*interlanguage*) relative to a particular ‘I’L, no matter what the age of the learner or amount of explanation and instruction he receives in the TL (*target language*).“ (Selinker, 1972, str. 215).

části, také pacienti s afázií se potýkají s jevem, který bychom mohli nazvat fosilizace.

Vliv mateřského jazyka - interference

Při učení se cizímu jazyku se setkáváme s vlivem mateřského jazyka, ať už pozitivním či negativním. Nyní je řeč o tzv. mezijazykových transferech, které nám při učení se cizímu jazyku pomáhají (pozitivní transfer), nebo ho naopak znesnadňují (negativní transfer / interference). Transfer popisuje Lado takto: „(...) gramatická struktura mateřského jazyka má tendenci být přenášena do cizího jazyka. Studenti tíhnou k přenosu větných vzorců, způsobů vyjadřování zdvořilosti, gramatického čísla, rodu a pádu z jejich mateřského jazyka.“²⁶ (Lado, 1966, str. 58).

Již v roce 1981 tvrdí Krashen „Aktuálním tématem, jak to vidím já, není otázka, zda se v projevu v cizím jazyce objevují chyby způsobené prvním jazykem (to se zajisté objevují), nebo dokonce jaké procento chyb lze připsat vlivu prvního jazyka u pokročilých uživatelů, ale spíše kde se shoduje vliv prvního jazyka s teoretickým modelem²⁷ pro užívání druhého jazyka.“²⁸ (Krashen, 1981, str. 64). Corder (1992) ale upozorňuje na nejasné užívání termínu transfer a interference a doporučuje spíše obecnější označení – vliv mateřského jazyka. Připodobňuje tento vliv klasickým jazykovým výpůjčkám, kterými student kompenzuje svou nedokonalou znalost jazyka, tedy spíše než jako problém je vnímá jako komunikační strategii. A důležitější než korektnost takového „vypůjčeného“ vyjádření je podle něj srozumitelnost a komunikační úspěch. Je také nutné si uvědomit, že vliv mateřského jazyka může být i implicitní, např. při vyhýbání se určitým konstrukcím či při obtížích se zvládnutím konkrétního jazykového jevu, ovšem jasně ho vidíme pouze ve

²⁶ Vlastní překlad z: „(...) the grammatical structure of the native language tends to be transferred to the foreign language. The students tend to transfer the sentence forms, modification devices, the number, the gender, and case patterns of his native language.“ (Lado, 1966, str. 58)

²⁷ Krashenův teoretický model monitoru jazykové performance

²⁸ Vlastní překlad z: „The issue now, as I see it, is not whether first-language-influenced errors exist in second language performance (they clearly do), or even what percentage of errors can be traced to the first language in the adult, but, rather, where first language influence fits in the theoretical model for second language performance.“ (Krashen, 1981, str. 64)

studentově produkci, tedy jako fenomén jazykové performance²⁹ (Corder in Gass, Seliker, 1992) či při detailní analýze studentova souvislého projevu v porovnání s korpusem. S takovými strategiemi se můžeme setkat, jak uvidíme v praktické části, i u pacientů s afázií.

Interlingvální a intralingvální pozitivní transfer

Corder (1992) upozorňuje, že se velmi často hovoří o interferencích, ale pozitivním transferům se taková pozornost nevěnuje (srov. Yu, Ren, 2013). Takového přenosu může student cizího jazyka právě využít pro urychlení učení. Pozitivní transfery můžeme pozorovat zejména v případech, kdy daný jev je v cílovém i mateřském jazyce shodný (Yu, Ren, 2013). Taková shoda by však měla nastat jak ve formě a významu, tak v užití. Jinak se můžeme dopustit omylu takzvanými „falešnými přáteli“³⁰. Výhodu pozitivního mezijazykového transferu pacient s afázií využít nemůže³¹. Můžeme ale také hovořit o vnitrojazykovém transferu. Ten užívají jak studenti L2, tak rodilí uživatelé daného jazyka. Jako příklad můžeme uvést modely konjugace, které slouží především nerodilým mluvčím češtiny, či vzory substantiv, které i nám, rodilým mluvčím, pomáhají určit jejich správnou koncovku, především co se týče pravopisu. Je běžným jevem, že studenti s pokročilostí v cizím jazyce více využívají intrajazykový transfer a méně se dopouštějí chyb vlivem interference (Yu, Ren, 2013). Intrajazykový transfer pomáhá urychlit jejich učení se cizímu jazyka, ale může být rovněž důvodem chyb např. ve výjimečných jevech či odchylkách od pravidla.

Mezi další vlivy, které mohou ovlivňovat nabývání cizího jazyka, patří také motivace studenta, jeho cíl ve studiu daného jazyka, užitá metoda výuky, vliv učitele, preferovaný modus studenta (auditivní vs.

²⁹ Problematikou jazykové performance a jazykové kompetence se zabíral především Chomsky, který je rozlišuje takto: „My tedy činíme zásadní rozdíl mezi kompetencí (mluvčího-posluchačova znalost daného jazyka) a performancí, aktuálním užitím jazyka v konkrétních situacích.“ (Chomsky, 1965, str. 2)

³⁰ S falešnými přáteli (z anglického false friends) se setkáváme především v lexikálních transferech, např. mezi angličtinou a češtinou: to control – ovládat x kontrolovat - to check, kde vidíme podobnost ve formě, ale význam a distribuce se v obou jazycích liší.

³¹ Existují samozřejmě i pacienti, kteří před postižením afázií užívali více jazyků. Jak je afázie naruší a jak mohou později své vícejazyčnosti využívat při znovunabývání svého mateřského jazyka i těch ostatních, je jistě zajímavé téma. Těmito případy se ale v této práci nezabýváme.

vizuální typ a další), statut studovaného jazyka mnoho dalších aspektů, které se ale tématu této práce netýkají.

Výuka češtiny jako cizího jazyka

Výuka češtiny jako cizího jazyka u nás probíhá především v jazykových centrech a v neziskových organizacích. V zahraničí na lektorátech, v českých centrech, krajanských organizacích apod. Na rozdíl od výuky češtiny jako mateřského jazyka se zde využívají dokumenty Společného evropského referenčního rámce (SERR) pro češtinu, který popisuje mezinárodně stanovené úrovně pro cizí jazyky. Lze jej využít jako rámcový materiál pro tvorbu sylabů kurzů, stejně jako RVP využívá každá škola jako rámec pro tvorbu svých vlastních školních vzdělávacích plánů (ŠVP). Konkrétně pro češtinu zatím nejsou zpracované všechny referenční jazykové úrovně³², pouze A1 až B2. Vzhledem k tomu, že pro udělení státního občanství vyžaduje zákon č. 186/2013 Sb., *o státním občanství České republiky* složit zkoušku jazykové úrovně B1 a zkoušku A1 pro získání povolení k trvalému pobytu podle zákona č. 326/1999 Sb., *o pobytu cizinců na území České republiky*, je stanovení alespoň těchto úrovní zákonným minimem. Ovšem zpracování dalších úrovní jistě chybí.

U nás se nejčastěji učí češtinu jako cizí jazyk ruští, vietnamští, polští a slovenští imigranti či zájemci o češtinu (Prokofjeva, 2008). Bohužel ne vždy je možné spojit jednu výukovou skupinu podle mateřských jazyků, aby mohl vyučující snáze pracovat s vlivem mateřského jazyka, ale jistě by bylo výhodné vyučovat zvlášť např. Slované a Neslované.

Zastoupení mateřského jazyka ve výuce cizího jazyka je vedle práce s gramatikou a zaměřením na danou řečovou dovednost³³ jedním z klíčových faktorů pro konstituci výukové metody (Hrdlička, 2009). Od metod, ve kterých je zásadní právě překlad mezi cizím a mateřským jazykem, se můžeme dostat až k metodám, které mateřský jazyk z cizojazyčné výuky vyloženě vylučují. V dnešní době se upřednostňuje

³² <http://www.msmt.cz/mezinarodni-vztahy/referencni-urovne-pro-cestinu-jako-cizi-jazyk> - popisy pro úrovně A1, A2 a B2 v elektronické podobě. [3. 5. 2017]

³³ Čtení s porozuměním, psaní, mluvení, poslech s porozuměním (Hrdlička, 2009).

střední cesta, tedy vedení výuky v cílovém jazyce, ovšem ne tak dogmaticky, aby brzdilo výuku či bránilo správnému osvojení probíraného jevu či stresovalo studenty, zvláště v počátcích výuky (Hrdlička, 2009).

V terapii afázií hraje roli mateřský jazyk především v projevech fatické poruchy. Podle Lehečkové (2008) je nutné si stále uvědomovat, že projevy jazykové poruchy se liší podle toho, jaký jazyk je jí zasažen. Tedy např. u jazyků s nízkým zastoupením flexe nemůžeme očekávat stejnou frekvenci chyb v ohýbání jako u jazyků vysoce flektivních a zároveň si pak musíme uvědomovat tyto rozdíly, chceme-li srovnávat projevy afatických mluvčích různých jazyků (Lehečková, 2008).

Mateřský jazyk je v terapii afázií nejen jazykem rehabilitovaným, ale také „rehabilitačním“ (jako paralela jazyka vyučovaného a vyučujícího), zprostředkujícím. Pokud je ale porozumění na tak nízké úrovni, že jako zprostředkující jazyk není funkční, je nutné volit metody alternativní a augmentativní komunikace (Cséfalvay, 2007).

Vybrané metody výuky cizího jazyka

Metody výuky cizích jazyků odrážejí ve svém historickém vývoji potřeby a možnosti studentů. Hrdlička popisuje chronologicky metody od gramaticky-překladové, přes přímou metodu, audioorální metody, strukturně globální audiovizuální metodu, metodu reakcí pohybem, komunitární metodu, sugestopedickou metodu, až po integrované přístupy a komunikační metodu (Hrdlička, 2009). Zmíněnou metodu reakcí pohybem (TPR – Total Physical Respons), komunitární metodu (Community Language Learning) a sugestopedickou metodu (Superlearning) zahrnují Häuslerová a Nováková (2008) do skupiny tzv. humanistických metod, tedy takových postupů, které kladou důraz na rozvoj celkové osobnosti studenta a odstranění bariér, které brzdí výuku, jde tedy, řečeno s Krashenem (1981), o odstranění afektivního filtru. K těmto metodám řadí také Silent way (Häuslerová, Nováková, 2008). Jako další metody uvádějí Přirozený přístup (Natural Approach), přístup PPP (Presentation, Practice, Production) a naproti němu přístup na základě řešení úkolu tzv. Task-Based Approach, Lexikální přístup, Nepustilovu metodu, Callanovu metodu a zmiňují také využívání moderních

technologií v rámci e-learningu. Komunikativní metodu (Hrdlička, 2009) zmiňují jako komunikativní přístup (Häuslerová, Nováková, 2008)

Není cílem této práce vyjmenovat a popsat všechny dostupné metody, ale přiblížíme alespoň některé. Kde to bude možné, usouvztažíme metodu výuky cizího jazyka s terapií afázií. Více se ale metodám a přístupům k terapii afázií budeme věnovat v kapitole 5.

Gramaticko-překladová metoda

Ve své době nejužívanější a v podstatě jediná metoda výuky cizího jazyka byla gramaticko-překladová metoda ve výuce latiny. Jak píše Hrdlička, „...vyučující učí žáky gramatickým pravidlům (z dnešního pohledu dosti samoúčelným) a poučkám (často jde o jejich „otrocké“ memorování, přičemž jim mluvčí nezřídka nerozumějí nebo chápou jejich smysl pouze částečně, (...)) , vyžaduje od nich stereotypní odříkávání konjugačních a deklinačních paradigmat společně s rozsáhlými seznamy lexikálních jednotek sestavenými na základě různých kritérií (kupř. podle gramatického rodu, tematické příbuznosti apod.); vyučující pracuje s literárním nebo filozofickým textem renomovaného klasického autora (Horatius, Platón, Cicero, Vergilius aj.), na němž probíraná gramatická pravidla demonstruje a který žáci následně překládají.“ (Hrdlička, 2009, str. 40). Role mateřského jazyka i explicitní zastoupení gramatiky je v této metodě stěžejní. Zaměřuje se především na dovednost čtení s porozuměním a psaní v rámci překladu.

Obdoby této metody v terapii afázie jistě nenajdeme. A to jednak z důvodu zcela odlišných cílů terapie afázie a výuky cizího jazyka gramaticko-překladovou metodou, tak z důvodu zakotvení terapie afázie ne v lingvistické oblasti, nýbrž pedagogicko-zdravotnické.

Přímá metoda

Kritickou reakcí na tuto metodu byla metoda přímá. Jak uvádějí Häuslerová a Nováková (2008) „Jednalo se mimo jiné o primát mluveného jazyka, zásadu prezentace jazyka v jeho mluvené podobě před psanou formou, používání běžných každodenních obrátů, induktivní výuku gramatiky, nahrazení překladu názornými ukázkami nebo výkladem v

cílovém jazyce.“ (Häuslerová, Nováková, 2008, online - nestránkováno). Role mateřského jazyka ve výuce se tedy oslabuje, pracuje se odlišným jazykovým materiálem, upřednostňuje se mluvení a poslech.

Vzhledem k cíli terapie afázií – tedy nejčastěji funkční komunikace v každodenním životě – můžeme již tuto metodu usouvztažnit s terapií. I zde dominuje mluvení, především se jedná o dialogy mezi pacientem a terapeutem. Práci s jazykovými cvičeními, kde cílem je správné užití jazyka bez explicitní mluvnické poučky³⁴, bychom mohli považovat za induktivní přístup k „výuce“ / rehabilitaci gramatiky.

Audiolingvální / audiorální metoda

Ještě více tuto řečovou dovednost uplatňuje metoda audiolingvální / audioorální. „Tato metoda klade důraz na mluvený jazyk, vylučuje mateřský jazyk z vyučovacího procesu a zaměřuje se na drilová cvičení, která jsou založena na principech podmiňování a mají přinést žádoucí výsledek skrze zpětnou vazbu, jež reaguje na daný stimul. (...) Stejně jako u gramaticko-překladové metody je využíván neautentický jazyk upravený pro účely vyučování a prezentovaný mimo kontext, převládající technikou práce je opět manipulace s tímto jazykovým materiálem. Audiolingvální metoda ovlivnila jazykové vyučování u nás zejména důrazem na používání drilových cvičení.“ (Häuslerová, Nováková, 2008, online - nestránkováno).

Jak již bylo řečeno, mateřský jazyk je v terapii afázií právě jazykem rehabilitovaný a zároveň i „rehabilitačním“. Vyloučit ho tedy nelze. Užití drilových cvičení záleží do značné míry na terapeutovi. Můžeme se setkat např. s využitím doplňovacích cvičení na předložky, jak uvidíme i v praktické části.

³⁴ „Náležitou mluvnickou poučku bychom mohli definovat jako lingvodidaktickou instrukci respektující relevantní rysy adresáta a popisující systémovou (formální) stránku mluvnických kategorií a jevů i jejich řečové fungování a užívání v podmínkách společenské komunikace.“ (Hrdlička, 2006. str. 178).

Komunikační metoda

Jak ale také Häuslerová a Nováková (2008) zmiňují, vývoj výukových metod byl u nás vlivem politické situace vždy pozadu. U přístupu³⁵ či metody komunikační / komunikativní (srov. Hrdlička, 2009) jsme ale tohoto posunu mohli spíše využít a vyhnout se prvotnímu nadšení z nové metody, kterou někteří přijímali stejně dogmaticky, jak dogmaticky odsuzovali metody předchozí, a to i s jejich pozitivy. Häuslerová a Nováková (2008) nazývají tento přístup jako „převrat v jazykové výuce“ (Häuslerová, Nováková, 2008, online - nestránkováno). Můžeme ho spatřovat v novém pohledu na jazyk a na cíle cizojazyčné výuky a také odlišném přístupu k chybě studenta cizího jazyka. Cílem je nyní komunikativní kompetence studenta³⁶ a metoda je založená na funkčním pojetí jazyka, není tedy kladen takový důraz na soubor gramatických struktur, ale spíše na funkce jazyka v reálných situacích a v reálném čase. „Komunikativní přístup klade důraz na vyloučení mateřského jazyka z vyučovacího procesu, užívání autentického jazykového materiálu. Prosazuje také vyrovnané zastoupení všech čtyř jazykových dovedností (tj. čtení, psaní, poslechu a mluveného projevu). Důležitou dichotomií v koncepci komunikativního vyučování je protiklad accuracy/fluency (přesnost/plynulost vyjadřování). Zatímco dřívější metody kladly silný důraz na accuracy, komunikativní metodologie usiluje o vyvážené rozvíjení obou těchto složek (Brumfit, 1992). Na základě rozdílu accuracy/fluency se prosazuje nový přístup k práci s chybou, který je založen na uznání chyby jako „učebního kroku“ (Edge, 1989), zákonitého stádia na cestě k osvojení cizího jazyka.“ (Häuslerová, Nováková, 2008, online - nestránkováno). Vlivem tak velkého přehodnocení celé cizojazyčné výuky se mění i funkce učitele. Je nyní spíše tzv. facilitátor, poradce, jazykový model, manažer a analytik komunikační situace a

³⁵ U Häuslerové a Novákové (2008) „Komunikativní přístup nepředstavuje jednu metodu, jde spíše o soubor postojů, principů a z nich vyplývajících postupů. V rámci jednotlivých forem komunikativního přístupu panuje principiální shoda v otázce cíle, kterým je komunikativní kompetence, jednotlivé formy se však liší v představách o cestách k tomuto cíli.“ (Häuslerová, Nováková, 2008, online - nestránkováno). Naproti tomu např. Hrdlička systematicky užívá pojmenování Komunikační metoda (Hrdlička, 2009).

³⁶ „Tento termín, který poprvé použil Hymes v roce 1972 (Hymes, 1991), je definován nejen jako lingvistická kompetence (znalost jazykových prostředků), ale i jako schopnost jazyk používat (řečové dovednosti mluvčího).“ (Häuslerová, Nováková, 2008, online - nestránkováno).

v neposlední řadě účastník komunikace. Hrdlička ovšem upozorňuje na neadekvátní pojmání komunikačního přístupu: „Setkáváme se s různými projevy agramatismu, formalismu, simplifikace. Problematická bývá rovněž míra a způsob prezentace některých nespisovných variet českého národního jazyka (patří sem především přeceňování role obecné češtiny, její předčasné nebo nevhodné začleňování do výuky apod.). Za problematický moment ve výuce cizinců pokládáme rovněž nedostatečnou pozornost věnovanou komunikaci psané.“ (Hrdlička, 2009, str. 74).

Při terapii afázií je funkční komunikace velmi zdůrazňovaný aspekt. V praktické části zjistíme, že je mnohdy jediným cílem terapie. Přednost zmíněného „fluency“ před „accuracy“ je tedy zřejmá. Dalo by se zřejmě dokonce uvažovat o tom, že terapie afázie se vyvíjí opačným směrem. Od počátečních intuitivních postupů terapie (Škodová, Jedlička a kol., 2003) se i vlivem zapojení lingvistického pohledu (srov. např. Lehečková, 2001, 2013, 2001, 2016 nebo Majerová, 2011, 2013, 2016) obrací pozornost k „accuracy“. V praktické části také zjistíme, že tato potřeba roste i s rostoucím počtem pacientů v poměrně nízkém věku, jejichž cíle jsou vyšší než funkční každodenní komunikace. Zastoupení jednotlivých řečových dovedností se liší podle potřeb a schopností pacienta.

5. Čeština jako cizí jazyk pacienta s afázií

Zaměříme se nejprve na to, jakým způsobem postupuje terapie pacienta s afázií, abychom zařadili práci klinického logopeda do celého systému péče o pacienta. Dále přiblížíme přístupy k terapii podle Cséfalvaye (2007), kde se zaměříme především na jeho popis lingvistického přístupu. Jádrem této kapitoly ovšem bude popis jazykového projevu pacientů s afázií podle dostupných lingvistických studií provedených na češtině. Na základě těchto studií pak doložíme vybrané deficity z materiálu z připravovaného korpusu jazykových projevů českých pacientů s afázií. Stejně jevy se pak pokusíme nalézt i v projevu nerodilého mluvčího. Ve všech třech případech jde o případové studie, proto nebude možné jejich závěry zobecnit. Představíme také vybrané metody terapie afázie, abychom viděli, zda respektují lingvistické popisy deficitů v projevu afatických pacientů.

Pacient s afázií – postup terapie

Nejprve je nutné podotknout, že terapie pacienta s afázií se netýká pouze jeho jazyka. Jde většinou o člověka po úrazu, s nádorovým onemocněním či po iktu³⁷, který se potýká s dalšími omezeními jako je paréza či plegie³⁸, ale i s kognitivními problémy³⁹ (srov. např. Flanderková, Mertins, 2015). Terapie probíhá ve spolupráci neurologů, psychologů, fyzioterapeutů a klinických logopedů a samozřejmě také rodiny a blízkých osob pacienta.

Akutní fáze

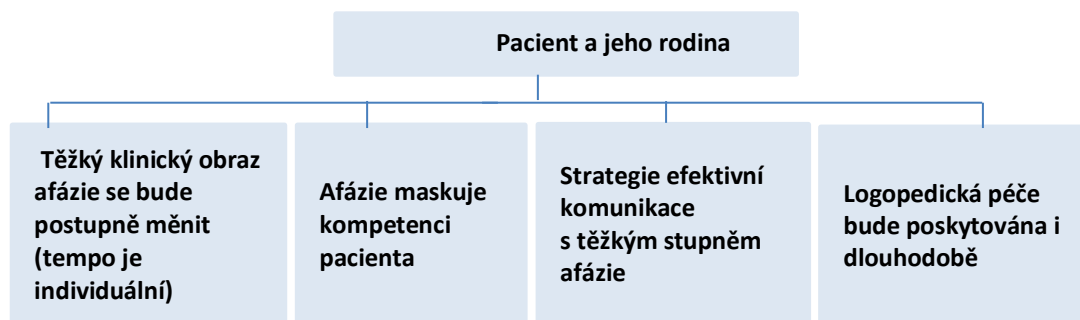
V akutní fázi postižení se terapie orientuje (po diagnostice) především na poradenství pacientovi a jeho okolí, na aktivaci pacienta pomocí

³⁷ „Iktus - nejčastěji se užívá jako jiný termín pro cévní mozkovou příhodu. Obecněji jakýkoliv úder nebo náhlý záchvat epileptický lat. ictus úder od ico, ictum uhodit“ (<<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/iktus>> [1. 10. 2016])

³⁸ plegie – úplná neschopnost aktivního volního pohybu, ochrnutí. (<<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/iktus>> [1. 10. 2016])

³⁹ Podle Hostenbacha et al. (1998) po cévní mozkové příhodě bývá do určité míry z kognitivních funkcí narušená např. paměť, pozornost a počítání, ale inteligentce bývá intaktní (Hostenbach a kol., 1998 In kol. autorů, 2003).

stimulačních technik k překonání komunikační bariéry. Důležitou informací pro pacientovo okolí je, že afázie maskuje kognitivní schopnosti pacienta, které se po ustoupení akutní fáze znovu objeví (Cséfalvay a kol., 2007). Cséfalvay a kol. (2007) podávají přehled stěžejních oblastí logopedického poradenství v akutním stádiu onemocnění (obr. 1) (Cséfalvay a kol. 2007, str. 56).



Někteří pacienti ovšem zlepšení nedosáhnou, a tak jejich terapie pokračuje výše zmíněným způsobem. Intervenční techniky, které zmiňuje Cséfalvay a kol. (2007), zahrnují např. kresbu jako komunikační prostředek při výrazném narušení expresivní řeči pacientů s afázií, melodicko-intonační terapii (zpěv naučených písní⁴⁰) či vysoce automatizované formy řeči (čísla od 1 do 20, abeceda, dny v týdnu, měsíce v roce, roční období). Zde se již setkáváme s výrazněji jazykovým materiálem. Pacienti pracují aktivněji s jazykem, dokončují řady, třídí do kategorií či z nich vybírají vhodnou jednotku, řadí podle posloupnosti apod. Při všech terapeutických postupech je nutné dbát na personalizaci⁴¹ jazykového materiálu, se kterým terapeut pracuje, a na multimodální stimulace, tedy kombinovat podněty vizuální, auditivní, taktilní a další, které jsou vhodné a přístupné danému pacientovi (Cséfalvay a kol., 2007.)

Chronická fáze

Po akutní fázi nastává fáze subakutní a chronická. Terapie v chronické fázi probíhá nejčastěji ambulantně a je možné využít i

⁴⁰ „...při zpívání známé písně se více aktivizují funkce pravé hemisféry, zatímco při tzv. generativní řeči, při mluvení, se více aktivizují levohemisferální procesy mozku.“ (Cséfalvay a kol., 2007, str. 58)

⁴¹ Stejný přístup je zásadní i v komunikační metodě výuky cizího jazyka (srov. např. Newby, 2003).

terapeutické skupiny. V těchto dvou fázích se terapeut zaměřuje na generalizaci naučeného, kategorizaci jazykového materiálu (především sémantickou), identifikaci distraktoru⁴², produkci prvků izolovaných a jejich fixaci, následně volnou řečovou produkci. Cséfalvay a kol. (2007) také dodává, že je potřeba probouzet v pacientovi opětovně jazykový cit např. pomocí úkolů typu identifikace gramaticky nekorektního vyjádření. K jaké normě se zmíněná korektnost vztahuje, Cséfalvay (2007) neuvádí. Lehečková (2016) ovšem upozorňuje na zohledňování specifík mluvené komunikace v terapii mluveného projevu afatika.

Přístupy k terapii afázií dle Cséfalvaye

Cséfalvay a kol. (2007) rozlišují tři přístupy k terapii afázie: přístup kognitivně-neuropsychologický, pragmaticky orientovaný přístup a neurolingvistické přístupy na úrovni vět.

Kognitivně-neuropsychologický přístup

V tomto přístupu jde spíše o symptomatickou terapii bez podkladu konkrétní teorii. Terapii založenou na identifikaci narušené komunikační schopnosti a mozkové léze, na jejímž základě vytvoří terapeut hypotézu o předpokládaném narušení, realizuje vyšetření a analyzuje výsledky, podle kterých připraví detailní potup terapie zaměřený na zjištěné deficity a během této terapie i po ní analyzuje výsledky (Cséfalvay a kol., 2007).

Pragmaticky orientovaný přístup

U pragmaticky orientované terapie „... jde o zlepšení funkční komunikace osob s afázií v každodenní komunikaci. Terapie není orientovaná na izolované jazykové deficity, ale jejím cílem je zmírnit důsledky těchto narušení na komunikaci jako celek.“ (Cséfalvay a kol., 2007, str. 67). Taková terapie se snaží bojovat s izolací pacienta, která může být jak dobrovolná ze strany pacienta, tak způsobená

⁴² Distraktor zde můžeme chápat buď jako součást kategorizace, kdy vybíráme, co do skupiny nepatří, či z pohledu testování jako nesprávnou variantu několika možných odpovědí k testové úloze (Strojil, 2004).

hyperprotektivním chováním rodiny. Následný stav nazývá Cséfalvay naučenou pasivitou (Cséfalvay a kol., 2007, str. 67). V této terapii se využívají různá schematická znázornění, klíčová slova, hledání hlavní myšlenky příběhu, příprava scénářů konverzace, analýza konverzačních situací, střídání komunikačních rolí apod. Důležitým faktorem je také poučený komunikační partner, který je součástí konverzačního tréninku. I on se musí naučit, jak s pacientem správně komunikovat, jak mu případně pomoci se vyjádřit či naopak trpělivě vyčkat na jeho vlastní produkci. Do oblasti pragmaticky orientované terapie zahrnují autoři také skupinovou terapii.

Neurolingvistické přístupy

Neurolingvistické přístupy k terapii afázie směřují Cséfalvay a kol. (2007) na větnou úroveň. Podotýkají ovšem, že těmto přístupům je v afaziologické literatuře a ve výzkumech věnována pozornost pouze sporadicky. „Mnohem více prostoru dostávalo zkoumání procesů a terapie na úrovni slova. A to i navzdory tomu, že věta je považována za základní komunikativní jednotku jazyka a vnější realizaci myšlenky. Na druhé straně je třeba si uvědomit, že některé syndromy afázie a jejich příznaky se zlepšují právě díky terapii na úrovni slova. Terapie na úrovni vět má význam u těch pacientů, u nichž jsou procesy na úrovni slova relativně intaktní, ale mají problémy právě s porozuměním či produkcí větších celků, například frází a vět.“ (Cséfalvay a kol., 2007, str. 70). Tento přístup dostává prostor při terapii výše zmiňovaného agramatismu.

Jak můžeme pozorovat z výčtu přístupů podle Cséfalvaye a kol. (2007), některé techniky se shodují s těmi, které využíváme ve výuce cizích jazyků. Přístup kognitivně neuro-psychologický bychom si mohli představit jako výsek výuky cizího jazyka zaměřený na chyby odhalené chybovou analýzou projevu daného mluvčího. Zmíněné postupy z pragmaticky orientovaných přístupů také známe z výuky cizích jazyků - např. střídání komunikačních rolí v dialogích či „role-play“ aktivitách, hledání hlavní myšlenky příběhu, na kterou může navazovat výběr nadpisu pro daný text. Neurolingvistické přístupy na úrovni vět popisuje Cséfalvay a kol. (2007) jako přístupy zaměřující se na větnou úroveň, řekněme tedy

morfológicko-syntaktickou rovinu a vyšší. Samozřejmě že i student češtiny jako cizího jazyka se těmito rovinami zabývá, protože ale není blíže specifikováno, jakým způsobem probíhají takto orientované terapie, nemůžeme je ani srovnávat s výukou cizího jazyka.

Jazykové deficity pacienta s afázií

Nyní si přiblížíme, jak vypadá jazykový projev pacienta s afázií. Nejprve zmíníme specifické afatické rysy, pozornost zaměříme na agramatismus, a to jak z pohledu logopedického, tak následně i lingvistického. Studie lingvistů využijeme i při vlastní analýze projevu pacienta s afázií z připravovaného korpusu českých afatiků.

Specifické rysy projevů afatiků

V popisech jazykových projevů afatiků se setkáváme s pojmy parafázie, kdy dochází k deformaci slov či vět záměnou, a to na různých jazykových úrovních. Stehlíková (2011) uvádí parafázie fonémické / fonologické, sémantické a verbální. Jednotlivé typy jsou ale v praxi obtížně rozlišitelné (Stehlíková, 2011, str. 243). Následkem parafázie neologické ale mohou vzniknout pseudoslova (pacientovy neologismy, které „respektují hláskovou, morfemickou a slabičnou strukturu daného jazyka“ (Stehlíková, 2011, str. 76) na rozdíl od tzv. neslov (ibid.)). Dále se objevuje perseverace, tedy opakování či nutkavé setrvání na určitém jazykovém celku (slabice, slově) (Stehlíková, 2011, str. 245). Setkáváme se také s anomii – neschopnost vybavení pojmenování (Stehlíková, 2011, str. 284) či s automatismy – promluvy od ostatních výrazně intaktní, které fungují v řeči afatika automaticky, často ztrácejí původní význam a osoba jich užívá spíše jako výplně v projevu. Stehlíková zmiňuje např. kletby, automatické řady jako dny v týdnu, počítání od jedné do deseti apod. (Stehlíková, 2011, str. 314).

Agramatismus z pohledu klinických logopedů

Vedle agramatismu se můžeme v afaziologické literatuře setkat také s pojmem paragramatismu, kde dochází k záměnám (na místo agramatického vynechávání) gramatických morfémů a pomocných, gramatických slov. Agramatismus se projevuje samozřejmě jak v oblasti produkce, tak i percepce. Cséfalvay a kol. (2007) uvádí tyto projevy: produkce – vynechání volných a záměna vázaných gramatických morfémů, vynechávání gramatických slov, nonfluentní řeč, někdy namáhavá a těžkopádná artikulace, dysprozodie⁴³, diskrepance v produkci plnovýznamových slov – horší produkce sloves v porovnání s produkcí podstatných jmen; v percepci – narušené porozumění tzv. reverzibilním větám a větám s nekanonickým pořadím tematických rolí (vyjádření argumentů slovesa), označované jako asyntaktické porozumění. (Cséfalvay a kol. 2007, str. 71). Zajímavostí je, že „Při agramatismu je porozumění reverzibilním větám a větám s nekanonickým pořadím tematických rolí narušeno. Na druhé straně pacienti dokážou – podle některých výzkumů – posoudit jejich gramatickou správnost. Jsou tedy schopni rozhodnout, je-li věta, kterou slyší, gramaticky správná, nebo ne (Kolk a Weijts, 1996).“ (Cséfalvay, 2007, str. 72). Podle těchto slov je očividné, že terapie agramatismu by se měla zaměřovat především na revitalizaci produkce a percepce sloves s výrazným ohledem na jejich valenci. Tyto terapie vycházejí z generativní gramatiky a jejího pojetí hloubkové struktury vět (srov. Chomsky, 1965).

Otázka příčiny agramatismu

Schmiedtová a Flanderková (2012) představují ve své studii dva pohledy na porušení syntaktického zpracování v Brocově afázii. Podle jednoho z nich „jádro afázie tkví v porušení určitých aspektů syntaktického zpracování jak v produkci, tak v porozumění řeči. Porušení syntaxe je přitom způsobeno výhradně lézí v Brocově oblasti mozku⁴⁴ (Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 54). Podle tohoto názoru je „porušeno pouze syntaktické zpracování řeči, zatímco oblast lexikálního

⁴³ Narušení melodie, tempa, přízvuku (Klenková, 2006, str. 159).

⁴⁴ Brocovo a Wernickeovo centrum – motorické a senzorické centrum řeči (Stehlíková, 2011, str. 60)

zpracování řeči je relativně zachována.“ (Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 54). Právě tento názor se opírá o Chomského generativní gramatiku. Druhý názor však tvrdí, že „postulovat jakoukoliv souvztažnost mezi specifickou neurální oblastí a syntaktickým zpracováním řeči je velmi sporné.“ (Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 54). Argumentem jeho zastánců je poškození lexikálního zpracování u všech afatiků bez ohledu na typ afázie, důkazy o zachování znalosti gramatiky a citlivosti Brocových afatiků ke gramatice jejich mateřštiny navzdory prokazatelným deficitům v produkci i porozumění, projevy agramatismu nejen v Brocově afázii, ale i sekundárně při Alzheimerově či Parkinsonově chorobě a jiných a v neposlední řadě také fakt, že agramatismy můžeme zjistit i u zdravých osob při stresových podmínkách. Tento druhý pohled je tedy velmi skeptický k existenci tzv. řečových center (Schmiedtová, Flanderková, 2012).

Agramatismus podle studií lingvistů

Lehečková (2016) na základě studia afatických projevů v různých jazycích (i s odlišnou typologií) shrnuje lingvistický popis univerzálních symptomů afázie: krátké věty, pomalé tempo řeči, zjednodušená syntax, vynechávání volných gramatických morfémů, nahrazování vázaných gramatických morfémů, slovesa jsou vynechávána častěji než substantiva, pořádek slov neměnný (v jazyce pevný či preferovaný), příznakovější formy jsou nahrazovány méně příznakovými (Lehečková, 2016, str. 20).

Schmiedtová a Flanderková (2012) ve své studii analyzují jazykový projev česky mluvícího afatického pacienta se zaměřením na agramatismy a zároveň jej srovnávají se studii provedenými na češtině i jiných jazycích. Tato analýza nám poslouží ke zmapování agramatických poškození v jazykovém projevu českého pacienta s afázií.

Autorky předem upozorňují, že při rekonstrukci pacientovy produkce je potřeba hledat a mnohdy domýšlet pacientovy intendované výrazy, tedy problém, se kterým se samozřejmě setkáváme i při chybové analýze nerodilých mluvčích. Stejně tak je těžké určit, zda se jedná o odchylku způsobenou afázií či nikoli, prezentují ovšem pouze takové jevy, které hodnotí jako projev jazykové poruchy (Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 58). Uvádíme vysledované odchylky s takovým označením,

kteřé pouŕívají autorky (deflektivizace, elize, nedodrŕování pravidel valence sloves, deficity v subjekt-predikátové shodě a shodě mezi adjektivem a substantivem) s jejich pŕíklady, kde tučně zvyrazňujeme lokaci konkrétní odchylky.

- Deflektivizace – tendence neohýbat slovesa a jména, u sledovaného pacienta pŕedevším u substantiv a sloves, často jde o substituci nominativu na úkor jiných pádů.

Pŕ. 1: „je to lepší / lepší je to / podstatně / protože **začátek** jsem vŕbec nemoh mluvit.“

Pŕ. 2: „já musím říct / že to // mně pomohlo poprvé tady // **Slapy**, no // a vy / pane doktore.“

Pŕ. 3: „rodiče odjeli pryč a syn tam zůstal / a říkal že že něco **koupit** pro ně“

(Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 58)

Autorky upozorňují i na více možných interpretací. Napŕ. ve třetí ukázce je možné usuzovat na elizi modálního slovesa (chce koupit, musí koupit, ...) nebo substituci infinitivu za konjugovaný tvar.

- Elize pomocných sloves – pŕedevším časté vynechávky sponového slovesa *být*.

Pŕ. 4: „tak bych se nezastřelil protože bych měl strach že budu že **nebudu zem-** [hezitační zvuk] **zemřel** / ale že bych nemocnej ještě ještě horší.“

(Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 59)

I zde je možná dvojí interpretace. Zde autorky navrhují vedle substitucí *nebudu mrtev / mrtvý, nezemřu, že bych nezemřel* také možnost záměny slovesného vidu, resp. využití tvorby budoucího času formou určenou slovesům nedokonavým ovšem zde na slovese dokonavém. Autorky ale váhají nad touto interpretací vzhledem k delší hezitační pauze mezi pomocným slovesem *být* a finálním tvarem významového slovesa, vyvstává tak otázka, zda jde opravdu o složený tvar či dva zvláštní prvky mentálního lexikonu (Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 59). Je zajímavé (ovšem autorky to nijak nekomentují), že v druhé části repliky pacient naopak použije pomocné sloveso *být*

v kondicionálu, ale vynechá významové sloveso (bych *byl* nemocnej). Jak uvidíme později, o takovém jevu se zmiňuje ve své práci Lehečková (2001). Samotnou elizi pomocného slovesa na tomto příkladu ale nevidíme, jiný příklad autorky neuvádějí.

- Elize předložek – typický symptom Brocovy afázie, autorky zmiňují studie, které tvrdí, že k vynechání předložek dochází pouze tehdy, když jsou ve větě funkční kategorií, naopak jsou-li jednotkami lexikálními, pacienti je nevynechávají⁴⁵, podle jiných studií je předložka vynechána v závislosti na syntaktické struktuře⁴⁶, přesto ve své analýze autorky vysledovaly pouze 9 % chybných použití předložek a z toho ve dvou případech nešlo o elizi, ale substituci předložky. Autorky toto doplňují tvrzením, že „Jak pacienti s Brocovou afázií, tak pacienti s afázií anomickou však předložky nevynechávají, nýbrž je velmi často nahrazují, a to jinými předložkami.“ (Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 58).

Př. 5: „já musím říct že **na začátek**⁴⁷, když někde koupim, něco, tak mně nerozumějí ze začátku.“

(Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 60)

Zde autorky uvažují i o možnosti sebemonitorování a následné opravy na konci repliky. U tohoto příkladu bychom také mohli uvažovat o vhodnosti užití perfektivního slovesa koupit. Autorky se ale o takové možnosti nezmiňují.

- Valence – u sledovaného pacienta ovšem pouze zřídka, tedy z 235 případů bylo 6 defektních. Více se valenci věnuje Flanderková a kol. (2014), jejíž analýzu zmíníme později.

Př. 6: „když ne- **nemluví ňáký speciální věcech** tak ty lidi ani nepozn[ou] že že já mám ňákej problém.“

(Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 60)

⁴⁵ Např. *in front of the house* – pacient vynechá x *the front of the house* – nevynechá (Freud, 2001).

⁴⁶ Např. *the boy is interested in the girl* – pacient nevynechá x *the boy is pushed by the girl* – vynechá (Grodzinsky, 2000).

⁴⁷ Substitute právě prepozicí *na* může korelovat s expanzí této předložky v současné češtině (srov. Čechová, 1981).

Interpretace je opět možná dvojí: *neříkám nějaký speciální věci* (s akuzativem), *nemluví o nějakých speciálních věcech* (s lokálem).

Př. 7: „jsem tam ležel v nemocnici a / nevěděl / v sobě že jo ve s- ve s- jak se to řekne / **nebyl u sebe** že jo.“

(Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 60)

- Užití času a subjekt-predikátová shoda a shoda mezi adjektivem a substantivem – ze 434 případů identifikovaly autorky pouze dva případy chybné subjekt-predikátové shody, z 5 případů shody adjektiva a substantiva jediný chybný, ze 420 případů užití času byly 2 defektní, tyto počty považují autorky za zcela nevýznamné a okrajové, a zřejmě proto neuvádějí ani příklady těchto odchylek (Schmiedtová, Flanderková, 2012, str. 61). Zde je uvedeme později podle studie Lehečkové (1986).

Schmiedtová a Flanderková (2012) se také věnují míře porušení pacientova L2 a L3, opakování, psaní a podávají i pacientovu sebereflexi řečové zkušenosti. Pacientova schopnost psát byla narušenější než schopnost mluvit. Pomáhalo mu tedy si zamýšlené slovo před napsáním vyslovit nahlas a psaním pak „kopírovat“ vlastní řeč. Zajímavostí také je, že tento pacient občas produkoval pseudoslova (např. vlaštiny). Autorky také podotýkají, že podle jejich soudu má tento pacient zachované gramatické znalosti, ale dělá mu problém jejich výběr (Schmiedtová, Flanderková, 2012).

Obecně lze říci, že nejčastějším způsobem chybování je nahrazování a vynechávání (Lehečková, 2016). Lehečková ze svých dlouholetých studií projevů pacientů a afázií podává závěr, že: „... běžně se vynechávají pouze volné gramatické morfémy. K vynechávání vázaných gramatických morfémů dochází pouze v jazycích, v nichž po jejich vynechání zbydou slova existující v daném jazyce (např. v angličtině ... nebo ve finštině ...). Pokud by vynechání gramatických morfémů vedlo ke vzniku neexistujících slov, ... , neprojevuje se agramatismus vynecháváním, ale nahrazováním správných morfémů nesprávnými.“

(Lehečková, 2016, str. 19). V češtině podle Lehečkové dochází spíše k nahrazování, pokud jde o vynechávání, hovoří se často o vynechávání předložek a pomocných sloves, Lehečková (2001) ale zjistila, že častěji jsou vynechávána plnovýznamová slova než funkční slova (70 : 30 %). Zajímavostí také je, že studie Lehečkové (2001) ukazuje časté vynechání významového slovesa, zatímco pomocné sloveso zůstává, na rozdíl od tvrzení Schmiedtové a Flanderkové (2012).

Stejně jako studie Schmiedtové a Flanderkové (2012) i Lehečková (2001, str. 191 - 200) zmiňuje užívání nominativních tvarů na místo vyžadovaných nenominativních či vynechávání předložek a pomocných slovesných tvarů v projevu českých afatiků. „Obecně je možno říci (v souladu se závěry afaziologických výzkumů v ruštině, angličtině a finštině), že jmenné fráze jsou v řeči afatiků lépe zachovány než fráze slovesné. ... V nominálních frázích jsou gramatické chyby častěji způsobeny nahrazováním jinými slovy, zatímco ve slovesných frázích jsou většinou způsobeny vynecháváním.“ (Lehečková, 1986, str. 143). Lehečková podává i příklady nahrazování tvarů jmen a sloves. V naprosté většině případů jde, jak říká, „o náhradu jevů v češtině méně frekventovaných jevy nejvíce frekventovanými“. (Lehečková, 1986, str. 144). „Tato zjištění svědčí pro to, že nejfrekventovanější tvary jsou v paměti nejpevněji zakotveny a nejlépe odolávají narušení jazyka.“ (Lehečková, 1986, str. 145). Uvedeme nyní případy nahrazování podle Lehečkové (1986) u jmen, kde opět tučně zvýrazníme místo odchylky:

- Rod – převažují záměny u shodných přívlasků, nejčastěji mužský rod nahrazuje ostatní.

Př.: dobrej polívka, to je můj práce, ten babička, dobrej kafe,

(Lehečková, 1986, str. 143)

- Číslo – nejčastěji je plurál nahrazován singulárem

Př.: potom ten dobrej vánoční dárky, někdo z mého dítě,

(Lehečková, 1986, str. 144)

- Pád – nejistota pacientů nejčastěji po předložkách a číslovkách, dochází k:

- 1) Výběru nesprávného pádu
- 2) Užití základního tvaru
- 3) Užití telegrafického stylu

Př. add 1): musela **na školou**; kus ovoce nebo **kousek housku**,

Př. add 2): to je **pro můj muž**; uvařím oběd, ho sníme **s manžel**; já musím **sedět na stůl**,

Př. add 3): ráno jsem vstal, snídaně, chleba, máslo, jovo, bílý káva; bílil všecko dobrý, auto domů.

(Lehečková, 1986, str. 144-145)

Následujícím způsobem popisuje Lehečková (1986) nahrazování u sloves:

- Osoba – nejčastěji 3. osoba singuláru nahrazuje 1. a 2. osobu singuláru, výjimečně 1. osoba nahradila 2. osobu singuláru

Př 1: a při té věci to bylo ... že to může (,můžu‘) sám vědět;

Př. 2: babička říkala: to je jako dobrá škola, musí (,musíš‘) tam;

Př. 3: ty jsi večer četla, že potom spala a světlo svítilo.

(Lehečková, 1986, str. 145)

U třetího příkladu bychom mohli také uvažovat o vynechání sponového slovesa (místo nahrazení 2. osoby singuláru 3. osobou). Tuto úvahu ale autorka nezmiňuje. Právě zde je ale výrazná podobnost s projevem nerodilých mluvčích. Otázkou je také, zda bychom některé věty, kde je vynechané pomocné sloveso být v minulém čase, nemohli považovat za bezchybnou z hlediska mluveného projevu. I rodilí mluvčí totiž vynechávají pomocné sloveso v minulém čase u několikanásobného přísudku.

- Čas – afatictí pacienti nejčastěji užívají přezens
 - 1) přezens nahrazuje minulý čas
 - 2) při použití minulé času často vynechávají pomocné sloveso
 - 3) určitý tvar slovesný (nejčastěji futurum) nahrazují infinitivem

Př. add 1): Tam jsem se najedla. Potom když máme dost času, tak jsme čekali, ...

Př. add 2): Od rána do večera jsem dělal: probudila, umyla zuby, nasnídala jsem se, ...

Př. add 3): Zítra ty vařit, já dneska.

(Lehečková, 1986, str. 145)

- Způsob – autorka uvádí, že v jejím analyzovaném materiálu převažuje indikativ, což opět odpovídá frekventovanosti jednotlivých způsobů v češtině (Lehečková, 1986). Příklady potenciálních chybně utvořených dalších způsobů ovšem neprezentuje.
- Slovesný rod – ve sledovaném materiálu se vyskytly pouze aktivy (Lehečková, 1986). Žádné příklady autorka neuvádí.

K vynechávání jazykových jednotek, které vyžaduje korektní morfologicko-syntaktická struktura, uvádí Lehečková (1986), že jde především o verbální fráze, kde pacienti vynechávají samotná slovesa či jeho argumenty. Vynechávání také postihuje nejčastěji vysoce frekventovaná slova (Lehečková, 1986, str. 146).

Př.: Snídaně ráno honem, tak ani ne na stůl a honem zase kousek zase honem na tramvaj a práce.

(Lehečková, 1986, str. 146)

Dále jde o vynechávání neplnovýznamových (funkčních) slov (pomocné sloveso, zvrtné zájmeno, předložka atd.)

Př.: No jsem koukala, no povídala, nejdřív jedla, že jo ...

(Lehečková, 1986, str. 146)

Za největší problémy v agramatismu považuje Lehečková (2001) užití předložek ve jmenných frázích⁴⁸, kde dochází buď k vynechání předložky, nebo užití nevhodného pádu, a to nejčastěji nominativu

⁴⁸ Jmenné fráze zde chápeme jako větné členy, jejichž součástí je předložka. Podle Pinkera (2008) tedy předložková fráze, jejíž hlavou, slovem, které ve frázi nerozvíjí žádný jiný člen, je předložka spolu se jmennou frází. Hlavou jmenné fráze je podstatné jméno, nebo substantivní zájmeno (Pinker, 2008).

(Lehečková, 2001, str. 202). Dále obecně užití pádů, času, osoby. Nejméně problémové naopak shledává vyjádření slovesného vidu (kdy ve 100 % chybných případů perfektivum bylo nahrazeno imperfektivem) a slovesného rodu (Lehečková, 2001, str. 204).

Flanderková s kolegy (2014) se ve své novější studii věnuje valenci detailněji než Schmiedtová a Flanderková (2012). Flanderková a kol. (2014) se zabývá posuzováním gramatičnosti vět s chybnou valencí pacienty s Brocovou afázií. Zde tedy pacienti nevytvářeli sami jazykové projevy, ani nebyla zkoumána úroveň porozumění. Zjednodušeně: „Úkolem pacientů bylo ukázat na ANO, pokud je prezentovaná věta „v pořádku“, a na NE, pokud věta „v pořádku není“ (přesněji je „nějaká divná“).“ (Lehečková a kol., 2014, str. 207). Autoři se výzkumem snažili „ověřit, zda při afázii dochází k správnému rozlišení obligatorních vs. fakultativních slovesných doplnění. Cílem bylo ověřit tuto citlivost k a/gramatickým větám u pacientů s Brocovou afázií, jejímž jedním ze symptomů je tvorba tzv. agramatizmů.“ (Flanderková a kol., 2014, str. 203). Při výzkumu se autoři zaměřovali na 1) roli volných fakultativních doplnění ve větě při posuzování gramatičnosti, 2) na otázku citlivosti pacientů k agramatickým konstrukcím, ve kterých je nesprávná rekce či chybně užitý morfologický marker pádové flexe a 3) na citlivost pacientů k větám s redukovanou flexí (špatně užitý předložkový pád ve volném doplnění), tedy zda „napomůže pacientům k rozeznání agramatické syntaktické struktury lexikální a/nebo větná sémantika.“ (Flanderková a kol., 2014, str. 203). Závěry výzkumu, kterému byli podrobena dva pacienti, ukazují, že „značné problémy oběma pacientům činí redukované agramatické konstrukce. Je-li zdrojem agramatičnosti zásah do slovesnou rekcí podmíněných argumentů, působí to oběma pacientům potíže, zatímco vyjádřená fakultativní doplnění porozumění neztěžují.“ (Flanderková a kol., 2014, str. 208). Volná fakultativní doplnění, jimiž byly v předkládaných větách tzv. „adverbiální kulisy“ (Flanderková a kol., 2014, str. 208), ani jednomu z pacientů nebránila v porozumění. Nehrají tedy zřejmě v posuzování gramatičnosti výraznou roli. Nesprávná valence či morfologický marker pádu pomohli pouze jednomu z pacientů určit agramatickou strukturu věty. A nakonec o lexikální či větnou sémantiku se

v určování gramatičnosti opíral pouze pacient s vyšším kognitivním deficitem. Oproti studii Schmiedtové a Flanderkové (2012) vykazují sledovaní pacienti Flanderkové a kol. (2014) větší deficity ve valenci sloves. Ovšem srovnáváme zde produkci s hodnocením gramatičnosti, je tedy také možné, že malý počet chybovosti v produkci pacientů byl zapříčiněn úmyslným vynecháváním vazeb, ve kterých si pacient nebyl jist, nebo naopak nadužíváním vazeb, které byly vůči afázii rezistentní. V těchto otázkách by bylo jistě vhodné využít zkušeností chybové analýzy nejlépe s oporou o korpus projevů pacientů s afázií a korpus mluvených projevů intaktní populace.

Vlastní analýza projevu afatického pacienta

Vzhledem k tomu, že jsme v úvodu práce avizovali zaměření na slovesný vid a studie Lehečkové (1986, 2001) ani Schmiedtové a Flanderkové (2012) a Flanderkové a kol. (2014) se k této kategorii nevyjadřovaly nebo zjistily pouze nepatrný výskyt chyb, provedli jsme vlastní zběžnou analýzu projevu pacienta s afázií. Tento materiál je součástí připravovaného korpusu afatických projevů a díky Mgr. Lázníčkoví nám byl zpřístupněn ještě před jeho zveřejněním.

Analyzovaný materiál

Jde o více než hodinovou nahrávku rozhovoru Mgr. Lázníčky s devětašedesátiletým mužem s konduktivní afázií následkem úrazu. V nahrávce muž nejprve popisuje tři předložené dějové obrázky se zadáním – popište, co se stalo. Dále je požádán, zda by převyprávěl nějakou pohádku, kterou si pamatuje, což ale odmítá, protože si žádnou nevybavuje. Podle jeho reakce se lze i domnívat, že je mu takový úkol nepříjemný. Následuje rozhovor o tom, jak dotazovaný trávil porevoluční dobu, o jeho zahraničních zkušenostech apod. Pacient také zhlédl tříminutové video – scénku Charlieho Chaplina, kterou má poté popsat vlastními slovy. Po videu opět popisuje obrázky, tentokrát s úkolem – popište, co je na obrázku. Rozhovor se zaměřuje i na popis pacientovy terapie, tedy s kým pracuje, jak pracuje, co mu dělá potíže atd. Na závěr je požádán, aby podle předloženého plánu popsal cestu z jednoho bodu do druhého.

Charakteristika pacientova projevu

Jazykový projev pacienta je celkově srozumitelný, trpí anomii (jde především o substantiva), občasnou perseverací a poruchou opakování. Pacientovi k vyslovení pomáhá napsat intendované slovo. Často používá opis. Do svého projevu vkládá komentáře ke svým jazykovým problémům (např. „Vidíte, já nedokážu opakovat.“). Předložky má na rozdíl od výše uvedených studií zachovány, a to většinou i s korektním pádem. V jeho produkci se vyskytují četné elidované výpovědi, které ale mnohdy působí jako elipsa běžně užívaná v mluveném projevu⁴⁹. Elipsou jsou často postížena významová slovesa, zatímco modální a pomocná slovesa pacient zachová.

Př.: „že si nemůžu vůbec ... třeba lev jsem nemohl ...“

Poměrně často můžeme sledovat narušení shody predikátu a subjektu.

Př. 1: „**kočka viděl** toho asi **sežral vytáh** toho ryby toho ryb- rybu a sežral ji“

Př. 2: „No jo, ale nepochopil tu ...“ (JÁ)

Ve druhém případě můžeme uvažovat také o elizi pomocného slovesa.

Časté je i chybování v užití pádové vazby.

Př. „to je na **umytí podlahu**“

Chybuje-li pacient ve výběru slovesa, popřípadě slovesné vazby, často lze vysledovat kontaminaci dvou sloves či slovesných vazeb.

Př. 1: „Já jsem **si mluvil**, že to říkám, ale nikdo mi nerozuměl.“

Zde můžeme interpretovat záměr jako: Já jsem si říkal, že to říkám (dobře), ale nikdo mi nerozuměl.

Př. 2: „Ty ostatní se řvou.“ (rvát se / řvát)

Př. 3: „Děti si hrály fotbal“ (hrát si / hrát fotbal)

Př. 4: „Bavíme se a mluvíme se o tom“

Př. 5: „Oni se nauměj taky.“ (naučit / umět)

⁴⁹ Pro přesnější tvrzení by bylo nutné provést frekvenční analýzu a srovnat ji s analýzou mluveného projevu intaktní populace (např. s oporou o korpus mluvené češtiny).

Př. 6: „Jsem to ani nesnažil...“

Poslední příklad by bylo možné interpretovat kontaminací sloves *nesnažit se* a *nezkoušet* nebo pouze elizí zvratného zájmena *se*.

V otázce slovesného vidu je vzhledem k jeho sémantickým vlastnostem velmi těžké určit, zda sloveso v užitém vidu správně vyjadřuje záměr mluvčího. V uvedených příkladech bychom mohli uvažovat o chybně užitém vidu, s jistotou ale nemůžeme za chybný považovat žádný.

Př. 1: „Pán si nechal mejt boty.“

V tomto případě po vyslechnutí pacientova komentáře k obrázku, popisuje osoba provádějící rozhovor obrázek slovy „nechal si vyčistit“. Použil tedy perfektivní sloveso na rozdíl od pacienta, který použil imperfektivní sloveso.

Př. 2: „To je na umytí podlahu.“

Tuto větu můžeme interpretovat jako *To je na mytí podlahy*, kde se tedy přikláníme k užití imperfektiva, ale i použití perfektivního slovesa můžeme považovat za korektní.

Př. 4: „Ona pak šla z Prahy“

Tuto větu vzhledem ke kontextu interpretujeme jako *Ona pak odešla z Prahy*, ale jako kolokviální užití bychom jistě považovali za přijatelné i *Ona pak šla z Prahy*.

Př. 6: „On šel zpátky 1968.“

Kromě vynechané předložky *v / v roce*, bychom se v tomto případě podle kontextu, ze kterého vyplývá, že se (kolega) vrátil, spíše přiklonili k interpretaci věty *On přišel zpátky v roce 1968*.

Pokud jsou naše interpretace výpovědí správné, dochází u sledovaného pacienta k záměně imperfektivních sloves za perfektivní ve shodě s tvrzením Lehečkové (2001). Bohužel se rozhovor s pacientem zaměřoval spíše na vyjádření minulosti (v dotazech na předchozí život pacienta a v popisu videa, tedy co se stalo, co jste viděl na videu) nebo přítomnosti (co je na obrázku či dotazy na současný život), možností vyjádřit se v budoucnosti tedy pacient mnoho neměl. Pouze u jednoho obrázku použil dvakrát futurum a v obou případech gramaticky správně (k

vyjádření využil složené futurum imperfektivního slovesa). Kdybychom však měli k dispozici více materiálu, v němž pacient vyjadřuje futurum, mohli bychom sledovat, zda nezaměňuje formy vyjádření budoucnosti vzhledem k užitému slovesnému vidu, jako jsme to viděli výše v alternativní interpretaci ve studii Schmiedtové a Flanderkové (2012).

Vybrané metody terapie afázie

Cséfalvay a kol. (2007) tvrdí, že lingvisticky orientované terapie jsou určeny primárně pacientům s Brockovou afázií, kteří trpí nonfluentní produkcí a asyntaktickým porozuměním. Mezi postupy, které se již v terapii agramatismu osvědčily, uvádí autoři např. Program vizuálních klíčů (Visual cue programme). „Pro jednotlivé slovní druhy se používají různé symboly, například pro člen vysoký obdélník, pro sloveso ležící obdélník, pro předložku trojúhelník. Podstatná jména jsou zastoupena obrázky.“ (Cséfalvay a kol. 2007, str. 77). Takové postupy vizualizace větné struktury známe např. ze systému výuky psané angličtiny pro neslyšící zvaný MVL (Manipulative Visual Language)⁵⁰ Jimmyho Chalise Gorea patentovaného v roce 2009, tedy z výuky cizího jazyka. Obě tyto metody jsou ale postaveny na neflektivních jazycích, jejich užití pro češtinu je tedy sporné.

Dále můžeme jmenovat terapii redukovanou syntaxí (REST) používanou u pacientů s těžším stupněm Brockovy afázie. „Stimuluje se produkce agramatických a jednodušších kombinací s cílem rozšířit, ačkoli agramatickou, produkci pacienta. Pacient se učí kombinovat dvě anebo více slov do agramatické věty.“⁵¹ (Cséfalvay a kol., 2007, str. 77).

Využívá se také dějových obrázků, sémanticky orientovaných úloh (vyhledávání či produkce sloves podle popisované scény či předložených podstatných jmen). Pacientům může být poskytnut větný rámec, struktura vět, které jim dále slouží jako vzory pro generalizaci. Terapie silně

⁵⁰ Více k využití této metody ve výuce angličtiny pro neslyšící (i v českém prostředí) vizte Thornley, M., J., 2013.

⁵¹ Zde by bylo možné vidět podobnost s určitými tendencemi zjednodušit český mluvnický systém pro jinojazyčné mluvčí jeho agramatikalizací – např. Malinovský (1995): „Redukce“ gramatiky.

vycházející z generativní gramatiky se zakládají na úvaze, že: „...bude-li se terapie orientovat na určitý typ vět, výsledkem by mělo být zlepšení v porozumění či produkci daného typu, ale s použitím nového lexikálního materiálu (tedy věty jsou vytvořeny ze slov, která nebyla použita při nácviku). Generalizace by se měla promítnout i na nenacvičované typy vět, a to ty, které obsahují stejný druh přesunu. Na druhé straně by zlepšení nemělo být zaznamenáno v tom typu vět, který má odlišný způsob generování. Výzkumy, které uskutečnila Cynthia Thompsonová se svými kolegy (...), to potvrzují.“ (Cséfalvay a kol., 2007, str. 78).

Vedle výše popsaných přístupů zmiňuje Neubauer také terapii určenou k tlumení slovních perseverací. „Frekvence perseverací se snižuje při navození sebekontroly řečového projevu, proto se cílený terapeutický postup snaží o navození vědomé kontroly počátku vlastní mluvní produkce u osoby s afázií“ (Neubauer a kol., 2007, s. 145). V terapii se využívá především pojmenování obrázků či skutečných předmětů určité sémantické kategorie za pomoci terapeutových gest, grafického znázornění, fonémické nápovědy apod. (Neubauer a kol., 2007).

Mnohé z výše zmíněných postupů využívá také Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie. Jak uvádí Neubauer (2007), existují zdánlivě blízké procesy, které se ale ve skutečnosti opírají o funkci zcela odlišných mozkových oblastí a naopak, terapie se tedy zakládá na zapojování funkcí, které se dříve na realizaci poškozené funkce nepodílely. Užívané metody mají působit komplexně na celý funkční systém pacienta, nesoustředit se pouze na izolované funkce (Neubauer a kol., 2007).

Ačkoli výčet metod jistě není vyčerpávající, jak je vidět, metody jsou spíše orientované na celkové jazykové schopnosti pacienta, tedy obecně zlepšení komunikace, porozumění, produkce, grafomotoriky, vybavování slov apod. Metody, které by zohledňovaly lingvisty popsané deficity v projevech českých afatiků, jsme nedohledali.

Jazyk pacienta s afázií jako jazyk nerodilého mluvčího

Výše jsme popsali jazykové deficity v češtině pacienta s afázií. Následné shrnutí některých metod užívaných v terapii afázie bohužel ukázalo, že je velmi těžké nalézt metodu, která by sledovala lingvistický popis jazykového projevu pacienta a na lingvistických znalostech by přímo stavěla. Přirovnat češtinu pacienta s afázií k češtině nerodilého mluvčího je vzhledem k výše popsaným deficitům nasnadě. V obou případech jde o nabývání jazyka a v obou případech se mluvčí dopouštějí odchylek od projevu intaktních rodilých mluvčích. Ovšem nazývat odchylky v projevu nerodilého mluvčího deficity jako u pacienta s afázií by bylo v dnešní době přímo nevhodné.

Změna pohledu na chybu

Při nabývání cizího jazyka hovoříme spíše o „odchylkách“, případně „chybách“. Pohled na chybu se v jinojazyčném vyučování lety proměnil tak, jak to popisuje Hrdlička:

„V minulosti byla po celá staletí chyba oddělována od vlastního procesu učení se jinojazyčnému kódu, byla pokládána za defektní, a tudíž nežádoucí prvek (viz dále), bylo na ni pohlíženo především jako na neúspěch a na selhání mluvčího (s různě negativními důsledky). V rámci institucionalizované výuky cizího jazyka byla chyba mnohdy významným (ne-li rozhodujícím) hodnotícím kritériem řečové (ať psané, tak ústní) produkce mluvčího. V současnosti převládá v moderní lingvodidaktice trend zásadně odlišný, ba přímo protichůdný. Učení se jinojazyčnému kódu (i společenská komunikace prostřednictvím přirozeného jazyka) se totiž chápe jako specifický druh lidské činnosti. Výzkum se proto zaměřuje na analýzu průběhu dané aktivity a odborníci mimo jiné usilují o nalezení optimální a efektivní cesty k jejímu ovlivňování a řízení. Adekvátní rozbor chyby (její typologie a specifická výpovědní hodnota) se tak stává pro vyučujícího i pro jinojazyčného mluvčího cennou zpětnou vazbou a nenahraditelným zdrojem relevantních informací. K chybě se již nepřistupuje negativně, hodnotí se naopak jako přirozený jev, jako nevyhnutelná a integrální součást složitého procesu nabývání znalosti

jinojazyčného kódu, a to jak cestou učení se cizímu jazyku (learning), tak formou osvojování si cizího jazyka (acquisition).“ (Hrdlička in Šebesta, Škodová a kol., 2012, str. 101). K chybě se nyní přistupuje citlivěji, je považována za určité vývojové stádium při nabývání cizího jazyka a s rozvojem korpusové lingvistiky se analýzy projevů nerodilých mluvčích zaměřují také na jejich další jevy vedle chyb – např. na nadužívání či podužívání určitých gramatických struktur a vyhýbání se jim (Hrdlička in Šebesta, Škodová a kol., 2012).

Takové strategie komunikace má k dispozici i pacient s afázií. K jejich odhalení může přispět srovnání analýzy projevů afatických pacientů s mluvenými projevy intaktní populace.

V praktické části pak uvidíme, že někteří kliničtí logopedi pozorují určitá vývojová stadia chyby, hovoří dokonce o ustálení určitých tvarů v chronické fázi, které bychom mohli připodobnit k fosilizaci zmiňované v kapitole 4.

Moderní afaziologické přístupy se snaží jít podobným směrem jako teorie osvojování cizího jazyka. Zvláště pokud pracují na lingvistické bázi. Bývá přesto běžnou praxí, že jazykový projev pacienta s afázií je hodnocen na základě jeho srovnání s jazykovou normou (Lehečková, 2016). Ovšem srovnávat bychom měli podle Lehečkové (2016) především s projevem pacienta před vznikem afázie (i když jeho konkrétní doklady mnohdy nemáme k dispozici) a s vědomím rozdílu mezi psaným jazykem a mluveným. „Kognitivní neurologické přístupy si všímají hlavně psaného jazyka a produkce jednotlivých slov, zatímco lingvistika přispívá nejvíce k posouzení mluveného jazyka zejména spontánní řeči. ... Velkým přínosem pro posuzování afázie jsou vědomosti o autentickém užití mluveného jazyka. ... Ukázka z mluvených korpusů ... se na první pohled příliš neliší od příkladů afatické jazykové produkce.“ (Lehečková, 2016, str. 16).

Z lingvodidaktického hlediska můžeme rozdělit chyby např. podle Cordera na error a mistake. „Bylo by tedy užitečné od nynějška nazývat performanční chyby *mistakes*, uchováváje termín *error* pro systematické chyby žáků / studentů, ze kterých jsem pak schopni rekonstruovat jejich aktuální jazykovou znalost, tedy přechodnou kompetenci (*transitional*

competence). Mistakes neukazují nic z procesu jazykového učení. Ovšem problém říci, co je mistake a co je error v žákově projevu, je jedním z několika náročných úkolů v chybové analýze a vyžaduje mnohem propracovanější studium a analýzu, než které jsou chybám běžně věnovány. Žákovy errors pak poskytují záznam jazykového systému, který žák používá (tedy který se naučil) v konkrétním bodě kurzu (a je nutné zopakovat, že užívá systém, ačkoli ne ještě správný systém). Errors jsou příznačné třemi způsoby. Jednak pro učitele, kterému říkají, jak se žák zatím přiblížil k cíli a co mu následně zbývá se naučit, pokud provádí systematickou analýzu. Dále poskytují errors důkazy badatelům o tom, jak se jazyk učí či jak je osvojován, jaké strategie nebo postupy zapojuje žák při objevování jazyka. Za třetí (a v jistém smyslu je toto jejich nejdůležitější aspekt) jsou nepostradatelné pro žáka samotného, protože můžeme pohlížet na tyto chyby jako na nástroj, který žák používá k učení. Je to způsob, kterým žák testuje své hypotézy o povaze jazyka, který se učí. Chybování (*making of errors*) je tedy určitá strategie využívaná jak dětmi, které si osvojují svůj mateřský jazyk, tak i těmi, kteří se učí druhý jazyk.⁵² (Corder, 1967, str. 167). A my se můžeme směle domnívat, že i u pacientů s afázií lze uvažovat o chybách jako o určité strategii komunikace a podle toho s takovými chybami zacházet. I zde ovšem nastává problém, jak odlišit, kterých chyb se pacient dopouští v rámci kompetence a kterých v rámci performance. Důkladnější analýza pacientova projevu nejen v konkrétním bodě afázie, ale dlouhodobě sledující jeho vývoj, by možná

⁵² Vlastní překlad originálu: "It will be useful therefore hereafter to refer to errors of performance as *mistakes*, reserving the term *error* to the systematic errors of the learner from which we are able to reconstruct his knowledge of the language to date, i. e. his *transitional competence*. Mistakes are of no significance to the process of language learning. However the problem of determining what is a learner's mistake and what a learner's error is one of some difficulty and involves a much more sophisticated study and analysis of errors than is usually accorded them. A learner's errors, then, provide evidence of the system of the language that he is using (i. e. has learned) at a particular point in the course (and it must be repeated that he is using some system, although it is not yet the right system). They are significant in three different ways. First to the teacher, in that they tell him, if he undertakes a systematic analysis, how far towards the goal the learner has progressed and, consequently, what remains for him to learn. Second, they provide to the researcher evidence of how language is learned or acquired, what strategies or procedures the learner is employing in his discovery of the language. Thirdly (and in a sense this is their most important aspect) they are indispensable to the learner himself, because we can regard the making of errors as a device the learner uses in order to learn. It is a way the learner has of testing his hypotheses about the nature of the language he is learning. The making of errors then is a strategy employed both by children acquiring their mother-tongue and by those learning a second language." (Corder, 1967, str. 167)

odhalila jisté zákonitosti, kterými se obnova porušeného jazykového systému řídí.

Charakteristika projevu nerodilého mluvčího češtiny

Popsat jazykový projev v češtině nerodilých mluvčích obecně přináší ještě více komplikací, než zobecňovat jazykový projev pacientů s afázií. Jak již bylo zmíněno výše, ovlivňují jej mnohé faktory a není možné říci, co je obecně pro všechny osoby učící se češtinu jako druhý jazyk nejproblematictější jevem. Všichni studenti se potýkají s českou deklinací jmen, konjugací sloves, časy, slovesným videm a samozřejmě také slovní zásobou, českými předloškami, kvantitou samohlásek, s varietami češtiny apod. I zde vidíme styčné body mezi výukou češtiny jako cizího jazyka a terapií afázie, resp. agramatismu.

Podle Jamese (1998) nerodilí mluvčí obecně modifikují cílový jazyk ve svých výpovědích pěti způsoby⁵³: vynecháním⁵⁴, přidáním⁵⁵, chybným výběrem⁵⁶, chybným pořadím⁵⁷ a tzv. blends neboli hybridní kontaminací⁵⁸. I zde můžeme pozorovat shody s modifikacemi afatických mluvčích. Jak jsme uvedli výše, ti podle Lehečkové (2016) nejčastěji chybují vynecháním nebo nahrazením.

Vzhledem k typologické charakteristice češtiny mívají cizinci (resp. většinou Neslované) největší problémy právě se slovesným videm, s deklinačními paradigmaty, ale také se slovosledem české věty. Jde především podle Hrdličky o tzv. „neparalelení“ gramatické kategorie (Hrdlička, 2010, str. 96). Jak jsme viděli v popisu jazykových projevů pacientů s afázií, docházelo u nich k časté deflektivizaci, paradigmata české flexe tedy způsobují problémy oběma těmito skupinám. Naproti tomu slovosled v češtině pacientů s afázií (a podle Lehečkové (2016) i pořádek slov v projevech afatiků s jiným mateřským jazykem) zůstává zachován. Slovanští mluvčí se na druhou stranu potýkají s interferencemi ze svého

⁵³ Vlastní překlady originálu: „...omission, overinclusion, misselection, misordering and blending.“ (James, 1998, str. 150).

⁵⁴ Uvádí příklad: int(e)resting (James, 1998, str. 150).

⁵⁵ Uvádí příklad: fresh(er)men (James, 1998, str. 150).

⁵⁶ Uvádí příklad: delitouse místo delicious (James, 1998, str. 150).

⁵⁷ Uvádí příklad: littel místo little (James, 1998, str. 150).

⁵⁸ Uvádí příklad: the deepths of the oceans (depht + deeps) (James, 1998, str. 150).

L1, někteří tak nadužívají záporový genitiv, instrumentál, neadekvátně používají primární prepozice, kategorie čísla apod. (Hrdlička, 2010, str. 97).

Výsledky vycházející z Hrdličkovy (2010) výzkumné sondy mezi zahraničními bohemisty ukazují nejobtížnější mluvnické kategorie češtiny z pohledu cizojazyčných studentů češtiny. Mírně pokročilí i pokročilí se shodli na českých prepozicích a slovesném vidu (Hrdlička, 2010, str. 97).

Vlastní analýza projevu nerodilého mluvčího

Výše zmíněné problémy v produkci pacientů s afázií se nyní pokusíme doložit obdobnými případy v projevu cizince⁵⁹. K tomuto účelu využiji materiál svého soukromého studenta⁶⁰. Jde o rodilého mluvčího francouzštiny, který se učí češtinu ve francouzském prostředí z rodinných důvodů již více než rok. Ke srovnání využijeme jeho deníky, které píše jako cvičení psaného projevu. Uvědomujeme si, že jde opět pouze o případovou studii, navíc budeme srovnávat mluvený projev afatických pacientů s psaným projevem nerodilého mluvčího. Nebudeme se tedy snažit o zobecňování poznatků. Pro první vhled do problematiky nám ale takové srovnání postačí.

Jak je uvedeno výše, Schmiedtová a Flanderková (2012) jako jednu z prvních a nejzásadnějších odchylek v projevu afatika zmiňují deflektivizaci, tendenci neohýbat slovesa a jména. Stejně tak Lehečková (1986) uvádí užívání nominativních tvarů tam, kde mají být nenominativní. Nerodilý mluvčí, v jehož jazykovém projevu hledáme obdobné odchylky, ovšem užívá jiný pád, než ten, který vyžaduje vazba, ale rovněž jiný než nominativ. V konjugaci sloves se chyby v projevu tohoto nerodilého mluvčího objevují zřídka.

Př. 1: **V koláče** je “bob“ ... , kdo najde “bob“ **se stává král / královna** a musí **vybírat** královnu / **král**.

Př. 2: jako **v osmnácté** století

Př. 3: Myslel jsem, že kytky **umř**í za tři dny.

⁵⁹ Bylo by jistě užitečné provést detailní chybovou analýzu projevu pacienta s afázií v porovnání s chybovou analýzou nerodilého mluvčího. To ovšem není v rozsahu této práce možné, ani to není jejím cílem.

⁶⁰ Student podepsal informovaný souhlas s užitím tohoto materiálu. Pro udržení jeho anonymity uvádím v příloze pouze nevyplněný formulář.

Dále jsme podle Schmiedtové, Fladerkové (2012) a Lehečkové (1986, 2016) zmínili elizi pomocných sloves. Náš nerodilý mluvčí ovšem pomocná slovesa spíše přidával tam, kde nejsou potřebná. Při elizi pomocných sloves u pacientů s afázií zmiňují autorky výše uvedených studií možnost záměny vidu. K užívání slovesného vidu sledovaným nerodilým mluvčím se vyjádříme později.

Př.: Dneska ráno jsme **byli** probudili.

K elizi předložek uvádějí Schmiedtová a Flanderková (2012) a stejně tak i Lehečková (2001, 2016), že u českých afatických pacientů dochází spíše k jejich nahrazování, stejně jako u našeho nerodilého mluvčího. K chybování v předložkách dochází v jeho textech poměrně často, tento jev se zdá být ve shodě s tvrzením Hrdličky (2010) o náročnosti jevů v češtině pro nerodilé mluvčí. Také pro pacienty s afázií (především Brocovou) jsou předložky typickým symptomem (Schmiedtová, Flanderková, 2012).

Př. 1: Letenky **od** Paříže do Tokia

Př. 2: Budu cestovat **v** Japonsko

Př. 3: Lucka zná je **za** dvanáct let

Př. 4: Když jsem byl v depresi **o** práci

Chyby ve valenci se v projevech sledovaných afatiků objevovaly pouze zřídka, stejně tomu je i v projevu našeho nerodilého mluvčího.

Př.: Makám a makám a Lucka i Michelle nikdy nepomůžou.

Chybné užití času, shody predikátu a subjektu a shody mezi adjektivem a substantivem shledaly autorky jako okrajové v projevu jimi sledovaných pacientů. Náš nerodilý mluvčí častěji chyboval ve shodě mezi adjektivem a substantivem (ovšem většinu případů lze vysvětlit jako interferenci obecné češtiny) než ve shodě predikátu a subjektu. Chyby se objevují především v rodě shodného přívlastku ve shodě se zjištěním Lehečkové (1986) ohledně afatiků. Naproti tomu ale vhodný rod není u

nerodilého mluvčího nahrazován mužským rodem. Užití času (až na vid ve futuru) mu nedělá problém.

Př. 1: taky máme **nějaký dárky**

Př. 2: letiště jsou **stresové místa**

Př. 3: **Líbilo** se mu **ta práce**

Př. 4: Ale **bylo** mokrý **sníh** a nepadal dlouho

Stejně jako v projevu afatiků i v projevu nerodilého mluvčího převažuje slovesný způsob indikativ a slovesný rod aktivní. Užívá-li student pasivum, užívá jej jako naučenou frázi a nechybuje v ní.

Pacienti s afázií také podle Lehečkové (1986) často vynechávají funkční slova (již zmiňované pomocné sloveso, dále zvrtná zájmena a předložky). Stejně chyby můžeme vysledovat i u nerodilého mluvčího, především pokud jde o zvrtná zájmena.

Př. 1: Každé ráno přináším svůj notebook a můžu **vybrat**, kde chci si sednout.

Př. 2: **Sprchoval** jsem a šel jsem spát.

Př. 3: **Vrátil** jsem do Paříže a jsem musel **vrátit** do práce.

Problematicke vidu se výše zmíněné studie pacientů s afázií příliš nevěnují. Ve studii Schmiedtové a Flanderkové (2012) je zmíněn jako alternativní interpretace elize pomocného slovesa. Lehečková (2001) označuje vid jako jednu z kategorií, ve kterých sledovaní afatičtí pacienti chybovali nejméně. V projevu našeho nerodilého mluvčího však můžeme vysledovat četné případy chybného užití vidu.

Př. 1: Zítرا **budeme zůstatvat** doma a **zkoušet** pracovat na dálku.

Př. 2: Já budu vařit s hrncem, když nechce **použít** ho.

Př. 3: Doufám, že jestli nosím je často **budu si zvyknout** a bolest **bude končit**.

O kvantitě samohlásek se studie věnované afatikům nezmiňují vůbec. My analyzujeme písemný projev, a tak jsou tyto nedostatky jasně rozeznatelné a našemu nerodilému mluvčímu působí potíže. Velmi často

dochází k vynechání čárek, ale výjimečně také k redundantnímu užití diakritiky.

Př. 1: Potom jsme odešli a **zazpivali** jsme koledy sousedům a **kamaradům**.

Př. 2: na **navštěvu**

Př. 3: **Naštěsti** v pět jsem viděl zlaté prasátko

Př. 4: Na **podžím**

Jak je vidět z uvedených příkladů, lze vysledovat nemálo podobností v projevu nerodilého mluvčího a projevu pacienta s afázií. Lze se tedy domnívat, že materiály užívané pro nerodilé mluvčí by s určitými úpravami mohly být využitelné i při terapii afázií a vzhledem k jejich nedostatku v afaziologii zřejmě přímo žádané. Na to, jak tuto možnost vidí samotní kliničtí logopedi, se podíváme v praktické části. Jaké materiály mají kliničtí logopedi k dispozici a jaké materiály existují pro výuku češtiny jako cizího jazyka, uvedeme v následující kapitole.

6. Materiály v terapii afázií a materiály ve výuce češtiny pro cizince

V této kapitole se zaměříme na materiály využívané při terapii afázií a posléze na materiály pro výuku češtiny jako cizího jazyka. Všimneme si především jejich styčných míst, tedy oblastí, ve kterých jedna disciplína využívá (či může využít) materiály druhé a naopak. Vzhledem k našemu zaměření na agramatismus v afázii se budeme soustředit spíše na textové materiály. Stranou ponecháme také materiály pro alternativní a augmentativní komunikaci, o kterých jsme se zmiňovali v kapitole 5.

Materiály užívané v terapii afázií

Pomůcky pro terapii pacientů s afázií klasifikuje Kiml (1969, str. 213) následovně:

1. předměty denní potřeby u lůžka nemocného
2. hračky, stavebnice, miniaturní modely,
3. obrázkové materiály (slovníky, soubory obrázků z různých oblastí, situační obrázky, katalogy, časopisy, knihy, leporela)
4. živá abeceda (obrázek a počáteční písmeno pojmenování předmětu)
5. písmena a slabiky (určené k procvičování slabik, slov, vět)
6. číslovky a čísla
7. slabikář
8. čítanka
9. říkadla
10. zpěvník
11. zrcadlo, jazyková lopatka, logopedická sonda
12. magnetofon
13. záznamový sešit.

Ačkoli nám tato klasifikace může dobře posloužit pro obecný přehled materiálů užívaných v terapii afázií, kde se vedle jazykových materiálů

vyskytuje i velké množství nejazykových, je nutné podotknout, že je spíš ukázkou toho, že nedostatek materiálů určených speciálně pro terapii afázií je (či vzhledem k datu vydání této publikace snad spíše býval) kompenzován učebnicemi pro žáky základních škol, slabikáři, dokonce se využívají i hračky a další předměty a materiály s infantilní tematikou, která dospělé pacienty s afázií může přímo deprimovat.

Švejsová (2009, str. 48) ve své práci uvádí přehlednou tabulku materiálů pro terapii afázií, ve které již můžeme vidět více jazykového materiálu vhodného pro dospělé pacienty, a dokonce zmiňuje i učebnice pro výuku českého jazyka pro cizince, dále také učebnice češtiny pro děti se sluchovým postižením a materiály pro alternativní a augmentativní komunikaci.

		Tištěné materiály a předměty	Multimediální materiály
1. Přirozený materiál		Př. vybavení pokoje pacienta, oblečení kolemjdoucích lidí	Př. vysílání zpráv rozhlasových a televizních zpráv
2. Obecné logopedické pomůcky		Př. záznamový arch – záznam terapeutického setkání, individuální terapeutický plány, zrcadlo, logopedická sonda	Př. Zvuková nahrávka terapeutického setkání, videonahrávka
3. Nеспециализované materiály		Př. časopisy, knihy, jízdni řády, mapy, fotoalba, památníky, hry pro jednotlivce, společenské hry, učebnice pro výuku českého jazyka pro cizince⁶¹ , materiály pro skupinovou terapii, psychoterapeutické hry a programy	Př. rozhlasové a televizní pořady, internet, různé počítačové programy a hry
4. Specializované materiály	narušená komunikační schopnost	Př. Obrázkové slovníky pro děti se sluchovým postižením, některé materiály pro reedukaci řeči u dětí, pomůcky používané při alternativní a augmentativní komunikaci	Př. Počítačové programy pro rozvoj komunikace, komunikátory, globální slabikář, počítačové pomůcky
	afázie	Př. Portfolium, obrázkové slovníky pro afatiky, textové cvičebnice pro afatiky	Př. Počítačové programy pro afatiky, počítačové obrázkové slovníky

Tabulka 2

Také Majerová (2016) dokládá užívání učebnic pro cizince a učebnic pro sluchově postižené žáky v terapii svých pacientů, zejména jde ale o pacienty s vývojovou anartrií, kteří většinou plní povinnou školní

⁶¹ Doplňujeme zvýraznění pro tuto práci podstatného bodu.

docházku. Proto Majerová využívá všech dostupných materiálů, aby si nakonec vytvořila vlastní podle potřeb svých pacientů – studentů, protože i přes rostoucí zájem o problematiku jazykových patologií materiálů k terapii je podle ní stále nedostatek (Majerová, 2016). Majerová tedy spojuje různé postupy terapie a výuky češtiny jako mateřského jazyka, který se dostává studentům při jejich každodenní školní docházce, spolu s postupy (a materiály) výuky češtiny jako cizího jazyka. K tomu dodává: „Došla jsem k názoru, že hlavním principem, který musím prolnout s principy výuky češtiny jako L2 a který s principy výuky češtiny jako L2 značně koresponduje, je neustálé rozkrývání systémové stránky jazyka, a to na všech jazykových rovinách.“ (Majerová, 2016, str. 129).

Stolínová (2008, str. 64) ve své práci uvádí několik údajně nejužívanějších materiálů v logopedické praxi u nás:

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

Zda tyto materiály užívají i námi oslovení kliničtí logopedi, budeme mimo jiné zjišťovat v praktické části. Stolínová (2008) také uvádí, že se ve své praxi setkala s logopedy, podle jejichž názoru je možné provádět efektivní terapii pouze s papírem a tužkou, nevyužívají tedy žádné speciální materiály, i když o nich vědí. To ale Stolínová nepovažuje za vhodné (Stolínová, 2008. str. 72).

Textové materiály k terapii afázií jsou také k dispozici ke stažení na webových stránkách Fakultní nemocnice Brno⁶², kde najdeme především krátké a jednoduché texty s otázkami na porozumění či křížovky. Několik spíše diagnostických materiálů je dostupných rovněž na stránkách Asociace klinických logopedů⁶³.

⁶² <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/material-k-terapii-afazie-alexie-a-agrafie/t4561> [3. 5. 2017]

⁶³ <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=odbornici--materialy-diagnostika-terapie> [3. 5. 2017]

S rozvojem IT je možné využívat v terapii také různé softwary, aplikace na tablet i smartphone. Více se o nich zmíníme v praktické části.

Materiály ve výuce češtiny jako cizího jazyka

Nyní jen zhruba nastíníme, jaké možnosti jazykových materiálů mají učitelé češtiny jako cizího jazyka. Lektori využívají materiály textové i netextové (obrázky, internet, reálné předměty, hudba, film, apod.). Textovým materiálem, který převládá jako prostředek vzdělávání i sebevzdělávání, je v první řadě učebnice (Kalhous, Obst a kol., 2002, s. 143), učebnice. Učebnice (cizího) jazyka bývá hlavním zdrojem studentova poznání a zároveň může sloužit jako metodický návod pro učitele (Hendrich, 1988). V učebnici jde především o prezentaci učiva verbálním, obrazovým či kombinovaným způsobem. Součástí učebnice může být také slovníček⁶⁴, souhrnné tabulky a schémata či ilustrace doprovázející výklad (Hendrich, 1988). Učebnice mohou být pouze na bázi češtiny, nebo překladové, kde některé úseky (např. vysvětlení mluvnického učiva, zadání úkolů apod.) jsou přeloženy do mateřského jazyka studenta nebo světového jazyka (nejčastěji tedy anglicky). Většina současných učebnic vychází pouze v překladu – jazykové mutaci⁶⁵ a nezohledňuje tedy specifika mluvčích různých jazyků (např. Slované vs. Neslované).

Některé učebnice vycházejí spolu s cvičebnicí – pracovním sešitem, ve kterém se zaměřujeme na procvičení nabytého učiva, řada učebnic pro výuku češtiny jako mateřského jazyka navíc spolu s čítankou. Čítanky, respektive soubory textů přizpůsobených jinojazyčným mluvčím, nalezneme i v nabídce textových materiálů pro výuku češtiny jako cizího jazyka⁶⁶. Tyto texty (stejně jako texty v učebnicích) bývají doprovázeny i jejich audiozáznamem na přiloženém CD. Dále lze při výuce češtiny pro

⁶⁴ Česko-anglický (např. New Czech Step by Step) či v jazyce mluvčích, pro které je učebnice určena.

⁶⁵ Např. učebnice Chcete mluvit česky existuje v anglické, německé, francouzské, španělské, italské, ruské, polské, ukrajinské i vietnamské verzi.

⁶⁶ Např. Česká čítanka Ilony Kořánové, Nerudovy Povídky malostranské v adaptaci Lídy Holé a další.

cizince využít konverzační příručky, mluvnické příručky, reálný materiál (časopisy, videa, písně, formuláře apod.) a materiál, který si připraví lektor sám podle potřeb studentů.

Vyčerpávající seznam dostupných učebnic češtiny nalezneme např. na webových stránkách Inkluzivní školy⁶⁷ nebo Češtiny ve světě⁶⁸. Zde můžeme vidět i další jazykové materiály užívané ve výuce češtiny jako cizího jazyka, ovšem speciálně připravené pro jiné skupiny. Jde např. o logopedický materiál užívaný ve výuce češtiny jako cizího jazyka při nácviku správné výslovnosti, čtení pro předškolní děti, které je vhodné samozřejmě pro nerodilé mluvčí v dětském věku, dále učebnice češtiny pro neslyšící, ze kterých je možné využít především zkrácené a zjednodušené texty, ale také učebnice přírodovědy a vlastivědy, které slouží spíše jako komunikační materiál nebo podklad pro výuku reálií.

Podle průzkumu Poulkové (2014) se na předních příčkách užívaných učebnic vyskytuje Čeština pro život autorky Nekovářové (2008), New Czech Step by Step Lídy Holé (2012), Communicative Czech Reškové a Pintarové (2006) a Čeština hrou (Czech for fun) od Kresin, Kořánové, Subak-Kaspar a Kašpara (2000). Druhou zmíněnou, tedy New Czech Step by Step, uvádí i Majerová (2016) ve výčtu materiálů, které používá při terapii svých pacientů s jazykovými patologiemi.

Ve výuce češtiny jako cizího jazyka se samozřejmě využívá také IT, které jsou v současné době koncentrovány především do e-learningových metod. K dispozici jsou i mobilní aplikace pro výuku češtiny jako cizího jazyka (známá je např. aplikace Duolingo, která již nabízí i verzi pro češtinu jako cizí jazyk), stejně jako u aplikací pro afatiky se ale zaměřují většinou na lexikální stránku jazyka.

Jak můžeme vidět v této kapitole, afaziologie a lingvodidaktika v českém prostředí využívají styčných ploch i v otázce materiálů, a to v obou směrech. Kliničtí logopedi pátrají v učebnicích češtiny a učitelé češtiny pro cizince naopak v logopedických materiálech. Zde se potvrzuje „specializace“ obou oborů. Klinická logopedie, navazující na logopedii

⁶⁷ <http://www.inkluzivniskola.cz/cestina-jazyk-komunikace/ucebnice> [7. 3. 2017]

⁶⁸ <http://ucimecesky.wordpress.com/> [7. 3. 2017]

pedagogickou (tedy logopedii jakožto disciplínu speciální pedagogiky), se zaměřuje na foneticko-fonologickou stránku a ve vyšších jazykových rovinách hledá oporu v lingvodidaktických materiálech. Naproti tomu lingvodidaktika, vycházející z dnes již překonaných metod drilu morfologických a syntaktických pravidel učeného jazyka, využívá logopedický materiál při zaměření se na foneticko-fonologickou stránku jazyka. Toliko teoreticky k materiálním možnostem terapie afázií. Jak se tato teorie aplikuje prakticky, budeme zjišťovat v praktické části.

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíl

Cílem praktické části je zjistit, zda jsou učebnice pro cizince používány českými klinickými logopedy v terapii afázií. Pokud ano, tak, jakým způsobem je respondenti využívají, co je podle jejich názoru na takových učebnicích pro terapii afázií vhodné a co nikoli. V opačném případě nás zajímá, zda by podle respondenta bylo možné takové učebnice využít, jakým způsobem a s jakými případnými úpravami. Jde o první vhled do této problematiky, proto provedeme kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru.

2. Metoda

Na počátku práce jsme zvažovali využití dotazníkového šetření mezi klinickými logopedy. Po zvážení nevýhod této metody jak z našeho hlediska, tak z hlediska klinických logopedů, jsme se nakonec rozhodli pro strukturovaný rozhovor. Disman podává shrnující tabulku výhod a nevýhod těchto dvou metod, kde tučně zvýrazňuje pozitivní rysy každé z nich (Disman, 2002, str. 141).

Rozhovor	Dotazník
Velice pracná a nákladná technika sběru informací.	Vysoce efektivní technika, která může postihnout veliký počet jedinců při relativně malých nákladech
Rozhovor je časově velice náročný. Získat informace v rámci určitého časového limitu může být velice nákladné a často i nemožné.	Dotazník umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase a s poměrně malým nákladem.
Rozhovor vyžaduje spolupráci dosti velkého počtu alespoň částečně vyškolených tazatelů v terénu.	Spolupracovníci v terénu jsou nezbytní jen někdy (při použití osobně rozdělovaných a sbíraných dotazníků). Požadavky na jejich zaškolení jsou nízké.
Výzkum na prostorově rozptýleném vzorku je nákladný.	Náklady šetření na rozptýleném vzorku jsou relativně nízké.
Anonymita výzkumu je pro respondenty málo přesvědčivá.	Anonymita je relativně přesvědčivá.
Rozdíly mezi tazateli a rozdíly v jejich chování mohou vyvolat „interviewer	Formální shodnost podnětové situace je vysoká; „interviewer bias“ je prakticky

bias“.	vyloučen.
Rozhovor klade menší nároky na iniciativu respondenta, pro respondenta je obtížnější vynechat odpovědi na některé otázky.	Dotazník klade vysoké nároky na ochotu dotazovaného, je snadné “přeskočit“ otázky nebo neodpovědět vůbec
V rozhovoru je téměř jisté, že dotazovaná osoba je ta, která byla vybrána do vzorku.	U dotazníku je možné, že otázky byly zodpovězeny jiným členem rodiny, nebo, a to častěji, celým rodinným týmem.
Proporce úspěšně dokončených rozhovorů je podstatně vyšší než návratnost dotazníku.	Návratnost je velice nízká. S výjimkou některých speciálních případů je tak nízká, že jakákoli reprezentativnost vzorku je ztracena.

Tabulka 3

Metodu rozhovoru jsme vybrali především z důvodu nevýhody nízké návratnosti dotazníků a potřeby dobře objasnit otázky, případně se na ně znovu doptat tak, abychom respondenta přiměli k přesnější odpovědi. I samotní respondenti toto často zmiňovali a rovněž ocenili vyšší iniciativu tazatele v porovnání s dotazníkovým šetřením. Dostávají prý týdně několik žádostí o vyplnění dotazníku, na většinu takových žádostí ale kvůli pracovní vytíženosti nedokáží odpovědět. Rozhovor je ale zaujal. A protože bylo avizováno, že se práce týká materiálů, s jejichž nedostatkem se neustále potýkají, většina oslovených spolupráci přímo vítala. Na druhou stranu však z důvodu vysoké časové náročnosti této metody pracujeme s malým množstvím respondentů. Tuto nevýhodu si však uvědomujeme a na rozdíl od návratnosti případných dotazníků s ní můžeme počítat již od začátku.

Problém s dalším vyškoleným tazatelem nenastal, protože všechny rozhovory vedla autorka práce. Proto se nemusíme potýkat ani s rozdíly mezi tazateli, které by zapříčinily odlišné odpovědi. Metoda rozhovoru na druhou stranu poskytuje možnost individuálnějšího přístupu jak tazatele, tak respondentů, a tak se stávalo, že některý logoped se více věnoval jedné otázce, zatímco další jiné, i přesto, že se autorka snažila dalším doptáváním tyto rozdíly zmenšit. Někteří logopedi dodávali své další zkušenosti z jiných pracovišť či inspiraci z odlišných oborů. Jejich zkušenosti a celková bližší specifikace profesní praxe může pomoci při hledání souvislostí mezi odpověďmi.

Náš výzkum nebyl prostorově rozptýlený, všechny rozhovory probíhaly v Praze, ačkoli to nebyl původní záměr. Respondenti byli vybíráni, respektive oslovováni, na základě tzv. metody sněhové koule. To podpořilo i četnost pozitivních odpovědí (každý respondent obdržel osobní e-mailovou prosbu o rozhovor s odkazem na osobu⁶⁹ či instituci⁷⁰ více či méně blízkou). Abychom zmírnili zkreslení vlivem souvislostí, vztahů mezi respondenty či jejich jinou propojeností, vybrali jsme alespoň prvotní vzorek různorodý (srov. Disman, 2002, str. 114).

Všichni respondenti vyplnili a podepsali informovaný souhlas, jehož formulář uvádíme v příloze. Pro zajištění jejich anonymity prezentujeme odpovědi podle tematických celků.

3. Respondenti

Všichni oslovení respondenti jsou praktikující kliničtí logopedi při nemocničním zařízení nebo v samostatné ambulanci, kteří tedy splnili výše popsané stanovené vzdělání. S výjimkou dvou respondentů, kteří se připravují na poslední atestační zkoušky. Všichni respondenti mají ve své péči pacienty s afázií, jejich počty se ale liší. Nejvíce afatických pacientů mají v péči logopedi při nemocničních zařízeních, kde jde především o terapii v akutním stádiu, případně raně chronickém.

Jak již bylo popsáno výše, respondenti byli oslovováni na základě metody sněhové koule. Vzhledem k možnostem diplomové práce jsme se rozhodli oslovit deset respondentů, z nichž sedm odpovědělo kladně a rozhovorů nakonec proběhlo šest.

⁶⁹ Např. doporučení od známého klinického logopeda.

⁷⁰ Např. odkaz na předchozí spolupráci s Filozofickou fakultou Univerzity Karlovy.

4. Průběh rozhovorů

Rozhovory probíhaly na pracovištích respondentů, tedy na neurologických odděleních nemocnic, vlastních ambulancích a v jednom případě v soukromém prostoru respondenta. V závislosti na ochotě a časových možnostech respondenta trval rozhovor tři čtvrtě hodiny až hodinu a půl. Rozhovory byly vedeny polostrukturovaně podle připravených otázek s možností doptat se na další podrobnosti, zopakování a konkrétnější vysvětlení otázky apod. a rovněž individuálně s výjimkou jednoho případu, kdy v rámci jednoho rozhovoru odpovídali dva respondenti z jednoho pracoviště a vzájemně se doplňovali či konfrontovali své zkušenosti a názory. Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrány pro snazší a detailnější zpracování odpovědí. Formulář tohoto souhlasu je součástí přílohy.

Respondentům bylo položeno jedenáct otázek či spíše okruhů otázek týkajících se jejich profesní praxe (motivace, délka, pacienti, průběh práce, metody), jazykových problémů, které sledují u pacientů s afázií, resp. s agramatismem a následně materiálů, které používají v terapii. Odpovědi k materiálům byly různého typu. Někteří respondenti jmenovali konkrétní materiály, jiní mluvili spíše obecně. Rovněž v kvantitě materiálů byly značné rozdíly. Zároveň jsme zkoumali, zda i naši respondenti využívají materiály, které Stolínová označuje za nejpoužívanější (Stolínová, 2008). Na závěr byla předložena učebnice a pracovní sešit *New Czech Step by Step* Lídy Holé (2012) k samostatnému prolistování. Tuto učebnici jsme vybrali z několika důvodů. Je dokládána jako jedna z nejužívanějších učebnic češtiny pro cizince (Poulová, 2014). Majerová ji zmiňuje ve své disertační práci jako materiál, se kterým pracuje se svými pacienty / žáky s fatickými poruchami (Majerová, 2016). Je to učebnice, která deklaruje komunikativní přístup (Holá, 2012) a v neposlední řadě je to učebnice, se kterou má autorka práce největší zkušenost. Následně bylo poukázáno zvláště na kapitolu deset s tématem „Cestujeme“ a gramatickým učivem genitiv a s ním nejčastěji užívané předložky místa, které jsou graficky znázorněny (to byl také důvod výběru této kapitoly) a doplněny cvičeními typu „gaps filling“, spojovacími

cvičeními a krátkým textem. Kapitola obsahuje i přehledy slovních tvarů v tabulkách. Dále jsme v souladu s užším zaměřením práce na slovesný vid poukázali na kapitolu dvanáct s tématem „Domácí práce“ a gramatickým tématem slovesným videm. Kapitola obsahuje krátký text, ve kterém se střídají slovesa stejného významu, ovšem s opačným videm, cvičení s obrázky na doplnění vhodné formy slovesa, cvičení s obrázky, ve kterém je nutné tvořit celé věty, doplňovací cvičení se dvěma větami v každém úkolu, kde je nutné rozhodnout, zda doplníme předepsané perfektivum či imperfektivum, a jedno cvičení na rozeznávání významového rozdílu mezi větami s užitým imperfektivem a perfektivem. Celá kapitola zpracovává téma slovesného vidu v minulém čase. Budoucí čas se probírá až v následující kapitole, což je zřejmě i strategie zařazení slovesného vidu právě na tomto místě. Stejným způsobem bylo poukázáno na cvičení v pracovním sešitě. Respondentům byla položena otázka, zda si dokáží představit použití tohoto (či podobného) materiálu v terapii afázií a proč. Dále jsme se ptali na jejich názor ohledně případných úprav, které by navrhovali, aby byly materiály vhodnější pro terapii. Zajímalo nás i to, co hodnotí respondenti na předložených materiálech jako užitečné pro jejich práci.

Kompletní seznam otázek uvádíme níže. Jejich formulace i posloupnost byla při rozhovoru upravena tak, aby rozhovor působil na respondenta co nejpřirozeněji a dal mu co největší prostor se vyjádřit.

- 1) Jaká byla Vaše cesta k práci klinického logopeda? (Motivace, vzdělání, kariéra, délka praxe apod.)
- 2) S jakými pacienty nejčastěji pracujete? (Afázie či jiné, jaké typy afázie, dospělí, děti, akutní, chroničtí.)
- 3) Jak se k vám pacienti dostanou, kdo je posílá, chodí i sami, jak dlouho potížemi obvykle trpí, jak dlouho bývají u vás v péči, mění terapeutky?
- 4) Jak probíhá Vaše práce s pacientem?
- 5) Pracujete nějakou konkrétní popsanou metodou? Vycházíte z nějaké metody při své práci? (Co se vám osvědčilo / neosvědčilo?)
- 6) Pracujete s klienty, kteří trpí agramatismem?

7) Jaké nejčastější problémy klientů s agramatismem sledujete? (Se zaměřením na sloveso.)

(Které typy potíží pokládáte za nejvážnější, pro klienta nejvíce nepříjemné / handicapující.)

8) Zaměřujete se nějakým způsobem přímo na slovesa? Pokud ano, na co konkrétně a jak, s jakými materiály pak pracujete?

9) Jaké materiály používáte? (Dostupné na pracovišti, samostatně připravené, individuálně připravené pro každého pacienta, dostupné metodické příručky, učebnice češtiny pro ZŠ, učebnice vlastivědy pro ZŠ, učebnice češtiny pro cizince, jazykové příručky, obrázkové slovníky, upravené jazykové materiály z učebnic – jak upravené?)

+ Používáte některý z níže uvedených materiálů?:

- Obrázkový slovník pro afatiky (Truhlářová, 1984).

- Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie (Mimrová, 1998).

- Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií (Čecháčková, 1998).

- Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2003).

10) Používáte při terapii učebnice češtiny pro cizince? Používá je některý Váš kolega? Domníváte se, že by bylo možné je v terapii afázií použít?

11) Využil/a byste některé části z těchto předložených materiálů ve Vaší praxi? Proč ano, proč ne. Co je na nich ne/vhodné?

5. Vyhodnocení odpovědí

Pro zajištění větší anonymity respondentů a ucelenější pohled na jednotlivé otázky shrnujeme odpovědi tematicky. Bude-li to některá oblast vyžadovat nebo přinese-li to zajímavou informaci, usouvztažíme ji s dalšími vybranými.

Logopedická praxe respondentů

Motivací pro výběr povolání klinického logopeda byla pro všechny respondenty nějaká osobní zkušenost s touto profesí (např. stáž při střední zdravotnické škole, klinický logoped nebo pacient s fatickou poruchou v rodině či blízkém okolí).

Délka praxe respondentů se pohybuje od čtyř let až po téměř dvě desetiletí.

Čtyři respondenti pracují na neurologickém oddělení nemocnice (náplní jejich práce je i docházet na ostatní oddělení, kde jsou hlášeni pacienti s fatickou poruchou či s dysfágií⁷¹ a v menší míře ambulantní pacienti, kteří přešli z akutní péče daného zařízení) další dva mají vlastní ambulantní praxi. Všichni respondenti pracují více či méně s pacienty s afázií (nejčastěji pokud vykonávají terapii v nemocničním zařízení), ale mají také zkušenosti s dětskými pacienty z jiných zařízení či z předchozí praxe. Dva respondenti mají zkušenosti i s velmi dlouhou chronickou fází pacientů – až několik let terapie. Tři logopedi čerpají také ze zkušeností s neslyšícími, jimž se buď věnovali v minulosti, nebo se jejich praxe k tomuto tématu obrací nyní. To koresponduje s akademickou přípravou klinických logopedů, jejichž povinností je splnění magisterského studia oboru Speciální pedagogika se specializací Logopedie a surdopedie. Jeden z respondentů ale nepokládá tuto přípravu za dostatečnou pro praxi i následné atestační studium a tvrdí, že výrazná část jeho přípravy spočívala vždy spíše v postgraduálním samostudiu. To souvisí i s otázkou ukotvení oboru Klinická logopedie v České republice, kterou jsme my již nastínili v kapitole 2, a naši respondenti se k ní také vyjadřovali. Propagace a osvěta ohledně oboru a jeho náplně je podle nich nedostatečná a mnohdy ústí i v neuspokojivou spolupráci s lékařskými pracovníky nemocnic. Ti pak nevyhledávají logopedickou péči pro své pacienty z ostatních oddělení mimo neurologii dostatečně včas.

⁷¹ Porucha polykání (<http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysfagie>) [3. 5. 2017]

Pacienti respondentů

Čtyři respondenti se své praxi věnují převážně dospělým pacientům se všemi druhy afázií, s dysartrií, alexií, agrafií, dysfágií, ale i s lidem s neurodegenerativními chorobami, jejichž důsledkem je i fatická porucha. Další dva respondenti mají ve své péči především děti s vývojovou dysfázií, dyslálií⁷² apod. a věnují se screeningu v předškolních zařízeních. Pracují ale i s afatickými pacienty, jde však spíše o dlouhodobou ambulantní spolupráci. My se zaměříme na zkušenosti s dospělými afatiky, bude-li to pro téma práce zajímavé, zmíníme i postřehy z jiných praxí respondentů. Zajímavostí je, že podle tvrzení některých respondentů existuje velké množství pacientů s dysartrií⁷³, ale v péči jich mají minimum, protože prý tito pacienti jsou po odeznění akutní fáze v podstatě spokojeni se svým stavem, nezpůsobuje jim sociální izolaci, a tak terapii sami předčasně ukončují.

Práce respondentů s pacientem

Respondenti z nemocničních zařízení uvádějí, že přicházejí do styku s pacientem, co nejdříve to jeho stav dovolí. Záleží především na tom, zda je či není pacient při vědomí. Pokud je to možné, navštěvují ho již v den přijetí na lůžkové oddělení neurologie či jiné části nemocnice, případně druhý až třetí den. Probíhá diagnostika pacienta, v níž přednostní je vyšetření polykání a posléze jednoduché a krátké diagnostické testy jazykového porozumění a produkce. Tato vyšetření trvají maximálně několik minut a v případě potřeby se provádějí po částech především z důvodu pacientovy vysoké unavitelnosti. Někteří respondenti testy opakují pro sledování pacientova pokroku, jiní si vedou své vlastní záznamy. Podle některých respondentů není až tak důležité určit přesný

⁷² Dyslálie je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem z jiných důvodů než neurogenních, např. kvůli tvoření hlásky na nesprávném místě nebo nesprávným způsobem. (<http://klinickylogoped.com/index.php/deti/dyslalie> [29. 4. 2017]).

⁷³ Dysartrie vzniká nejčastěji v důsledku obtíží v neuronálním řízení motorických řečových mechanismů, manifestuje se různě závažnými poruchami artikulace (Neubauer, in Škodová, Jedlička a kol., 2003, str. 303-306).

typ afázie (zvláště zpočátku), protože obraz pacientovy poruchy se v prvních dnech i týdnech výrazně mění. Postup terapie záleží podle respondentů na kvantitě porušení fatických funkcí, ale samozřejmě i kvalitě. V případě naprosté ztráty je potřeba přejít k určité formě alternativní komunikace, uklidňovat pacienta i rodinu, protože takové stavy se většinou v několika dnech výrazně zlepšují, a trénovat porozumění. Jeden respondent zdůrazňoval své zaměření na expresivní složku řeči s odůvodněním, že receptivní se následně sama a rychle rehabilituje, jiný naopak klade důraz na receptivní složku s důvodem, že její poruchy se nedemonstrují tak jasně, ale pro pacienta jsou více omezující.

V porozumění i produkci se podle respondentů obvykle začíná jednoduchými automatickými řadami (jako počítání do deseti, vyjmenování dnů v týdnu, měsíců v roce, ...), následně může přijít na řadu zpěv lidových či jiných zautomatizovaných písní, básní, pořekadel apod. Všichni respondenti se shodují v názoru, že je potřeba nalézt takový „jazykový prostor“, ve kterém se pacient cítí dobře a kde zažije úspěch, a na něm pak stavět jazykovou terapii. Dále se terapie orientuje na pojmenování předmětů, obrázků, apod., přitom výchozím bodem je vlastní tělo pacienta, tedy trénování tzv. somatognózie i např. cvičení paměti. Nastupuje také spolupráce s rodinou či blízkými osobami, které se v ideálním případě podílejí na terapii podle pokynů klinického logopeda. Terapie pak postupuje v souladu s jejím cílem. Záleží tedy, zda a v jakém oboru pacient pracoval, jestli se do zaměstnání hodlá vrátit a zda mu to jeho zdravotní stav dovolí, také na jeho kognitivních schopnostech a v neposlední řadě i jeho motivovanosti. Terapie se pak zaměřuje na různé úrovně rehabilitace komunikačních schopností na ose od minimální schopnosti sebeobsluhy (domluvit se o vlastních potřebách, u lékaře, v obchodě, o jednoduchých tématech s rodinou) až po absolutní ovládnutí jazyka pro fungování v zaměstnání (např. jako učitel nebo jiný pracovník, jehož verbální projev je nedílnou součástí náplně práce). V dalších fázích terapie jde už podle našich respondentů o detailnější diagnostiku a komplexnější jazykovou problematiku, kde respondenti již využívají různé jazykové i nejazykové učebnice. Tomu se ale budeme věnovat v dalších tématech této kapitoly.

Součástí práce některých respondentů v nemocnicích jsou i masáže orofaciálního svalstva a relaxační cvičení. Podle jejich slov jsou pacienti velmi křečovití jednak lézí a také stresem ze svého zdravotního stavu, což samozřejmě brání i terapii fatických funkcí. V rámci terapie se rehabilituje i psaní a s ním spojený úchop, často také dochází k přeučování praváku na levou ruku, kvůli zasažení levé hemisféry a tedy paréze pravé ruky.

Respondenti mimo nemocniční zařízení přicházejí do kontaktu s pacientem většinou až po několika týdnech, když je celkově (vyjma jazyka) dostatečně rehabilitován a propuštěn z nemocnice. Svou práci začínají vlastním testováním. Terapie pak postupuje podobně jako terapie v raně chronické fázi v nemocničním zařízení.

Otázku ohledně metod používaných v terapii afatických pacientů zodpovídali respondenti velmi obecně. Nejčastěji byly zmiňovány metodiky Cséfalvaye, Čecháčkové, Klubu Afasie či jejich výběr a vlastní osvědčené metody, vše vždy individuálně přizpůsobené každému pacientovi. Většina logopedů se shoduje na zjištění, že obrazy jednotlivých afází se mění i co se týče jednotlivých pacientů, získávají tak často pocit, že pro každého afatika se musí vytvářet vlastní metody. Naproti tomu vývojové dysfázie u dětí se podle respondentů projevují v podstatě vždy stejně, a tak i terapie je více systematická a u jednotlivých pacientů obdobná.

Největší jazykové problémy

Toto téma je pro naši práci velice důležité, avšak velmi náročné vzhledem k získání informací od klinických logopedů. Při rozhovoru jsme se zaměřovali na agramatismus, problémy pacientů v rovině morfologické a vyšších. Proto otázky směřovaly spíše na práci s pacienty v chronickém stádiu, kdy je porozumění a schopnost pojmenování již na takové úrovni, že pacient dokáže užívat větné konstrukce. V těchto otázkách jsme nejprve nepřímou a pak explicitně zaměřovali pozornost respondentů na sloveso afatických pacientů. Bylo ale zřejmé, že otázka je pro respondenty těžko uchopitelná. Možná z nedostatku lingvistického proškolení těžko formulují

případné poruchy, kterých si všímají, či je ani při terapii nepostřehnou. Některé závěry respondentů byly vyvozeny až v diskuzi, zda ten či jiný problém (s konkrétními příklady) pozorují i u svých pacientů či nikoliv.

Většina respondentů považuje za nejvíce handicapující jazykový problém výbavnost sloves. Někteří podotýkají, že je zajímavé, že pacient je schopen si vybavit jiný slovní druh popisující danou činnost, ale je velmi těžké ho přimět vyjádřit ji slovesem. Názory na to, jak slovesa afatického pacienta funguje, když už si jej vybaví, se výrazně liší. Někteří respondenti tvrdí, že je-li sloveso vybaveno, je již v naprosté většině případů užito správně. Jiní se přiklánějí k názoru, že jednou z fází jazykové rehabilitace je užívání infinitivů, které až později systematickým tréninkem dokáže pacient užívat podle respondentů správně. Jiní respondenti však říkají, že vybaví-li se sloveso, užívá jej afatik většinou v jiných určitých tvarech, než vyžaduje věta (konkrétněji se ke slovesům respondenti buď nevyjádřili, nebo uvedeme později). Jeden z respondentů však před výbavností sloves poukazuje na porozumění. To je prý leckdy nedostatečně diagnostikováno i rehabilitováno. Podle zkušeností tohoto respondenta je i porozumění často diferenciální diagnostikou mezi fatickou poruchou doprovázející demenci a samotnou afázií. Pacient s afázií si prý více uvědomuje své potíže s porozuměním. Respondent se setkává i s pacienty, kteří ve snaze uspět zkouší, tipují (např. v odpovědích na otázky k testu kopírují věty z textu, ve kterých se objevují stejná slova, ovšem stavba věty je odlišná, a tak i odpověď je v tu chvíli chybná⁷⁴) a snaží se své problémy v porozumění zakrýt. K výbavnosti sloves tento respondent dodává, že podle jeho názoru dělá největší problém afatickému pacientovi výbavnost slova, které nese ve větě nejzásadnější význam, což jsou nejčastěji slovesa, ale mohou to být i podstatná jména, udává příklad: „*Byla jsem ... a když jsem zaplatila ...*“, kde pacient nevybaví slovo *nákup*.

Další nejčastější problém, který zmiňují všichni respondenti jednotně, formulují jako - vynechávání předložek / chybné předložkové vazby. Z rozhovorů vyplývá, že se svými pacienty nejčastěji trénují výběr vhodné předložky.

⁷⁴ Takové techniky lze vysledovat u neslyšících či studentů cizích jazyků.

Další problémy shledávají respondenti v koncovkách. Je ovšem těžké specifikovat, které koncovky mají na mysli. Z rozhovorů pak vyplývá, že pacienti neskloňují podstatná jména a zájmena (u nichž problém přetrvává dlouho i v porozumění). Odpovědi respondentů nejsou jednotné v tom, zda při chybném pádu upřednostňují nějaký konkrétní, např. nominativ, který uvádí odborné studie zmíněné v teoretické části. Jeden respondent vyznívá, že pacienti v chronickém stadiu se snaží používat určité tvary sloves a různé tvary substantiv, ale pokud vidí, že stále chybují, pak v chronické fázi tyto snahy vzdávají a užívají infinitivy a nominativy.

Někteří respondenti vidí nedostatky i ve slovosledu. Konkrétnější popis ale nemáme.

Jeden respondent zdůrazňuje také rod adjektiv, na který používá speciální cvičení.

Několikrát byly zmíněny také sémantické parafrázie.

Jeden z respondentů nesouhlasí s přílišným zaměřením terapie na schopnost pojmenování. Někteří pacienti jsou pak schopni pojmenovat všechny zvláště zobrazené předměty (často z takových sémantických okruhů, které v běžném životě příliš nepoužívají), ale nedokáží komplexně popsat jednoduchý obrázek.

Sloveso pacientů našich respondentů

Jak již bylo řečeno, zjistit detailněji, v čem spočívá problém se slovesy, příp. tvary slov, bylo v rozhovorech náročné. Dalším doptáváním, nabízením příkladů, ale také srovnáváním vyjádření jednoho respondenta s druhým jsme zjistili následující: Někteří pacienti při vybavení slovesa užívají infinitiv, jiní určitý tvar a pak převažuje nadužívání přítomného času, někteří užívají slovesa ve vhodném tvaru, jiní ne. Práce se slovesem také závisí na typu afázie. Pacienti s Wernickeho afázií (jichž podle jednoho z respondentů není mnoho) slovesa užívají, a to i gramaticky správně, ale bezobsažně, někdy lze vysledovat vzdálenou souvislost s tématem, zde se pak i terapie zaměřuje především na sémantiku, tedy i

sémantiku sloves. Pacienti se senzoricou afázií podle jiného respondenta „necítí slovesa“. Vynechávají je, ale jsou schopni užívat deverbativa (např. „*doktorka čekající, sedící ... hrníček ... židle*“). Naproti tomu pacienti s motorickým typem afázie používají slovesa významově vhodná, ale ve špatném tvaru (podle příkladů respondentů jde zřejmě nejčastěji o volbu osoby a času).

Ti respondenti, kteří se přiklánějí k názoru, že po vybavení sloves již pacient nemá problém s jejich tvary, ale podotýkají, že přesto potřebují trénovat „alespoň“ minulý čas. Vidí apod. jsou prý příliš složité věci, aby je trénovali se svými pacienty. Toto tvrdí spíše respondenti s praxí převážně s akutními pacienty.

Dalším problémem zmiňovaným spíše jako obdoba opomíjení předložek je vynechávání zvrtných zájmen. Jeden respondent užívá speciální materiály na rozlišování sloves s užitím zvrtného zájmena a bez něj.

Tři respondenti konstatují, že cíleně trénují se svými pacienty kondicionál. Jeden z nich dodává, že se zaměřuje i na imperativ, který ale činí pacientům menší problém než kondicionál.

Jeden z respondentů také vysledoval, že těžší než minulý čas je pro afatické pacienty tvorba budoucího času. Zároveň zdůrazňuje, že je podle něj pro jeho pacienty větším problémem než koncovky (zřejmě substantiv a sloves) užívání předpon sloves. Při hlubší diskuzi nad tímto problémem jsme odhalili, že nejde jen o záměnu prefixů, ale vůbec o jejich užití, tedy rozdílem mezi perfektivem a imperfektivem. Respondent podává příklad podobný tomu z naší analýzy afatického projevu: Na otázku, co dělá muž na obrázku, kde staví dům, odpoví afatik – *On postaví dům*. Zde tento respondent trvá na tom, aby pacient upravil svou odpověď na *On staví dům*. Je možné, že respondent se více zaměřuje na morfologicko-syntaktickou stránku jazyka svých pacientů z toho důvodu, že vedle studia speciální pedagogiky absolvoval také dva roky lingvisticky zaměřeného oboru.

Materiály užívané respondenty při terapii afázií

Informace, které se nám podařilo od respondentů získat, závisely především na místě, kde rozhovor proběhl, a na čase, který byly respondenti schopni rozhovoru věnovat. Materiály se liší také podle toho, zda respondenti spoléhají spíše na dostupné odborně připravené materiály či si je připravují sami s oporou o materiály všeho druhu nebo zda využívají vlastním způsobem materiály původně určené k jiným účelům. I množství užívaných materiálů se u respondentů liší. Někteří dokázali vyjmenovat vše, co používají, ve dvou minutách, pro jiné byl i hodinový rozhovor v tomto ohledu krátký.

Všech respondentů jsme se ptali také na výše jmenované materiály, které Stolínová (2008) označuje za nejužívanější u nás⁷⁵. Všichni respondenti mají ve své praxi k dispozici Obrázkový slovník pro afatiky od Truhlářové a někteří ho považují za základ, bez kterého by se v terapii neobešli. Jeden respondent k nim ale zaujímá jiné stanovisko. Považuje je za zastaralé, případně vhodné pro velmi těžké pacienty spíše jako alternativní komunikační způsob, pak ale nevyhovují zobrazené předměty. To podotýká i jiný respondent, kterému přijdou velmi nedostatečně zpracované materiály pro pacienty v akutním stádiu afázie, kteří jsou hospitalizováni v nemocničním zařízení a jejich největším handicapem je nemožnost domluvit se o svých základních potřebách a potřebách spjatých s hospitalizací. Respondent, jež tento obrázkový slovník neužívá, jej nahrazuje reálnými předměty, fotkami a obrázky, které si připravuje sám, případně je kopíruje z učebnic, knih apod. O užívání materiálů pro alternativní a augmentativní komunikaci v akutních a těžkých případech afázie se zmiňuje i jiný respondent.

Jeden respondent užívá ze zmíněných materiálů pouze Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie Mimrové (1998).

Čtyři respondenti používají (mimo jiné) všechny uváděné materiály.

⁷⁵ Vizte kapitolu 6.

Druhým nejužívanějším materiálem označili respondenti Diagnostiku a terapii afázie, alexie, agrafie autorů Cséfalvay, Košťálová, Klimešová (2003).

Materiály Cséfalvaye a Čecháčkové obecně považují naši respondenti z nemocnic za „základní kámen“ terapie afázií.

Velmi užívaným textovým materiálem je také podle respondentů Žralok nebo velryba - pracovní listy pro reedukaci afázie⁷⁶ kolektivu autorek Konůpková, Schefferová, Svobodová, Valachová (2009) z občanského sdružení klub Afasie. Toto sdružení nabízí i další terapeutické materiály⁷⁷. Soubor je rozdělen do několika kategorií označených písmeny podle toho, který jazykový jev je procvičován. Je zde i soubor G zaměřený na morfologickou a syntaktickou stránku jazyka. Většina cvičení ze souboru G se týká doplňování předložek, upravení slovosledu, doplnění správného tvaru slov (deklinace zájmen a konjugace sloves) či tvorby vět ze základních tvarů slov.

Dále respondenti jmenovali: Vykuk⁷⁸ (soubor kartiček s obrázky pro děti), Obrázková školička (2014), materiály z portálu Vzpomínkovi⁷⁹ pro pacienty s kognitivními deficity, podobně i Sada na kognitivní trénink autorky Suché (2007, 2012), Žijte každý den – praktická cvičení a aktivity pro osoby po CMP⁸⁰, Tematický soubor obrázků od Pumprly a Skřivánka (2002), Čtenářské tabulky – cvičení pro dyslektiky od Zelinkové (2013), materiály určené pro práci metodou globálního čtení⁸¹, grafomotorická cvičení pro ZŠ, logopedické materiály z webových stránek FN Brno zmiňované v teoretické části, ale také z občanského sdružení Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, zmíněny byly také materiály autora Keitha, logopedické softwary Mentio, byla uvedena i jedna konkrétní diplomová práce výtvarnice Tiché, v rámci které vznikly terapeutické materiály, na jejichž vzniku se podílel daný respondent, dále

⁷⁶ http://www.klubafasie.com/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=33 [3. 5. 2017]

⁷⁷ http://www.klubafasie.com/index.php?option=com_content&view=article&id=39&Itemid=31 [3. 5. 2017]

⁷⁸ Bližší údaje o tomto materiálu se nám nepodařilo dohledat.

⁷⁹ <http://www.vzpominkovi.cz/laicka-verejnost/> [3. 5. 2017]

⁸⁰ cévní mozková příhoda

⁸¹ Jde o metodu výuky prvopočátečního čtení, u nás se používá často v předškolní výchově dětí se sluchovým postižením (<http://www.globalni-cteni.cz> [3. 5. 2017])

byly zmíněny sady logopedických materiálů od společnosti Montanex, které jsou určeny spíše pro děti, ale někteří naši respondenti z nich vybírají části použitelné i pro dospělé pacienty, dalšími takovými materiály určenými prvotně pro děti jsou Žvanda Melivo či Poviš mi to od autorů Starý a Stará (2013, 2015), druhou jmenovanou knihu využívá náš respondent především pro vybavení slovní zásoby a její užití v různých gramatických strukturách – respondent udává příklad s tvorbou vět podle obrázku, kdy pacientovým úkolem je vytvořit věty např. *česal jsem se, češu se, učesal jsem se* – vidíme, že i zde jde o správné uchopení slovesného vidu.

Dalšími materiály, které naši respondenti užívají při terapii, jsou společenské hry, a to buď logopedické, určené většinou pro děti, ale s určitou úpravou využitelné i pro dospělé, anebo přímo určené pro dospělé, v tom případě ale většinou ne pro pacienty s afázií, a tak i zde logoped upravuje daný materiál pro potřeby terapie. Respondenti uvedli např. Povím ti, mami, Rozhýbej svůj jazýček, Tic Tac Bum, Dixit, Active Position, Localo atd. Deskových her vyjmenoval jeden respondent nespočet, dalo by se téměř říct, že při jeho terapii je hra nedílnou součástí. Inspiruje se i v zahraničních materiálech, které buď přebírá tak, jak jsou vydány (zde je řeč spíše o obrázkových materiálech), nebo se jimi inspiruje a na jejich základě vytváří materiály vlastní.

Bez vlastních materiálů se neobejde žádný z našich respondentů. K jejich tvorbě využívají inspiraci z jiných logopedických materiálů, z učebnic češtiny, učebnic vlastivědy a přírodovědy pro základní školy, ale i učebnice pro cizince. Těm se budeme věnovat později.

Častou pomůckou respondentů jsou také reálné textové materiály, jako jsou výstřižky z novin a časopisů (v případě potřeby upravené), recepty, mapy, grafy, křížovky, piktogramy, matematické příklady, podací lístky apod.

Jeden z respondentů využívá také materiály z esperanta – především tedy obrázková cvičení. Stejným způsobem využívá jiný respondent konverzační učebnici ruštiny.

Většina dotázaných respondentů (především ale ti, kteří pracují mimo nemocniční zařízení) využívají při své práci tablet a různé jazykové

aplikace - české i zahraniční, kde např. vypínají zvuk a s aplikací pracují individuálně podle potřeb terapie.

Někteří respondenti také uvedli, že i při terapii využívají diagnostický materiál Dotazník funkcionální komunikace⁸² sloužící ke zhodnocení pragmatické stránky pacientovy fatické poruchy.

Naši respondenti zdůrazňovali nevhodnosti využívání materiálů určených dětem v terapii dospělých afatiku, ale jak vidět, i oni je s uvážením používají nebo se jimi alespoň inspiroují, a dokonce mnohdy dodávají, že někteří pacienti sami přinášejí na terapii slabikář ze svých školních let. V takovém případě jej tedy neodmítají, a pokud vidí, že pacienta takový materiál neirituje, naopak mu přináší pozitivní pocity, využití v terapii se nebrání.

Učebnice pro cizince z pohledu respondentů

První z dotazovaných respondentů nikdy neslyšel o možnosti využívat při terapii materiály pro výuku češtiny jako cizího jazyka, nikdy ho to nenapadlo, ani neslyšel o žádném kolegovi, který by je používal. Sám se však mnohdy inspirouje učebnicemi cizích jazyků, a to především co se týče typů cvičení, úkolů s obrázky apod. Předložené materiály tohoto respondenta však velice zaujaly. Považuje je za vhodné pro terapii afázie, avšak ještě příhodnější se mu zdají pro práci s neslyšícími a dětmi s vývojovou dysfázií. S afatickými pacienty totiž pracuje spíše na výbavnosti slov. Materiály, které jsme poskytli k nahlédnutí při rozhovoru, by využil především pro rehabilitaci předložek a dále oceňuje zpracování učebnice vhodné pro dospělé či starší děti.

Další respondent učebnice češtiny pro cizince nepoužívá, ani neví o nikom, kdo by je v terapii používal. Protože ale pociťuje nedostatek terapeutických materiálů, a to zvláště pro dospělé, již ho taková myšlenka napadla. Nezná ale nikoho, kdo s nimi má zkušenosti, a nezná ani učebnice samotné, a tak se k nim ještě nedostal. Předložené materiály se tomuto

⁸² <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunic/neurologicka-klinika/dotaznik-funkcionalni-komunikace-dfk/t4546> [3. 5. 2017]

respondentovi velmi zalíbily. Nejvíce oceňuje témata vhodná pro dospělé, která zároveň odvádějí myšlenky od zdravotních problémů pacienta (např. cestování, historie, životopis). Pozitivně hodnotí i zobrazení osob vyššího věku na ilustračních obrázcích. Dále vyzdvihuje krátké texty s otázkami na porozumění, texty na doplňování vhodných tvarů slov, vizuální znázornění významů předložek a dvojice obrázků, které vyjadřují sémanticko-lexikální rozdíl (konkrétně jde o kapitolu věnovanou vidu, kde je úkolem doplnit věty podle obrázků např. *Maminka uvařila oběd* a naproti tomu *Maminka vařila oběd*. Dále i obrázky, které znázorňují posloupnost děje, jež má student / pacient popsat). Oceňuje také možnost využít poslechová cvičení pro pacienty se zrakovými problémy, které mají vlivem vysokého věku, nebo i v důsledku léze, která způsobila i afázii. Materiály by uvítal více barevné, instruktážní texty v češtině namísto angličtiny (i když podotýká, že má v péči pacienta, rodilého mluvčího češtiny, jehož angličtina v premorbidním stadiu nebyla na příliš vysoké úrovni, jemuž nápověda v angličtině občas pomůže vybavit si slovo v češtině), také by preferoval pro své pacienty větší písmo veškerých textů. Učebnice by využil především k práci s afatickými pacienty, kteří jsou v chronické fázi a jejich jazykové schopnosti jsou pokročilejší. Učebnice pro cizince vidí jako možnost pokrytí nedostatku materiálů (a především variantnosti materiálů) pro mladší pacienty, tzv. jazykové profesionály (např. učitelé), kteří se po terapii chtějí vrátit ke své původní profesi, tedy nejen docílit funkční komunikace, ale dosáhnout jazykové úrovně před vznikem afázie. Tyto učebnice by respondent využil také při práci se staršími dětmi s vývojovou dysfázií.

Náš třetí respondent učebnice pro cizince také nepoužívá, prý ho to ani nikdy nenapadlo, ale přijde mu to jako přijatelná myšlenka. Z předložených materiálů by využil zejména cvičení na doplňování předložek a tvarů zájmen, doplňování synonym a antonym, využití idiomů, cvičení na doplňování vhodných tvarů substantiv a sloves, cvičení na adjektiva (z rozhovoru vyplývá, že jde respondentovi především o rod adjektiv), cvičení vyžadující vybavení sloves a jejich vhodný tvar. Dále oceňuje krátké texty s otázkami na porozumění, vhodná témata, ale pro potřeby terapie by zahrnul více témat týkajících se pobytu v nemocnici.

Uvítal by cvičení na tvoření sloves ze substantiv, jednodušší zadání u cvičení (nejlépe zadání pouze vzorem, cvičení především doplňovací). Stejně jako předchozí respondent vidí jako problematické příliš malé písmo textů. Tyto materiály by využil spíše pro své dlouhodobě chronické pacienty. Tento respondent pracuje v nemocničním zařízení, a tak i chroničtí pacienti jsou v jeho péči maximálně několik měsíců. I přesto ale říká, že např. zdůrazněný slovesný vid (celá kapitola v učebnici i se cvičeními) je pro jeho pacienty příliš náročný. Procvičoval by spíše porozumění větám se slovesy s odlišným videm (jako příklad uvádí: *Vynáší koš x Vynesl koš.*). Podle zkušeností tohoto respondenta se podobné jevy jako slovesný vid rehabilitují samy s obnovou výbavnosti sloves. Terapii afázií by spíše než k výuce češtiny jako cizího jazyka přirovnal k výuce počátečního čtení a psaní. Učebnice češtiny pro cizince podle jeho slov cílí na vysokou úroveň jazykových dovedností. Ne každý pacient s afázií prý takovou úroveň má již premorbidně, a i když ano, po fatické poruše jí málokdy opět dosáhne.

Další respondent využívá při své terapii jednu učebnici češtiny pro cizince (její jméno nebo autora si bohužel nepamatuje), ze které kopíruje vybraná cvičení především na předložky, skloňování (zřejmě substantiv), časování, na procvičování předpon sloves, spojování slov s obrázky apod. Jako ostatní respondenti uvádí, že takové materiály jsou vhodné spíše pro chronické pacienty. Předložené materiály považuje respondent v terapii afázií za využitelné, zvláště pak pro pokrytí velkého nedostatku materiálů vhodných pro dospělé pacienty. Podle názoru respondenta však terapeut, který je dostatečně kreativní, vybírá z jakýchkoli materiálů (např. z učebnic pro děti, pro cizince, vlastivědy apod.) a podle potřeb svých pacientů je upravuje. Z našich učebnic by vybral především cvičení na předložky (oceňuje jejich různorodost, tedy nejen doplňování, ale i tvoření vět, popis cesty podle plánu apod.). Velmi oceňuje cvičení na slovesný vid, kde může pacient procvičovat právě tímto respondentem zdůrazňované potíže s prefixy sloves. Dále považuje za využitelné poslechy s texty (poslech a text se liší v několika málo informacích – podle poslechu se upravuje text) a témata textů, která jsou mnohdy pro afatiky neobvyklá (např. témata týkající se poznávání nového města, na ambasádě

a podobná typicky „turistická“ témata), ale podle názoru respondenta mohou právě odhalit jazykové nedostatky ve slovní zásobě zdánlivě rehabilitovaného pacienta. Problém naopak vidí v příliš malém písmu textů, který ale řeší vlastním kopírováním ve zvětšené podobě, dále velmi moderní témata dané učebnice (udává příklad textu, kde se vyskytují popoví zpěváci, které generace lidí kolem šedesáti let nezná), z důvodu vysoké unavitelnosti pacientů by tento respondent zkrátil cvičení, případně je rozdělil na několik, tím by vznikl materiál pro práci na doma (tedy cvičení s postupem, který pacient již zná z terapie). Podle zjištění respondenta očíslovaná cvičení (zvláště jsou-li okopírovaná z různých zdrojů, a tím pádem číslování není postupné) pacienty stresují, upřednostňoval by tedy cvičení bez očíslování. U některých cvičení by dále doplnil možnost volby, zvláště má-li pacient vybavit slovo a ještě ho dát do správného tvaru. Obrázky by podle respondenta měly být pro afatické pacienty dostatečně velké, jednodušší než jsou v předložených materiálech, klasické, barevnější, pokud černobílé, pak s barevným zvýrazněním toho, co má největší informační hodnotu, a nejlépe na bílém pozadí.

Další respondent je při své praxi zvyklý využívat učebnice češtiny pro cizince, a to především díky své předchozí praxi v rehabilitačním zařízení, kde v jeho péči byly dlouhodobě chroničtí pacienti (zde se jednalo spíše o několik let terapie) a potýkal se s nedostatkem materiálů pro práci se sofistikovanějším jazykem, s dospělými pacienty a zvláště variantností materiálů, která je nezbytná pro dlouhodobou práci s jedním pacientem. Zde respondent využíval v podstatě pouze učebnice pro cizince, případně učebnice češtiny pro základní školy s určitými úpravami. S pacienty v akutním stadiu prý učebnice nikdy nevyužil. Již v době své předatestační přípravy se od svého garanta dověděl o možnosti využívat učebnice obecně a od té doby z vlastní iniciativy a z potřeby určitého typu materiálů a jeho velkého množství, které vyžaduje terapie vedená několik let, sám zjišťoval nabídku učebnic v knihkupectvích. Shodou okolností tento respondent také býval ve styku s autorkou učebnic pro cizince, která mu jednu svou učebnici pro potřeby terapie darovala. Učebnic a pracovních sešitů češtiny pro cizince prý tento respondent využívá velké

množství, při rozhovoru uvedl např. Češtinu pro život autory Nekovářové (2008), Česky krok za krokem autorky Holé (2000). Z těchto učebnic využívá především cvičení na předložky a tvary zájmen, dále texty, které upravuje podle potřeb pacientů, např. nahrazuje artikulačně náročná slova jednoduššími, přizpůsobuje i obsah (mladé lidi v textech nahrazuje staršími). Tematicky tyto učebnice oceňuje stejně jako jiní respondenti, ale postrádá témata více zaměřená přímo na starší lidi. Některá cvičení využívá i s jiným zadáním. Vítá cvičení, která vyžadují tzv. multitasking. Respondent udává příklad cvičení na kondicionál v předložené učebnici, kde je potřeba odpovídat na *otázky Co byste udělal, kdyby ...* Pacient je tedy nucen nejen užít vhodný tvar slova, ale také vytváří hypotézu, co by dělal, kdyby nastala určitá situace, vybírá slova ze svého slovníku k tomuto tématu a sám z nich tvoří věty. Předložené materiály tedy tomuto respondentovi nejsou cizí, využívá je a více se k nim nevyjadřoval.

Náš poslední respondent využívá také učebnice češtiny pro cizince, rovněž především pro práci s pacienty v chronickém stádiu (to v případě tohoto respondenta znamená maximálně několik měsíců). Nejčastěji pracuje s Českou čítankou od Kořánové (2013), která obsahuje adaptované povídky, mýty, pohádky, a dále využívá Češtinu pro život Nekovářové (2008). K těmto učebnicím se respondent dostal při pátrání v knihkupectvích po sofistikovanějším materiálu, který by užíval s „lehčími“ pacienty, kteří mají potřebu jazykové preciznosti. Využívá nejčastěji texty, které slouží jako báze pro otázky na porozumění, případně k další diskusi nad textem. Na jednu stranu oceňuje témata vhodná pro dospělé pacienty, která zároveň odvedou pozornost od problémů spojených s pobytem v nemocnici, na druhou stranu taková témata, která se týkají pobytu v nemocnici, jsou potřeba pro obnovení slovní zásoby pacientů, pro které nedostatky v tomto okruhu mnohdy znamenají problémy s uspokojováním základních potřeb. Předložené učebnice by tento respondent využil hlavně pro procvičování předložek a práci s krátkými a jednoduchými texty. K návrhům na úpravu těchto materiálů se respondent více nevyjádřil.

Zajímavosti z rozhovorů s respondenty

Jedním ze zajímavých postřehů, který jsme zaznamenali v průběhu rozhovorů, byl problém s prezentací oboru klinické logopedie. Již jsme ho zmínili v souvislosti s nízkou informovaností lékařů, která se může odrážet i v nedostatečném zajištění péče o pacienty s afázií. Malé povědomí o fatických poruchách je ale podle respondentů problémem i široké veřejnosti. Proto je pak nesprávně chápáno zaměření klinických logopedů a rozdíl mezi logopedem a klinickým logopedem. Ještě horším následkem je ale nesprávné vnímání samotných osob stížených afázií. Velkou mírou práce logopeda pak činí informování pacientova okolí, ujišťování, že kognitivní schopnosti pacienta jsou v normě, ale kvůli fatické poruše, je nedokáže dát najevo apod. Protože se však tyto lidi s podobnou poruchou setkávají většinou poprvé v životě, její přijetí je těžší a trvá delší dobu.

Dalším zajímavým a pro nás velmi potěšujícím zjištěním je, že tři z našich respondentů v rozhovorech zmínili důležitost mezioborové spolupráce. Jeden z nich, který se sám na takové spolupráci podílí, zdůraznil propojení klinické logopedie s lingvistickými obory.

Jak již bylo zmíněno výše, velmi těžko jsme získávali detailnější informace o jazykových specifikách pacientů s afázií. Jeden z respondentů dokonce vyjádřil názor, že je velmi těžké popsat a léčit pacienty v pokročilém chronickém stádiu. Tedy takové osoby, jejichž jazykové schopnosti jsou víceméně rehabilitovány, ale stále jsou znatelné „zvláštnosti“, specifické „odchytky“ v jejich projevu. Tuto oblast bychom mohli považovat za doménu jazykových odborníků, tedy jako styčnou plochu pro zmíněnou mezioborovou spolupráci.

Výše jsme popsali návrhy respondentů na možné úpravy předložených materiálů tak, aby byly využitelné v terapii afázií. Jeden z respondentů ale představil vlastní vizi materiálů, která by jemu a především jeho pacientům velmi usnadnila práci. Každý pacient (opět jde především o chronické stadium fatické poruchy) se potýká s jiným zásadním problémem a respondent tedy nemůže požadovat, aby si pacient kupoval všechny soubory materiálů, ve kterých je část věnovaná danému problému. Hodilo by se tedy, kdyby existovala sada pracovních sešitů

zaměřených na konkrétní jazykový jev. Sám respondent uvádí např. sešit na procvičování předložek, sešit na procvičování sloves, sešit na procvičování porozumění. Pak by pacientovi stačilo pořídit si jeden takový sešit a používat ho podle slov respondenta hlavně pro domácí práci.

6. Shrnutí

Zkušenosti našich respondentů s terapií pacientů s afázií se velmi liší. Také názory na terapii a užívané materiály záleží do jisté míry na samotném klinickém logopedovi. I postřehy o jazykových problémech (zvláště chronických pacientů) se různí a mnohdy jsou i protichůdné, ale především jsou pro klinické logopedy těžko formulovatelné. Některá zjištění kolidují i s poznatky ze studií uvedených v teoretické části. Např. Lehečková (2016) naproti našim respondentům tvrdí, že pořádek slov ve větě pacientů s afázií zůstává zachován.

Všechny naše respondenty však spojuje potřeba materiálů vhodných pro rehabilitaci dospělých pacientů. Materiály, které používají, se víceméně shodují s poznatky uvedenými v teoretické části. Jde tedy o logopedické pomůcky, materiály speciálně určené k terapii afázií, učebnice češtiny pro ZŠ, učebnice vlastivědy, ale i učebnice pro cizince, reálné předměty i reálné textové materiály, ale také deskové hry. Jejich zastoupení je ale u každého respondenta různé. Nejčastěji užívané materiály podle Stolínové (2008) vlastní i naši respondenti, většina z nich je považuje za základ v terapii afázií, ale jeden z respondentů vyjádřil k těmto materiálům jisté výhrady.

Učebnice češtiny pro cizince využívají pouze tři oslovení kliničtí logopedi, z nich jeden respondent jich má větší množství a používá je dlouhodobě a systematicky. Pokud respondenti učebnice češtiny pro cizince používají, shodují se, že jsou vhodné především pro pacienty v chronické fázi fatické poruchy, a to zejména v dlouhodobě chronické, v případě pacientů s lehčí formou afázie i v raně chronické. Respondenti, kteří s těmito učebnicemi nemají žádnou zkušenost, až na jednoho reagovali velmi pozitivně. Vyzdvihují především cvičení na předložky, což koreluje i s jejich zkušeností a zároveň poznatky z odborných studií, že téměř každý pacient s afázií má problém s porozuměním i produkcí předložek. Dále krátké texty k tréninku porozumění a doplňování vhodných tvarů slov (sloves, substantiv, zájmen, ale i adjektiv podle rodu). Všichni respondenti se vyjadřovali také k tématům předložené učebnice pro cizince, která jsou vhodná pro dospělé pacienty. Jednomu

respondentovi však obecně, a tak i v předložených učebnicích, chybí materiály tematicky zaměřené na pobyt pacienta v nemocnici. Protože však učebnice češtiny pro cizince vidí respondenti jako vhodnější pro terapii dlouhodobě chronických pacientů, nemusel by být tento požadavek nutný. Dalším pozitivem učebnice češtiny pro cizince je podle respondentů možnost využití poslechových cvičení pro pacienty, kteří mají vlivem věku či léze poškozený zrak, ale také pro terapii zaměřenou na co možná nejvíce smyslů.

Návrhy na úpravy předložených materiálů pro výuku češtiny jako cizího jazyka se týkaly především technického zpracování a ne vždy se respondenti názorově shodli. Jednotně by uvítali např. jednodušší instrukce u cvičení a pochopitelně v češtině, větší písmo, kratší cvičení, větší využití barev. Jeden z respondentů navrhoval odstranění očíslování. Jednomu respondentovi vyhovovala cvičení, při nichž by byl pacient nucen soustředit se na více úkolů zároveň (multitasking), druhý však právě v tomto cvičení spatřoval problém a zjednodušil by ho poskytnutím volby v odpovědích. Z jazykového hlediska padl v rozhovorech pouze jeden návrh, a to na cvičení, ve kterém by pacienti z jiných slovních druhů tvořili slovesa.

7. Závěr

Na základě teoretické části, kde jsme usouvztažňovali výuku češtiny jako cizího jazyka s terapií afázií jako podklad k tvrzení, že existuje rovněž možnost využití učebnic češtiny pro cizince v terapii, jsme připravili kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s klinickými logopedy. Z tohoto šetření vzhledem k nízkému počtu respondentů a otázkám zjišťujícím především jejich názory nemůžeme vyvodit jasný závěr, že učebnice češtiny pro cizince jsou bezesporu vhodné pro terapii afázií. Viděli jsme ale, že jsou v praxi používány, anebo se na základě proběhlých rozhovorů možná do praxe dotazovaných klinických logopedů nově zařadí. Reakce na možnost jejich začlenění do terapie afázie byly vesměs pozitivní. Zjistili jsme tedy, že tato otázka je relevantní a bylo by jistě vhodné se jí dále a hlouběji věnovat.

Také by bylo vhodné podrobit projev afatiků hloubkové analýze, např. právě se zaměřením na slovesný vid, a to komplexněji, tedy i v deverbativech, a tuto analýzu srovnat se stejně podrobnou analýzou projevu nerodilého mluvčího. S ohledem na profesní profil klinického logopeda, je toto problematika, která spadá spíše do kompetence lingvistů se zájmem o jazykové patologie. Následnou spolupráci lingvisty a klinického logopeda si vidíme např. v přípravě cvičení pro afatické pacienty s oporou o učebnice češtiny pro cizince, která kliničtí logopedi mohou vyzkoušet v praxi a podrobit kritické analýze.

V počátcích našeho zájmu o toto téma jsme spatřovali deficit ve vzdělávání klinických logopedů v jazykové oblasti vzhledem k tomu, že jejich práce je ve své podstatě jazykovou terapií (vizte kapitolu 2). Nyní však musíme konstatovat, že z našich zjištění je náplň práce klinického logopeda natolik široká (alespoň podle našich respondentů), že si dokážeme spíše představit, že výrazně jazykovou složku terapie, tedy lehké fatické poruchy či péči o pacienty v chronickém stadiu, by mohl v návaznosti na práci klinického logopeda úspěšně zajišťovat lingvista poučený o jazykových patologiích. Takovou možnost by však bylo nutné vzít v potaz v širších souvislostech, tedy např. v otázce financování takové péče, institucionálního zastřešení, odborné přípravy apod. I takový by mohl být výsledek spolupráce lingvistiky a klinické logopedie.

Použitá literatura

Bloomfield, L.: *Language*. New York: Henry Holt, 1933.

Cséfalvay, Z. a kol.: *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Vyd. 1. Praha, Portál, 2007.

Corder, P.: *The significance of learner's errors*. International Review of Applied Linguistics, 5, 1967, str. 161-170.

Čechová, M.: *K expanzi předložky na v současné jazykové praxi*. Naše řeč, ročník 64 (1981), číslo 1, s. 33-45.

Čermák, F.: *Obecná čeština: je součástí české diglosie?* Jazykovědné aktuality 37, 1997.

URL: <<https://ucnk.ff.cuni.cz/doc/diglosie.rtf>> [24. 9. 2014]

Čermák, F.: *Jazyk a jazykověda*. Praha Karolinum, 2011.

Čihák, J.: *Střídání spisovné a obecné češtiny jako didaktické problém*. Praha, UK, disertační práce, 2011.

Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Karolinum, Praha, 2002.

Eckert, E.: *Varieties of Czech: Studies in Czech Sociolinguistics*. Amsterdam – Atlanta: Rodopi, 1993, s. 3–26.

Ferguson, C., A.: *Diglossia*. Word, vol. 15, 1959, str. 325-340.

URL:<<http://mapageweb.umontreal.ca/tuitekj/cours/2611pdf/Ferguson-Diglossia.pdf>> [27. 9. 2014]

Flanderková, E., Mertins, B.: *Desatero úskalí při výzkumu afázií*. Časopis pro moderní filologii 97, 2015, Č. 1, str. 81–84.

URL:<http://casopispromodernifilologii.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/9/2015/07/Eva-Flanderkova_Barbara-Mertins_81-84.pdf> [26. 11. 2016]

Flanderková E., Schmiedtová, B.: *Produkce řeči v afázii: kazuistika*. SALI, Studie z aplikované lingvistiky. 2012, s. 53–69.

Flanderková, E., Mertins, B., Bezdíček, O., Baborová, E., Černá, M.: *Posuzování gramatičnosti v Brocově afázii — příklad dvou pacientů*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2014, 77/110(2), s. 202–209.

Freitas: *Aphasia and Other Language Disorders*. In: Paciaroni M, Agnelli G, Caso V, Bogousslavsky J (eds): *Neurologic and Other Disorders. Manifestations of Stroke*. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger, 2012, vol 30, str. 41-45.

URL:<http://www.karger.com/ProdukteDB/Katalogteile/isbn3_8055/_99/_10/FNENE30_02.pdf> [17. 9. 2014]

Freud, K.: *Preposition and the Lexical-Functionl Device: Aphasic Evidence*. *Lingua*, 111, 2001, str. 1-28.

Gass, S., M., Selinker, L.: *Language Transfer in Language Learning*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 1992.

Grodzinky, Y.: *The Neurology of Syntax: Language Use without Broca's Area*. *Behavioral and Brain Sciences*, 23, 2000, str. 1-71.

Grygar-Rechziegel, A.: *On Czech diglossia*. In: M. Grygar (ed.), *Czech Studies: Literature, Language, Culture*. Amsterdam – Atlanta: Rodopi, 1990, s. 9–29.

Hausenblas, K.: *Slovesná kategorie výsledného stavu v dnešní češtině*. *Naše řeč*, ročník 46 (1963), číslo 1, s. 13-28

Häuslerová, K., Nováková, M.: *Metody cizojazyčné výuky*. Filling: Časopis pro filosofii a lingvistiku., 2008.

URL:<<http://home.zcu.cz/~jalang/filling/issues/0001/c-hauslerova,novakova.html>> [11. 10. 2016]

Hendrich, J.: *Didaktika cizích jazyků*. Praha, 1988.

Holá, L.: *New Czech Step by Step*. Učebnice a Activity book. Akropolis, Český Těšín, 2011.

Hrdlička, M.: *K základním rysům optimální mluvnické poučky v učebnicích češtiny pro cizince*. In „Bohemistika“ 3, 2006, str. 177-182.

Hrdlička, M.: *Gramatika a výuka češtiny jako cizího jazyka*. K prezentaci gramatiky českého jazyka v učebnicích češtiny pro cizince. Praha, Karolinum, 2009.

Hrdlička, M.: *Kapitoly o češtině jako cizím jazyku*. Plzeň, ZPU PedF, 2010.

Chomsky, N.: *Aspect of the Theory of Syntax*. Cambridge Massachusetts: MIT Press, 1965.

Chomsky, N.: *Language and Mind*. New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1972.

Ipek, H.: *Comparing and Contrasting First and Second Language Acquisition: Implications for Language Teachers*. Mediterranean Journal of Social Sciences, vol. 2, no. 2, 2009.

URL:<<http://meser.org/journal/index.php/mjss/article/view/1155>> [24. 9. 2014]

Jakobson, R.: *Dva aspekty jazyka a dva typy afatických poruch*. In: Jakobson: Poetická funkce. Překl. Červenka. Jinočany, H&H, 1995, str. 55-74.

James, C.: *Errors in Language Learning and Use: Exploring Error Analysis*. Routledge, New York, 1998.

Kalhous, Z., Obst, O. a kol.: *Školní didaktika*. Portál, Praha, 2002.

Kiml, J.: *Afasie a reedukace řeči*. Praha, SZdN, 1969.

Klenková, J. *Logopedie*. Praha, Grada, 2006.

Kolektiv autorů: *Neurologie 2003*. Praha: Triton 2003.

Krashen, S.: *Second Language Acquisition and Second Language Learning*. Pergamon Press Inc., 1981.

URL: <http://www.sdkrashen.com/content/books/sl_acquisition_and_learning.pdf> [6. 10. 2014]

Kulišťák, Lehečková, Mimrová, Nebudová: *Afázie*. Praha, Triton, 1997.

Lado, R.: *Linguistic Across Cultures: applied linguistic for language teachers*. Michigan: University of Michigan Press, 1966.

Lehečková, H.: *Agramatismus v afázii*. Slovo a slovesnost 47, 1986, str. 138–147.

Lehečková, H.: *Manifestation of Aphasic Symptoms in Czech*. Journal of Neurolinguistics, 14, 2001, str. 179-208.

Lehečková, H.: *Imperfect Language: How come? and So what?* In Slavica Helsingiensia 35, 2008, str. 123-132.

Lehečková, H.: *Afázie v lingvistice lingvistika v afáziologii*. Časopis pro moderní filologii 98, 2016, č. 1, str. 7-22.

Lechta, V. a kol.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha, Portál, 2003.

<http://lekarske.slovniky.cz>

Majerová, R.: *Pojmová metafora v jazyce vývojových anartrií*. In: Studie z aplikované lingvistiky 2, 2011, str. 23–35.

Majerová, R.: *Lingvistika ve speciální pedagogice*. In: Müller, O. a kol. Terapie ve speciální pedagogice. Praha, Grada 2013.

Malinovský, M.: „*Redukce*“ *gramatiky*. Slovo a slovesnost, 56(3), 1995, s. 218–222.

McCarthy, M., M.: *A discussion of the evidence for and against the Critical Period Hypothesis in first language acquisition*. University College Cork MA, 2013.

Micklesen, L.: *Czech sociolinguistic problems*. Folia Slavica, 1 (3), 1978, s. 437–455.

Nebeská, I.: *Úvod do psycholingvistiky*. Praha, H&H, 1992.

Neubauer, K. a kol.: *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha, Portál, 2007.

Newby, D., A.: *Cognitive+Communicative Theory of Pedagogical Grammar*. Habilitationsschrift. Karl-Francens Universität Graz, 2003.

Pinker, S.: *Slova a pravidla*. Praha, Academia, 2008.

- Poulová, N.: *Čeština jako cizí jazyk*. BP. České Budějovice, 2014.
- Prokořeva, V: *Čeština jako cizí jazyk: kurzy potřebné, nedostatkové a drahé*. Online, 2008.
URL:<<http://www.migraceonline.cz/cz/e-knihovna/cestina-jako-cizi-jazyk-kurzy-potrebne-nedostatkove-a-drahe>> [6. 10. 2014]
- Saussure, F.: *Kurs obecné lingvistiky*. 2. vyd. Praha: Academia, 1996.
- Seidlová Málková, G., Smolík, F: *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Grada, 2015.
- Selinker, L.: *Interlanguage*. IRAL, 10:3, 1972.
URL<<http://omar11.wikispaces.com/file/view/session2A.pdf>>
[5. 10. 2014]
- Sgall, P., Hronek, J., Stich, A., Horecký, J.: *Variation in Language: Code Switching in Czech as a Challenge for Sociolinguistics*. Amsterdam – Philadelphia: John Benjamins, 1992.
- Stehlíková, O.: *Aktuální problémy neurolingvistiky*. Disertační práce. Praha, 2011.
URL<<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/25110/?lang=cs>>[27. 11. 2016]
- Škodová, E., Jedlička, I.: *Klinická logopedie*. Praha, Portál, 2003.
- Stolínová, E: *Návrhy metodických materiálů pro práci s afatiky*. DP, Olomouc, 2008.
- Strojil, J.: *Tvorba a hodnocení kvality multiple-choice testů*. [online], 2004.
URL: <<http://jan.strojil.cz/testy.html>> [22. 4. 2017]

Švejdová, M.: *Stimulační materiál pro terapii osob s afázií*. DP, Praha, 2009.

Saville-Troike, M.: *Introducing Second Language Acquisition*. Cambridge University Press, 2006.

URL:<http://assets.cambridge.org/97805217/94077/frontmatter/9780521794077_frontmatter.pdf> [5. 10. 2014]

Thornley M., J.: *Manipulative Visual Language: A Complete classroom approach for visual learners*. Georgetown University, Washington, D.C., 2013.

URL:<https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559501/Thornley_georgetown_0076M_12347.pdf?sequence=1> [3. 10. 2016]

Vávrů, P.: *Specifické symptomy vývojové dysfázie*. Praha, 2010.

<<http://www.neuro.lfl.cuni.cz/vyuka/ucebnice/VL/12.htm>> [9. 9. 2014]

Rámcový vzdělávací program pro Základní vzdělávání, aktualizované vydání 2013:

URL: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani>> [24. 9. 2014]

Referenční úrovně pro češtinu jako cizí jazyk:

URL: <<http://www.msmt.cz/mezinarodni-vztahy/referencni-urovne-pro-cestinu-jako-cizi-jazyk>> [27. 9. 2016]

Yu, H.,Ren, Ch.: *The Positive Role of L1 in the Acquisition of a Second Language*. In *Studies in Literature and Language*, Vol. 7, No. 2, 2013, str. 45-48, 2013.

URL:

<<http://www.cscanada.net/index.php/sll/article/viewFile/j.sll.1923156320130702.H862/5199>>

[27. 9. 2016]

Zákon č. 96/2004 Sb., *o nelékařských zdravotnických povoláních.*

Zákon č. 186/2013 Sb., *o státním občanství České republiky.*

Zákona č. 326/1999 Sb. , *o pobytu cizinců na území České republiky.*

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Klasifikace afázií

Tabulka 2 – Materiály užívané v terapii afázií

Tabulka 3 – Výhody a nevýhody rozhovoru a dotazníku

Seznam příloh

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Informovaný souhlas s poskytnutím jazykového materiálu k analýze

Informovaný souhlas paní / pana

.....
s poskytnutím rozhovoru

se studentkou FF UK Lenkou Vaněčkovou, která zpracovává diplomovou práci zabývající se materiály užívanými při terapii afázií.

1. Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a užitím informací výhradně pro potřeby diplomové práce Lenky Vaněčkové.
ANO NE

2. Souhlasím s pořízením audio nahrávky rozhovoru výhradně pro potřeby diplomové práce Lenky Vaněčkové⁸³.
ANO NE

3. Rozumím, že veškeré informace budou uvedeny anonymně a v diplomové práci se nebude vyskytovat mé jméno⁸⁴.
ANO NE

4. Souhlasím s uvedením mého jména na začátku práce v úseku věnovaném poděkování osobám, které velkou měrou pomohly vzniku diplomové práce.
ANO NE

5. Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.
ANO NE

datum:

datum:

podpis:

podpis:

V případě následných dotazů se na mne můžete obrátit e-mailem na adresu lenka.vane@seznam.cz

⁸³ Nahrávky zůstanou uloženy u Lenky Vaněčkové, v práci se mohou vyskytnout pouze anonymizované přepisy.

⁸⁴ S výjimkou poděkování, o kterém se vyjádřím v následujícím bodě.

Informovaný souhlas paní / pana

.....
s poskytnutím jazykového materiálu k analýze

v rámci diplomové Lenky Vaněčkové zabývající se materiály užívanými
při terapii afází.

6. Souhlasím s poskytnutím svých napsaných textů v rámci individuální
výuky češtiny k analýze pro diplomovou práci Lenky Vaněčkové.
ANO NE
7. Rozumím, že veškeré informace budou uvedeny anonymně a v diplomové
práci se nebude vyskytovat mé jméno.
ANO NE
8. Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného
souhlasu.
ANO NE

datum:
podpis:

datum:
podpis:

V případě následných dotazů se na mne můžete obrátit e-mailem na adresu
lenka.vane@seznam.cz