

MIU JAKO NÁSTROJ PODPORY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ: POHLED KOGNITIVNÍHO TRENÉRA Z KLINICKÉ PRAXE

MIA AS A TOOL FOR SUPPORTING COGNITIVE FUNCTIONS: A COGNITIVE TRAINER'S PERSPECTIVE FROM CLINICAL PRACTICE

Bc. Linda Trpišovská¹ 



Linda Trpišovská

Abstrakt

Příspěvek se zaměřuje na Metodu instrumentálního uvědomování (MIU) jako součást kognitivní rehabilitace realizované v nemocničním prostředí. Z pohledu kognitivního trenéra je popsán způsob začlenění metody do rehabilitačních programů u pacientů s různými kognitivními profily, zejména v oblasti neurologických, geriatrických a psychiatrických diagnóz. Důraz je kladen na individuální přístup, práci s motivací pacienta a jeho aktivní zapojení do procesu učení. Text vychází z klinické praxe a je doplněn kazuistikami ilustrujícími konkrétní podobu kognitivního tréninku s využitím MIU. Metoda je představena jako nástroj podporující metakognitivní uvědomování, sebereflexi a schopnost seberegulace, přičemž primárním cílem není okamžité výkonové zlepšení, ale dlouhodobá funkční adaptace. Součástí článku je rovněž reflexe limitů metody v nemocničním prostředí a diskuse o jejím potenciálu v návazné ambulantní péči.

Abstract

This article examines the Method of Instrumental Awareness (MIA) as an integral component of cognitive rehabilitation in a hospital setting. From the perspective of a cognitive trainer, it outlines how the method is incorporated into rehabilitation programmes for patients with diverse cognitive profiles, particularly those with neurological, geriatric, and psychiatric conditions. Emphasis is placed on an individualised approach, patient motivation, and the patient's active engagement in the learning process.

Drawing on clinical practice, the article includes case studies that illustrate the practical application of MIA in cognitive training. The method is presented as a tool that promotes metacognitive awareness,

self-reflection, and self-regulation, rather than focusing on immediate performance gains. The primary aim is to support long-term functional adaptation and improved everyday functioning. The article also addresses the limitations of MIA in inpatient care and considers its potential role in follow-up outpatient cognitive rehabilitation.

Klíčová slova

kognitivní rehabilitace, metakognice, exekutivní funkce, Metoda instrumentálního uvědomování (MIU), Feuersteinovo instrumentální obohacování (FIE), kognitivní trénink, kognitivní trenér ve zdravotnictví

Keywords

cognitive rehabilitation, metacognition, executive functions, Method of Instrumental Awareness (MIA), Feuerstein's Instrumental Enrichment (FIE), cognitive training, cognitive trainer in healthcare

Úvod do problematiky

Metoda instrumentálního uvědomování (MIU) je v českém prostředí spojována především s oblastí vzdělávání a pedagogiky, kde je využívána jako nástroj rozvoje myšlení, učení a kognitivních strategií. Její potenciál však výrazně přesahuje rámec školního prostředí a v posledních letech se stále ukazuje její uplatnitelnost v sociálních službách a také ve zdravotnictví, zejména v oblasti kognitivní rehabilitace. MIU je metakognitivně orientovaný přístup, který klade důraz na proces učení, práci s chybou a přenos zkušeností z učebních situací do běžného života. Metoda v teoretické rovině vychází z principů Feuersteinova instrumentálního obohacování (Málková, 2008), zvláště zprostředkování, pro něž má specifický v MIU

¹ Bc. Linda Trpišovská. Oddělení klinické psychologie, Nemocnice Pardubického kraje, a. s., Pardubická nemocnice, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice, Česká republika.
E-mail: linda.trpisovska@nempk.cz.

zcela zásadní význam nehodnocení ze strany zprostředkovatele. Výzkumy zaměřené na metodu Feuersteinova instrumentálního obohacování (Feuerstein's Instrumental Enrichment, FIE) naznačují, že tato intervence může vést ke změnám v kvalitě kognitivního zpracování, zejména v oblasti využívání strategií a plánování, a zároveň k posílení pocitu vlastní kompetence (Fišarová, 2012). Kazuistické studie dále popisují pozitivní změny v každodenním fungování u osob se získaným poškozením mozku (Lebeer, 2016). Tyto poznatky podporují význam metakognitivně orientovaného přístupu v kognitivní rehabilitaci. Přestože uvedené studie pracovaly s metodou FIE, jejich závěry jsou relevantní i pro MIU, která z těchto principů vychází a aplikuje je v modifikované podobě. Současně je však třeba upozornit, že většina výzkumů FIE se zaměřuje především na dětskou populaci, zatímco studie u dospělých a klinických skupin jsou méně početné. Empirická základna těchto přístupů je proto zatím omezená a vyžaduje další systematický výzkum. Základní teoretická východiska, přínosy, cíle a možné uplatnění metody jsou popsány v Úvodu do studia k Metodě instrumentálního uvědomování, který zpracovalo Akreditované tréninkové centrum (ATC) pro vzdělávání a rozvoj (Váňová, Vysopal a Jelínková, 2026). MIU je postupně etablována i v akademickém

prostředí, například jako samostatný předmět na Slezské univerzitě v Opavě, a je využívána také v dalším vzdělávání pracovníků v sociálních službách (akreditace MPSV). Na Slovensku je metoda dále institucionálně ukotvena prostřednictvím organizace *Myslenie pre život*, která realizuje inovační vzdělávání dle zákona č. 138/2019 Z. z. a od roku 2026 je zapsána v Registru certifikovaných vzdělávacích institucí (*Myslenie pre život*, 2026). Tento vývoj dokládá postupnou profesionalizaci metody ve střeoevropském kontextu a její rostoucí uplatnění v praxi.

Cílem článku je představit Metodu instrumentálního uvědomování z perspektivy kognitivního trenéra v klinickém prostředí a přiblížit její využití v nemocniční péči, se zaměřením na rozvoj metakognitivního uvědomování, seberegulace a adaptace v každodenním fungování pacienta.

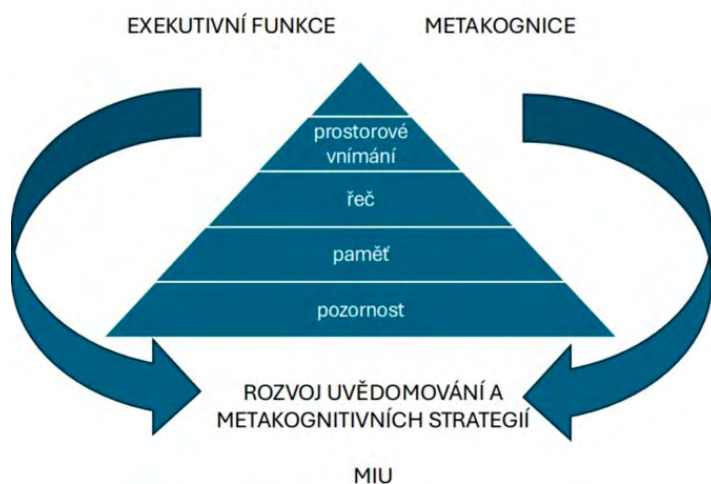
Kognitivní funkce

Kognitivní funkce jsou obvykle vymezovány jako soubor poznávacích procesů, které umožňují vnímání, zpracování a využívání informací a jsou úzce propojeny s činností mozku. Mezi jejich klíčové složky patří zejména paměť, pozornost, vizuoprostorové funkce a řeč (Kulišťák et al., 2017). Nad těmito dílčími kognitivními funkcemi stojí exekutivní funkce, které zajišťují jejich koordinaci a efektivní spolupráci. Patří sem

zejména schopnost plánování, kognitivní flexibility, kontroly chování a rozhodování. Exekutivní funkce umožňují cílené řízení činnosti, adaptaci na změny a volbu adekvátních strategií při řešení úkolů (Malia a Brannagan, 2010).

Kognitivní funkce tvoří vzájemně propojený systém, v němž oslabení jedné oblasti často vede k sekundárním obtížím v dalších složkách fungování (Vágnerová, 2016). Metakognice je chápána jako nadřazená kognitivní funkce, která umožňuje jedinci uvědomovat si vlastní kognitivní výkon, monitorovat jej a cíleně regulovat. V kontextu kognitivní rehabilitace se vymezuje jako schopnost „přemýšlet o tom, jak přemýšlím“ (Malia a Brannagan, 2010).

Právě v této fázi vstupuje do procesu kognitivního tréninku Metoda instrumentálního uvědomování (viz obr. 1), která nepracuje izolovaně s jednotlivými kognitivními funkcemi, ale cíleně podporuje rozvoj uvědomování a metakognitivních strategií napříč celým kognitivním systémem. Podobně Jo Lebeer (2016) ve svých pracích uvádí, že cílená kognitivní intervence založená na zprostředkování může vést nejen ke změnám výkonu, ale i k proměně způsobu myšlení a učení, včetně zlepšení organizace činnosti a každodenního fungování jedince.



Obr. 1: Hierarchie kognitivních funkcí a vstup MIU do procesu kognitivního tréninku (zdroj: autorské zpracování, 2026)

Kognitivní poruchy a kognitivní rehabilitace v nemocničním prostředí

Porozumění struktuře a vzájemným vazbám kognitivních funkcí je v klinické praxi zásadní pro pochopení dopadů jejich oslabení. Pokud dojde k narušení některé

z těchto složek, promítá se změna do celkového fungování jedince a významně ovlivňuje soběstačnost i kvalitu života.

Kognitivní poruchy představují častý důsledek neurologických a neurodegenerativních onemocnění, organických poškození mozku či psychiatrických diagnóz.

V současném pojetí je kognitivní rehabilitace chápána jako vědní disciplína zaměřená na obnovu kognitivního zpracování a osvojování kompenzačních strategií, které podporují funkční plasticitu mozku (Nilius, 2018).

V tomto kontextu se v nemocničním prostředí postupně vymezuje role kognitivního trenéra². Nejde o diagnostika, ale o odborníka, který se v rámci rehabilitační péče zaměřuje na praktickou podporu kognitivních procesů. Kognitivní rehabilitace je součástí kompetencí více nelékařských zdravotnických profesí (např. psychiatrické sestry, ergoterapeuta či klinického logopeda), které tyto intervence realizují v rámci své odbornosti. Kognitivní trenér pracuje s pacientem individuálně u lůžka nebo ambulantně a cíleně přizpůsobuje intervenci aktuálnímu zdravotnímu stavu, míře únavy i emočnímu rozpoložení pacienta. Současně spolupracuje s multidisciplinárním týmem a zohledňuje dopady kognitivních obtíží na běžné fungování pacienta.

Při své práci využívá kognitivní trenér různé metody kognitivního tréninku, mezi které patří strukturovaná cvičení typu tužka–papír, práce s počítačovými kognitivními programy a využití didaktických či alternativních pomůcek ke stimulaci kognitivních funkcí. Specifickou součástí intervence je MIU, která umožňuje propojit jednotlivé formy kognitivního tréninku s rozvojem metakognitivního uvědomování.

Kognitivní trénink s Metodou instrumentálního uvědomování

Kognitivní trénink, který se opírá o principy Metody instrumentálního uvědomování, stojí na třech základních pilířích: zprostředkovaném učení, reflexi a postupné autonomii. Tento koncept vychází z metodiky MIU, jak je popsána v příslušné publikaci (Váňová, Vysopal a Jelínková, 2026), a z autorské praxe v klinickém prostředí.

› Zprostředkované učení

Podstatou této techniky je vést pacienta k vlastním vhledům a objevům pomocí promyšleně strukturovaných otázek. Terapeut se ptá například: „Co jste zkusil/a jako první? Proč myslíte, že to nefungovalo? Jaký jiný přístup byste mohl/a zkusit příště?“ Cílem je podpořit analytické myšlení a samostatnost pacienta, což je v souladu s principy zprostředkovaného učení (Málková, 2008).

› Zpětná vazba a metakognice

Jedná se o systematickou práci s reflexí po dokončení úkolu nebo jeho části. Terapeut aktivně moderuje diskusi o tom, jak pacient postupoval, které strategie zvolil, co pro něj bylo obtížné, a co mu naopak

pomohlo. Důraz na uvědomování vlastních postupů a strategií je v literatuře popisován jako klíčový prvek metakognitivně orientovaných přístupů (Lebeer, 2016).

› Postupná autonomie

Kognitivní trénink je plánován tak, aby se postupně snižovala míra podpory ze strany terapeuta. Zpočátku terapeut poskytuje intenzivní vedení a strukturu, ale s rostoucími dovednostmi pacienta se stahuje do pozadí a podporuje ho v samostatném využívání osvojených strategií v nových a náročnějších situacích (Málková, 2008).

Kognitivní trénink s MIU se zásadně liší od výkonově orientovaných přístupů. Nezaměřuje se primárně na správnost výsledku, ale na proces, jehož prostřednictvím pacient k řešení dospívá, a na rozvoj schopnosti regulovat vlastní myšlení. Tento důraz na proces a regulaci odpovídá metakognitivnímu pojetí intervence (Lebeer, 2016).

Kognitivní trénink využívající MIU je postaven na systematické práci se soubory pracovních listů, tzv. instrumenty³. Tyto instrumenty slouží jako prostředek cíleného rozvoje kognitivních funkcí a současně jako nástroj pro podporu aktivního zapojení pacienta do terapeutického procesu (Váňová, Vysopal a Jelínková, 2026).

Pro účinnou práci s metodou je důležitá příprava kognitivního trenéra, jež spočívá v práci s vybranou stránkou či stránkami z instrumentů MIU z klientské perspektivy. Typická lekce pak probíhá v několika navazujících fázích: společná analýza zadání, plánování strategie, samostatná práce pacienta a závěrečná reflexe.

V každé fázi lekce se mohou objevit příležitosti pro nalézání konkrétních témat, mechanismů a zjištění, jež je možné pojmenovat jako obecný princip využitelný v dalších oblastech života (Váňová, Vysopal a Jelínková, 2026). Toto tzv. přemostování je vlastním cílem trenérovy práce a má zásadní dopad v oblasti schopnosti učení, metakognice i postupné autonomie.

Ještě před příchodem konkrétního pacienta kognitivní trenér analyzuje, kdo do terapie vstupuje – zohledňuje kognitivní profil pacienta, jeho aktuální potřeby i předpokládaný způsob spolupráce. Tento krok je klíčový pro individualizaci kognitivního tréninku a umožňuje přizpůsobit práci tak, aby odpovídala možnostem a potenciálu konkrétního pacienta.

Úvodní fáze práce je věnována společnému detailnímu prohlédnutí pracovního listu.

Společně s pacientem jsou systematicky sbírány vstupní informace, rozvíjí se orientace v zadání a formuluje se cíl úkolu.

Na základě tohoto porozumění následuje fáze přípravy, během níž jsou společně hledány strategie řešení. Pracuje se se zkušenostmi pacienta z minulosti, pojmenovávají se postupy, které se osvědčily, a zároveň se otevírá prostor pro hledání alternativních cest v případě, že dosavadní strategie nebyly funkční.

V další fázi přechází pacient k samostatné práci s jednotlivými stránkami instrumentů. Role kognitivního trenéra ustupuje v této části do pozadí – sleduje průběh práce, způsob uvažování pacienta a jeho schopnost nést odpovědnost za vlastní řešení. Podpora je poskytována pouze v nezbytné míře, zejména v situacích, kdy pacient naráží na obtíže nebo ztrácí orientaci v úkolu. Cílem intervence není přímé vedení k řešení, ale facilitace procesu myšlení a postupné posilování samostatnosti.

Závěrečná fáze je věnována reflexi. Kognitivní trenér s pacientem společně hodnotí průběh práce, identifikují náročné momenty i úspěšné strategie. Důraz je kladen na pojmenování obecných principů, které se během práce uplatnily, a na jejich přenos do dalších situací a každodenního života. Působení MIU přesahuje rámec práce s pracovním listem, protože podporuje rozvoj kognitivních strategií využitelných i mimo terapeutický kontext.

Kognitivní trénink založený na principech MIU sdílí některé prvky se současnými přístupy v neurorehabilitaci, zejména důraz na aktivní participaci pacienta, osvojování strategií a regulaci vlastního chování (Grünerová Lippertová et al., 2024).

Kazuistiky

Prezentované kazuistiky mají explorativní charakter a jejich cílem je ilustrovat možné efekty intervence v klinické praxi.

Josef (46 let)

Josef je 46letý muž po částečné resekci tumoru mozku, profesí manažer v oboru finančnictví. Na kognitivní trénink přichází ve fázi stabilizovaného somatického stavu. Psychicky se prezentoval úzkostným laděním, zvýšenou potřebou kontroly a výraznou výkonovou orientací. Tyto rysy byly patrné již před onemocněním a výrazně ovlivňovaly jeho způsob práce i zvládání zátěže.

² V podmínkách pardubické nemocnice je tato role naplňována zdravotně-sociálním pracovníkem, přičemž kognitivní rehabilitace je zde chápána jako součást psychosociální intervence v rámci tříступňového modelu psychoterapeutické péče ve zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022).

³ Instrumenty MIU jsou strukturované soubory pracovních listů, jejichž úkoly umožňují spustit proces kognitivního rozvoje. Nejde o testy ani o hodnotící nástroje, ale o prostředek zprostředkovaného učení.

Vstupní vyšetření pomocí Krátké neuropsychologické baterie (KNB), doplněné pozorováním, ukazovalo na oslabení exekutivních funkcí (snížená flexibilita, tendence setrvávat v nefunkčních strategiích, nižší efektivita plánování) a paměťových funkcí, zejména pracovní paměti a oddáleného vybavení. To odpovídalo i výsledkům KNB (celkový skóre -0,63; exekutivní funkce -0,77; oddálená paměť -1,23). Přítomna byla také snížená odolnost pozornosti ($z = -0,9$), vizuálně-prostorové schopnosti byly zachovány ($z = 0,57$).

Na základě tohoto kognitivního profilu a doporučení klinické psycholožky, která indikovala zaměření na trénink paměti a exekutivních funkcí, byla zvolena kombinovaná intervence. Tradiční přístup kognitivní rehabilitace byl v tomto případě reprezentován počítačovým programem CogniPlus, zaměřeným na trénink pozornosti a paměti. Trénink paměti vycházel z identifikovaného oslabení paměťových funkcí. Zařazení tréninku pozornosti reflektovalo její roli jako bazální kognitivní funkce, která významně ovlivňuje výkon v oblasti paměti i exekutivních funkcí, a současně reagovalo na pozorovanou sníženou odolnost při delší kognitivní zátěži.

Intervence probíhala formou strukturovaných cvičení s důrazem na průběžnou reflexi jednotlivých kroků. MIU byla cíleně využita k uvědomění vlastních, dosud automatických strategií a k identifikaci překážek, které po operaci mozku vedly k selhávání výkonu. Konkrétně byly použity instrumenty *Spojování bodů* a *Příběhy v obrazech*. Pacient současně docházel na individuální psychoterapii. Terapie probíhala ambulantně po dobu čtyř měsíců, s frekvencí 1× týdně v délce 45–60 minut. Součástí hodnocení průběhu a efektu intervence byla kvalitativní evaluace, založená na systematickém klinickém pozorování v průběhu jednotlivých sezení a na hloubkových rozhovorech s pacientem.

V průběhu terapie se ukázalo, že pacient využíval přetěžující strategie spojené s nadměrnou kontrolou a detailním rozkrokováním úkolů, což vedlo k přetížení a nárůstu úzkosti. Prostřednictvím MIU docházelo k jejich postupnému uvědomění a modifikaci. V průběhu intervence byly na základě pozorování a výpovědí pacienta zaznamenány změny v přístupu k řešení úloh, zejména zjednodušení postupů, efektivnější plánování a větší využití zachovaných vizuálně-prostorových schopností. Zlepšila se také regulace zátěže a tolerance k chybě. Z hlediska každodenního fungování pacient referoval nižší kognitivní zátěž a větší

jistotu při zvládnání náročnějších situací. Tyto změny byly podpořeny i zpětnou vazbou klinické psycholožky a rodiny.

Výstupní vyšetření pomocí KNB (celkový skóre -0,53; exekutivní funkce -0,5; oddálená paměť -1,17; pozornost -0,63; zrakově-prostorové funkce 0,67) a výkon v programu CogniPlus neprokázaly významné zlepšení v oblasti paměti. Přínos intervence se však projevil zejména v kvalitativní rovině – ve změně strategií, lepší regulaci kognitivní zátěže a vyšší míře metakognitivního uvědomění.

S ohledem na kombinaci více přístupů nelze jednoznačně určit podíl jednotlivých metod, lze však předpokládat významnou roli MIU v reorganizaci strategií a adaptivnějším fungování pacienta.

Dagmar (74 let)

Představena je 74letá Dagmar, dlouhodobě hospitalizovaná na geriatrickém oddělení, u níž se během pobytu v nemocnici rozvinula porucha přizpůsobení, úzkostně-depresivní ladění a výrazné vnitřní napětí. Pacientce byla diagnostikována mírná kognitivní porucha (MCI) a depresivní syndrom. Paní Dagmar je vdova, původní profesí zdravotní sestra. Před hospitalizací ráda četla, především detektivky, a luštila křížovky či sudoku.

Vstupně bylo provedeno orientační kognitivní vyšetření pomocí testu Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R, HS = 74/100 bodů), doplněné testem ALBA (HS = 4/12 bodů, větest HS = 2/6 bodů + tegest HS = 2/6 bodů), systematickým pozorováním, hloubkovým rozhovorem s pacientkou a průběžným sběrem informací od ošetřujícího personálu.

Kognitivní profil ukazoval na oslabení paměťových funkcí (zejména vybavení informací) a oslabení slovní produkce. V řeči se místy objevovaly obtíže ve vybavování slov. Psychicky pacientka působila úzkostně, napjatě, s nízkou motivací a aktivitou. Výrazná byla potřeba kontroly, která komplikovala spolupráci.

Zvolena byla individuální práce přímo u lůžka pacientky, a to dvakrát týdně po dobu tří měsíců. Cílem bylo vybudovat důvěru, snížit napětí, podpořit komunikaci a současně posílit kognitivní funkce. Využity byly prvky tradičního kognitivního tréninku (tužka–papír) i MIU, především práce s instrumentem *Příběhy v obrazech*, na kterou bylo později navázáno instrumentem *Spojování bodů*. Díky předchozí zkušenosti s vyprávěním a strukturací děje přijala pacientka následnou aktivitu s větší tolerancí k chybě a s menší mírou vnitřního napětí.

V průběhu sezení se ukázalo, že práce s příběhy je pro pacientku nejen přijatelná, ale i motivačně posilující. Postupně se začaly objevovat zachované silné stránky, především schopnost organizovat myšlenky při vyprávění a vytvářet koherentní děj. Narativní formát podpořil dialog, aktivizoval verbální produkci a obnovil zájem o dříve oblíbené aktivity.

Výstupní vyšetření pomocí ACE-R ukázalo dílčí změny v oblasti paměťových funkcí a slovní produkce (ACE-R HS = 84/100 bodů, ALBA HS = 6/12 bodů, větest 3 body + tegest 3 body). Nešlo o dramatické zlepšení kognitivního výkonu, ale o významný posun v prožívání a komunikaci. Pozorovaný efekt intervence se projevil především v kvalitativní rovině – ve zlepšení komunikace, snížení psychického napětí, zlepšení spolupráce a aktivizaci pacientky. Tyto změny byly konzistentně popisovány pacientkou i ošetřujícím personálem.

S ohledem na komplexní charakter péče nelze jednoznačně přisuzovat pozorované změny jediné metodě. Lze však předpokládat, že MIU významně přispěla k vytvoření bezpečného terapeutického rámce, podpoře komunikace a aktivizaci pacientky, což mohlo následně podpořit i kognitivní výkon.

Tato kazuistika ukazuje, že přínos MIU u geriatrických pacientů nemusí spočívat primárně ve výkonovém zlepšení, ale ve facilitaci spolupráce, komunikace a psychické stabilizace, které tvoří základ pro další kognitivní práci.

Limity využití metody

Přestože MIU představuje účinný nástroj podpory metakognitivních a exekutivních funkcí, její aplikace v nemocničním prostředí naráží na specifické limity vyplývající především z kontextu hospitalizace. Tyto limity se netýkají samotné metody, ale podmínek, za nichž je realizována.

Zásadním omezením je časová a organizační struktura nemocniční péče. MIU je procesně orientovaný přístup, který vyžaduje kontinuitu, opakovanou práci a prostor pro postupné dozrávání uvědomění. V podmínkách hospitalizace je však intervence často krátkodobá, přerušovaná zdravotními výkony a ovlivněná kolísáním zdravotního stavu. Možnosti systematicky navazovat na předchozí práci a rozvíjet přenos osvojených strategií do běžného fungování jsou proto omezené.

Dalším významným faktorem je aktuální somatický a psychický stav pacienta. Únava, bolest, farmakoterapie či emoční zátěž mohou výrazně snižovat schopnost

zapojit se do metakognitivně náročnější práce. V těchto situacích je nutné metodu výrazně modifikovat a často upřednostnit podpurný a vztahový rozměr intervence před systematickou prací s instrumenty. Limitujícím aspektem je rovněž motivace pacienta a míra náhledu na vlastní kognitivní obtíže. Metoda předpokládá aktivní spoluúčast, ochotu reflektovat vlastní postup a přijmout chybu jako součást učení. U pacientů se sníženou volní složkou, poruchou náhledu či výraznou pasivitou je tento předpoklad naplněn pouze částečně, což ovlivňuje hloubku a tempo práce.

Specifickým omezením je institucionální charakter nemocničního prostředí, které pacientovi poskytuje vysokou míru vnější struktury a omezuje jeho autonomii. Možnosti okamžité aplikace nově osvojených strategií do reálných životních situací jsou zde omezené a často zůstávají na úrovni verbální reflexe.

Uvedené skutečnosti se odrážejí i v klinické praxi, kde je MIU častěji začleňována do kognitivního tréninku ambulantních pacientů. Ambulantní péče nabízí větší kontinuitu, stabilnější zdravotní stav a širší prostor pro přenos osvojených principů do každodenního fungování. Přesto zůstává cílem klinické praxe rozšiřovat využití MIU také mezi hospitalizované pacienty, alespoň v podobě práce s jejich základními principy již během hospitalizace.

Diskuse

Kognitivní trénink v nemocničním prostředí může přispívat ke zlepšení dílčích kognitivních funkcí, jeho efekt je však u řady pacientů limitován charakterem a rozsahem postižení. Doplnění kognitivního tréninku o intervenci MIU rozšiřuje

tento přístup o metakognitivní rozměr, zaměřený na rozvoj uvědomování vlastních kognitivních procesů, sebereflexe a schopnosti seberegulace.

Jak ukazují prezentované kazuistiky, přínos MIU se v klinické praxi může projevat v různých rovinách – od reorganizace kognitivních strategií až po podporu spolupráce, komunikace a aktivizace pacienta. Studie současně popisují změny v kvalitě kognitivního zpracování, ve strategiích a každodenním fungování (Fišarová, 2012; Lebeer, 2016).

Metaanalytické studie ukazují, že kognitivní trénink může vést ke zlepšení výkonu v trénovaných úlohách, zatímco přenos do širších kognitivních schopností bývá omezený (Melby-Lervåg a Hulme, 2013). Metodu instrumentálního uvědomování lze v tomto kontextu chápat jako přístup, který tento rámec rozšiřuje o metakognitivní dimenzi a podporu využití strategií v každodenním fungování. Metoda je přínosná u širokého spektra pacientů, přičemž cíle intervence jsou vždy stanovovány s respektem ke klinickým limitům a reálným možnostem pacienta. Důraz je kladen na dlouhodobou funkční adaptaci a zachování autonomie, nikoli pouze na krátkodobé či snadno měřitelné změny výkonu.

Zároveň je nutné zdůraznit, že samotný kognitivní trénink nevede vždy ke zlepšení kognitivních funkcí v úzkém slova smyslu. U pacientů se závažnějším neurologickým onemocněním, progresivním průběhem či rozsáhlejším poškozením centrální nervové soustavy nemusí být obnovení oslabených funkcí reálně dosažitelné. V těchto případech se cíl intervence přirozeně posouvá od snahy o restituci ke kompenzaci, adaptaci a podpoře vlastního

fungování v rámci aktuálních možností pacienta.

Právě zde se ukazuje význam kombinace kognitivního tréninku s MIU. MIU umožňuje pacienta systematicky vést k uvědomění vlastních limitů, k rozpoznání situací, ve kterých dochází k selhávání kognitivních procesů, a k hledání alternativních postupů či kompenzačních strategií. Zvědomění vlastních možností i omezení může přispět ke snížení frustrace, úzkosti a pocitu selhání a zároveň podpořit aktivní, realističtější přístup k vlastnímu fungování.

Shrnutí

Závěrem lze konstatovat, že MIU má v oblasti kognitivního tréninku ve zdravotnictví výrazný potenciál. Umožňuje rozvíjet zachované kognitivní schopnosti mozku i v náročných životních situacích, mezi něž hospitalizace bezpochyby patří. V prostředí, kde se pacient často ocitá v pasivní roli příjemce péče, nabízí MIU možnost smysluplného zapojení do vlastní léčby. Integrace MIU do rehabilitačních programů přináší hlubší porozumění tomu, jak pacient myslí, co ho omezuje, co mu pomáhá a jaké strategie mohou dlouhodobě podpořit jeho soběstačnost. Tento přístup otevírá prostor pro skutečně individualizovanou a účinnou kognitivní rehabilitaci, která respektuje klinické limity, ale zároveň využívá potenciál mozku učít se i v náročných obdobích.

Nejdůležitější je však skutečnost, že MIU podporuje to, co v nemocniční péči často mizí – pocit kompetence, autonomie a smysluplné spoluúčasti pacienta na vlastní léčbě.

Literatura

- FIŠAROVÁ, Z., 2012. *Posouzení kognitivní plasticity u seniorů s použitím FIE*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PaedDr. Eva Vaňová. Dostupné z: [DPTX_2011_2_11410_0_329971_0_124491.pdf](#).
- GRÜNEROVÁ LIPPERTOVÁ, M. et al., 2024: *Neurorehabilitace*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-708-9.
- KULIŠŤÁK, P. et al., 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3068-7.
- LEBEER, J., 2006. Umění kognitivního vedení. In: LEBEER, J. (ed.). *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje. Podpora začleňování znevýhodněných dětí do běžného vzdělávání*. Praha: Portál, s. 47-132. ISBN 80-7367-103-4.
- LEBEER, J., 2016. *Significance of the Feuerstein approach in neurocognitive rehabilitation*. Online. NeuroRehabilitation, vol. 39, no. 1, s. 19-35. DOI: 10.3233/NRE-161335. Dostupné z: [\(PDF\) Significance of the Feuerstein approach in neurocognitive rehabilitation](#).
- MALIA, K. a BRANNAGAN, A., 2010: *Jak provádět trénink kognitivních funkcí: praktická příručka pro každého*. Přel. K. Čížková. Praha: Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. ISBN 978-80-904357-3-5.
- MÁLKOVÁ, G., 2008: *Umění zprostředkovaného učení. Teoretická východiska a výzkum instrumentálního obohacování Reuvena Feuersteina*. Praha: TOGGA. ISBN 978-80-87258-02-6.

MELBY-LERVÅG, M. a HULME, C., 2013. *Is working memory training effective? A meta-analytic review*. Online. *Developmental Psychology*, vol. 49, no. 2, s. 270-291. DOI: 10.1037/a0028228. Dostupné z: [Is Working Memory Training Effective? A Meta-Analytic Review](#).

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2022. *Metodický pokyn pro poskytovatele zdravotních služeb k zavedení třístupňového modelu psychoterapeutické péče do praxe*. Věstník MZ ČR, částka 13. Dostupné z: [Metodický pokyn pro poskytovatele zdravotních služeb k zavedení třístupňového modelu psychoterapeutické péče do praxe – Ministerstvo zdravotnictví](#).

MYSLENIE PRE ŽIVOT, 2026. *O nás*. Online. Bratislava: Myslenie pre život. Dostupné z: [OZ Myslenie pre život](#). [citováno 2026-04-06].

NILIUS, P., 2018: *Kognitivní rehabilitace*. Online. *Neurologie pro praxi*, roč. 19, č. 1, s. 65-66. ISSN 1213-1814. Dostupné z: [Kognitivní rehabilitace](#).

VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3268-1.

VÁŇOVÁ, E., VYSOPAL, O. V. a JELÍNKOVÁ, E., 2026: *Metoda instrumentálního uvědomování. Úvod do studia*. Praha: Akreditované tréninkové centrum pro vzdělávání a rozvoj, zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků. Dostupné z: [Úvod do studia MIU · Aktuality · ATC](#). [citováno 2026-03-30].