

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Alžběta Bezděková

PRAGMATICKÁ JAZYKOVÁ ROVINA U OSOB S DEMENCÍ

2016

Vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem uvedenou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroji.

V Olomouci dne 9. 4. 2016

.....

Alžběta Bezděková

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při konzultacích a zpracování této diplomové práce.

Mé upřímné poděkování také patří zaměstnancům Centra sociálních služeb města Letovice, a zejména uživatelům a jejich rodinným příslušníkům, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout

Obsah

Obsah.....	4
Úvod	7
I TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Stáří a stárnutí.....	8
1.1 Vymezení pojmu.....	8
1.2 Klasifikace stáří	8
1.3 Teorie stárnutí	10
1.4 Sociální změny ve stáří	10
1.5 Vliv stárnutí na paměť	10
1.6 Vliv stárnutí na komunikaci.....	11
2 Syndrom demence	13
2.1 Vymezení syndromu demence.....	13
2.2 Definice syndromu demence	13
2.3 Symptomatologie syndromu demence.....	14
2.4 Diagnostika syndromu demence	16
2.5 Terapie syndromu demence	20
2.5.1 Farmakoterapie	20
2.5.2 Nefarmakologické postupy.....	20
3 Formy syndromu demence	24
3.1 Atroficko-degenerativní demence.....	24
3.1.1 Alzheimerova nemoc	24
3.1.2 Demence u Parkinsonovy nemoci	26
3.1.3 Demence s Lewyho tělísky.....	27
3.1.4 Frontotemporální demence.....	29
3.1.5 Huntingtonova nemoc	30
3.2 Demence vaskulárního původu.....	31
3.3 Symptomatické demence	33
3.3.1 Demence infekčního původu	33
3.3.2 Demence při prionózách.....	34
3.3.3 Demence u intoxikací	34
3.3.4 Traumatické demence.....	35
4 Komunikace osob s demencí.....	36
4.1 Foneticko-fonologická jazyková rovina	36
4.2 Lexikálně-sémantická jazyková rovina.....	37

4.3	Morfologicko-syntaktická jazyková rovina	37
4.4	Pragmatická jazyková rovina	38
4.4.1	Vývojové narušení pragmatické jazykové roviny	39
4.4.2	Získané narušení pragmatické jazykové roviny	39
II	PRAKTICKÁ ČÁST	40
5	Uvedení do problematiky	40
6	Případová studie	41
6.1	Výzkumný soubor	41
6.2	Výzkumné prostředí	42
6.3	Metody sběru dat	42
6.3.1	Anamnestický dotazník	42
6.3.2	Mini Mental State Examination (MMSE)	42
6.3.3	Pragmatický protokol (Prutting, Kirschner, 1987)	43
7	Případová studie 1	47
7.1	Zkoumaná osoba	47
7.2	Anamnéza	47
7.2.1	Rodinná anamnéza	47
7.2.2	Pracovní anamnéza	47
7.2.3	Osobní anamnéza	47
7.2.4	Abúzus	48
7.2.5	Neurologické vyšetření	48
7.3	Vstupní kognitivní screening MMSE	49
7.4	Subjektivní hodnocení pragmatické jazykové roviny	51
7.5	Shrnutí	55
8	Případová studie 2	56
8.1	Zkoumaná osoba	56
8.2	Anamnéza	56
8.2.1	Rodinná anamnéza	56
8.2.2	Pracovní anamnéza	56
8.2.3	Osobní anamnéza	56
8.2.4	Neurologické vyšetření	56
8.3	Vstupní kognitivní screening MMSE	57
8.4	Subjektivní hodnocení pragmatické jazykové roviny	58
8.5	Shrnutí	61
9	Případová studie 3	62
9.1	Zkoumaná osoba	62

9.2	Anamnéza	62
9.2.1	Rodinná anamnéza.....	62
9.2.2	Pracovní anamnéza.....	62
9.2.3	Osobní anamnéza.....	62
9.2.4	Neurologické vyšetření.....	63
9.3	Vstupní kognitivní screening MMSE	63
9.4	Subjektivní hodnocení pragmatické jazykové roviny.....	64
9.5	Shrnutí.....	67
10	Případová studie 4	68
10.1	Zkoumaná osoba	68
10.2	Anamnéza	68
10.2.1	Rodinná anamnéza.....	68
10.2.2	Pracovní anamnéza.....	68
10.2.3	Osobní anamnéza.....	68
10.3	Vstupní kognitivní screening MMSE	68
10.4	Subjektivní hodnocení pragmatické jazykové roviny.....	70
10.5	Shrnutí.....	73
11	Závěr praktické části a diskuze	74
	SEZNAM ZKRATEK	81
	SEZNAM OBRÁZKŮ	82
	SEZNAM GRAFŮ	83
	SEZNAM PŘÍLOH	84

Úvod

Syndrom demence způsobuje narušení v mnoha oblastech. Tyto osoby mají obtíže běžných denních aktivitách, můžeme také pozorovat změny v chování a v osobnosti. V neposlední řadě mají tyto osoby také deficit kognitivních schopností, který má mimo jiné i vliv na komunikaci osoby s demencí. Spousta článků či publikací se soustředí především na hodnocení komunikační schopnosti u osob s demencí. Velmi výrazné změny tedy můžeme pozorovat v oblasti fonetiky, fonologie, morfologie, syntaxe i slovní zásoby. Důležitým stavebním kamenem komunikace je ovšem také pragmatická jazyková rovina. Proto se objektem našeho zájmu stala právě tato oblast, která má velký vliv nejen na komunikaci dané osoby, ale také na interakci s komunikačními partnery.

Diplomová práce se skládá ze dvou důležitých částí – teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabýváme vymezením stárnutí a vlivu stárnutí na paměť a komunikaci. Dále se zabýváme obecnou symptomatologií a diagnostikou syndromu demence a přiblížíme také některé terapeutické postupy. Zcela nepostradatelná je znalost jednotlivých forem a typů tohoto syndromu, z důvodů variability klinických projevů v oblasti denních aktivit, chování i kognice. Součástí praktické části jsou případové studie čtyř osob s demencí a sestavení anamnézy na základě informací od rodinných příslušníků a lékařských či psychologických zpráv. V neposlední řadě jsme zhodnotili pragmatickou jazykovou rovinu klientů pomocí testu Pragmatic Protocol.

Prostřednictvím diplomové práce bychom rádi poukázali na deficity osob s demencí v oblasti pragmatické jazykové roviny a vliv těchto obtíží na interakci s intaktním komunikačním partnerem.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří a stárnutí

1.1 Vymezení pojmu

Stárnutí se za posledních sto let stalo běžnou součástí našich životů, především v západních zemích. Ne vždy ale tomu tak bylo. Odhaduje se, že v prehistorickém období se stáří nedočkal nikdo. Kolem sedmnáctého století se dožilo 65 let pouze procento lidí a do devatenáctého století se množství této populace zvýšilo na čtyři procenta. V současné době se v západním světě počet seniorů odhaduje na dvanáct procent. Tento trend bude pravděpodobně vzrůstat, a do roku 2030 by mohli senioři tvořit až dvacet procent populace (Stuart-Hamilton, 1999). Období stáří završuje ontogenezi, jde tedy o konečnou fázi života člověka. Při procesu stárnutí se objevují tzv. involuční (sestupné) změny, které negativně ovlivňují jak funkci, tak i strukturu tělesných orgánů. Tyto změny probíhají individuálně s různou rychlostí a variabilitou. Rozdíly jsou ovlivněny nejen prostředím, ve kterém se člověk nachází, ale také životním stylem a sociálně ekonomickými či psychickými faktory (Čevela et al., 2012).

1.2 Klasifikace stáří

Mühlpachr (2005) popisuje několik přístupů determinace stáří. **Biologickým stářím** nazývá soubor určitých involučních změn. Může jít například o atrofii tkání, snížení fyzické zdatnosti, negativní změny v adaptačních a funkčních mechanismech. Tyto změny obvykle souvisí s chorobami, jejichž výskyt je obvyklý právě v období stáří (například ateroskleróza).

V období stárnutí je častá tzv. komorbidita či polymorbidita (multimorbidita). Nemoci přidružené, které znesnadňují diagnostický a léčebný proces se označují výrazem komorbidita. Při výskytu několika chorob najednou se užívá pojem polymorbidita nebo multimorbidita. Dochází tak ke změně klinického obrazu (obvykle v negativním slova smyslu), často je nezbytné zredukovat množství farmakoterapeutických prostředků (omezením počtu léků, jejichž vedlejší účinky se hromadí či negativně ovlivňují). Tyto aspekty pak negativně ovlivňují kvalitu zdraví klienta (Kalvach et al., 2008).

Sociální stáří je období, které se vyznačuje určitými změnami nebo dosažením jistého kritéria, například odchod do důchodu. V tomto období dochází ke změnám rolí, stylu

života i finančního zajištění. V oblasti sociálního stáří se tedy uvádí tzv. sociální periodizace života, kterou Mühlpachr (2005) dělí do 3 (nebo 4) etap:

První věk se také nazývá předproduktivní, je to období dětství a mládí, které se vyznačuje růstem, vývojem, vzděláváním, přípravou na budoucí zaměstnání, nabýváním znalostí a zkušeností. Druhý věk je označován jako produktivní. Jde o období dospělosti, které je naplněno produktivitou biologickou, sociální a také pracovní. Třetí věk, postproduktivní, je období, kdy dochází k poklesu zdatnosti, který je často provázený pocity méněcennosti. Poslední etapou sociálního stáří je čtvrtý věk, také nazýván jako fáze závislosti. Tento název je ovšem velmi paušalizující, protože ne všechny osoby seniorského věku musí dosáhnout nesoběstačnosti (Mühlpachr, 2005).

Kalendářní stáří

Kalendářní (také chronologické) stáří je definováno dosažením určitého věku, ve kterém se objevují určité involuční změny.

Dle doporučení expertů Světové zdravotnické organizace se nejčastěji uvádí následující členění dospělosti:

- 15 – 29 roků – postpubescence a mecitma,
- 30 – 44 roků adultium,
- 45 – 59 roků – interevium, střední věk,
- 60 – 74 roků – senescence, počínající, časné stáří,
- 75 – 89 roků – kmetství, senium, vlastní stáří,
- 90 a více roků – patriarchium, dlouhověkost (Mühlpachr, 2005).

1.3 Teorie stárnutí

Buňky většiny tělesných orgánů umírají přibližně každých sedm let a jsou nahrazovány buňkami novými (kromě neuronů, které se po zániku neobnovují). Množství náhradních buněk ovšem není neomezený. Americký anatom Leonard Hayflick zjistil, že čím je pozorovaný subjekt starší, tím menší je počet reduplikací buněk. Jde o tzv. Hayflickův jev, maximálně počet buněk schopných reduplikace je nazýván Hayflickův limit (Stuart-Hamilton, 1999).

Teorie stárnutí somatických mutací ovšem oponuje tvrzením, že nově vzniklé buňky nejsou přesnými duplikáty původních buněk, protože se v nich nachází genetické chyby. Stárnutí může také ovlivňovat environmentální znečištění a nesprávná životospráva. Linus Pauling přišel s tzv. teorií volných radikálů, která pojednává o zastavení procesu stárnutí vysokými dávkami vitamínu C. Tato teorie se dočkala velké kritiky z řad lékařů. Vědci dále zjistili, že buňky produkují kromě volných radikálů i další odpadní látky, které buňku znečišťují a ovlivňují tak její kvalitu. Vztah mezi vznikem odpadních látek a stárnutím buněk ovšem nebyl přesvědčivě prokázán (Stuart-Hamilton, 1999).

1.4 Sociální změny ve stáří

Změny nastávají také v sociální oblasti, po odchodu do penze ztrácí senior svoji pracovní roli. Získáním role důchodce tak ztrácí pravidelnou činnost, snížení či úplnou ztrátu příjmu, přijdou o status, který se s povoláním spojuje, a v neposlední řadě jsou také narušeny sociální sítě. Po psychicky zatěžujícím úmrtí partnera dojde ke ztrátě intimity, podpory a přeživší partner již nemůže naplnit své citové a sexuální potřeby (Tošnerová in Jirák et al., 2013). Míra vlivu těchto faktorů však závisí na osobnosti člověka a jeho socioekonomické úrovni. Osoba s vysokým stupněm integrity se pravděpodobně vyrovná se stresovými situacemi lépe, než člověk dezintegrovaný (Stuart-Hamilton, 1999).

1.5 Vliv stárnutí na paměť

Orel (2012, s. 74) vymezuje paměť jako „*schopnost vstípení nových informací (recepce nebo impregnace), jejich uchování po určitou dobu (retence/fixace) a konečně vybavení uložených informací (reprodukce). Přirozeným jevem, který s pamětí souvisí je zapomínání (nepoužívané a nepotřebné informace se přitom fyziologicky ztrácejí)*“. Schopnost paměti je zásadní i pro další funkce jako myšlení, intelekt, atd.). Centra, která zodpovídají za paměťové funkce, se nacházejí v oblasti limbického systému, mozkové kůry, talamu a mozečku (Orel, 2012).

Pidrman (2007) rozlišuje stárnutí úspěšné, normální a patologické. Stárnutí je úspěšné, pokud je kognice neporušena a je srovnatelná s kognicí osoby v produktivním věku. Za normální stárnutí považujeme drobné změny v paměti, přičemž ostatní složky kognice jsou zachovány (tzv. benigní zapomnětlivost). Tyto změny jsou fyziologické, pokud nedochází k jejich progresi (ibid.). V období stárnutí je nejvíce ovlivněno zpracování a vybavování informace (Bayles, Tomoeda, 2007).

Ne všechny mechanismy paměti jsou ovšem zasaženy rovnocenně. Krátkodobá¹ paměť je obecně poměrně dobře zachovaná. Většina starších osob je schopna zopakovat sedmimístné číslo, stejně jako mladší osoby, přestože jejich pozdější vybavení je problematické (Bayles, Tomoeda, 2007). Výraznější změny můžeme pozorovat v oblasti epizodické² paměti. Stárnoucí osoby si proto hůře vybavují jména, tváře a události (Nyberg in Bayles, Tomoeda, 2007). Procedurální³ paměť je dobře zachována, přestože vykonávání některých motorických aktivit může být pomalejší (neztrácí tedy schopnost vykonávat pohyb), (Bayles, Tomoeda, 2007).

1.6 Vliv stárnutí na komunikaci

Potřeba komunikace je stejná v každém věkovém období člověka a lze ji shrnout do čtyř hlavních bodů (Pokorná, 2010):

1. „*potřeba sociálního kontaktu a interakce,*
2. *potřeba vysvětlení a potvrzení, ujištění,*
3. *potřeba rady, podpory a edukace,*
4. *potřeba komfortu a útěchy, ujištění a uklidnění“* (Pokorná, 2010, s. 50).

Komunikace seniorů se ovšem liší některými rysy, které ovlivňují způsob interakce a cestu ke správnému porozumění (Pokorná, 2010). Mezi faktory, které ovlivňují kvalitu komunikace a vzájemného porozumění patří tělesné změny (změny v oblasti senzorických funkcí), duševní změny (změna nálady, úzkost nebo deprese), změny v oblasti poznávacích schopností a v neposlední řadě psychosociální změny (Pokorná, 2010). Senioři hůře rozumí pojmům, které jsou prezentovány bez kontextu nebo se kterými nemají osobní zkušenost.

¹ Krátkodobá paměť – ukládání informací v paměti, po velmi krátkou dobu (Stuart-Hamilton, 1999).

² Epizodická paměť – informace vztahující se k určitým událostem (ibid.).

³ Procedurální paměť – týká se realizace motorických úkonů (Bayles, Tomoeda, 2007).

Kontext zasazený do smysluplného sdělení podporuje porozumění a produkci řeči, a to nejen u seniorů, ale i u mladších osob (Pokorná, 2010).

Při srovnání exprese a percepce obsahu komunikace osob v produktivním věku a intaktních seniorů, nebyly shledány žádné markantní rozdíly (Pokorná, 2010). Jazykové schopnosti jsou v období stáří ovlivněny především smyslovým zpracováním a psychomotorickým zpomalením (Bayles, Tomoeda, 2007). Park (in Pokorná, 2010) uvádí, že deficity v produkci verbálního sdělení může implikovat změny v poznávacích funkcích, které mohly nastat v důsledku aktuálního tělesného stavu. Slovní zásoba a znalost gramatické struktury jazyka zůstává zachována i v období stáří. Senioři jsou stále schopni učit se nová slova, přestože učení již není tak efektivní (Bayles, Tomoeda, 2007), produkce vět tak komplexní, ale porozumění složitějším větným strukturám je nezměněno, pokud je sdělení do smysluplného kontextu (Pokorná, 2010).

Časté obtíže v komunikaci seniorů způsobuje výbavnost slov, která má významný podíl na fluenci sdělení. Informace jsou v paměti stále uloženy, ale manipulace s nimi není efektivní. Aby mohl senior odpovědět, potřebuje tak více času (Pokorná, 2010).

Ve verbální produkci seniorů se můžeme často setkat i s opakováním již vyslovené informace, což může vyplývat z potřeby ujistit se, že komunikační partner pochopil obsah sdělení (Pokorná, 2010). V řečovém projevu seniorů se také objevují častější pauzy a používání tzv. slovní vaty⁴. Při čtení textu shledáváme pomalejší tempo a sníženou schopnost porozumění čtenému textu. Objevují se také tzv. riskantní strategie čtení – přeskakují slova a poté se musí vracet k vynechaným slovům, kvůli chybějícímu kontextu čteného sdělení. Pokud se v textu vyskytují nadbytečná slova, překlepy, či jiné elementy odvádějící pozornost, porozumění textu je negativně ovlivněno. Díky těmto poznatkům je třeba podotknout, že všechny informace předávané písemnou cestou by měly být zhotoveny s ohledem na specifické potřeby seniorů (Pokorná, 2010).

⁴ Slovní vata – stereotypní výplň mezi slovy (např.: „prostě“, „vlastně“), (Mikuláščík, 2010).

2 Syndrom demence

2.1 Vymezení syndromu demence

Dle Lužného (2012) patří syndrom demence mezi nejvýznamnější oblasti zájmu oboru gerontopsychiatrie. Je to soubor onemocnění, které se obvykle objevují v pokročilém věku, vzácněji během rané dospělosti (může ale postihnout i děti). Jde o vážné narušení psychiky člověka, která vede k významnému úpadku kognitivních i nekognitivních funkcí (běžné denní aktivity, poruchy chování, emotivity, spánku,...). Tato porucha progreduje a její projevy jsou interferentní vůči samostatnosti a soběstačnosti osoby s demencí (Jirák, 2013).

Manifestaci syndromu demence často předchází abnormální snížení kognitivních schopností, kdy dochází k postižení alespoň jedné složky kognitivních schopností. Tento syndrom se nazývá mírná porucha kognitivních funkcí (MCI⁵) (Sheardová, 2010). MCI nejčastěji progreduje do Alzheimerovy choroby (10 – 15%), u ostatních forem je to 5 – 16% (Sheardová, 2010).

2.2 Definice syndromu demence

Fanfrdlová (in Preiss a kol., 2006, s. 126) podává komplexní obraz syndromu demence a tento syndrom pojala jak z pohledu etiologie, tak i symptomatologie: „*Demenci v obecném slova smyslu rozumíme získanou ztrátu kognitivních schopností s dopadem na kvalitu fungování člověka v oblasti sociálních, pracovních a běžných každodenních aktivit. Bývají přidruženy taktéž změny behaviorální a osobnostní. Jde tedy o syndrom příznaků, které vznikají v důsledku onemocnění mozku z metabolických, infekčních nebo toxických příčin, event. dalších etiologií (trauma, tumor, normotenzní hydrocefalus). Symptomy nemoci jsou přítomné při neporušeném vědomí člověka*“.

Dále bychom rádi uvedli také definici MKN-10 – Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených projevů – 10. revize: „*Demence (F00 – F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly,*

⁵ MCI – mild cognitive impairment

sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“ (MKN, 10. revize, 2006, s. 45).

V souvislosti s tématem demence se stále více užívá pojem kognitivně-komunikační porucha. Jde poruchy, u kterých se spojuje úpadek kognitivních procesů, ale narušena je i řečová komunikace. Mezi tuto skupinu poruch nepatří pouze demence, ale také například narušení komunikační schopnosti po lézi centrální nervové soustavy (Neubauer, 2007).

2.3 Symptomatologie syndromu demence

Příznaky demence lze rozdělit do 3 základních skupin, které jsou zařazeny do schématu A-B-C, jehož název je odvozen z anglických slov: activities of daily life (každodenní aktivity), behaviour (chování) a cognition (kognice) (Holmerová et al., 2007).

Nejmarkantněji se tyto poruchy projevují v oblasti kognitivních schopností (C – cognition), často jsou to právě tyto poruchy, které rodina zaznamená jako první (Jiráček in Jiráček et al. 2009).

Holmerová et al. (2007) uvádí primární symptomy v oblasti kognitivních schopností:

- **intelektová deteriorace** – ve většině případů dochází k úpadku inteligence velmi plynule, avšak u některých forem může být zhoršení velmi náhlé,
- **poruchy paměti** – jde o nejnápadnější příznak, může jít o narušení krátkodobé paměti (zapomíná, co se stalo před chvílí, ztrácí věci, neschopnost vstřípivosti nových paměťových obsahů); upadá i dlouhodobá paměť (v pozdních stádiích demence, dochází k nepřesné výbavnosti),
- **poruchy orientace** (narušení orientace časem, místem, později i vlastní osobou),
- **poruchy úsudku a myšlení** – je poškozeno racionální myšlení (klient se není schopen vhodně obléknout), nedokáže vysvětlit přísloví, jsou zasaženy i matematické schopnosti,
- **poruchy pozornosti a motivace** – tyto osoby mají problém se započítáním i zakončením činností, nejsou schopni odolávat rušivým podnětům. V pozdních stádiích se objevuje apatie a hypomotivace, ztráta zájmu o předešlé činnosti,

- **korové poruchy** – v důsledku atrofie kortikálních oblastí dochází k fatickým poruchám (afázie⁶, agrafie⁷, alexie⁸, akalkulie⁹, agnosie¹⁰, apraxie¹¹),
- **porucha exekutivních funkcí** – jde o poruchy plánování, organizování a řízení činností. Osoba s demencí si není schopna naplánovat řešení svých úkonů (Holmerová et al., 2007).

Nejproblematictějšími projevy jsou pro okolí behaviorální a psychické příznaky (B – behaviour). Mohou se projevit už na počátku rozvoje demence, nicméně rozvoj těchto symptomů probíhá ve středně těžkých stádiích a tyto problémy vrcholí v těžkých stupních syndromu demence (Jiráček in Jiráček et al., 2009). U těchto klientů se rozvíjí psychiatrická symptomatologie. Často se objevují halucinace a bludy, které osoba s demencí vnímá jako reálnou situaci. Případná bagatelizace situace či zpochybňování obsahu halucinací není na místě (Holmerová et al., 2007). Většina klientů také vykazuje poruchy emotivity. Můžeme se tak setkat s určitou redukcí emocí, v pozdějších stádiích tyto osoby přestávají projevovat vyšší city (např. soucit) (Holmerová et al., 2007). Charakter těchto poruch je poměrně kolísavý a může se pohybovat na spektru od nepřiměřené euforie po nekontrolovatelný afekt (Jiráček in Jiráček et al., 2009). Můžeme se setkat i s tzv. muriatickou náladou, která se projevuje euforií a ztrátou taktu (Holmerová, 2007). Součástí symptomatologie syndromu demence jsou také afektivní poruchy, které vznikají následkem organického poškození mozku. Může jít o deprese, které často vyplývají z uvědomování si svojí nemoci, u těchto osob se také objevuje úzkostná nálada, často kvůli neschopnosti řešit a zvládat situace, které nastanou. Pokročilá demence vede také k úpadku osobnosti. Osoba s demencí ztrácí zájem a motivaci, dochází také k určitému oploštění osobnosti. Může se objevit zvýraznění klientových premorbidních rysů osobnosti (Holmerová et al. 2007).

Mezi sekundární znaky demence patří i poruchy chování. Může jít o hypoaktivitu, která se pojí s tzv. otupělou euforií (klient stále zírá do jednoho bodu, nebo nadměrně spí). U některých osob dochází naopak k hyperaktivitě, která se projevuje neklidem či zvýšenou

⁶ Afázie – porucha exprese a percepce řeči při ložiskovém poškození mozku (Kerekrétiiová, 2009).

⁷ Agrafie – získaná porucha schopnosti psát (ibid.).

⁸ Alexie – získaná porucha schopnosti číst (ibid.).

⁹ Akalkulie – schopnosti provádět základní matematické operace (Love, Webb, 2009).

¹⁰ Agnosie – získaná porucha poznávání (předměty, zvuky, tváře, místa), (Kerekrétiiová, 2009).

¹¹ Apraxie – narušení vykonávání naučených pohybů, (Love, Webb, 2009).

konfliktností (Holmerová et al., 2007). Jiráček (in Jiráček et al., 2009) řadí mezi behaviorální příznaky také poruchy spánku, které se mohou projevit buď nespavostí, nebo naopak nadměrnou spavostí. Časté jsou také změny ve spánkovém cyklu, nebo může dokonce dojít k úplné inverzi spánku (ve dne spí, a v noci jsou vzhůru).

Nevyhnutelný je i dopad syndromu na sociální život osoby s demencí. Symptomy se projevují v oblasti aktivit denního života (A – activities of daily living), (Jiráček et al., 2009). Holmerová et al. (2007) tuto oblast specifikují na narušení soběstačnosti. Tyto poruchy začínají nejdříve ve složitých profesních aktivitách (Jiráček in Jiráček et al., 2009), později i v instrumentálních aktivitách (používání telefonu, vaření, starání se o vlastní finance). V těžkých stádiích se tato choroba promítá i do základních sebeobslužných činností (koupání, používání toalety, stravování, oblékání, atd.) (Holmerová et al., 2007). U osob s velmi pokročilým stádiem demence dochází k inkontinenci stolice a moči, tato osoba je tak naprosto závislá na pomoci rodiny či ošetřovatelů (Jiráček in Jiráček et al., 2009).

2.4 Diagnostika syndromu demence

Přes neustálý pokrok medicíny a diagnostických postupů, patří demence mezi opomíjené a podceňované choroby. Problémy spojené s mírnou kognitivní poruchou či včasným stádiem demence, jsou často přičítány stárnutí (Borzová in Jiráček et al., 2009). Diagnostika tohoto syndromu je proces, který má několik důležitých kroků (Borzová in Jiráček et al., 2009). Holmerová et al. (2007) upozorňují, že diagnostika demence je pouze pravděpodobnostní a nelze ji se stoprocentní jistotou potvrdit ani vyloučit.

Jedním z prvních kroků je odebrání anamnézy. Jde jak o anamnézu rodinnou (často jde o těžký úkol, protože stárnoucí klient se suspektní demencí často není schopen podat věrohodné informace), ale především anamnézu osobní (informace o prodělaných chorobách, úrazech či jiných událostech, které by mohly mít vliv na kognitivní schopnosti). Vyšetřující osoba se dále ptá na anamnézu farmakologickou, pracovní a sociální. Velmi cenné jsou informace o současném onemocnění, resp. jaké jsou příznaky a kdy se začaly vyskytovat (Borzová in Jiráček et al., 2009).

Dále je třeba provést řadu somatických vyšetření. Může jít o neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření (zjišťuje se krevní obraz, hladinu kyseliny listové, vitamínu B, minerálů, aj.) (Borzová in Jiráček et al. 2009).

Nedílnou součástí je také orientační vyšetření kognitivních funkcí, kterým zjišťujeme úroveň paměti, schopnost percepce a exprese řeči, vizuospaciální schopnosti, praxi, kognitivní schopnosti a také exekutivní funkce (Borzová in Jiráček et al., 2009).

Nejpoužívanějším screeningovým testem kognitivních schopností je **Mini Mental State Examination** (MMSE). Provedení tohoto testu trvá 10 – 15 minut, klient má za úkol odpovědět na 30 otázek (Neubauer, 2007), které zjišťují schopnost orientace osobou a časem, obecné vědomosti, úroveň paměti a v neposlední řadě sledujeme také komunikaci a opis (Bayles, Tomoeda, 2007). Vyšetřovaná osoba může získat maximálně 30 bodů, intaktní klient musí ale získat minimálně 25. Výsledek nižší, než 24 bodů svědčí o možné demenci, ale již při 25 – 26 bodech má většina klinických pracovníků podezření na počínající demenci (Bayles, Tomoeda, 2007).

Pro posouzení verbální a vizuální paměti slouží **Wechslerova škála paměti**. Tento test dále hodnotí paměť logickou, ale také orientaci, schopnost zapamatovat si dvojici slov a obličejů (Borzová in Jiráček et al., 2009).

Spolu s MMSE je často prováděn i tzv. **Clock test** (Test kreslení hodin). Realizace testu trvá 5 – 10 minut a využívá kresbu ciferníku a umístění ručiček hodin ke zhodnocení narušení paměti, vizuálně-konstruktivních schopností a dalších funkcí jako představivost. Tento test může odhalit i další poruchy, například symptomy neglect syndromu (Neubauer, 2007), kdy klient není schopen rozeznat jednu část svého vlastního těla a okolního prostředí, za předpokladu, že tyto problémy nevznikají v důsledku narušení zorného pole (Love, Webb, 2009).

Pro potvrzení případných degenerativních procesů na mozku, či vyvrácení jiného onemocnění, které by mohlo způsobit deficit kognitivních funkcí, je třeba provést vyšetření pomocí zobrazovacích metod (Holmerová et al., 2007).

Strukturální vyšetřovací metody se používají pro zjištění morfologických odchylek, jsou tedy užívány k zobrazení abnormálních lézí (nádory, ischemie, krvácení, atrofie tkáně, otok či infekce) (Orel et al. 2012).

Mezi strukturální vyšetření patří:

- **počítačová tomografie (CT)** – využívá rentgenového záření, procházející určitou částí těla v několika řezech. Toto vyšetření je možno provést i bez kontrastní látky, její použití ale může pomoci odhalit normální a patologické stavy. Lze také provést CT angiografii, která zobrazuje stav cévní soustavy (Heřman, Orel in Orel et al., 2012). Nevýhodou tohoto vyšetření je, že se pacient setkává s určitou mírou rentgenového ozáření (Bayles, Tomoeda, 2007).
- **magnetická rezonance (MR/MRI)** – tato metoda umožňuje zobrazit případné abnormální změny centrální nervové soustavy. Toto vyšetření je založeno na využití

silného magnetického pole a elektromagnetické vlnění (Heřman, Orel in Orel et al., 2012). Vyšetření touto metodou je vyloučeno, pokud má pacient zavedený implantát s elektronickým zařízením (např. kochleární implantát) nebo má v těle nějaký kovový předmět (kovové šrouby). MRI je také nevhodná pro osoby trpící klaustrofobií či úzkostí (Bayles, Tomoeda, 2007).

Ke zjištění úrovně mozkové aktivity je třeba využít funkčních vyšetřovacích metod. Tyto metody zjišťují prokrvení či saturaci mozku kyslíkem. Ve zdravotnických zařízeních se běžně používají funkční zobrazovací metody:

- **funkční magnetická rezonance (fMRI)** – zobrazuje případné abnormality prokrvení aktivní mozkové tkáně. Aktivita mozku je závislá na krevním barvivu hemoglobinu, resp. jeho okysličení či neokysličení (Heřman, Orel in Orel et al., 2012).
- **elektroencefalografie (EEG)** – toto zařízení snímá elektrické potenciály, které vznikají při přenosu informací mezi buňkami. Lékaři jsou tak schopni potvrdit či vyloučit organicitu mozku (Orel in Orel et al., 2012).
- **pozitronová emisní tomografie (PET)** - pacientovi jsou nejprve podána radiofarmaka, která obsahují pozitronové zářiče. Přístroj potom zobrazí rozložení látky ve tkáních (Koranda, Orel in Orel et al, 2012).

Pro úspěšnou a efektivní terapii syndromu demence je zcela nezbytná včasná diagnóza. Problémem ale je, že po rozpoznání prvotních symptomů, lidé často váhají s návštěvou lékaře. Přes 50 % osob navštíví lékaře v pokročilém stádiu demence. Duševní porucha totiž přináší určité společenské stigma. Klient si tak bojí svoje problémy přiznat a zapominání přičítá stárnutí. Chyba může být i na straně zdravotnických pracovníků, u kterých se osoba s demencí může setkat s nezájmem o moderní léčbu a možnost podpůrných prostředků (Holmerová et al., 2007).

Diagnostická kritéria DSM-IV ¹² pro syndrom demence:

- A. rozvoj mnohonásobného kognitivního narušení, které se projevuje oběma následujícími symptomy:
1. porucha paměti (je narušená schopnost učit se novým informacím a schopnost vybavovat si informace dříve získané),
 2. minimálně jednu z následujících kognitivních poruch:
 - afázie (narušení symbolické funkce řeči),
 - apraxie (narušení schopnosti vykonávat motorické aktivity, přestože motorické funkce jsou intaktní),
 - agnózie (porucha rozpoznávání či identifikace předmětů, přestože smyslové funkce jsou intaktní),
 - porucha exekutivních funkcí (např. plánování, organizování, schopnost následnosti, abstrakce),
- B. narušení kognitivních schopností v bodech A1 a A2 významně narušují sociální nebo profesní působení a způsobují značný úpadek působení předešlého,
- C. průběh poruchy má plíživý začátek a progreduje úpadkem funkcí,
- D. porucha kognitivních funkcí není způsobena jiným onemocněním centrální, nervové soustavy, systemickým narušením či abúzem substancí,
- E. narušení nelze vysvětlit jiným duševním onemocněním (Jiráček, 2011).

Nová verze Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-V) přinesla i změny v diagnostických kritériích pro demenci.

Kvůli negativní konotaci slova „demence“ se v tomto manuálu používá nový termín – těžká neurokognitivní porucha (major neurocognitive disorder). Narušení paměti již není povinným diagnostickým kritériem, vzhledem k tomu, že demence se může vyskytovat, i když se porucha paměti nemanifestuje (Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-V. In: www.dsm5.org).

¹² DSM-IV – Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

2.5 Terapie syndromu demence

Většina forem demencí prozatím není vyléčitelná, ale vhodně zvolenou terapií je možné zpomalit progresi onemocnění (Jirák in Jirák et al., 2009).

Léčba těchto poruch by měla být pojímána holisticky a v ideálním případě se soustředit na oblast farmakoterapie, ale i nefarmakologické postupy (rehabilitační a aktivizační postupy) (Lužný, 2012).

2.5.1 Farmakoterapie

Lékař může předepsat buď farmakoterapii kognitivní (má vliv zejména na narušené poznávací funkce) nebo nekognitivní (podávané při sekundárních poruchách nálad a afektech (Jirák in Jirák et al., 2009).

Vzhledem k vyššímu věku pacientů je třeba podávat co nejšetrnější farmaka, v co nejnižší možné dávce. Upřednostňuje se podávání jednoho léku. Jeho nasazení i vysazování by se mělo uskutečňovat postupně. Pozornost by měla být věnována také vedlejším účinkům a interakci s jinými léky, které osoba může užívat (Jirák in Jirák et al., 2009).

2.5.2 Nefarmakologické postupy

- **Programové aktivity**

Osoby v lehkém až středně těžkém stadiu demence jsou schopny jisté úrovně sebeobsluhy a komunikace a jsou tak schopni účastnit se různých činností. Pro tyto osoby je vhodný pravidelný denní režim (k udržování režimu je ale třeba osoby s demencí vést citlivě a opatrně). Není žádoucí někoho do aktivit nutit, ale co možná nejdelší setrvávání ve společnosti ostatních osob ve společném prostoru má na osoby demencí většinou pozitivní vliv (Jirák in Jirák et al., 2009).

- **Individualizované aktivity**

Tato metoda je vhodná pro osoby v těžším stadiu demence, které při terapii potřebují individuální přístup, a účast při programových aktivitách již není žádoucí. V tomto případě nutná ani pevná struktura dne, protože tyto osoby obvykle déle spí a noční bdění již není tak časté. Účelem je tedy poskytování různorodé a snadné aktivity. Přestože tyto klienti potřebují stále více péče, snažíme se je vést k co největší samostatnosti v oblasti sebeobsluhy (Jirák in Jirák et al., 2009).

- **Reflektivní podpora**

Tento přístup vzešel z řad pracovníků Gerontologického centra a České Alzheimerovské společnosti. Jejím hlavním znakem je holistický multidisciplinární přístup a vychází z nejnovějších poznatků současné vědy. Základ reflektivní podpory tvoří několik principů (Jiráček in Jiráček et al., 2009).

Osoba s demencí musí být za každých okolností přijímána jako individuální bytost a je nezbytné brát ohled na její důstojnost a svébytnost. Je také třeba brát ohled na přání klienta (vyjádřená jak slovy, tak chováním), potřeby a momentální stav klienta musíme brát v úvahu i v oblasti léčby. Tento přístup se také zaměřuje na odstranění nežádoucích či nepříjemných podnětů a naopak nabízení těch příjemných. Všichni poskytovatelé péče – ošetřovatelé i rodinní příslušníci jsou rovnocenní (ibid.).

- **Orientace realitou**

Jde o jednu z nejstarších metod terapie demence a vychází z předpokladu, že k usnadnění orientace osoby s demencí je připomínání skutečné reality. V současnosti se již nepoužívá celkový koncept orientace realitou, ale jen určité prvky této terapie. (Jiráček in Jiráček et al., 2009). Orientace realitou může být praktikována buď individuálně, nebo i skupinově. V praxi jde o výrazné označení místností, časové informace (čas, den, měsíc, atd.), (Holmerová et al., 2007). V klinické praxi se potvrdilo, že aplikace celkového přístupu sice může zlepšit orientaci klientů, ale neustále připomíná reality, může klientům způsobit smutek či poruchy chování (Jiráček in Jiráček et al. 2009; Holmerová et al., 2007).

- **Validace podle Naomi Feil®**

Se snižující se krátkodobou pamětí, slovní zásobou a pomalou ztrátou logického uvažování začíná být člověk s demencí dezorientovaný a nešťastný. V některých případech se mohou objevit i známky slovní či fyzické agresivity. Pro snížení výskytu těchto projevů je vhodné použít metodu Validace podle Naomi Feil®. Účelem této metody je nesnažit se vyvrátit jim jejich myšlenky, ale naopak potvrdit dezorientované osobě, že jejich pocity a emoce jsou opravdové (Pokorná, Sukupová, 2014).

K cílům této metody patří: obnovení pocitu sebedůvěry, snížení stresu, snížení chemických či fyzických prostředků k potlačení nežádoucího chování, usnadnění komunikace (verbální i neverbální), případně i vyřešení nevyřešených konfliktů z minulosti (ibid.).

- **Kognitivní trénink**

Tato metoda je vhodná především pro osoby ve stádiu mírné až středně těžké demence. Účelem kognitivního tréninku je především aktivizace a procvičení, ale protože demence je onemocnění progresivní, u většiny osob nedochází ke zlepšení poznávacích schopností (Jiráček in Jiráček et al., 2009). Jde o různé jednoduché slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov (například podle prvního písmene), skládání různých obrazců, aktivity na motivy hry pexeso (Holmerová et al., 2007). Při aplikaci tohoto postupu je třeba postupovat velice citlivě a poskytovat klientům pozitivní zpětnou vazbu, protože kognitivní trénink může být pro tyto osoby až stresující záležitostí (Jiráček in Jiráček et al., 2009).

- **Reminiscence**

Metoda reminiscence slouží k vybavení různých podnětů pomocí vzpomínek. Tento postup se používá zejména pro aktivizaci klienta s poruchami krátkodobé paměti (Holmerová et al., 2007). Klient společně s terapeutem vzpomínají na zážitky z minulosti, za použití starých fotografií, či různých předmětů. Vzhledem k tomu, že terapeut pravděpodobně nezná klientovu minulost, je třeba využít spolupráce rodiny. Díky těmto předmětům může klient mluvit o věcech z minulosti, které si stále pamatuje a navazování rozhovoru je zjednodušeno. Při reminiscenční terapii se doporučuje hovořit spíše o mládí a středním věku klienta a nezabíhat příliš do dávné minulosti (Jiráček in Jiráček et al., 2009).

- **Naučený postup**

Jde o vizualizaci postupů či návodů, jak provádět určité aktivity. Je tu zahrnut také seznam preferencí dané osoby a typický režim dne (Jiráček in Jiráček et al., 2009).

- **Kinezioterapie a taneční terapie**

Tanečně-pohybová terapie je psychoterapeutická činnost, díky které pacienti nalézají radost z funkční činnosti, jednotu tělesné a duševní složky, obnovení pozitivního přijetí sebe sama, autonomii a tělesnou symboliku (Dosedlová in Müller et al., 2014). Pohybové terapie jsou vhodné zejména pro udržení síly svalů a rovnováhu a do určité míry mohou předcházet i problémovému chování. Náplní těchto terapií mohou být nejen cílená cvičení, ale i vycházky. Pro všechny typy pohybových aktivit ale platí, aby odpovídaly fyzickému stavu klienta a aby byly terapeutem slovně komentovány.

Mezi terapie pohybem lze zařadit i taneční terapii. Hudba a tanec mají pozitivní vliv na lidské emoce a mohou usnadnit i neverbální komunikaci mezi terapeutem a klientem (Jirák in Jirák et al., 2009).

- **Arteterapie a muzikoterapie**

Arteterapie slouží k vyjádření pocitů, nálad a stavů, za pomoci výtvarného umění. Terapeut může tak klienta lépe poznat a pomoci mu, aby porozuměl sobě samému (Potměšilová in Müller, 2014). Muzikoterapie je profesionální užití hudby (nebo hudebních elementů) k intervenci (Mastnak, Kantor in Müller, 2014). Obě tyto terapie slouží především k emočnímu rozvoji osob s demencí, případně k uvolnění negativních pocitů (Lužný, 2012).

- **Pet terapie (také animoterapie či zooterapie)**

Tato terapie probíhá s asistencí zvířete a je založena na pozitivním (léčebném) působení zvířete na člověka (Velemínský in Müller et al., 2014). Pro osoby s demencí je přítomnost zvířete velice pozitivní podnět. Mezi nejčastější terapie patří canisterapie, která využívá terapeutického působení psa na zdraví člověka (Galajdová in Müller, 2014) a felinoterapie, při které dochází k využití vzájemného pozitivního působení mezi člověkem a kočkou k terapii nebo podpoře lidského zdraví (Hypšová in Müller, 2014).

- **Spirituální péče**

Pro osoby s demencí je možnost hovoru s duchovním, požehnání, či přijetí svátosti (smíření, přijímání, poslední pomazání) významnou pomocí při řešení běžných problémů (Lužný, 2012).

3 Formy syndromu demence

3.1 Atroficko-degenerativní demence

Mezi demence atroficko-degenerativního původu patří Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově nemoci, demence při Huntingtonově nemoci, frontotemporální demence (Lužný, 2012), Pickova choroba a další vzácné demence (Fišar, Jirák, 2001). Tyto demence se objevují jak v čisté formě, tak i ve smíšené a přechodové podobě. Symptomatologie smíšených forem je velmi rozmanitá, což může být překážkou na cestě ke správné diagnóze (Lužný, 2012).

3.1.1 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je typická progresivním úpadkem kognitivních funkcí, především paměti, myšlení a schopnosti učit se. Nemoc často začíná mírnými příznaky a zpravidla končí těžkým poškozením mozku (Duthey, 2013). Nástup nemoci je nenápadný, plíživý (poruchy paměti jsou občas přičítány stárnutí), ale progredience je trvalá (Pidrman, 2007).

Jde o nejčastější formu syndromu demence, je diagnostikována až v 50 % případů a dalších 10 – 20 % zaujímá Alzheimerova nemoc v kombinaci s jinou formou (Jirák, 2013).

Toto onemocnění je způsobeno úbytkem nervových buněk a následnou atrofií mozkové tkáně (Jirák in Jirák et al., 2009). Nejvíce se změny projevují v temporální a parietální oblasti mozkové kůry (Jirák, 2013). V mozku osoby s Alzheimerovou demencí dochází k ukládání patologicky vzniklého proteinu, nazývaný beta-amyloid. Tento protein vytváří tzv. drůzy (krystalky), v jejichž okolí dochází k patologickým dějům (Jirák in Jirák et al., 2009). U seniorů ve věku 78 let existuje 20 – 40 % pravděpodobnost, že se v jejich mozkové tkáni objeví beta-amyloidové plaky. Velké procento osob vykazuje patologický výskyt beta-amyloid proteinu, to ovšem neznamená, že se u nich musí manifestovat kognitivní deficit. Výskyt diagnostikované Alzheimerovy nemoci v tomto věku je 5 – 10 % (Jirák, 2013). Dále jsou postupně narušeny funkce neurotransmiterů, které se u intaktních osob navážou z jednoho neuronu na druhý, a spustí tak vzruch (Jirák in Jirák et al., 2009).

Zpočátku se Alzheimerova nemoc projevuje velice pomalu, příznaky často unikají pozornosti okolí a jsou mylně považovány za projev stáří (Pidrman, 2007). Tyto projevy jsou zpočátku diagnostikovány jako mírná poruchy kognitivních funkcí (Jirák in Jirák et al., 2009). Prvotními příznaky jsou poruchy krátkodobé paměti, všípivosti a narušení

epizodické paměti. Záhy se projeví porucha orientace v prostoru i čase (Jiráček in Jiráček et al., 2009). Následuje zhoršení i ostatních kognitivních funkcí jako je úsudek, logika, abstrakce, plánování aktivit, ale i jejich realizace. Také nekognitivní funkce nezůstávají beze změny. Osoba s Alzheimerovou chorobou může také trpět poruchami spánku, poruchami nálady a narušeným chováním (Lužný, 2012). V některých případech se také může projevit afázie, apraxie, hypomotivace, snížená spontaneita, nebo naopak deliberace v oblasti sociálního či estetického chování (Lužný, 2012).

Lužný (2012) uvádí dva základní typy Alzheimerovy nemoci: nejčastějším typem je **sporadická forma**, kterou trpí 90 – 95 % osob. V příbuzenské linii se neobjevují žádné příznaky této nemoci. Onemocnění je pravděpodobně podmíněno věkem. U osob s **familiární formou demence**, která se objevuje v 5 – 10 %, se objevují genové markery (Lužný, 2012). Tato forma je nejčastěji ovlivněna mutacemi tří genů. Jde o gen APP na chromozomu 21 (v současné době je objeveno 25 mutací, onemocnění se objevuje přibližně ve věku 49 let), dále gen PSEN1 na chromozomu 14 (je známo 155 mutací a nemoc může propuknout ve věku 44 – 46 let) a nakonec gen PSEN2 na chromozomu 1 (v současnosti známe 10 mutací, příznaky nemoci se objevují ve věku 58 – 59 let). Množství objevených mutací však stále roste a s nimi i počet rodin postižených tímto onemocněním (Jiráček, 2013).

Pro stanovení diagnózy je třeba získat anamnézu klienta. Vyšetřujícího lékaře zajímá osobní anamnéza (především kdy se objevily první příznaky), rodinná anamnéza (podobné problémy se mohou objevovat u příbuzenstva klienta). Lékař sleduje současnou manifestaci nemoci v aktivitách běžného dne, ale také v oblasti paměti, logického uvažování, abstraktního myšlení. Důležité jsou také otázky ohledně poruchy v oblasti chování. Mohou se objevit útky a bloudění, nepřiměřená manipulace s penězi, elektřinou či plynem. Rodinní příslušníci mohou také zaznamenat zvýšenou agresivitu či poruchy spánku v podobě nespavosti nebo vyšší aktivity v nočních hodinách s následným pospáváním během dne (Lužný, 2012). Dalším krokem ke zjištění diagnózy je zjištění kognitivních výkonů klienta pomocí testů. Nejpoužívanějšími orientačními metodami jsou Mini-Mental State Examination (MMSE) a test kreslení hodin. Podrobnější výsledky můžeme získat při použití Brief Cognitive Rating Scale (Lužný, 2012).

Z diferenciatně diagnostického hlediska je důležité laboratorní vyšetření. Je třeba vyloučit všechny choroby, které mohou způsobit úpadek kognitivních funkcí a lze je potenciálně vyléčit. Mezi taková onemocnění patří například diabetes mellitus,

endokrinologická onemocnění, zánětlivá onemocnění, dehydratace či iontová nerovnováha. Pro diferenciální diagnostiku atypicky probíhající demence lze indikovat i vyšetření mozkomíšního moku. Osoby se suspektní Alzheimerovou chorobou musí dále projít strukturálním a funkčním vyšetřením mozku¹³ (Lužný, 2012).

Liu et al. (2013) uvádí, že hlavním rizikem pro vznik Alzheimerovy choroby mohou být změny na apolipoproteinu E. Dalším důležitým krokem je tedy stanovení genotypu apolipoproteinu ApoE (Lužný, 2012).

V případě složitějších diagnostických podmínek je možné svolat konziliární vyšetření a poradit se s dalšími odborníky z jiných oborů (Lužný, 2012).

3.1.2 Demence u Parkinsonovy nemoci

Parkinsonova nemoc (dále PN) je chronické onemocnění progresivní povahy, které postihuje nervový systém člověka. Při tomto onemocnění dochází k zániku nervových buněk v oblasti bazálních ganglií (substantia nigra), která za normálních okolností produkuje dopamin (Růžička, 2006).

Klinické příznaky PN se obvykle objevují kolem 60. roku (10 % osob onemocní před 40. rokem a dalších 10 % po 75. roku života). Tímto onemocněním trpí o pětinu více muži (Růžička, 2007).

V počátečním stádiu je PN téměř nepostřehnutelná, objevují se potíže s čichem (hyposmie), únava, deprese (Růžička, 2007), potíže s trávením (obstipace), hyperhidóza (Rektorová, 2007). Lužný (2012) dále uvádí další nemotorické příznaky, jako potíže s močením, slinění, mikrografie a v pozdním stádiu i poruchy polykání. Poté následují tělesné symptomy jako bolesti svalů a kloubů (Růžička, 2007), tyto projevy se postupně vyvinou ve specifické motorické příznaky¹⁴ (Rektorová, 2007). Mezi nejnápadnější potíže patří omezený rozsah pohybu (hypokineze), kterou často doprovází rigidita svalů (Lužný, 2012), dále zpomalení pohybu (bradykineze) a porucha pohybového startu, neboli akineze (Růžička, 2007) a v neposlední řadě specifická šouravá chůze¹⁵ a posturální instabilita, která

¹³ Strukturální vyšetření – CT (počítačová tomografie), MRI (magnetická rezonance); funkční vyšetření – PET (pozitronová emisní tomografie), fMRI – funkční magnetická rezonance) (Lužný, 2012).

¹⁴ Motorické příznaky PN se souhrnně nazývají hypertonicko-hypokinetický syndrom.

¹⁵ V pozdních stádiích se projevuje tzv. akinetický freezing – náhlá blokáce pohybu, především při chůzi (Růžička, 2007).

může zvýšit riziko pádů (Lužný, 2012). Laická veřejnost si PN spojuje nejčastěji s klidovým tremorem. Jde o třes končetiny o nízké frekvenci. Přestože jde o velmi typický symptom, případnou nepřítomností tremoru nelze vyvrátit existenci PN (Růžička, 2007). U některých klientů se mohou objevit kognitivní poruchy, které se mohou v pozdním stadiu PN postupně zhoršovat až do stadia demence (Rektorová, 2007). Aarsland a Kurz (in Rektorová, 2010) uvádí, že výskyt demence u osob s Parkinsonovou chorobou je přibližně 30 %, ale po 10 letech progresu onemocnění se může prevalence demence zvýšit až na 75 %.

Pro demenci u Parkinsonovy nemoci (PND) je typické celkové zpomalení psychického výkonu (bradypsychismus), které doprovází zpomalení řeči, tzv. bradylogie. Objevují se poruchy exekutivních funkcí, tzn. naplánování a vykonání složitější činnosti (Fišar, Jirák, 2001), problémy s pozorností, zapamatováním i vybavováním paměťových stop (Lužný, 2012). Emre (in Rektorová, 2010) popisuje další přídatné příznaky PND. Jedná se o poruchy chování, např. apatie, změny nálady, změny osobnosti, halucinace či bludy. Mezi časté symptomy PND patří také nadměrná spavost.

Pro diagnózu je podstatné získání anamnézy a následné neurologické vyšetření. Výskyt Parkinsonovy choroby je pravděpodobný, pokud se u dané osoby manifestují dva ze tří symptomů (hypokineze, rigidita, svalový třes) (Růžička, 2007).

Důležitým testem je podání dopaminergní látky. Pokud příznaky po dávce této látky příznaky ustoupí, je diagnóza Parkinsonovy nemoci velmi pravděpodobná (Růžička, 2007).

Terapie PN se soustředí především na symptomy onemocnění. Je založena na farmakoterapii, především na substituci chybějícího dopaminu. Hlavním lékem je Levodopa (L-DOPA), (Růžička, 2007). Další možností je funkční neurochirurgická léčba, přesněji hluboká mozková stimulace (Růžička, 2007).

3.1.3 Demence s Lewyho tělísky

Pro osoby s touto formou syndromu demence je typická přítomnost jak alzheimerovských, tak parkinsonských změn, ale objevují se také příznaky specifické pro demenci s Lewyho tělísky – dále LBD (Konrád, 2004). Někteří autoři dokonce považují LBD¹⁶ za variantu Alzheimerovy choroby (Fišar, Jirák 2001). Roth (in Rektorová, Roth,

¹⁶ Někteří autoři používají i zkratku DLB (Dementia with Lewy bodies)

2010) dokonce tvrdí, že demence s Lewyho tělísky a Parkinsonova choroba jsou shodné diagnózy a není žádný specifický příznak, který by jasně diferencioval PN a LBD.

Lewyho tělíška¹⁷ se objevují jak v subkortikální oblasti mozku (substantia nigra a locus coeruleus), tak i v mozkové kůře, především v oblasti frontálního, temporálního a parietálního laloku (Fišar, Jiráček, 2001) a v dalších kortikálních oblastech mozku – v paralimbických a nekortikálních strukturách (Konrád, 2004). Konrád (2004) uvádí nové poznatky o etiologii LBD. V mozku osob s LBD byly objeveny imunoreaktivní procesy a zánětlivé procesy, způsobující degeneraci tkáně. Tyto změny mohou být příčinou nemoci ve větší míře, než Lewyho tělíška.

Výskyt této nemoci není nijak vzácný, je to druhá nejčastější forma syndromu demence. Odhaduje se, že prevalence LBD je okolo 10 %, přesto stále zůstává málo diagnostikována, pravděpodobně pro svoji zaměnitelnost s Alzheimerovou nebo Parkinsonovou nemocí (Konrád, 2002; Rektorová 2010). Diagnóza LBD je v současnosti určena jen asi u 4% pacientů (Konrád, 2002).

Demence s Lewyho tělísky se vyznačuje dlouhodobým plynulým zhoršováním, ale také kolísáním v kognitivních i nekognitivních výkonech (Lužný, 2012). U osob s LBD se vyskytují opakující se zrakové halucinace, bludy (Pidrman, 2007), změny v pozornosti a bdělosti, tzv. tranzitorní deliria (Konrád, 2002).

McKeith et al. in Konrád (2002) stanovil konsenzuální kritéria pro diagnózu pravděpodobné a suspektní LBD:

A. Typické symptomy požadované pro diagnózu LBD

Progresivní kognitivní změny, které negativně ovlivňují sociální život a zaměstnání. Porucha paměti nemusí být zjevná na počátku nemoci, ale s progredujícím onemocněním se prohlubuje. Dále se objevují nedostatky v pozornosti, zrakové orientaci a dalších dovednostech.

¹⁷ Lewyho tělíška – amorfni hmota a filameny cytoskeletu, které vytváří inkluze v nervových buňkách (Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/lewyho-teliska>)

Friedrich H. Lewy objevil při zkoumání Parkinsonovy choroby patogenní protein, který narušovat funkci mozku.

B. Dva z následujících symptomů jsou důležité pro diagnózu LBD

Objevuje se kolísání kognitivních schopností se změnami v oblasti pozornosti a aktivity. Osoby s LBD mají také opakované vizuální halucinace a spontánní pohyby odpovídající parkinsonismu.

C. Symptomy, které podporují diagnózu LBD

Osoby s touto formou demence mohou trpět opakovanými pády, synkopami, přechodnými ztrátami vědomí, senzitivitou k neuroleptikům a antipsychotikům. Objevují se opakované bludy a halucinace.

D. Diagnóza LBD je méně pravděpodobná

Za přítomnosti mozkových infarktů nebo za přítomnosti jiného onemocnění, které vysvětluje symptomy.

Terapie probíhá farmakologickou cestou – jako u Alzheimerovy choroby, podáním inhibitorů acetylcholinesterázy. Při manifestaci psychotických příznaků lékaři předepisují antipsychotika.

3.1.4 Frontotemporální demence

Jde o různorodý klinický syndrom, který je způsobený atrofií čelní a spánkové oblasti mozku (Pidrman, 2007). Benešová (in Raboch et al. 2002) poukazuje na častý výskyt této formy. Může jít až o 20 % všech presenilních demencí.

První příznaky onemocnění se mohou objevit již od 45 let, ale pásmo počáteční manifestace demence může končit až ve věku 70 let (Lužný, 2012).

Frontotemporální demence (FTD) je charakteristická pomalým začátkem. V prvotní fázi onemocnění dochází k výrazné změně osobnosti a charakteru (Lužný, 2012), přestože kognitivní funkce jako orientace a paměť, jsou zachovány (Benešová in Raboch et al., 2002). Spontánní chování se redukuje a ubývá i množství zájmů. U těchto osob se opakují určité vzorce chování, dochází k perseveraci. Rodina může zaznamenat náhlé výkyvy emocí – od planého vtipkování k apatii (Lužný, 2012). Společně se změnou osobnosti se mění i chování. Osoba může ztratit znalosti o morálních a etických normách společnosti, chování osoby s FTD může být až nevhodné a nepřiměřené (hypersexualita, sexuálně deviantní chování). Postupně mizí cit k druhým osobám a ke společenským normám (Lužný, 2012). Klienti s frontotemporální demencí také často trpí inkontinencí, mají problémy jak s udržením stolice,

tak i s mikcí. V pozdních stádiích se mohou objevit o poruchy polykání a hrozí tak nebezpečí vdechnutí potravy či tekutiny (ibid.).

Vyskytuje se jak forma sporadická, tak i familiární, která se objevují až u 40 – 50 % klientů s FTD (Lužný, 2012).

Benešová (in Raboch et al., 2002) uvádí tři typy FTD: jedná se o typ desinhibovaný (projevuje se „odbrzděným“ chováním a bezúčelnou aktivitou), typ apaticko-abulický (projevuje se netečností, jak vůči sobě, tak i vůči okolí) a typ stereotypní (objevuje se stereotypní či rituální chování).

Přestože někteří odborníci vidí **Pickovu chorobu** a frontotemporální demenci jako synonymum (např. Bayles, Tomoeda, 2007), Lužný (2012) uvádí, že se jedná o FTD v užším slova smyslu. Klinický obraz FTD a Pickovy choroby je téměř shodný, Pickova choroba se liší ve výskytu Pickových tělísek v mozku.

Do spektra frontotemporálních demencí Lužný (2012) dále řadí **progresivní nonfluentní afázii** a **progresivní fluentní afázii**¹⁸. Nonfluentní typ je charakteristický řečovými obtížemi. Objevují se agramatismy, komolení slov, anomie, agrafie či alexie. Kognitivní funkce nejsou tolik narušeny. V případě fluentní afázie dokáže klient reprodukovat plynulou spontánní řeč s relativně dobrou artikulací, řeč je ale bezobsažná, osoba si neuvědomuje význam vyřčených slov (Lužný, 2012).

Diagnostika probíhá po vyšetření CT a MRI, kde se prokáže charakteristický klinický obraz atrofie v oblasti čelního a spánkového laloku. Konečnou diagnózu lze stanovit až podle morfologického a histologického nálezu (Benešová in Raboch et al., 2002).

3.1.5 Huntingtonova nemoc

Huntingtonova nemoc neboli Huntingtonova chorea je autozomálně dědičné neurodegenerativní onemocnění, chronicko-progresivního charakteru. Nemoc se obvykle manifestuje až v dospělosti. (Doubek et al., 2002).

Je vázaná na chromozom 4, kde dochází k mutaci genu, který kóduje bílkovinu s názvem huntingnin (Lužný, 2002). Riziko přenosu na další generaci je 50 %. Tuto

¹⁸ Také nazývána jako sémantická demence

pravděpodobnost lze potvrdit nebo vyvrátit pomocí DNA analýzy. Vyšetření se provádí buď v případě podezření na Huntingtonovu chorobu, nebo jako prediktivní test, v případě, že je daná osoba v riziku nemoci (Doubek et al., 2002). Prevalence této choroby je přibližně 1:10 – 15 000 (Roth, Klempíř, 2009).

Huntingtonova choroba je charakteristická svými motorickými projevy. Jde o tzv. choreatické pohyby¹⁹, tyto osoby jsou také náchylnější k pádům. Často trpí dysfagickými obtížemi a dysartrií (Lužný, 2012).

Roth, Klempíř (2009) rozlišují tuto chorobu na **formu klasickou**, která se projevuje ve středním věku, především motorickými symptomy (chorea, poruchy motility) a také kognitivním úpadkem či poruchami chování.

Poměrně vzácná **juvenilní forma** se začíná manifestovat již kolem 20 let. Nejdříve se projevuje poruchami kognitivních procesů a chování. Choreatické projevy nejsou tak evidentní, častější je rigidita a bradykineze (Roth, Klempíř, 2009). Také **forma s pozdním začátkem Huntingtonovy nemoci** je relativně vzácná. Hlavním symptomem je chorea, úpadek kognitivních funkcí je relativně pomalý. Osoba s touto formou tak může být poměrně dlouhou dobu soběstačná (Roth, Klempíř, 2009).

Konečné diagnóze této choroby předchází neurologické vyšetření, včetně vyšetření zobrazovacími metodami (CT a EEG) (Doubek et al., 2002). Huntingtonova nemoc je letální a léčba je pouze symptomatická. Nejčastěji je indikována podpůrná a ošetrovatelská léčba (Lužný, 2012).

3.2 Demence vaskulárního původu

Demence vaskulárního původu je druhou nejčastější formou (Román et al., 2002). Celosvětový výskyt vaskulární demence je odhadován přibližně na 20 % (s vyšším výskytem u mužů) (Bayles, Tomoeda, 2007).

Vaskulární demence (VD) vzniká většinou po prodělání mozkového infarktu, který je nejčastěji způsoben náhlou nebo opakovanou ischemií mozku (nedostatečné cévní zásobení mozku). Vzácnější je mozkový infarkt způsobený hemoragií (poškození tkáně krvácením) (Lužný, 2012).

¹⁹ Choreatické dyskineze – rychlé, mimovolní, nepravidelné a nepředvídatelné svalové pohyby, včetně obličejové části

Průběh VD je často kolísavý, aktuální klinický obraz nemoci závisí na současném stavu ischemie a také na zaléčení dalších nemocí (diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, atd.) (ibid.).

K hlavním symptomům patří zpomalení psychomotorických funkcí, způsobené úpadkem kognitivních schopností (Román, 2002). Horšení symptomů je kaskádovitého charakteru. U klientů s VD se objevují časté deprese, halucinace a deliria²⁰. Pro tuto formu demence jsou typická kardiovaskulární onemocnění a ložiska (Lužný, 2012).

Mezi nejčastější podtypy vaskulární demence patří:

- **Vaskulární demence s akutním začátkem**

Tento subtyp vzniká nejčastěji při masivnějších cévních mozkových příhodách (dále jen CMP). Zejména v oblastech, důležitých pro paměť (Borzová, Jiráček in Jiráček et al., 2009).

- **Multiinfarktová demence**

Tato demence vzniká nejčastěji po prodělání tzv. mikroinfarktů, jak v kortikální oblasti, tak v podkoří. Po dosažení určitého množství poškozené tkáně se obvykle začínají projevovat příznaky demence (Lužný, 2012).

Pro multiinfarktovou demenci je typický kolísavý průběh, mohou se projevit i příznaky afázie, alexie, akalkulie, apraxie či dysartrie (ibid.).

- **Subkortikální vaskulární demence (Binswangerova nemoc)**

Charakteristická je ischemie v subkortikální oblasti, přičemž mozková kůra není nijak výrazně narušena. Klinický obraz tohoto podtypu se od ostatních poněkud liší. Objevují se symptomy svalové ztuhlosti a pády v důsledku poruch chůze (Lužný, 2012). Binswangerova nemoc se dále projevuje bradykinezi, narušením exekutivních funkcí, depresemi a poruchami jemné motoriky (též parkinsonský syndrom) (Borzová, Jiráček in Jiráček et al., 2009).

²⁰ Delirium – stav zmatenosti, dezorientace

- **Smíšená kortikální a subkortikální demence**

U smíšených typů dochází ke kombinaci příznaků kortikálních a subkortikálních demencí (Lužný, 2012).

Terapie vaskulárních demencí je zaměřena na léčbu přítomných kardiovaskulárních nemocí a na terapii přítomných příznaků (infekce močových cest, úprava výživy, hydratace) (Lužný, 2012, s. 65).

3.3 Symptomatické demence

3.3.1 Demence infekčního původu

Infekce mohou napadnout mozkovou tkáň (vznikají tak encefalitidy) nebo také mozkové pleny, které způsobují meningoencefalitidy. Tyto infekční choroby pak mohou být příčinou vzniklé demence (Jiráček in Jiráček et al., 2009).

- **Luetická demence**

V současnosti vzrůstá výskyt lues (syfilis), a to především u rizikových skupin (narkomani, lidé s AIDS, osoby živící se prostitucí). Toto onemocnění se může vyskytovat buď v podobě vrozené (vzniká přenosem z matky na plod), nebo získané (přenosné nejčastěji pohlavním stykem nebo krevní cestou) (Lužný, 2012).

Psychiatrické příznaky se objevují v terminálním stadiu lues, až několik let po nakažení. Demence způsobená touto infekcí může mít různé klinické příznaky, které připomínají Alzheimerovu chorobu, až po demenci s depresí. Terapie demence luetického původu je kauzální (řeší příčinu onemocnění, tzn. syfilis) a spočívá v podávání antibiotik (Jiráček in Jiráček et al., 2009).

- **Demence při HIV/AIDS**

Vznik syndromu demence může způsobit buď sám syndrom demence, nebo další faktory spojené se selhávající imunitou (Jiráček in Jiráček et al., 2009). Mezi symptomy demence na podkladě HIV/AIDS patří zhoršená pozornost, zpomalení psychomotorických procesů, deprese, anxiozita či podrážděnost. Tento typ demence není léčitelný, terapie je soustředěna především na HIV/AIDS (podávání antiretrovirových látek) (Lužný, 2012).

3.3.2 Demence při prionózách

Prionové nemoci²¹ mohou postihnout lidi i zvířata. Jde o neurodegenerativní onemocnění, která způsobují závažné změny mozkové tkáně. Tato skupina onemocnění je neléčitelná a letální a jejich progredience je velmi rychlá (Franková in Jirák et al., 2009).

- **Creutzfeldt-Jakobova nemoc**

Jedná se o nejčastější lidskou prionovou nemoc. Její výskyt se odhaduje na jeden případ z milionu obyvatel na rok. Nejčastěji se nemoc objevuje ve formě sporadické, ale 10 – 15 % je familiárních (genetických) (Franková in Jirák et al., 2009).

U osob s Creutzfeldt-Jakobovou nemocí se objevují symptomy neurologické (cerebelární ataxie, choreatické pohyby, prudké svalové záškuby, poruchy zraku, extrapyramidové a pyramidové symptomy, křeče připomínající epilepsii,...) a příznaky psychiatrické (emoční labilita, depresivita, anxiozita, mutismus, stereotypie či rigidita, těžká demence) (Lužný, 2012). V terminálním stadiu jsou tito pacienti často nepohybliví, se svalovou rigiditou, objevuje se i centrální slepota (Franková in Jirák et al., 2009).

Vzhledem k vysoké infekčnosti onemocnění je třeba pacienta se suspektní Creutzfeldt-Jakobovou nemocí diagnostikovat za velice přísných hygienických a protiepidemiologických podmínek (diagnostice tohoto onemocnění se věnuje laboratoř v Thomayerově nemocnici v Praze). Těmto osobám je odebrán mozkomíšní mok, kde se nachází specifický protein. Dál je nutno provést histologická a imunochemická vyšetření. Toho onemocnění je nevléčitelné, terapie je pouze podpůrná (Lužný, 2012).

3.3.3 Demence u intoxikací

Otravy toxickými látkami mohou způsobit demence s různorodými klinickými příznaky. Nejzávažnější akutní intoxikace vzniká otravou oxidem uhelnatým, který vzniká nedokonalým spalováním (Jirák in Jirák et al., 2009).

Chronické otravy jsou poměrně vzácné, mohou být způsobeny některými průmyslovými látkami (Jirák in Jirák et al., 2009), například olovem, rtutí, manganem, sirouhlíkem, různými nebo organickými rozpouštědly (Lužný, 2012).

Pro diagnózu je třeba provést toxikologické vyšetření. Léčba je zaměřena na symptomy – primárně je nutné zamezit působení daného toxinu (Lužný, 2012).

²¹ Prionové nemoci – charakteristická je přítomnost patologické bílkoviny – prionu, která je přenosná (Lužný, 2012).

- **Alkoholická demence**

Alkohol je toxická látka, která je schopna přímo poškodit mozkové buňky. U osob s chronickým alkoholismem dochází k nepřímému poškození mozkové tkáně, která je způsobena malnutricí, iontovou nerovnováhou či změnami vnitřního prostředí těla.

Klinický obraz alkoholických demencí zahrnuje poruchy paměti (vstřípivosti), narušení krátkodobé paměti, u těžkých případů se objevuje i porucha dlouhodobé paměti, mohou se objevit i příznaky kraniocerebrálních traumat, v důsledku pádů. Dalším příznakem je i změna osobnosti a poruchy chování (Lužný, 2012).

Diagnóza alkoholické demence je založena na anamnéze, kde se objevují poznámky o dlouhodobé chronické závislosti na alkoholu. Dále musí pacient projít vyšetřením pomocí zobrazovacích metod, kde se objeví globální atrofie mozkové tkáně. Test MMSE odhalí hloubku kognitivního deficitu. Terapie je v případě alkoholické demence podpůrná (ibid.).

3.3.4 Traumatické demence

Úrazy hlavy jsou častou příčinou narušení kognitivních a exekutivních funkcí, poruch chování a osobnosti, zejména u mladších osob. Příznaky poranění se mohou projevit buď krátkodobě, nebo mohou být chronické. Nejzranitelnějšími oblastmi mozku jsou frontální a temporální oblast (Borzová in Jiráček et al., 2009).

Akutní poranění se projevují jako otřes mozku (komoce), kdy nastává ostrůvkovitá porucha paměti a vegetativní příznaky (např. nevolnost) nebo jako pohmoždění mozku (kontuze) – jde o závažnější poranění mozku, je přítomno poškození struktury mozku, bezvědomí, otok mozku, při vyšetření strukturálními zobrazovacími metodami můžeme nalézt abnormity mozkové tkáně (Lužný, 2012).

Diagnóza je stanovena po zjištění anamnézy, neurologickém vyšetření a vyšetření zobrazovacími metodami (CT, MRI). Léčba je doménou neurologie nebo neurochirurgie, popřípadě je doporučena farmakologická léčba (Lužný, 2012).

4 Komunikace osob s demencí

Pojem „komunikace“ může být pro mnohé značně zavádějící. Toto slovo totiž může implikovat pouze řečové projevy. Faktem ale je, že každý člověk komunikuje už svojí existencí (dítě s matkou komunikuje již v prenatálním stadiu). Z této premisy vyplývá, že nekomunikace ani není možná, resp. jestliže osoba odmítá komunikovat, tak svým postojem předává určitou informaci, tedy komunikuje (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007).

Komunikace (z latinského slova *communicatio* – spojování, sdělování, přenos) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a přestování mezilidských vztahů (Klenková, 2006, s. 25). V oblasti komunikace jsou elementární čtyři základní aspekty, které jsou ve vzájemné interakci. Komunikátor je osoba, která sděluje určitou informaci, komunikant tuto zprávu přijímá a určitým způsobem na ni reaguje. Informace či sdělení, která si komunikační partneři předávají, je označována jako komuniké. Zcela nepostradatelnou podmínkou k úspěšné komunikaci je stejný komunikační kanál – oba účastníci komunikace musí používat stejný komunikační kód (Klenková, 2006).

4.1 Foneticko-fonologická jazyková rovina

Hlavní oblastí zájmu foneticko-fonologické jazykové roviny je zvuková stránka řeči (Bytešnicková, 2012). V souvislosti s touto jazykovou rovinou rozlišujeme oblast fonetickou (jde o motorickou realizaci fonémů – tzn. jejich vyslovení) a oblast fonologickou (akustická struktura jednotlivých slov) (Marková, Cséfalvay in Cséfalvay, et al., 2013). Nejmenší jednotkou této roviny je foném (Bytešnicková, 2012). Během mluvení ale nepoužíváme samostatné zvuky, spojujeme je do jednotlivých slabik (nejmenších jednotek, které umožňují porozumění) (Kerekretiová, 2009).

Pokud je narušena fonetická oblast, objevují se deficity v oblasti artikulace. Mezi takové poruchy patří například **dysartrie**²² nebo apraxie řeči a obtíže s fluencí řeči (Marková, Cséfalvay in Cséfalvay et al., 2013).

Při obtížích ve fonologické oblasti se manifestuje narušení akustické struktury slova. Mohou se objevit fonologické parafáze (zaměňování zvuků). Narušení struktury se projevuje zhoršenou identifikací slova, až po tzv. neologismy (neodpovídající uskupení zvuků). Pokud je narušena jak produkce, tak i percepce řeči, můžeme pozorovat deficity i v oblasti mluvené

²² Dysartrie – narušení motorické realizace řeči, která je zapříčiněna organickým poškozením centrálního nervového systému (Neubauer in Škodová, Jedlička, 2007).

řeči, opakování slov nebo pseudoslov, spontánní řeči a také v pojmenování obrázků (Marková, Cséfalvay in Cséfalvay et al., 2013).

4.2 Lexikálně-sémantická jazyková rovina

Lexikálně-sémantická jazyková rovina je zaměřená na význam slov a slovní zásobu (všechna slova, slovní spojení a fráze, která slouží k pojmenování). Všechna slova určitého jazyka tvoří lexikální systém (Kerekrétiová, 2009).

Pokud hodnotíme komunikační schopnost určitého jedince, zaměřujeme se na pasivní slovní zásobu (slova, jejichž významu rozumíme, ale nemusíme je běžně používat) a aktivní slovní zásobu (slova, která v komunikaci aktivně používáme) (Kerekrétiová, 2009).

Významné deficity se objevují v oblasti lexikálního vyhledávání (je zachována reprezentace významu slova, problém je v narušení vstupu do fonologické slovní zásoby). V důsledku tohoto narušení se objevují časté pauzy a cirkumlokuce²³ (Marková, Cséfalvay in Cséfalvay et al., 2013). Narušena je také významová dimenze slova (sémantika). Mohou se objevit deficity v oblasti lexikálního, pojmového, věcného i obrázkového sémantického systému. Při poruše lexikálně-sémantického systému se objevují potíže v oblasti významu slov, ale také s expresí odpovídajícího slova (Marková, Cséfalvay in Cséfalvay et al., 2013). Nejobvyklejší poruchou tzv. sémantická parafráze (místo slova, které v kontextu očekáváme, řekne klient slovo jiné). Pokud jsou deficity v oblasti pojmového sémantického systému, objevuje se narušení znalosti pojmů (Marková, Cséfalvay in Cséfalvay et al., 2013).

4.3 Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

Tato jazyková rovina je spojením dvou oblastí – morfologie a syntaxe. Obě tyto oblasti vytváří gramatiku určitého jazyka. Morfologie je věda zabývající se slovními druhy a způsoby jejich flexe (deklinace, konjugace, stupňování). Syntax je zaměřena na gramatické konstrukce (ty vznikají spojením více gramatických tvarů). V každém jazyce se vyskytují konkrétní povolená gramatická spojení (tzv. větné modely) (Kerekrétiová, 2009).

Narušení komunikační schopnosti u osob s demencí v oblasti produkce vět se může manifestovat nesprávným používáním gramatických pravidel (tzv. agramatismus). Oblast porozumění vět je ovlivněna syntaktickou složitostí dané věty. Za těmito obtížemi ale pravděpodobně stojí kognitivní deficit (Marková, Cséfalvay in Cséfalvay et al., 2013).

²³ Cirkumlokuce – opisování cílového slova (Cséfalvay, 2013).

Příčinou obtíží může být také příliš velká rychlost prezentace podnětů (Kempler, Goral in Cséfalvay et al., 2013).

Symptomy deficitů na úrovni textu se manifestují v oblasti vytváření informativních a koherentních příběhů. Nejvíce je narušeno odkazování zájmeny. Výzkumy poukazují i na deficity v oblasti porozumění metaforickému jazyku, kdy je třeba utlumit doslovný výklad metafor. Osoby s demencí mají s porozuměním obraznému jazyku obtíže, které vznikají kvůli narušení úsudku, který je nezbytný pro pochopení úkolů (Marková, Cséfalvay in Cséfalvay et al., 2013).

4.4 Pragmatická jazyková rovina

Pragmatickou rovinu můžeme definovat jako použití jazykových schopností v kontextu (Birner, 2012). Pragmatika spojuje předešlé jazykové roviny a sleduje jejich užití v komunikaci a mezilidské interakci. Komunikovat znamená neustále si vyměňovat informace (Kerekrétiová, 2009). Cílem je dát komunikačnímu partnerovi novou informaci (lokuční akt) a ovlivnit tímto způsobem určitou situaci (ilokuční akt) a podnítit u komunikačního partnera změnu (Harley, 2001 in Kerekrétiová, 2009).

Na schopnosti dekodovat zprávu komunikačního partnera se podílí několik faktorů. Jde o kontext lingvistický, extralingvistický a paralingvistický (Davis, 1986 in Kerekrétiová, 2009). Pokud hovoříme o lingvistickém kontextu, musíme zmínit kohezi a koherenci textu. Koheze je schopnost propojení jednotlivých, po sobě jdoucích výpovědí, na rozdíl od koherence, která spojením výpovědí do jednoho celku umožňuje získání hlavní myšlenky (Kerekrétiová, 2009).

Schopnost vnímat, interpretovat a využívat extralingvistické faktory nazýváme paralingvistickým kontextem. Jedná se především o používání mimiky, gest a prozodických faktorů řeči, díky kterým můžeme vyjádřit své emoce či postoje k určité osobě. Pomocí melodie věty můžeme určit, zde se jedná o dotaz či oznámení a na důležitější slovo ve větě můžeme dát důraz (Kerekrétiová, 2009).

Neméně důležitým činitelem je extralingvistický kontext. Jde o faktory jako prostředí, počet zúčastněných komunikačních partnerů, společenský status, současný psychický a fyzický stav a v neposlední řadě všechny vědomosti, které lidé o světě mají a užití těchto vědomostí v komunikaci (propojit je s tématem rozhovoru) (Kerekrétiová, 2009).

4.4.1 Vývojové narušení pragmatické jazykové roviny

Jde o narušení pragmatiky, které vzniklo před ukončením vývoje jazykových schopností. Je důležité podotknout, že pragmatické schopnosti se vyvíjejí signifikantně později, než ostatní jazykové roviny.

Etiologie těchto poruch je velmi rozmanitá. Objevuje se jak u genetických syndromů, manifestující se mimo jiné i mentálním postižením, dále u dětí s narušeným vývojem řeči, s poruchami chování a emocí a v neposlední řadě také u dětí s poruchami autistického spektra (Cummings, 2010). John et al. (2003 in Cummings 2010) shledávají největší pragmatické obtíže u osob s Williamsovým syndromem, dále u dětí se syndromem fragilního X.

Narušení pragmatiky se objevuje také u jednoho ze syndromů narušeného vývoje řeči. Jde o sémanticko-pragmatický syndrom (Cummings, 2010). Řeč dítěte s tímto syndromem je plynulá, avšak význam jeho výpovědí je narušený. Obsah jeho výpovědí je velmi matoucí, vyskytují se echolálie²⁴ a narušeno je i porozumění. Dítě nedokáže diferenciovat mezi rolí posluchače a mluvčího a neudrží téma rozhovoru (Kerekrétiová, 2009).

4.4.2 Získané narušení pragmatické jazykové roviny

Choroby a traumatická poranění mohou narušit již získané pragmatické schopnosti. Dospělého jedince může potkat centrální mozková příhoda nebo tumor na mozku. Tyto choroby pak zapříčiní vznik lézí na mozku, které mohou mít různou velikost a různou lokaci. Narušení pragmatiky jazyka může být také způsobeno neurodegenerativními změnami na mozku, způsobené demencí, roztroušenou sklerózou, Huntingtonovou či Parkinsonovou nemocí (Cummings, 2010).

Pro komunikaci s osobami s demencí musí intaktní komunikační partner vynaložit spoustu energie. Čím těžší stadium, tím náročnější je interakce s člověkem s demencí (Bujssen, 2005).

V počátečních stádiích začínají mít problémy s krátkodobou pamětí a stále více používají tzv. prázdná slova (např. „někde“; „věci“; „oni“;...). Jsou to pojmy, které jsou obecné a nejasné. Klienti často chybují ve výběru slova a místo plánovaného slova řeknou slovo, které zní podobně („tuha“, „tužka“) (ibid). Již u osob v počátečním stadiu se může objevit anomie, neologismy, redukce větné délky, obtíže s opakováním vět (Rousseaux, 2010).

²⁴ Echolálie – opakování slov, aniž by osoba pochopila jejich obsah (Škodová, Jedlička, 2007).

Osoby v počátečním demence stadiu obvykle nemají zásadní obtíže v oblasti porozumění (Buijssen, 2005).

Po progresi demence do středně těžkého stadia je pro tyto osob velmi problematické zapojit se do rozhovoru a být dobrým komunikačním partnerem. Po mnohých selháních se o interakci přestávají snažit. Porozumění je ztíženo absencí úvodních vět či slov, které by komunikačního partnera zasvětily do tématu (osoby s demencí tak automaticky předpokládají, že víte, jaké je téma konverzace (Buijssen, 2005). Tyto osoby mají velký problém s logickým uspořádáním (jak témat, tak i větné uspořádání – slovosled), v důsledku narušení exekutivních funkcí (Rousseaux, 2010). Problémy také nastávají při snaze porozumět abstraktním pojmům (Buijssen, 2005).

V terminálním stadiu demence je osoba zcela odkázána do péče ošetřovatelů. Osoby s těžkým stupněm demence většinou přestávají úplně mluvit (ustávají i zcela běžné promluvy – pozdrav) (Buijssen, 2005).

Pokud osoba s demencí zcela ztratila schopnost jakkoliv se verbálně vyjadřovat, stále je tu řeč těla. Komunikace může probíhat i taktilní cestou (pohlazením, držením ruky), pomocí úsměvu či „pouhou“ přítomností blízké osoby. Klidná atmosféra a pocit bezpečí jsou někdy více, než slova (Buijssen, 2005).

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 Uvedení do problematiky

Spolu s prohlubujícím se stupněm demence je čím dále více narušena i komunikační schopnost této osoby. Postupně přijdou problémy s vyjadřováním svých myšlenek a emocí, v těžkých stádiích poté tato osoba ztrácí schopnost rozumět řeči a verbálně komunikovat. Čím dále častější selhání v komunikaci může způsobit frustraci jak na straně osoby s demencí, tak i v případě intaktního komunikačního partnera (Alzheimer's Association, 2015). Narušená komunikační schopnost osob s demencí se nejviditelněji projevuje v oblasti fonetiky, fonologie, morfologie, syntaxe a slovní zásoby (Cséfalvay, 2013). Pečující osoba si může všimnout zhoršené výbavnosti slov, opakování známých pojmů, popisování předmětů (místo použití odpovídajícího pojmu), obtíže s logickým uspořádáním slov a v těžších fázích i snížení frekvence mluvního projevu či výhradní používání gest (Alzheimer's Association, 2015).

Jsme přesvědčeni, že syndrom demence způsobuje také mnohem hlubší jazykové obtíže – deficity v pragmatické jazykové rovině, které do jisté míry mohou zapříčinit narušení i v dalších jazykových rovinách. V diplomové práci jsme se zaměřili na následující

oblasti: řečové projevy, témata, turn-taking, lexikální výběr, stylistické variace, srozumitelnost, prozodie, kinestetika a proximita.

Výzkumné šetření bylo zrealizováno v Centru sociální péče. Hlavním cílem bylo zhodnotit úroveň pragmatické jazykové roviny čtyř klientů a vytvořit tak profil pragmatických schopností, který by pak mohl být určitým „návodem“ ke komunikaci s jednotlivými osobami. Základ této práce tvoří čtyři případové studie, které byly vytvořeny díky informacím od rodinných příslušníků a také na podkladu lékařských či psychologických zpráv. V rámci výzkumného šetření se snažíme odpovědět na následující výzkumné otázky:

- Vyskytují se u osob se syndromem demence deficity v pragmatické jazykové rovině?
- Pokud ano, jakým způsobem se tyto deficity odrážejí v interakci s komunikačním partnerem?

Výsledkem výzkumného šetření je individuální profil pragmatické jazykové roviny jednotlivých uživatelů Centra sociálních služeb.

6 Případová studie

Případová studie²⁵ je jeden z mnoha způsobů vědeckého poznání. Může se sestávat z jednoho nebo více případů. Výzkum pomocí případové studie může být jak kvalitativní, tak kvantitativní (Yin, 2013).

Při výzkumu pomocí případové studie detailně zkoumáme více dat u jednoho nebo více jedinců. Účelem takové studie je vystihnout složitost případu a komplexní deskripci vztahů (Hendl, 2012). Jde tedy o komplexní a detailní studii jedné osoby (výběr této osoby je vždy záměrný a musí odpovídat určitým charakteristikám (Kutnohorská, 2009).

6.1 Výzkumný soubor

Stěžejním bodem praktické části diplomové práce jsou čtyři případové studie. Osoby byly záměrně vybrány s pomocí instituce. Výzkumným souborem se stali uživatelé Centra sociální péče v Letovicích. Po vybrání čtyř vhodných osob jsme kontaktovali jejich rodinné příslušníky, díky kterým jsme získali informace k vytvoření anamnézy.

Vybrané osoby tedy splňují následující podmínky:

- uživatel Centra sociálních služeb,
- v anamnéze se vyskytuje kognitivní porucha,
- rodinní příslušníci souhlasili s vyšetřením uživatele,

²⁵ Případová studie neboli kazuistika (z anglického „case study“)

- rodinní příslušníci souhlasili s odebráním anamnézy a zveřejněním údajů.

Ve vybraném souboru se nachází jeden muž a tři ženy. Průměrný věk osob je 90,76 let.

6.2 Výzkumné prostředí

Výzkum byl realizován na půdě Centra sociálních služeb Letovice. Tuto příspěvkovou organizaci zřídilo město Letovice. Centrum nabízí pečovatelské služby jak ambulantní (podmínky pro sebeobsahu a hygienu), tak i terénní (poskytování služeb v domácnostech občanů města Letovice). Nachází se zde osoby, které již nejsou soběstačné (s kognitivní poruchou, i bez ní). Stavba centra byla zahájena již v roce 1999 a první uživatelé se mohli nastěhovat již v prosinci roku 2000. O čtyři roky později proběhla přístavba domova pro seniory.

6.3 Metody sběru dat

Hlavním zdrojem informací byly textové dokumenty (anamnestický dotazník, Mini Mental State Examination a Pragmatic Protocol).

6.3.1 Anamnestický dotazník

Anamnéza se zajímá o celý život osoby, neptáme se tedy jen na současné problémy, ale i na vývoj a obtíže z minulosti. Pro potřeby této diplomové práce bylo nezbytné kombinovat jak subjektivní (z pohledu vyšetřované osoby), tak objektivní anamnézu (odebranou od okolí osoby) (Orel in Orel et al., 2012) a to z důvodů kognitivních deficitů zkoumaných osob (jejich výpovědi nejsou zcela důvěryhodné).

- **Rodinná anamnéza** – ptáme se na onemocnění v rodině, hospitalizace, výskyt kognitivních poruch užívání návykových látek,
- **osobní anamnéza** – snažíme se zjistit co nejvíce o životě vyšetřované osoby, včetně tělesných onemocnění a úrazů,
- **sociální a pracovní anamnéza** – ptáme se na sociální zázemí osoby, vztahy v rodině, vzdělání, práci a zájmy (Orel in Orel et al, 2012).

6.3.2 Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination byl poprvé zveřejněn v roce 1975 Marshalem F. Folsteinem a začal se hojně používat jako rychlý test pro zjištění úrovně kognitivních funkcí (Mitchell in Lamer, 2012).

V současné době jde o jeden z nejpoužívanějších diagnostických materiálů, a to zejména díky možnosti rychlého posouzení kognitivních funkcí jedince. Tento test obsahuje 20

subtestů, které se zaměřují na 11 oblastí (Mitchell in Lamer 2012). Mezi oblasti MMSE patří test orientace, zapamatování, vybavení, počítání a pozornost, opakování, porozumění, čtení, psaní a malování (Cockrell, Folstein in Copeland et al., 2002).

Štěpánková et al. (2015) uvádí hodnocení test MMSE:

- 27 – 30 bodů – normální výsledek,
- 25 – 26 bodů – hraniční pásmo (suspektní kognitivní porucha mírného stupně),
- 18 – 24 bodů – lehká demence,
- 6 – 17 bodů středně těžká demence,
- méně než 6 bodů – těžká demence.

6.3.3 Pragmatický protokol (Prutting, Kirschner, 1987)

Pragmatický protokol má být vyplněn po pozorování jedinců (starších 5 let), na základě spontánní, nestrukturované konverzace s komunikačním partnerem, která trvá minimálně 15 minut. Test obsahuje 30 hodnocených aspektů, které jsou zařazeny do tří kategorií: verbální aspekty, paralingvistické aspekty a nonverbální aspekty (Cummings, 2009). Během konverzace jsou všechny pragmatické aspekty komunikace ohodnoceny jako:

- přiměřený – parametry jsou zhodnoceny jako podporující konverzaci či neutrální,
- nepřiměřený – parametry znesnadňují komunikaci a omezují jedince,
- nehodnoceno – chybí dostatek informací ke zhodnocení chování. Položky označené jako „nehodnoceno“ mohou být později posouzeny (Prutting, Kirschner, 1987).

Verbální aspekty:

A. Řečové projevy

1. Analýza řečového projevu v páru

Jde o schopnost vhodně přebrat roli posluchače i mluvčího. Pokud osoba dostane pokyn, je schopná ho splnit. Jestliže je osobě s demencí položena otázka, dokáže na ni odpovědět. Bere na vědomí poznámky mluvčího a naopak (člověk je sám schopen komentovat). Je schopen iniciovat (formulovat) pokyn, pokládá dotazy (žádá o laskavost). Dokáže splnit pokyny. Na žádost vhodně odpoví. Prokazuje vhodné chování, jak verbální, tak neverbální – pokyn nebo žádost mluvčího následuje vhodný úkon (Prutting, Kirchner, 1987).

2. Variabilita řečového projevu

Komunikační partner je schopen vhodně používat různorodé řečové projevy jako komentář, tvrzení, žádost, slib, atd. (ibid.).

B. Témata

3. Výběr

4. Úvod

5. Udržení konverzace

6. Změna tématu

Mluvčí/posluchač je schopný vhodně přispívat do konverzace, je schopen plynulé (hladké) změny tématu, a to ve vhodnou dobu, dokáže vybrat vhodné téma, dané osobě nedělá problém ukončit diskuzi na určité téma ve vhodném místě a ve správnou dobu (Prutting, Kirscher, 1987).

C. Turn-taking²⁶

7. Zahájení

- zahájení verbálního projevu,

8. Odpověď

- odpověď na komentář, pokyn či žádost komunikačního partnera,

9. Opakování/oprava

- schopnost opravy při selhání verbálního projevu,

10. Odmlka

- odmlčení, které je příliš dlouhé nebo krátké,

11. Přerušování/překrývání

- přerušování mluvního projevu, překrývání sdělení obou mluvčích,

12. Zpětná vazba mluvčímu

- verbální, jako „jo“, „ano“, nebo neverbální kývnutí hlavou,

13. Vzdálenost promluv

- promluvy následují hned po sdělení komunikačního partnera,

14. Kontingence

- promluvy, které mají stejné téma, s přecházejícím sdělením a doplní informaci dřívějšímu sdělení.

²⁶ Turn-taking – střídání mluvčích během konverzace

15. Kvantita/výstižnost

Chování se posuzuje na základě vztahu mezi mluvčím a posluchačem: Zahájení konverzace a reakce na komentáře; žádost o vysvětlení při nejasnostech; zopakování sdělení pro podporu komunikace; vyhýbání se přerušování, nebo mluvení, pokud komunikační partner nedokončil svoje sdělení; poskytnutí komunikačnímu partnerovi takovou zpětnou vazbu, aby se komunikace rozvíjela; odmlka trvá po přiměřenou dobu, komentáře a poznámky jsou relevantní a informativní (Prutting, Kirschner, 1987).

D. Lexikální výběr

16. Přesnost

Osoba je schopna vyjadřovat se konkrétně a vhodně vybrat slova, k jasnému sdělení informace.

17. Koheze

Sdělení osoby je souvislé a jednotné; mluvčí je schopen sledovat myšlenkové pochody komunikačního partnera a myšlenky vyjadřuje v logickém pořadí (Prutting, Kirschner, 1987).

E. Stylistické variace

18. Rozlišování komunikačních stylů

Osoba dokáže přizpůsobit komunikační styl svému komunikačnímu partnerovi (zdvořilostní fráze, syntaxe, změny v hlasové kvalitě) (Prutting, Kirschner, 1987).

Paralingvistické aspekty:

F. Srozumitelnost a prozodie

19. Srozumitelnost

- řeč je srozumitelná, pokud komunikační partner pochopí obsah zprávy.

20. Hlasová intenzita

- hlasitost sdělení,

21. Hlasová kvalita

- rezonance a/nebo jiné charakteristiky hlasového ústrojí,

22. *Prozodie*

- intonace a přízvuk sdělení, střídání hlasitosti, výšky a trvání hlasového projevu

23. *Plynulost* – plynulost, soudržnost a tempo mluvního projevu

Mluvní projev není příliš hlasitý či tichý, osoba je schopná vhodně používat intonaci a přízvuk, které podporují komunikační záměr mluvního (Prutting, Kirscher, 1987).

Neverbální aspekty:

G. Kinestetika a proximita

24. *Fyzická proximita*

- vzdálenost, která je mezi stojícími/sedícími komunikačními partnery,

25. *Fyzický kontakt*

- počet a místo fyzického kontaktu mezi komunikačními partnery,

26. *Postura těla*

- naklonění ke komunikačnímu partnerovi/odklonění od něj,

27. *Pohyby HK a DK*

- pohyb chodidlem/nohou nebo paží/rukou (dotek, hýbání předmětem,...),

28. *Gesta*

- jakýkoliv pohyb, který podpoří, doplní či nahradí verbální projev

29. *Výraz obličeje*

- pozitivní – úsměv, negativní – zamračení

30. *Zrakový kontakt*

- osoba se dívá přímo do očí komunikačnímu partnerovi, vzájemný zrakový kontakt
– komunikační partneři udržují zrakový kontakt oboustranně (Putting, Kirschner, 1987).

Užívání neverbálních aspektů komunikace poukazuje na úroveň psychického propojení obou komunikačních partnerů; neverbální komunikace může podpořit či nahradit lingvistický aspekt sdělení (Prutting, Kirschner, 1987).

7 Případová studie 1

7.1 Zkoumaná osoba

Pan Josef se narodil v roce 1927 (nyní je mu tedy 88 let) v obci Řetová. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. V 18 letech se oženil a přestěhoval do rodinného domu s velkou zahradou a menším polem. Na těchto pozemcích často vykonával těžkou fyzickou práci. S klientem se velmi dobře známe, navázání kontaktu proto proběhlo bez problému. Kvůli diagnóze vaskulární demence se u klienta často objevují deprese, bylo tak důležité správně zvolit dobu vyšetření, aby nedošlo ke zkreslení výsledků testů.

7.2 Anamnéza

7.2.1 Rodinná anamnéza

Kvůli vysokému věku klienta se nepovedlo zjistit podrobné informace o rodině klienta. Matka klienta se narodila v roce 1905. Podle jeho výpovědi matka zemřela na následky cévní mozkové příhody. Jeho otec, narozen v roce 1904 podlehl akutnímu infarktu myokardu. Klientův bratr narozený v roce 1925 údajně zemřel na následky abúzu alkoholu, ale tato informace je bohužel nepodložená.

7.2.2 Pracovní anamnéza

Josef pracoval jako technický konstruktér v adamovských strojárnách Adast, které se specializovaly na těžké strojírenství – stroje, mosty, polygrafické stroje, atd.

7.2.3 Osobní anamnéza

Klient se narodil v roce 1927 (má tedy 88 let). Od 45 let trpí diabetem mellitus II. typu, dlouhodobě drží dietu. Od 50 let se léčí s chronickou ischemickou chorobou srdeční se syndromem anginy pectoris, která v 59 letech vyústila v infarkt myokardu zadní stěny srdeční. Ten byl ale chybně diagnostikován, klient byl léčen na bolest zad (asi týden). Kvůli přetrvávajícím obtížím navštívil jiného ošetřujícího lékaře, který provedl správnou diagnózu. Další průběh onemocnění byl bez vážnějších zdravotních problémů.

Od roku 1999 je léčen na neurologické ambulanci pro Parkinsonovu chorobu. V roce 2004 byl Josef hospitalizován pro suspektní zánět močového měchýře. Po týdenním léčení mu byla předepsána antibiotika a byl propuštěn do domácího léčení, i přes nesouhlas rodiny. Dcera si všimla výrazných tmavých kruhů pod očima. O dva dny později doma zkolaboval a byl opět hospitalizován. Urologické obtíže se vyvinuly v akutní selhání ledvin. Kvůli kritickému stavu byl na oddělení ARO hospitalizován přibližně 3 týdny s malou nadějí na

uzdravení. Klientův stav se ale po dlouhodobé hospitalizaci zlepšil natolik, že mohl být propuštěn do domácího léčení.

V roce 2005 byl hospitalizován v psychiatrické léčebně v Brně – Černovicích pro změnu chování projevující se agresivitou, emulačním²⁷ bludem a abúzem alkoholu. Klient měl zrakové a sluchové halucinace. Byla mu nasazena psychofarmaka a na gerontopsychiatrickém oddělení byl hospitalizován 8 týdnů. Zlepšení stavu bylo ověřeno vycházkou do domácího prostředí, které proběhlo bez problému, proto mohl být propuštěn.

V roce 2010 byl opět hospitalizován na chirurgickém oddělení se zánětem močových cest. Byla mu nasazena antibiotika, na která se objevila alergická reakce projevující se průjmem. Přes zjevné problémy mu byla stále podávána stejná antibiotika. Kvůli přetrvávajícímu průjmu upadl do hlubokého bezvědomí. Pacient byl v kritickém stavu a musel být resuscitován. Na oddělení JIP byl 14 dní, po mírném zlepšení stavu byl přeložen na chirurgické oddělení. Po dvou týdnech na chirurgickém oddělení byl propuštěn do domácího léčení se zavedeným permanentním katetrem. Byla mu určena diagnóza dyspepsie. Po hospitalizaci v nemocnici byl jeho stav stále velmi vážný. Nebyl schopen fyzické aktivity, ležel v posteli, by krmen tekutou stravou a nosil pleny pro dospělé. V současné době přijímá stravu v běžné konzistenci, je schopen chůze, pleny již nenosí, katetr má v močové trubici zaveden permanentně.

7.2.4 Abúzus

Klient byl po celý život silný kuřák, přestal až po diagnostikování ischemické choroby srdeční (místo běžných cigaret ale dlouhou dobu užíval tzv. šňupací tabák). Alkohol užíval příležitostně. Po manifestaci emulačního bludu se objevil abúzus alkoholu.

7.2.5 Neurologické vyšetření

Klient od roku 1999 dochází na neurologickou ambulanci. Po objektivním vyšetření lékařem bylo zjištěno, že je dezorientovaný místem a časem, trpí hypomimií a grimasováním. Dále byly zjištěny hyperkinezy jazyka – jazyk plazí středem. Smích i pláč jsou spastické. Výrazným projevem je tremor pravé horní končetiny (v levé je tremor méně nápadný). Kvůli výraznému tremoru v pravé ruce je nucen používat převážně levou horní končetinu, také síla v pravé ruce je kvůli třesu slabší. U dolních končetin jsou síla i svalový

²⁷ Emulační blud – přesvědčení o nevěře partnera (často snaha partnera přistihnout při nevěře) (Češková, Svoboda, 2012).

tonus souměrné. Mezi další projevy patří anxieta a deprese a s nimi spojená vyšší denní spavost (je schopen prospat i celý den). Klient pláče a není schopen říct důvod svojí úzkosti.

Mezi další příznaky typické pro Parkinsonovu chorobu patří hypertonicko-hypokinetický syndrom, který charakterizuje napětí kosterního svalstva a svalovou chudost. U klienta se objevuje hypokineze (zmenšení rozsahu pohybů), bradykineze (zpomalení pohybů) a akineze (problémy se započnutím pohybu) Dále je u klienta nápadná chůze – dělá krátké kroky a „šoupe“ nohama po zemi (nezvedá je) a také nestabilita – tzv. pulze, klient po zvednutí ze židle (s dopomocí) nemůže udržet rovnováhu. Těžiště vyrovnává buď rychlými kroky (vpřed či vzad) nebo upadne.

Závěr vyšetření: Pacient trpí extrapyramidovým syndromem vaskulární geneze s dominujícím klidovým a statickým tremorem pravé horní končetiny a hypomimií s rozvojem od r. 1999, dyskinezy jazyka, **Diagnóza: G21.9 – Sekundární parkinsonismus.** V roce 2012 mu byla diagnostikována celková cerebrální dysfunkce na bázi dyscirkulační encefalopatie, s progredujícím organickým psychosyndromem (neboli prefrontální syndrom).

7.3 Vstupní kognitivní screening MMSE

- **Orientace (1 bod)**

Pan Josef se neorientuje časem (nedokázal odpovědět ani na jednu časovou otázku), ani místem (správná odpověď byla pouze na otázku „Ve kterém státě se nacházíme?“). Pokud nezná odpověď, přestane s examínátorem udržovat zrakový kontakt a odmítá odpovídat.

- **Zapamatování (2 body)**

Klient je schopen bezprostředně reprodukovat pouze dvě slova ze tří (lopata, šátek).

- **Pozornost a počítání (0 bodů)**

Klient není vůbec schopen pochopit zadání úkolu. Přerušil zrakový kontakt a nedává žádnou zpětnou vazbu.

- **Paměť a výbavnost (0 bodů)**

Pan Josef si nedokázal vybavit ani jedno ze tří slov. Identifikovali jsme pouze pokus o vyslovení slov „lopata“, které ovšem nedokázal úspěšně reprodukovat (vyslovit pouze neologismus připomínající slovo „lopata“.

- **Pojmenování (2 body)**

Pan Josef dokázal pojmenovat oba předměty (hodinky i tužku).

- **Opakování (0 bodů)**

Snaha o opakování věty „Žádné kdyby anebo ale“ nebyla úspěšná. Pan Josef byl schopen reprodukovat pouze první polovinu věty.

- **Třístupňový příkaz (3 body)**

Klient nejdříve nepochopil zadání a větu „Vezměte tento papír do Vaší pravé ruky“ opakoval. Poté byl ale schopen vykonat všechny tři úkony.

- **Čtení a splnění příkazu (0 bodů)**

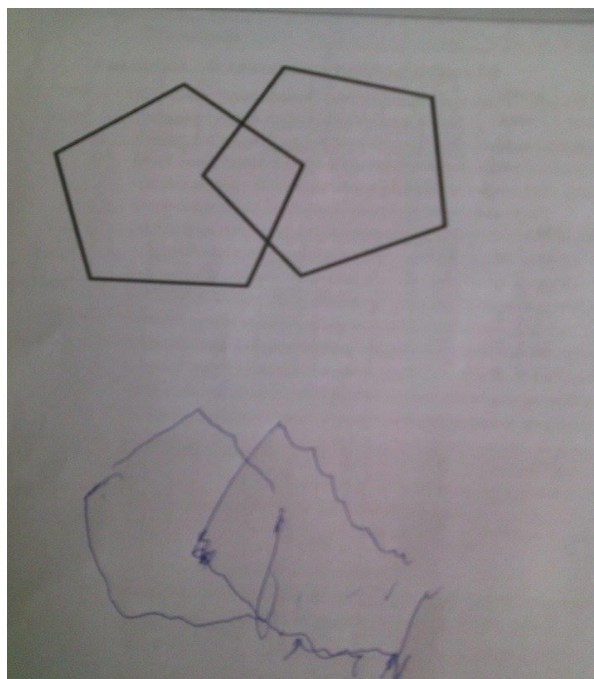
Příkaz dokázal přečíst, ale úkon nevykonal (problémy pravděpodobně plynou z nepochopení úkolu).

- **Psaní (0 bodů)**

Pan Josef vymyslel větu „Ráno snídaně“. Tato věta je složena ze dvou „podnětů“, přísudek zcela chybí.

- **Malování podle předlohy (0 bodů)**

Klient namalovat pouze jeden pětiúhelník, druhý útvar připomíná spíše obdélník (roztřesené linii jsou dané tremorem, způsobeným Parkinsonovou nemocí)



Obrázek č. 1: Malování podle předlohy

Celkové skóre: Pan Josef získal 8 bodů. Tento výsledek odpovídá těžké kognitivní poruše.

7.4 Subjektivní hodnocení pragmatické jazykové roviny

A. Řečové projevy

1. *Analýza řečového projevu v páru* – pan Josef dokáže vhodně přebrat roli posluchače, roli mluvčího přebírá obtížně. Pokud dostane pokyn, většinou ho nedokáže splnit. Pokud je mu položena otázka, trvá i několik desítek vteřin, než odpoví. Otázku je někdy nutné opakovaně položit nebo přeformulovat. Bere na vědomí poznámky mluvčího, sám ale není schopen komentovat. Pokyn či žádost o laskavost je schopen formulovat pouze v případě naplňování fyziologických potřeb.
2. *Variabilita řečového projevu* – klient používá pouze řečové projevy jako tvrzení a žádost. Není schopen vhodně použít slib nebo okomentovat sdělení komunikačního partnera.

B. Témata

3. *Výběr* – pokud má klient období apatie či hypoaktivity není schopen vybrat vhodné téma ke konverzaci. V aktivním období je výběr soustředěn výhradně na současné bludy a halucinace.
4. *Úvod* – klient není schopen vhodně uvést téma konverzace. Nedokáže hladce přejít k novému tématu. Téma vybírá, aniž by komunikačního partnera zasvětil do

kontextu situace. Očekává tak, že komunikační partner je již s daným tématem obeznámen.

5. **Udržení konverzace** – Josef konverzaci předčasně ukončuje, obvykle na otázku, pokyn či komentář neodpoví, přestože slyší a rozumí. Pokud sdělení komunikačního partnera nerozuměl, nedá mu zpětnou vazbu – komunikační partner neví, že pan Josef nerozumí.
6. **Změna tématu** – klient se rigidně drží svého tématu, není schopen reagovat na změny v konverzaci. Nedokáže vhodně reagovat na změnu tématu ze strany jeho komunikačního partnera.

C. Turn-taking

7. **Zahájení** – mluvní projev je zahájen pouze jako odpověď na otázku, pokyn či komentář komunikačního partnera (jen v období zvýšené aktivity).
8. **Odpověď** – doba mezi otázkou komunikačního partnera a odpovědí klienta je příliš dlouhá (i několik desítek vteřin). Pan Josef často neodpoví vůbec, přestože otázku slyší a rozumí jí (s komunikačním partnerem udržuje zrakový kontakt, ale mlčí).
9. **Opakování/oprava** – při selhání v komunikaci se klient většinou pokusí jednou opravit/zopakovat. Pokud ani tento pokus není úspěšný, komunikaci vzdá (většinou jde o neschopnost vybavení slova či jeho vyslovení).
10. **Odmilka** – odmlka v konverzaci je velmi dlouhá. Komunikační partner často musí zopakovat otázku nebo zjednodušit její znění.
11. **Přerušování/překrývání** – přerušování či překrývání sdělení obou komunikačních partnerů není časté. Odpověď klienta dlouho nepřichází.
12. **Zpětná vazba mluvčímu** – klient pro zpětnou vazbu používá buď neverbální kývnutí hlavou nebo neartikulovaný zvuk „hoo“. Pokud sdělení komunikačního partnera neslyšel nebo nerozuměl, nedá komunikačnímu partnerovi žádnou zpětnou vazbu.
13. **Vzdálenost promluv** – vzdálenost mezi promluvami je obvykle příliš velká (klient často ani neodpoví). Komunikační partner musí často otázku několikrát - zopakovat nebo přeformulovat.
14. **Kontingence** – klient většinou není schopen kontingence (nedokáže pokračovat v konverzaci s doplňující informací). Konverzaci musí vést komunikační partner. Pokud klient přidá novou informaci, většinou není relevantní a nevztahuje se k tématu.

15. Kvantita/výstižnost – pokud klient přispěje do konverzace, obsah sdělení není informativní, ani relevantní. Drží se svého tématu, není schopen vytvářet ani sledovat dynamiku konverzace.

D. Lexikální výběr

16. Přesnost - pan Josef je schopen vyjádřit se poměrně přesně jen jedním slovem. Při vyjadřování ve větách nedokáže používat vhodná slova²⁸.

17. Koheze - sdělení klienta je většinou nesouvislé. Je schopen sledovat myšlenkové pochody komunikačního partnera, pokud jde o velmi jednoduchá sdělení. - Nedokáže pochopit složitější věty²⁹. Komunikační partner musí často svoje sdělení opakovat.

E. Stylistické variace

18. Rozlišování komunikačních stylů – klient není schopen rozlišit neformální a formální (zdvořilostní) styl konverzace. Nepřizpůsobuje styl konverzace svému komunikačnímu partnerovi. Nerozlišuje, kterým osobám má vykat, a kterým naopak tykat.

Paralingvistické aspekty

F. Srozumitelnost a prozodie

19. Srozumitelnost – nesrozumitelnost řeči je dána jak nepřesnou a nekoherentní mluvou, tak výraznou dysartrií a hyperkinézami jazyka. V řeči pana Josefa je přítomná porucha artikulace. Dochází k opakovaným opravám a pokusům o vyslovení slov. Po vícečetných neúspěšných opravách svůj pokus o vyslovení slova vzdá.

20. Hlasová intenzita – hlasovou intenzitu nedokáže regulovat, přestože dokáže mluvit jak nahlas, tak šeptem. Nerozlišuje prostředí, kde je vhodné mluvit šeptem a kde nahlas.

²⁸ Pan Josef žádá o přidání porce palačinek: „Chtěl bych něco do pusy...po tom koláčku... příčina...(ukazuje prstem do úst)“.

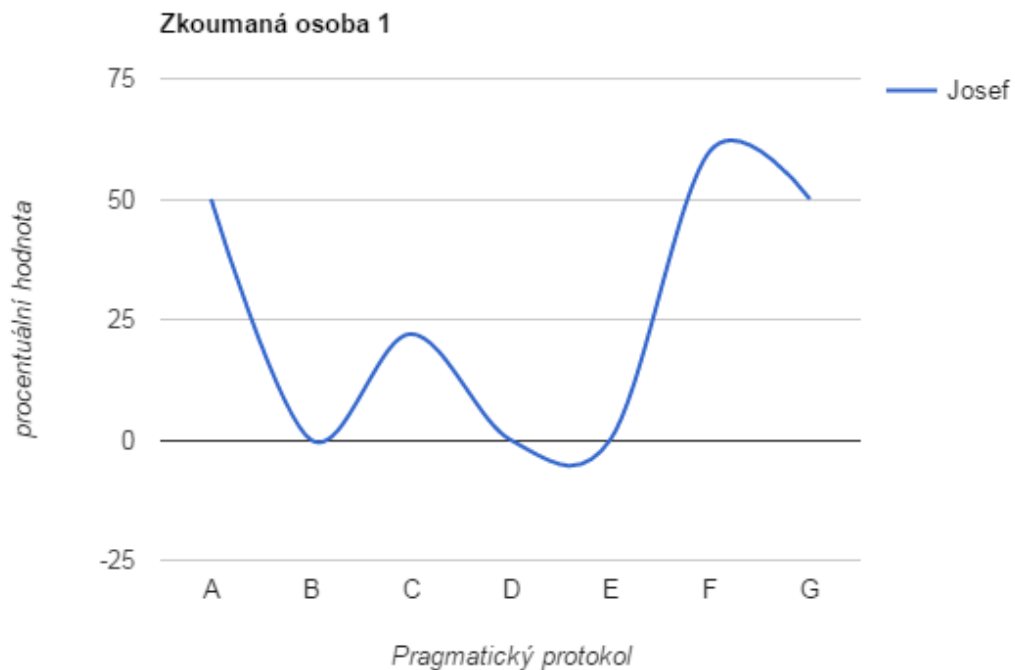
²⁹ Ošetřovatel: „Dáte si něco k jídlu?“; pan Josef: „Ty to víš, já to nevím“.

21. **Hlasová kvalita** – hlas je poměrně kvalitní. Neobjevují se poruchy hlasu či rezonance. V důsledku stáří je hlas vyšší, ale neobjevuje se narušení hlasu v důsledku Parkinsonovy choroby.
22. **Prozodie** – intonace i přízvuk sdělení jsou v normě. Pan Josef ale nedokáže regulovat hlasitost a výšku hlasu.
23. **Plynulost** – mluvní projev je neplynulý, přerušovaný častými opravami sdělení. Občas se zastaví uprostřed svého sdělení a větu vůbec nedokončí.

Neverbální aspekty

G. Kinestetika a proximita

24. **Fyzická proximita** – nehodnoceno kvůli omezené pohyblivosti klienta
25. **Fyzický kontakt** – nehodnoceno kvůli omezené pohyblivosti klienta
26. **Postura těla** – nehodnoceno kvůli omezené pohyblivosti klienta
27. **Pohyby HK a DK** – tremor v pravé horní končetině znemožňuje používat psanou formu řeči. Pragmatická jazyková rovina není narušena tremorem či mimovolními pohyby horních končetin.
28. **Gesta** – klient většinou nepoužívá žádná gesta, ruce jsou při komunikačním procesu v klidové poloze. Výjimečně při svém mluvním projevu předpaží jednu ruku (aby zdůraznil sdělení).
29. **Výraz obličeje** – smích a pláč jsou spastické a těžko rozlišitelné. Úsměv je v důsledku hypomimie obtížně rozpoznatelný. Jiné výrazy (jako například zamračení) se u pana Josefa nevyskytují.
30. **Zrakový kontakt** – klient se velmi upřeně dívá komunikačnímu partnerovi do očí. Pro porozumění je zrakový kontakt zcela nepostradatelný. Pokud klient nevidí partnerovi do očí, s nejvyšší pravděpodobností nerozumí sdělení. Je nutné také zajistit vhodné podmínky k udržení zrakového kontaktu (vhodné osvětlení, snížit míru hluku pro lepší porozumění).



Graf č. 1 – Pragmatický protokol (Josef)

7.5 Shrnutí

Vyšetřovaným klientem byl pan Josef, kterému byl diagnostikován sekundární parkinsonismus a vaskulární demence středně těžkého stupně (MMSE – 9 bodů). Přestože je klient schopen vyjadřovat se verbálně, jeho sdělení je často neúplné (nedokončí větu) nebo neodpoví vůbec. Konverzace je ovlivněna jeho aktuálním psychickým stavem, téma se řídí jeho současnými halucinacemi a bludy. Často je nutné klienta uklidňovat, jak kvůli častým depresím, a tak i v důsledku jeho občasné agresivity. Ošetřující osoba musí mít na paměti, že pan Josef nerozumí složitějším větným strukturám, musí tedy složitost věty podřídít jeho potřebám. Klient také potřebuje zajistit vyhovující podmínky pro dobrý zrakový kontakt, protože bez zrakové opory (pohled na obličej komunikačního partnera) nerozumí sdělení.

8 Případová studie 2

8.1 Zkoumaná osoba

Paní Božena je v současné době uživatelkou Centra sociálních služeb města Letovice. První kontakt s paní Boženou byl v budově centra za přítomnosti jejího syna a dcery. Božena se velmi dobře verbálně vyjadřuje a jako respondentka byla velmi laskavá a trpělivá (během vyšetřování se objevila mírná nevolnost a bylo nutné činnost na chvíli přerušit).

8.2 Anamnéza

8.2.1 Rodinná anamnéza

Otec Boženy zemřel na cévní mozkovou příhodu, informace o matce se nepodařily zjistit. Božena má dvě děti (syna a dceru), kteří o ni pečují a pravidelně ji navštěvují v Centru sociálních služeb.

8.2.2 Pracovní anamnéza

Božena vystudovala střední školu s maturitou a celý život pracovala jako účetní v místní textilní firmě. Po odchodu do důchodu si přivydělávala jako vrátná v nemocnici.

8.2.3 Osobní anamnéza

Božena se narodila v roce 1921. V pozdní dospělosti trpěla chronickým tinnitem a pomalu se začala objevovat pravostranná ztráta sluchu (stupně lehké nedoslýchavosti). V současnosti se porucha prohloubila do stupně středně těžké nedoslýchavosti a je kompenzována sluchadlem.

V prosinci roku 2014 (v 93 letech) prodělala Božena rozsáhlou cévní mozkovou příhodu ischemického původu. Pro odstranění trombu bylo nutné provést operativně (ve Fakultní nemocnici Brno Boženě museli mechanicky zprůchodnit cévy mozku). Po zotavení z operace byla převezena do Nemocnice Milosrdných bratří v Letovicích na doléčení. Přes nepříznivou prognózu prošla náročnou rehabilitací, která byla úspěšná. V současné době je relativně mobilní (pohybuje se za pomoci chodítka nebo vozíku). Problémů s pamětí si rodina začala všimnout až po operaci.

8.2.4 Neurologické vyšetření

Po vyšetření neurologem byla zjištěna dezorientace časem (místem a osobou je zcela orientovaná). Božena vykazuje známky hypomimie, dále trpí hypokinezi i bradykinezi.
Závěr vyšetření: Cerebrální dysfunkce na podkladě dyscirkulační encefalopatie.

8.3 Vstupní kognitivní screening MMSE

- **orientace (5 bodů)**

Paní Božena není orientovaná časem. Na otázku jaké je roční období odpověděla „zima“, a na „Který máme nyní rok“ dokonce odpověděla 1926. Na další časové otázky nedokázala odpovědět. Často odbíhala a měnila téma. Místem je orientovaná dobře.

- **zapamatování (0 bodů)**

Klientka nedokázala pochopit podstatu úkolu. Odbíhala od tématu.

- **pozornost a počítání (0 bodů)**

Boženě jsem musela delší dobu vysvětlovat podstatu úkolu, nakonec nedokázala počítat, ani hláskovat slovo POKRM.

- **paměť, výbavnost (0 bodů)**

Paní Božena si nedokázala vzpomenout ani na jedno dříve zmiňované slovo.

- **pojmenování (1 bod)**

Po dotazu na předmět nedokázala říct „hodinky“ jen stále opakovala různé časové údaje („čtvrt na devět“ ... „za pět půl“). Tužku dokázala identifikovat správně.

- **opakování (1 bod)**

Větu žádné kdyby anebo ale dokázala správně reprodukovat.

- **třístupňový příkaz (3 body)**

Všechny tři příkazy Božena splnila zcela správně.

- **čtení a splnění příkazu (0 bodů)**

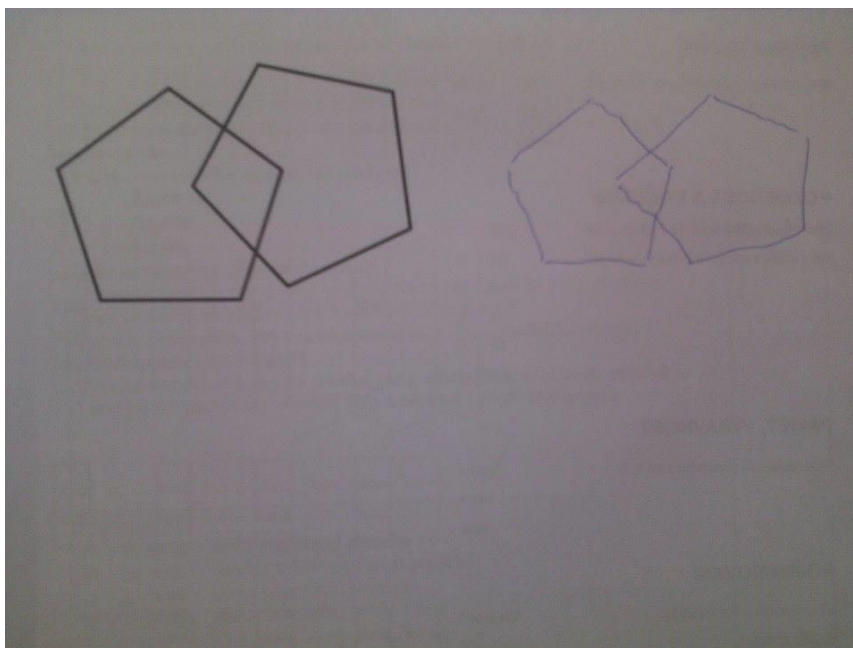
Daný příkaz klientka nedokázala splnit. Text přečetla, příkaz ale nesplnila

- **psaní (0 bodů)**

Klientka nedokázala vymyslet žádnou větu. Neustále opakovala „Já nevím, co mám napsat, tak mi něco řekněte a já to napíšu“.

- **malování (1 bod)**

Malování podle předlohy splnila. Obrazec zcela odpovídá předloze.



Obrázek č. 2 – malování (paní Božena)

Celkové skóre: 11 bodů (středně těžká kognitivní porucha)

8.4 Subjektivní hodnocení pragmatické jazykové roviny

A. Řečové projevy

1. *Analýza řečového projevu v páru* – paní Božena vhodně přebírá roli posluchače, roli mluvčího přebírá s mírnou latencí. Komunikační partner musí na její odpověď čekat. Božena je schopna iniciovat pokyn i dotaz či laskavost, ale nečiní tak často. Dokáže plnit pokyny, na žádost vhodně odpovídá.
2. *Variabilita řečového projevu* – klientka dokáže použít různé řečové projevy. Komentuje sdělení komunikačního partnera, vhodně používá tvrzení i žádost.

B. Témata

3. *Výběr* – při výběru tématu odbíhá do minulosti. Často mění téma nastavené komunikačním partnerem.
4. *Úvod* – konverzuje bez uvedení komunikačního partnera do tématu, a aniž by se ujistila, zda komunikační partner téma zná.
5. *Udržení konverzace* – konverzaci předčasně ukončuje bez ohledu na komunikačního partnera. Interakce s komunikačním partnerem postrádá dynamiku.
6. *Změna tématu* – téma mění náhle, aniž by bylo ukončeno téma předchozí. Není schopna zasvětit komunikačního partnera do nového tématu.

C. Turn-taking

7. *Zahájení* – zahájení konverzace většinou nechává na komunikačním partnerovi. Sama zahajuje mluvní projev, jen pokud chce vyslovit žádost či dotaz.

8. *Odpověď* – pokud komunikační partner zahájí mluvní projev, je schopna odpovědět či komentovat.

9. *Opakování/oprava* – při selhání mluvního projevu svoje sdělení neopakuje, ani se neopravuje. Neuvědomuje si, že jí komunikační partner nerozuměl.

10. *Odmlka* – svoje sdělení je většinou schopna dokončit, ale po položení otázky komunikačním partnerem nastává dlouhá doba, než paní Božena odpoví.

11. *Přerušování/překrývání* – mluvní projevy komunikačních partnerů se překrývají jen vzácně, mezi jednotlivými promluvami je spíše latence, než překrývání.

12. *Zpětná vazba mluvčímu* – komunikační partner většinou nedostane žádnou zpětnou vazbu. Paní Božena vzácně přikývne hlavou.

13. *Vzdálenost promluv* – promluvy paní Boženy následují sdělení komunikačního partnera s určitou latencí (přibližně 8 vteřin). Odpověď ale většinou přijde, komunikační partner musí otázku zopakovat (maximálně však jednou).

14. *Kontingence* – s promluvou paní Boženy většinou nepřichází žádná nová informace. Často odbíhá od tématu.

15. *Kvantita/výstižnost* – pokud paní Božena komunikuje se synem a dcerou je schopna říci více promluv a komunikace je dynamičtější (v důsledku zažitých způsobů komunikace mezi Boženou a jejími dětmi. Pokud přijde cizí osoba, její promluvy jsou pomalejší, sama konverzaci neinicuje. Odpověď přichází se signifikantním zpožděním (vzácně se nevyskytne vůbec).

D. Lexikální výběr

16. *Přesnost* – Božena se vyjadřuje velmi přesně a konkrétně. Slova si vybavuje poměrně rychle (občas jsme zaznamenali mírně zaváhání).

17. Koheze – Mluvní projev klientky je koherentní, jednotlivé promluvy dokáže sdělovat v logickém pořadí. Velký problém jí dělá sledovat promluvy komunikačního partnera. Tyto problémy jsou v důsledku kognitivního deficitu a sluchové ztráty.

E. Stylistické variace

18. Rozlišování komunikačních stylů – klientka je schopna rozlišit neformální a formální (zdvořilostní) styl konverzace. Přizpůsobuje styl konverzace svému komunikačnímu partnerovi. Rozlišuje, kterým osobám má vykat, a kterým naopak tykat.

Paralingvistické aspekty

E. Srozumitelnost a prozodie

19. Srozumitelnost – řeč klientky je velice dobře srozumitelná, nevyskytují se žádné projevy dysartrie či narušení artikulace v užším slova smyslu.

20. Hlasová intenzita – hlas je při běžném hovoru přiměřeně intenzivní. Božena ale nedokáže hlas regulovat v závislosti na situaci, přestože umí hovořit šeptem.

21. Hlasová kvalita – hlas je velmi pronikavý a je položen poměrně vysoko. Nevyskytuje se žádné narušení rezonance, ani hlasové poruchy.

22. Prozodie – přízvuk i intonaci Božena používá zcela přiměřeně a vhodně.

23. Plynulost – plynulost konverzace je mírně narušena občasným hledáním slov, ale především latencí Boženiných odpovědí a reakcí.

Neverbální aspekty

G. Kinestetika a proximita

24. Fyzická proximita – nehodnoceno vzhledem ke snížené mobilitě klientky

25. Fyzický kontakt – nehodnoceno vzhledem ke snížené mobilitě klientky

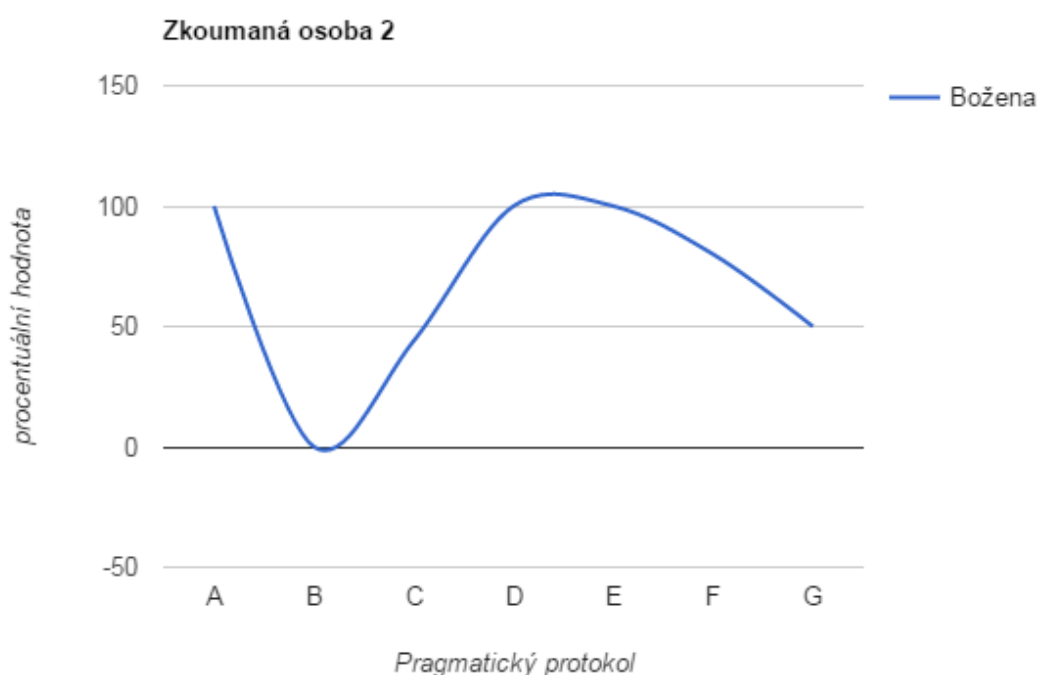
26. Postura těla – nehodnoceno vzhledem ke snížené mobilitě klientky

27. Pohyby HK a DK – nehodnoceno vzhledem ke snížené mobilitě klientky

28. **Gesta** – Božena nepoužívá při mluvním projevu gesta, která by podpořila její komunikační záměr. Ruce jsou složeny v klíně.

29. **Výraz obličeje** – v obličeji je patrná hypomimie. Zamračení není schopná, ale dokáže se usmát.

30. **Zrakový kontakt** – během konverzace je zrakový kontakt velmi intenzivní. Zraková opora ji pomáhá v pochopení promluvy komunikačního partnera.



Graf č. 2 – Pragmatický protokol (Božena)

8.5 Shrnutí

Paní Božena nejčastěji přebírá roli posluchače, její řečový projev je přiměřeně variabilní. Největší obtíže činí paní Boženě výběr tématu (často se ubírá do minulosti), mění téma, aniž by se ujistila, že je komunikační partner schopen sledovat tok konverzace. Konverzaci předčasně opouští. Zahájení komunikačního procesu většinou nechává na komunikačním partnerovi. Dynamika konverzace je mírně narušena latencí odpovědí. Její mluva je přiměřeně koherentní, slova si vybavuje velmi dobře. Srozumitelnost její řeči není nijak narušena a kvalita hlasu je přiměřená jejímu věku. Nepoužívá žádná gesta pro podporu konverzace, výraz obličeje je narušen hypomimií. Vzhledem ke sluchovým deficitům je pro paní Boženu nepostradatelný zrakový kontakt.

9 Případová studie 3

9.1 Zkoumaná osoba

Paní Věra bydlí v Centru sociálních služeb od srpna 2015. Její aklimatizace byla velice náročná, stále mívá záchvaty agresivity a úzkosti. Před rozhovorem nás zdravotní sestra varovala, že neví, v jakém bude paní Věra stavu, a tudíž nezaručuje úspěšnost testování. S Věrou byl kontakt navázán úspěšně, byla velice pozitivně laděná a komunikativní. Anamnézu jsem získala od jejího syna a snachy.

9.2 Anamnéza

9.2.1 Rodinná anamnéza

Paní Věra měla dva syny (jeden syn již zemřel). Matka paní Věry zemřela na infarkt a její otec na cévní mozkovou příhodu.

9.2.2 Pracovní anamnéza

Vzdělání paní Věry je základní, poté nastoupila do oděvní firmy jako dámská krejčová, kde pracovala rok. Poté odešla na mateřskou dovolenou. Po zbytek života byla v domácnosti.

9.2.3 Osobní anamnéza

Paní Věra má celý život diabetes mellitus typ 2 a vysoký krevní tlak. Za svůj život prodělala několik operací (žaludku, žlučníku), ale po operaci žaludečních vředů (r. 2010), kdy byla v celkové anestezii, si rodina začala všimnout problémů s pamětí. U Věry se objevily vážné problémy se sebeobsluhou (inkontinence, neschopnost úklidu). Její problémy eskalovaly v hospitalizaci na Psychiatrické klinice v Brně – Černovicích pro úzkost a agresivitu, kde byla 3 měsíce (květen, červen, červenec roku 2014). Poté byla převezena do Nemocnice Milosrdných bratří v Letovicích na doléčení. Chtěla ale jít domů, a proto odešla na reverz. Po nešťastném pádu, kdy si poranila kotník, byla hospitalizována v nemocnici v Boskovicích, kde se opět projevila její agresivita a musela být již podruhé převezena na Psychiatrickou kliniku do Brna – Černovic. V srpnu 2015 zahájila pobyt v Centru sociálních služeb v Letovicích. Rodina paní Věry si nejvíce všímá poruch krátkodobé paměti a stěžuje si na její časté fabulace. Při vyšetřování jsme hovořily o jejím životě (jak minulém a současném) paní Věra mi pověděla spoustu věcí. Po rozhovoru s rodinou se ale ukázalo, že žádná z jejích výpovědí není pravdivá. U Věry se často objevuje agresivita vůči ostatním a chování, které by se dalo přirovnat k citovému vydírání (často

vyhrožuje sebeпоškozením či sebevraždou). Dostává uklidňující léky, které ale neužívá (přiznala, že počká, až odejde zdravotní sestra a vyhodí je).

9.2.4 Neurologické vyšetření

U paní Věry se projevují časté fabulace, spolu s bludy a halucinacemi. Neurolog diagnostikoval počínající Alzheimerovu nemoc.

9.3 Vstupní kognitivní screening MMSE

- **orientace (9 bodů)**

Paní Věra orientuje časem, místem i osobou. Jediná otázka, na kterou nedokázala odpovědět byla „Ve kterém poschodí se nacházíme“.

- **zapamatování (3 body)**

Klientka dokázala bezprostředně reprodukovat všechna tři slova (lopata, šátek, váza).

- **pozornosti a počítání (2 body)**

Odčítání bylo úspěšné po hodnotu 86.

- **paměť, vybavnost (2 body)**

Věra si vybavila dvě slova ze tří (šátek, váza).

- **pojmenování (2 body)**

Klientka identifikovala jak hodinky, tak tužku.

- **opakování (0 bodů)**

Větu „Žádné kdyby anebo ale“ nebyla Věra schopná reprodukovat.

- **třístupňový příkaz (3 body)**

Všechny tři stupně příkazu byly splněny bez zaváhání.

- **čtení a plnění příkazu (1 bod)**

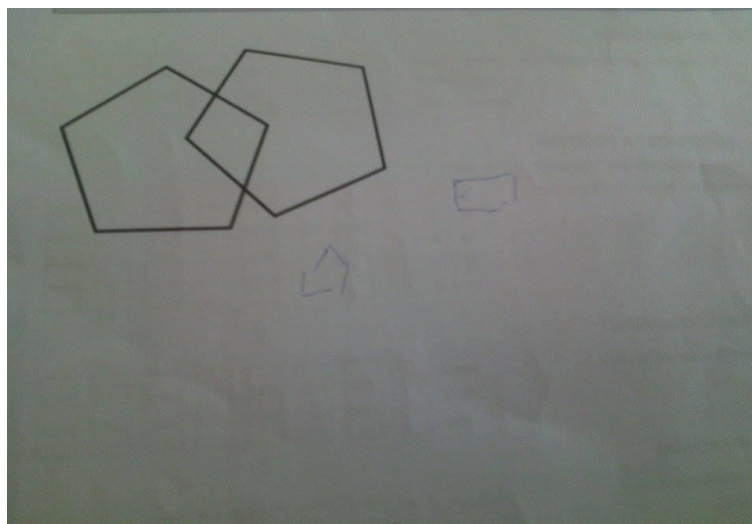
Přestože si Věra zapomněla vzít k vyšetření brýle, dokázala příkaz „ZAVŘETE OČI“ přečíst a úkol vykonat.

- **psaní (1 bod)**

Klientka napsala větu „Venku je krásně“.

- **obkreslování (0 bodů)**

Nakreslené útvary neodpovídají předloze (ani jeden z útvarů se nepodobá pětiúhelníku).



Obrázek č. 3 – malování podle předlohy (Věra)

Celkové skóre: 23 bodů (lehká kognitivní porucha)

9.4 Subjektivní hodnocení pragmatické jazykové roviny

A. Řečové projevy

1. *Analýza řečového projevu v páru* – paní Věra velmi aktivně přebírá roli mluvčího. Občas má problémy dodržet i roli posluchače. Obecně ale dodržuje všechna pravidla komunikace v páru.
2. *Variabilita řečového projevu* – klientčin řečový projev je velmi variabilní, dokáže použít žádost, komentář, slib,...

B. Témata

3. *Výběr* – výběr témat se soustředí především na 3 hlavní oblasti:
 - osamělost³⁰,
 - základní škola³¹,
 - zájmy v mládí³²,
4. *Úvod* – paní Věra neuvádí komunikačního partnera do tématu konverzace. Často mění témata, aniž by se přesvědčila, že se komunikační partner orientuje v tématu konverzace.

³⁰ „Nikdo mě nepřijde navštívit“, „Nemám si tu s kým povídat“

³¹ „Byla jsem nejchytřejší žák, měla jsem samé jedničky, učitel mě ani nezkoušel, protože jsem věděla víc, jak on“-

³² „Moc ráda jsem šila. Šila jsem šaty všem ve městě“.

5. **Udržení konverzace** – Věra dokáže bez větších obtíží udržet konverzaci. Aktivně odpovídá na otázky, pokyny i komentáře.
6. **Změna tématu** – klientka velmi aktivně mění téma konverzace, aniž by se přesvědčila, že se komunikační partner orientuje v konverzaci. Je schopna reagovat na změny provedené komunikačním partnerem.

C. Turn-taking

7. **Zahájení** – mluvní projev zahajuje sama, ale téma není schopná vhodně uvést.
8. **Odpověď** – doba mezi otázkou komunikačního partnera a odpovědí klientky je většinou poměrně krátká (snaží se odpovědět dříve, než komunikační partner dokončí otázku).
9. **Opakování/oprava** – při selhání v komunikaci se klientka vždy opraví či zopakuje svoje sdělení.
10. **Odmilka** – odmlka je o kratší, než je běžné. Klientka občas není schopná počkat, než komunikační partner dokončí svoje sdělení.
11. **Přerušování/překrývání** – objevuje se přerušování komunikačního partnera a občasné překrývání sdělení.
12. **Zpětná vazba mluvcímu** – Věra dává komunikačnímu partnerovi dostatečnou zpětnou vazbu.
13. **Vzdálenost promluv** – vzdálenost mezi promluvami komunikačních partnerů je obvykle příliš malá.
14. **Kontingence** – klientka střídá pouze tři témata. Do konverzace nepřispívá žádnou novou informací.
15. **Kvantita/výstižnost** – obsah sdělení je do jisté míry informativní, jakmile ale klientka vystřídá určité spektrum témat, informace se začnou opakovat.

D. Lexikální výběr

16. **Přesnost** – paní Věra se vyjadřuje ve větách (i souvětích). Obsah jejích sdělení je velice přesný.
17. **Koheze** – sdělení Věry je souvislé. Dokáže sledovat myšlenkové pochody komunikačního partnera, i pokud jde o složitější sdělení.

E. Stylistické variace

18. Rozlišování komunikačních stylů – klientka rozlišuje neformální a formální styl konverzace. Je schopna přizpůsobit styl konverzace svému komunikačnímu partnerovi.

Paralingvistické aspekty

F. Srozumitelnost a prozodie

19. Srozumitelnost – mluva paní Věry je velice dobře srozumitelná. Neshledali jsme žádnou poruchu artikulace (v užším ani širším slova smyslu).

20. Hlasová intenzita – intenzita hlasu je přiměřená. Hlas dokáže velmi dobře regulovat.

21. Hlasová kvalita – hlas je poměrně kvalitní. Neobjevují se poruchy hlasu či rezonance.

22. Prozodie – intonace i přízvuk sdělení jsou v normě.

23. Plynulost – mluvní projev je velmi plynulý.

Neverbální aspekty

G. Kinestetika a proximita

24. Fyzická proximita – nehodnoceno kvůli omezené pohyblivosti klientky.

25. Fyzický kontakt – nehodnoceno kvůli omezené pohyblivosti klientky.

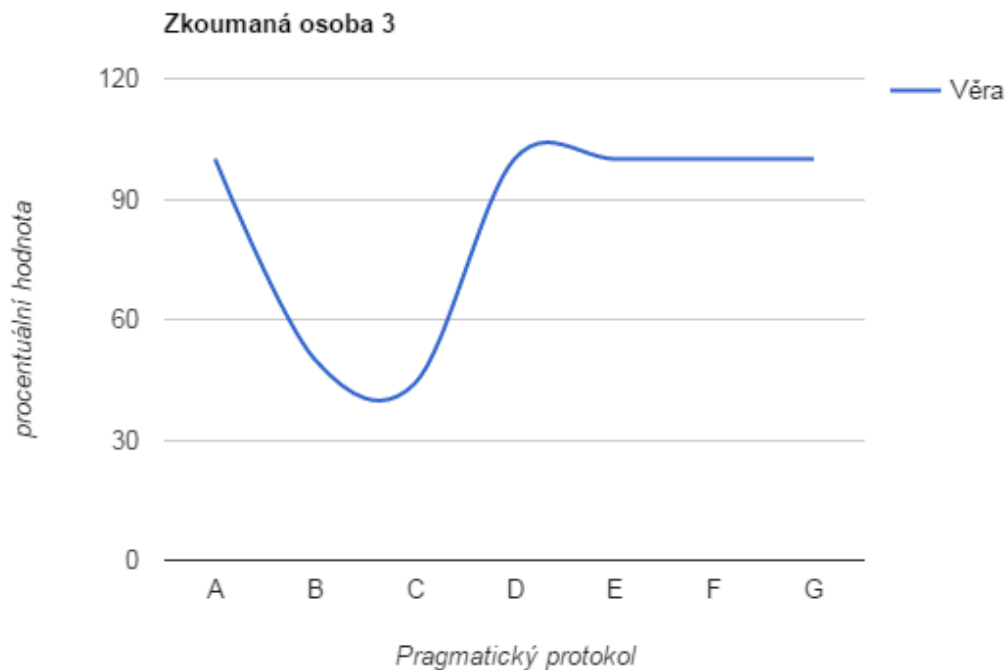
26. Postura těla – nehodnoceno kvůli omezené pohyblivosti klientky.

27. Pohyby HK a DK – pohyby horních a dolních končetin jsou zcela přiměřené.

28. Gesta – klientčina gesta odpovídají obsahu sdělení klientky.

29. Výraz obličeje – ve výrazu paní Věry není patrná hypomimie, mimika odpovídá obsahu sdělení.

30. Zrakový kontakt – klient se upřeně dívá komunikačnímu partnerovi do očí. Pro porozumění je zrakový kontakt zcela nepostradatelný. Potřeba zrakové podpory je mimo jiné dána i přítomnou presbyakuzí.



Graf č. 3 – Pragmatický protokol (Věra)

9.5 Shrnutí

Věřin mluvní projev je na první pohled přiměřený jejímu věku. Při bližším prozkoumání obsahu jejích výpovědí můžeme zjistit, že se rigidně drží svým témat, která neustále opakuje. Během naší konverzace si často stěžovala na samotu (říkala, že si nemá s kým povídat a nikdo ji nepřijde navštívit), často se v konverzaci obracela do dávné minulosti (základní škola, práce švadleny).

Když jsme se bavili s rodinou, zjistili jsme mnohé nesrovnalosti ve Věřiných sděleních. Rodina vyvrátila většinu informací, které nám Věra řekla během našeho vyšetření. V jejím mluvním projevu se objevují výrazné fabulace a obracení do minulosti. V Pragmatickém protokolu bohužel není místo pro hodnocení pravdivosti informace, která zásadním způsobem ovlivňuje pohled na danou osobu.

10 Případová studie 4

10.1 Zkoumaná osoba

Vyšetření paní Květy proběhlo za přítomnosti její dcery v Centru sociálních služeb. Paní Květa v ten den slavila své 92. narozeniny, proto byla ve velmi dobré náladě a mohli jsme navázat rozhovor právě na toto téma (jak tento den prožívá, co se stalo výjimečného).

10.2 Anamnéza

10.2.1 Rodinná anamnéza

V rodinné anamnéze se nevyskytují žádné rizikové faktory pro vznik demence. Klientka má 3 děti, ale pečuje o ni především její první dcera.

10.2.2 Pracovní anamnéza

Paní Květa má střední ekonomické vzdělání, vystřídala několik zaměstnání, všude ale pracovala jako účetní.

10.2.3 Osobní anamnéza

Květa během svého života netrpěla žádnými vážnými onemocněními. Měla problémy se stavem, který její dcera nazývá „srdeční neurózou“ (náhlá tachykardie). Ve věku 78 let musela z těchto důvodů podstoupit operaci srdce, která byla vedena tříslem za plného vědomí. Po této operaci si dcera začala všimnout problémů s pamětí, paní Květa začala bloudit, byla výrazně plačtivá, místy se objevovala i agrese. Se vzrůstajícími problémy se pomalu stávala nesoběstačnou (zapomínala jíst, měla problémy s inkontinencí). Musela být proto umístěna do Centra sociálních služeb, kde je jí poskytnuta komplexní péče. Před 6 měsíci si po pádu zlomila nohu v kotníku a musela podstoupit operaci. V současné době je upoutána na invalidní vozík a zcela odkázána na péči ostatních.

1.1.1 Neurologické vyšetření

Neurolog shledal, že je klientka dezorientovaná časem a místem. Patrná je hypomimie. Paní Květě byla v roce 2003 diagnostikována Alzheimerova choroba.

10.3 Vstupní kognitivní screening MMSE

- **orientace (1 bod)**

Paní Květa je dezorientovaná časem i místem (věděla pouze jaký je měsíc – díky tomu, že měla narozeniny).

- **zapamatování (2 body)**

Paní Květa dokázala bezprostředně reprodukovat dvě slova (lopata, šátek).

- **pozornost a počítání (0 bodů)**

Opakované odčítání i hláskování slova POKRM bylo zcela nemožné. Květa nepochopila zadání úkolu.

- **paměť a vybavnost (0 bodů)**

Klientka nedokázala reprodukovat ani jeden ze tří dříve uvedených předmětů.

- **pojmenování (2 body)**

Pojmenování dvou předmětů (hodinky, tužka) nečinilo klientce žádné obtíže.

- **opakování (1 bod)**

Větu „Žádné kdyby anebo ale“ dokázala reprodukovat bez větších problémů.

- **třístupňový příkaz (3 body)**

Paní Květa splnila všechny tři úkoly (plnění probíhalo ve velmi pomalém tempu).

- **čtení a splnění příkazu (1 bod)**

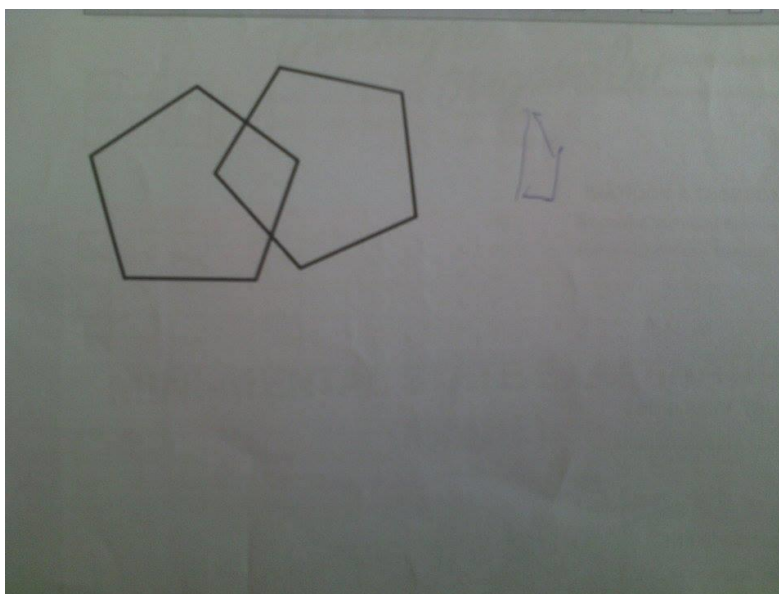
Po prvotních problémech s pochopením úkolu se klientce povedlo příkaz „ZAVŘETE OČI“ splnit.

- **psaní (0 bodů)**

Paní Květa nedokázala napsat větu. Její písemný projev nepřipomíná ani žádné smysluplné slovo.

- **malování podle předlohy (0 bodů)**

Paní Květa nedokázala nakreslit útvar, který mi byl podobný předloze



Obrázek č. 4 – malování podle předlohy (Květa)

Celkové skóre: 10 bodů (středně těžká demence)

10.4 Subjektivní hodnocení pragmatické jazykové roviny

A. Řečové projevy

1. *Analýza řečového projevu v páru* – paní Květa dokáže vhodně přebrat roli posluchače, roli mluvčího přebírá obtížně. Pokud dostane pokyn, většinou ho nedokáže splnit. Pokud je jí položena otázka, trvá i několik desítek vteřin, než odpoví. Bere na vědomí poznámky mluvčího, sama ale není schopna komentovat. Pokyn či žádost o laskavost je schopna formulovat pouze v případě naplňování fyziologických potřeb.
2. *Variabilita řečového projevu* – klientka používá pouze řečové projevy jako tvrzení a žádost. Není schopna vhodně použít slib nebo okomentovat sdělení komunikačního partnera.

B. Témata

3. *Výběr* – klientka není schopna sama vybrat téma konverzace. Konverzaci musí začít komunikační partner.
4. *Úvod* – paní Květa není schopna vhodně uvést téma konverzace. Nedokáže hladce přejít k novému tématu. Téma vybírá, aniž by komunikačního partnera zasvětila do kontextu situace.
5. *Udržení konverzace* – Květa často konverzaci ukončuje předčasně. Pokud sdělení komunikačního partnera rozumí, ve většině případů odpoví.
6. *Změna tématu* – klientka se rigidně drží svého tématu, není schopen reagovat na změny v konverzaci.

C. Turn-taking

7. *Zahájení* – mluvní projev je zahájen pouze jako odpověď na otázku, pokyn či komentář komunikačního partnera.
8. *Odpověď* – doba mezi otázkou komunikačního partnera a odpovědí klientky je nepřiměřeně dlouhá. Paní Květa často neodpoví vůbec, přestože otázku slyší a rozumí jí.
9. *Opakování/oprava* – při selhání v komunikaci se klientka často pokusí jednou opravit/zopakovat. Pokud ani tento pokus není úspěšný, komunikaci vzdá.

10. **Odmka** – odmlka v konverzaci je velmi dlouhá. Komunikační partner často musí zopakovat otázku nebo zjednodušit její znění.
11. **Přerušeni/překrývání** – přerušeni či překrývání sdělení obou komunikačních partnerů není časté (naopak je přítomna častá latence odpovědí).
12. **Zpětná vazba mluvčímu** – klientka nedává komunikačnímu partnerovi žádnou zpětnou vazbu.
13. **Vzdálenost promluv** – vzdálenost mezi promluvami je obvykle příliš velká (odpověď klientky je ale většinou přítomná).
14. **Kontingence** – klient většinou není schopen kontingence (nedokáže pokračovat v konverzaci s doplňující informací). Konverzaci musí vést komunikační partner. Pokud klientka přidá novou informaci, většinou není relevantní a nevztahuje se k tématu.
15. **Kvantita/výstižnost** – pokud Květa přispěje do konverzace, obsah sdělení není příliš informativní, ani relevantní.

D. Lexikální výběr

16. **Přesnost** – paní Květa je schopna vyjádřit se poměrně přesně jen jedním slovem. Vyjadřování ve větách činí větší problémy.
17. **Koheze** – sdělení klientky je většinou nesouvislé. Je schopna sledovat myšlenkové pochody komunikačního partnera, pokud jde o velmi jednoduchá sdělení. Nedokáže pochopit složitější věty či souvětí.

E. Stylistické variace

18. **Rozlišování komunikačních stylů** – klientka není schopna rozlišit neformální a formální (zdvořilostní) styl konverzace. Nepřizpůsobuje styl konverzace svému komunikačnímu partnerovi.

Paralingvistické aspekty

F. Srozumitelnost a prozodie

19. **Srozumitelnost** – řeč je těžko srozumitelná v důsledku dysartrie a snížené pohyblivosti orofaciální oblasti.
20. **Hlasová intenzita** – hlas je velmi tichý. Květa hlasovou intenzitu nedokáže regulovat-
21. **Hlasová kvalita** – hlas je málo výrazný, téměř dysfonický.

22. *Prozodie* – mluvní projev Květy je velice monotónní.

23. *Plynulost* – mluvní projev je neplynulý, přerušovaný častými pauzami. Občas vůbec nedokončí větu.

Neverbální aspekty

G. Kinestetika a proximita

24. *Fyzická proximita* – nehodnoceno kvůli omezené pohyblivosti klienta.

25. *Fyzický kontakt* – nehodnoceno kvůli omezené pohyblivosti klienta.

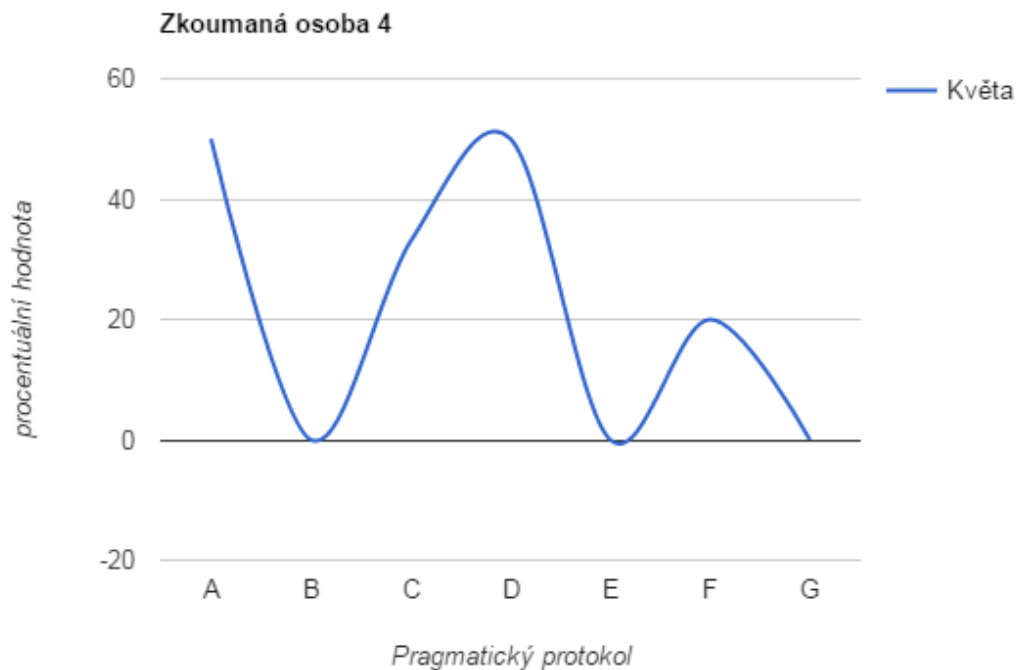
26. *Postura těla* – nehodnoceno kvůli omezené pohyblivosti klienta.

27. *Pohyby HK a DK* – pohyby horních končetin nepůsobí interferenčně vůči komunikačnímu záměru klientky a nenarušují porozumění. Pohyby dolních končetin nejsou hodnoceny – klientka je z důvodů poranění kotníku na vozíku.

28. *Gesta* - klient nepoužívá žádná gesta, ruce jsou při komunikačním procesu v klidové poloze.

29. *Výraz obličeje* – klientčin obličej je výrazně hypomimický, smích je těžko rozeznatelný.

30. *Zrakový kontakt* – klientka velmi těžko udržuje zrakový kontakt. Pro porozumění je ale nutné, aby komunikační partner poskytl zrakovou oporu v podobě zrakového kontaktu.



Graf č. 4 – Pragmatický protokol (Květa)

10.5 Shrnutí

Paní Květa nejčastěji přebírá roli posluchače, obtížnější je pro ni být v konverzaci mluvčím. Sama mluvní projev zahajuje, pouze pokud jde o žádost, v ostatních případech musí konverzaci zahajovat komunikační partner. Mezi jednotlivými promluvami je poměrně velká vzdálenost. Mluva paní Květy je nekoherentní. Srozumitelnost její mluvy je velmi nízká, hlas je velmi tichý (klinický obraz připomíná až dysfonii). Velké obtíže Květě činí nonverbální aspekty komunikační projevů. Je narušena gestikulace i zrakový kontakt. Kinestetika je narušena v důsledku zranění kotníku (klientka je v současné době na vozíku).

11 Závěr praktické části a diskuze

Úkolem praktické části diplomové práce bylo zhodnotit pragmatickou jazykovou rovinu u osob s demencí a zjistit, jaký vliv mají deficity v pragmatice na komunikaci a interakci mezi intaktním komunikačním partnerem a osobami s demencí, které jsou zároveň uživateli Centra sociálních služeb v Letovicích.

Součástí praktické části diplomové práce byly čtyři osoby s různými stupni a formami demence. Díky rodinným příslušníkům jsme získali potřebné informace k vytvoření případových studií, provedli kognitivní screening (Mini Mental State Examination). Poté jsme u každého klienta aplikovali test Pragmatic Protocol (Prutting, Kirschner, 1987) a zhodnotili jsme jednotlivé aspekty pragmatické jazykové roviny. Dospěli jsme k následujícím poznatkům:

- každá z uvedených osob měla deficity v oblasti pragmatické jazykové roviny,
- narušení pragmatické jazykové roviny se odráží i v ostatních jazykových rovinách (foneticko-fonologická; lexikálně-sémantická; morfologicko-syntaktická),
- přestože je demence progresivní onemocnění, logoped by se měl stále věnovat rozvoji pragmatické jazykové roviny, pro co možná nejdelší udržení stávající úrovně komunikační schopnosti.

V závěru diplomové práce bychom se rádi věnovali odpovědím na výzkumné otázky:

- **Vyskytují se u osob se syndromem demence deficity v pragmatické jazykové rovině?**

Ano, všechny zkoumané osoby měly určité deficity v pragmatické jazykové rovině. Obtíže činily jak verbální, tak neverbální aspekty komunikace. Zjistili jsme, že největší deficity mají tyto osoby v komunikaci v páru – odpovědi na otázku či variabilita mluvního projevu. Uvedené osoby ve většině případů nejsou schopny samy zahájit komunikační proces a tento úkol nechávají na komunikačním partnerovi. Musíme ale podotknout, že u každé osoby se deficity projevují jiným způsobem, proto jsme pro každého klienta vytvořili individuální pragmatický profil.

- **Pokud ano, jakým způsobem se tyto deficity odrážejí v interakci s komunikačním partnerem?**

Komunikační partner musí do komunikace vkládat spoustu energie, která se mu většinou nevrací (osoba s demencí předčasně ukončí komunikační proces nebo neodpoví vůbec). Taková komunikace může být po určité době až frustrující. Při komunikaci s osobou

demencí se musíme připravit na nedostatek zpětné vazby (případně může mít daná osoba specifický způsob dávání zpětné vazby).

Získané výsledky není možné generalizovat, nejen proto, že výzkum byl proveden na relativně malém vzorku zkoumaných osob, ale také s ohledem na to, že každá osoba s demencí má svůj vlastní specifický způsob komunikace. Dále je třeba mít na paměti, že se jedná o subjektivní hodnocení deficitů v pragmatické jazykové rovině a vždy je tu riziko, že jiná osoba by jednotlivé aspekty ohodnotila přísněji nebo naopak benevolentněji.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAYLES, K. A, C. K TOMOEDA. *Cognitive-communication disorders of dementia*, San Diego: Plural Pub. 2007. ISBN 1597561118.

BENEŠOVÁ, V. Frontotemporální demence. In RABOCH, J., P. DOUBEK, I. ZRZAVECKÁ. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-162-9.

BIRNER, B. J. *Introduction to Pragmatics*. John Wiley & Sons. 2012. ISBN 9781118348307.

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada. 2012. ISBN 978-80-247-3008-0.

BUIJSSEN, H. *The simplicity of dementia: a guide for family and carers*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 2005. ISBN 9781843103219.

Communication: Tips for successful communication at all stages of Alzheimer disease. In: *Alzheimer's association* [online]. 2015. [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: https://www.alz.org/national/documents/brochure_communication.pdf

COPELAND, J. R. M., M. T. ABOU-SALEH a D. G. BLAZER. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. John Wiley and Sons. 2002. ISBN 0-470-84641-0.

CUMMINGS, L. *Clinical pragmatics*. Cambridge University Press. 2009. ISBN 9780521888455.

CUMMINGS L. *Pragmatic Disorders*. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. 2010. Dostupné online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/363/>

ČEŠKOVÁ, E., M. SVOBODA. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.

ČEVELA, R., Z. KALVACH, L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DOUBEK, P., J. ROTH, J. ŽIDOVSKÁ, T. UHROVÁ. Diagnostika a léčba psychiatrické symptomatiky u pacientky s Huntingtonovou nemocí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2002 (3) [cit. 2016-03-17]. Dostupné z:

<http://www.solen.sk/pdf/fea351756408983b61a5d82c5903cdbc.pdf>

DUTHEY, B. *Background paper 6.11: Alzheimer disease and other dementias* [online]. 2013 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z:

http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_11Alzheimer.pdf

FANDRDLOVÁ Z. Kognitivní deficit u Alzheimerovy demence. In PREISS, M. a H. PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-0843-4.

FIŠAR, Z. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada. 2001. ISBN 80-247-0061-1.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-V. In: www.dsm5.org [online].

American Psychiatric Association, 2013 [cit. 2016-03-27]. Dostupné z:

<http://www.dsm5.org/documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ, J. SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.

JIRÁK, R. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, R. Stará a nová diagnostická kritéria pro Alzheimerovu chorobu v podmínkách ČR. *Neurologia pre prax* [online]. 2011, 12(2) [cit. 2016-03-24]. Dostupné z:
http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4981&magazine_id=3

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského. 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1110-9

KONRÁD, J. Demence s Lewyho tělísky, diagnostika, klinický význam, možnosti léčby, kazuistika. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004 (1), [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/02.pdf>

KROMBHOLZ, R.. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, **12**(3). [cit. 2016-03-12]. Dostupné z <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/03/12.pdf>

KUTNOHORSKÁ, J.. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

LAMER, A. *Cognitive Screening Instruments: A Practical Approach*. Springer Science & Business Media. 2012. ISBN 9781447124528.

LIU, C., T., KANEKIYO, H. XU a G. BU. *Apolipoprotein E and Alzheimer Disease: risk, mechanisms and therapy*. Nature Reviews Neurology [online]. 2013, **9**(2) [cit. 2016-03-14]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726719/>

LOVE, R. J a W. G WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál. 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

LUŽNÝ, J. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2009, 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné také z:

<http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Grada. 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.

MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 2005. ISBN 80-210-3838-1.

NEUBAUER, K. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

OREL, M. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada. 2007. ISBN 9788024714905.

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

POKORNÁ, A. a M. SUKUPOVÁ. Validace podle Naomi Feil® v geriatrické péči. *Kontakt* [online]. 2014, 2(16) [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20140620134000007031.pdf>

PRUTTING, C. A., D. M. KIRCHNER. A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. (52)1987.

REKTOROVÁ, I. Demence s Lewyho tělísky a demence u Parkinsonovy nemoci: Nejedná se o stejnou diagnózu!. *Neurologie pro praxi* [online]. 2010, 11(5), [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/05/18.pdf>

REKTOROVÁ, I. Psychiatrické symptomy Parkinsonovy nemoci: Diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. 2007, 8(5) [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/05/08.pdf>

ROMÁN, G. C, T. ERKINJUNTTI, A. WALLIN, L. PANTONI a H.C. CHUI. Subcortical ischemic vascular dementia. *THE LANCET Neurology* [online]. 2002, (1) [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: <http://profgustavoroman.com/wp-content/uploads/2013/06/Subcortical-ischaeamic-vascular-dementia.pdf>

ROTH, J., J.KLEMPÍŘ. Terapie choreatických dyskinezi. *Neurologia pre prax* [online]. 2009, **10**(6) [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4204&magazine_id=3

ROUSSEAUX, M., A. SEVE, M. VALLET, F. PASQUIER a M. MACKOWIAK-CORDILIANI. *An analysis of communication in conversation in patients with dementia* [online]. 2010, **48** [cit. 2016-04-13]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Marc_Rousseaux/publication/47299397_An_analysis_of_communication_in_conversation_in_patients_with_dementia/links/00b7d519372c29aa7a000000.pdf

RŮŽIČKA, E. Parkinsonova nemoc. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2006, **4**(06) [cit. 2016-03-14]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Jan_Roth/publication/47070867_Parkinsonova_nemoc/links/0912f50b3191b83f31000000.pdf

SHEARDOVÁ, K. Mírná kognitivní porucha v praxi. *Psychiatria pre prax* [online]. 2010, **11**(2 - 3) [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/942989602b9a0ec4906f6c79d901a165.pdf>

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-274-2.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H., T. NIKOLAI, J. LUKAVSKÝ, O. BEZDÍČEK, M. VRAJOVÁ a M. KOPEČEK. Mini-Mental State Examination: česká normativní studie. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2015, **78**(111) [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/pdf/mmse_normy.pdf

Velký lékařský slovník. *Lekarske.slovníky.cz* [online]. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/lewyho-teliska>

YIN, R. K. *Case study research, Design and Methods*. California: Sage Publications. 2013. ISBN 0-7619-2553-8.

SEZNAM ZKRATEK

Aj.	A jiné
Atd.	A tak dále
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Počítačová tomografie
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EEG	Elektroencefalografie
fMRI	Funkční magnetická rezonance
FTD	Frontotemporální demence
L-DOPA	Levodopa
LBD	Demence s Lewyho tělísky (Lewy body disease)
MMSE	Mini Mental State Examination
MRI	Magnetická rezonance
Např.	Například
PET	Pozitronová emisní tomografie
PN	Parkinsonova nemoc
VD	Vaskulární demence
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Malování podle předlohy (Josef)

Obrázek č. 2: Malování podle předlohy (Božena)

Obrázek č. 3: Malování podle předlohy (Věra)

Obrázek č. 4: Malování podle předlohy (Květa)

Obrázek č. 5: Materiál pro nácvik nomie

Obrázek č. 6: Materiál pro nácvik nomie

Obrázek č. 7: Materiál pro nácvik nomie

Obrázek č. 8: Karty pro dějovou posloupnost

Obrázek č. 9: Karty pro nácvik asociace

Obrázek č. 10: Karty pro nácvik asociace

Obrázek č. 11: Materiál pro nácvik lexie

Obrázek č. 12: Materiál pro nácvik lexie

Obrázek č. 13: Reminiscenční kufřík

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pragmatický protokol (Josef)

Graf č. 2: Pragmatický protokol (Božena)

Graf č. 3: Pragmatický protokol (Věra)

Graf č. 4: Pragmatický protokol (Květa)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Mini Mental State Examination (MMSE)


Příloha č. 2: Pragmatický protokol (překlad)

Příloha č. 3: Pragmatic protocol (originál)

Příloha č. 4: Materiály pro kognitivní trénink a reminiscenci

Příloha č. 1: Mini Mental State Examination

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dějte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dějte nemocnému přečíst papír s napsím „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Příloha č. 2: Pragmatický protokol – český překlad (Prutting, Kirschner, 1987).

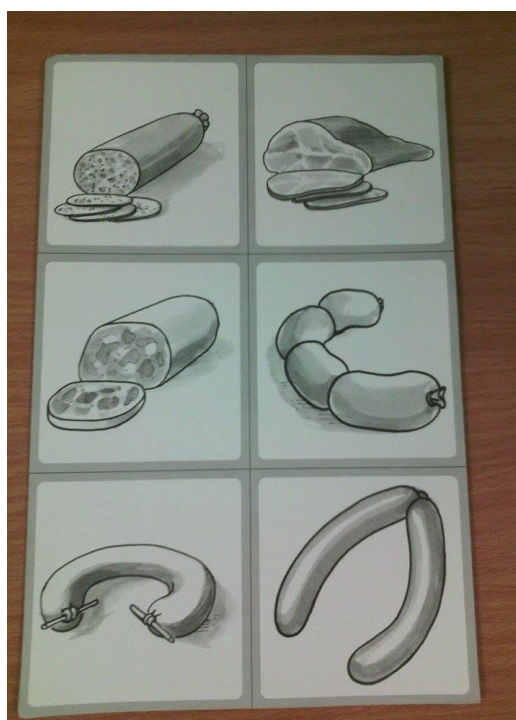
Komunikační projevy	Priměřené	Nepřiměřené	Nehodnoceno	Příklady a komentáře
Verbální aspekty				
A. Rečové projevy				
1. Analýza řečového projevu v páru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Variabilita řečového projevu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Témata				
3. Výběr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Úvod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Udržení konverzace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Změna tématu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. Turn-taking				
7. Zahájení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Odpověď	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Oprava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Odmlka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Přerušování/překrývání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Zpětná vazba mluvčímu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Blížkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Kontingence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Kvantita/výstižnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. Lexikální výběr				
16. Přesnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Koheze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E. Stylistické variace				
18. Rozlišování komunikačních stylů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paralingvistické aspekty				
F. Srozumitelnost a prozodie				
19. Srozumitelnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Hlasové intenzita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Hlasová kvalita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Prozodie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Plynulost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nonverbální aspekty				
G. Kinetika a proximita				
24. Fyzická proximita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Fyzický kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Postura těla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Pohyby HK a DK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Gesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Výraz obličeje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Zrakový kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

APPENDIX
Pragmatic Protocol

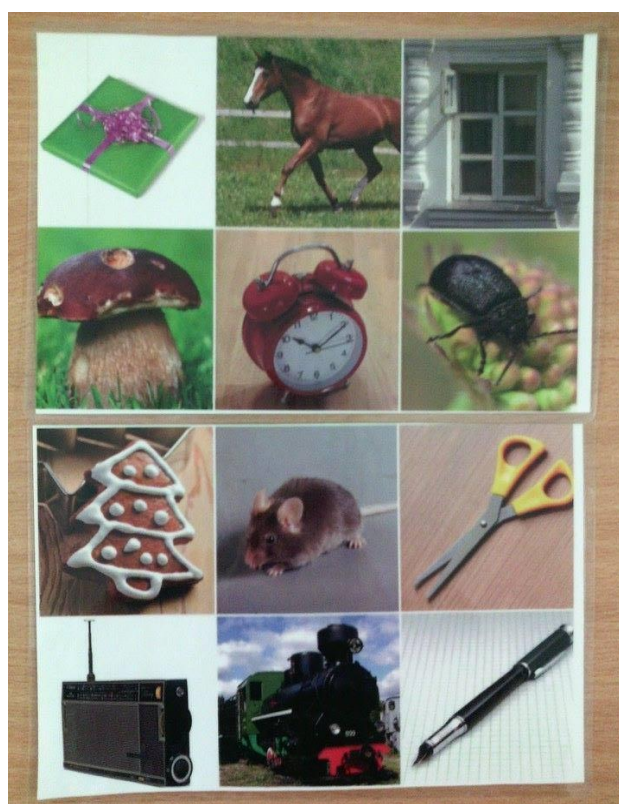
NAME: _____ DATE: _____
COMMUNICATIVE _____ COMMUNICATIVE PARTNER'S _____
SETTING OBSERVED _____ RELATIONSHIP _____

<i>Communicative act</i>	<i>Appropriate</i>	<i>Inappropriate</i>	<i>No opportunity to observe</i>	<i>Examples and comments</i>
<i>Verbal aspects</i>				
A. Speech acts				
1. Speech act pair analysis				
2. Variety of speech acts				
B. Topic				
3. Selection				
4. Introduction				
5. Maintenance				
6. Change				
C. Turn taking				
7. Initiation				
8. Response				
9. Repair/revision				
10. Pause time				
11. Interruption/overlap				
12. Feedback to speakers				
13. Adjacency				
14. Contingency				
15. Quantity/conciseness				
D. Lexical selection/use across speech acts				
16. Specificity/accuracy				
17. Cohesion				
E. Stylistic variations				
18. The varying of communicative style				
<i>Paralinguistic aspects</i>				
F. Intelligibility and prosodies				
19. Intelligibility				
20. Vocal intensity				
21. Vocal quality				
22. Prosody				
23. Fluency				
<i>Nonverbal aspects</i>				
G. Kinesics and proxemics				
24. Physical proximity				
25. Physical contacts				
26. Body posture				
27. Foot/leg and hand/arm movements				
28. Gestures				
29. Facial expression				
30. Eye gaze				

Příloha č. 4:



Obrázek č. 5 – materiál pro nácvik nomie Obrázek č. 6 – materiál pro nácvik nomie



Obrázek č. 7 – materiál pro nácvik nomie



Obrázek č. 8 – karty pro nácvik dějové posloupnosti



Obrázek č. 9 – karty pro nácvik asociace



Obrázek č. 10 – karty pro nácvik asociace



Obrázek č. 11 – materiál pro nácvik lexie

klíče	hodinky
hřebínek	kapesník
taška	kabelka
peníze	peněženka
občanský průkaz	deštník
mobil	walkman
prsten	řetízek
náušnice	rtěnka
brýle	zubní protéza
léky	berle
cigarety	zapalovač

Obrázek č. 12 – materiál pro nácvik lexie



Obrázek č. 13 – Reminiscenční kufřík

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Alžběta Bezděková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Adéla Hanáková Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Pragmatická jazyková rovina u osob s demencí
Název v angličtině:	Pragmatic language domain in persons with dementia
Anotace práce:	Diplomová práce se zaměřuje na definici stárnutí a zkoumá jeho vliv na paměť a komunikaci. Detailně rozebíráme jednotlivé formy syndromu demence. Věnujeme se také vlivu syndromu demence na komunikaci člověka. Součástí praktické části jsou čtyři případové studie, u těchto osob hodnotíme pragmatickou rovinu čtyř vybraných osob, za použití testu Pragmatic Procol.
Klíčová slova:	Stáří, demence, komunikace, pragmatická jazyková rovina

Anotace v angličtině:	The diploma thesis defines aging and explores its impact on memory and communication. We study individual forms of dementia. We also deal with the impact of dementia on people's communication. The empirical part describes four case studies. We evaluate the pragmatic language domain of these four chosen people with dementia, using The Pragmatic Protocol test.
Klíčová slova v angličtině:	Aging, dementia, communication, pragmatic language domain
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Mini Mental State Examination Příloha 2: Pragmatický protokol (český překlad) Příloha 3: Pragmatic Protocol Příloha 4: Fotodokumentace pomůcek
Rozsah práce:	84 stran + 7 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk