

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ergoterapie pro dospělé



Bc. Kateřina Dřevíková

Možnosti terapie poruch náhledu u pacientů po získaném poškození mozku

Therapeutic interventions in patients with self-awareness deficit after acquired
brain injury

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Bc. Anna Rejtarová

Praha, 2025

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především vedoucí diplomové práce Mgr. Bc. Anně Rejtarové za její čas, vedení, cenné poznámky, pochopení, odborné připomínky a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat panu doc. Mgr. Vladimíru Rogalewiczovi, CSc za jeho odborné rady a velmi ochotný přístup. Velké díky patří i zahraničním autorům, zejména prof. Julii Schmidt, Ph.D., která mi na dálku poskytla důležité podklady a materiály. Na závěr bych chtěla vyjádřit upřímné poděkování mé rodině a životním přátelům, které jsem díky tomuto studiu získala.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 1.5.2025

Kateřina Dřevíková

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

DŘEVIKOVSKÁ, Kateřina. *Možnosti terapie poruch náhledu u pacientů po získaném poškození mozku. [Therapeutic interventions in patients with self-awareness deficit after acquired brain injury]*. Praha, 2025. 110 s., 3 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Anna Rejtarová.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Bc. Kateřina Dřevíková

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Anna Rejtarová

Název diplomové práce: Možnosti terapie poruch náhledu u pacientů po získaném poškození mozku

Abstrakt diplomové práce:

Tato diplomová práce přináší ucelený pohled na oblast poruchy náhledu po získaném poškození mozku. Soustředí se zejména na možnosti terapeutického ovlivnění náhledu. Práce reaguje na nedostatek literatury na toto téma a poskytuje praktická doporučení pro provádění terapií zaměřených na obnovu náhledu po získaném poškození mozku.

Hlavním cílem práce je zmapování využívaných intervenčních metod pro ovlivnění náhledu u pacientů po získaném poškození mozku. Dílčím cílem je pak formulace obecných doporučení pro ergoterapeuty k provádění těchto intervencí.

Jedná se o teoreticko-rešeršní práci koncipovanou formou systematického přehledu literatury. V rámci teoretických východisek je nastíněna problematika náhledu z hlediska jeho terminologie, konceptualizace, možností vyšetření a ovlivnění života pacientů a jejich rodin. Rešeršní část práce zahrnuje stanovení vyhledávacího dotazu a kritérií, vyhledávání ve vybraných databázích, následné čištění dat a třídění a analýza výsledných studií.

Výstupem je přehled využívaných terapeutických technik pro ovlivnění náhledu a sestavená obecná doporučení pro ergoterapeutickou praxi. Ukázalo se, že napříč všemi studiemi se prolínají různé prvky a techniky, které mají potenciálně náhled zlepšovat, nejčastěji se jednalo o metakognitivní přístupy a poskytování zpětné vazby při zapojení do konkrétních činností.

Klíčová slova: porucha náhledu, anosognozie, terapie, intervence, získané poškození mozku

MASTER'S THESIS ABSTRACT

Name, Surname: Bc. Kateřina Dřevíková

Supervisor: Mgr. Bc. Anna Rejtarová

Title: Therapeutic interventions in patients with self-awareness deficit after acquired brain injury

Abstract:

This thesis provides a comprehensive overview of impaired self-awareness following acquired brain injury, with a particular focus on the potential for therapeutic interventions to influence self-awareness. It addresses the lack of literature on this topic and provide practical recommendations for implementing therapies aimed at restoring self-awareness after such injuries.

The main aim of the thesis is to map the intervention methods used to influence self-awareness in patients with acquired brain injury. A secondary aim is to provide general recommendations for occupational therapists on how to implement these interventions.

This work is both theoretical and research-based, presented in the form of a systematic literature review. The theoretical background explores the concept of self-awareness in terms of its terminology, conceptualization, measure options, and the impact it has on the patients' lives and their families. The review section outlines the search query and criteria, the database searches conducted, the subsequent data cleaning and sorting process, and the analysis of the resulting studies.

The outcome is an overview of therapeutic techniques used to influence self-awareness and a set of general recommendations for occupational therapy practice. Various elements and techniques were found to be interwoven across the studies to potentially enhance self-awareness, most commonly metacognitive approaches and the provision of feedback when engaging in specific activities.

Key words: self-awareness deficit, anosognosia, therapy, intervention, acquired brain injury

Obsah

1. ÚVOD	1
2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	3
2.1. Cíle práce	3
2.2. Výzkumné otázky	3
3. METODOLOGIE	5
3.1. Metody a postup řešení	5
3.2. Vyhledávání	6
3.3. Kritéria pro zahrnutí a vyloučení studie	7
3.4. Kvalita studií	8
3.5. Sledované parametry	8
3.6. Tvorba výstupů	9
3.7. Tvorba obecných doporučení pro praxi	9
4. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	10
4.1. Co je to náhled a jeho porucha	10
4.2. Pojmy	12
4.3. Konceptualizace náhledu	14
4.4. Náhled vs neglect-syndrom	15
4.5. Důsledky poruchy náhledu	16
4.6. Možnosti vyšetření náhledu	17
4.6.1. Přehled nástrojů	18
4.7. Terapie náhledu	22
4.7.1. Medicínské možnosti	22
4.7.2. Rehabilitační přístupy	23
5. VÝSTUPY REŠERŠE	25
5.1. Výsledky vyhledávání	25
5.2. Čištění dat	26
5.3. Prezentace výsledků pomocí PRISMA diagramu	27
5.4. Výstupy práce	28
5.5. Typy studií a jejich kvalita	32
5.6. Provádění terapií z hlediska profese	33
5.7. Frekvence, četnost a délka terapií	33
5.8. Typ poškození mozku a jeho stádium	34
5.9. Počet probandů	34
5.10. Nástroje využívané pro měření náhledu	34
5.11. Termín pro náhled	34
5.12. Typy intervencí	35
5.12.1. Metakognitivní trénink strategií	35

5.12.2. Zpětná vazba	36
5.12.2.1. Video zpětná vazba.....	37
5.12.2.2. Verbální zpětná vazba.....	38
5.12.2.3. Prožitková zpětná vazba.....	38
5.12.3. Trénink založený na chybách.....	39
5.12.4. Intervence založená na zaměstnávání	40
5.12.5. Herní a digitální přístupy.....	41
5.12.6. Skupinové interakce a zpětná vazba.....	42
5.12.7. Komplexní programy	43
5.12.7.1. Multimodální rehabilitační program.....	43
5.12.7.2. Komplexní terapie dysexekutivního syndromu.....	44
5.12.7.3. Sokratovsky vedená terapie.....	45
5.13. Shrnutí efektivity terapií.....	47
5.14. Shrnutí hlavních intervenčních technik	48
5.15. Zodpovězení výzkumných otázek	51
6. DISKUSE	52
7. ZÁVĚR.....	63
8. SEZNAM LITERATURY	64
9. SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	79
10. SEZNAM ZKRATEK.....	80
11. SEZNAM PŘÍLOH.....	82
12. PŘÍLOHY	83

1. ÚVOD

Získané poškození mozku představuje závažný zdravotní stav, jenž s sebou přináší široké spektrum obtíží, se kterými se musejí vyrovnávat nejen samotní pacienti, ale také jejich rodiny a nejbližší okolí. Poškození mozku postihuje rozsáhlé oblasti senzomotorického systému a jeho důsledky se mohou projevit na mnoha úrovních – od fyzických omezení, přes změny v sociálním fungování, až po poruchy emocí a chování (Nudo, 2013). Významně mohou být zasaženy i kognitivní funkce, jako je paměť, pozornost, exekutivní funkce či schopnost plánování, které zásadním způsobem ovlivňují každodenní fungování a celkovou kvalitu života.

Mezi časté a zároveň velmi komplikované následky patří i porucha náhledu. Pokud má pacient poruchu náhledu, není schopen objektivně vnímat a hodnotit svou situaci ve vztahu k existujícímu deficitu (Krivošíková a Angerová, 2021). Znamená to, že pacienti se zhoršeným náhledem nejenže nemají dostatečný přehled o svých funkčních schopnostech, ale mají tendenci své schopnosti přeceňovat, což přispívá k potřebě většího dohledu, a tím i ke zvýšené zátěži pečovatелů (Rubin et al., 2020). Jedním z nejzávažnějších důsledků zhoršeného náhledu je tendence pacientů zapojovat se do potenciálně nebezpečných aktivit, protože nejsou schopni přesně vyhodnotit své schopnosti ani rizikové faktory (Cheng et al., 2024). Současně také omezený náhled významně ovlivňuje zapojení pacienta do celého rehabilitačního procesu. Pacienti, kteří si neuvědomují rozsah svých potíží často podceňují potřebu odborné intervence, odmítají účast na terapiích nebo přistupují k terapiím pasivně. Jejich negativní postoj pak vede k omezené spolupráci a celkově ovlivňuje celý proces zotavení (Chapman et al., 2019). Tato zjištění poukazují na potřebu pokračovat ve zkoumání náhledu, a především zavádění cílených intervencí pro zvýšení úrovně náhledu do běžného rehabilitačního procesu (Rubin et al., 2020).

V našem prostředí existuje jen minimum literatury, která se zabývá touto problematikou. Pokud se jí některé články věnují, zaměřují se především na možnosti hodnocení náhledu. Mezi tato hodnocení patří různé sebehodnotící dotazníky a škály. Nejčastěji fungují na principu porovnání pacientova hodnocení s hodnocením blízké osoby (Al Banna et al., 2016). Důležité je ale také monitorovat a hodnotit pacientův výkon přímo při provádění běžných činností a sledovat jeho schopnost rozpoznávat vlastní chyby (Toglia a Foster, 2021).

Vlastní intervenci a jejímu konkrétnímu provádění se ale věnuje málo pozornosti. Zahraniční literatura poukazuje na to, že jsou to velmi často právě ergoterapeuti, kteří na potíže s náhledem upozorňují. Dle výzkumu Schrijnemaekers et al. (2014) jsou nejčastější profesí, jež se náhledem zabývá. Přestože zdravotníci běžně zmiňují náhled jako klíčový faktor při zotavení a rehabilitaci, existuje nedostatek klinických intervencí založených na důkazech, které by se na poruchy náhledu výslovně zaměřovaly (Schrijnemaekers et al., 2014). V poslední době se na tuto problematiku soustředí stále více pozornosti, především v zahraničí, přesto lidé v klinické praxi obecně spíše neví, jak k poruše náhledu přistupovat a jak se jí snažit cíleně adresovat (Mamman et al. 2022).

Tato práce reaguje na nedostatek informací a literatury v našem prostředí a přináší vhled do problematiky poruchy náhledu po získaném poškození mozku. Práce je teoreticko-rešeršní, v teoretické části je představen samotný pojem náhled a jeho konceptualizace, dopad na život pacientů a možnosti jeho vyšetření. Rešeršní část je koncipována formou systematického přehledu a následuje doporučení pro provádění systematických přehledů dle Cochrane Handbook (Higgins et al., 2024). Cílem tohoto přehledu je zmapovat intervenční metody využívané pro ovlivnění náhledu u pacientů po získaném poškození mozku. Smyslem práce je tak poskytnout v českém jazyce přehled o tom, co je to porucha náhledu a jak se dá terapeuticky ovlivňovat. Dílčím výstupem práce je souhrn poznatků sumarizovaný do *Obecných doporučení pro terapii poruchy náhledu u dospělých pacientů po získaném poškození mozku v ergoterapeutické praxi*. Tato doporučení poskytují stručný, ale komplexní pohled na danou problematiku a shrnují hlavní intervenční přístupy využitelné v praxi.

2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1. Cíle práce

Účelem této teoreticko-rešeršní práce je zpracování přehledu možností terapií pro ovlivnění náhledu u pacientů po získaném poškození mozku. Smyslem práce je poskytnout komplexní pohled na problematiku náhledu u pacientů po získaném poškození mozku se zvláštním zaměřením na možnosti jeho terapeutického ovlivnění.

Hlavním cílem práce je zmapování využívaných intervenčních metod pro ovlivnění náhledu u pacientů po získaném poškození mozku.

Dílčím cílem práce je formulace obecných doporučení pro ergoterapeuty k provádění intervencí zaměřených na ovlivnění náhledu u pacientů po získaném poškození mozku.

2.2. Výzkumné otázky

Před samotným vyhledáváním v informačních zdrojích je důležité správně formulovat klinickou otázku, na kterou následně hledáme odpověď (Jarolímková, 2004). Pro optimální formulaci klinických otázek byl využit systém PICO, který se ukazuje jako účinný pro efektivní získávání zdrojů (Santos et al., 2007). Název PICO je složený z počátečních písmen čtyř klíčových aspektů:

- P (patient) – pacient nebo skupina pacientů, jichž se otázka týká;
- I (intervention) – léčebný postup či zásah, který bude použit;
- C (comparator) – srovnání s jinou léčbou nebo kontrolní skupinou;
- O (outcome) – očekávaný výsledek intervence (Beharková et al., 2019).

Tabulka č. 2.2.1 Sestavení klinické otázky dle PICO

P	pacienti se získaným poškozením mozku (traumatické poranění mozku, cévní mozková příhoda) a poruchou náhledu
I	jakékoli intervence zaměřené na zlepšení náhledu
C	není nutné uvádět – cílem je zmapovat existující intervence
O	popis existujících terapeutických přístupů, jejich provedení a účinnost

Hlavní výzkumná otázka sestavená na základě výše zmíněného rámce:

Jaké existují terapeutické intervence pro ovlivnění náhledu u pacientů se získaným poškozením mozku podle odborné literatury?

Vedlejší výzkumné otázky:

Jaké konkrétní aktivity, techniky nebo metody jsou popisovány v rámci terapeutických intervencí zaměřených na ovlivnění náhledu u osob se získaným poškozením mozku?

Jaké profese se nejčastěji podílejí na terapii náhledu pacientů po získaném poškození mozku?

Jaké anglické termíny jsou v odborné literatuře využívány pro označení pojmu náhled ve vztahu k získanému poškození mozku?

3. METODOLOGIE

Níže je v bodech uveden postup, který byl využit při tvorbě tohoto systematického přehledu. Zahrnuje kroky, které byly nezbytné pro sběr a analýzu dat, které tvoří základ pro závěry prezentované v dalším textu.

- Prostudování dané problematiky a získání komplexního přehledu na základě dostupných odborných zdrojů.
- Vymezení hlavních cílů práce, formulace výzkumných otázek a návrh metodického postupu řešení.
- Výběr databází pro rešerši, definování klíčových slov a stanovení kritérií pro výběr vhodných studií.
- Vyhledání, zpracování a čištění dat.
- Analýza získaných studií, včetně jejich třídění a kódování.
- Zhodnocení kvality dohledaných studií pomocí nástroje na posouzení kvality studií.
- Prezentace získaných výsledků formou textu a přehledových tabulek, zodpovězení výzkumných otázek.
- Diskuse zahrnující interpretaci hlavních výsledků, kritickou analýzu a zasazení výsledků do širšího kontextu na základě provedené rešerše současné literatury.
- Závěrečné shrnutí obsahující klíčové poznatky z práce a jejich nejdůležitější přínos.

3.1. Metody a postup řešení

Tato diplomová práce je koncipována jako systematický přehled. Systematické přehledy se od tradičních přehledů literatury liší tím, že jejich cílem je identifikovat všechny studie, které se zabývají konkrétní otázkou, a jejich metodika byla vyvinuta tak, aby minimalizovala vliv zkreslení výběru, publikace a extrakce dat (Nightingale, 2009). V systematickém přehledu autor analyzuje výzkumné studie, které hodnotí z různých hledisek a své výsledky obvykle prezentuje v podobě tabulek (Mareš, 2013). Tato diplomová práce se snaží rámcově následovat doporučení v Cochrane Handbook (Higgins et al., 2024), která poskytují podrobné metodologické pokyny pro provádění systematických přehledů v oblasti zdravotní péče. Postup zahrnuje několik klíčových fází: začíná se definováním výzkumné otázky a cíle přehledu, následně se stanoví kritéria pro zařazení a vyřazení studií a vyhledá se relevantní literatura. Dále se shromažďují a analyzují data, hodnotí se riziko zkreslení dat a identifikují se potenciální konflikty zájmů. Výsledky studií se syntetizují pomocí vhodných metod a zvažuje se možný

vliv chybějících dat. Na závěr se interpretují výsledky, hodnotí se kvalita důkazů a výsledky se prezentují v přehledných tabulkách (Higgins et al., 2024). Pro prezentaci výsledků byla využita metodika PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) 2020, což je soubor doporučení pro transparentní a systematické reportování systematických přehledů a metaanalýz (Page et al., 2021). Využit byl flow-diagram sloužící k znázornění procesu výběru studií.

Prvním krokem byla tvorba předvýzkumu, stanovení si cílů a výzkumných otázek, následně brainstorming klíčových slov. Výsledná klíčová slova v anglickém jazyce byla stanovena na základě předchozího předvýzkumu. Zásadní bylo zvolit si vhodnou rešeršní strategii a odpovídající databáze. Do jednotlivých databází byl zadán sestavený vyhledávací dotaz. Vyhledávání probíhalo především v abstraktu, ale pokud databáze umožňuje upřesnit vyhledávání také na úroveň názvu článku nebo na klíčová slova, byly i tyto možnosti aktivně využity za účelem zvýšení relevance a úplnosti výsledků. Na základě toho byla provedena literární rešerše, po které následovala fáze čištění dat, kde došlo k odstranění duplicit a výsledné studie byly dále vyřazovány nejprve dle analýzy názvu a abstraktu. Zbýlé studie byly analyzovány v plném textu, vyřízeny a kriticky zhodnoceny. Do výsledného souhrnu byly zahrnuty pouze studie splňující stanovená kritéria.

Výsledné studie byly analyzovány a porovnávány, sledovány byly níže popsané *sledované parametry*. Výsledky jsou prezentovány formou tabulek i textu. Proběhla kategorizace na základě typů intervencí prezentovaných v každé studii a tyto jednotlivé intervence jsou blíže popsány.

3.2. Vyhledávání

Před stanovováním výsledných klíčových slov byl proveden brainstorming klíčových slov, jejich synonym, nadřazených a podřazených pojmů. Výsledná klíčová slova v anglickém jazyce byla zvolena na základě získaných poznatků z literatury. Inspirována byla především systematickou rešerší na podobné téma (Di Somma a Fleming, 2024).

Kombinování klíčových slov probíhalo pomocí booleovských operátorů OR a AND, které slouží k přesnějšímu zacílení dotazu. Operátor AND zúžil výsledky na záznamy obsahující všechna zvolená klíčová slova. Pomocí OR bylo možné rozšířit vyhledávání o související termíny.

Výsledná kombinace klíčových slov:

acquired brain injury OR traumatic brain injury OR stroke OR brain damage

AND

anosognosia OR lack of insight OR self-awareness OR unawareness

AND

therapy OR intervention OR rehabilitation OR procedure OR guidelines OR practice OR training

K vyhledávání zdrojů pro tuto diplomovou práci byly využity databáze dostupné v rámci Univerzity Karlovy. Pro potřeby této práce bylo nutné vybrat vhodné databáze v závislosti na jejím zaměření – na základě předchozích zkušeností byly vybrány databáze pokrývající oblast rehabilitace, a to:

- z multioborových Scopus, Academic Search Ultimate a Web of Science,
- z jednooborových PubMed a Medline (OVID).

Využit byl také e-časopis **American Journal of Occupational Therapy (AJOT)**. AJOT je oficiální časopis americké ergoterapeutické profesní organizace. Jedná se o jeden z hlavních světových časopisů zaměřených na výzkum a praxi v oblasti ergoterapie. Vzhledem k tomu, že AJOT nabízí pouze omezené možnosti filtrování a pokročilého dotazování, bylo zde nutné zvolit jednodušší, tzv. „primitivní“ dotaz.

3.3. Kritéria pro zahrnutí a vyloučení studie

Pro získání uceleného přehledu o problematice jsou dohledávány zdroje publikované v rozmezí let 2010-2024 v anglickém jazyce s dostupným full textem.

Kritéria pro zahrnutí:

- obsahová relevance (= studie na pacientech po získaném poškození mozku, studie zaměřené na terapii poruch náhledu),
- studie u dospělých pacientů obou pohlaví,
- dostupnost ve vybraných databázích v plném textu,
- anglický jazyk.

Kritéria pro vyloučení:

- nesplnění požadavků pro zařazení,
- studie na zdravých jedincích nebo s jinými typy poruch,
- studie zabývající se terapií jiných symptomů,
- studie nepopisující typ terapie využité k ovlivnění náhledu.

3.4. Kvalita studií

Ke kritickému hodnocení kvality dohledaných studií byly využity checklisty od Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP představuje mezinárodně uznávaný rámec pro analýzu vědeckých prací, pomáhá se orientovat ve studiích a zhodnotit kvalitu prací pro klinickou praxi (CASP, 2025). Konkrétně je nutné využít určitý typ standardizovaného checklistu vždy dle charakteru jednotlivých výzkumů. Každá z dohledaných studií byla samostatně přečtena a systematicky hodnocena podle jednotlivých otázek příslušného checklistu. Každá otázka checklistu funguje jako vodítko pro hlubší analýzu metodologie.

3.5. Sledované parametry

V rámci analýzy výsledných studií byly systematicky sledovány a porovnávány vybrané výzkumné parametry, které mají za cíl podpořit hlubší porozumění obsahové zaměřenosti jednotlivých prací. Konkrétně bylo u každé studie zaznamenáno:

- o jaký typ studie se jednalo,
- počet probandů zapojených do výzkumu,
- typ poškození mozku a jeho stádium,
- zda byla přítomna kontrolní skupina,
- jaký odborník prováděl terapii (profese),
- frekvence, četnost a délka terapií,
- jaké nástroje pro vyšetření náhledu byly ve studii použity,
- jaký typ terapie byl využíván a jaký byl obsah jednotlivých terapií,
- výsledky terapie – zda se popisovaná intervence ukázala jako efektivní.

Všechny uvedené parametry jsou přehledně shrnuty ve výstupech práce formou tabulky, která umožňuje vzájemné srovnání a identifikaci společných či rozdílných charakteristik napříč studiemi.

3.6. Tvorba výstupů

Nutné bylo promyslet způsob, jak efektivně sumarizovat nejdůležitější výsledky analýzy relevantních studií a poskytnout čtenáři jasný a strukturovaný pohled na dané téma se zaměřením na to, aby byly výsledky využitelné pro klinickou praxi. Údaje obsažené v jednotlivých textech byly analyzovány a vzájemně porovnávány. K tomu slouží srovnávací tabulky. Analýza probíhala v programu Excel, kde byly zapisovány informace z jednotlivých studií. Vznikla jedna souhrnná tabulka (viz sledované parametry výše), ve které byly studie seřazeny dle data publikování. Tabulka je dále komentována i v podobě textu. Výsledná kategorizace jednotlivých intervenčních přístupů je inspirována starší systematickou rešerší (Engel et al., 2017) zaměřenou na toto téma. V rámci této analýzy byl částečně využit i postup otevřeného kódování, který podle Hendla (2016) umožňuje přiřazovat textovým jednotkám obecnější významy a odhalovat tak základní témata ve zkoumaném souboru.

3.7. Tvorba obecných doporučení pro praxi

Dílčím výstupem práce je popsání obecných doporučení pro terapii náhledu pro ergoterapeutickou praxi. V této diplomové práci byl následován formát doporučení vycházející ze struktury používané v rámci mezinárodních doporučení INCOG (International Cognitive Rehabilitation Guideline) (Bayley et al., 2023). Tento přístup umožňuje formulovat srozumitelná a klinicky využitelná doporučení, která jsou koncipována jako praktické pokyny pro práci s konkrétní cílovou skupinou. Doporučení obsahují několik klíčových částí: identifikace cílové skupiny, formulace konkrétní intervence či postupu, upřesnění situace, ve které je doporučení relevantní a popis doporučené formy realizace intervence. Součástí je rovněž odkaz na odborné zdroje, které dané tvrzení podporují.

Tato forma umožňuje přehlednost a přímé využití v praxi, zejména v profesích, jako je ergoterapie, kde je klíčové přenášet teoretické poznatky do konkrétních terapeutických postupů. Doporučení uvedená v této diplomové práci vychází z vlastní literární rešerše a jsou dále doplněny o informace z předchozích rešerší a výzkumů. Obsahují také přeložené a upravené metodické pokyny (guidelines) k poskytování jedné z intervencí. Tyto guidelines byly poskytnuty autory jedné ze studií dohledaných v rámci rešeršního procesu. Doporučení je součástí příloh práce a poskytuje čtenáři ucelený přehled o tom, co je to porucha náhledu a jak je vhodné ji v klinické praxi řešit.

4. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

4.1. Co je to náhled a jeho porucha

V každodenním životě i při řešení složitých úkolů je důležité nejen jednat, ale také přemýšlet o svých myšlenkách a rozhodnutích. Schopnost reflektovat vlastní činy a uvědomovat si jejich důsledky nám pomáhá upravovat své chování, vyhnout se chybám a lépe reagovat na různé situace. Tento proces je výsledkem spolupráce různých kognitivních funkcí, které nám umožňují uvědomovat si vlastní schopnosti, sledovat svůj výkon a cíleně řídit naše strategie.

Jednou z klíčových složek této schopnosti je metakognice, která zásadně ovlivňuje naše každodenní fungování i přístup k náročným situacím. **Metakognice** zahrnuje dvě hlavní složky – metakognitivní uvědomování, tedy znalosti o kognitivních schopnostech, strategiích a jejich aplikaci, a metakognitivní regulaci, která zahrnuje monitorování a řízení vlastních myšlenkových procesů (např. plánování, korekci chyb a alokaci zdrojů) (Flavell, 1979). Toglia a Kirk (2000) zdůraznily praktické využití metakognitivních dovedností, jako je předvídání obtížnosti úkolu, plánování vhodných postupů, průběžné sledování porozumění a hodnocení pokroku. Metakognitivní dovednosti nám umožňují rozpoznat náročné složky úkolu, předvídat možné problémy a přizpůsobit strategii, abychom zlepšili svůj výkon. Poškození metakognice proto může bránit jedinci rozpoznat vlastní deficity. To často vede k tomu, že se zapojuje do činností přesahujících jeho možnosti, stanovuje si nerealistické cíle a nevyužívá kompenzační strategie. Al Banna et al. (2016) uvádí, že lidé po cévní mozkové příhodě mají tendenci přeceňovat své schopnosti a podceňovat dopady svého onemocnění. Tyto obtíže popisujeme jako **poruchu náhledu** – náhled zahrnuje nejen pochopení vlastních silných a slabých stránek, ale také vnímání individuality, osobní identity, autobiografických zkušeností a schopnosti sebereflexe. Zahrnuje také uvědomění si vlastních myšlenek a činů, vnímání odlišnosti od okolí a schopnost plánovat a řídit vlastní jednání (Morin, 2009).

Stejně, jako neexistuje shoda ohledně definice nebo standardního teoretického rámce pro metakognici (Al Banna et al., 2016), neexistuje ani shoda na přesné definici náhledu, předpokládá se ale, že jde o mnohorozměrný koncept (Křivošíková a Angerová, 2021). Pro popis poruchy náhledu využívají odborníci různé pojmy, nejčastěji self-awareness, awareness, insight, anosognosia a unawareness of deficits (Sansonetti et al., 2022).

V definici náhledu se autor od autora liší, ale náhled se nejčastěji popisuje jako znalost vlastních schopností v různých oblastech, jedinec s poruchou náhledu tedy často ztrácí schopnost vědomě reflektovat své chování, kognitivní funkce nebo motorické schopnosti (Toglia a Foster, 2021). Některé obsáhlejší definice říkají, že náhled zahrnuje metakognitivní dovednosti týkající se schopnosti sebekontroly a regulace výkonu, odhalování chyb ve výkonu, znalosti cílů a schopnosti identifikovat řešení a volit strategie (Sansonetti et al., 2022). V různých definicích lze spatřovat společné tendence a to, že se jedná o schopnost objektivně vnímat a hodnotit svou situaci ve vztahu k existujícímu deficitu a schopnost subjektivně chápat význam těchto problémů a jejich projekci do každodenního života (Krivošíková a Angerová, 2021).

Porucha náhledu se vyskytuje u široké škály onemocnění. Často ji pozorujeme u neurodegenerativních onemocnění, jako je Alzheimerova nemoc, kdy pacienti postupně ztrácejí povědomí o svém kognitivním úpadku (Hallam et al., 2020), nebo Parkinsonova nemoc, kde dochází k podceňování motorických i psychických obtíží (Buchwitz et al., 2023). V oblasti psychiatrie je porucha náhledu typická pro schizofrenii (Gerretsen et al., 2011). Tato práce se však zaměřuje především na poruchu náhledu u pacientů se získaným poškozením mozku.

Získané poškození mozku (ABI) je jakékoliv poškození mozku, které vzniká po narození. ABI se dle vzniku dělí na netraumatické a traumatické poškození mozku (TBI). TBI je způsobeno vnější traumatickou událostí (úrazy, násilí atp.), při níž dojde k poškození mozku, zatímco netraumatické poškození mozku vzniká v důsledku vnitřního chorobného procesu, jako je například cévní mozková příhoda (CMP). ABI vede ke změnám normální aktivity a/nebo struktury neuronální tkáně v jedné nebo více oblastech mozku, což může ovlivnit normální mozkové funkce (Goldman et al., 2022). ABI představuje pro pacienty značnou zátěž – způsobuje širokou škálu fyzických, kognitivních a psychosociálních obtíží a zároveň může zvýšit riziko pozdějšího rozvoje neurodegenerativních onemocnění. Právě v důsledku ABI často vzniká i porucha náhledu, jejíž prevalence se u TBI v literatuře objevila až v 69,1 % případů a je ovlivněna faktory, jako je závažnost poškození a doba po poranění (Geytenbeek et al., 2017).

4.2. Pojmy

Self-awareness (pro účel kapitoly přeloženo jako sebeuvědomění)

Sebeuvědomění je z psychologického hlediska chápáno jako schopnost zaměřit pozornost na sebe sama – to jedinci umožňuje kriticky hodnotit své myšlenky, emoce a chování (Morin, 2011). Sebeuvědomění zahrnuje kognitivní procesy spojené se sebereflexí a sebehodnocením, které jsou nezbytné pro osobní rozvoj a emoční regulaci. To Morin (2011) připodobňuje k schopnosti stát se objektem vlastní pozornosti.

V ergoterapeutické literatuře mají definice pojmu *awareness* a jeho využívaných variant a podkategorií tyto společné tendence: popisují znalosti o sobě samém, o deficitech a o problémech, které se vyskytly nebo se mohou vyskytnout. Zároveň zohledňují minulé, současné i budoucí zkušenosti, které ovlivňují sebeuvědomění (Sansonetti et al., 2022).

Unawareness (awareness deficit, impaired self-awareness (ISA)): Tento jev je popisován na spektru, které se pohybuje od částečné až po úplnou ztrátu informací nebo znalostí o vlastních deficitech či problémech. Na jednom jeho konci může jedinec mít pouze omezené povědomí o svých potížích, zatímco na tom druhém může být zcela neschopen rozpoznat, že deficity nebo problémy vůbec existují. Tento stav může zahrnovat absenci pochopení dopadu deficitů na každodenní fungování nebo neschopnost identifikovat konkrétní problémy, které jsou důsledkem jeho zhoršených schopností (Sansonetti et al., 2022).

Anosognosia (pro účel kapitoly přeloženo jako anosognozie)

Termín anosognozie zavedl v roce 1914 Babinski a původně označoval specifické neuvědomování si ochrnutí po CMP, od té doby se postupně využíval pro popis neuvědomování si řady dalších stavů a nyní se používá pro označení jakékoli formy neuvědomování nebo nedostatku náhledu (Jenkinson et al., 2011). Ucelenou definici předkládají Mograbi a Morris (2018): „*Termín anosognozie označuje nedostatek uvědomění si (lack of awareness) poruchy nebo postižení. Používá se v souvislosti s neurologickými poruchami a ve vztahu k hlavním příznakům/deficitům stavu, včetně motorických, senzorických, behaviorálních a kognitivních změn. Může také zahrnovat funkční důsledky onemocnění, včetně poruch aktivit denního života, interpersonálních obtíží a změn osobnosti.*“ Specifickým typem anosognozie je *anosognosia for hemiplegia* (AHP), což je stav, kdy si pacienti s ochrnutím neuvědomují svůj motorický deficit (Moro et al., 2021).

Definice anosognozie v ergoterapeutické literatuře mají podle průzkumu Sansonetti et al. (2022) určité společné rysy. Anosognozie zahrnuje různé reakce, včetně absence nebo snížené úrovně povědomí o deficitech či postižení, obtíží s uznáním nebo rozpoznáním schopností a popření onemocnění.

Morin (2015) upozorňuje na důležitost správné terminologie, konkrétně na odlišování od sebe pojmů anosognozie a sebeuvědomění. Uvádí několik následujících hlavních důvodů, proč nelze pojmy brát jako synonyma. Sebeuvědomění a anosognozie zahrnují více dalších souvisejících procesů, které pravděpodobně souvisejí s aktivitou v odlišných anatomických strukturách v mozku a významově se tedy liší. Morin proto říká, že anosognozie je většinou způsobena problémy se sebekontrolou, srovnáváním výkonnosti před a po poškození mozku, epizodickou pamětí a je spíše pasivní, bezděčná a týká se těla. Proti tomu sebeuvědomění je o aktivním přemýšlení, o mentálních aspektech sebe sama, opírá se o úsudky, uvažování, představivost a sémantickou paměť. Nazývá to *self-awareness–anosognosia* paradox a říká, že anosognozie a sebeuvědomění se podstatně liší v důležitých dimenzích, a proto by neměly být ztotožňovány (Morin, 2015). Zároveň je od poruch uvědomění potřeba odlišovat popírání (*denial*) (Toglia a Kirk, 2000), přestože v některých zdrojích je zahrnut do konceptu anosognozie (Barry et al., 2023). Popírání je psychologicky motivovaný symptom sloužící k ochraně jedince. Člověk si svou poruchu může uvědomovat, ale odmítá si připustit závažnost svého stavu. Je to strategie zvládání, která má omezovat zoufalství (Toglia a Kirk, 2000).

Insight (pro účely kapitoly přeloženo jako náhled)

V literatuře je také možné setkat se s termínem *lack of insight* (Sansonetti et al., 2022). Shrnutí definic tohoto pojmu ale nebylo v rámci práce Sansonetti et al. (2022) uvedeno. Tento termín se často v literatuře objevuje jako synonymum k ostatním výše zmíněným pojmům. Pojem insight je více zmiňován v souvislosti s poruchou náhledu u psychiatrických diagnóz (Amador a David, 2004).

Náhled je rozmanitý koncept, který je interpretován různě napříč různými oblastmi. Pojmy, které se v literatuře objevují, jsou často nejednotné, ale existují tendence snažící se o změnu a správné a jednotné terminologické uchopení. Vzhledem k tomu, že literatura inkonzistentní je a pojmy se zaměňují, byly i v rámci této práce využívány všechny výše zmíněné varianty anglických pojmů, které jsou v dalších částech práce souhrnně překládány jako náhled.

4.3. Konceptualizace náhledu

Pro jasnější pochopení této problematiky vznikaly v průběhu času teoretické modely, které se snaží o popsání její komplexnosti a zároveň dávají vodítko, jak s náhledem klinicky pracovat (Krivošíková a Angerová, 2021). Dva základní jsou Pyramidový a Dynamický model.

Prvním je **Pyramidový model** (Crosson et al., 1989), který popisuje tři hierarchicky uspořádané úrovně náhledu:

- První, základní úroveň, je *intelektuální uvědomění* – schopnost člověka pochopit, že došlo k nějakému narušení jeho schopností. Bez intelektuálního uvědomění nejsou další úrovně možné.
- *Emergentní uvědomění* – jedná se o uvědomění si problému ve chvíli, kdy nastane, tedy například při vykonávání konkrétní aktivity. Pacient může pochopit přítomnost deficitu, ale nevnímá chyby, pokud ho na ně neupozorní někdo jiný (Toglia a Kirk, 2000).
- *Anticipační uvědomění* – schopnost předpovídat, jaký dopad budou jeho deficity mít na budoucí činnosti (Toglia a Kirk, 2000) a tím i schopnost naplánovat použití určitých strategií pro usnadnění této činnosti (Krivošíková a Angerová, 2021).

Tento model pojímá náhled jako vícerozměrný proces, který zahrnuje schopnost reflektovat své chování a jeho dopady. V rehabilitační literatuře se na něj běžně odkazuje, v praxi je dobře využitelný a doporučuje využívat kompenzační strategie (Krivošíková a Angerová, 2021). Model ale nevysvětluje, jak jsou spolu jednotlivé úrovně propojeny (Toglia a Kirk, 2000).

Druhým, modernějším, je **Dynamický model** (Toglia a Kirk, 2000), který z prvního modelu vychází. Oproti Pyramidovému modelu přidává dynamický aspekt – vzájemné propojení mezi znalostmi, přesvědčeními, požadavky na úkol, osobními faktory, kognitivními dovednostmi a kontextem situace. Zdůrazňuje dva typy sebeuvědomění:

- *Offline uvědomění* (obecné uvědomění) - přesvědčení existující mimo kontext situace, přesvědčení o sobě samém, mění se pouze pomalu a na základě opakovaných zkušeností.

- *Online uvědomění* – přítomno v kontextu situace, je pružné a ukazuje, jak je člověk schopný uvědomovat si své schopnosti v reálním čase během konkrétního úkolu. Zahrnuje hodnocení obtížnosti úkolu, sebezpozorování, sebehodnocení.

Tyto dvě složky se propojují tak, že když naše očekávání (obecné uvědomění) neodpovídá skutečným výsledkům (online uvědomění), dochází k postupné úpravě našich přesvědčení i výkonu. Tento proces ukazuje, že náhled se může měnit díky zkušenostem a opakovanému řešení úkolů. Model říká, že porucha náhledu může být pozorována jen v některých situacích a v jiných ne a zároveň u dvou různých osob (s podobnou kognitivní úrovní) se může projevat odlišně. Důležité je také to, že osoba může mít náhled na některou z oblastí, například kognitivní, ale na motorickou už ne (Toglia a Goverover, 2022).

Mimo tyto dva základní modely existují i další různé konceptuální rámce a teorie, v průzkumu Sansonetti et al. (2022) dohledali celkem až 27 různých konceptualizací náhledu.

4.4. Náhled vs neglect-syndrom

Porucha náhledu se často objevuje ve spojení s neglect-syndromem (dále jen NS), což je zanedbávání jedné strany prostoru (Cocchini et al., 2002). V tomto kontextu se ve studiích často vyskytuje pojem anosognozie. Vztah mezi náhledem a NS je zkoumán i proto, že oba stavy sdílejí podobná místa mozkových lézí. Zotavení z těchto dvou syndromů bývá často souběžné, což naznačuje, že úspěšná rehabilitace NS může také zlepšit náhled (Orfei et al., 2007). Nicméně porucha náhledu a NS mohou existovat i nezávisle na sobě. Byly zaznamenány případy, kdy pacienti po poškození pravé hemisféry mozku vykazovali jasnou disociaci mezi NS a náhledem, což podporuje teorii, že i když jsou tyto syndromy často spojovány, mohou být výsledkem nezávislých mozkových mechanismů (Cocchini et al., 2009). Mezi techniky zmírňující NS patří optokinetická stimulace, vibrace, adaptace na prismatický posun zorného pole na stranu ipsilaterální k lézi a transkutánní elektrická stimulace nervů (TENS) (Beschin et al., 2012). Výzkum Beschin et al. (2012) zkoumal vliv terapií NS na náhled u pěti pacientů. Ukázalo se, že reakce pacientů jsou různorodé a individuálně specifické. Zatímco u některých pacientů došlo ke zlepšení NS bez vlivu na náhled, u jiných se zlepšilo uvědomění stavu, ale NS zůstal nezměněn. Tyto účinky byly ale pouze dočasné a zmizely do 48 hodin. Statistická analýza navíc odhalila významné rozdíly v reakci mezi pacienty, což ukazuje, že efektivita léčby se může lišit u každého syndromu zvlášť a závisí na individuální reakci pacienta (Beschin et al., 2012).

4.5. Důsledky poruchy náhledu

Náhled se mění podle kontextu, složitosti a smysluplnosti úkolu nebo situace, a liší se i mezi jednotlivci a činnostmi. Sebeuvědomění tedy není neměnné, ale vyvíjí se v reakci na různé vnitřní i vnější faktory. Uvědomování si vlastních schopností zůstává problémem i pět a více let po poškození mozku (Kelley et al., 2014). V longitudinální roční studii (Ownsworth et al., 2007) byl zjištěn významný rozdíl mezi skupinou pacientů se zhoršeným náhledem a skupinou s dobrým náhledem ve schopnosti samostatného života. Ukázalo se, že pacienti s poruchou náhledu potřebují dlouhodobější podporu a pomoc (Ownsworth et al., 2007).

Vnitřní svět člověka se získaným poškozením mozku je velmi náročný na orientaci a mnoho lidí po ABI žije neuspokojivý společenský život. Proto je pro úplné zotavení po ABI důležitá také reintegrace do komunity (McCabe et al., 2009). Kvalita života pacientů i jejich blízkých úzce souvisí s tím, jak vnímají důsledky ABI, a to i tehdy, když se jejich pohledy neshodují (Kelley et al., 2014).

Protože pacienti s poruchou náhledu často přeceňují své funkční schopnosti, jsou vystaveni většímu riziku zapojení do nebezpečných činností. To nejenže vyžaduje větší dohled ze strany pečujících, ale zároveň zvyšuje jejich stresovou zátěž (Cheng et al., 2024). Tato zvýšená míra zátěže pečujících osob je spojena s jejich emočními a fyzickými onemocněními, stejně jako s negativními sociálními a finančními důsledky a celkově sníženou kvalitou života. Následně se tím negativně ovlivňují i jejich pečovatelské schopnosti, což má vliv i na funkční výsledky samotných pacientů (Rubin et al., 2020).

Například v kontextu řízení motorového vozidla představuje přeceňování vlastních schopností a neschopnost korigovat chyby vážné bezpečnostní riziko. Ve výzkumu Griffen et al. (2011) pacienti s ABI s poruchou náhledu hodnotili své řidičské schopnosti jako lepší než ostatní pacienti a srovnatelné s výkony zdravých jedinců. Jejich sebehodnocení ale neodpovídalo výkonu na silnici. Z dosud provedených studií vyplývá, že porucha náhledu hraje významnou roli v řidičských schopnostech a v předpovědi návratu k řízení po poranění mozku (Gooden et al., 2017). Výrazný dopad má porucha náhledu i na další všední denní činnosti včetně pracovního uplatnění pacientů. Lidé s poškozením mozku mají větší šanci získat zaměstnání, pokud jsou si vědomi svých kognitivních deficitů a schopností (Kelley et al., 2014).

Specifické intervenční programy zaměřené na zlepšení náhledu mohou významně přispět k vyšší funkčnosti a nezávislosti pacientů. Výsledky výzkumu Villalobos et al. (2019) ukazují, že čím více se pacienti zlepšili v náhledu, tím větší byl jejich pokrok ve vykonávání všedních denních činností. Studie tak zdůrazňuje důležitost rehabilitačních programů zaměřených na náhled jako součásti širšího procesu zotavení, zároveň však poukazuje na individuální limity, které mohou ovlivnit konečný přínos této terapie. Zhoršené sebeuvědomění po získaném poškození mozku představuje mnoho výzev, které neovlivňují pouze samotného pacienta, ale také jeho rodinu a celou jeho sociální síť. Psychologické důsledky, změny v sociálních interakcích, omezení soběstačnosti a zvýšená bezpečnostní rizika vytvářejí složitý soubor problémů, který v rehabilitaci vyžaduje komplexní přístup.

4.6. Možnosti vyšetření náhledu

Způsoby hodnocení náhledu vychází z teoretických modelů, jako je výše zmíněný Dynamický model. Ten zdůrazňuje komplexnost náhledu a popisuje jeho dvě hlavní dimenze – offline a online uvědomění (Toglia a Kirk, 2000). Tyto dimenze často vyžadují různé metody hodnocení, protože schopnost popsat své omezení nemusí nutně znamenat schopnost rozpoznat a řešit chyby v reálném čase při konkrétní činnosti (Toglia a Foster, 2021).

Offline uvědomění se vztahuje k obecnému vnímání vlastních schopností a omezení a hodnotí se zejména prostřednictvím rozhovorů či dotazníků, ve kterých klienti popisují své obtíže a strategie pro jejich zvládání. Typicky je pacient vyzván k sebehodnocení, které je následně srovnáno s hodnocením druhé osoby (pečovatele, rodinného příslušníka nebo lékaře). Rozdíly mezi odpověďmi pak indikují poruchu náhledu. Od pacienta se při tomto hodnocení vyžaduje, aby problémy uznal slovně. Zároveň ale neschopnost problémy pojmenovat nemusí nutně znamenat, že si je pacient vůbec neuvědomuje – i pacienti s nízkým náhledem během rozhovoru mohou vykazovat vynikající implicitní uvědomění, což se projevuje efektivním používáním strategií a sebemonitorováním (Toglia a Foster, 2021).

Na rozdíl od offline uvědomění se online uvědomění zaměřuje na schopnost rozpoznávat a reagovat na chyby přímo v průběhu aktivity. Hodnocení této dimenze je klíčové, protože umožňuje porozumět, jak jedinec vnímá výkon aktivity v reálném čase. Měří se zde například četnost chyb a jejich oprav, neverbální projevy detekce chyb (gesta, grimasy či verbalizace) (Doig et al., 2017). Pacienti mohou být také požádáni, aby před zahájením úkolu předvíдали možné obtíže a terapeut pak v průběhu vykonávání úkolu porovnává reálný výkon

se sebehodnocením. Predikce a hodnocení výkonu jsou nejučinnější při známých aktivitách, kde klient může porovnávat svůj výkon i s předchozími zkušenostmi. Při hodnocení je však nutné zohlednit osobnostní faktory, jako je sebedůvěra, které mohou ovlivnit jeho vnímání a odhad (Toglia a Foster, 2021).

Offline uvědomění nabízí vhled do klientova obecného povědomí o svých schopnostech, zatímco online uvědomění má přímé důsledky pro rehabilitaci a funkční výsledky. Kombinace více metod proto umožňuje získat komplexní obraz o pacientově náhledu, což je zásadní pro plánování individuální terapie a intervence.

Náhled ale v praxi často nebývá vyšetřován objektivními metodami, ale pozorováním. Od klinických pracovníků se v zápisech vyskytují fráze jako: „*Omezení v rehabilitaci: snížený vhled, náhled, motivace, rigidní myšlení*“, „*klient se stále více soustředil na to, že chce jít domů a nechce být ‚nucen‘ dělat věci*“. Pokud klinik usoudí, že pacient náhled má, ve zdravotnické dokumentaci je věta jako: „*Uvědomuje si své obtíže*.“ (Mamman et al., 2022). V jedné studii bylo zaznamenáno, že dokonce méně než 10 % pacientů absolvovalo hodnocení náhledu. Přitom objektivní hodnocení náhledu je důležité pro posouzení a vyhodnocení různých složek pacientova náhledu (Bivona et al., 2020).

4.6.1. Přehled nástrojů

Ačkoli byla vyvinuta řada spolehlivých škál pro hodnocení náhledu u získaného poškození mozku, dle Orfei et al. (2009) žádné jednotné měřítko plně nevystihuje mnohostrannou povahu tohoto jevu. Nejčastěji používanými hodnotícími nástroji jsou podle průzkumu Al Banna et al. (2016) dotazník Self-Awareness of Deficits Interview (SADI), dotazník Self-Regulation and Skills Interview (SRSI), stupnice Patient Competency Rating Scale (PCRS) a dotazník Awareness Questionnaire (AQ). Vznikají ale i novější nástroje snažící se o komplexní zhodnocení náhledu, jako je například The Motor Unawareness Assessment (MUNA), nebo nástroje určené pro pacienty s fatickou poruchou.

Self-Awareness of Deficits Interview (Fleming et al., 2009) je polostrukturovaný rozhovor sloužící k hodnocení úrovně intelektuálního uvědomění pacienta (schopnosti pacienta pochopit, že určitá funkce je poškozena ve srovnání s předchozím stavem). Využívá se jako diagnostický nástroj u pacientů s traumatickým poškozením mozku a poskytuje objektivní data potřebná pro výzkum. Zároveň umožňuje zdravotníkům více

prozkoumat dané téma s pacientem. Díky tomu je užitečný jak ve výzkumu, tak v klinické praxi (Simmond a Fleming, 2009). Nástroj není k dispozici online.

Self-Regulation and Skills Interview (Owensworth et al., 2000) je polostrukturovaný nástroj hodnotící šest klíčových metakognitivních a seberegulačních dovedností. Mezi tyto dovednosti patří sebeuvědomění (schopnost rozpoznat vlastní obtíže a jejich dopad), stanovování realistických cílů, schopnost sledovat svůj výkon a rozpoznat chyby, strategické plánování, které se zaměřuje na tvorbu efektivních strategií pro řešení problémů. Dále schopnost aplikovat zvolené strategie v praxi a přizpůsobit strategii podle situace. Jedná se o komplexní nástroj, který hodnotí všechny úrovně náhledu (Křivošíková a Angerová, 2021). Pacient na začátku testování identifikuje hlavní oblast obtíží, kterou nyní vnímá ve svém každodenním životě (např. problémy s pamětí, soustředěním, emocemi, komunikací). Následuje šest otázek týkajících se seberegulace a strategií, například: „*Jak víte, že zažíváte (hlavní oblast obtíží), tedy čeho jste si na sobě všiml?*“ Nebo: „*Jaké strategie v současné době používáte ke zvládnutí (hlavní oblast obtíží)?*“ Odpovědi jsou hodnoceny na 10bodové Likertově škále. Skóre poskytují přehled o schopnosti účastníka regulovat své chování a přizpůsobit se obtížím (Owensworth et al., 2000). Tento nástroj hodnotí offline uvědomění a zkoumá, jak klient vnímá své obtíže a jaké strategie používá k jejich zvládnutí (Togliola a Foster, 2021). Jeho originální verzi je možné dohledat online.

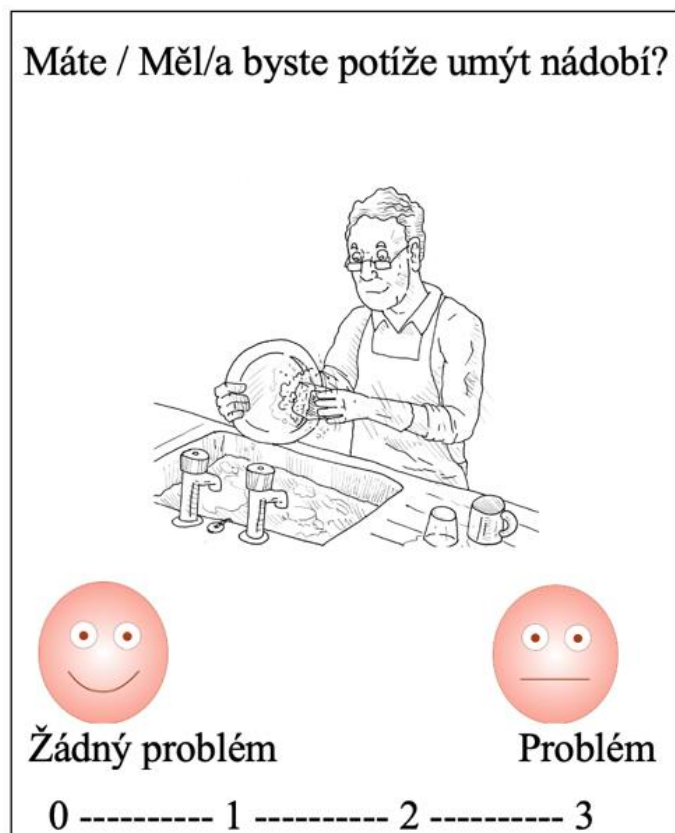
Patient Competency Rating Scale (Prigatano, 1986) je dotazník, jehož původní verze zahrnuje 30 položek hodnotících emoční, kognitivní, behaviorální a fyzické funkce a každodenní aktivity. Byla také vyvinuta verze PCRS-NR pro použití v rehabilitačních centrech. Výsledky pacienta jsou následně porovnány s hodnocením druhé osoby (rodinného příslušníka/klinika). PCRS je v originální anglické verzi dostupný online (Kolakowsky-Hayner, 2010). Obsahuje sebehodnotící otázky typu: „*Jak velký problém mám s přípravou vlastních jídel?*“ kde pacient odpovídá na pětibodové Likertově škále od jedné (nezvládnu) do pěti (zvládnu snadno) (Prigatano, 1986).

Awareness Questionnaire (Sherer et al., 1998) je dotazník, který se skládá ze tří částí: pro pacienta, pro rodinného příslušníka nebo blízkou osobu a pro klinika (který pacienta dobře zná). Formulář pro pacienta a blízkou osobu obsahuje 17 položek, formulář pro klinika obsahuje 18 položek. Každá položka hodnotí, jak se schopnosti pacienta změnily po úraze ve srovnání s obdobím před úrazem. Obsahuje otázky typu: „*Jak dobrá je nyní vaše paměť*

na nedávné události ve srovnání s dobou před úrazem?“ Odpovědi se zaznamenávají na pětibodové škále, která sahá od "mnohem horší" po "mnohem lepší" (Sherer et al., 2009).

The Motor Unawareness Assesment (Moro et al., 2021) byl vyvíjen pro pacienty s AHP, kteří si neuvědomují svůj motorický deficit. MUNA vznikl na základě přesvědčení, že stávající nástroje nemohou obsáhnout mnohostrannou povahu náhledu. MUNA dokáže dle autorů Moro et al. (2021) rozlišit různé aspekty náhledu a poskytuje tak jeho podrobný profil. Obsahuje celkem 40 položek a zaměřuje se na několik různých oblastí: explicitní motorické uvědomění, implicitní motorické uvědomění, narušené vnímání vlastnictví (pacient může pociťovat, že postižená končetina nepatří jemu), vnímání kontroly nad pohybem (pacienti si mohou myslet, že pohybují končetinou, přestože ve skutečnosti zůstává nehybná) a emoční reakce (pacient projevuje lhostejnost nebo popírá význam svého deficitu). V rámci studie bylo zjištěno, že pouze explicitní a implicitní motorické uvědomění jsou specifické pro diagnózu AHP, protože ostatní příznaky mohou být přítomny i u pacientů bez poruchy náhledu. Pro diagnostiku AHP konkrétně se tedy doporučuje využít pouze otázky 1-15 jako krátká alternativa k celé baterii otázek (Moro et al., 2021).

Výše zmíněné nástroje jsou velmi verbální, a proto je jejich použití u pacientů s fatickou poruchou značně limitováno. Z důvodu absence nástrojů hodnotících náhled, které by byly dostupné i pro pacienty s poruchou řeči, vzniklo několik nástrojů, které doplňují otázky ilustracemi (Cocchini et al., 2010; Della Sala et al., 2022). Jedná se o **The Visual Analogue Tests for Anosognosia (VATA)** a existují pro hodnocení náhledu v různých oblastech, například VATA-M pro motorické deficity (Della Sala et al., 2009), VATA-L pro jazykové deficity (Cocchini et al., 2010). Dalším z těchto nástrojů je **The Visual Analogue Test for Anosognosia for Activities of Daily Living (VATA-ADL)**, který byl vytvořen pro potřeby zhodnocení náhledu při vykonávání každodenních aktivit (Della Sala et al., 2022). Využívá porovnání sebehodnocení s hodnocením blízkého člověka. Položky VATA-ADL byly vybrány tak, aby pokrývaly hlavní každodenní oblasti týkající se péče o sebe a činností v domácnosti imimoni. Například: „Máte/měl/a byste potíže umýt nádobí?“ kde pacient odpovídá na škále 0-3, kde 0 („žádný problém“) 3 („problém“).



Existuje několik způsobů, jak v praxi hodnotit uvědomění. Je možné využít některý z mnoha validovaných nástrojů pro hodnocení náhledu, většina z nich je založena na rozhovoru s pacientem, během kterého pacient odhaduje své schopnosti a jeho odhad je následně porovnán s hodnocením pečovatele (blízké osoby/terapeuta). Alternativně lze také využít diskrepanční skóre, tedy rozdíl mezi hodnocením pečovatele a pacienta, u jiných, dostupných, testů, například v rámci FIM (Funkční míra nezávislosti). Existují také nástroje ze série VATA, které jsou doplněny o ilustrace a umožňují tak vyšetřit náhled i u pacientů s fatickou poruchou.

Vhodné je vždy kombinovat více přístupů pro získání komplexního obrazu o pacientově náhledu. Všechna tato hodnocení mohou zároveň sloužit jako podklad pro plánování a provádění individuálně zaměřených intervencí.

4.7. Terapie náhledu

V rámci péče o pacienty s ABI ovlivňuje zhoršený náhled celý rehabilitační proces. Pacienti rehabilitaci přikládají malou hodnotu, to vede ke snížené míře dodržování léčby, menší motivaci a nižšímu zapojení do celého léčebného procesu (Di Somma a Fleming, 2024, Chapman et al., 2019).

Porucha náhledu výrazně ovlivňuje život pacientů i jejich blízkých, a proto je důležité na ni v rámci vyšetření a péče o pacienta nezapomínat. Zdravotníci pracovníci často považovali poruchu náhledu za relativně vzácný a nedůležitý následek po CMP, jak vyplývá z průzkumu Fowler et al. (2013), což je v rozporu s důkazy o její skutečné četnosti a dopadu. Aktuálnější zdroje již identifikovaly poruchu náhledu jako hlavní stresor pro odborníky pečující o pacienty s TBI, protože sebeuvědomění je kritickou složkou výsledků rehabilitace (Chambers-Baltz et al., 2023). Hodnocení a intervence pro zlepšení náhledu existují, obecně se ale moc neví, jak je tato porucha řešena v praxi (Mamman et al., 2022).

Lékaři nemají kromě specifických metod vyšetření k určení rozsahu a lokalizaci poškození mozku další ověřené nástroje či metody, jak efektivně náhled ovlivnit. Proběhly pokusy o farmakologické a další ovlivnění náhledu, ty ale neměly kýžené výsledky. Efektivní se zatím jeví jedině rehabilitační intervence zaměřené na zlepšení náhledu.

4.7.1. Medicínské možnosti

Poruch náhledu existuje více typů a každý z nich je spojen s poruchou různých oblastí mozku. Specificky u poruchy náhledu na motorické schopnosti bývá nejčastěji uváděnou příčinou pravá hemisférická mozková příhoda, často pravé střední mozkové tepny (Klingbeil et al., 2020), výsledkem je dysfunkce insuly, premotorických oblastí, temporo-parietálního spojení a přední cingulární kůry (Fotopoulou et al., 2010; Kletenik et al., 2023). Zásadní je také vliv paměťových struktur, konkrétně hippocampu. Pomocí zobrazovacích technik mohou lékaři lépe porozumět vztahu mezi poškozením mozku a projevy poruchy náhledu, což může být vodítkem pro vývoj cílených rehabilitačních strategií (Kletenik et al., 2023).

Farmakologická léčba poruch náhledu není zavedena. Robinson (2009) ale uvádí, že antidepresiva mohou zabraňovat jeho zhoršování. Tyto výsledky však byly získány na základě sekundární analýzy dat, která nebyla specificky zaměřena na zkoumání účinků antidepresiv na náhled. Proto je k nim třeba přistupovat s opatrností, dokud další klinické studie

nepotvrdí příznivé účinky. V souvislosti s CMP byly zkoumány také antipsychotické léky, které mohou u některých pacientů pomoci zlepšit vhléd a uvědomění, ačkoli jejich účinnost konkrétně u náhledu také zdokumentována není (Agrawal et al., 2021).

U poruch náhledu spojených se schizofrenií byla testována elektrokonvulzivní terapie, ale bez výsledku (Gerretsen et al., 2011). Autoři této studie doporučují zaměřit budoucí výzkum spíše na metodu transkraniální magnetické stimulace jako neinvazivní metody k modulaci mozkové aktivity a potenciálnímu zlepšení uvědomění u pacientů (Gerretsen et al., 2011). Jako slibné se ale ukazují spíše nefarmakologické, rehabilitační přístupy.

4.7.2. Rehabilitační přístupy

Rehabilitace tradičně probíhá v ústavech a je to časově omezený proces, jehož cílem je pomoci člověku po CMP dosáhnout optimální úrovně soběstačnosti. Aby byla ctěna praxe zaměřená na klienta, je důležité, aby pacient byl aktivním článkem rehabilitace, nejen jejím pasivním příjemcem. Vnímaná kvalita života klienta se stále častěji používá jako určující faktor výsledku ve zdravotní péči. Kvality se ale nedosahuje zlepšením síly, rozsahu, koordinace a rovnováhy, ale tím, že má pacient smysluplné vztahy, má svou roli ve společnosti a rodině a věnuje se zájmům ve volném čase (Gillen, 2016).

Existují rozporuplné názory na přístup k terapii poruch náhledu. Porucha náhledu je často považována za stav charakterizující pouze akutní stádia po CMP, který později odezní (Starkstein et al., 2010). Existuje zároveň ale dostatečný počet případů, které potvrzují, že se nejedná výhradně o jev akutní fáze (Kelley et al., 2014). Proto je důležité hodnotit a řešit dlouhodobé obtíže při provádění každodenních úkonů a uvědomování si těchto omezení, a to právě v postakutním stadiu po poškození mozku, jakmile se pacient má vracet do domácího prostředí (Della Sala et al., 2022).

Ačkoli rehabilitační přístupy k poruchám náhledu nejsou tak dobře prozkoumány jako například přístupy k NS, důkazy naznačují, že určité terapie mohou přítomné deficity zlepšit (Mizuno et al., 2021). Využívá se psychologické poradenství a rehabilitační strategie, které zlepšují sebeuvědomění a účast na léčbě (Andiappan, 2021). Z rehabilitačních pracovníků jsou to právě ergoterapeuti, kteří se poruše náhledu věnují nejčastěji (Schrijnemaekers et al., 2014).

Ergoterapie je zdravotnický obor, který se soustředí na rehabilitaci osob všech věkových kategorií, ať už s dočasným či trvalým postižením, pomocí speciálních diagnostických a léčebných metod a postupů. Jejím hlavním cílem je zlepšit kvalitu života těchto jedinců tím, že obnovuje jejich funkční schopnosti a pomáhá jim dosáhnout co největší soběstačnosti a nezávislosti v každodenních činnostech, ať už doma, v práci, nebo v sociálním prostředí (Švestková et al., 2017). Ergoterapeuti si uvědomují souvislost mezi pohybem, vnímáním a poznáváním a jsou schopni přizpůsobit prostředí tak, aby vytvořili optimální podmínky pro úspěch pacienta, a tím zvýšili i úspěšnost rehabilitace (Govender a Kalra, 2014). V rámci několika studií bylo dokázáno, že ergoterapeutické zásahy v případě poruch náhledu mají význam pro zlepšení výsledků léčby pacientů (De Rosende Celeiro et al., 2021).

Terapie by měla klást důraz na rozpoznávání problémů přímo během vykonávaných činností (online uvědomění) Prigatano a Sherer (2020). Opakované zkušenosti s těmito aktivitami mohou postupně přispět ke zlepšení obecného náhledu (Toglia a Foster, 2021). Důležitý může být při budování terapeutického vztahu i motivační rozhovor, který byl u pacientů s ABI spojen se zvýšeným přijetím vlastního postižení a vyšší mírou zapojení do rehabilitace včetně realistického stanovování cílů (Di Somma a Fleming, 2024).

Jako další možný přístup je uváděn trénink metakognitivních strategií. Vzhledem k variabilitě a nejednoznačnosti toho, co se považuje za trénink metakognitivních strategií a jak se provádí, je obtížné zjistit, zda je to, co je za něj charakterizováno, ve všech studiích stejné (Toglia et al., 2020). Tato skutečnost velmi ztěžuje zavádění této metody do praxe. U ergoterapeutických intervencí, které využívají trénink metakognitivních strategií, je třeba jasněji definovat, měřit a monitorovat skutečné postupy a techniky používané terapeuty (Toglia et al., 2020). Jako další se zmiňuje využívání kombinace video a verbální zpětné vazby (Tate et al., 2014).

Mamman et al. (2022) zkoumali, jaké metody se reálně používají v praxi. Ukázalo se, že v praxi se v terapiích využívá většinou pouze verbální zpětná vazba při zapojení pacienta do činností (nejčastěji při ADL – vaření atd.). Přesto, že nyní již existují možnosti, jak náhled u pacientů adresovat a intervenovat, v praxi se běžně tyto možnosti nevyužívají. Následující část práce se zaměřuje popsání možných terapeutických přístupů, jejich zpřehlednění a jejich sumarizaci.

5. VÝSTUPY REŠERŠE

V předchozích kapitolách byl představen pojem náhled, jeho význam, možnosti vyšetření a souvislost s ergoterapií. V této části jsou představeny výsledky vyhledávání, které jsou prezentovány jak formou textu, tak formou souhrnných tabulek. Hlavní sumarizační a porovnávací tabulka obsahující celkový přehled je na str. 29-31. Důraz je kladen na popis průběhu jednotlivých intervencí.

5.1. Výsledky vyhledávání

Níže je uvedena tabulka, která přehledně shrnuje jednotlivé databáze, v nichž bylo prováděno vyhledávání výše zmíněných klíčových slov (viz kapitola 3.2. Vyhledávání) a počet studií v nich dohledaných.

Tabulka č. 5.1.1 Seznam databází s počty nalezených studií

Databáze	Oblast vyhledávání	Omezení	Počet studií
Scopus	Abstrakt, klíčová slova, název	2010-2025 Anglický jazyk Open access	3
Web of Science	Abstrakt	2010-2025 Anglický jazyk Open access	317
Academic Search Ultimate	Abstrakt	2010-2025, Anglický jazyk Open access	93
PubMed	Abstrakt, název	2010-2025 Anglický jazyk Open access	68
Medline (Ovid)	Abstrakt	2010-2025 Anglický jazyk Open access	38
AJOT	Bez omezení	2010-2025	24

Celkem bylo získáno **543 studií**.

5.2. Čištění dat

Pro zajištění přehlednější orientace v rozsáhlém množství nalezených studií byl využit volně dostupný citační manažer Zotero (2025), který umožňuje efektivní třídění, filtrování a organizaci odborných zdrojů. V první fázi byly tímto nástrojem sjednoceny duplicitní studie. Takto očištěný soubor obsahoval celkem 403 studií.

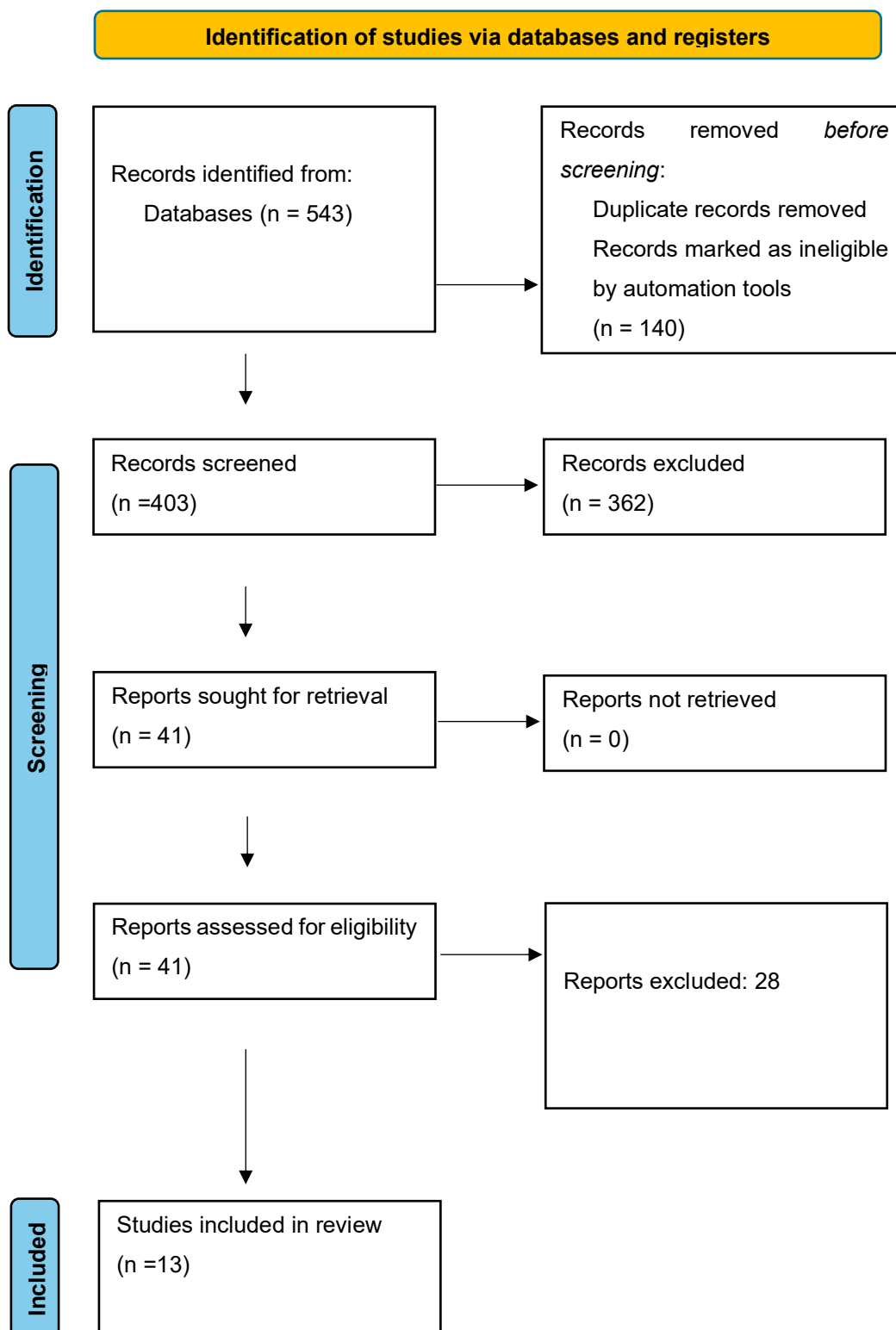
Následovala fáze screeningu abstraktu a titulu, během které byly články systematicky posuzovány z hlediska relevance. Vyřazeny byly studie neodpovídající potřebám práce – zejména studie zabývající se přidruženými či jinými diagnózami (např. Alzheimerova nemoc, NS), dále práce zaměřené výhradně na teoretické rámce a konceptualizaci náhledu, studie zabývající se vývojem diagnostických nástrojů bez intervenčního obsahu. Ze souboru byly také vyřazeny studie zaměřující se na dětské pacienty. Díky analýze názvu a abstraktu byl snížen počet studií na 41. Tyto studie byly důkladně pročteny v plném znění.

Tento systematický přehled mapuje aktuální využívání terapií a čerpá tedy z primárních studií, proto byly dle doporučení Cochrane Handbook (Higgins et al., 2024) vyřazeny také předchozí systematické přehledy, informace z nich jsou ale využity v části diskuse a souhrnu doporučení pro praxi.

Ve finálním třídění byly vyřazeny studie, které se zabývaly hledáním souvislostí mezi náhledem a dalšími symptomy, studie zaměřené na efekt poruchy náhledu na funkční výkonnost pacientů či dopad poruchy náhledu na rehabilitaci. Vyřazena byla studie zkoumající zpětnou vazbu na náhled, kdy tato zpětná vazba byla poskytována rodinnými příslušníky v domácím prostředí a nejednalo se tedy o terapeutické intervence, ale každodenní interakce s pacientem. Vyřazena byla studie zkoumající souvislosti mezi úrovní náhledu a zlepšení nezávislosti pacientů, která ale nehodnotila vliv terapie na náhled. Také byla vyloučena studie hodnotící efekt určité terapie na apraxii, ke které byla přidružena porucha náhledu. Výsledný soubor tedy obsahuje výhradně originální výzkumné práce, které splňují kritéria zaměření na terapeutické intervence cílené na zlepšení náhledu, a zároveň poskytují dostatečný popis průběhu jednotlivých terapeutických jednotek, což bylo klíčové. Na základě zhodnocení těchto studií bylo do výsledné analýzy zahrnuto celkem **13 studií**. Přesný postup mapuje vývojový PRISMA diagram.

5.3. Prezentace výsledků pomocí PRISMA diagramu

Tabulka č. 5.3.1 Vývojový diagram PRISMA



Převzat z Page et al. (2021), publikováno pod licencí CC BY 4.0. Zdroj: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

5.4. Výstupy práce

V této části práce je nejprve uvedena tabulka se seznamem názvů dohledaných článků. Níže následuje celková souhrnná tabulka výsledků, která představuje přehled klíčových zjištění z jednotlivých studií. Výsledky v tabulce jsou dále souhrnně komentovány i v podobě textu.

Tabulka č. 5.4.1 Seznam dohledaných článků

Socratic guided feedback therapy after acquired brain injury: A multicenter randomized controlled trial to evaluate effects on self-awareness (Terneusen et al., 2024)
Efficacy of prospective memory rehabilitation plus Metacognitive skills training for adults with traumatic brain injury: A randomized controlled trial (Fleming et al., 2022)
Improving self-awareness of prospective memory function after TBI using experiential feedback on a board game activity: An observational study (Fleming et al., 2022)
Effect of strategy training on self-awareness of deficits after stroke (Kersey et al., 2019)
Self-awareness rehabilitation after traumatic brain injury: A pilot study to compare two group therapies (Rigon et al., 2017)
Self-Awareness after brain injury: Relation with emotion recognition and effects of treatment (Lamberts et al., 2017)
Do people with severe traumatic brain injury benefit from making errors? A randomized controlled trial of Error-based and Errorless learning (Ownsworth et al., 2017)
Videogame-based group therapy to improve self-awareness and social skills after traumatic brain injury (Llorens et al., 2015)
Changes in impaired self-awareness after acquired brain injury in patients following intensive neuropsychological rehabilitation (Smeets et al., 2015)
Another perspective on anosognosia: Self-observation in video replay improves motor awareness (Besharati et al., 2015)
Error-based training and emergent awareness in anosognosia for hemiplegia (Moro et al., 2014)
Development of Self-Awareness after severe traumatic brain injury through participation in Occupation-based rehabilitation: Mixed-methods analysis of a case series (Doig et al., 2014)
Video Feedback on functional task performance improves Self-awareness after traumatic brain injury: A randomized controlled trial (Schmidt et al., 2013)

Tabulka č. 5.4.2 Výsledky rešerše

název studie	profese	frekvence, četnost terapií	délka terapií	nástroje	typ terapie	konkrétní obsah terapie	výsledky	diagnoza	počet probandů	kontrolní skupina	další terapie	termin náhled	typ studie
Terneusen et al. (2024)	kdokoliv zaučený: ergoterapeut, logoped, fyzioterapeut, (neuro)psycholog	nestanoveno	20-60min	SRSI, PCRS	Sokratovský vedená terapie	tři komponenty 1. Strukturovaná psychoedukace o možných dopadech ABI na kognitivní funkce, sebeuvědomění a každodenní fungování. 2. Procvičování specifických kognitivních úkolů relevantních a přizpůsobených každodennímu životu pacienta. 3. Získávání nekonfrontační zpětné vazby na základě „sokratovské metody“, která se zaměřuje na pozitivní posilování a nekonfrontační diskusi.	bez rozdílu s kontrolní skupinou	ABI chronická fáze	64	ano	běžná péče	self-awareness	RCT
Fleming et al. (2022)	ergoterapeut	1x týdně, 6 týdnů	celkem 2hodiny, 1,5hodiny klasický trénink strategií + půl hodiny MST	AQ, SADI	trénink strategií + metakognitivní trénink strategií (MST)	Trénink kompenzačních strategií (výběr vhodných paměťové pomůcky, trénink jejího používání, edukace pacienta i rodiny atd.) + MST (sebehodnocení výkonu a plánování strategií, podpora sebereflexe, videozáznamy, zpětná vazba).	došlo ke zlepšení běžného fungování pacientů, ale terapie nevedla k objektivnímu zlepšení náhledu	TBI	52	ano	x	self-awareness	RCT
Fleming et al. (2022)	ergoterapeut	2 sezení týden po sobě	2h	AQ	využití zkušeností zpětné vazby při hraní deskových her	Účastníci hráli deskovou hru s vloženými úkoly zaměřenými na různé typy perspektivní paměti. Po hře probíhala zpětná vazba od terapeuta a video zpětná vazba.	po aktivitě došlo ke zlepšení přesnosti náhledu, účastníci subjektivně hodnotili tuto metodu jako efektivní a užitečnou	TBI	26	ne	x	self-awareness	observační pre-post studie
Kersey et al. (2019)	ergoterapeut	5 terapií týdně, celkem 10 terapií	45min	SRSI, SADI	MST vs trénink přímých dovedností	MST: účastníci byli vedeni k sebehodnocení a nalezení vlastních řešení pro překonání překážek při výkonávání úkolů. Terapeut naučil účastníka globální strategii „Cíl - plán - provedení - kontrola“, pacient si vypracoval plán pro řešení cíle, provedl plán a zkontroloval, zda plán funguje, nebo zda vyžaduje revizi.	žádné klinicky významné zlepšení v oblasti celkového náhledu, ale mírné zlepšení v oblasti strategického chování u obou skupin	akutní CMP	43	ano	5 dní v týdnu 3h rehabilitace	self-awareness	sekundární analýza dat z RCT
Rigon et al. (2017)	psycholog	1x týdně 10 týdnů	x	AQ, PCRS, SADI	2 skupinové terapie Ben-Yishay + Lakin a Sohlberg + Mateer modely	B&L skupina: hlavní metodou bylo hraní rolí, kde pacienti znovu prožívali své pracovní nebo každodenní aktivity. S&M skupina: terapie se zaměřovala na edukaci o kognitivních a behaviorálních poruchách po TBI a zahrnovala diskusi a zkušenosti účastníků.	obě terapie vedly ke zlepšení náhledu i neuropsychologických funkcí	TBI	9	ano	x	self-awareness	komparativní pilotní RCT

název studie	profese	frekvence, četnost terapií	délka terapií	nástroje	typ terapie	konkrétní obsah terapie	výsledky	diagnóza	počet probandů	kontrolní skupina	další terapie	termín náhled	typ studie
Lamberts et al. (2017)	neuropsycholog	20-24 terapií, 2x týdně během 3měsíců	1h	diskrepanční skóre mezi pacientem a klinikem v DEX (Dysexekutive questionnaire)	Multifaceted Treatment of the Dysexecutive Syndrome	1. Informace o náhledu (edukace o problémech s exekutivou a jejich negativních důsledcích pro každodenní život obecně) 2. Trénování exekutivních funkcí v oblasti stanovení a plánování cílů 3. Provádění a monitorování plánů bylo procvičováno a hodnoceno společně s terapeutem. Trénována se i schopnost řešit problémy, které by mohly vzniknout při realizaci plánů Během každého sezení byli pacienti průběžně vybízeni ke sledování a hodnocení své výkonnosti	výsledky ukázaly zlepšení náhledu pacientů	ABI chronická fáze	63	ano	x	self-awareness	RCT
Ownsworth et al. (2017)	ergoterapeut	1x týdně 8 týdnů	90min	AQ, PCRS, Cooking task	error-based learning (EBL) vs errorless learning (ELL)	Obě skupiny prováděly přípravu jídla a jiné aktivity související s cíli pacienta. EBL využíval metakognitivní prvky (modelování chyb terapeutem, zpětná vazba, podpora sebehodnocení, identifikace chyb, tvoření strategií). VELL probíhalo modelování a podpora bezchybného výkonu.	EBL zlepšilo náhled, po 6 měsících nebyl výrazný efekt	TBI chronická fáze	54	ano	x	self-awareness	RCT
Lloréns et al. (2015)	neuropsycholog	1x týdně, 6měsíců	1h	SADI, PCRS	digitální desková hra, skupinová terapie	Učastníci byli rozděleni do týmů po dvou a hráli hru na dotykové obrazovce zabudované do stolu. Cílem hry bylo dosáhnout vrcholu hory tím, že týmy správně odpovídaly na otázky z různých kategorií: vědomostní otázky (anatomie, patologie), situační úvahy (reakce na běžné situace), akční úkoly (hraní rolí, motorická cvičení), soudržnost (vtipy, hádanky). Hráči házeli kostkou, pohybovali se po herní desce a odpovídali na otázky.	došlo ke zlepšení intelektuálního uvědomění po intervenci	TBI	42	ne	x	self-awareness	longitudinální experimentální studie
Smeets et al. (2015)	neuropsychologové, fyzioterapeuti, pracovní terapeuti, rehabilitační lékaři	4 dny v týdnu, dva sedmítýdenní bloky odděleny dvoutýdenní přestávkou	3-4,5h skupinová terapie, 1h individuální terapie	PCRS	Program Intensive Neurorehabilitation (INR) - skupinová terapie + individuální terapie	INR zahrnuje: psychoedukaci - informace o mozku a jeho funkcích, důsledcích poranění. Návrat funkčních dovedností. Multimodální zpětnou vazbu - od terapeutů, skupiny, videonahrávek apod. Trénink interpersonálních dovedností - práce s emocemi, adaptace na zranění. Individuální koučink - pacienti měli osobního kouče, s nímž konzultovali pokrok.	u pacientů, kteří podhodnocovali své schopnosti došlo ke zlepšení náhledu, depresivních příznaků a zlepšení kvality života, u pacientů, kteří přeceňovali své schopnosti nedošlo k významným rozdílům	ABI chronická fáze	38	ne	x	self-awareness	longitudinální studie

název studie	profese	frekvence, četnost terapií	délka terapií	nástroje	typ terapie	konkrétní obsah terapie	výsledky	diagnóza	počet probandů	kontrolní skupina	další terapie	termín náhled	typ studie
Besharati et al. (2015)	neuropsycholog	pacient 1 - 5 intervencí během 58 dní, pacient 2 - 1 intervence	cca 2min video + diskuze	Bisiach Interview VATA-m Judgment of Actions Test (JAT) Marcel-Moro Interview Feinberg et al. Interview	video zpětná vazba	Pacienti sledovali záznamy sebe sama při pokusu o pohyb, což vedlo ke konfrontaci s realitou jejich pohybových omezení. Intervence byla postupně zaměřena na horní i dolní končetiny.	oba pacienti vykazali výrazné zlepšení v uvědomění si svého motorického deficitu	CMP	2	ne	x	anosognosia	případová studie
Moro et al. (2014)	neuropsycholog	10-17 sezení během 4 týdnů	15-20min	Bisiach Interview Interview for AHP VATA-m Judgments of Action Test (JAT)	trénink založený na analýze chyb (error-based training)	Pacienti byli vyzváni, aby odhadli svou schopnost provést určité úkoly (např. otevření lahve, použití lžice). Následně byli vyzváni, aby dané úkoly vykonali a tím byli konfrontováni se svým deficitem. Poté diskutovali o svých chybách a analyzovali důvody svého selhání. Během celého procesu jim byla poskytována emoční podpora.	všichni pacienti vykazali zlepšení v uvědomění si svého motorického deficitu	ABI chronická fáze	4	ne	x	anosognosia	experimentální případová studie
Dolg et al. (2014)	ergoterapeut	12 týdnů	x	SADI	ergoterapeutický program zaměřený na cíle pacientů	Program se opíral o model osoba-prostředí-zaměstnávání. Intervence zahrnovala nácvik úkol souvisejících s pacientovými cíli: třídění, analýzou a úpravu úkolů, provádění strategií ke zlepšení pracovního výkonu, zpětnou vazbu, formulaci krátkodobých cílů od sezení k sezení, domácí úkoly.	7 z 8 účastníků vykazalo růst náhledu a zlepšení v dosahování cílů	TBI	8	ne	x	self-awareness	mixed-methods study – kombinace kvantitativní a kvalitativní analýzy
Schmidt et al. (2013)	ergoterapeut	4 terapie s odstupem 2-4 dnů	x	AQ, Self-Perceptions in Rehabilitation Questionnaire (SPIRQ)	zpětná vazba (video vs slovní vs prožitková)	Pacienti připravovali dané jídlo a byli u toho natáčeni na video, během přípravy aplikována metoda - pauza, podnět, pochvala. Po přípravě proběhlo sebedhodnocení, jedna skupina shlédla video, druhá pouze diskutovala o svém výkonu a třetí byla bez vnější zpětné vazby.	efektivní se jeví kombinace video a verbálního feedbacku	TBI	54	ano	x	self-awareness	RCT

5.5. Typy studií a jejich kvalita

Celkem bylo zařazeno 13 studií, u kterých bylo možné vidět různé metodologické rámce, hloubku zpracování a způsob zachycení změn v oblasti náhledu. V 7 případech se jednalo o randomizované kontrolované studie (RCT), které představovaly silný výzkumný rámec pro testování účinnosti terapeutických intervencí. V některých případech měly tyto studie podobu komparativních pilotních RCT nebo byly založeny na sekundární analýze dat z již proběhlých randomizovaných studií. Zastoupeny byly dále 2 longitudinální studie, které sledovaly změny v čase. Jedna ze studií byla charakterizována jako longitudinální experimentální studie. Součástí souboru byly rovněž 2 případové studie, které poskytly hlubší vhled do individuálních procesů změny u jednotlivých pacientů. Dále 1 smíšená studie (kombinující kvantitativní a kvalitativní analýzu) a jedna observační pre–post studie.

Z RCT studií obsahovaly 2 pasivní kontrolní skupinu (neposkytuje se žádná jiná péče). Aktivní kontrolní skupina (účastníci dostávali dvě různé intervence a porovnávaly se tyto dva typy intervencí) byla u 3 studií a forma aktivní kontrolní skupiny, kdy účastníci podstupovali souběžně s určitou intervencí i běžnou rehabilitační péči, byla u dalších 2 RCT studií.

Všechny studie byly kriticky hodnoceny pomocí odpovídajících CASP checklistů. CASP RCT Checklisty byly použity u studií s randomizovaným rozdělením účastníků do skupin a srovnáním mezi intervencí a kontrolou. CASP Cohort Study Checklist byl aplikován na longitudinální neintervenční studie nebo pre–post intervence bez kontrolní skupiny a CASP Qualitative Studies Checklist byl použit pro články se zaměřením na subjektivní zkušenosti, názory a postoje účastníků (checklisty pro jednotlivé studie viz Příloha 2).

Z celkového hodnocení vyplývá, že pouze malá část studií splňovala všechna metodologická kritéria pro silný důkaz. Vysoce kvalitní byly především RCT studie s validními nástroji, dostatečně popsanou intervencí a statistickým zpracováním výsledků Ownsworth et al. (2017), Schmidt et al. (2013) a Fleming et al. (2022). Naproti tomu pre–post studie bez kontrolní skupiny postrádala statistickou analýzu nebo uvedení efektové velikosti. Kvalitativní studie byly přínosné z hlediska porozumění zkušenosti pacientů, ale často jim chyběla důkladnější analýza a reflexe výzkumníka. Přesto všechny zařazené studie přispěly k hlubšímu porozumění možnostem ovlivnění náhledu a ukazují různé přístupy, jakými může být tento komplexní fenomén terapeuticky ovlivňován.

5.6. Provádění terapií z hlediska profese

Profesí, která se nejčastěji podílela na realizaci terapeutických intervencí zaměřených na ovlivnění náhledu, byli ergoterapeuti. Tato profese byla výslovně uvedena v 6 studiích. Ve 4 případech se jednalo o neuropsychology. V jediné studii byl hlavním terapeutem psycholog. Ve studii Smeets et al. (2015) byla intervence realizována týmem odborníků v rámci holistické rehabilitace – tedy včetně neuropsychologa, fyzioterapeuta, lékaře a pracovního terapeuta. A ve studii Terneusen et al. (2024) terapii prováděl jakýkoliv zaučený terapeut – ergoterapeut, logoped, (neuro)psycholog či fyzioterapeut.

5.7. Frekvence, četnost a délka terapií

Frekvence, délka a četnost terapeutických intervencí se ve vybraných studiích velmi lišily, což odráží různorodost výzkumných přístupů. Jedna studie uvádí frekvenci 1 terapie týdně po dobu 6 týdnů, jiná po dobu 8 týdnů a další po dobu 10 týdnů. Jiná studie popisuje 10–17 sezení během 4 týdnů. V jednom případě byla délka programu 12 týdnů bez uvedení četnosti. Další studie uvádí 4 dny terapie týdně ve dvou 7týdenních blocích, oddělených 2týdenní přestávkou. Jinde zase probíhala 1× týdně po dobu celých 6 měsíců. Jedna studie zahrnovala 20–24 terapií, které probíhaly 2× týdně po dobu cca 3 měsíců. V další studii bylo uvedeno 5 terapií týdně během 2 týdnů. Vyskytly se i krátké terapie – pouze 2 sezení týden po sobě. V jedné studii u jednoho pacienta proběhlo 5 intervencí během 58 dnů, zatímco druhý absolvoval pouze 1 intervenci. Jednou šlo pouze o 4 terapie s odstupem 2–4 dnů. V jedné studii nebyla frekvence, četnost a délka terapií zavedena vůbec – záleželo na klinickém zvážení samotných terapeutů.

Délka jednotlivých terapeutických jednotek se opět významně liší. Pohybuje se od velmi krátkých intervencí (2minutové video s diskusí) až po 2hodinová sezení. Dokonce komplexní rehabilitační program ze studie Smeets et al. (2015) trval až 3–4,5 hodiny denně. Jedna studie uvádí 90minutovou intervenci, dvě studie 60minutové a jedna 45minutovou intervenci. Celkem 3 studie neposkytly přesné údaje o délce terapie, případně uváděly rozsah např. 15–20 minut nebo 20–60 minut.

5.8. Typ poškození mozku a jeho stádium

Jedná se o studie na dospělých pacientech se získaným poškozením mozku, celkem 7 studií specifikovalo, že se jedná o pacienty TBI a 2 studie specifikovaly CMP. Zda se jednalo o pacienty v chronické či akutní fázi uvedlo celkem 6 studií s tím, že v 5 případech se jednalo o chronickou fázi.

5.9. Počet probandů

V jednotlivých studiích byl také značný rozptyl v počtu zapojených účastníků. Odráží to různorodost výzkumných designů. Nejvyšší počet účastníků byl 64. Většinou se jednalo o středně velké vzorky (63, 54, 52, 47, 43, 42, 38, 30, 26 účastníků). Tyto studie zpravidla využívaly kvantitativní přístup a měřily efekt určité terapeutické intervence, často byly rozděleny na 2 až 3 skupiny. Menší výzkumné vzorky byly typické především pro případové studie a pilotní práce – 1 studie pracovala se 4 účastníky, další s pouhými 2, a 1 kvalitativní studie zahrnovala 8 osob. Nejnižší počet účastníků ($n = 2$) byl zaznamenán u kazuistické analýzy zaměřené na hlubší porozumění individuální zkušenosti.

5.10. Nástroje využívané pro měření náhledu

V jednotlivých studiích byla použita široká škála nástrojů pro hodnocení poruchy náhledu, výběr metod odpovídal typu studie a charakteru intervence. Nejčastěji využívanými nástroji byly SADI, AQ a PCRS (již dříve zmíněné v teoretických východiscích). SADI celkem 5×, PCRS 5×, AQ 5×. Dvakrát byly také použity nástroje SRSI, Bisiach's measure, dříve zmíněný VATA-M a Judgment of Action Test (JAT). Jedenkrát byly zmíněny nástroje Interview for Anosognosia, Self-Perceptions in Rehabilitation Questionnaire (SPIRQ), Cooking task a Marcel–Moro Interview + Feinberg et al. Interview, což jsou spíše autorské výzkumné nástroje, než standardizované dotazníky a zachycují osobní reflexi pacientů. V jedné studii použili i specifický přístup založený na diskrepanci skóre mezi pacientem a blízkým v DEX (Dysexecutive Questionnaire).

5.11. Termín pro náhled

Náhled byl ve většině zahrnutých studiích označován jako self-awareness. Pouze 2 studie používali termín anosognozie. Konkrétně pracovali s termínem AHP (anosognosia for hemiplegia) (Besharati et al., 2015).

5.12. Typy intervencí

V následující části jsou systematicky představeny a popsány jednotlivé terapeutické přístupy pro ovlivnění náhledu u pacientů s ABI, které se objevily ve výsledných dohledaných článcích. Ačkoliv se jednotlivé intervence metodologicky lišily, každá studie obsahovala minimálně dva aspekty z následující kategorizace. Tato kategorizace slouží pouze k syntéze výsledků a rozčleňuje intervence dle hlavního terapeutického zaměření. Prvky využívané v jednotlivých intervencích se ale významně prolínají. Cílem je poskytnout přehled aktuálních přístupů, které mohou být v klinické praxi využity pro podporu náhledu.

5.12.1. Metakognitivní trénink strategií

Metakognitivní trénink strategií (MST) byl využíván ve studii **Kersey et al. (2019)** pro ovlivnění náhledu u lidí v akutní fázi po CMP s kognitivními poruchami. Studie porovnávala přímý trénink dovedností s MST, kdy terapie byly vedeny ergoterapeuty a probíhaly 5x týdně po dobu 2 týdnů. Oproti přímému tréninku dovedností, kde pacient pasivně plnil instrukce terapeuta, který samostatně analyzoval úkol, identifikoval překážky a určoval strategie, byl v MST hlavním aktérem samotný pacient. Při MST byli účastníci vedeni k sebehodnocení a nalezení vlastních řešení pro překonání bariér při vykonávání úkolů. Terapeut naučil účastníka globální strategii *cíl – plán – provedení – kontrola*, která zahrnovala stanovení cíle pro řešení překážek, pacient si spolu s terapeutem vypracoval plán pro dosažení cíle, provedl plán a zkontroloval, zda plán funguje, nebo zda vyžaduje revizi. Tento proces se opakoval, dokud nebyl cíl splněn (a účastníci tak přešli k další aktivitě).

Ukázalo se, že MST může podpořit zlepšení ve výkonu všedních denních činností ve srovnání s přímým tréninkem dovedností. U obou skupin došlo ke zlepšení v oblasti strategického chování (ukázalo se v jedné z oblastí v SRSI), což reprezentuje online uvědomění, které přetrvávalo v čase v MST skupině, zatímco ve druhé skupině došlo k mírnému poklesu. Co se týče efektu na zlepšení celkového náhledu, neukázal se trénink strategií jako efektivní (Kersey et al., 2019).

Mezi zařazené studie byla zahrnuta i RCT studie **Fleming et al. (2022)** na pacientech s TBI, která sice neměla náhled jako primární výstup (asi jen polovina účastníků měla náhled narušený), ale měřila jej a vyjadřuje se k němu. V této studii byl porovnáván efekt klasického tréninku strategií proti tréninku strategií kombinovaného s MST (+ pasivní kontrolní skupina). Trénink prováděli ergoterapeuti a probíhal 1x týdně po dobu 6 týdnů. Tento kombinovaný

trénink obsahoval zaprvé klasický trénink kompenzačních strategií, zahrnující edukaci o prospektivní paměti, výběr vhodné paměťové pomůcky (mobilní aplikace, diář) a její používání, konzultace s rodinou, přenesení strategií do běžného života atd. Druhou součástí byl MST, který obsahoval zaznamenávání chyb a úspěchů do deníku, videozáznamy pacientů se zpětnou vazbou, sebehodnocení výkonu a plánování strategií, hraní deskových her s úkoly na prospektivní paměť, zpětnou vazbu a reflexi pokroku.

Výsledky ukázaly, že přidání MST nepřineslo žádné významné benefity v oblasti náhledu, ale mohlo to být způsobeno tím, že MST v této studii nezahrnoval nácvik konkrétních činností a potíže s náhledem nemělo tolik účastníků ve vzorku. Obě intervenční skupiny ale vykazaly zlepšení oproti kontrolní skupině v oblasti každodenního fungování, jak uváděly blízké osoby probandů (Fleming et al., 2022).

5.12.2. Zpětná vazba

Studie **Schmidt et al. (2013)** se zaměřila na efekt různých forem zpětné vazby na zlepšení náhledu v rámci funkčního úkolu přípravy jídla u pacientů s TBI. Terapie byly celkem 4 (s odstupem 2-4 dnů) a realizovali je ergoterapeuti. Účastníci si vybírali z několika receptů, které vařili v realistickém kuchyňském prostředí, a celý proces byl zaznamenáván na video. K vedení intervence byl použit metakognitivní přístup se strukturou *pauza, podnět, pochvala*. Při použití této techniky terapeut zpočátku neposkytuje žádné opravy chyb, aby byl poskytnut čas na spontánní opravu. Pokud však účastník chybu neopraví v přiměřené době (2–5 s), terapeut mu dá nespecifickou výzvu, např.: „*Měl byste něco zkontrolovat.*“ Pokud účastník v chybě pokračuje, terapeut mu poskytne specifickou výzvu, aby mohl chybu opravit, např.: „*Měl byste zkontrolovat toast v toustovači.*“ Terapeut slovně chválil účastníka, když spontánně použil strategie ke zlepšení plnění úkolu nebo když účastník reagoval na výzvu a chybu opravil.

Studie porovnávala tři formy zpětné vazby:

- Video zpětná vazba (+verbální) – účastníci sledovali vlastní výkon a refletovali chyby se svým terapeutem.
- Verbální zpětná vazba – terapeut diskutoval s účastníkem o hodnocení výkonu bez sledování videa.
- Prožitková zpětná vazba – po splnění úkolu nebyla poskytnuta žádná přímá zpětná vazba.

5.12.2.1. Video zpětná vazba

Proces terapie využívající video zpětnou vazbu (**Schmidt et al., 2013**) probíhal tak, že všechny úkoly týkající se přípravy jídla byly natáčeny na video. Během přípravy jídla účastníkům terapeut dával vhodně načasované podněty a zpětnou pomocí techniky *pauza, podnět, pochvala*. Po terapii terapeut i účastník vyplnili samostatně hodnotící škálu. Poté společně sledovali videozáznam pacientova výkonu, zastavovali ho a reflektovali. Terapeut pokládal podnětné otázky při neidentifikovaných chybách. Během sledování terapeut povzbuzoval účastníky, aby zpětně identifikovali chyby ve výkonu úkolu, všímali si silných stránek a navrhovali kompenzační strategie, které by mohli použít v budoucích sezeních. Po videu účastník sdílel svá skóre z hodnotící škály a vysvětloval důvody jejich volby. Diskutován byl rozdíl mezi hodnocením účastníka a terapeuta a vysvětlují se možné důvody rozdílů. Zapojení terapeuti měli k dispozici doporučený postup, jak zpětnou vazbu poskytovat, který bylo možné od autorů vyžádat a je součástí doporučení pro praxi (viz Příloha 3).

U této formy terapie bylo zaznamenáno signifikantní zlepšení a došlo k významně většímu zlepšení intelektuálního uvědomění ve srovnání s ostatními skupinami, které dostávaly pouze slovní či prožitkovou zpětnou vazbu. Získaná data podporují využití tréninku metakognitivních dovedností oproti častému terapeutickému opravování chyb, které může vést k závislosti na vnější podpoře.

Druhá studie zabývající se video zpětnou vazbou je případová studie dvou pacientů po CMP vedená neuropsychology (**Besharati et al., 2015**). Jeden z pacientů absolvoval pouze jednu terapii, druhý celkem pět sezení. V této studii se zaměřovali na sebepozorování při pokusu o provádění určitého pohybu – terapie cílila na ovlivnění náhledu na motorické dovednosti. To, že pacienti sledovali záznamy sebe sama při pokusu o pohyb vedlo ke konfrontaci s realitou jejich pohybových omezení. Intervence byla postupně zaměřena na horní i dolní končetiny. U druhého pacienta byla použita i srovnávací metoda, kdy sledoval nejen sebe, ale i jiného pacienta s hemiplegií.

Pacienti byli natáčeni na video při vyšetření, kdy se terapeut ptal obecné otázky jako.: „*Umíte pohnout levou rukou?*“ a poté pokračoval v konfrontaci „*prosím, dotkněte se mé ruky levou rukou. Udělal jste to?*“ Terapeut využil i další vyšetření a celý proces byl natáčen. Poté, ihned po vyšetření, se video (cca 2minutový výsek) pustilo pacientovi (počítač byl umístěn 20 cm vpravo pro zamezení ovlivnění výsledků případným NS). Pacient byl vyzván,

aby identifikoval lidi na videu a byl mu přehrán klip, v němž odpovídal na otázky týkající se náhledu. **Oba pacienti vykázali výrazné zlepšení v uvědomění si svého motorického deficitu.** U prvního pacienta došlo k postupnému zlepšení, přičemž intervence zaměřená na horní končetiny se nejprve neprojevila na dolních končetinách. U druhého pacienta jedna intervence vedla k okamžitému zvýšení náhledu, přičemž účinky se postupně upevňovaly v následujících týdnech.

Z těchto studií vyplývá, že video zpětná vazba může být účinným nástrojem terapie náhledu, a to zejména tehdy, když je doprovázena vedenou reflexí s respektujícím terapeutickým přístupem. Klíčovým prvkem je vizuální sebezpozorování spojené s interpretací výkonu, které vede k změně chybných přesvědčení o vlastních schopnostech.

5.12.2.2. Verbální zpětná vazba

Slovní zpětná vazba byla určitým způsobem součástí terapií ve všech zahrnutých studiích. Jediná studie vyloženě zkoumající efekt slovní zpětné vazby je výše zmíněná studie **Schmidt et al. (2013)**, kde se postupovalo s přípravou jídla stejně jako u video zpětné vazby, pouze bez observace videa. Samotná verbální zpětná vazba ale v této studii ke zlepšení celkového náhledu nevedla, ale vedla k mírnému zlepšení online uvědomění. Na rozdíl od očekávání autorů, slovní zpětná vazba sama o sobě nezlepšila online uvědomění více než samotná zkušenost s úkolem bez zpětné vazby, což naznačuje, že klíčovým prvkem může být právě sebezpozorování na videu. Přesto i u těchto skupin došlo k určitému zlepšení online uvědomění. Fleming et al. (2022) ve své studii uvádí, že verbální zpětná vazba měla signifikantní efekt na zlepšení náhledu, když byla využita v rámci zapojení pacienta do deskové hry.

5.12.2.3. Prožitková zpětná vazba

Třetí zkoumanou variantou ve studii **Schmidt et al. (2013)** byla prožitková neboli zkušenostní zpětná vazba, kdy se očekávalo, že pacient díky samotné konfrontaci s úkolem dokáže upravit své chování. Pacienti byli během vykonávání činnosti vedeni terapeutem (viz postup výše), rozdílem bylo to, že po dokončení činnosti probíhalo sebehodnocení pacienta a hodnocení terapeuta zvlášť, a tak pacient nedostal žádnou externí zpětnou vazbu na svůj výkon. V této skupině stejně jako ve skupině s verbální zpětnou vazbou došlo k mírnému zlepšení online uvědomění.

5.12.3. Trénink založený na chybách

Dalším neuropsychologickým přístupem byl trénink založený na chybách (error-based trénink) (Moro et al., 2014). Jedná se o specifický přístup k terapii náhledu, kdy se využívá přímá konfrontace pacienta s jeho poruchou – v této studii byl využit k ovlivnění poruchy náhledu na motorické oblasti u pacientů v chronické fázi ABI. Účastníci absolvovali 10-17 sezení během čtyř týdnů. Před každou terapií se klade důraz na navázání dobrého terapeutického vztahu a poskytování emoční podpory před, během i po terapii. V této terapii jsou pacienti požádáni, aby slovně zhodnotili, zda jsou schopni vykonat určitou činnost (např. nasazení brýlí, krájení masa) a následně mají danou činnost fyzicky provést. Během jednoho sezení se využívalo maximálně pět činností. Pacienti byli povzbuzováni k reflexi a diskusi o důvodech případného selhání. Jeden z pacientů zapojených do výzkumu musel přerušit svou účast pro výrazný emoční diskomfort a negativní reakci na uvědomění si svých omezení. I přes negativní reakce vykázali všichni pacienti zlepšení v uvědomění si svého motorického deficitu. U některých pacientů se zlepšení týkalo pouze unilaterálních pohybů, zatímco jiní generalizovali náhled i na bimanuální úkoly. Efekt terapie byl u většiny pacientů přetrvávající i ve follow-up hodnocení.

Zda pacienti s poruchou náhledu profitují z dělání chyb zkoumali také ergoterapeuti ve studii Ownsworth et al. (2017). Ti zkoumali efekt na náhled dvou rozdílných intervencí – první byla založená na **učení skrze chyby** (error-based learning, EBL) a druhá na **učení bez chyb** (errorless learning, ELL). Studie cílila na pacienty po TBI v chronické fázi, kde v obou skupinách probíhaly terapie 1x týdně po dobu 8 týdnů, kdy první čtyři se zaměřovaly na jednoduchou činnost (např. přípravu jídla) a další čtyři na komplexnější úkoly vycházející z cílů účastníka (např. nákup, práce s počítačem, orientace v knihovně). EBL terapie využívaly metakognitivní principy i zpětnou vazbu.

V EBL skupině v první fázi terapeut záměrně chyboval při vykonávání úkolu a účastník měl za úkol jeho chyby identifikovat. Poté se přistoupilo k samotnému provádění úkolů pacientem, který před samotnou činností předvídal možné problémy a navrhoval strategie pro jejich zvládnutí. Během samotného provádění úkolu byl pacient veden k využívání strategie SCaN (Stop, Check, and Notice). Při chybě terapeut čekal s poskytnutím nápovědy, aby umožnil pacientovi samostatnou opravu. Pokud nenastala, terapeut poskytl nejprve nespecifickou nápovědu („*Můžete se zastavit a zkontrolovat, kde jste?*“), a teprve pak konkrétní

nápovědu. Po skončení činnosti následovala reflexe výkonu a diskuse o identifikovaných chybách a strategiích do budoucna. V některých sezeních byla využita i video zpětná vazba.

Proti tomu ELL, který se běžně využívá v klinické praxi u pacientů s ABI, klade důraz na minimalizaci chyb během výkonu. Cílem je, aby pacient vykonával činnost co nejvíce bezchybně, a tím si správné kroky upevnil skrze opakování. Terapeut jednotlivé kroky úkolu nejprve názorně předvede a následně poskytuje instrukce, fyzické vedení nebo neverbální podněty tak, aby pacient předcházel chybám. Případné chyby jsou okamžitě opraveny demonstrací správného postupu. Po splnění úkolu následuje verbalizovaná pochvala a zpětná vazba od terapeuta zaměřená na správně provedené kroky, nikoliv na chyby

Ukázalo se, že oproti ELL, EBL intervence (implementující metakognitivní přístup) podporuje větší míru generalizace dovedností a je spojena se zlepšením náhledu. Po 6 měsících ale nebyly mezi skupinami zaznamenány významné rozdíly v náhledu.

5.12.4. Intervence založená na zaměstnávání

Doig et al. (2014) využili pro ovlivnění náhledu u pacientů po TBI ergoterapeutický program založený na zaměstnávání. Zakládá se na přístupu zaměřeném na klienta. Intervence probíhaly po dobu 12 týdnů a zahrnovaly na začátku stanovení cílů pomocí COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Plánování cílů probíhalo za přítomnosti blízkých osob účastníků. Poté, co byly identifikovány klíčové problémy v každodenním fungování, byly cíle dále specifikovány prostřednictvím rozhovoru nebo pozorováním výkonu, aby bylo možné stanovit výchozí úroveň. Následoval intervenční program, který zahrnoval nácvik úkolů souvisejících s cíli, úpravy a stupňování úkolů na základě analýzy činností, spolupráci na zavádění individuálních strategií pro zlepšení výkonnosti, zpětnou vazbu od terapeuta k provedení úkolů, formulaci krátkodobých cílů mezi jednotlivými sezeními a zadávání domácích úkolů pro upevnění strategií v reálném prostředí. Každý týden probíhala reflexe a vyhodnocení pokroku v plnění krátkodobých cílů. Intervence vedl zkušený ergoterapeut. Zásadním aspektem bylo využití smysluplných činností a zkušenostní a verbální zpětné vazby. U 7 z 8 účastníků vedla aktivní účast v programu k pokroku v naplňování cílů a zároveň ke zlepšení uvědomění vlastních schopností a omezení.

5.12.5. Herní a digitální přístupy

Specifickou formou, kterou se může náhled terapeuticky ovlivňovat, je hraní digitální deskové hry (Lloréns et al., 2015). Tato studie zkoumala účinnost a přijetí skupinového terapeutického programu založeného na hraní digitální deskové hry pro zlepšení náhledu u pacientů po TBI. Terapie byly pod vedením neuropsychologa a probíhaly 1x týdně celkem 6 měsíců. Účastníci byli rozděleni do týmů po dvou a hráli hru na dotykové obrazovce zabudované do stolu. Cílem hry bylo dosáhnout vrcholu hory tím, že týmy správně odpovídaly na otázky z různých kategorií: vědomostní otázky (anatomie, patologie), situační úvahy (reakce na běžné situace), akční úkoly (hraní rolí, motorická cvičení), zábavné úkoly (vtipy, hádanky). Hráči házeli kostkou, pohybovali se po herní desce a odpovídali na otázky. Některá políčka měla speciální efekty, například ztrátu tahu nebo možnost ovlivnit hru jiných týmů. Skupina na opačné straně stolu nahlas přečetla otázku druhého týmu, aby na ni druhá skupina mohla odpovědět. Po odpovědi neuropsycholog zapojil všechny účastníky hry a diskutovalo se o alternativních odpovědích. Terapeut povzbuzoval účastníky, aby hráli role a konfrontovali svá omezení, a při každém tahu jim poskytoval slovní zpětnou vazbu a podporu.

Ukázalo se, že tato intervence podpořila zlepšení náhledu, a to především ve vnímání vlastních deficitů a v menší míře ve stanovování realistických cílů. Došlo ke zlepšení intelektuálního uvědomění, souběžné zlepšení v rozvoji adekvátních sociálních dovedností a dovedností pro zvládání chování a celkově byla intervence účastníky hodnocena jako motivující a použitelná (Lloréns et al., 2015).

Obrázek č. 5.12.5.1 Terapie s využitím digitální deskové hry

(Zdroj: Lloréns et al., 2015)



V rámci výše zmíněné studie (Fleming et al., 2022) proběhla dílčí analýza jedné z částí využitých intervenčních metod v rámci MST, konkrétně **hraní deskové hry**. Byl zjišťován efekt dvou po sobě jdoucích terapií využívajících hraní hry jako prostředek pro obnovení náhledu na kognitivní funkce, konkrétně na prospektivní paměť. Terapie zahrnovala využívání sebehodnocení a poskytování verbální i video zpětné vazby.

Před začátkem hry byli účastníci požádáni o to, aby uvedli, jak si myslí, že budou zvládat hrát danou hru, včetně pamatování si specifických pokynů. Účastníci dostali konkrétní pokyny k 3 úkolům, které museli během hry splnit. První úkol spočíval v zaznamenání čárky na papír pokaždé, když hráč přistál na určitém políčku (například na žebříku). Druhý úkol spočíval v umístění kuličky do nádoby každé dvě minuty podle digitálního časovače umístěného na stole vedle hry. Celou dobu terapie v pozadí hrály písně, třetím úkolem bylo oznámit terapeutovi pokaždé, když se píseň změnila. Pokud účastník zapomněl vykonat úkol, terapeut poskytl nejprve neurčitou náповědu, a pokud to nepomohlo, následovala konkrétní pobídka k provedení úkolu. Hra trvala přibližně 10 minut a byla nahrávána na video. Účastníci následně provedli sebehodnocení svého výkonu a vedli s terapeutem diskusi o přesnosti svého hodnocení. Terapeut jim poskytl zpětnou vazbu o tom, jak vypadalo jejich sebehodnocení před úkolem a jak hodnotili svůj výkon po úkolu. O týden později, v dalším sezení, se opakovalo zadání úkolů, ale účastníci před hraním hry ještě zhlédli video z minulého sezení. Po zhlédnutí videa byli požádáni o sebehodnocení a předpověď výkonu. Během opakovaného hraní byli účastníci povzbuzováni k využívání jakýchkoliv strategií, které si během diskusí s terapeutem osvojili.

Zpětná vazba poskytnutá v rámci deskové hry zaměřené na trénink prospektivní paměti měla **pozitivní vliv na zlepšení přesnosti sebehodnocení**. Účastníci, kteří buď podceňovali, nebo přeceňovali své schopnosti, zaznamenali po intervenci zlepšení náhledu. Hra v kombinaci s verbální zpětnou vazbou podpořila sebereflexi, uvědomění si chyb a přenastavení vnímání vlastních schopností, čímž se ukázala jako účinný nástroj pro rozvoj náhledu. Neukázalo se ale, že by zapojení video zpětné vazby přineslo další signifikantní zlepšení. Účastníci ale subjektivně hodnotili tuto metodu jako efektivní a užitečnou (Fleming et al., 2022).

5.12.6. Skupinové interakce a zpětná vazba

Skupinové terapie hrají roli v několika dohledaných studiích (níže zmíněný INR nebo herní přístup s digitální deskovou hrou). Dalším specifickým typem skupinových terapií, které mají za cíl ovlivnit náhled pacientů po TBI jsou B&L a S&M terapie. Porovnání těchto

dvou odlišných typů terapií vedených psychology ve své studii zkoumali **Rigon et al. (2017)**. Terapie probíhaly 1x týdně po dobu 10 týdnů.

- B&L skupina (Ben-Yishay a Lakin, 1989): Hlavní terapeutickou metodou v této skupině bylo hraní rolí (role-playing), při které byl každý pacient postupně hlavním aktérem sezení. Tento pacient seděl naproti terapeutovi a zapojoval se do činnosti, například do práce, kterou vykonával před úrazem, nebo do běžné denní aktivity. Ostatní pacienti byli instruováni, aby pečlivě sledovali jeho výkon a dělali si poznámky. Než obdržel zpětnou vazbu od ostatních, byl pacient vyzván k sebehodnocení svého výkonu. Nakonec poskytl zpětnou vazbu také vedoucí psycholog, který používal exekutivní styl vedení.
- S&M skupina (Sohlberg a Mateer, 1989): Terapie se zaměřovala na lekce a diskuse o kognitivních a behaviorálních poruchách po TBI. Součástí byly aktivity jako pouštění filmů o poranění mozku a diskuse o zkušenostech pacientů. Diskuse se soustředily na zkušenosti pacientů nebo na informace zprostředkované filmy o úrazech hlavy, které účastníci porovnávali.

Navzdory malému vzorku účastníků přináší studie povzbudivé výsledky a to, že tyto skupinové intervence mohou významně přispět ke zlepšení náhledu. V obou skupinách došlo po intervenci ke snížení rozdílu mezi sebehodnocením pacienta a hodnocením pečovatele (Rigon et al., 2017).

5.12.7. Komplexní programy

5.12.7.1. Multimodální rehabilitační program

Zkoumán byl také efekt intenzivního neurorehabilitačního programu (INR) na náhled pacientů (**Smeets et al., 2015**). INR je komplexní, holistický rehabilitační program, který je v Nizozemsku poskytován pacientům v chronické fázi po ABI. Trvá dva sedmítýdenní bloky, které jsou odděleny dvoutýdenní přestávkou a terapie jsou 4 dny v týdnu.

Cílem tohoto programu je podpořit pacienty v návratu k funkčnímu životu, zvýšit jejich uvědomění si kognitivních a behaviorálních obtíží a poskytnout jim nástroje k jejich zvládnutí. Obsahuje více terapeutických přístupů, zahrnuje především skupinové terapie a účastní se ho celý interprofesní tým. INR klade důraz na aktivní zapojení pacienta, sebereflexi a osvojení kompenzačních strategií, které zvyšují šanci na nezávislost v běžném životě.

Tento přístup je postaven na principu, že náhled, přijetí deficitu a dovednost efektivně komunikovat jsou klíčové pro dlouhodobé zotavení. Součástí programu je:

- Psychoedukace – pacienti získávají informace o mozku, jeho funkcích a důsledcích poranění mozku.
- Nácvik funkčních dovedností – prováděný v různých situacích každodenního života, aby bylo možné přenášet naučené strategie do praxe.
- Multimodální zpětná vazba – poskytovaná terapeuti, skupinou, prostřednictvím videonahrávek či reflektivních rozhovorů.
- Trénink interpersonálních dovedností – zaměřený na práci s emocemi, přijetí zranění a zlepšení mezilidské komunikace.
- Individuální koučink – každý pacient spolupracuje s osobním koučem, s nímž pravidelně hodnotí svůj pokrok, nastavuje cíle a reflektuje změny.

Tato komplexní dlouhodobá rehabilitace měla dobrý efekt na pacienty s poruchou náhledu, kteří podhodnocovali své schopnosti před terapií – po terapii přesněji hodnotili své schopnosti a zaznamenali největší zlepšení v depresivních symptomech, psychické i fyzické pohodě a kvalitě života. Oproti tomu ale pacienti, kteří nadhodnocovali své schopnosti, měli menší prospěch z terapie – u většiny z nich trvalo nadhodnocování i po terapiích a nezaznamenali významné zlepšení kvality života. Celkově intervence vedla u většiny ke zlepšení depresivních příznaků, ale neměla výrazný vliv na přesnost náhledu u pacientů s nadhodnocováním svých schopností.

5.12.7.2. Komplexní terapie dysexekutivního syndromu

Další ze studií (**Lamberts et al., 2017**) zkoumala efekt terapie náhledu a souvislost náhledu s rozpoznáváním emocí u pacientů v chronické fázi ABI. Pacienti byli léčeni podle protokolu nazvaného „Multifaceted Treatment of the Dysexecutive Syndrome“ (Spikman et al., 2010). Léčba probíhala formou individuálních neuropsychologických sezení a zahrnovala 20-24 terapií, 2x týdně během 3 měsíců.

Program se skládal ze tří po sobě jdoucích modulů:

- Informace o náhledu.
- Stanovení a plánování cílů.
- Iniclace, realizace a regulace.

V psychoedukačních sezeních byli pacienti obsáhle informováni o problémech s exekutivou a jejich negativních důsledcích na každodenní život. Tyto informace spolu s výsledky neuropsychologického hodnocení poskytly základ pro analýzu silných a slabých stránek pacientů. Během každého sezení byli pacienti průběžně vybízeni ke sledování a hodnocení své výkonnosti. Jejich úkolem bylo, aby systematicky předvíдали své výkony v zadaných úkolech na doma. Při každém dalším sezení byly tyto předpovědi a jejich naplnění spolu s faktory, které pomohly nebo nepomohly, rozsáhle vyhodnocovány. Tato cvičení pokračovala i po tomto prvním modulu a byla začleněna do každého dalšího sezení. Druhý modul byl zaměřen na systematický trénink exekutivních funkcí v oblasti stanovování cílů a plánování. Pacienti se učili plánovat činnost s důrazem na formulaci zamýšlených činností a úkolů a z hlediska cílů a kroků vedoucích k těmto cílům. V dalších sezeních se prakticky cvičilo provádění vytvořených plánů. Provádění a monitorování plánu bylo procvičováno a hodnoceno společně s terapeutem. Také se trénovala schopnost řešit problémy, které by mohly vzniknout při realizaci plánů.

Tento přístup se zdál být efektivní, protože výsledky ukázaly, že pacienti v experimentální léčebné skupině měli po tréninku lepší náhled než pacienti v kontrolní skupině. Výsledky této studie ukazují, že kombinace psychoedukace a cvičení na zvýšení uvědomění může zlepšit náhled u pacientů s exekutivní dysfunkcí.

5.12.7.3. Sokratovsky vedená terapie

Další typ intervence, který je podobný výše zmíněným komplexním programům, představuje tzv. sokratovsky vedená terapie, využitá ve studii **Terneusen et al. (2024)** u pacientů v chronické fázi ABI. Tato metoda je založena na kladení otázek, které mají pacienta vést k uvědomění si vlastních chyb v úsudku a k postupnému rozvoji náhledu skrze aktivní přemýšlení. Tato individuální forma terapie přinášela možnost hlubší reflexe bez přímého usměrňování terapeutem. Vést ji mohl zaučený terapeut, včetně ergoterapeuta nebo psychologa.

Terapie se skládá ze tří hlavních prvků:

- Strukturovaná psychoedukace o možných dopadech ABI na kognitivní funkce, náhled a každodenní fungování.
- Procvičování specifických kognitivních činností relevantních každodennímu životu pacienta. Tyto úkoly musí být jasně zaměřeny na participaci (např. plánování trasy nebo strukturování denních aktivit). Je důležité, aby pacient vnímal souvislost mezi

úkolem a svým osobním životem (např. prací, rodinným životem, společenským životem). Před úkolem pacient předvídá svůj výkon a tvoří vlastní strategie. Po splnění úkolu se provádí sebehodnocení.

- Získávání nekonfrontační zpětné vazby na základě „sokratovské metody“, která se zaměřuje na pozitivní posilování a nekonfrontační diskuse mezi pacientem a terapeutem o tom, jak pacient úkol plní. Terapeut se výslovně snaží přimět pacienta, aby se zamyslel nad svým vlastním chováním, identifikoval chyby a formuloval strategie, jak předejít budoucím obtížím. Cílem je vytvořit bezpečný prostor, ve kterém může pacient sdílet všechny změny nebo obtíže, které v důsledku ABI zažívá.

Během prvního testování v roce 2018 v rámci malé skupiny pacientů se zdály sokratovsky vedené terapie pro ovlivnění náhledu účinné. Při této rozsáhlejší studii z roku 2024 se ukázalo, že sokratovsky vedená terapie objektivně nemá na náhled výraznější efekt než běžná péče. Tato studie se ale potýkala se značnými omezeními (v průběhu studie začala pandemie COVID-19 a bylo na čas nutné přejít na online formu a zároveň četnost, délka a obsah terapeutických sezení nebyly zaznamenány dostatečně důsledně, aby bylo možné provést spolehlivé srovnání). Závěrem přesto je, že sokratovsky vedená terapie je stejně účinná jako obvyklá péče, ale benefitem může být to, že poskytuje terapeutům strukturu a vodítko, jak provádět terapie náhledu.

5.13. Shrnutí efektivity terapií

Interpretace efektivity terapeutických intervencí je nutné brát s rezervou, jak uvádí i jednotlivé studie ve svých závěrech. Často se jednalo o studie s malým vzorkem účastníků, ne metodologicky kvalitní studie, nebo byl průběh studie ovlivněn různými vnitřními či vnějšími faktory.

Dvě studie prokázaly pozitivní dopad na *online uvědomění* – tedy schopnost vnímat vlastní výkon během provádění činnosti. Tento efekt byl zaznamenán u metakognitivního strategického tréninku (MST) ve studii Kersey et al. (2019) a dále při použití verbální a prožitkové zpětné vazby ve studii Schmidt et al. (2013). Další studie popisují pozitivní efekt na *intelektuální uvědomění*. Jako účinná se ukázala zejména video zpětná vazba (Schmidt et al., 2013) a digitální desková hra ve skupinovém kontextu (Lloréns et al., 2015).

Některé intervence ukázaly měřitelný efekt na náhled celkově. Nejvýrazněji se zde osvědčila kombinace video a verbální zpětné vazby (Schmidt et al., 2013), dále video zpětná vazba zaměřená na motorické dovednosti (Besharati et al., 2015) a rovněž zpětná vazba zakomponovaná do herního prostředí v rámci MST tréninku (Fleming et al., 2022). Jako efektivní se ukázal i *error-based training* (Moro et al., 2014). Významný přínos měly také přístupy využívající smysluplné činnosti, v nichž se kombinuje praktický nácvik s verbální zpětnou vazbou (Doig et al., 2014), a dále komplexní terapie integrující více složek, jako například program DEX (Lamberts et al., 2017). Skupinové programy B&L a S&M (Rigon et al., 2017) rovněž ukázaly příznivý dopad na náhled. Dočasný pozitivní efekt na náhled ukázal také EBL přístup od Ownsworth et al. (2017), půl roce ale jeho účinek vypršel.

Ve studiích využívající MST (Kersey et al., 2019; Fleming et al., 2022) se ukázalo zlepšení funkčních schopností a každodenního fungování, které je velmi důležité jak pro pacienta, tak i pro pečující osoby. Pozitivní vliv na sociální dovednosti byl zaznamenán u skupinové terapie s hraním digitální deskové hry (Lloréns et al., 2015).

5.14. Shrnutí hlavních intervenčních technik

Ve výsledných studiích byly nalezeny rozmanité terapeutické přístupy zaměřené na ovlivnění náhledu. Přesto, že metodologicky se studie často liší, techniky, které využívají se ve velké míře prolínají napříč studiemi. Můžeme pozorovat metakognitivní prvky, vnější zpětnou vazbu, přímý trénink dovedností, přímou konfrontaci s omezením, edukační a herní formu terapie či skupinové terapie.

Metakognitivní prvky (individuální plánování, stanovování cílů, sebehodnocení, tvorba strategií, sebereflexe)

Tyto prvky se určitým způsobem prolínaly ve většině dohledaných studiích. Někteří autoři do metakognitivních přístupů zahrnují i externí zpětnou vazbu. Obecně se velmi pracovalo s pacientovým sebehodnocením a individuálním plánováním. Při **sokratovských vedených terapiích** ve studii Terneusen et al. (2024) pacienti tvořili individuální strategie a hodnotili svůj výkon před i po provedení praktického úkolu. U Lamberts et al. (2017) v rámci **terapie DEX** byli pacienti průběžně vedeni ke sledování a hodnocení vlastního výkonu, včetně systematického předpovídání, stanovení cílů a plánování. Se sebehodnocením se pracovalo také ve studii Schmidt et al. (2013) před a po provedení úkolu a při **skupinových terapiích**, kdy sebehodnocení předcházelo externímu feedbacku od skupiny a terapeuta (Rigon et al., 2017). Sebehodnocení bylo využito také zábavnou formou při **hraní deskové hry** v rámci studie Fleming et al. (2022). **Ergoterapeutický program** Doig et al. (2014) také pracoval se stanovováním smysluplných cílů a sebehodnocením. Zaznamenávání chyb a úspěchů, předvídání chyb, sebehodnocení výkonu a plánování strategií využívali v rámci **MST** Fleming et al. (2022) i Kersey et al. (2019) a v rámci **EBL** Ownsworth et al. (2017).

Externí zpětná vazba

Poskytování slovní zpětné vazby terapeutem bylo součástí většiny terapií. Schmidt et al. (2013) zkoumali tři typy zpětné vazby (**verbální, video a prožitkovou**) během provádění činnosti (vaření jednoduchého jídla). **Video zpětnou vazbu** využívali také Besharati et al. (2015) při pokusech pacientů o pohyb zasaženou končetinou. Stejně tak video i verbální zpětnou vazbu využívali Fleming et al. (2022) v rámci tréninku **MST** a Ownsworth et al. (2017) v rámci **EBL**. Terneusen et al. (2024) využívali nekonfrontační verbální zpětnou vazbu v rámci **sokratovské metody**, zaměřenou na pozitivní posilování a dialog s pacientem. Multimodální zpětnou vazbu využíval také program **INR** (Smeets et al., 2015). V Rigon et al. (2017) pacienti

při **skupinové terapii** B&L dostávali zpětnou vazbu od ostatních členů skupiny po hraní rolí, kdy předváděli běžné činnosti. Verbální zpětná vazba byla poskytována také v rámci **tréninku smysluplných činností** ve studii Doig et al. (2014).

Přímý nácvik dovedností a činností

Doig et al. (2014) ve svém **ergoterapeutickém programu** využíval nácvik úkolů odpovídajících cílům pacienta, včetně jejich úprav a stupňování na základě analýzy činností. V **sokratovsky vedených terapiích** Terneusen et al. (2024) byl uplatněn nácvik specifických kognitivních činností relevantních pro každodenní život pacientů. Praktické provádění vytvořených plánů bylo také součástí **terapie DEX** ve studii Lamberts et al. (2017). Také v rámci **INR** (Smeets et al., 2015) probíhal nácvik funkčních dovedností. Přímý nácvik konkrétní činnosti byl také jádrem terapií **EBL** a **ELL**, které se lišily formou, jakou byl nácvik veden (Ownsworth et al., 2017).

Přímá konfrontace s omezením

Tento prvek byl využit zejména v **error-based tréninku** ve studii Moro et al. (2014), kde byli pacienti nejprve dotázáni, zda určitou činnost zvládnou, a následně ji měli provést. Tento přímý přístup se ukázal jako psychicky náročný, ale také účinný. Podobný postup byl použit i u pacientů ve skupině s **prožitkovou zpětnou vazbou**, kteří byli vedeni k předpovědi výkonu při vaření a k následnému provedení činnosti (Schmidt et al., 2013).

Edukace a herní přístup

Strukturovaná edukace zaměřená na možné dopady získaného poškození mozku na kognitivní funkce, náhled a každodenní fungování byla součástí **sokratovsky vedených terapií** ve studii Terneusen et al. (2024) i rehabilitačního programu **INR** (Smeets et al., 2015). Stejně tak byla součástí **komplexní terapie DEX** (Lamberts et al., 2017). **Skupinová terapie S&M** zahrnovala edukativní formát včetně promítání filmů o ABI a následných diskusí (Rigon et al., 2017). Edukace o ABI a jeho dopadech byla hravou formou aplikována v rámci skupinové terapie s využitím digitální deskové hry, která obsahovala vědomostní otázky o ABI a různé situační úvahy, o kterých se následně diskutovalo v rámci skupiny (Lloréns et al., 2015).

Trénink interpersonálních dovedností (emoce, komunikace)

Součástí programu **INR** byl také trénink interpersonálních dovedností, zejména v oblasti emocí a komunikace (Smeets et al., 2015). Na tuto oblast se zaměřovali také ve skupinovém tréninku při hraní digitální deskové hry (Lloréns et al., 2015).

Skupinový formát terapie

Skupinové terapie byly zkoumány ve studii Rigon et al. (2017), kde popisovali dobrý efekt těchto skupinových intervencí. Podobně byly skupinové terapie hlavní součástí programu INR (Smeets et al., 2015).

5.15. Zodpovězení výzkumných otázek

Všechny výzkumné otázky bylo možné zodpovědět v rámci výsledků této rešerše.

Výzkumné otázky, *Jaké existují terapeutické intervence pro ovlivnění náhledu u pacientů se získaným poškozením mozku podle odborné literatury?* a *Jaké konkrétní aktivity, techniky nebo metody jsou popisovány v rámci terapeutických intervencí zaměřených na ovlivnění náhledu u osob se získaným poškozením mozku?* jsou komplexně zodpovězeny v rámci kapitoly 5.12. Typy intervencí. U pacientů se získaným poškozením mozku, kteří trpí poruchou náhledu, je možné využít řadu technik, které většinou využívají metakognitivní prvky v terapii. Zahrnují poskytování zpětné vazby (slovní či video), trénink předvídání překážek pro zlepšení budoucího výkonu, nácvik technik sebehodnocení a identifikaci vlastních chyb při činnostech. Další možnou terapií je přímá konfrontace pacienta s omezením, trénink založený na chybách, edukace o následcích poškození mozku nebo využití terapie formou hry. Využívají se také různé komplexní programy a skupinové terapie.

Jaké profese se nejčastěji podílejí na terapii náhledu pacientů po získaném poškození mozku?

Z vyhledaných studií je zřejmé, že nejčastěji byly terapie prováděny ergoterapeuty. Jedná se především o terapie využívající metakognitivní prvky a nácvik modelových činností. Druhou často zastoupenou profesí, která provádí terapie byli (neuro)psychologové. Jejich terapie mívají často skupinový formát, jsou zaměřeny na edukaci nebo přímou konfrontaci pacienta s jeho deficitem, která může vyvolat negativní emoční reakce.

Jaké anglické termíny jsou v odborné literatuře využívány pro označení pojmu náhled ve vztahu k získanému poškození mozku?

Náhled je v dohledaných studiích nejčastěji uváděn jako self-awareness. Ve dvou studiích se objevil pojem anosognozie (jednalo se o psychologické studie).

6. DISKUSE

Tato diplomová práce byla koncipována formou systematického přehledu. Při zpracování byly následovány jak publikační zásady časopisu AJOT, tak i metodologické principy a doporučená struktura systematických přehledů podle Americké asociace ergoterapeutů (2021), která následuje doporučení Cochrane. AJOT je jeden z nejvýznamnějších ergoterapeutických vědeckých časopisů a má zásadní vliv na formování klinické praxe založené na důkazech, kterou ergoterapie tolik potřebuje. Pro zajištění kvality terapeutické péče je důležité vycházet z vědecky ověřených důkazů, které lze získat právě díky systematickým přehledům (Sauerland a Seiler, 2005). Cílem tohoto přehledu a celé práce ale nebylo nalézt nejefektivnější terapeutickou intervenci k ovlivnění náhledu, ačkoli se práce k otázce efektivity vybraných přístupů v omezené míře také vyjadřuje. Vzhledem k tomu, že se tímto tématem zabývá jen minimum literatury v našem prostředí, šlo v této práci především o uvedení do problematiky a představení, jaké různé intervence se pro ovlivnění náhledu napříč rehabilitací využívají. Pro zvýšení praktické využitelnosti tohoto systematického přehledu bylo na jeho základě sestaveno *Obecné doporučení pro ergoterapeuty*.

Prvním krokem byla formulace **výzkumných otázek** podle rámce PICO popsáném v Cochrane handbook (Higgins et al., 2024). Formulace kvalitních výzkumných otázek je důležitou součástí výzkumného procesu, protože umožňuje jasně vymezit cíle přehledu a směřovat další kroky systematické práce. Celkově přispívá k metodologické kvalitě a praktické užitečnosti výsledků (Higgins et al., 2024). Na zvolené otázky bylo možné v rámci výsledků odpovědět. Hlavní výzkumná otázka směřovala k identifikaci terapeutických přístupů využívaných při práci s pacienty s ABI s poruchou náhledu. Vedlejší výzkumná otázka sloužila k rozšíření hlavní otázky a k hlubšímu porozumění tomu, jak konkrétně intervence probíhají. Tato otázka byla považována za důležitou především pro praktické využití a pro klinickou praxi, proto byly jednotlivé studie a jejich metodiky detailně popsány v rámci výstupů řešerše. Hloubka popisu dílčích terapeutických jednotek se mezi studiemi lišila, ale z těchto údajů bylo možné vyčíst opakující se prvky a techniky. Další vedlejší výzkumná otázka měla za cíl zjistit, kdo v praxi tyto terapie realizuje. Ve většině studií šlo právě o ergoterapeuty, což je zásadní zjištění mající přímý dopad na vymezení a posílení role ergoterapeuta v multidisciplinárním neuror rehabilitačním týmu. Poslední vedlejší otázka se týkala toho, jakým anglickým termínem je náhled definován. Tato otázka nebyla zařazena z metodologických důvodů, ale především

kvůli nejednotnosti terminologie v oblasti výzkumu náhledu obecně. Výsledky rešerše ukázaly, že nejčastěji využívaným pojmem, především v ergoterapeutických studiích, je *self-awareness*.

V rámci tvorby **klíčových slov** byly diskutovány především anglické varianty pro náhled. Terminologie bohužel není jednotná, jak uvádí například Sansonetti et al. (2022). Pro správné nastavení vědeckého výzkumu je ale jednotnost v termínech zásadní (Page et al., 2021). Na základě předvýzkumu byly stanoveny nejčastěji se vyskytující pojmy *anosognosia*, *lack of insight*, *self-awareness* a *unawareness*. V budoucím výzkumu je ale vhodné zahrnout i další pojmy (včetně *awareness of deficits* a samostatného *awareness*), jak to udělali i v nejnovějším systematickém přehledu Villalobos et al. (2025). Tato kombinace vede k dohledání většího počtu studií. Nutnost využívat velký počet synonym pro jeden pojem odráží nejednotnost v odborné literatuře. Je potřeba sestavení jasné definice a sjednocení v rámci výzkumu i klinické praxe. Výsledky mohlo ovlivnit také využití celých slov místo jejich kořenů, například místo *therapy* by bylo vhodné využít *therap** pro rozšíření okruhu dohledaných studií. Zvažována byla také varianta zařazení *ergotherapie* mezi klíčová slova, od této možnosti se ale odstoupilo především kvůli malému množství literatury věnující se náhledu obecně. Po provedení rešerše bylo získáno celkem pouze 13 studií, v případě zahrnutí ergoterapie by se jejich počet ještě snížil.

V přípravné fázi bylo nutné zvolit vhodné **databáze**. Vybrány byly především databáze, se kterými bylo možné se seznámit v rámci výuky a ve kterých bylo prakticky procvičováno vyhledávání. Tyto databáze jsou studentům přístupné přes knihovni a informační služby 1. lékařské fakulty. Na základě předchozí zkušenosti byla vybrána databáze PubMed, která obsahuje odborné biomedicínské články. Ačkoliv PubMed do určité míry zahrnuje obsah databáze Medline (Ovid), každá z těchto platform využívá odlišné vyhledávací nástroje, rozhraní a algoritmy zpracování dotazů, proto byly zahrnuty obě tyto jednooborové databáze (ÚVI, 2025). Medline je specifitější a technicky pokročilejší. Zahrnuty byly také multioborové databáze pro zajištění multidisciplinárního záběru rešerše. Academic Search Ultimate obsahuje odborné zdroje jak ze zdravotnictví, tak například i z oblasti psychologie (ÚVI, 2025), což bylo v tomto kontextu velmi důležité. Pro zajištění komplexnosti byly zahrnuty i databáze Scopus a Web of Science, které patří mezi prestižní světové vědecké databáze a jsou přímo doporučovány v rámci metodiky Cochrane (Higgins et al., 2024). Při využívání databází ale není zaručen plný přístup ke všem full textům odborných článků. Z tohoto důvodu je výhodné mít přímý přístup ke konkrétním časopisům. Díky tomu, že byl nedávno fakultou

předplacen i odborný elektronický časopis AJOT, bylo možné provádět vyhledávání také v jeho plných textech. AJOT publikuje významné články v oblasti výzkumu v ergoterapii. Tento časopis ale neumožňuje vyhledávání pomocí booleovských operátorů, proto muselo být hledáno pomocí zadávání jednotlivých kombinací klíčových slov.

Stanovení jasných **kritérií pro výběr** zahrnutých studií je důležitou součástí celého procesu tvorby systematické rešerše (Page et al., 2021). Zásadním kritériem byla obsahová relevance, tedy zaměření na pacienty se získaným poškozením mozku a na studie, které se výslovně zabývají terapeutickými přístupy k poruše náhledu. Toto samotné kritérium bylo hlavním filtrem, protože většina studií se zabývala spíše teoretickými rámci, nástroji pro hodnocení nebo zkoumáním kvality života pacientů a rodin. Zahrnuty byly studie prováděné pouze na dospělých pacientech bez specifikace pohlaví. Z praktických důvodů byla dalším kritériem dostupnost plného textu v anglickém jazyce. Cílem bylo dohledat nejnovější studie, proto byla rešerše omezena na časové období 2010-2024, a proto byly zařazovány pouze původní výzkumné studie. To mělo zajistit originalitu a aktuálnost analyzovaných dat. Další kritéria nebyla stanovena, zahrnuty byly studie s menším počtem účastníků i studie, které neprokázaly statisticky významný efekt intervence. Takový postup je volen v mnoha jiných mapovacích pracích podobného charakteru, jako například Engel et al. (2017). To je v souladu s doporučeními AOTA (2021) pro AJOT, které podporují zahrnutí všech relevantních a metodicky popsaných studií bez ohledu na výsledek. Cílem této diplomové práce bylo udělat přehled toho, co se v klinické praxi využívá, a celá práce má tedy spíše mapovací charakter. Ve většině zařazených studií sami autoři ve svých diskusích a závěrech upozorňují na omezenou zobecnitelnost výsledků, například z důvodu malého vzorku pacientů (Besharati et al., 2015), vysoké míry ztráty účastníků (drop-out) (Smeets et al., 2015), pandemické situace COVID-19 (Terneusen et al., 2024) nebo dalších vnitřních a vnějších faktorů. Právě tyto faktory zpochybňují efektivitu daného přístupu. Zároveň je ale důležité pro budoucí výzkum vědět, jaké závěry jednotlivé studie přináší, a zda se terapie zdá nebo nezdá vhodná a efektivní. Hodnocení efektivity jednotlivých intervencí by bylo předmětem dalšího zkoumání.

Na základě předchozí zkušenosti a doporučení byl pro **kritické hodnocení** článků vybrán Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2025). Jednotlivé checklisty programu byly využity v anglickém originále, vzhledem k tomu, že i všechny studie byly sepsány v angličtině. Dohledané články byly kriticky hodnoceny především pro lepší porozumění, zda je studie smysluplná. Celkově toto hodnocení poskytlo lepší vhled do kvality metodologie

studie. Využity byly ale i slabší studie vzhledem k mapovacímu charakteru práce. S položkami checklistu také nekorespondují všechny **sledované parametry**. Základní informace o samotné studii (její typ, přítomnost kontrolní skupiny) zaznamenány byly, ale sledované parametry byly vytvořeny především pro splnění záměru práce. Jedná se o důležité informace pro klinickou praxi, kde je zásadní znát, jak byla terapie realizována – tedy jak často, jak dlouho, jaký odborník ji vedl a jaký byl konkrétní obsah terapeutických jednotek. Tyto informace jsou klíčové pro přenositelnost poznatků do praxe. Zaznamenán byl také typ poškození mozku, tedy zda se jednalo o TBI či CMP. Pokud to studie uváděla, byla doplněna i informace o chronicitě. Tyto údaje byly sledovány především proto, že je možné, že různé příčiny vzniku ABI mohou mít vliv na samotný obraz i vývoj zotavení. Mohly by být sledovány i další faktory, například průměrný věk účastníků, pohlaví, socioekonomický status, délka hospitalizace nebo doba od vzniku onemocnění. Tyto dodatečné údaje mohly mít vliv na efektivitu terapeutických intervencí, ale jejich sběr a analýza by přesahovaly rámec a zaměření této mapovací rešerše. Cílem bylo hlavně zaznamenat takové informace, které pomáhají popsat, jak jednotlivé terapie zaměřené na zlepšení náhledu probíhají, aby tak výstupy práce byly snadno klinicky uchopitelné.

Proces **čištění dat** byl nastaven tak, aby výsledek umožnil zmapovat reálně využívané terapeutické intervence zaměřené na zlepšení náhledu. I zde je potřeba reflektovat jistá omezení, která mohla výsledný soubor ovlivnit. Jedná se především o určitou míru subjektivity, kterou není možné zcela vyloučit zejména v případech, kdy byly abstrakty nebo plné texty formulovány nejasně, nebo chyběly důležité informace týkající se samotného průběhu terapií. Z tohoto důvodu se v systematických přehledech běžně doporučuje, aby proces výběru a hodnocení studií prováděli alespoň dva nezávislí hodnotitelé. Pomáhá to snížit riziko subjektivního zkreslení a zvyšuje spolehlivost výsledného výběru, jak uvádí například Higgins et al. (2024). Tato rešerše byla ale realizována v rámci diplomové práce jednoho autora, celý proces byl tedy proveden jednou osobou. Do budoucna by bylo vhodné, aby podobný přehled provádělo více hodnotitelů nezávisle na sobě, čímž by se zvýšila celková spolehlivost výběru a zamezilo se možnému opomenutí relevantních studií (Page et al., 2021).

Při čištění dat byly vyřazovány články, které se sice věnovaly tématu náhledu, ale nezaměřovaly se na jeho změnu v souvislosti s nějakou intervencí. Šlo například o studie, které zkoumaly vztah mezi náhledem a dalšími symptomy, ale bez jakéhokoli terapeutického zásahu, nebo studie zaměřující se na hodnocení náhledu. Vyřazeny byly také studie,

kteře popisovaly zpětnou vazbu od rodiny nebo blízkých, ale nikoliv v rámci odborně vedené terapie, neboť záměrem práce bylo soustředit se výhradně na cílené terapeutické intervence. Do výběru proto nebyly zařazeny ani studie, kde byl náhled zmíněn jen okrajově, například u terapií zaměřených primárně na jiný symptom (např. apraxii). Tyto studie mohou být hodnotné z hlediska teoretického uchopení problematiky, ale pro účely této práce byly méně relevantní. Vzhledem k tomu, že cílem bylo zjistit nejaktuálnější využívané terapie, bylo čerpáno z vyloženě originálních studií a předchozí systematické přehledy byly také vyřazovány. Díky čištění dat se podařilo vybrat studie, které nejlépe odpovídají cíli práce – tedy přinést přehled konkrétních přístupů, které mohou být využitelné v praxi.

S poruchou náhledu bývá často chybně spojován i neglect syndrom (Cocchini et al., 2002). Přesto, že se poruše náhledu podobá (zejména pokud se mluví o anosognozii), jedná se o rozdílné fenomény, a proto i studie zabývající se neglect syndromem byly vyřazovány, i když pojem anosognózie zmiňovaly (Kerkhoff et al., 2014; Barrett, 2021).

Již bylo zmíněno několik možných omezení této studie, které mohou ovlivnit její výsledky. Další možné omezení souvisí s heterogenitou zahrnutých studií z hlediska jejich metodologie (od RCT po studie s dvěma účastníky). Také frekvence, délka i četnost terapií se výrazně lišily napříč všemi studiemi. Stejně tak rozdílné nástroje pro hodnocení náhledu se opírají o rozdílné přístupy a hodnotí různé aspekty a úrovně náhledu. Bohužel také část studií dostatečně podrobně nepopisovala použitý protokol k provádění terapií, jako například Doig et al. (2014). Pro budoucí výzkum je zásadní ve studiích co nejpodrobněji popisovat průběh terapií a zvýšit počet primárních studií, které se tímto tématem zabývají.

Jedním z hlavních **výstupů** této práce je přehledová tabulka, která shrnuje klíčové informace z jednotlivých studií a pomáhá lépe se zorientovat v tom, jaké přístupy se v terapii náhledu používají, kdo je provádí a jakou formou. V dalším textu jsou pak jednotlivé parametry (např. počet účastníků, typy studií) komentovány souhrnně a většinou zde nejsou citovány konkrétní studie pro lepší čitelnost a tok textu, jako je to například v rešerši Engel et al. (2017). Tabulka tak slouží jako transparentní zdroj, ke kterému se lze kdykoliv vrátit a dohledat konkrétní studii.

Pro hlavní výstup, tedy přehled využívaných terapií, bylo nejprve nutné vytvořit jejich **kategorizaci** s cílem zpřehlednit typy přístupů. Kategorizace vychází z principů shlukové analýzy, která představuje systematický způsob seskupování objektů na základě jejich

vzájemné podobnosti (Kučera, 2008). Při vytváření kategorizace v kapitole 5.14. *Shrnutí hlavních intervenčních technik* byl částečně využit postup otevřeného kódování, které se pojí s prvotní tematickou analýzou textu. V rámci této fáze byly sledovány opakující se jevy v popisu terapeutických přístupů. Konkrétní jevy byly seskupovány do obecných konceptů a následně do širších kategorií (např. externí zpětná vazba). Otevřené kódování umožňuje přiřazovat slovům, větám nebo odstavcům obecnější významy a tím odhalit základní témata ve zkoumaném souboru (Hendl, 2016). Použití kategorizace je výhodné zejména při práci s větším množstvím dat, kdy umožňuje odhalit skryté souvislosti a systematizovat různé přístupy (Kučera, 2008).

Kategorizace v tomto případě ale nemá sloužit jako závazné rozdělení – jde pouze o praktický nástroj pro systematický popis jednotlivých přístupů. Kategorizace přehledu intervencí byla také inspirována systematickou rešerší Engel et al. (2017), a oproti ní byla doplněna o kategorii *komplexních přístupů*. Samostatně stojí i kategorie *zpětná vazba*, a to i přes to, že externí zpětná vazba byla určitým způsobem součástí všech studií, a že některé studie považují zpětnou vazbu za jednu z metakognitivních strategií. Dvě studie ji však uváděly jako hlavní terapeutický nástroj, a proto bylo smysluplné tuto kategorii zařadit zvlášť. Znovu je potřeba zdůraznit, že jednotlivé přístupy se často prolínají, a proto je tato kategorizace pouze orientační.

Další důležitou součástí výstupů jsou ***Doporučení pro ergoterapeutickou praxi***. Nejedná se o formální klinická doporučení, ale o praktické návody, jaké intervence se doporučují a jak se provádí. Klinicky doporučené postupy zaměřené přímo na terapii náhledu byly nalezeny pouze v rámci doporučení INCOG pro léčbu traumatického poškození mozku (Jeffay et al., 2023). V těchto doporučeních je problematika náhledu řešena v kombinaci s terapií exekutivních funkcí. Další specifická klinická doporučení zaměřená na terapii náhledu se nepodařilo dohledat. Cílem sestavených doporučení v této práci bylo vytvořit prakticky využitelný výstup pro ergoterapeuty sloužící jako pomůcka při hledání inspirace do praxe, nebo při plánování terapie s konkrétním pacientem. Doporučení vznikla na základě vlastní rešerše a implementují informace z dalších systematických přehledů a doporučení. Je vhodné je brát jako inspiraci, nikoliv jako závazné pokyny. Doporučit bohužel není možné konkrétní frekvenci či délku terapií vzhledem k obrovskému rozptylu napříč studiemi.

Součástí práce je také přeložený a upravený metodický materiál pro práci se zpětnou vazbou, který poskytla paní profesorka Julia Schmidt, Ph.D. Umožnila nejen jeho překlad, ale i praktické využití v rámci této práce i v klinické praxi obecně. V českém prostředí zatím podobné materiály chybí, a proto může být i tento konkrétní výstup přínosný a prakticky využitelný.

Z dohledaných studií vyplývá, že **profesí**, která se náhledu věnuje nejčastěji, je ergoterapeut. Ergoterapeutické intervence jsou v tomto kontextu specifické především využíváním praktických činností, do kterých integrují metakognitivní strategie, jako je plánování, tvorba kompenzačních postupů, práce s chybami a zpětná vazba. Důraz v ergoterapeutických studiích byl kladen na smysluplnost intervencí – terapie byly zasazeny do kontextu každodenních aktivit, což je v souladu s tvrzením Abreu a Togliola (1987), že kognitivní funkce by měly být v ergoterapii trénovány prostřednictvím reálné činnosti. Psychologové naopak častěji pracovali ve skupinových terapiích a prostřednictvím edukace. Využívali také konfrontační techniky (v jednom případě i formou video zpětné vazby), kde byli pacienti přímo konfrontováni se svými omezeními. Tento přístup může být velmi účinný, ale zároveň může vyvolat silné negativní emoce, jako ve studii Moro et al. (2014), proto je důležité, že byly terapie vedeny právě psychology. Ergoterapeuti ale mohou video zpětnou vazbu také efektivně využívat, jak ukazuje např. studie Schmidt et al. (2013). Na rozdíl od přímé konfrontace pacienta s jeho deficitem, bylo v ergoterapii video použito v kontextu funkčních úkolů (např. příprava jídla) k podpoře sebereflexe a plánování. Důraz je kladen na pozitivní přístup, rozvoj uvědomění a hledání řešení. Je však důležité zohlednit, že ne každý pacient se při videozáznamu cítí komfortně, a proto je nezbytné před každým natáčením žádat o jeho souhlas (Besharati et al., 2015). Doporučuje se také edukace pacientů a rodin o důsledcích ABI (Villalobos et al., 2025). Pokud je podávána citlivou formou, například prostřednictvím pracovních listů či vedeného rozhovoru, může být ergoterapeut vhodným odborníkem pro její provádění. Možná i vzhledem k malému množství (neuro)psychologů ve zdravotnictví bývají terapie pro zlepšení náhledu častěji v rukou ergoterapeutů. Ergoterapeut má potřebné kompetence k tomu náhled terapeuticky ovlivnit, musí ale znát principy a metody, jak takové terapie provádět (Mamman et al. 2022).

Většina dohledaných studií využívá **termín** *self-awareness*, pouze ve dvou případech se objevil termín *anosognosia*. Přestože se v textu většiny studií využívá *self-awareness*, v úvodních odstavcích a definicích například Skidmore et al. (2018) uvádí i synonyma tohoto

pojmu, a to právě *anosognosia* a *lack of insight*. Stejně tak systematické přehledy, jako například Engel et al. (2017), zkoumající intervenční metody náhledu, ve vyhledávacím dotazu používají všechny tyto tři zmíněné varianty. Jak ale upozorňuje Morin (2015), považování těchto pojmů za synonyma je nepřesné. Termín anosognozie je více zakořeněný v neurologii a původně se vztahoval hlavně k popisu poruchy náhledu po pravostranné CMP, především motorického nebo sensorického typu. Naopak self-awareness se dnes využívá častěji zejména v kognitivní rehabilitaci a neuropsychologickém výzkumu. Také je potřeba od náhledu oddělovat popírání – *denial* (Toglia a Kirk, 2000). Původně byl v názvu této práce termín *lack of insight*, protože působil, že nejlépe vystihuje sledovaný jev. Na základě výsledků rešerše byl název práce změněn a použit byl pojem *self-awareness*, aby název lépe odpovídal terminologii používané v současné literatuře a byla zajištěna lepší dohledatelnost práce. Termín *insight* se v zařazených studiích neobjevil ani jednou a v průběhu čištění dat se vyskytoval především v souvislosti s psychiatrickou literaturou, například Gerretsen et al. (2017). Rozdíly v terminologii mohou mít dopad jak na výzkum, tak na klinickou praxi, a do budoucna by proto bylo žádoucí, aby došlo k sjednocení v používání pojmů a ideálně i k vytvoření oficiálních definic. Obdobně to udělala terminologická skupina organizace ENOTHE, která v roce 2008 vydala doporučení užívané terminologie anebo Česká asociace ergoterapeutů, která doporučila a vysvětlila některé termíny v literatuře (ČAE, 2009).

Na základě analýzy zařazených studií lze sledovat značnou různorodost přístupů, které byly pro **intervence** poruch náhledu využívány. Zároveň dochází často k prolínání více terapeutických principů v rámci jedné studie. Nejčastěji se opakovalo sebehodnocení, plánování, práce s chybami a zpětná vazba (tedy metakognitivní prvky). Především zpětná vazba v různých formách tvoří základní pilíř většiny intervencí zaměřených na zlepšení náhledu. Objevily se také skupinové formáty terapií, které umožňují nejen nácvik sociálních a interpersonálních dovedností, ale mohou také posilovat motivaci skrze sdílení zkušeností. Dále se využívají různé komplexní programy nebo herní skupiny.

Různorodost poukazuje na to, že intervence je v této oblasti stále ve vývoji. Objevují se nové přístupy a vznikají další studie. Přesto mezi doporučeními založenými na důkazech a současnou klinickou praxí existuje propast. Ta je způsobena částečně kvůli překážkám, s nimiž se zdravotníci potýkají, jako je nedostatek času, nedostatečný přístup k výzkumu a omezené výzkumné dovednosti. V praxi se obecně využívá pouze verbální zpětná vazba (Mamman et al., 2022). Možná je to i proto, že i když je například trénink metakognitivních

strategií doporučován, není blíže specifikován a terapeuti nevědí, jak ho provádět (Toglia et al., 2020).

V systematickém přehledu provedeným v rámci této práce se metakognitivní trénink strategií neukázal jako významně efektivní, ale přispěl ke zlepšení zapojení pacienta do běžného života. Zároveň ale většina dohledaných studií zahrnovala alespoň jeden aspekt metakognitivního tréninku (např. práci s chybami, trénink strategií). Zjištění z této rešerše jsou v souladu s doporučeními INCOG (Jeffay et al., 2023), které identifikovaly využití zpětné vazby (především video feedbacku) jako preferovanou volbu u pacientů s poruchou náhledu. Metakognitivní trénink je v těchto doporučeních brán jako priorita při obnově exekutivních funkcí, je však vhodné ho využívat až v případě, že pacient alespoň částečně náhled na své deficity má. U pacientů s absencí náhledu bývá totiž často narušena spolupráce při stanovování realistických cílů i při aktivním zapojení do terapie. Tyto myšlenky jsou patrné i z výsledků rešerše této diplomové práce. Výsledky studií naznačují, že úspěšnost terapie náhledu úzce souvisí nejen s použitými metodami, ale i s mírou zapojení pacienta do samotného procesu plánování a hodnocení. Aktivní účast pacientů na tvorbě cílů zvyšuje jejich motivaci a angažovanost v rehabilitaci (Doig et al., 2014).

Přesto existují studie, které se snaží metakognitivní strategie zavádět i u pacientů, kteří mají významnou poruchu náhledu. Nová systematická rešerše a metaanalýza (Villalobos et al., 2025) zkoumala účinnost intervencí zaměřených na náhled u dospělých s ABI. Výsledky naznačují, že nejúčinnější přístupem je právě metakognitivní trénink, který pomáhá zlepšit uvědomění si vlastního výkonu a schopnosti jeho regulace. Ve většině studií zahrnutých v tomto review byl metakognitivní trénink kombinován s dalšími technikami (Villalobos et al., 2025). Zdá se, že metakognitivní přístup představuje slibnou cestu v intervencích zaměřených na poruchy náhledu, avšak jeho implementace v klinické praxi vyžaduje větší míru specifikace, lepší metodickou podporu a další výzkumy, který jeho sílu podpoří. Do budoucna bude potřeba podrobněji zkoumat, které techniky jsou nejefektivnější v závislosti na stupni náhledu. Případně by bylo žádoucí ověřit nebo vyvrátit hypotézu, že u mírné poruchy náhledu je vhodné využít metakognitivní trénink, a u výrazné poruchy jiný přístup, například přímou video zpětnou vazbu, jak naznačují doporučení Jeffay et al. (2023).

V poslední době se do popředí se dostává také Multicontext approach (česky přeložitelné jako *Multikontextový přístup*) (Toglia a Foster, 2021), který reaguje na omezené praktické návody, jak metakognitivní trénink provádět. Tento přístup je detailně popsán

v knize a také na webových stránkách <https://multicontext.net>. Terapeutům poskytuje jasný metodický rámec a nástroje ke zdokonalení jejich dovedností v oblasti metakognitivních intervencí (umožňuje školení a certifikační program pro ergoterapeuty). Praktickou aplikaci usnadňuje řada pracovních listů a návodů, z nichž většina je však dostupná jako placené materiály (Toglia, 2017). Díky tomu, že umožňuje lépe porozumět konceptu metakognitivního tréninku, by mohl významně přispět k efektivnějšímu provádění metakognitivních intervencí v praxi.

Na základě studií (dohledaných v rámci této rešerše) Schmidt et al. (2013) a Besharati et al. (2015) se jako efektivní terapeutický přístup k ovlivnění poruchy náhledu ukazuje využití video zpětné vazby. Tento přístup umožňuje pacientům vizuálně konfrontovat své vlastní chování a výkony, a tím podpořit hlubší sebereflexi i uvědomění deficitu. Tato zjištění jsou v souladu s doporučeními Jeffay et al. (2023), ale zároveň částečně v rozporu s tvrzením podporovatelek metakognitivního přístupu Toglia a Foster (2021), které uvádějí: *„Říkat někomu o problémech nebo ho upozorňovat na chyby je často neúčinné, protože může vyvolat obrannou reakci. Namísto toho by léčba měla zahrnovat strukturované aktivity a techniky zprostředkování, které pomohou osobě objevit chyby samotné.“*

Subjektivní pocit z terapie a celková pohoda je pro úspěšnost terapií zásadní. Z výzkumného programu zaměřeného na účinnost metakognitivní intervence publikována následná kvalitativní analýza (Fleming et al., 2024). Ta ukazuje, že mnozí pacienti subjektivně vnímali zlepšení v sebereflexi a uvědomění si obtíží, i když to nebylo kvantitativně prokázáno v měřených výsledcích. Oproti tomu přímá konfrontace pacienta s obtížemi vedla k emočním distresům (Besharati et al., 2015) a teoreticky tak může prohloubit již tak citlivé vnímání životní pohody. To bylo patrné i při přímé konfrontaci s omezeními ve studii Moro et al. (2014), kdy jeden z pacientů měl velmi výraznou negativní reakci na uvědomění si svého deficitu touto formou a terapii bylo nutné přerušit.

V rámci současných výzkumů se ukazuje, že metakognitivní přístupy, včetně například Multikontextového přístupu (Toglia, 2017), jsou často uváděny jako prioritní strategie při práci s poruchou náhledu. Jedná se o citlivější, nekonfrontační práci se sebeuvědoměním. Existují ale i doporučení, která upozorňují na to, že v případech závažnějšího narušení náhledu může být vhodnější zaměřit se nejprve na edukaci pacienta a na poskytování zpětné vazby o jeho chování a chybách (Jeffay et al., 2023). Mezi další možné terapie patří například error-based trénink, využití herních formátů, skupinové terapie, sokratovsky vedené terapie

nebo přímý nácvik dovedností. Při rozhodování o vhodnosti zahájení určité rehabilitace u pacientů s poruchou náhledu je nezbytné pečlivě zvažovat poměr potenciálních přínosů a možných rizik (Moro et al., 2014). Výběr vhodné intervence by vždy měl vycházet z individuálních potřeb pacienta, stejně jako z klinického uvážení terapeuta.

Porucha náhledu významně narušuje rehabilitační proces a brání dosažení funkčních výsledků i v případech, kdy by motorický deficit jinak obnovu soběstačnosti umožňoval. Pokud je pacient fyzicky i kognitivně na úrovni, která by umožnila alespoň částečné obnovy autonomie, je podle autorů vhodné využít všechny dostupné strategie ke zlepšení náhledu (Moro et al., 2014). Úspěšné ovlivnění náhledu přitom nejen zvyšuje efekt rehabilitace, ale zároveň významně snižuje zátěž, kterou péče o pacienta klade na jeho blízké (Cheng et al., 2024). Předkládaná diplomová práce odpovídá na základní výzkumné otázky související s terapií náhledu a je zároveň doplněna o praktická doporučení, jak s náhledem pracovat.

7. ZÁVĚR

V rámci této teoreticko-rešeršní práce se podařilo splnit stanovené cíle práce. Bylo zmapováno využití intervenčních metod k ovlivnění náhledu u pacientů se získaným poškozením mozku a byla formulována obecná doporučení pro ergoterapeuty pro provádění těchto intervencí. Práce byla koncipována jako systematický přehled literatury, během kterého bylo identifikováno 543 studií. Z nich bylo dle předem definovaných kritérií do finální analýzy vybráno celkem 13 studií. Vybrané studie byly následně detailně analyzovány a umožnily zodpovědět výzkumné otázky.

Literární rešerše ukázala, že mezi hlavní terapeutické prvky, které se využívají, patří edukace o povaze a důsledcích získaném poškození mozku, metakognitivní trénink (včetně technik podporujících sebereflexi a používání strategií), přímá zpětná vazba (video, verbální, zkušenostní), trénink založený na chybách, přímý nácvik dovedností, komplexní programy a terapie skupinovou a herní formou. Jednotlivé studie často kombinovaly různé metody. V praxi ale dochází často k opomíjení cílených intervencí zaměřených na ovlivnění náhledu, a to i přes to, že tato porucha významně negativním způsobem ovlivňuje spolupráci pacienta, jeho motivaci a celkově výsledky rehabilitace. Díky provedené literární rešerši se podařilo naplnit cíle diplomové práce a vznikla také praktická doporučení pro ergoterapeutickou praxi.

V českém prostředí není problematika náhledu u pacientů po získaném poškození mozku dosud komplexně řešena. Přesto je důležité na tuto oblast pamatovat a cíleně usilovat o zlepšení náhledu u pacientů. Vypracovaná doporučení mohou ergoterapeutům posloužit jako praktická pomůcka pro plánování a realizaci intervencí pro podporu náhledu.

Stále v této problematice existuje řada nevyjasněných proměnných, které je potřeba řešit v rámci dalšího výzkumu. Budoucí výzkum by měl směřovat k sjednocení základních pojmů a k upřesnění doporučení nejen obecně, ale i na úrovni konkrétní formy a obsahu terapie.

8. SEZNAM LITERATURY

ABREU, Beatriz Colon a TOGLIA, Joan Pascal, 1987. Cognitive Rehabilitation: A Model for Occupational Therapy. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 41, no. 7, s. 439–448. ISSN 1943-7676. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.41.7.439>. [cit. 2025-04-30].

AGRAWAL, Ruchita; VERMA, Shikha; VATSALYA, Vatsalya; HALAPPANAVAR, Monica a ORAKA, Kosisochukwu, 2021. Dilemma of Treating Psychosis Secondary to Stroke. Online. *Cureus*. Vol. 13, no. 1, article e12763. ISSN 2168-8184. Dostupné z: <https://doi.org/10.7759/cureus.12763>. [cit. 2024-08-27].

AL BANNA, Mona; ABDULLA REDHA, Noor; ABDULLA, Fatema; NAIR, Bindhu a DONNELLAN, Claire, 2016. Metacognitive function poststroke: a review of definition and assessment. Online. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. Vol. 87, no. 2, s. 161-166. ISSN 0022-3050. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-310305>. [cit. 2024-02-25].

AMADOR, Xavier Francisco a DAVID, Anthony S., 2004. *Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0-19-852568-0.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION [AOTA], 2021. Guidelines for Contributors to AJOT. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 75, no. 3, article 7513430010. ISSN 1943-7676. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.75S3010>. [cit. 2025-05-01].

ANDIAPPAN, Kavitha, 2021. Post-traumatic Anton's Syndrome and Its Rehabilitation Challenges: A Case Report. Online. *Iranian Rehabilitation Journal*, vol. 19, no. 3, s. 321-326. ISSN 1735-3602. Dostupné z: <https://doi.org/10.32598/irj.19.3.1373.1>. [cit. 2024-08-24].

BARRETT, A. M., 2021. Spatial Neglect and Anosognosia After Right Brain Stroke. Online. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*. Vol. 27, no. 6, s. 1624–1645. ISSN 1080-2371. Dostupné z: <https://doi.org/10.1212/con.0000000000001076>. [cit. 2025-04-30].

BARRY, John J.; BAJESTAN, Sepideh; CUMMINGS, Jeffrey L. a TRIMBLE, Michael R. *Concise guide to neuropsychiatry and behavioral neurology*. 3rd edition. Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing, 2023. ISBN 1-61537-410-8.

BAYLEY, Mark Theodore; JANZEN, Shannon; HARNETT, Amber; TEASELL, Robert; PATSAKOS, Eleni et al., 2023. INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury: Methods, Overview, and Principles. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 38, no. 1, s. 7-23. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000838>. [cit. 2025-04-19].

BEHARKOVÁ, Natália, Dana DOLANOVÁ, Petra JUŘENÍKOVÁ, Zdeňka KNECHTOVÁ, Jiří KRATOCHVÍL et al., 2019. *Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory*. Online. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. Elportál. ISBN 978-80-210-9370-6. Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/?id=1505320>.

BEN-YISHAY, Yehuda a LAKIN, Phyllis, 1989. Structured Group Treatment for Brain-Injury Survivors. Online. In: *Neuropsychological Treatment After Brain Injury*. Foundations of Neuropsychology. Boston, MA: Springer US, s. 271-295. ISBN 978-1-4612-8876-3. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-1-4613-1581-0_11. [cit. 2025-04-14].

BESHARATI, Sahba; KOPELMAN, Michael; AVESANI, Renato; MORO, Valentina a FOTOPOULOU, Aikaterini, 2015. Another perspective on anosognosia: Self-observation in video replay improves motor awareness. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 25, no. 3, s. 319-352. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.923319>. [cit. 2025-03-26].

BESCHIN, Nicoletta; COCCHINI, Gianna; ALLEN, Rory a SALA, Sergio Della, 2012. Anosognosia and neglect respond differently to the same treatments. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 22, no. 4, s. 550-562. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2012.669353>. [cit. 2024-08-29].

BIVONA, Umberto; CIURLI, Paola; FERRI, Giulia; FONTANELLI, Tiziana; LUCATELLO, Susanna et al., 2020. The Self-Awareness Multilevel Assessment Scale, a New Tool for the Assessment of Self-Awareness After Severe Acquired Brain Injury: Preliminary Findings. Online. *Frontiers in Psychology*. Vol. 11, article 1732. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01732>. [cit. 2024-10-26].

BUCHWITZ, Timo Marcel; RUPPERT-JUNCK, Marina Christine; GREUEL, Andrea; MAIER, Franziska; THIEKEN, Franziska et al., 2023. Exploring impaired self-awareness of motor symptoms in Parkinson's disease: Resting-state fMRI correlates and the connection to mindfulness. Online. *PLOS ONE*. Vol. 18, no. 2, article 0279722. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279722>. [cit. 2025-03-21].

COCCHINI, Gianna; BESCHIN, Nicoletta a SALA, Sergio Della, 2002. Chronic anosognosia: a case report and theoretical account. Online. *Neuropsychologia*. Vol. 40, no. 12, s. 2030-2038. ISSN 0028-3932. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(02\)00054-4](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(02)00054-4). [cit. 2024-08-29].

COCCHINI, Gianna; BESCHIN, Nicoletta; CAMERON, Annette; FOTOPOULOU, Aikaterini a DELLA SALA, Sergio, 2009. Anosognosia for motor impairment following left brain damage. Online. *Neuropsychology*. Vol. 23, no. 2, s. 223-230. ISSN 1931-1559. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/a0014266>. [cit. 2024-08-29].

COCCHINI, Gianna; GREGG, Nicola; BESCHIN, Nicoletta; DEAN, Michael a SALA, Sergio Della, 2010. Vata-L: Visual-Analogue Test Assessing Anosognosia for Language Impairment. Online. *The Clinical Neuropsychologist*. Vol. 24, no. 8, s. 1379-1399. ISSN 1385-4046. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13854046.2010.524167>. [cit. 2025-02-10].

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME [CASP]. *Critical Appraisal Skills Programme*. Online. © 2025. Dostupné z: <https://casp-uk.net>. [cit. 2025-04-29].

CROSSON, Bruce; BARCO, Peggy Poeschel; VELOZO, Craig A.; BOLESTA, Mary Melinda; COOPER, Patricia V. et al., 1989. Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 4, no. 3, s. 46-54. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00001199-198909000-00008>. [cit. 2025-01-13].

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ [ČAE], 2009. *Terminologie*. Online. © 2008–2025. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/ramcove-dokumenty/terminologie/>. [cit. 2025-04-30].

DE ROSENDE CELEIRO, Iván; REY VILLAMAYOR, Alba; FRANCISCO DE MIGUEL, Isabel a ÁVILA ÁLVAREZ, Adriana, 2021. Independence in Daily Activities after Stroke among Occupational Therapy Patients and Its Relationship with Unilateral Neglect. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 18, no. 14, article 7537. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147537>. [cit. 2024-05-03].

DELLA SALA, Sergio; COCCHINI, Gianna; BESCHIN, Nicoletta; FOWLER, Elizabeth A; KASCHEL, Patrick et al., 2022. VATA-ADL: The Visual Analogue Test for Anosognosia for Activities of Daily Living. Online. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Vol. 37, no. 6, s. 1185-1198. ISSN 1873-5843. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/arclin/acac009>. [cit. 2024-04-25].

DI SOMMA, Rebecca a FLEMING, Peter, 2024. A systematic literature review of the impact of impaired self-awareness on the process of rehabilitation in acquired brain injury. Online. *Brain Injury*. Vol. 38, no. 14, s. 1185-1196. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02699052.2024.2392161>. [cit. 2025-02-17].

DOIG, Emma; FLEMING, Jenny a LIN, Bonnie, 2017. Comparison of online awareness and error behaviour during occupational performance by two individuals with traumatic brain injury and matched controls. Online. *NeuroRehabilitation: An International, Interdisciplinary Journal*. Vol. 40, no. 4, s. 519-529. ISSN 1053-8135. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/NRE-171439>. [cit. 2025-01-26].

DOIG, Emma; KUIPERS, Pim; PRESCOTT, Sarah; CORNWELL, Petrea a FLEMING, Jennifer, 2014. Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 68, no. 5, s. 578-588. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.010785>. [cit. 2025-03-25].

ENGEL, Lisa; CHUI, Adora; GOVEROVER, Yael a DAWSON, Deirdre R., 2017. Optimising activity and participation outcomes for people with self-awareness impairments related to acquired brain injury: an interventions systematic review. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 29, no. 2, s. 163-198. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1292923>. [cit. 2025-04-03].

FLEMING, Jennifer; HAMILTON, Caitlin; OWNSWORTH, Tamara; DOIG, Emmah; SWAN, Sarah et al., 2024. The perspectives of participants with traumatic brain injury on prospective memory rehabilitation incorporating compensatory and metacognitive skills training. Online. *Patient Education and Counseling*. Vol. 118, article 108023. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108023>. [cit. 2025-01-03].

FLEMING, Jennifer; OWNSHWORTH, Tamara; DOIG, Emmah; HOGAN, Christy; HAMILTON, Caitlin et al., 2022. Efficacy of Prospective Memory Rehabilitation Plus Metacognitive Skills Training for Adults With Traumatic Brain Injury: A Randomized Controlled Trial. Online. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. Vol. 36, no. 8, s. 487-499. ISSN 1545-9683. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/15459683221110886>. [cit. 2025-03-09].

FLEMING, Jennifer; OWNSWORTH, Tamara; DOIG, Emmah; SWAN, Sarah; PRESCOTT, Sarah et al., 2022. Improving self-awareness of prospective memory function after TBI using experiential feedback on a board game activity: An observational study. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 32, no. 8, s. 1989-2012. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2044863>. [cit. 2025-03-23].

FLEMING, Jennifer; STRONG, Jenny a ASHTON, Roderick, 2009. Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: how best to measure? Online. *Brain Injury*. Vol. 10, no. 1, s. 1-16. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/026990596124674>. [cit. 2025-02-09]

FOTOPOULOU, Aikaterini; PERNIGO, Simone; MAEDA, Rino; RUDD, Anthony a KOPELMAN, Michael A., 2010. Implicit awareness in anosognosia for hemiplegia: unconscious interference without conscious re-representation. Online. *Brain*. Vol. 133, no. 12, s. 3564-3577. ISSN 1460-2156. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/brain/awq233>. [cit. 2024-08-27].

FOWLER, Elizabeth A.; HART, Simon R.; MCINTOSH, Robert D. a SALA, Sergio Della, 2013. Health professionals are unaware of anosognosia. Online. *Cognitive Neuroscience*. Vol. 4, no. 3, s. 208-209. ISSN 1758-8928. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/17588928.2013.854761>. [cit. 2024-10-11].

GERRETSEN, Philip; DIAZ, Pablo; MAMO, David; KAVANAGH, Doug; MENON, Mahesh et al., 2011. Transient Insight Induction With Electroconvulsive Therapy in a Patient With Refractory Schizophrenia. Online. *The Journal of ECT*. Vol. 27, no. 3, s. 247-250. ISSN 1095-0680. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181f816f6>. [cit. 2024-08-27].

GEYTENBEEK, Megan; FLEMING, Jennifer; DOIG, Emmah a OWNSWORTH, Tamara, 2017. The occurrence of early impaired self-awareness after traumatic brain injury and its relationship with emotional distress and psychosocial functioning. Online. *Brain Injury*. Vol. 31, no. 13-14, s. 1791-1798. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1346297>. [cit. 2023-11-24].

GILLEN, Glen. *Stroke Rehabilitation*. Online. 4th ed. Elsevier. ISBN 978-0-323-17281-3. 2016. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/C2012-0-02658-0>. [cit. 2025-05-01].

GOLDMAN, Liam; SIDDIQUI, Ehraz Mehmood; KHAN, Andleeb; JAHAN, Sadaf; REHMAN, Muneeb U et al., 2022. Understanding Acquired Brain Injury: A Review. Online. *Biomedicines*. Vol. 10, no. 9, article 2167. ISSN 2227-9059. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/biomedicines10092167>. [cit. 2025-03-21].

GOODEN, James R.; PONSFORD, Jennie L.; CHARLTON, Judith L.; ROSS, Pamela E.; MARSHALL, Shawn et al., 2017. Self-Awareness and Self-Ratings of On-Road Driving Performance After Traumatic Brain Injury. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 32, no. 1, s. 50-59. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000212>. [cit. 2025-03-12].

GOVENDER, Paran a KALRA, Lalit, 2014. Benefits of occupational therapy in stroke rehabilitation. Online. *Expert Review of Neurotherapeutics*. Vol. 7, no. 8, s. 1013-1019. ISSN 1473-7175. Dostupné z: <https://doi.org/10.1586/14737175.7.8.1013>. [cit. 2023-02-21].

GRIFFEN, Julie A.; RAPPORT, Lisa J.; BRYER, Renee Coleman; BIELIAUSKAS, Linas A. a BURT, Cynthia, 2011. Awareness of Deficits and On-Road Driving Performance. Online. *The Clinical Neuropsychologist*. Vol. 25, no. 7, s. 1158-1178. ISSN 1385-4046. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13854046.2011.609841>. [cit. 2025-03-12].

HALLAM, Brendan; CHAN, Justin; GONZALEZ COSTAFREDA, Sergi; BHOME, Rohan a HUNTLEY, Jonathan, 2020. What are the neural correlates of meta-cognition and anosognosia in Alzheimer's disease? A systematic review. Online. *Neurobiology of Aging*. Vol. 94, s. 250-264. ISSN 0197-4580. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2020.06.011>. [cit. 2024-01-14].

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HIGGINS, Julian P. T.; CHANDLER, Jacqueline; CUMPSTON, Miranda; LI, Tianjing; PAGE, Matthew J. et al. (ed.), 2024. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Online. Version 6.5. Cochrane book series. Dostupné z: www.training.cochrane.org/handbook. [cit. 2025-02-28].

CHAMBERS-BALTZ, Stephanie; KNUTSON, Douglas; CHWALISZ, Kathleen; CANBY, Amber a KANE, Tyler, 2023. The experiences of support staff in a traumatic brain injury rehabilitation center. Online. *Rehabilitation Psychology*. Vol. 68, no. 1, s. 53-64. ISSN 1939-1544. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/rep0000475>. [cit. 2024-01-07].

CHAPMAN, Silvia; BESCHIN, Nicoletta; COSENTINO, Stephanie; ELKIND, Mitchell S. V.; DELLA SALA, Sergio et al., 2019. Anosognosia for prospective and retrospective memory deficits: Assessment and theoretical considerations. Online. *Neuropsychology*. Vol. 33, no. 7, s. 1020-1031. ISSN 1931-1559. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/neu0000568>. [cit. 2024-08-24].

CHENG, Wen-Yu; KLONOFF, Pamela S. a PERUMPARAICHALLAI, Ramaswamy Kavitha, 2024. Components of self-awareness affecting caregiver burden: a long-term follow-up study. Online. *Brain Injury*. Vol. 38, no. 1, s. 26-31. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02699052.2024.2304883>. [cit. 2025-03-13].

JAROLÍMKOVÁ, Adéla, 2004. Evidence based medicine a její vliv na činnost lékařských knihoven a informačních středisek. Online. Národní knihovna. *Knihovnická revue*. Roč. 15, č. 2, s. 75-81. ISSN 1214-0678. Dostupné z: <https://full.nkp.cz/nkk/Nkk0402/0402075.html>. [cit. 2025-02-28].

JEFFAY, Elias; PONSFORD, Jennie; HARNETT, Amber; JANZEN, Shannon; PATSAKOS, Eleni et al., 2023. INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury, Part III: Executive Functions. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 38, no. 1, s. 52-64. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000834>. [cit. 2025-04-19].

JENKINSON, Paul M.; PRESTON, Catherine a ELLIS, Simon J., 2011. Unawareness after stroke: A review and practical guide to understanding, assessing, and managing anosognosia for hemiplegia. Online. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. Vol. 33, no. 10, s. 1079-1093. ISSN 1380-3395. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.596822>. [cit. 2024-09-11].

KELLEY, Elizabeth; SULLIVAN, Campbell; LOUGHLIN, Jennifer K.; HUTSON, Lee; DAHDAH, Marie N. et al., 2014. Self-Awareness and Neurobehavioral Outcomes, 5 Years or More After Moderate to Severe Brain Injury. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 29, no. 2, s. 147-152. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e31826db6b9>. [cit. 2025-03-13].

KERKHOFF, Georg; BUCHER, Leandra; BRASSE, Michael; LEONHART, Eva a HOLZGRAEFE, Manfred et al., 2014. Smooth Pursuit "Bedside" Training Reduces Disability and Unawareness During the Activities of Daily Living in Neglect: A Randomized Controlled Trial. Online. *Neurorehabil Neural Repair*. Vol. 28, no. 6, s. 554-563. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1545968313517757>. [cit. 2025-04-30].

KLETENIK, Isaiah; GAUDET, Kyla; PRASAD, Sashank; COHEN, Alexander L. a FOX, Michael D., 2023. Network Localization of Awareness in Visual and Motor Anosognosia. Online. *Annals of Neurology*. Vol. 94, no. 3, s. 434-441. ISSN 0364-5134. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ana.26709>. [cit. 2024-08-24].

KLINGBEIL, Julian; WAWRZYNIAK, Max; STOCKERT, Anika; KARNATH, Hans-Otto a SAUR, Dorothee, 2020. Hippocampal diaschisis contributes to anosognosia for hemiplegia: Evidence from lesion network-symptom-mapping. Online. *NeuroImage*. Vol. 208, article 116485. ISSN 1053-8119. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.116485>. [cit. 2024-08-27].

KOLAKOWSKY-HAYNER, Stephanie, 2010. *The Patient Competency Rating Scale*. Online. In: The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. Dostupné z: <http://www.tbims.org/combi/pcrs>. [cit. 2025-02-09].

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ANGEROVÁ, Yvona, 2021. Self-awareness and its evaluation in patients after acquired brain injury. Online. *Kontakt*. Vol. 23, no. 3, s. 193-199. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2021.027>. [cit. 2023-11-20].

KUČERA, Jiří, 2008. *Metody kategorizace dat*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta informatiky. Dostupné také z: <https://is.muni.cz/th/w8lgz/>.

LAMBERTS, K.F.; FASOTTI, L.; BOELEN, D.H.E. a SPIKMAN, J.M., 2017. Self-Awareness After Brain Injury: Relation with Emotion Recognition and Effects of Treatment. Online. *Brain Impairment*. Vol. 18, no. 1, s. 130-137. ISSN 1443-9646. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/BrImp.2016.28>. [cit. 2025-03-22].

LLORENS, Roberto; NOÉ, Enrique; FERRI, Joan a ALCANIZ, Mariano, 2015. Videogame-based group therapy to improve self-awareness and social skills after traumatic brain injury. Online. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. Vol. 12, no. 1, article 102647849. ISSN 1743-0003. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12984-015-0029-1>. [cit. 2025-03-07].

MAMMAN, Rinni; CHENG, Anika; TSOW, Rebecca a SCHMIDT, Julia, 2022. Clinician reports of self-awareness after traumatic brain injury: a retrospective chart review. Online. *BMC Health Services Research*. Vol. 22, no. 1, article 1124. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08444-x>. [cit. 2024-01-06].

MAREŠ, J., 2013. Přehledové studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření. Online. *Pedagogická orientace*. Roč. 23, č. 4, s. 427-454. ISSN 1805-9511. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/PedOr2013-4-427>. [cit. 2025-03-02].

MCCABE, Pat; LIPPERT, Corbin; WEISER, Margaret; HILDITCH, Maureen; HARTRIDGE, Cheryl et al., 2009. Community reintegration following acquired brain injury. Online. *Brain Injury*. Vol. 21, no. 2, s. 231-257. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02699050701201631>. [cit. 2025-03-13].

MIZUNO, Katsuhiro; TSUJIMOTO, Kengo a TSUJI, Tetsuya, 2021. Effect of Prism Adaptation Therapy on the Activities of Daily Living and Awareness for Spatial Neglect: A Secondary Analysis of the Randomized, Controlled Trial. Online. *Brain Sciences*. Vol. 11, no. 3, article 347. ISSN 2076-3425. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/brainsci11030347>. [cit. 2024-05-05].

MOGRABI, Daniel C. a MORRIS, Robin G., 2018. Anosognosia. Online. *Cortex*. Vol. 103, s. 385-386. ISSN 0010-9452. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2018.04.001>. [cit. 2025-01-17].

MORIN, Alain, 2011. Self-Awareness Part 1: Definition, Measures, Effects, Functions, and Antecedents. Online. *Social and Personality Psychology Compass*. Vol. 5, no. 10, s. 807-823. ISSN 1751-9004. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00387.x>. [cit. 2025-01-17].

MORIN, Alain, 2015. The “self-awareness–anosognosia” paradox explained: How can one process be associated with activation of, and damage to, opposite sides of the brain? Online. *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*. Vol. 22, no. 1, s. 105-119. ISSN 1357-650X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/1357650X.2016.1173049>. [cit. 2024-02-29].

MORO, Valentina; SCANDOLA, Michele; BULGARELLI, Cristina; AVESANI, Renato a FOTOPOULOU, Aikaterini, 2014. Error-based training and emergent awareness in anosognosia for hemiplegia. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 25, no. 4, s. 593-616. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.951659>. [cit. 2025-03-24].

NIGHTINGALE, Alison, 2009. A guide to systematic literature reviews. Online. *Surgery (Oxford)*. Vol. 27, no. 9, s. 381-384. ISSN 0263-9319. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2009.07.005>. [cit. 2025-02-27].

NUDO, Randolph J., 2013. Recovery after brain injury: mechanisms and principles. Online. *Frontiers in Human Neuroscience*. Vol. 7, article 887. ISSN 1662-5161. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00887>. [cit. 2025-04-14].

ORFEI, M. D.; ROBINSON, R. G.; PRIGATANO, G. P.; STARKSTEIN, S.; RUSCH, N. et al., 2007. Anosognosia for hemiplegia after stroke is a multifaceted phenomenon: a systematic review of the literature. Online. *Brain*. Vol. 130, no. 12, s. 3075-3090. ISSN 0006-8950. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/brain/awm106>. [cit. 2024-08-29].

ORFEI, M.D.; CALTAGIRONE, C. a SPALLETTA, G., 2009. The Evaluation of Anosognosia in Stroke Patients. Online. *Cerebrovascular Diseases*. Vol. 27, no. 3, s. 280-289. ISSN 1015-9770. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000199466>. [cit. 2023-12-01].

OWNSWORTH, Tamara; FLEMING, Jennifer; STRONG, Jenny; RADEL, Michael; CHAN, Wilbur et al., 2007. Awareness typologies, long-term emotional adjustment and psychosocial outcomes following acquired brain injury. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 17, no. 2, s. 129-150. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602010600615506>. [cit. 2025-03-13].

OWNSWORTH, Tamara; FLEMING, Jennifer; TATE, Robyn; BEADLE, Elizabeth; GRIFFIN, Janelle et al., 2017. Do People With Severe Traumatic Brain Injury Benefit From Making Errors? A Randomized Controlled Trial of Error-Based and Errorless Learning. Online. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. Vol. 31, no. 12, s. 1072-1082. ISSN 1545-9683. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1545968317740635>. [cit. 2025-04-18].

OWNSWORTH, Tamara; MCFARLAND, Ken a YOUNG, Ross McD, 2000. Development and standardization of the Self-regulation Skills Interview (SRSI): a new clinical assessment tool for acquired brain injury. Online. *The Clinical Neuropsychologist*. Vol. 1, no. 14, s. 76-92. Dostupné z: [https://doi.org/10.1076/1385-4046\(200002\)14:1;1-8;FT076](https://doi.org/10.1076/1385-4046(200002)14:1;1-8;FT076). [cit. 2025-02-08].

PAGE, Matthew J.; MOHER, David; BOSSUYT, Patrick M.; BOUTRON, Isabelle; HOFFMANN, Tammy C. et al., 2021. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. Online. *BMJ*. Article 372:n160. ISSN 1756-1833. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>. [cit. 2025-02-28].

PRIGATANO, George P. a SHERER, Mark, 2020. Impaired Self-Awareness and Denial During the Postacute Phases After Moderate to Severe Traumatic Brain Injury. Online. *Frontiers in Psychology*. Vol. 11. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01569>. [cit. 2024-08-08].

PRIGATANO, George P. *Neuropsychological Rehabilitation After Brain Injury*. 2. Johns Hopkins University Press. 1986. ISBN 0801826446.

RIGON, Jessica; BURRO, Roberto; GUARIGLIA, Cecilia; MAINI, Manuela; MARIN, Dario et al., 2017. Self-awareness rehabilitation after Traumatic Brain Injury: A pilot study to compare two group therapies. Online. *Restorative Neurology and Neuroscience*. Vol. 35, no. 1, s. 115-127. ISSN 0922-6028. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/RNN-150538>. [cit. 2025-03-22].

ROBINSON, Robert G. *The Clinical Neuropsychiatry of Stroke*. Online. 2nd ed. Cambridge University Press. 2009. ISBN 9780521840071. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544231>. [cit. 2024-09-11].

RUBIN, Evan; KLONOFF, Pamela a PERUMPARAICHALLAI, Ramaswamy Kavitha, 2020. Does self-awareness influence caregiver burden? Online. *NeuroRehabilitation*. Vol. 46, no. 4, s. 511-518. ISSN 1053-8135. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/NRE-203093>. [cit. 2025-03-13].

SAUERLAND, Stefan a SEILER, Christoph M., 2005. Role of Systematic Reviews and Meta-analysis in Evidence-based Medicine. Online. *World Journal of Surgery*. Vol. 29, no. 5, s. 582-587. ISSN 0364-2313. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00268-005-7917-7>. [cit. 2025-04-29].

SANSONETTI, Danielle; FLEMING, Jennifer; PATTERSON, Freyr a LANNIN, Natasha A., 2022. Conceptualization of self-awareness in adults with acquired brain injury: A qualitative systematic review. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 32, no. 8, s. 1726-1773. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2021.1924794>. [cit. 2025-01-08].

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos a NOBRE, Moacyr Roberto Cuce, 2007. The coch strategy for the research question construction and evidence search. Online. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 15, no. 3, s. 508-511. ISSN 0104-1169. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>. [cit. 2025-02-28].

SHERER, Mark; BERGLOFF, Paula; BOAKE, Corwin; HIGH JR, Walter a LEVIN, Ellen, 2009. The Awareness Questionnaire: factor structure and internal consistency. Online. *Brain Injury*. Vol. 12, no. 1, s. 63-68. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/026990598122863>. [cit. 2024-04-25].

SCHMIDT, Julia; FLEMING, Jennifer; ONSWORTH, Tamara a LANNIN, Natasha A., 2013. Video Feedback on Functional Task Performance Improves Self-awareness After Traumatic Brain Injury. Online. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. Vol. 27, no. 4, s. 316-324. ISSN 1545-9683. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1545968312469838>. [cit. 2025-03-06].

SCHRIJNEMAEKERS, Anne-Claire; SMEETS, Sanne M. J.; PONDS, Rudolf W. H. M.; VAN HEUGTEN, Caroline M. a RASQUIN, Sascha, 2014. Treatment of Unawareness of Deficits in Patients With Acquired Brain Injury. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 29, no. 5, s. 9-30. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/01.HTR.0000438117.63852.b4>. [cit. 2024-09-10].

SIMMOND, Melina a FLEMING, Jennifer, 2009. Reliability of the self-awareness of deficits interview for adults with traumatic brain injury. Online. *Brain Injury*. Vol. 17, no. 4, s. 325-337. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/0269905021000013219>. [cit. 2025-02-09].

SMEETS, Sanne M. J.; VINK, Martie; PONDS, Rudolf W. H. M.; WINKENS, Ieke a VAN HEUGTEN, Caroline M., 2015. Changes in impaired self-awareness after acquired brain injury in patients following intensive neuropsychological rehabilitation. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 27, no. 1, s. 116-132. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1077144>. [cit. 2025-03-23].

SOHLBERG, Mc Kay Moore a MATEER, Catherine A. *Introduction to cognitive rehabilitation: Theory and practice*. New York: The Guilford Press. 1989. ISBN 0-89862-738-9.

SPIKMAN, Jacoba M.; BOELEN, Danielle H.E.; LAMBERTS, Kirsten F.; BROUWER, Wiebo H. a FASOTTI, Luciano, 2010. Effects of a multifaceted treatment program for executive dysfunction after acquired brain injury on indications of executive functioning in daily life. Online. *Journal of the International Neuropsychological Society*. Vol. 16, no. 1, s. 118-129. ISSN 1355-6177. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1355617709991020>. [cit. 2024-10-25].

STARKSTEIN, Sergio E; JORGE, Ricardo E a ROBINSON, Robert G, 2010. The Frequency, Clinical Correlates, and Mechanism of Anosognosia after Stroke. Online. *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 55, no. 6, s. 355-361. ISSN 0706-7437. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/070674371005500604>. [cit. 2024-05-03].

ŠVESTKOVÁ, Olga; ANGEROVÁ, Yvona; DRUGA, Rastislav; PFEIFFER, Jan a VOTAVA, Jiří. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing. 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.

TATE, Robyn; KENNEDY, Mary; PONSFORD, Jennie; DOUGLAS, Jacinta; VELIKONJA, Diana et al., 2014. INCOG Recommendations for Management of Cognition Following Traumatic Brain Injury, Part III. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 29, no. 4, s. 338-352. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/HTR.000000000000068>. [cit. 2024-08-08].

TERNEUSEN, Anneke; PONDS, Rudolf; STAPERT, Sven; LANNOO, Engeliën; SCHRIJNEMAEKERS, Anne-Claire et al., 2024. Socratic guided feedback therapy after acquired brain injury: A multicenter randomized controlled trial to evaluate effects on self-awareness. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 35, no. 2, s. 316-344. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2024.2337154>. [cit. 2025-03-09].

TOGLIA, Joan a GOVEROVER, Yael, 2022. Revisiting the dynamic comprehensive model of self-awareness: a scoping review and thematic analysis of its impact 20 years later. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 32, no. 8, s. 1676-1725. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2075017>. [cit. 2025-01-17].

TOGLIA, Joan a KIRK, Ursula, 2000. Understanding awareness deficits following brain injury. Online. *NeuroRehabilitation (Reading, Mass.)*. Vol. 15, no. 1, s. 57-70. ISSN 1053-8135. Dostupné z: <https://research-ebSCO-com.ezproxy.is.cuni.cz/c/jcj4ea/viewer/pdf/mamjnf4ioz>. [cit. 2025-01-13].

TOGLIA, Joan; LEE, Alyson; STEINBERG, Chelsea a WALDMAN-LEVI, Amiya, 2020. Establishing and measuring treatment fidelity of a complex cognitive rehabilitation intervention: The multicontext approach. Online. *British Journal of Occupational Therapy*. Vol. 83, no. 6, s. 363-374. ISSN 0308-0226. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0308022619898091>. [cit. 2025-01-09].

TOGLIA, Joan, 2017. *MultiContext*. Online. Dostupné z: <https://multicontext.net>. [cit. 2025-04-19].

ÚSTAV VĚDECKÝCH INFORMACÍ 1. LF UK A VFN [ÚVI], 2025. *Databáze*. Online. Dostupné z: <https://uvi.lf1.cuni.cz/e-zdroje/databaze>. [cit. 2025-04-29].

VACKOVÁ, Jitka. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing. 2020. ISBN 978-80-271-2434-3.

VILLALOBOS, Dolores; BILBAO, Álvaro; LÓPEZ-MUÑOZ, Francisco a PACIOS, Javier, 2019. Improving Self-awareness After Acquired Brain Injury Leads to Enhancements in Patients' Daily Living Functionality. Online. *Brain Impairment*. Vol. 20, no. 3, s. 268-275. ISSN 1443-9646. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/BrImp.2019.10>. [cit. 2024-01-07].

VILLALOBOS, Dolores; BIVONA, Umberto a BOTELLA, Juan, 2025. Self-awareness interventions after acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis. Online. *Rehabilitation Psychology*. ISSN 1939-1544. Advance online publication. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/rep0000598>. [cit. 2025-04-03].

WINKENS, Ieke; PRINSEN, Arno; MEIJERINK, Annemieke; VAN HEUGTEN, Caroline a PONDERS, Rudolf, 2019. Psychometric evaluation of the Self-Awareness in Daily Life-3 Scale (SADL-3) for the assessment of self-awareness after acquired brain injury. Online. *Brain Injury*. Vol. 33, no. 5, s. 598-609. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1566969>. [cit. 2024-02-25].

ZOTERO [software]. Verze 6.0. Corporation for Digital Scholarship, 2006–2025 [cit. 2025-04-14]. Dostupné z: <https://www.zotero.org>. Licencováno pod GNU Affero General Public License v3.0.

9. SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek č. 4.6.1.1 Příklad otázky z testu VATA-ADL

Obrázek č. 5.12.5.1 Terapie s využitím digitální deskové hry

Tabulka č. 2.2.1 Sestavení klinické otázky dle PICO

Tabulka č. 5.1.1 Seznam databází s počty nalezených studií

Tabulka č. 5.3.1 Vývojový diagram PRISMA

Tabulka č. 5.4.1 Seznam dohledaných článků

Tabulka č. 5.4.2 Výsledky rešerše

10. SEZNAM ZKRATEK

ABI	acquired brain injury
AOTA	American Occupational Therapy Association
ADL	activities of daily living
AHP	anosognosia for hemiplegia
AJOT	American Journal of Occupational Therapy
AQ	Awareness Questionnaire
B&L	Skupina Ben-Yishay a Lakin
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CMP	cévní mozková příhoda
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COVID-19	coronavirus disease 2019
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
DEX	Dysexecutive Questionnaire
EBL	error-based learning
ELL	errorless learning
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
INCOG	International Cognitive Rehabilitation Guideline
INR	intenzivní neurorehabilitační program
ISA	impaired self-awareness
JAT	Judgment of Action Test
MST	Metacognitive strategy training
MUNA	The Motor Unawareness Assessement
NS	neglect syndrom
PCRS	Patient Competency Rating Scale
PCRS-NR	Patient Competency Rating Scale in Neurorehabilitation
PICO	patient, intervention, comparator, outcome
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
RCT	randomized controlled trial
S&M	Skupina Sohlberg a Mateer
SADI	Self-Awareness of Deficits Interview
SPIRQ	Self-Perceptions in Rehabilitation Questionnaire

SRSI	Self-Regulation and Skills Interview
TBI	traumatické poškození mozku
TENS	transkutánní elektrická stimulace nervů
VATA	The Visual Analogue Tests for Anosognosia
VATA-ADL	The Visual Analogue Tests for Anosognosia for Activities of Daily Living
VATA-M	The Visual Analogue Tests for Anosognosia for Motor Functions

11. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Seznam zdrojů dohledaných v rámci rešerše

Příloha 2 – Ukázka kritického hodnocení článku

Příloha 3 – Obecná doporučení pro ergoterapeutickou praxi

12. PŘÍLOHY

Příloha 1 – Seznam zdrojů dohledaných v rámci řešerše

BESHARATI, Sahba; KOPELMAN, Michael; AVESANI, Renato; MORO, Valentina a FOTOPOULOU, Aikaterini (Katerina), 2015. Another perspective on anosognosia: Self-observation in video replay improves motor awareness. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 25, no. 3, s. 319-352. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.923319>. [cit. 2025-03-26].

DOIG, Emmah; KUIPERS, Pim; PRESCOTT, Sarah; CORNWELL, Petrea a FLEMING, Jennifer, 2014. Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 68, no. 5, s. 578-588. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.010785>. [cit. 2025-03-25].

FLEMING, Jennifer; OWNSHWORTH, Tamara; DOIG, Emmah; HOGAN, Christy; HAMILTON, Caitlin et al., 2022. Efficacy of Prospective Memory Rehabilitation Plus Metacognitive Skills Training for Adults With Traumatic Brain Injury: A Randomized Controlled Trial. Online. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. Vol. 36, no. 8, s. 487-499. ISSN 1545-9683. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/15459683221110886>. [cit. 2025-03-09].

FLEMING, Jennifer; OWNSWORTH, Tamara; DOIG, Emmah; SWAN, Sarah; PRESCOTT, Sarah et al., 2022. Improving self-awareness of prospective memory function after TBI using experiential feedback on a board game activity: An observational study. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 32, no. 8, s. 1989-2012. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2044863>. [cit. 2025-03-23].

KERSEY, Jessica; JUENGST, Shannon B. a SKIDMORE, Elizabeth, 2019. Effect of Strategy Training on Self-Awareness of Deficits After Stroke. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 73, no. 3, s. 7303345020p1-7303345020p7. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.031450>. [cit. 2024-08-08].

LAMBERTS, K.F.; FASOTTI, L.; BOELEN, D.H.E. a SPIKMAN, J.M., 2017. Self-Awareness After Brain Injury: Relation with Emotion Recognition and Effects of Treatment. Online. *Brain Impairment*. Vol. 18, no. 1, s. 130-137. ISSN 1443-9646. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/BrImp.2016.28>. [cit. 2025-03-22].

LLORENS, Roberto; NOÉ, Enrique; FERRI, Joan a ALCANIZ, Mariano, 2015. Videogame-based group therapy to improve self-awareness and social skills after traumatic brain injury. Online. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. Vol. 12, no. 1, article 102647849. ISSN 1743-0003. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12984-015-0029-1>. [cit. 2025-03-07].

MORO, Valentina; SCANDOLA, Michele; BULGARELLI, Cristina; AVESANI, Renato a FOTOPOULOU, Aikaterini, 2014. Error-based training and emergent awareness in anosognosia for hemiplegia. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 25, no. 4, s. 593-616. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.951659>. [cit. 2025-03-24].

OWNSWORTH, Tamara; FLEMING, Jennifer; TATE, Robyn; BEADLE, Elizabeth; GRIFFIN, Janelle et al., 2017. Do People With Severe Traumatic Brain Injury Benefit From Making Errors? A Randomized Controlled Trial of Error-Based and Errorless Learning. Online. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. Vol. 31, no. 12, s. 1072-1082. ISSN 1545-9683. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1545968317740635>. [cit. 2025-04-18].

RIGON, Jessica; BURRO, Roberto; GUARIGLIA, Cecilia; MAINI, Manuela; MARIN, Dario et al., 2017. Self-awareness rehabilitation after Traumatic Brain Injury: A pilot study to compare two group therapies. Online. *Restorative Neurology and Neuroscience*. Vol. 35, no. 1, s. 115-127. ISSN 0922-6028. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/RNN-150538>. [cit. 2025-03-22].

SCHMIDT, Julia; FLEMING, Jennifer; OWNSWORTH, Tamara a LANNIN, Natasha A., 2013. Video Feedback on Functional Task Performance Improves Self-awareness After Traumatic Brain Injury. Online. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. Vol. 27, no. 4, s. 316-324. ISSN 1545-9683. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1545968312469838>. [cit. 2025-03-06].

SMEETS, Sanne M. J.; VINK, Martie; PONDS, Rudolf W. H. M.; WINKENS, Ieke a VAN HEUGTEN, Caroline M., 2015. Changes in impaired self-awareness after acquired brain injury in patients following intensive neuropsychological rehabilitation. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 27, no. 1, s. 116-132. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1077144>. [cit. 2025-03-23].

TERNEUSEN, Anneke; PONDS, Rudolf; STAPERT, Sven; LANNOO, Engelen; SCHRIJNEMAEKERS, Anne-Claire et al., 2024. Socratic guided feedback therapy after acquired brain injury: A multicenter randomized controlled trial to evaluate effects on self-awareness. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 35, no. 2, s. 316-344. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2024.2337154>. [cit. 2025-03-09].

Příloha 2 – Ukázka kritického hodnocení článku

CASP Checklist For Randomised Controlled Trials (RCTs)

Reviewer Name:	Kateřina Dřevíková
Paper Title:	Video Feedback on Functional Task Performance Improves Self-awareness After Traumatic Brain Injury
Author:	(Schmidt et al., 2013)
Web Link:	https://doi.org/10.1177/1545968312469838
Appraisal Date:	26.3.2025

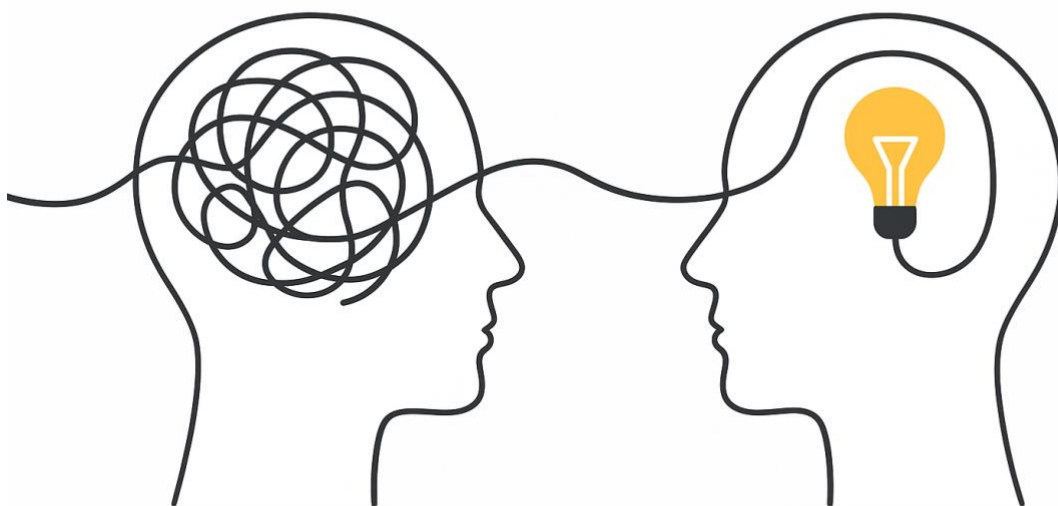
Section A Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?	
1. Did the study address a clearly formulated research question?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Otázka byla sestavena pomocí PICO
2. Was the assignment of participants to interventions randomised?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Randomizace byla provedena počítačově generovaným seznamem
3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Z 54 účastníků byli pro zdravotní komplikace dva vyloučeni. Využita byla intention-to-treat analýza.
Section B Was the study methodologically sound?	
4. (a) Were the participants 'blind' to intervention they were given?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell
(b) Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants?	☐ Yes ☒ No ☐ Can't Tell
(c) Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Zaslepení hodnotitelé využili k hodnocení videozáznam
5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial?	☐ Yes ☒ No ☐ Can't Tell Lišili se v neuropsychologických testech a úrovni soběstačnosti.

6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Byl stejný počet sezení, struktura intervence i měření také. Intervence se řídily guidelines.
Section C: What are the results?	
7. Were the effects of intervention reported comprehensively?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Podrobně uvedeny výsledky, včetně tabulek. Provedena byla power-analýza. P – hodnoty byly uvedeny.
8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Ano CI uvedeny u všech rozdílů mezi skupinami
9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Video zpětná vazba zlepšila náhled, nežádoucí účinky nebyly zaznamenány. Nebyla ale provedena analýza nákladové efektivity.
Section D: Will the results help locally?	
10. Can the results be applied to your local population/in your context?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell TBI je častou příčinou ABI a tvoří značnou část našich pacientů. Intervence byla zaměřena na ADL. Nezahrnovali dětské pacienty.
11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Tato intervence přináší významné benefity a měla by být zaváděna. Předpoklad k provádění této intervence jsou osobnostní faktory terapeuta (dobrý vztah s pacientem, citlivý přístup), souhlas pacienta být natáčen. Doporučený postup je dostupný v rámci této DP.

APPRAISAL SUMMARY: <i>List key points from your critical appraisal that need to be considered when assessing the validity of the results and their usefulness in decision-making.</i>		
Positive/Methodologically sound	Negative/Relatively poor methodology	Unknowns
RCT design s trojitým srovnáním Zaslepení hodnotitelů Validní nástroje Klinicky relevantní výsledek	Rozdíly mezi skupinami v baseline	Jak dlouho přetrvával efekt? Emoční dopady při terapii?

Critical Appraisal Skills Programme: CASP Randomised Controlled Trial Checklist, 2023.
 Online. Dostupné z: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. [cit. 2025-03-17].

**Obecná doporučení pro terapii poruchy náhledu
u dospělých pacientů po získaném poškození mozku
v ergoterapeutické praxi**



Obsah

Úvodní slovo	1
Co je to náhled a jeho porucha	1
Hodnocení náhledu	2
Možnosti ergoterapeutických intervencí	3
Doporučení 1 - Přímá zpětná vazba	4
Doporučení 2 - Trénink metakognitivních strategií	4
Doporučení 3 – Edukace	6
Shrnutí klíčových prvků	7
Zásady	7
Závěr	7
Doporučený postup pro poskytování zpětné vazby po provedení činnosti	8
Zdroje	11

Úvodní slovo

Předkládaná doporučení vznikla v rámci diplomové práce na téma *Možnosti terapie poruch náhledu u pacientů po získaném poškození mozku*, jejíž součástí byla systematická rešerše odborné literatury. Jsou ale obohacena také o poznatky získané z dalších systematických rešerší (Villalobos et al., 2025, Engel et al., 2017) a odborných doporučení (Jeffay et al., 2023). Následující text zahrnuje představení poruchy náhledu po získaném poškození mozku, dále shrnuje možnosti jejího vyšetření a popisuje, jak je možné tuto poruchu řešit v klinické ergoterapeutické praxi. Obsahem je také překlad praktických doporučení pro provádění jedné z intervencí (zpětné vazby) poskytnuté od autorek vybrané studie.

Co je to náhled a jeho porucha

Náhled představuje mnohorozměrný konstrukt, který tvoří nedílnou součást metakognitivních schopností (Toglia a Kirk, 2000). Porucha náhledu je častý příznak získaného poškození mozku (ABI), kdy **pacienti ztrácí schopnost objektivně vnímat svou situaci** a vědomě reflektovat své chování, kognitivní funkce nebo motorické schopnosti (Toglia a Foster, 2021). Porucha náhledu ovlivňuje i schopnost pacientů odhadovat chyby a identifikovat a volit strategie ke zvládnutí běžných denních činností (Sansonetti et al., 2022). Pacienti, kteří často přeceňují své schopnosti, se mohou zapojovat do potenciálně nebezpečných aktivit a mají sníženou motivaci k rehabilitaci. To má **významný negativní dopad na zapojení pacienta do celého rehabilitačního procesu**, kde se snížená motivace odráží na výsledcích terapií. Stejně tak snížený náhled zvyšuje zátěž pečovatелů, omezuje pacientovo uplatnění v komunitě i v práci a má vliv na celkovou kvalitu jeho života.

Pro jasnější pochopení je náhled popisován v rámci teoretických modelů, mezi které patří *model Pyramidový* a *model Dynamický*. Pyramidový model (Crosson et al., 1989) rozlišuje tři hierarchicky uspořádané úrovně: intelektuální uvědomění (základní pochopení, že došlo k narušení vlastních schopností), emergentní uvědomění (zaznamenání problému v průběhu činnosti) a anticipační uvědomění (schopnost předvídat dopad deficitu a plánovat strategie). Dynamický model (Toglia a Kirk, 2000) rozšiřuje tento přístup o vzájemné propojení mezi vnitřními a vnějšími faktory a rozlišuje off-line uvědomění (obecné, dlouhodobé přesvědčení o sobě) a on-line uvědomění (aktuální sebehodnocení v kontextu konkrétní situace).

Hodnocení náhledu

Pro správné nastavení intervencí je zásadní kvalitní diagnostika (Bivona et al., 2020). Hodnocení náhledu vychází z jeho úrovně, jak je zmíněno výše. Pokud se vychází z Dynamického modelu, hodnotí se zvlášť off-line a on-line uvědomění – **off-line uvědomění se vyšetřuje pomocí dotazníků či rozhovorů**, kde je pacient vyzván k sebehodnocení. Jeho výroky jsou poté porovnávány s hodnocením druhé osoby (pečovatele/terapeuta) a míra poruchy náhledu se definuje pomocí diskrepančního skóre, tedy rozdílem mezi sebehodnocením a hodnocením druhé osoby. **On-line uvědomění se hodnotí přímo při aktivitě**. Terapeut pozoruje a zaznamenává si četnost chyb, opravy i neverbální projevy pacienta. Pacient také může být vyzván, aby odhadl svůj výkon před provedením aktivity, a bezprostředně po jejím dokončení ho refleктоval (Togliа a Foster, 2021).

V zahraničí se využívá řada různých **nástrojů**, z nichž SRSI – Self-Regulation Skills Interview (Ownsworth et al., 2000) a novější SADL-3 – Self-Awareness in Daily Life-3 (Winkens et al., 2019) jsou nástroje, které hodnotí všechny úrovně náhledu a jsou tak vhodné pro jeho komplexní zhodnocení (Krivošíková a Angerová, 2021). Tyto i další běžně využívané nástroje vyžadují, aby pacient rozuměl mluvenému či psanému slovu. Pro pacienty s fatickou poruchou vznikla série nástrojů VATA (The Visual Analogue Tests for Anosognosia), které doplňují jednotlivé otázky ilustracemi (Della Sala et al., 2022).

Sebehodnocení a využití sebehodnotících škál hrají důležitou roli nejen pro diagnostiku. Umožňují získat informace o tom, jak pacient vnímá své fungování v každodenních situacích. Tyto nástroje podporují aktivní zapojení pacienta do terapie, usnadňují individualizaci intervence a umožňují sledovat pokrok v čase. Mezi takové sebehodnotící nástroje patří například CSEQ – Cognitive Self-Efficacy Questionnaire (Togliа a Johnston, 2017). Sebehodnocení je vhodné s pacientem vyplňovat před a po vykonání konkrétní činnosti/aktivity, která se v rámci terapie trénuje. Je možné **vytvořit vlastní sebehodnotící škálu**, vytvořenou k dané aktivitě, jak to udělali ve své studii Schmidt et al. (2013). Pro tvorbu škály se inspirovali v EFPT – Executive Function Performance Test. Vytvořená škála by měla hodnotit jednotlivé složky úkolu – jeho zahájení, provedení (včetně organizace, správného sledu kroků, úsudku a bezpečnosti) a dokončení. Výkon se poté hodnotí pomocí škály podle míry potřebné asistence. Škála může být od 0 (zcela samostatný, zvládne bez pomoci), 1 (s verbální náповědou, jedno připomenutí), 2 (s opakovanou náповědou), 3 (fyzické předvedení pokynem, gestikulací), 4 (přímá fyzická pomoc), 5 (zcela závislý, nezvládne).

Téma hodnocení metakognice a náhledu nabývá na významu, zejména v zahraničí. Podle dostupného výzkumu dosud tato problematika v českém prostředí nebyla komplexně řešena (Krivošíková a Angerová, 2021). V českém prostředí se momentálně využívá pouze neoficiálně přeložený nástroj SADI – Self-Awareness of Deficits Interview (Fleming et al., 2009). V tomto případě, kdy je nedostatek nástrojů, je možné definovat míru náhledu (off-line uvědomění) pomocí diskrepančního skóre u nástrojů, které v češtině dostupné jsou (např. Funkční míra nezávislosti FIM) jak uvádí Vilimovský (osobní sdělení, 2025). Při výběru nástroje určeného k jazykové adaptaci do češtiny je nezbytné zohlednit nejen jeho psychometrické charakteristiky a praktickou využitelnost (např. délku administrace), ale i možnost následného ověření validity přeložené verze (Krivošíková a Angerová, 2021).

Pro komplexní vyšetření náhledu je vhodné využít některý z validovaných nástrojů, případně diskrepanční skóre či sebehodnotící škálu. Stejně tak je zásadní pozorovat pacienta při výkonu konkrétních činností, sledovat chyby a vyzývat ho k sebehodnocení před a ihned po výkonu této činnosti.

Možnosti ergoterapeutických intervencí

Efektivní terapeutické přístupy k náhledu jsou stále předmětem zkoumání. V praxi se ale využívají různé metody, které mají potenciál náhled pozitivně ovlivnit. Vždy je důležité rozhodnout, zda je určitý typ terapie vhodný pro daného pacienta vzhledem k jeho případným komorbiditám, osobnostním a dalším faktorům. Níže zmíněné přístupy jsou určeny pro dospělé pacienty (16+) po získaném poškození mozku.

Různé přístupy k léčbě poruch náhledu zahrnují smysluplné zaměstnávání pacientů v kontextu jejich života (pracovního, běžného denního), trénink předvídání překážek pro zlepšení budoucího výkonu, slovní/audiovizuální a zážitkovou zpětnou vazbu, přímou konfrontaci s jejich omezením, techniky sebehodnocení a sebemonitoringu, edukaci o následcích ABI a multikontextové přístupy, které kladou mimo jiné také důraz na přenos dovedností do různých situací. Tyto přístupy jsou často součástí tréninku metakognitivních strategií. Intervence se pohybují od velmi specifických a krátkých terapií až po diskusní skupiny. Terapie je možné provádět jak v akutním, tak chronickém stádiu, většina studií ale pracuje s pacienty v chronickém stádiu onemocnění.

DOPORUČENÍ 1: *U dospělých pacientů s ABI a s poruchou náhledu by měla být používána přímá **zpětná vazba** (slovní, audiovizuální, zážitková), terapie by měla být zasazena do kontextu každodenního fungování. Terapii by mělo předcházet vybudování terapeutického vztahu s pacientem a měla by být přizpůsobena jeho emočnímu stavu.*



Slovní zpětná vazba spočívá v tom, že pacient nejprve odhaduje své schopnosti, následně vykonává zvolenou činnost a poté hodnotí svůj výkon, kdy terapeut poskytuje vlastní hodnocení a diskutuje s pacientem případné rozdíly v jejich vnímání. **Video zpětná vazba** rozšiřuje tento přístup o videozáznam samotné aktivity. Pacient po vykonání činnosti a po sebehodnocení sleduje záznam svého výkonu. Ten slouží jako konkrétní vizuální opora při následné reflexi a porovnání s vlastním odhadem i hodnocením terapeuta. **Prožitková zpětná vazba** pak staví na vlastní zkušenosti – pacient díky přímé konfrontaci s úkolem získává hlubší náhled na svá omezení a realitu vlastního fungování.

Doporučený postup a zásady provádění zpětné vazby po určitém úkolu/činnosti viz níže přeložená doporučení Schmidt et al. (2013).



TIP: Pro objektivní posouzení případné změny v sebehodnocení je vhodné na začátku a na konci terapie zjistit pacientův odhad, zda danou činnost zvládne. To může být například formou strukturovaného rozhovoru či sebehodnotící škály se stupnicí, na které pacient hodnotí, jak si věří, že zvládne dílčí části aktivity.

DOPORUČENÍ 2: *U dospělých pacientů s ABI a poruchou náhledu by se měl používat především **trénink metakognitivních strategií** (Villalobos et al., 2025), který zahrnuje zejména **sebemonitorování** a zapracování informací ze zpětné vazby do budoucího výkonu. Trénink by měl být **zaměřen na každodenní problémy** (Jeffay et al., 2023).*



Metakognitivní trénink je přístup, jehož konkrétní postup a obsah je často nejednoznačný a nedostatečně popsán, a proto je obtížné ho zavádět do praxe (Toglia et al., 2020). Přesto existují určité principy, které je možné využít.

Metakognitivní trénink se zaměřuje především na **sebemonitorování, seberegulaci, plánování a používání strategií**. Během terapie je pacient aktivně veden k tomu, aby hodnotil svůj výkon a plánoval a hledal vlastní strategie pro zvládání úkolu. Jednou z osvědčených technik je využití globální strategie *Cíl – Plán – Provedení – Kontrola* (Kersey et al., 2019). Při této strategii pacient spolu s terapeutem zvolí konkrétní cíl; sestaví plán, jak ho dosáhnout; realizuje plán při praktickém úkolu; hodnotí, zda plán funguje, nebo zda vyžaduje revizi.

Terapie by měly být vždy **smysluplné a zasazené do reálného kontextu pacientova života** (např. příprava jídla, nakupování, organizace dne) (Doig et al., 2014).

Přímo během provádění konkrétní činnosti může pacient využívat strategii *Zastav se – Zkontroluj – Všimni si* (Owensworth et al., 2017). Ta podporuje uvědomování si vlastního výkonu **během plnění úkolu**. Skládá se ze tří kroků:

- Zastav se – Pacient je veden k tomu, aby se na chvíli zastavil a vědomě přerušil činnost. Tento krok umožňuje vystoupit z automatického jednání.
- Zkontroluj – Následuje zhodnocení dosavadního postupu. Pacient se ptá sám sebe, zda úkol plní správně, jestli nevynechal důležitý krok nebo zda postupuje podle plánu.
- Všimni si – Směřuje k vědomému zaznamenání případných chyb. Pacient se učí vnímat vlastní výkon a identifikovat možnosti nápravy či zlepšení.

V případě, že si pacient chyby nevšimne sám, je možné mu poskytnout nespecifickou nápovědu, případně konkrétní nápovědu, jeli to třeba. V rámci terapií se využívá také externí zpětná vazba (viz doporučení 2) a terapeut klade **podnětné otázky podporující uvědomění**, například: „*Jak myslíte, že jste úkol zvládl?*“ nebo „*Co byste příště udělal jinak?*“

Pro zvýšení motivace je zásadní, aby byl pacient součástí celého rehabilitačního procesu. Proto je vhodné, aby se účastnil spolu s rodinou individuálního nastavování **cílů a plánování**. K tomu je možné využít Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM). Vhodné je formulovat si také krátkodobé cíle od sezení k sezení a zadávat pacientům domácí úkoly a společně s terapeutem diskutovat jejich plnění (Doig et al., 2014). Výzkumy ukazují pozitivní dopad především na každodenní fungování, funkční soběstačnost a strategické chování (Kersey et al., 2019, Jeffay et al., 2023).



TIP: Vhodným přístupem k intervenci poruch náhledu je tzv. **Multikontextový přístup** (Multicontext Approach MC) vyvinutý Dr. Joan Toglia. Představuje strukturovanou formu funkční kognitivní rehabilitace zaměřenou na rozvoj metakognitivních strategií, náhledu, seberegulace a přenosu naučených dovedností do reálných situací (Toglia, 2017).

Na oficiální webové stránce [Multicontext.net](https://www.multicontext.net) je možné nalézt řadu praktických nástrojů, které mohou terapeuti využít při plánování a realizaci terapií. Některé pracovní materiály, jako plánovače, kontrolní seznamy, vizuální recepty a další nástroje podporující organizaci a orientaci v činnostech každodenního života, jsou na stránkách volně dostupné. Zpoplatněny jsou potom komplexnější pracovní listy a další materiály. Ty jsou obsaženy i v knize, která poskytuje komplexní přehled celého přístupu. Pro hlubší porozumění a aplikaci MC přístupu jsou k dispozici i workshopy a certifikační programy. Začleněním MC do terapeutického procesu lze podpořit systematické vedení terapie, individualizaci přístupu a efektivnější rozvoj pacientova náhledu a soběstačnosti. Pro představu, jak provádět terapii je možné shlédnout videoukázku na tomto odkaze: <https://www.youtube.com/watch?v=LOzUiHRHhGA>.

DOPORUČENÍ 3: *U dospělých pacientů s ABI a s poruchou náhledu by měla probíhat **edukace ohledně ABI**, jeho důsledcích a jakými způsoby mohou ovlivňovat každodenní život. Je vhodné edukovat také rodinné příslušníky.*



Edukace může probíhat formou informativních schůzek, kde jsou pacienti seznámeni s fungováním mozku a důsledcích poškození mozku. Pacientovi se představí problémy, které po získaném poškození mozku nastávají a jak konkrétně ovlivňují každodenní život. Součástí edukace může být i pouštění filmů/dokumentů o zkušenostech pacientů po ABI (Rigon et al., 2017). Může se jednat o skupinovou nebo individuální formu, případně lze edukovat zábavnou formou v podobě hraní kvízu s vědomostními otázkami ohledně poškození mozku s následnou diskusí nad odpověďmi (Lloréns et al., 2015).

Shrnutí klíčových prvků

V rámci terapie náhledu je vhodné implementovat výše zmíněná doporučení a vytvořit tak ucelenou komplexní terapii fungující na principu multikontextového přístupu.



- Edukujte pacienty a jejich rodiny o získaném poškození mozku a jeho důsledcích.
- Společně stanovte smysluplné cíle.
- Zahrňte metakognitivní trénink – uče pacienty identifikovat chyby, plánovat strategie a také schopnost sebemonitorování. Podněcujte je k sebehodnocení (před výkonem, v průběhu i po výkonu).
- Pracujte s reálnými smysluplnými úkoly (všední denní činnosti, aktivity důležité pro pacienta).
- Využívejte zpětnou vazbu (verbální při každé terapii, s výhodou je využití i video zpětné vazby) – *doporučení pro provádění zpětné vazby viz níže.*

Některé zdroje uvádí, že záleží na výchozí úrovni náhledu – u pacientů s výraznou poruchou doporučují začínat s edukací a zpětnou vazbou, a v případě zlepšení náhledu doporučují zapojit metakognitivní trénink (Jeffay et al., 2023).

Zásady

- Navažte terapeutický vztah s pacientem a vytvořte bezpečné prostředí pro práci na náhledu.
- Terapie má být systematická a opakovaná, aby se dovednosti upevňovaly. Doporučuje se začít co nejdříve, ale i pacienti v chronické fázi mohou z terapií profitovat.
- Individualizujte intervence i jejich délku podle potřeb pacienta.
- Přistupujte k terapii citlivě a sledujte její emocionální dopady.

Závěrem

Cílené intervence zaměřené na ovlivnění náhledu u pacientů po získaném poškození mozku by měly být součástí každé komplexní rehabilitační péče. Zvýšení náhledu na vlastní schopnosti přináší zlepšení soběstačnosti a usnadňuje funkční zapojení pacienta do běžného života i komunity. Současně posiluje motivaci ke spolupráci v terapii a přispívá ke snížení zátěže pro rodinu a pečující osoby. Na následujících stranách je uveden konkrétní návod na jednu z nejčastěji používaných a efektivních technik pro terapii náhledu – zpětnou vazbu.

Doporučený postup pro poskytování zpětné vazby po provedení činnosti

(Schmidt et al., 2013)

Zpětná vazba po provedení úkolu je proces, který zahrnuje následující:

- Vytváření prostoru pro pacienta, aby přemýšlel o svém výkonu s terapeutem.
- Diskuse s terapeutem o úspěšných i problematických aspektech daného výkonu.
- Společné hodnocení výkonu terapeutem a pacientem s cílem zlepšit budoucí výkony.

Specifické principy

1. Mluvit s pacientem přirozeně, jako v běžném rozhovoru, je efektivnější než normativní diskuse. Terapeut by měl využít vztah vybudovaný v předchozích sezeních a pokračovat ve zpětné vazbě uvolněným způsobem, který pacientovi umožní cítit se pohodlněji.
2. Používejte přístup „sendvičové zpětné vazby“: Při upozornění na chyby je vhodné zařadit kritický komentář mezi dvě pozitivní poznámky, např.: *„Kroky jste provedl ve správném pořadí, což je skvělé. Maso ale nebylo dostatečně propečené. Celkově se ale pokaždé zlepšujete.“*
3. Pacient by měl absolvovat sezení se zpětnou vazbou s terapeutem, který s ním navázal terapeutický vztah. Tím se zajistí partnerský přístup.
4. Všechna sezení zpětné vazby by měla proběhnout do 24 hodin od dokončení úkolu.
5. Zvažte dostupnost psychologické podpory pro případ, že by došlo k emočnímu rozrušení pacienta.

Obecná doporučení

- Nekritizujte výkon pacienta, místo toho identifikujte oblasti pro budoucí zlepšení.
- Ptejte se na otázky, čímž podnítíte pacienta k sebereflexi a uvědomení si případných chyb.
- Ujistěte se, že pacient chápe, že problémy, které zažívá, jsou po poškození mozku běžné

Je žádoucí před a po provedení úkolu využít **sebehodnotící škálu**. Ta může být vytvořena speciálně k dílčí aktivitě (je možné se inspirovat nástrojem Executive Function Performance Test (EFPT)). Vytvořená škála by měla hodnotit jednotlivé složky úkolu – jeho zahájení, provedení (včetně organizace, správného sledu kroků, úsudku a bezpečnosti) a dokončení. Výkon se poté hodnotí pomocí škály podle míry potřebné asistence. Škála může být od 0 (zcela samostatný, zvládne bez pomoci), 1 (s verbální nápovědou, jedno připomenutí),

2 (s opakovanou náповědou), 3 (fyzické předvedení pokynem, gestikulací), 4 (přímá fyzická pomoc), 5 (zcela závislý, nezvládne).

Reakce na specifické situace

- Pokud je pacient **smutný nebo rozrušený**: připomeňte mu, že jeho obtíže jsou po poškození mozku běžné a že se mohou díky terapii zlepšovat.
- Pokud se pacient **rozzlobí/je frustrovaný**: uznejte jeho frustraci („*Vypadáte dost rozzlobeně*“), zeptejte se, proč je pacient frustrovaný („*Co vás teď naštvalo?*“), zeptejte se, zda můžete nějak pomoci („*Je něco, co pro vás můžu udělat?*“). Pokud je pacient i nadále rozčilený, zeptejte se, zda chce terapeutické sezení ukončit nebo si dát přestávku.
- Pokud se pacient v průběhu sezení **odmítá** účastnit: povzbudte pacienta, že většinu úkolu již splnil, nebo ho ujistěte, že už toho moc nezbyvá, nebo se ho zeptejte, zda by si nechtěl udělat krátkou přestávku; nebo se zeptejte, zda je něco, co můžete udělat, aby zůstal na sezení. Pokud pacient nadále odmítá účastnit se sezení, ukončete ho.
- Pokud pacient **nesouhlasí** s potížemi vznesenými terapeutem: umožněte pacientovi vyjádřit svůj nesouhlas; uznejte jeho odlišný pohled na věc; připomeňte pacientovi, že je v pořádku, že má jiný pohled na věc.

Jak poskytovat video a verbální zpětnou vazbu po úkolu

- Po úkolu/modelové činnosti (např. přípravě jídla) vyzvěte pacienta, aby svůj výkon slovně zhodnotil. Pokud máte k dispozici sebehodnotící škálu, je možné ji využít. Nechte pacienta tuto škálu vyplnit a vy sami ji také vyplňte.
- Dejte pacientovi možnost ovládat video řekněte mu, aby video zastavil, pokud bude potřebovat přemýšlet o tom, co viděl.
- Podívejte se na video společně s pacientem. Pokud si všimnete chyby, které si pacient nevšiml, použijte nespecifickou výzvu, např.: „*Všiml jste si tady něčeho na svém výkonu?*“ (Poskytněte několik vteřin k zamyšlení.) Pokud ani to nepomůže, aby chybu identifikoval, můžete popsat jeho chyby a probrat strategie, jak zabránit jejich opakování.
- Po zhlédnutí videa proberte s pacientem předchozí sebehodnocení výkonu, pokud probíhalo slovně, diskutujte o jeho odpovědích a poskytněte vlastní zpětnou vazbu.

- Pokud využíváte sebehodnotící škálu, proberte jednotlivé její položky. Požádejte pacienta, aby diskutoval o důvodech, proč si toto skóre zvolil a porovnejte to společně s vaším hodnocením.
- Diskutujte také o problémech, které pacient identifikoval během pozorování videa, a posilujte jeho schopnost tyto chyby identifikovat (např. slovy: „*Skvělá práce, že jste si všiml, jak můžete pro příště zlepšit svůj výkon.*“)
- Vysvětlíte pacientovi, proč se jeho skóre může lišit od skóre terapeuta (např.: „*Důvod, proč jsem skóroval jinak než vy, je ten, že si lidé často neuvědomují své obtíže po úrazu.*“)

Jak poskytovat verbální zpětnou vazbu

- Po úkolu/modelové činnosti (např. přípravě jídla) vyzvěte pacienta, aby svůj výkon zhodnotil. Pokud máte k dispozici sebehodnotící škálu, je vhodné ji využít. Nechte pacienta tuto škálu vyplnit a vy sami ji také vyplňte (odděleně od pacienta). Jakmile oba vyplní škálu, terapeut požádá pacienta, aby mu sdělil skóre, které si sám udělil za jednotlivé složky škály. Terapeut se také zeptá na důvody, proč zvolil toto skóre.
- Prodiskutujte případné rozdíly, které mohou být mezi skóre terapeuta a skóre pacienta. Vysvětlíte pacientovi, proč se vaše skóre může lišit od skóre pacienta.

Postup při prožitkové zpětné vazbě

- Po úkolu/modelové činnosti (např. přípravě jídla) vyzvěte pacienta, aby svůj výkon zhodnotil, ale neposkytujte váš názor na jeho výkon. Pokud máte k dispozici sebehodnotící škálu, je vhodné ji využít. Nechte pacienta tuto škálu vyplnit a vy sami ji také vyplňte (odděleně od pacienta). Společně výsledky neporovnávejte a nediskutujte.

Zdroje:

BIVONA, Umberto; CIURLI, Paola; FERRI, Giulia; FONTANELLI, Tiziana; LUCATELLO, Susanna et al., 2020. The Self-Awareness Multilevel Assessment Scale, a New Tool for the Assessment of Self-Awareness After Severe Acquired Brain Injury: Preliminary Findings. Online. *Frontiers in Psychology*. Vol. 11, article 1732. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01732>. [cit. 2024-10-26].

CROSSON, Bruce; BARCO, Peggy Poeschel; VELOZO, Craig A.; BOLESTA, Mary Melinda; COOPER, Patricia V. et al., 1989. Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 4, no. 3, s. 46-54. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00001199-198909000-00008>. [cit. 2025-01-13].

DELLA SALA, Sergio; COCCHINI, Gianna; BESCHIN, Nicoletta; FOWLER, Elizabeth A; KASCHEL, Patrick et al., 2022. VATA-ADL: The Visual Analogue Test for Anosognosia for Activities of Daily Living. Online. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Vol. 37, no. 6, s. 1185-1198. ISSN 1873-5843. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/arclin/acac009>. [cit. 2024-04-25].

DOIG, Emmah; KUIPERS, Pim; PRESCOTT, Sarah; CORNWELL, Petrea a FLEMING, Jennifer, 2014. Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 68, no. 5, s. 578-588. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.010785>. [cit. 2025-03-25].

ENGEL, Lisa; CHUI, Adora; GOVEROVER, Yael a DAWSON, Deirdre R., 2017. Optimising activity and participation outcomes for people with self-awareness impairments related to acquired brain injury: an interventions systematic review. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 29, no. 2, s. 163-198. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1292923>. [cit. 2025-04-03].

FLEMING, Jennifer; STRONG, Jenny a ASHTON, Roderick, 2009. Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: how best to measure? Online. *Brain Injury*. Vol. 10, no. 1, s. 1-16. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/026990596124674>. [cit. 2025-02-09]

JEFFAY, Eliyas; PONSFORD, Jennie; HARNETT, Amber; JANZEN, Shannon; PATSAKOS, Eleni et al., 2023. INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury, Part III: Executive Functions. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 38, no. 1, s. 52-64. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000834>. [cit. 2025-04-19].

KERSEY, Jessica; JUENGST, Shannon B. a SKIDMORE, Elizabeth, 2019. Effect of Strategy Training on Self-Awareness of Deficits After Stroke. Online. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 73, no. 3, s. 7303345020p1-7303345020p7. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.031450>. [cit. 2024-08-08].

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ANGEROVÁ, Yvona. Self-awareness and its evaluation in patients after acquired brain injury. 2021. Online. *Kontakt*. Vol. 23, no. 3, s. 193-199. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2021.027>. [cit. 2023-11-20].

OWNSWORTH, Tamara; MCFARLAND, Ken a YOUNG, Ross McD, 2000. Development and standardization of the Self-regulation Skills Interview (SRSI): a new clinical assessment tool for acquired brain injury. Online. *The Clinical Neuropsychologist*. Vol. 1, no. 14, s. 76-92. Dostupné z: [https://doi.org/10.1076/1385-4046\(200002\)14:1;1-8;FT076](https://doi.org/10.1076/1385-4046(200002)14:1;1-8;FT076). [cit. 2025-02-08].

SANSONETTI, Danielle; FLEMING, Jennifer; PATTERSON, Freyr a LANNIN, Natasha A., 2022. Conceptualization of self-awareness in adults with acquired brain injury: A qualitative systematic review. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 32, no. 8, s. 1726-1773. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2021.1924794>. [cit. 2025-01-08].

SCHMIDT, Julia; FLEMING, Jennifer; OWNSWORTH, Tamara a LANNIN, Natasha A., 2013. Video Feedback on Functional Task Performance Improves Self-awareness After Traumatic Brain Injury. Online. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. Vol. 27, no. 4, s. 316-324. ISSN 1545-9683. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1545968312469838>. [cit. 2025-03-06].

TATE, Robyn; KENNEDY, Mary; PONSFORD, Jennie; DOUGLAS, Jacinta; VELIKONJA, Diana et al., 2014. INCOG Recommendations for Management of Cognition Following Traumatic Brain Injury, Part III. Online. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Vol. 29, no. 4, s. 338-352. ISSN 0885-9701. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000068>. [cit. 2024-08-08].

TERNEUSEN, Anneke; PONDS, Rudolf; STAPERT, Sven; LANNOO, Engelen; SCHRIJNEMAEKERS, Anne-Claire et al., 2024. Socratic guided feedback therapy after acquired brain injury: A multicenter randomized controlled trial to evaluate effects on self-awareness. Online. *Neuropsychological Rehabilitation*. Vol. 35, no. 2, s. 316-344. ISSN 0960-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2024.2337154>. [cit. 2025-03-09].

TOGLIA, Joan a FOSTER, Erin R. *The multicontext approach to cognitive rehabilitation: a metacognitive strategy intervention to optimize functional cognition*. Columbus, Ohio: Gatekeeper Press. 2021. ISBN 978-1-6629-0311-3.

TOGLIA, Joan a KIRK, Ursula, 2000. Understanding awareness deficits following brain injury. Online. *NeuroRehabilitation (Reading, Mass.)*. Vol. 15, no. 1, s. 57-70. ISSN 1053-8135. Dostupné z: <https://research-ebSCO-com.ezproxy.is.cuni.cz/c/jc4ea/viewer/pdf/mamjnf4ioz>. [cit. 2025-01-13].

TOGLIA, Joan, 2017. *MultiContext*. Online. Dostupné z: <https://multicontext.net>. [cit. 2025-04-19].

VILLALOBOS, Dolores; BIVONA, Umberto a BOTELLA, Juan, 2025. Self-awareness interventions after acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis. Online. *Rehabilitation Psychology*. ISSN 1939-1544. Advance online publication. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/rep0000598>. [cit. 2025-04-03].

VILIMOVSKÝ, Tomáš. 13.3.2025. Email [osobní komunikace].

WINKENS, Ieke; PRINSEN, Arno; MEIJERINK, Annemieke; VAN HEUGTEN, Caroline a PONDS, Rudolf, 2019. Psychometric evaluation of the Self-Awareness in Daily Life-3 Scale (SADL-3) for the assessment of self-awareness after acquired brain injury. Online. *Brain Injury*. Vol. 33, no. 5, s. 598-609. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1566969>. [cit. 2024-02-25].