Filozofická fakulta
Univerzity Karlovy
v Praze

Katedra sociální práce,
obor sociální práce,
školní rok: 2007/2008
forma studia: prezenční

Monika Grundová

REMINISCENČNÍ TERAPIE SE ZAMĚŘENÍM NA ČLOVĚKA S DEMENCÍ

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Daniela Vodáčková
Oponent diplomové práce: PhDr. Hana Janečková, PhD.
Datum obhájení:
Výsledek obhajoby:

PROHLAŠUJI,

že tuto předloženou diplomovou práci jsem vypracovala zcela samostatně a citují v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 28. 4. 2008

OBSAH

1 ÚVOD 3

2 DEMENCE 5

2.1 Příznaky demence 6

2.2 Diagnostika demence 7

2.3 Typy demence 9

2.4 Terapie demence 10

2.5 Farmakoterapie demence 12

2.6 Nebiologické, terapeutické přístupy 12

2.6.1 Včasná diagnóza a podpora pacienta v úvodní fázi onemocnění, poskytnutí informací a navázání kontaktu 16

2.6.2 Zachování či zlepšení kognitivních funkcí 16

2.6.3 Zachování či zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života 18

2.6.4 Zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence 19

2.6.5 Zlepšení kvality života pacientů s demencí a zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím lékařem 20

2.6.6 Zlepšení kvality života pacientů v terminálních fázích demence 24

2.6.7 Podpora pečujících rodin 24

2.7 Práva pacientů s demencí 24

2.8 Komunikace s člověkem trpícím demencí 27

3 REMINISCENČNÍ TERAPIE 30

3.1 Teoretický základ reminiscenční terapie 32

3.2 Úloha vzpomínání ve stáří 33

3.3 Cíle reminiscenční terapie 35

3.4 Pomůcky pro reminiscenci 36
3.5 Forma reminiscenční terapie 39
3.5.1 Individuální reminiscenční terapie 39
3.5.2 Skupinová reminiscenční terapie 41
3.5.3 Struktura skupiny 43
3.5.4 Role vedoucího skupiny 44
3.5.5 Využití reminiscenční terapie v každodenním životě 46
3.5.6 Zvláštní formy reminiscenční terapie 48
3.6 Citlivá témata reminiscenční terapie 50
3.7 Vliv reminiscenční terapie na pečovatele 51
3.8 Pravidla reminiscenční terapie pro dementního člověka 53
3.9 Účinnost terapie na člověka s demencí 57
3.10 Reminiscenční terapie v České republice 59
4 REMINISCENČNÍ TERAPIE V PRAXI 62
4.1 Cíl práce 62
4.2 Metody práce 63
4.3 Výzkumný soubor 66
4.4 Průběh sezení 67
4.4.1 Paní Anna 69
4.4.2 Paní Marie 78
4.4.3 Paní Jiřina 88
4.5 Diskuse 97
5 ZÁVĚR 103
Seznam pramenů a literatury 104
Přílohy

1 Úvod

Ze všech stran se na nás hrnou informace o tom, že obyvatelstvo stárne a jaké budou důsledky tohoto jevu v různých oblastech života starých i mladých lidí. Zvyšuje se střední délka života, tedy člověk má naději, že se dožije vyššího věku. Vysoký věk však s sebou nese celkové opotřebení organismu, a to nejen po stránce fyzické. Jeden z mnoha důsledků demografického vývoje bude rovněž zvýšení počtu lidí trpících demencí. Můžeme dokonce slyšet o demenci jako o epidemii 21. století. Věda zatím nenalezla lék, který by tuto chorobu vyléčil. Lékaři mohou jen ovlivnit některé příznaky demence pomocí léků a psychoterapeutických metod a tím průběh choroby zpomalit.

Cílem této práce je seznámit čtenáře s metodou reminiscenční terapie a především s možností jejího využití při práci s člověkem s demencí. Tato metoda práce se vzpomínkami se již pomalu začíná rozšiřovat mezi zařízení pečující o seniory, především díky různým seminářům. Zatím chybí odborná literatura v českém jazyce. Tato práce by tedy měla sloužit i jako návod, jak reminiscenční terapii vést.

Nelze popřít význam farmakoterapie, ale nesmíme zapomínat na to, že péče o člověka s demencí musí být komplexní. Je třeba zapojení více metod s cílem zvýšit či udržet kvalitu života člověka s demencí a jeho důstojnost. Terapeutické metody si získávají své místo při terapii demencí pomalu. Ještě stále můžeme slyšet názor, že takový člověk nevnímá a nemá cenu jej proto do aktivit zapojovat.

Péče o člověka trpícího demencí je nesnadná. Dementní člověk hůře komunikuje, jeho chování je neobvyklé a pro pečovatele často nepochopitelné. Je důležité si uvědomit, že tyto projevy jsou součástí nemoci a nemocný sám je nemůže ovlivnit, potřebuje k tomu pomoc pečovatele.

V první části práce si proto nejdříve přiblížíme tuto chorobu. Popíšeme, jaké jsou příznaky demence, jaké existují typy a především jaké jsou možnosti její léčby. Zaměříme se zejména na nefarmakologické, terapeutické přístupy.

Další část práce už je věnovaná reminiscenční terapii jako metodě práce se seniory. Podrobně rozebereme teoretická východiska této terapie, ale především možnosti praktického využití metody v práci s jednotlivcem či skupinou. Zvláštní pozornost je věnovaná specifikům práce s člověkem postiženým demencí. Je důležité osvětlit, jaký význam má vzpomínání se starým člověkem pro starého člověka a jaký význam může mít pro naslouchajícího pečovatele.

V praktické části následuje popis reminiscenční terapie v praxi na třech příkladech individuální práce se starým člověkem s demencí.

2 Demence

Slovo demence vzniklo z latinského kořene de mens, který označuje pokles úrovně duševní činnosti.

V literatuře nalezneme mnoho rozsáhlých definicí, které se snaží popsat tuto různorodou nemoc. Za všechny uveďme dvě z nich.

Jirák et al. (1999) definuje demenci jako skupinu duševních poruch, jejichž nejzákladnějším charakteristickým rysem je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, a to především paměti a intelektu, způsobený mozkovým onemocněním. Výsledkem je celková degradace duševní činnosti postiženého, ubývající schopnost běžných denních aktivit a nakonec i ztráta schopnosti samostatné existence. Nemocní jsou pak odkázáni na péči různých institucí, např. ústav sociální péče, nemocnice atd.

Dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů byla demence (F00 - F03) definována jako syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, při níž 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 sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.

Výskyt tohoto onemocnění se zvyšuje s věkem, odborníci dokonce o demenci hovoří jako o tiché epidemii 21. století. Koukolík a Jirák (1998) uvádějí, že 10% populace ve věku 65

let trpí Alzheimerovou nemocí, která je jednou z nejčastějších forem demence. Ve věku nad 85 let již téměř polovina populace trpí demencí v různě závažné podobě.

Buijssen (2006) uvádí, že v západním světě je demence jednou z pěti hlavních příčin smrti a nazývá ji „nemocí století".

Demence je závažná choroba způsobující změny ve fyzickém, psychickém i sociálním stavu nemocného člověka a vždy zasáhne život celé rodiny.

Léčba je problematická, neboť dosud nejsou známé příčiny vzniku a rozvoje nemoci. Jak uvádí Buijssen (2006), výzkumy ukazují, že roli hraje určitě genetika. Potvrzeny byly též dva rizikové faktory, a to úraz hlavy během života a chronický vysoký krevní tlak.

2.1 Příznaky demence

Dle současných poznatků zatím není jasné, jak dlouho trvá preklinické stádium, tedy doba do propuknutí prvních klinických příznaků. Odborníci uvádí, že jde pravděpodobně o několik let.

Narušeny jsou běžné aktivity denního života, často jsou ale nejprve zaměňovány s roztržitostí. Důležité je, aby problém byl včas identifikován a byla zahájena léčba.

Syndrom demence dle Jiráka et al.(1999) zahrnuje tyto základní příznaky:

- deteriorace intelektu – podstatné snížení intelektu od původní premorbidní kapacity,
- poruchy paměti – poškozená schopnost naučit se novým věcem a vybavit si již naučené,
- poruchy orientace,

- poruchy soudnosti a schopnosti abstraktního myšlení,
- poruchy pozornosti a motivace,
- poruchy chápání,
- poruchy korových funkcí typu apraxií (porucha schopnosti vyvinout pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou postiženy), afázií (porucha řeči), agnozií (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty, přestože senzorické funkce nejsou postiženy),
- poruchy chování,
- poruchy emotivity,
- poruchy osobnosti, degradace osobnosti.

Často se vyskytují i další psychické poruchy, např. paranoia včetně produkce paranoidně-persekučních bludů, poruchy vnímání aj. Mohou se objevit kvalitativní poruchy vnímání (deliria). Tyto poruchy sice nepatří k příznakům demence, ale velice často se přidružují.

Koukolík a Jirák (1998) uvádějí, že nemoc obvykle probíhá 3 až 8 let, přičemž muži obvykle umírají na tuto nemoc dříve než ženy.

V pokročilých fázích nemoci klesá schopnost nemocných komunikovat s okolím, bývají apatičtí, přestávají poznávat přátele, příbuzné, ztrácí schopnost udržet oční kontakt, neudrží se v sedě, jsou inkontinentní a prakticky němí.

2.2 Diagnostika demence

Diagnostika demencí je velice složitá a je úkolem specializovaných lékařů.

Jirák a Koukolík (2004) uvádějí všechna vyšetření, která by měl správně absolvovat člověk, u něhož máme podezření na onemocnění demence:

- psychiatrické a neurologické vyšetření,
- důkladné somatické vyšetření,
- odebrání anamnestických údajů (kvůli objektivitě nutno porovnat s údaji od pečovatelů a rodinných příslušníků),
- škálovací metody a výkonnostní testy,
- psychologické vyšetření
- laboratorní vyšetření
- zobrazovací metody.

Mezi nejužívanější škálovací metody a testy patří test MMSE (Mini-Mental State Examination), který slouží ke zjištění přítomnosti a přibližně i stupně demence. Test je dobře využitelný i v běžné praxi ošetřovatelských zařízení pro seniory.

Reisberg et al. (in Koukolík a Jirák, 1998) zavedli stupnici celkové deteriorace (snížení rozumových schopností), kde jsou poruchy kognitivních funkcí rozděleny v sedmibodové škále, kdy stupeň 1 je bez postižení kognitivních funkcí a stupeň 7 je velmi těžké postižení kognitivních funkcí.

Další testy se zase více soustředí na hodnocení toho, co člověk s demencí ještě zvládne z běžných denních úkonů. Bodově se hodnotí, zda úkon vykoná samostatně, částečně nebo vůbec neprovede. Test Activities of Daily Living (ADL) hodnotí najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontinenci stolice a moči, použití toalety, přesun z lůžka na židli a naopak, chůzi po rovině a do schodů.

Podobný test s názvem Instrumental Activities of Daily Living (IADL) je zaměřen na úkony jako telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků nebo nakládání s financemi.

Prakticky stejné úkony, které posledně jmenované testy sledují, jsou rovněž hodnoceny sociálními pracovníky pro účely získání příspěvku na péči dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

2.3 Typy demence

Syndrom demence doprovází široké spektrum nozologických chorobných jednotek. Můžeme je rozdělit do tří skupin:

1. Atroficko-degenerativní demence, kdy dochází ke zmenšení mozkové hmoty. Mezi tyto demence patří např. Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova choroba a řada dalších. Právě Alzheimerova nemoc je jedna z nejčastějších forem demence.
2. Ischemicko-vaskulární demence, která je způsobená aterosklerotickým poškozením cév mozku. Patří sem multiinfarktová demence, která je další velice častou formou demence.
3. Symptomatické (sekundární) demence - např. při infekci virem HIV.

Často se také můžeme setkat s tzv. smíšenou demencí, kdy člověk trpí zároveň více chorobami, které způsobují syndrom demence. V mnoha případech jde o Alzheimerovu nemoc v kombinaci s multiinfarktovou demencí.

Buijssen (2006) uvádí, že Alzheimerovu nemocí v čisté formě trpí 55% lidí trpících demencí. Druhou nejběžnější formou je vaskulární demence, kterou trpí přibližně 15% všech případů. Dalších přibližně 15% případů demence je kombinací dvou nebo více poruch, nejčastěji Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence. Posledních 15% nemocí zbývá na dlouhou řadu relativně vzácných poruch, jako je Parkinsonova nemoc, Pickova, Lewy Body či Huntingtnonova demence. Posledně jmenované poruchy se častěji rozvíjejí už u mladších lidí.

2.4 Terapie demence

Jak uvádí Grundová (2004), ač je současná medicína vysoce vyspělá, stále existuje řada nemocí, se kterými si neví rady. O Alzheimerově chorobě a dalších demencích byla provedena řada výzkumů, ale zatím nebyl objeven způsob, jak tuto nemoc vyléčit. Umíme jen zpomalit její průběh a upravit a zmírnit některé symptomy. Základem péče o člověka trpícího demencí je kombinace všech přístupů, které mohou zachovat kvalitu života dementního člověka a jeho důstojnost.

Koukolík a Jirák (1998) uvádějí, že není ještě zcela známa etiopatogeneze Alzheimerovy nemoci, proto není možný ani optimální léčebný postup. Zdůrazňují, že je nutný komplexní přístup, který zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii (zejména kognitivní trénink a další behaviorální postupy), léčbu interkurentních (přidružených) onemocnění, rehabilitaci tělesných funkcí a v neposlední řadě i práci s rodinou a dalšími pečovateli nemocného.

Neubauer (in Jirák et al., 1999) shrnul základní principy terapie demence:

- neodkladné řešení otázek pomoci pacientovi, adaptace pacienta na danou situaci a zavedení léčebných opatření k zachování nebo zlepšení jeho stávajících schopností,
- aktivní cvičení, trénink fyzických a psychických schopností, zdůrazňování zachovaných dovedností,
- zachování aktivního přístupu léčené osoby tak, aby dokázala využívat zachované schopnosti v každodenním životě,
- správná léčba stávajících i nových symptomů a onemocnění, neboť dobrý fyzický stav je předpokladem pro stabilní psychickou kondici,
- správná podpůrná léčba medikamenty pro řešení poruch spánku, afektivity, neklidu, úzkosti apod.,
- poskytnutí psychoterapeutické pomoci pacientovi a jeho rodině,
- využívání rehabilitační péče, pracovní terapie, řečové a jazykové terapie a kognitivního tréninku.

Léčba by se vždy měla odvíjet od kvalitní diagnostiky nemoci psychiatrem a cíle terapie by měli být realistické. Existují reverzibilní formy demence, u kterých je možnost zlepšení či obnovení ztracených dovedností. Téměř výhradně lze stav zlepšit pouze u sekundární demence. U starých lidí se však většinou jedná o nezvratné formy demence, kdy lze jen těžko odhadnout dynamiku vývoje projevů demence.

Přestože je demence pro odborníky v mnohém stále nejasná, je zřejmé, že komplexní léčba má pozitivní vliv na upravení řady symptomů a především má nesporný vliv na kvalitu existence nemocného člověka.

2.5 Farmakoterapie demence

Odborníci se shodují, že velmi důležité je včasné odhalení nemoci. Pojmeme-li podezření, že se u člověka objevily symptomy, které by mohly být příznakem demence, doporučíme neodkladnou návštěvu psychiatra. Diagnostikuje-li psychiatr demenci, léčba obvykle začíná pomocí léků na kognitivní i nekognitivní poruchy. Jak již bylo uvedeno, ve většině případů však nelze nemoc vyléčit. Prostřednictvím farmakoterapie lze jen upravit poruchy chování nemocného, poruchy spánku, agitovanosti, přidružených depresí a další symptomy.

Jirák a Koukolík (2004) zdůrazňují nutnost terapie přidružených chorob, která v některých případech může dokonce odstranit příčinu demence u symptomatických demencí nebo výrazně zlepšit průběh, například při léčbě uroinfekcí či anémií u Alzheimerovy choroby.

Farmakoterapie je jistě nutná, ale měli bychom dohlížet na to, jestli není nadužívána, tedy jestli není dementní člověk utlumen jen proto, aby prostě nepřekážel, nerušil a nevyžadoval příliš pozornosti.

2.6 Nebiologické, terapeutické přístupy

Nefarmakologické přístupy byly donedávna neprávem opomíjeny. Vždy se považovalo za užitečné a účelné aktivizovat člověka s demencí, upravit jeho životní prostředí a zabezpečit vlídné zacházení. Systematicky však nebyly tyto metody vědecky zkoumány.

Jak uvádí Holmerová (2005), ke zdůraznění významu a vědeckému zkoumání dochází teprve v posledních dvou desetiletích. Bohužel výzkumy nefarmakologických přístupů

nepřinášejí zatím jednoznačné závěry a důkazy o účinnosti jednotlivých přístupů na terapii demencí. Většinu z nich lze zkoumat pouze kvalitativními metodami, zatímco medicína vyžaduje výsledky kvantitativní.

Odborníci se dnes již shodují, že nebiologické, nefarmakologické přístupy mají stejnou důležitost jako přístupy biologické, důležitá je jejich kombinace a vzájemná provázanost.

MUDr. Holmerová, která je ředitelkou Gerontocentra v Praze 8 a jednou ze zakladatelek a současnou předsedkyní České alzheimerovské společnosti, upozorňuje ve svých článcích na fakt, který bývá v praxi často opomíjen. Dle jejich slov je třeba mít vždy na paměti, že problém demence velmi intenzivně zasahuje celé rodinné prostředí a je tedy nutné pracovat nejen s člověkem trpícím demencí, ale i s jeho nejbližšími.

Péče o dementního člověka je velice vyčerpávající. V pokročilejších stádiích vyžaduje nemocný 24 hodinovou péči.

Dle Holmerové (2005) je v České republice v domácím prostředí ošetřováno asi 80% nesoběstačných seniorů. Pro celou společnost je tak pečující rodina velmi důležitým, ale bohužel málo viditelným a oceňovaným systémem péče.

Dle výzkumů Americké neurologické společnosti (in Holmerová, 2004) bylo zjištěno, že dlouhodobé programy edukace a podpory pečujících oddalují institucionalizaci o jeden až dva roky, poradenství a svépomocné skupiny pro pečující oddalují institucionalizaci člověka s demencí průměrně o jeden rok.

Zgola, kanadská autorka českého původu, která se věnovala ergoterapii v zařízeních pro seniory, napsala knihu o úspěšné péči o člověka s demencí. Uvádí, že péče by

měla obsahovat tři základní prvky, a to dobrý vztah mezi pečovatelem a člověkem trpícím demencí, bezpečné prostředí a smysluplné aktivity. Dementní člověk je závislý na pečovateli fyzicky i emocionálně, spoléhá na zpětnou vazbu podporující pocit bezpečí a jejich vlastní ceny.

Autorka rovněž formulovala pravidla, která jsou důležitá pro pečovatele k navázání vztahu s dementním člověkem:

- porozumět významu, který má každé setkání pro osobu postiženou demencí,
- uvědomit si, jaká je povaha nemocné osoby, jaké jsou její zvyky a co tvoří její identitu,
- zhodnotit zachované schopnosti a brát na ně ohled
- připravit program každého setkání tak, aby umožnilo kompenzovat existující deficity a zároveň podporovat zachované schopnosti,
- uvědomit si, jaké jsou potřeby postižené osoby a respektovat je.

Základními potřebami dementního člověka jsou potom pocit bezpečí, jak objektivní, tak subjektivní, potřeba náklonnosti, příslušnosti ke společnosti a potřeba kontroly nad situací, aby člověk měl možnost vyjádřit se ke způsobu, jak je s ním a jeho záležitostmi nakládáno.

Pichaud a Thareauová (1998) upozornili na význam dobré fyzické kondice člověka trpícího demencí. Zejména je nutno zabránit dehydrataci, která může přechodně ovlivnit kognitivní funkce.

Jirák a Koukolík (2004) doporučují na počátku emočně orientované psychoterapeutické přístupy s cílem zvládání frustrace způsobené kognitivními deficity, zlepšení nálady a chování. Čím těžší je deficit, nelze provádět

strukturovanou psychoterapii, terapeuti se musí omezit na reedukační metody.

Neubauer (in Jirák et al., 1999) rozděluje nemedikativní rehabilitaci demence dle stupňů projevu demence. U časných forem doporučuje psychoterapii, orientaci v realitě, trénink paměti, resocializační a remotivační postupy. Cílem je zachování sociálních schopností a stimulace kognitivních funkcí. U středních a těžších forem má být cílem terapie zachovat přiměřené emoční prožívání a chování, navrhuje pokračovat v přiměřené stimulaci kognitivních funkcí a využívat neverbálních možností komunikace. Za vhodný považuje rovněž senzorický trénink a behaviorálně podmíněnou terapii, které příznivě působí na kognitivní schopnosti i komunikační a sociální dovednosti stimulací pěti základních oblastí senzorického vnímání, a to taktilní, kinestetické, proprioreceptivní, vizuální, auditorní a čichové. Příkladem je rozpoznávání různých druhů zvuků či vůní spojené s motivační odměnou za účast.

Tento autor zmiňuje dále resocializační a remotivační postupy, jejichž cílem je nejen zachovat sociální schopnosti a motivovat ke komunikaci, ale i podpořit pocit sebeúcty a kladného sebehodnocení. Jedná se o různé skupinové techniky, které vytvářejí atmosféru podpory a pochopení projevů a obtíží osob s demencí, stimulují či znovuoživují zájem o bezprostřední okolí, způsobují ústup pocitů opuštěnosti a izolace. Tyto techniky se často doplňují muzikoterapií, pracovní terapií, arteterapií a pohybovou a taneční terapií.

Řada odborníků na léčbu demencí se již zmiňuje i konkrétně o reminiscenční terapii. Neubauer (in Jirák et al., 1999) ji doporučuje zejména pro člověka s výraznými deficity v krátkodobé paměti a narůstajícími poruchami

v dlouhodobé paměti. Upozorňuje zvláště na snahu o pozitivní působení reminiscenční terapie emočním prožitkem.

V odborné literatuře o demenci a její terapii obvykle najdeme doporučení využít nefarmakologické techniky jako součást terapie demencí, nalezneme i pár konkrétních rad a příkladů ale těžko nalezneme komplexnější přehled metod a terapií. V roce 2005 Holmerová et al. ve svém článku rozdělila nefarmakologické přístupy podle toho, na který problémový okruh jsou zaměřeny. Následující část se věnuje jednotlivým nefarmakologickým přístupům k pacientům postiženým demencí právě dle členění Holmerové.

2.6.1 Včasná diagnóza a podpora pacienta v úvodní fázi onemocnění, poskytnutí informací a navázání kontaktu

Jak již bylo uvedeno, odborníci se jednoznačně shodují v tom, že základem je včasné rozpoznání choroby, což vyžaduje důslednou edukaci zejména praktických lékařů a široké veřejnosti. V první fázi by nemocný a jeho rodina měli dostat, samozřejmě kromě pokynů o farmakologické léčbě, především informace, aby se s nastávající situací mohli vyrovnat. Měli by také dostat informace o nabídce možných forem pomoci a podpory, kterou mohou v dalším průběhu nemoci potřebovat.

2.6.2 Zachování či zlepšení kognitivních funkcí

Kognitivní rehabilitace a cvičení paměti

Holmerová upozorňuje, že cvičení paměti nese prvky soutěživosti a je vhodné spíše pro zdravé seniory.

U klientů s mírnější formou demence používáme kognitivní rehabilitaci, která je velmi blízká cvičení paměti, ale ve velmi zjednodušené podobě. Využívá například slovní hry, doplňování říkanek, skládání obrazců nebo zjednodušené pexeso.

Orientace v realitě

Ve všech stádiích demence můžeme využít techniku „orientace v realitě". Může se jednat o systematickou individuální či skupinovou práci, ale důležitá je především jako součást komplexního přístupu k člověku s demencí.

V případě skupinových „sezení" doporučuje Holmerová skupinu třech až šesti lidí, která by pracovala pětkrát týdně půl hodiny až hodinu. Nejprve by vedoucí měl zmapovat stupeň orientace pomocí jednoduchý otázek, pak by měla nastat diskuse a upřesnění. Při sezení pak následují hry zaměstnávající kognitivní funkce. Důraz by měl být kladen na zapojení všech smyslů. Používají se předměty a obrázky, upřesňuje se tvar, barva nebo možnost použití.

Nesmíme zapomínat ani na to, že skupinová práce by se měla vždy odehrávat v přiměřeném a příjemném prostředí.

Technika orientace v realitě je však především čtyřiadvacetihodinový přístup, kdy dementnímu člověku předáváme důležité informace po celý den formou zapojení jednoduchých znaků a symbolů, zvýrazněním orientačních znamení a úpravou prostředí. Například barevně odlišíme dveře, hodiny, do pokojů umístíme jména personálu a pacientů, odlišíme postele. Výsledkem by mělo být zlepšení sociálních dovedností a podpora samostatnosti.

Holmerová však upozorňuje, že tato metoda je dle některých klinických výzkumů užitečným nástrojem, dle jiných může zhoršovat behaviorální a psychologické symptomy

demence, provokovat agresivitu, agitovanost a úzkost, zejména, je-li aplikována necitlivě.

Reminiscenční terapie

Technika využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Součástí je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s člověkem postiženým demencí, vhodného prostředí a dobrá komunikace s rodinnými příslušníky. Reminiscenční terapii se budeme podrobně věnovat později.

Adaptace prostředí pro člověka s demencí

Prostředí, ve kterém člověk s demencí žije, ať už je to jeho domov nebo zařízení sociální péče, by mělo být přehledné a pro něj pochopitelné. Zahrnuje jasné označení místností, postelí, toalety apod., jak již bylo zmíněno v technice orientace v realitě. Prostředí by mělo být bezpečné, ale zároveň člověka neomezovat a respektovat potřebu pocitu soukromí.

Zejména zařízení sociální péče mohou všechny tyto podmínky splňovat jen obtížně vzhledem k architektonickým, personálním a provozním možnostem. Zařízení by se však neměly na své limity vymlouvat a snažit se ideálu alespoň přiblížit.

2.6.3 Zachování či zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života

Vedení k soběstačnosti

Vedení k soběstačnosti vyžaduje trpělivost pečujících, kteří nechávají člověka s demencí udělat samotného úkony,

které zvládne. Nesmíme samozřejmě zapomínat na dobrou komunikaci s rodinnými příslušníky, aby přístup personálu zařízení nebyl považován za neochotu personálu klienta obsloužit.

Lifestyle approach

Holmerová metodu definuje jako „návod k pacientovi". Pečující vzájemně sdílejí, jaký je klientův denní režim, v kolik hodin je zvyklý vstávat, co zvládne sám a s čím potřebuje dopomoc. Opět je velmi významná komunikace s rodinnými příslušníky, kteří pečujícím v ošetřovatelském zařízení mohou s řadou otázek pomoci.

2.6.4 Zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence

Systematická edukace a odborné vedení profesionálních pečujících

Profesionální pečující by měli být školeni k tomu, aby uměli analyzovat problémové chování ve všech souvislostech, které by je mohly vyvolávat nebo zhoršovat. Přizpůsobí-li pečující svůj přístup konkrétnímu člověku, problémové chování je obvykle minimalizováno.

Důležité je zjišťování potřeb jednotlivců s demencí, kteří mohou jen špatně vyjádřit své potřeby verbálně a svou nespokojenost vyjadřují právě neklidem.

Videotrénink interakcí

Videotrénink interakcí je metoda, kdy vyškolený pracovník natáčí pečovatele při komunikaci s člověkem s demencí na videokameru a pak společně analyzují, co se

podařilo, co nepodařilo, čeho si pečovatel nevšiml a proč a snaží se komunikaci vylepšit.

Simulated Presence

Někteří pacienti s demencí po příchodu do zařízení hledají své příbuzné, svůj domov, což může být příčinou neklidu až agrese. Metoda Simulated Presence se snaží zmírnit problémové chování simulací blízké osoby nebo známého prostředí prostřednictvím videozáznamu či audiozáznamu.

Předvídatelnost, pravidelnost a strukturovanost denního režimu

Pečovatelé by se měli snažit vytvořit člověku s demencí takový denní rytmus, který bude odpovídat jeho možnostem, zájmům a potřebám.

2.6.5 Zlepšení kvality života pacientů s demencí a zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím lékařem

Touto problematikou se zabývá řada přístupů, které kladou důraz zejména na nonverbální komunikaci, přiměřené podněty pro všechny smysly, taktilitu, laskavost, zdůrazňování individuálního přístupu k pacientovi. Vychází z toho, že člověk s demencí vnímá daleko více, než se pečujícímu může zdát. Soustřeďují se na posilování zachovaných schopností a dovedností konkrétního nemocného.

Validace

Tuto metodu přinesla v 80. letech americká sociální pracovnice německého původu Naomi Feilová.

Důraz je kladen na zachování a posílení lidské důstojnosti člověka s demencí, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Metoda validace se nesnaží nemocného orientovat v realitě, neboť tyto snahy mohou vést k neklidu až agresivitě.

Rheinwaldová (1999), která se ve své knize více věnuje validační terapii dle Feilové upřesňuje, že metoda je založena na zásadách humanistické psychologie a vychází z toho, že každý člověk má svou cenu bez ohledu na svou odlišnost a duševní stav. Proto i k nemocným starým lidem je nutno přistupovat s úctou a snahou o pochopení. Validace znamená respektování dezorientovaných lidí, kteří mají za sebou dlouhý běh života, je pokorným uznáním moudrosti. Člověk se musí vyrovnat se životem, aby mohl v klidu zemřít. Je potom úlohou geriatrických pracovníků validovat, tedy brát na vědomí příčiny chování starých lidí trpících demencí a tím jim dávat smysl a cenu. Pečující by měl posilovat ty schopnosti, které ještě tito lidé mají. Tím, že je podpoříme v soustředění na schopnosti, které mají, dáváme jim možnost soustředit se na něco pozitivního.

Cílem validace dle Rheinwaldové je:

- pomoci vyřešit nedořešené problémy z minulosti,
- pomoci lidem vyrovnat se se životem,
- snížit stres způsobený životními ztrátami, pomoci uniknout pocitu samoty a neužitečnosti,
- dosáhnout toho, aby se lidé cítili spokojenější, pomoci unikat nudě a stresu,
- vrátit lidem pocit vlastní hodnoty,

- stimulovat smyslové vzpomínky.

Doporučuje zaměření na osobní vzpomínky a dřívější zvyklosti. Jako pomůcky můžeme použít různé staré věci z domácností. Důležité jsou doteky, příjemná modulace hlasu, oční kontakt, hudba, empatie, zrcadlení.

Přečteme-li si výše uvedené řádky a porovnáme je s metodou reminiscenční terapie v další kapitole, můžeme říci, že tyto metody jsou si v mnohém podobné, stanovují si obdobné cíle a k dosažení těchto cílů využívají i obdobných prostředků.

Autorka metody validace Feilová kladla až možná příliš velký význam na psychologicko-sociální příčiny demence, které lze validací významně ovlivnit. Podle její teorie (in Rheinwaldová, 1999) člověk během svého života popírá různé ztráty, kterým již ve stáří není schopen čelit, a proto utíká do fantazie, nemá žádnou motivaci žít v přítomnosti a minulost je pro něj bezpečným úkrytem. Cítí-li se však starý člověk silný a hodnotný, nepotřebuje unikat do fantazie a minulosti, vrací se dospělá kontrola, zlepšuje se řeč a obnoví se interakce.

I tato metoda může být využita jako součást sezení, Rheinwaldová (1999) doporučuje jako nejlepší individuální přístup trvající jen 10 - 20 minut vzhledem k rychlé ztrátě energie a pozornosti u lidí ve vyšším stadiu dezorientace.

Holmerová považuje ideální využití validační terapie jako součást komplexní péče o člověka s demencí.

Jako příklad využití metody v běžné denní praxi uvádí Holmerová situaci, kdy dezorientovaný člověk opakuje, že chce jet za bratrem. Dle validační teorie by byla špatná reakce odmítnout jeho téma a snažit se jej zorientovat v realitě a říct mu, „ale Váš bratr už přece deset let nežije". Tato odpověď by pravděpodobně vedla k neklidu

a agresivitě. Jako vhodnou reakci navrhuje říci: „Ano, pojedeme spolu, ale teď tu potřebuji něco dokončit, pojďte mi s tím pomoci." Tím přijmeme jeho téma a zároveň odvedeme pozornost dezorientovaného člověka jinam.

Preterapie

Tato metoda je v mnohém shodná s validací, vychází z humanistické psychologie a jejím autorem je G. Prouty, přímý žák C. Rogerse.

Habilitační terapie/Neohabilitace

Tyto metody rovněž vychází z respektování důstojnosti a potřeb člověka s demencí. Pečovatelé by se měli zaměřit na vhodné prostředí, strukturované aktivity, vhodnou komunikaci, zejména neverbální, dostatek stimulace a podpory neproblémového chování.

Stimulační a aktivizační metody

Stimulační a aktivizační metody jsou obecně přínosné techniky využívané u různých pacientů.

Patří sem mimo jiné muzikoterapie, pohybová terapie, pet terapie či arteterapie.

Jako jedna z metod příznivě působící na člověka s demencí se ukazuje být taneční terapie, na kterou se specializuje Veleta za podpory Holmerové. Hátlová a Suchá (2005) ji definují jako psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka. Do pozadí ustupuje estetická stránka, do popředí vystupují faktory psychické, kdy terapie příznivě ovlivňuje neverbální komunikaci a emotivitu, faktory fyzické, které příznivě působí na

koordinaci pohybu a rovnováhu i faktory sociální, neboť taneční terapie podporuje komunikaci ve skupině.

2.6.6 Zlepšení kvality života pacientů v terminálních fázích demence

Maieutický přístup - empatické ošetřovatelství

Pečovatelé se učí pracovat s prožitkem, empatií, citlivou interakcí s energií a vztahem. Učí se navazovat kontakt přes veškerá omezení, která demence v pokročilejších fázích přináší, učí se překonávat pocit bezmoci při práci s těmito lidmi.

Paliativní péče v terminálních fázích demence

Paliativní péče znamená komplexní léčbu a péči o člověka, jehož nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Zahrnuje léčbu bolesti a dalších symptomů, ale i řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných i jejich rodin.

Paliativní péče má však v České republice velké rezervy. Demence zatím nepatří mezi onemocnění indikující pobyt v Hospicu, přestože o potřebnosti paliativní péče v terminálních stádiích demence není pochyb.

2.6.7 Podpora pečujících rodin

Pomoc rodině by měla spočívat ve vytvoření kvalitní sítě denních center, osobní asistence, domácí péče, respitní péče, poradenských služeb, klubů a svépomocných skupin.

2.7 Práva pacientů s demencí

V roce 1998 vydala Evropská alzheimerovská asociace Evropskou chartu pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují. Uznává, že demence je chronické onemocnění, které způsobuje omezení a ztrátu soběstačnosti se všemi sociálními důsledky. Proto je třeba prosazovat práva a naplňovat potřeby lidí postižených demencí i těch, kteří o ně pečují.

Dle této charty mají nemocní právo na to, aby se podíleli na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu, co nejlepší zdravotní a sociální služby, na dostupnost specializované neurologické a psychiatrické péče a také na citlivou a správnou péči o umírající. Pečovatelé a rodinní příslušníci jsou klíčovým článkem v péči o pacienty postižené demencí. Mají právo na to, aby jejich role byla respektována a společensky oceněna, jejich názor byl respektován při rozhodování a zajišťování další péče a služeb. V neposlední řadě potřebují informace a porozumění.

Evropská alzheimerovská asociace zdůraznila nutnost zlepšit informovanost široké veřejnosti, což je základem pro porozumění této problematice a pro odstranění předsudků a diskriminace. Je třeba zajistit komplexní edukační programy rovněž pro lékaře a ostatní zdravotnické profesionály a dále pracovat na výzkumu demence. Cílem je zlepšení situace pacientů postižených demencí, která povede k prosazování jejich důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti.

Po celém světě bylo založeno mnoho organizací, které si kladou za cíl zlepšovat kvalitu života lidí postižených demencí a jejich rodinných příslušníků a upozorňovat veřejnost na tento problém a snažit se prosazovat práva

těchto lidí. Zastřešující institucí pro organizace na celém světě je Mezinárodní alzheimerovská asociace (Alzheimer´s Disease International), jejíž členem v České republice je Česká alzheimerovká společnost v čele s MUDr. Holmerovou.

Mezinárodní alzheimerovská asociace vydala listinu doporučení, ve které definovala následující základní principy, dle kterých by se společnost měla řídit:

- Alzheimerova choroba a příbuzné příčiny demence jsou progresivními a invalidizujícími onemocněními mozku a ve svých důsledcích mají závažný vliv na život pacienta i celé jeho rodiny,
- člověku s demencí je třeba zachovat stejnou lidskou důstojnost a respekt jako jiným, zajistit bezpečné prostředí, ochránit jej před špatným zacházením a zneužíváním jich samotných či majetku,
- společnost garantuje zajištění kvalitní lékařské péče a včasné stanovení diagnózy, zajištění kontinuální péče a dostatek informací,
- člověk s demencí se musí podílet co nejdéle na rozhodnutích, která se týkají jeho života a budoucí péče,
- zajištěna má být péče a podpora pro pečující, která umožní, aby se co nejdéle aktivně podíleli na péči,
- společnost musí uvolnit přiměřené zdroje.

Není cílem této práce rozebírat postoje společnosti ke starým lidem s demencí. Je však jasné, že do ideálu, který nastolují výše uvedené principy, má naše společnost ještě daleko. Tyto dokumenty jsou jen na bázi doporučení a nemají

právní sílu na to, aby bylo povinné je dodržovat. Organizace prosazující práva lidí s demencí mají před sebou ještě velký kus práce, aby se jim podařilo přimět společnost věnovat pozornost problematice stáří a nemocím s ním souvisejícím.

Jedním z velkých kroků k prosazování práv osob závislých na péči jiné osoby, tedy i osob s demencí je vznik zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon stanovuje, že sociální služby musí být plánovány tak, aby byly zohledněny osobní představy a potřeby klientů sociální služby a aby jim služby umožňovaly vést běžný způsob života. Tohoto individuálního plánování se vždy musí zúčastnit i klient. Tedy i klient s demencí. Bude proto velice důležité, aby pracovníci v sociálních službách uměli správně komunikovat, navazovat kontakt a znali metody, jak účinně přistupovat ke klientům postiženým třeba i těžkou formou demence.

2.8 Komunikace s člověkem trpícím demencí

Komunikace s člověkem trpícím demencí je v mnohém obtížná a specifická. Člověk trpící demencí má sníženou schopnost řečového projevu, mimika bývá utlumena, ztrácí schopnost porozumět významu slov, nedává najevo své emoce. Je důležité upozornit na specifika komunikace s člověkem s demencí a věnovat tomuto tématu alespoň krátkou pozornost. Správná komunikace je podstatou prakticky všech nefarmakologických terapeutických přístupů k léčbě demencí, včetně reminiscenční terapie.

Koběrské (2003) se podařilo shrnout zásady komunikace s člověkem s demencí. Důležité je přizpůsobit tón hlasu, vhodný je klidný, nižší tón a houpavá melodická intonace. Nutné je samozřejmě přizpůsobit se eventuelní vadě sluchu.

Mluvíme pomalu, zřetelně, používáme krátké jednoduché věty, děláme pauzy. Doporučuje používat slova, která používá daný člověk s demencí, použije-li špatný výraz, neměli bychom jej opravovat. Ideální je, můžeme-li ukázat, o čem mluvíme a využívat více komunikačních kanálů zároveň. Důležitá je především neverbální komunikace. Využitím více komunikačních kanálů zvýšíme pravděpodobnost, že nám člověk s demencí porozumí a my porozumíme jemu. Pro dobrou komunikaci je nutné zvolit vhodné prostředí, kde můžeme eliminovat okolní ruchy. Pokud člověk sedí nebo leží, vždy je třeba snížit se na jeho úroveň a snažit se navázat oční kontakt, je-li to možné. Pečující by měl spíše přijímat iniciativy člověka s demencí, než přicházet s řadou vlastních. Vhodné je například nejprve se připojit k činnosti druhého a zjistíme-li, že vnímá naši přítomnost, můžeme zkusit nabídnout své téma. Vždy máme jen jedno téma a neklademe nadbytečné otázky. Je dobré při komunikaci povzbuzovat, dávat najevo, co dělá správně, dávat konkrétní zpětnou vazbu. A v neposlední řadě nesmíme zapomínat na to, že i se starým dementním člověkem musíme mluvit jako s dospělým a nenechat se svést k infantilní mluvě.

Příručka The Benevolent Society (2006) uvádí, že bychom měli být empatičtí, citliví, přizpůsobiví, zaměřovat se na schopnosti a dovednosti starého člověka, které mu ještě zůstaly, na pozitivní interakce. Musíme brát v úvahu individualitu jedince, jeho minulost a jeho současné zájmy a potíže. Měli bychom být na něj zaměřeni a nechat jej hovořit o tom, co je pro něj důležité. To, co u dementního člověka nazýváme problémovým chováním, může být pouze pokus o komunikaci. Každému musíme dát příležitost pro interakci. Tím, že strávíme čas nasloucháním člověku s demencí, mu říkáme, že je zvláštní a že to, co říká, je hodnotné.

Buijssen (2006) upozorňuje u starých lidí s demencí na tendence k podezíravosti a nedůvěřivosti. Neměli bychom tedy před nimi nikdy mluvit potichu, i když mluvíme s jinou osobou. Také bychom zásadně neměli v jejich přítomnosti mluvit o nich ve třetí osobě.

Řada odborníků doporučuje rozhovor spojovat s dřívějšími zvyky, zájmy, zálibami a zkušenostmi. Pro člověka s demencí je příjemné mluvit o svém mládí, čím byli a čím stále jsou i dnes. Najít a dotknout se paměťových stop vyžaduje ovšem vynalézavost a trpělivost pečovatelů.

Neměli bychom v komunikaci zapomínat na humor, jak se též shodně zmiňují autoři knih o péči o člověka s demencí. Použití humoru může přilákat pozornost člověka s demencí a může ji pomoci udržet. Humor v komunikaci nejen dává větší příležitost mít z kontaktu potěšení, ale dává i povolení to vyjádřit.

Řada pečovatelů, jak rodinných tak profesionálních, dělá v komunikaci s dementním člověkem chyby, které si neuvědomuje, ale které vedou k narušení komunikace nebo kontakt vůbec neumožní navázat. Koběrská (2003) doporučuje videotrénink interakcí a předávání zkušeností a informací v pracovním týmu, neboť čeho si všimne jeden pečovatel, nemusí se všimnout druhý.

Koběrská (2003) trefně přirovnala komunikaci k tanci. Pokud se partneři vzájemně vyladí, je tanec sice fyzicky náročný, ale uspokojující a partneři odchází plni energie. Nepodaří-li se partnerům na sebe vyladit, podnikají jiné kroky, přichází nervozita a tanec (komunikace) stojí oba mnoho sil bez požadovaného výsledku.

3 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je metoda práce se starými lidmi, ve které se využívá vzpomínek jako prostředku pro terapii. Tato metoda má široké využití u všech seniorů, ale zvláště vhodná a prospěšná je pro osoby trpící demencí.

Pojem „reminiscenční terapie" definoval Woods v roce 1992 jako „hlasité nebo tiché připomenutí si událostí v lidském životě, a to buď sám nebo s jiným člověkem nebo se skupinou lidí"[1].

Janečková (2007a, str. 8) říká, že reminiscenční terapií je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek.

Spector et al. (2004) popisuje typickou reminiscenční terapii jako skupinová setkání, která probíhají nejméně jednou týdně a ve které jsou účastníci povzbuzováni hovořit o minulých událostech, často s pomocí fotografií, hudby, předmětů a videozáznamů z minulosti.

V zahraničních pramenech je reminiscenční terapie zmiňována již v 60. a 70. letech 20. století. Na začátku 70. let se začala více prosazovat jako metoda, která má neocenitelný potenciál na poli péče o dementního člověka. Dlouho se předpokládalo, že člověk, který podstupuje reminiscenční terapii, musí mít zachován určitý stupeň paměti a chápavosti, aby terapie měla nějaký smysl.

O změnu tohoto postoje se zasadil Kiernat (in Spector et al., 2004), který provedl v roce 1979 jako první výzkum

---

[1] Spector A., Orrell M., Davies S., Woods R. T. Reminiscence Therapy for dementia (Cochrane Rewiew). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., str. 2.

o vlivech reminiscenční terapie na dementní populaci. Výzkumem potvrdil, že konverzace může být stimulována, zájem může vzrůst a rozpětí pozornosti může být zvýšeno. Mnoho poskytovatelů péče o staré lidi trpící demencí pak přijalo tuto terapii plní entuziasmu a s velkým očekáváním. To, že zázraky se nestaly, způsobilo, že řada z nich od terapie ustoupila.

Jak uvádí Grundová (2004), je hned na počátku třeba říci, že v práci s člověkem trpícím ireverzibilní demencí nemůžeme očekávat zázračný úspěch jakékoli terapie. Ani práce se vzpomínkami nepřinese zásadní zvrat ve vývoji nemoci. Může však být uspokojující, je-li míra očekávaného úspěchu přiměřená. Cokoli, co může pomoci zmírnit rychlost úpadku mentálních funkcí dementního člověka a udržet tak určitý standard kvality jeho života, lze považovat za významný úspěch.

Reminiscenční terapie je u nás už poměrně známou metodou, alespoň v okruhu lidí pohybujících se v oblasti péče o seniory. Stále ještě se však můžeme setkat s názorem široké veřejnosti, že práce se starými lidmi trpícími demencí je zbytečná, protože „dementní člověk nic nevnímá". Až v posledních dvou desetiletích se začíná zdůrazňovat význam psychologických přístupů k dementnímu člověku.

V následující části se budeme podrobněji zabývat metodou reminiscenční terapie, významem vzpomínání, teoretickými východisky i praktickými úkoly.

Je vhodné upozornit, že přestože se pro práci se vzpomínkami seniorů ujal název reminiscenční terapie, nejedná se o terapii v pravém slova smyslu, přestože účinek může být skutečně terapeutický. Reminiscenční terapii může provádět školený laik, v této práci proto nebudeme nazývat toho, kdo terapii vede, terapeutem, ale spíše naslouchajícím nebo vedoucím reminiscenční skupiny.

3.1 Teoretický základ reminiscenční terapie

Vzpomínání je tak staré jako historie sama a všichni jsme schopni vzpomínat od té chvíle, kdy si uvědomíme, že máme paměť. Jedná se tedy o přirozený proces. Přesto, že každý z nás se někdy věnuje svým vzpomínkám, často spojujeme ohlížení do minulosti se stářím, jako součást „patologického" procesu stárnutí. Panoval názor, že zaměření starého člověka na minulost je způsobem úniku z přítomnosti pro neschopnost přijmout změnu. Největší zásluhu ve změně vnímání vzpomínání jako patologického jevu přinesl Erik Erikson, který teoreticky definoval proces životní rekapitulace jako součást lidského vývoje ve vyšším věku.

Termín životní rekapitulace byl však poprvé prosazován americkým psychiatrem Robertem Butlerem (in Spector a kol., 2004), který připomněl, že lidé, kteří se přiblížili ke konci života, tedy zejména staří lidé, se začínají ohlížet zpátky do minulosti a pokoušejí se rozpoznat události, které nebyly ve své době vyřešeny (př. pocity viny, významné ztráty atd.) a vypořádat se s nimi. Butler říká, že tento proces životní rekapitulace je způsobem psychické přípravy na smrt a je součástí přirozeného procesu lidského vývoje s postupujícím věkem. Vzpomínání je pak prostředkem procesu životní rekapitulace, který umožňuje lidem přijmout jejich stáří a blížící se konec života.

Na teorie Butlera pak navázal a do povědomí veřejnosti přinesl Erik Erikson. Dle Kašlíkové, která se mimo jiné věnuje také přednášení o reminiscenční terapii, vychází reminiscenční terapie z Eriksonovy „teorie osmi věků". Erikson rozdělil život člověka do osmi etap. V každé etapě musí každý jedinec projít určitým konfliktem, má v ní svůj úkol, který by měl v dané etapě vyřešit. Například v první

etapě má jedinec za úkol získat důvěru ke světu. Posledním úkolem je přijmout a zrekapitulovat svůj život takový, jaký byl, aby z něj mohl, smířen, odejít.

Kašlíková připomíná, že málokdo projde těmito etapami bez bolestných zkušeností. Nevyřízené úkoly si člověk nese s sebou po zbytek svého života. Čím více konfliktů zůstalo nevyřešeno, tím větší zátěž si nese.

A právě proto je vzpomínání pro seniory tak důležité. Nabízí se jim možnost uvolnit zátěž, která je možná již hodně dlouho tížila. Pro starého člověka to může být nesmírně uvolňující zážitek, pocit smíření se životem na jeho sklonku.

3.2 Úloha vzpomínání ve stáří

Vzpomínání má pro starého člověka řadu pozitiv. Vzpomínání oživuje události z minula, nejsou to ale jen tak náhodné události nebo obyčejná fakta. Důležité na nich je to, že jsou spojeny s osobní zkušeností, která je pro vzpomínajícího živá a poutavá.

Norris (1986) upozorňuje na vzpomínání jako na významný prostředek, jak zdůrazňovat přednosti starších lidí před jejich nezpůsobilostí. Například i když se člověk pomaleji rozhoduje nebo si nedávné události pamatuje stále méně, zůstává často jeho paměť na vzdálenější události velmi dobrá. A tak vzpomínání může starým lidem pomoci udržovat sebeúctu tím, že znamená orientaci na věci, které mohou, místo konfrontace s tím, co dělat nemohou.

Jak již bylo uvedeno, reminiscence je důležitá v rámci procesu životní rekapitulace a jako taková může umožnit lidem přijmout jejich stáří a blížící se konec života.

Jakákoli práce s pamětí paměť trénuje, což je jedním z cílů všech kvalitních zařízení pečujících o seniory. Zachovat a pokud možno i rozvíjet funkce, které člověku ještě zbyly.

Janečková (2007a) zdůrazňuje, že vzpomínání se dotýká vnímání. Vzpomínky přinášejí prožitky situací tak, jak proběhly kdysi dávno, včetně tehdejších smyslových vjemů a emocí. Navíc vzpomínání uvolňuje energii a emoce vzpomínajících, vzpomínky dojímají a povznášejí, jsou spojeny s pocity hrdosti a jsou také příležitostí k humoru.

Norris (1986) uvádí, že vzpomínání může posílit vědomí vlastní hodnoty, neboť starým lidem poskytuje příležitost podělit se s ostatními o moudrost a zkušenosti, které během svého života nashromáždili. Může starému člověku pomáhat udržet si pocit vlastní identity a předávat ho druhým. Často se můžeme setkat s negativním stereotypním vnímáním starého člověka, které popisuje typického starého člověka jako tělesně postiženého, zmateného, závislého a často dokonce jako otupělého. Tím, že dáme starému člověku prostor podělit se se svými životními zkušenostmi, můžeme tím pomoci zrušit tento stereotyp a prezentovat starého člověka jako opravdovou individualitu.

V neposlední řadě je důležitý i fakt, že řada seniorů má již omezené možnosti společenských aktivit. Reminiscenční skupina se tak stává i místem pro společenský kontakt. Je smysluplným naplněním času, kterého mají staří lidé v ústavních zařízeních nadmíru.

Vzpomínání může být pro seniory příjemnou a povzbuzující zkušeností. Navíc prostřednictvím vzpomínání může starý člověk nalézt jiného člověka, který má podobné zkušenosti, případně má podobné zájmy, jako měl vzpomínající a může to být začátek hlubokého vztahu. Zvláště starý dementní člověk těžko sám navazuje jakékoli

vztahy. Ať už jde o vrstevníka nebo někoho z pečovatelů, takový vztah v novém cizím prostředí ústavního zařízení může být nesmírně důležitý.

Navíc tvoří-li vzpomínky obyvatel součást organizace režimu a oddechových aktivit, obyvatelé mají prostředek, jak ovlivňovat život v domově. Mnoho starých lidí nesnáší, když jsou neustále objektem dobročinnosti druhých nebo když nemohou ovlivňovat způsob svého života. Tím, že může přispívat do dění skupiny, vymaňuje se z role závislého nebo opečovávaného, což může přispět k jeho spokojenosti.

Není nic horšího, než nutit člověka k aktivitě, která jej nezajímá. Reminiscenční terapie nám také poskytuje informace o tom, co naši obyvatelé rádi v minulosti dělali ve svém volném čase. Dle těchto informací pak můžeme naplánovat bohatý program aktivit.

Vzpomínky mohou být rovněž užitečné pro ústavní zařízení k vytvoření denního režimu. Je vhodné pokusit se denní režim co nejvíce přiblížit osobním potřebám klientů, jak jen to provozní podmínky dovolí.

3.3 Cíle reminiscenční terapie

Všechny cíle reminiscenční terapie směřují k tomu, aby byla zachována kvalita života starého člověka.

Cílem terapie je podpořit starého člověka, dát mu najevo zájem, úctu a zvýšit tak jeho sebevědomí. Vtáhnout jej, jak jen je to možné, i do rozhodování, co se s ním bude dít, čímž podporujeme jeho samostatnost a dáváme mu na vědomí, že jej respektujeme.

Pomocí reminiscenčních pomůcek se snažíme dosáhnout toho, aby se starý člověk otevřel a my mu mohli pomoci vyřešit úkoly, kterým se na své cestě životem vyhýbal.

Cílem terapie je rozvoj nebo alespoň zachování schopností, které člověku ještě zůstaly.

Cílem je i smysluplné naplnění volného času v denních centrech i domovech pro seniory. „Při péči o lidi s Alzheimerovou chorobou pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Je-li používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi. Může zklidnit nervozitu a neklid. Když si dva lidé spolu sednou, aby řešili nějaký úkol, spojuje je v tom okamžiku něco společného. Programy aktivit jsou pro nemocného podstatné stejně jako fyzická péče a výživa.[2]

3.4 Pomůcky pro reminiscenci

Norris (1986) upozorňuje, že při výběru spouštěcích podnětů pro reminiscenci musíme zohledňovat věk, minulost, styl života a zážitky daného jedince. Dále je třeba zohlednit schopnosti, osobnost a mentální kapacitu vzpomínajícího.

Vzpomínání je proces, který zahrnuje všechny smysly. Při výběru pomůcek bychom proto měli dbát na to, abychom zaměstnali podnětem co největší počet smyslů. Velice důležitým se stává hmat a také chuť. Musíme brát ohled na to, že mnoho starých lidí má problémy se sluchem, zrakem a rovněž čichové buňky bývají oslabené.

Je proto nutné zjistit, jaké schopnosti a dovednosti zůstaly člověku zachovány a dle toho přizpůsobit i program reminiscence a dalších aktivit.

---

[2] Zgola, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada, 2003, s. 148

Není složité nalézt pomůcky pro reminiscenci. Stačí určitá znalost reálií dané doby, na kterou společně vzpomínáme. Jsou to například fotografie, hudba, filmy, předměty kuchyňské výbavy, staré noviny a časopisy.

Kašlíková používá „reminiscenční krabice" jako pomůcky pro terapii. Jedná se o krabici plnou předmětů typických pro danou dobu, ale i předmětů dodnes používaných. Například klubíčko vlny může vzbudit vzpomínku na domácí práce, na toho, kdo je učil plést a koho zase učili oni atd. Práce ve skupině pak probíhá tak, že vedoucí skupiny položí krabici na stůl a vyzve členy skupiny, aby se přišli podívat, co jim dnes přinesla. Každý určitě na nějaký z předmětů zareaguje a povídání samo plyne. Je pak úlohou vedoucího, aby každý člen dostal svůj prostor a ostatní jej nepřekřikovali. Úlohami vedoucího skupiny se budeme zabývat později.

Nemůžeme však zahrnout vzpomínající velkým množstvím podnětů najednou i během sezení. Zásadní význam má toto doporučení zejména pro člověka s demencí.

Norris (1986) zmiňuje další pomůcky skupinové reminiscence. „Minulá desetiletí" jsou soubory fotografií připomínajících scény každodenního života v jednotlivých dekádách. „Výzva k návratu" je sada šesti souborů diapozitivů nebo videozáznamů znázorňujících výjevy, jež mohl během posledních osmdesáti let vidět typický obyvatel Londýna. Další pomůckou je „Nostalgie", sada podnětových karet s různými tématy, např. s domácími předměty či dopravními prostředky z minulosti až po současnost, s palcovými novinovými titulky či příslušníky královské rodiny z 1. poloviny 20. století.

Z výše uvedeného je patrné, že reminiscenční terapie je v Anglii zřejmě běžně využívanou metodou, neboť tyto sady pomůcek si můžeme dokonce zakoupit. Pomáhající v České

republice jsou zatím odkázáni na svou fantazii a schopnosti. Průkopnické snahy našich pomáhajících jsou však velice cenné svou inovativností, ale i tím, že pomůcky jsou doslova ušity na míru dané skupině seniorů.

Zajímavý projekt vytvořila skupina skotských studentů, která si jako cíl své práce určila vytvoření počítačového programu, který by napomáhal při reminiscenčních aktivitách. V projektu s názvem „Vytváření multimediálního konverzačního pomocníka pro reminiscenční terapii v zařízeních péče o klienty s demencí" se spojilo šest studentů z oborů psychologie, designu a softwarového inženýrství na Univerzitě v Dundee a St. Andrews. Cílem tříletého projektu bylo vytvořit jednoduše ovladatelný multimediální počítačový program s dotykovou obrazovkou, který by při individuálních i skupinových sezeních usnadňoval a podporoval konverzaci. Vycházeli nutně i z předpokladu, že staří lidé, kteří budou program využívat, nemají žádnou nebo jen minimální zkušenost s prací na počítači. Pro účely rychlejšího vzniku prototypu omezili média pouze na fotografie, video a hudbu a omezili rovněž témata na odpočinkové aktivity, zábavu a život v Dundee. Studenti ve svých studiích využití prototypu uvádějí pozitivní výsledky. Tvrdí, že i člověk v pozdním stadiu demence může reagovat smysluplně, je-li přesně pobídnut. Jako nejvýznamnější výsledky výzkumu vyhodnotili studenti to, že program podnítil vzpomínky řadě účastníků sezení, o kterých pečující před tím nikdy neslyšeli, že někteří lidé, kteří reagovali na tradiční reminiscenční intervenci jen chabě, byli více zapojení a reagovali živěji, že lidé s demencí zvládli a užívali si práci s počítačovým systémem jako takovým, že systém poskytl více přirozené zkušenosti z konverzace tím, že odejmul tlak z pečujících na to, aby neustále podněcovali konverzaci

a že systém zplnomocnil osoby s demencí k účasti na více rovnocenném základě.

Když hovoříme o pomůckách reminiscenční terapie, neměli bychom zapomenout alespoň zmínit význam správného přístupu ke starým lidem s demencí, což je základem pro jakýkoli kontakt a tedy i významnou pomůckou v reminiscenční terapii. Metodám správného přístupu a komunikace byl dán v této práci již prostor.

3.5 Forma reminiscenční terapie

V následující části se budeme zabývat individuální a skupinovou formou terapie, jejím využití v každodenní péči o starého člověka a také zvláštními technikami, které nás zavedou i mimo ústavní zařízení.

Základem reminiscenční terapie je skupinová práce, ale pro řadu lidí trpících demencí, zvláště její těžší formou, je nesnadné tolerovat větší, často heterogenní skupinu. U takových lidí je vhodné využít spíše individuálních reminiscenčních technik.

3.5.1 Individuální reminiscenční terapie

Norris (1986) uvádí, že individuální kontakt má svou velkou výhodu v tom, že tempo a obsah rozhovoru je možno přizpůsobit konkrétnímu jedinci. Je to velká příležitost k rozvinutí silného kontaktu a vzájemné důvěry mezi klientem a pečovatelem.

Základním prostředkem individuální reminiscenční terapie je tedy vztah mezi vzpomínajícím a naslouchajícím, který může oběma přinést mnoho cenného.

K navození vzpomínek může naslouchající použít různých pomůcek, které již byly uvedeny dříve.

Typickou formou systematické individuální reminiscenční terapie je vytváření „Knihy života", kam vzpomínající sám nebo, je-li třeba, s pomocí naslouchajícího zapisuje pro něj důležité okamžiky života. Je-li paměť vzpomínajícího oslabena, používají se většinou fotografie z dětství a mládí jako pomůcky pro terapii.

Tento postup zpříjemní vstup starého člověka do nového prostředí, zaměstná jeho mysl a urychlí vytvoření vztahu s pečovateli, někdy může rozvinout i bližší vztah s příbuznými, kteří často neznají životní historii svých prarodičů, ale i rodičů. Požádáme-li příbuzné, aby přinesli fotografie a předměty blízké starému člověku, zapojíme je do péče a dáme jim prostředek, o čem se starým zmateným člověkem mohou hovořit. Ke Knize života se potom můžeme kdykoli vracet, zvláště s člověkem, u něhož se porucha paměti prohloubila.

The Benevolent Society (2006) shrnula výhody individuální reminiscenční terapie, jak je popsala řada odborníků:

- růst schopnosti komunikovat a vyjadřovat se,
- zlepšení sociálních interakcí prostřednictvím sdílení zkušeností,
- růst pocitu sounáležitosti a společenství,
- zdůrazňování individuality a jedinečných zkušeností každého člověka,
- možnost stanout v roli učitele, když sdílíme jejich zkušenosti,
- pomoc smířit se se stárnutím,

- podpora starých lidi znovu získat zájem o minulé koníčky a svou minulost jako takovou,
- podpora tvořivosti,
- růst vlastní ceny a pocitu úspěchu,
- snížení apatie a zmatenosti zvláště u lidí s demencí,
- zmírnění deprese,
- růst spokojenosti se životem,
- zlepšení sebeobsluhy,
- pomoc starým lidem vypořádat se s krizemi, ztrátami a životními změnami,
- uspokojení psychických a emocionálních potřeb,
- smysluplná a příjemná aktivita, která zahrnuje pozitivní interakce.

Výše uvedené výhody nejsou výhradně výhodami individuální reminiscenční terapie, ale i všeobecnými benefity, které přináší práce se vzpomínkami pro jednotlivce.

3.5.2 Skupinová reminiscenční terapie

Skupinová reminiscenční terapie má své specifické výhody.

Museum Victoria (in The Benevolent Society, 2006) zdůrazňuje důležitost poznání člena skupiny, že ostatní členové mohou s nimi sdílet podobné problémy a zájmy, uvědomují si mezi ostatními vlastní jedinečnost, platnost a svůj přínos pro skupinu, roste u nich pocit sounáležitosti a přijetí skupinou.

Při skupinové práci je vhodné vytvořit malé skupiny seniorů, kteří pak sdílejí své vzpomínky. Výhodou je, že vzpomínka jednoho může probudit vzpomínku někoho jiného, takže skupina si sama udržuje svou dynamiku. Skupina je místem, kde se staří lidé mohou setkávat a vzájemně se poznávat. Světové události (např. války) mohou být dobrým výchozím bodem pro vytvoření vztahů mezi staršími lidmi, kteří by si byli jinak cizí. Člověk s demencí bývá osamocen, společný pozitivní zážitek je zvláště cenný.

Norris (1986) uvádí, že v obecném smyslu může reminiscenční skupina fungovat na třech úrovních:

1. Jako oddechová aktivita - tam, kde je hlavním cílem zajistit činnost pro volný čas pro starší lidi.
2. Jako psychická podpora - tam, kde se vzpomínáním snaží o vytvoření nebo obnovení sebeúcty a vyjádření vlastní identity.
3. Jako terapeutický prostředek - tam, kde se zaměřujeme na napomáhání procesu životní rekapitulace a vyrovnání se se životem a nadcházející smrtí.

Je velice důležité se rozhodnout, jaký smysl bude skupina mít. Například u oddechových aktivit není tak důležité omezovat počet členů. Naopak u skupiny určené k probírání citlivých osobních témat minulosti musíme zajistit, aby skupina měla důvěrnější charakter.

V praxi často skupina proplouvá různými úrovněmi a je tedy na vedoucím skupiny, aby ji vedl jen tam, kde on sám si bude jistý. Vždy ale musí dbát na to, aby lidé pozvaní do reminiscenční skupiny přesně věděli, co mají očekávat.

Velmi důležité pro reminiscenční terapii je vytvoření atmosféry důvěry. Sezení by se mělo odehrávat v tichém,

příjemném a důvěrném prostředí, židle by měly být umístěny blízko u sebe, což podporuje vytvoření atmosféru důvěry, ale i to, že se účastníci budou navzájem dobře slyšet. Doporučuje se začít sezení se šálkem čaje nebo kávy, což navodí pocit zvláštní příležitosti.

3.5.3 Struktura skupiny

V první řadě je nutno zvážit počet členů, který by měla skupina mít. Odborníci se shodují, že ideální počet účastníků je 5 až 8 za předpokladu, že skupinu vedou dva vedoucí skupiny. Je-li skupina větší, stává se nepraktickou a svým členům umožňuje jen příležitostné a povrchní příspěvky. Je-li počet členů naopak menší, limituje možnosti sdílení a výměny vzpomínek s druhými lidmi.

Délka sezení je optimální 45 minut, déle nejsou obvykle účastníci schopni soustředění. Norris (1986) doporučuje pružně reagovat a dle okolností délku sezení upravit. Kašlíková naopak prosazuje pevně ohraničený časový rámec a dodržet vše, co bylo na začátku ujednáno s členy skupiny. Neměnný rámec bývá důležitý pro orientaci dementního člověka.

Pokud se rozhodneme pro skupinovou reminiscenční terapii u starých lidí v pokročilejších stádiích demence, doporučují se jen maximálně 3 osoby do skupiny. Délka sezení u osob se středním kognitivním deficitem by měla být jen přibližně 20 až 30 minut, u osob v pokročilejší fázi demenci dokonce ještě kratší, neboť nejsou schopni udržet déle pozornost.

Sezení by mělo probíhat alespoň jednou týdně. Odborníci doporučují častější setkání u lidí se špatnou pamětí. Počet jedné série skupinových setkání je od šesti

do deseti. Tyto bloky mohou být následovány několikatýdenní přestávkou, která poskytuje čas na zhodnocení, odpočinek a případně naplánování dalšího bloku sezení.

Přestávky mezi sériemi sezení jsou prevencí vyhoření a nudy. Je lepší, dohodnou-li se účastníci pouze na omezeném počtu sezení a skončí tak po vzájemné dohodě, než když skupina přežije vlastní užitečnost a těžce odumírá zanechávajíc všechny ve stavu demoralizace.

Norris (1986) upozorňuje, že při výběru členů skupiny musíme posuzovat kompatibilitu jednotlivých členů. Je třeba zjistit, zda lidé vybraní do skupiny vyhovují sobě navzájem i zamýšlené funkci skupiny. Např. pokud je cílem skupiny zábava, není dobré mít mezi sebou tichého a uzavřeného obyvatele. Takový člověk buď skupinu vyčerpá nebo z ní bude zcela vyčleněn. Má-li však skupina terapeutický smysl, takový člověk má zde zcela jistě své místo.

3.5.4 Role vedoucího skupiny

Velkou úlohu má v reminiscenční terapii vedoucí skupiny. Dle Kašlíkové jsou ideální dva vedoucí, jeden starší, „zkušenější", který je vůči obyvatelům v pozici partnera a jeden mladší, který zastává pozici žáka.

Norris (1986) rozlišuje 6 rolí, které může vedoucí skupiny zaujmout. Hlavní úlohou je však zabezpečit celkově dobré fungování sezení.

Angažovaný naslouchající je připraven, ochoten a schopen vyslechnout a respektovat příspěvky členů skupiny, vytváří chápavé a vnímavé prostředí. Svou ochotu naslouchat může vyjádřit například prostřednictvím povzbuzujících poznámek, pokyvováním, vhodným pohledem, úsměvem atd.

Facilitátor dává podněty nebo poskytuje vodítka k odpovědím v případech, kdy skupina jen těžko a váhavě sdílí vzpomínky. Např. pokládá neurčité otázky, nabídne podnětný materiál a chytí se každé odpovědi, které se mu dostane.

Žák/partner umožňuje předání specifické znalosti a zkušenosti starého člověka a je mu buď partnerem při probírání vzpomínek nebo se nechá poučit v roli žáka.

Jako *regulátor tempa* by měl vedoucí skupiny vymezit vhodný čas tak, aby členové nepostrádali možnost se zapojit, ani se nezačali nudit.

V roli *podporovatele* má za úkol citlivě povzbudit a podpořit člena skupiny a vhodně mu pomoci se sdílením a zpracováním zvláště náročných témat. Je-li zřejmé, že některý člen skupiny se potřebuje podělit o zneklidňující vzpomínku, ale není to vhodné v rámci skupiny, může být zapotřebí domluvit si s dotyčným člověkem dokončení problému po skupině. Zde je důležitá role vedoucího v tom, aby dokázal posoudit, zda citlivé téma unesou ostatní členové skupiny i vedoucí sám.

Poslední roli je *koordinátor*. Úkolem je zajistit, aby každý dostal dostatečnou příležitost podílet se na skupině, držet zpátky dominantnější členy skupiny, zvýrazňovat projevy zamlklejších, zajišťovat, aby příspěvek jednoho člena byl dostatečně registrován ostatními a přibližovat konkrétní témata, která se při sezení objeví, všem členům skupiny.

Vedoucí skupiny si po každé skupině vyplní záznam o průběhu sezení. Výsledky svého pozorování zaznamenává většinou pomocí pěti bodové škály od negativní po vynikající reakci. Hodnotí se, do jaké míry projevoval člen skupiny zájem a dané téma, do jaké míry reagoval na

podnětný materiál a diskusi, do jaké míry přispívá účastník sám od sebe a jaké byly neverbální reakce člena na skupinové dění.

Vedoucí skupiny dále zaznamenává případné překážky, které brání úspěšnému průběhu skupiny. Překážkou může být složení skupiny, určité téma, podnětný materiál, ale i dovednosti vedoucího.

Tyto záznamy jsou vhodné nejen jako dokumentace provedeného sezení, ale i pro individuální práci s jednotlivými obyvateli a také jako materiál pro vymýšlení strategie na následující sezení, čeho se vyvarovat a co naopak funguje.

3.5.5 Využití reminiscenční terapie v každodenním životě

Kromě individuálních a skupinových sezení nesmíme zapomínat na její praktické využití v každodenním životě, v běžných interakcích a denních aktivitách. V zařízeních pečujících o seniory se jistě nějakým způsobem se vzpomínkami obyvatel pracuje, ne vždy však cíleně a systematicky. Nejčastěji formou individuálních rozhovorů obyvatele domova s pečovatelem při běžných denních úkonech. Často jsou v rámci denního programu tréninky paměti, ale tyto tréninky slouží jen právě pro tento účel a možná pro zábavu. Obě uvedené metody jsou správné a mají příznivý vliv na člověka trpícího demencí. Reminiscenční terapie, jak již dle názvu můžeme předvídat, však může nabídnout i terapeutický účinek, je-li dobře vedena.

Taková práce se vzpomínkami nebývá řízená, měla by být přirozenou součástí kontaktu mezi personálem a obyvatelem v nejrůznějších situacích během dne. Je důležité poskytovat vzpomínkám starších lidí ocenění, patřičný prostor

a respekt, ať už se objeví kdykoli a kdekoli. Může to být třeba určité jídlo, které vzbudí vzpomínky člověka. Bez ohledu na okolnosti je důležité, aby naslouchající byl vnímavý.

Člověk, který přichází do ústavní péče, musel opustit řadu důležitých věcí, které byly součástí jeho života, který již celá léta kolem sebe vytvářel. Je nebezpečí, že se stáhne do sebe a postupně ztratí svou identitu. Může upadnout do deprese, rezignovat na život jako takový. U některých lidí se mohou objevit vážné poruchy chování.

Janečková (2007a) upozorňuje na význam práce se vzpomínkami u seniorů v institucích jako významné metody zvládání adaptačního procesu při přechodu z původního bydliště do nového domova. Využití vzpomínek je prostředkem, který může umožnit přemostění, propojení, udržet, alespoň do určité míry, kontinuitu, která byla stěhováním přerušena. Navíc shromažďování podkladů pro reminiscenci, fotografií a dalších věcí, zaměstnává ostatní členy rodiny. Mají společný úkol, který je spojuje.

Tím, že novému obyvateli navrhneme, aby si donesl fotografie a jiné osobní věci, vyjadřujeme mu tím uznání a pomoc v udržování vazeb s minulostí, uznání důležitosti jeho minulosti a životního stylu.

Zgola (2003) uvádí, že jedním z faktorů, který napomáhá vzniku problematického chování, je neexistence programu zaměřeného na uznání a ocenění přirozených vlastností a povahových rysů dotyčné osoby. Do vytváření osobnosti byl investován celý lidský život a to by se mělo oceňovat. Tím, že podporujeme zachované schopnosti osoby s kognitivní poruchou, zviditelníme její skutečnou osobnost, čímž jde problematické chování omezit. Často je takové chování totiž výsledkem snahy využít svých

zachovaných schopností. Našim úkolem je nasměrovat tyto schopnosti tam, kde mohou být prospěšné.

Z výše uvedeného vyplývá, jak důležité je, aby se pracovníci ústavního zařízení dobře seznámili s obyvateli, znali jejich minulost, záliby a životní styl. Pomůže jim to chápat individualitu jedince, proč je člověk takový, jaký je. Starému člověku pomáhá sdílení vzpomínek překonat nelehké období vstupu do péče a zachovat si kvalitu života v nových podmínkách. To má právě největší důležitost pro člověka se sníženými komunikačními schopnostmi - pro zmateného starého člověka nebo pro člověka s poruchou řeči po mozkové mrtvici.

3.5.6 Zvláštní formy reminiscenční terapie

Norris (1986) uvádí, že můžeme jít ještě dál za hranice skupinových sezení i za „hranice" domova prostřednictvím „reminiscenčního divadla" nebo „reminiscenčních výletů".

Při reminiscenčním divadle ztvárňuje skupina herců typické scény z minulosti, přičemž využívá informace získané ze vzpomínek starších lidí, které někdy přímo zapojí do samotné hry.

Reminiscenční výlety jsou cesty do míst, které starý člověk zná a ke kterým se pojí jeho vzpomínky. Místo, kde bydlel, škola, kterou navštěvoval, místo, kde potkal svého partnera, to jsou místa, na která si člověk obvykle velmi živě vzpomíná. Takový výlet má své přednosti v tom, že je pro seniory příjemným kontrastem vůči životu mezi zdmi domova a je pro něj stimulující, často vyvolává další a další vzpomínky. Tím, že se místo od doby, kdy jej člověk viděl naposledy, změnilo, může starý člověk vzpomínat

právě na to, jak věci vypadaly dřív. Nejen, že je to příjemná a vysoce emotivní zkušenost pro starého člověka, může mu takový výlet i pomoci vytvořit vazby či srovnání mezi minulostí a přítomností.

Norris (1986) ještě doporučuje návštěvy muzeí, obchodů se starožitnostmi a vytváření upomínkových výstav. Předměty, které dnes již nejsou běžnou součástí našeho života, mohou starým lidem sloužit jako výchozí bod pro předání svých zkušeností a zážitků. Pozitivem uspořádání reminiscenční výstavy je i vtažení příbuzných a dalších blízkých lidí starého člověka do příprav výstavy a tím i do péče o něj, ale i zainteresování pečovatelů a veřejnosti.

Dalším příkladem obdoby reminiscenční terapie je koncept, který zformovali Zgola a Coulter (in Zgola, 2003). Práci se vzpomínkami upravili do podoby cíleného programu, ve kterém zaměstnanci malého místního muzea přinesli obyvatelům domova, kteří trpěli poruchou kognitivních funkcí, věci pocházející z přelomu 19. a 20. století. Účelem nebylo vyprávět starým lidem o těchto předmětech, ale spíše se na ně ptát. Při celé řadě příležitostí se zaměstnancům podařilo, aby jim obyvatelé objasnili některé chybné informace týkající se zmíněných předmětů.

Velký projekt vytvořilo Londýnské Reminiscenční centrum, které se zabývá vzděláváním v technikách reminiscenční práce. Projekt s názvem Making memories matter spojilo více než stovku seniorů ze sedmi evropských zemí. Každý senior ve své zemi společně s určeným umělcem vytvořili krabici životních příběhů ze svých vzpomínek a zkušeností. Umělec byl vycvičen v práci se vzpomínkami, ale jeho role nebyla terapeutická, jeho úkolem bylo pomoci vizuálně interpretovat životní příběhy. Projekt vznikl při příležitosti konce druhé světové války a jak iniciátoři předpokládali, většinou krabic se válka prolínala. Do

silných příběhů mohli být pak vtaženi i návštěvníci výstavy, která putovala všemi zeměmi, které se na vzniku podílely - Velká Británie, Německo, Finsko, Polsko, Rumunsko, Španělsko a Česká republika. Za Českou republiku spolupracovali v projektu Česká alzheimerovská společnost a výstava se v Praze konala v nevyužívané synagoze. Výstavy byly doprovázeny konferencemi, semináři, workshopy a výcvikovými kurzy. Pozitivním výsledkem bylo ale mimo jiné i to, že některé skupiny návštěvníků výstavy z řad seniorů se nechali projektem inspirovat a společně pak vytvářeli vlastní „krabice vzpomínek".

3.6 Citlivá témata reminiscenční terapie

Při pobízení k reminiscenci nikdy nesmíme zapomenout respektovat právo jedince na soukromí, na jeho rozhodnutí nesdělovat věci, které si chce nechat jen pro sebe.

Norris (1986) říká, že to však neznamená, že bychom se měli stáhnout, kdykoli starý člověk zneklidní. Naopak právě toto může být ta pravá chvíle, kdy citlivé povzbuzení ke vzpomínání může mít nesmírnou hodnotu. Pro vzpomínajícího může být možnost sdílet citově nabitý zážitek příležitostí, na kterou čekal celý život.

Příručka The Benevolent Society (2006) též uvádí, že vzpomínání na špatné okamžiky života je přirozené a je správné, když člověk objevuje své emoce. Je ovšem důležité, aby dostal zpětnou vazbu, že tyto jeho emoce jsou přijímány a respektovány.

Pokud je citlivé téma otevřeno během skupinového sezení a skupina má problém jej sdílet, vedoucí skupiny by měl zasáhnout a téma dořešit individuálně či s pomocí personálu a rodiny.

Důležité je citlivé téma uzavřít, nenechat starého člověka samotného se smutnými nebo úzkostnými vzpomínkami. Měli bychom uznat, potvrdit, jak se člověk cítí a že jeho emoce jsou opravdové, upřímné. Pokud můžeme, zůstaneme s člověkem ještě chvíli.

Kašlíková popisuje častý stres pečovatelů z toho, aby obyvatele nerozplakali. Pečovatelé mají pocit, že to znamená, že pečují špatně. Je mýtem, že radost je jediná povolená emoce.

Je pochopitelné, že pečovatel se raději vyhýbá slzám a tématům kolem smrti, ale často je právě téma smrti to, co starý člověk potřebuje otevřít. Často třeba potřebuje ujistit, že všechno je zařízeno pro případ, že by již brzy zemřel a je pro něj velikou úlevou, pokud mu to potvrdíme.

Kašlíková má pro tyto případy jednoznačnou radu: „Co unese klient, pečovatel by měl zvládnout jako profesionál." Na tomto místě je nutno podotknout, že ani pracovník by pak neměl zůstat bez ošetření a mělo by se mu dostávat pravidelné a kvalitní supervize.

3.7 Vliv reminiscenční terapie na pečovatele

Vzpomínání se seniorem má velmi příznivý vliv i na pečovatele.

V první řadě pečovatel prostřednictvím reminiscence získá znalosti o životní historii starého člověka, jeho osudech a úspěších.

Norris (1986) uvádí, že pečovatel si při naslouchání starému člověku začne více uvědomovat jeho vlastnosti, rozmary a neopakovatelné zvláštnosti. Angažovaný naslouchající může získat schopnost hlubšího náhledu do životů lidí, o něž pečuje a přijde mu potom jako

samozřejmost vymezení člověka jako individuality. Dokáží tak lépe pochopit jejich občasné rozmary, pochopí souvislost mezi minulými zkušenostmi starého člověka a jeho současným chováním.

Zaměření na péči o primární potřeby často brání vytvoření vztahu mezi obyvatelem domova a pečovatelem. Reminiscence může zvětšit styčnou plochu mezi starým člověkem a pečovatelem a vést k lepšímu a hlubšímu vztahu mezi nimi. Je nutné však pečovatele na důležitost reminiscence upozornit, často pak lépe snášejí opakující se příběhy z minulosti.

Norris (1986) dále poukazuje na všudypřítomný problém se získáváním kvalifikovaného personálu pro práci se staršími lidmi. Jedním z často uváděných důvodů je, že pro pracovníky je těžké pochopit účel práce se starším lidmi, a tak ani nemohou rozpoznat zdroje uspokojení z této práce. Avšak navázáním vztahu prostřednictvím reminiscence může i pečovatel cítit uspokojení a smysl, který mu práce přináší. Pečovatel se může ze vzpomínek obyvatel rovněž leccos naučit.

A v neposlední řadě, stejně jako starý člověk může v reminiscenční skupině nalézt osoby, se kterými může sdílet své osobní zkušenosti a vzpomínky, může i pečovatel nalézt stejné uspokojení a pocit sounáležitosti se sdílením svých osobních zkušeností se starým člověkem. Na tomto místě je však třeba upozornit, že pečovatel musí vždy jednat profesionálně, aby nepřekročil hranici sdílení a senior nebyl zatěžován osobními problémy pomáhajícího.

Příznivý vliv začlenění reminiscenčních aktivit do činností domovů pro seniory potvrdily i vědecké studie, podle kterých došlo k významným změnám na straně personálu. Zvýšila se jeho znalost minulosti klientů, pozitivně byla ovlivněna jeho motivace, postoje, spokojenost s prací

a celkově se změnilo sociální prostředí zařízení (Baines et al., in Janečková, 2007a).

3.8 Pravidla reminiscenční terapie pro dementního člověka

„Starý člověk s demencí nám může dát ze sebe už jen málo - vše, co je a v dostatečné míře v danou chvíli. Tento malý kousek je drahocenný a může se stát vláknem nebo nitkou tkanou í do tvého života. Tyto částečky mohou být, stejně jako při skládání mozaiky, nakonec poskládány dohromady a něco nového je vytvořeno."[3]

Laické názory často tvrdí, že dementní člověk si na nic nevzpomíná, nic si nepamatuje. Ačkoli je porucha paměti u dementních lidí obvykle výrazná, bývá ztracena paměť na nedávné události, zatímco paměť na minulost bývá alespoň do určité míry zachována. Reminiscence je proto velice vhodná pro zmatené starší osoby, protože se již ze své podstaty zaměřuje na zachované schopnosti člověka a nezdůrazňuje jeho nedostatky.

I pro člověka s demencí může mít reminiscenční terapie terapeutický význam. Mohou jej tížit pohnuté události stejně jako člověka bez poruch kognitivních funkcí. Ani dementnímu člověku bychom neměli brát příležitost ke smíření se životem.

Na začátku práce s člověkem s demencí je důležité získat si představu o schopnostech a dovednostech, které si člověk ještě zachoval a dle toho přizpůsobit celé sezení.

---

[3] Coaten, R., in The Benevolent Society. Reminiscing handbook. The Benevolent Society, 2006. str. 4.

Norris (1986) zvláště upozorňuje terapeuty na nerealistická očekávání úspěchu. Úspěch musí být vždy hodnocen vzhledem k potřebám a schopnostem konkrétního člověka s demencí.

Coaten (in The Benevolent Society, 2006) uvádí, že nezáleží na tom, jestli se kontakt s dementním člověkem podařil jen na krátkou dobu, byl-li pro toho člověka přínosný.

Při užívání reminiscenčních pomůcek u člověka trpícího demencí musíme dbát několika pravidel. Tato pravidla neplatí jen pro reminiscenční terapii, ale většinou jsou shodná s těmi, která popisují, jak bychom měli pracovat s člověkem trpícím demencí obecně.

V první řadě je nutno přizpůsobit se tempu vzpomínajícího do té míry, aby se necítil stresován. Neměli bychom se tedy urputně snažit dodržet program sezení za cenu toho, že bychom neposkytli starému zmatenému člověku dost času na vyjádření a přišli tak o hodnotné odezvy.

Norris (1986) upozorňuje, že je důležité individuální vnímání událostí, neměli bychom se tudíž snažit vytáhnout ze vzpomínek historická fakta. Měli bychom podpořit jakoukoli odezvu, neboť u zmatených starých lidí bývá problém vůbec nějakou vyvolat.

Odborníci doporučují používat v péči o dementního člověka ve velké míře neverbální komunikaci. I toto pravidlo se velice dobře uplatňuje při reminiscenci. Dle výrazu tváře, pohledu očí, tělesného postoje, gest atd. může pozorný naslouchající snadno poznat, jaký význam má daná událost pro vzpomínajícího a dementnímu člověku se tak snadněji vyjadřují emoce tam, kde jen těžko hledá slova. Důležitá je i zpětná vazba směřující od naslouchajícího ke vzpomínajícímu, která by měla rovněž proběhnout i pomocí

gest, držením za ruku, dotykem ramene, pohlazením. Naslouchající tak stejným způsobem dává najevo svůj zájem o vzpomínky starého člověka a povzbuzuje jej k reminiscenci. Verbální schopnosti dementního člověka mohou být omezené, ale neznamená to, že by nebyl schopen rozumět řečenému.

The Benevolent Society (2006) ve své příručce zdůrazňuje význam zahrnutí všech smyslů do aktivit zaměřených na vzpomínání. Stimulace pomocí zvuku, pohybu, tance, rytmu, bubnování, vůní, změn ve světle a barvě, předmětů, dotekovým povrchům, materiálům, vibracím, jídlu a zkušenosti s chutí může vzbudit živou a silnou vzpomínku.

Norris (1986) varuje před zahrnutím starého člověka mnoha stimulujícími podněty najednou. Pro starého zmateného člověka je důležité, abychom mu předkládali jen takový podnětný materiál, který je mu důvěrně známý a předkládali jej srozumitelným způsobem tak, abychom člověka neuvedli do dalšího zmatku. Podnětný materiál musí být jasný, jednoznačný, musí se vztahovat k osobnosti člověka, jeho minulosti a jeho zážitkům a využívat stimulace co největšího počtu smyslů.

Dobré je dodržovat zavedené rituály. Člověk s demencí se tak může lépe zorientovat v tom, co jej čeká.

Někdy je třeba blíže popsat předkládaný materiál, abychom dementnímu člověku pomohli v orientaci v tématu. Otázky je třeba několikrát opakovat, stejně tak podávat pečlivá a podrobná vysvětlení k fotografiím a dalším pomůckám terapie. Je však třeba nalézt hranici mezi tím, kdy nedostatečně napomáháme při vzpomínání a tím, že převezmeme věci do svých rukou, i když to není nezbytně nutné.

A v neposlední řadě také respektovat reminiscenci vzpomínajícího. Podnětný materiál mu může odstartovat vzpomínku na něco zcela jiného. Neměli bychom se tudíž křečovitě držet tématu, ale převzít vodítka starého člověka.

Když ukončujeme reminiscenční sezení, měli bychom se ujistit, že bylo formálně uzavřeno a že vzpomínající ví, že sezení skončilo.

Z výše uvedeného vyplývá, že je vhodnější využít u dementního člověka individuální terapii, neboť tito lidé jen těžko zvládnou reagovat na další členy skupiny. Pokud by měl vedoucí skupiny převzít vodítka každého vzpomínajícího, vznikl by chaos, který už tak zmateného člověka znervózní a na který by mohl reagovat podrážděně. Individuální terapie může pružněji reagovat a lépe se přizpůsobit potřebám člověka s demencí.

Nicméně je možná i skupinová práce s lidmi postiženými demencí. Taková skupina by měla mít všechny členy s postižením kognitivních funkcí, neboť od těch, kteří postižení nemají, nedostávají lidé s demencí pozitivní zpětnou vazbu, spíše naopak.

Zgola (2003) uvádí, že skupina bude menší, 2 – 4 osoby a společný úkol by měl být hodně konkrétní. Důležité je rovněž vyškolení vedoucího v komunikaci s lidmi s demencí. Významný je především prožitek toho, že lidem je spolu dobře, cítí se být příslušníky daného společenství.

Janečková (2007a) zdůrazňuje význam společného pozitivního prožitku. Člověk s demencí získává ve skupině prožitek partnerství, shody, solidarity, je účasten vzájemné podpory ve skupině sobě rovných. Jako člen skupiny získává moc, kontrolu, má roli, v níž je respektován.

3.9 Účinnost terapie na člověka s demencí

Není třeba znovu opakovat, že demence u starého člověka je většinou progresivní, tedy nezvratná. Existují jen metody, jak postup nemoci pozastavit nebo zmírnit.

Spector et al. (2004) provedli výzkum „Reminiscenční terapie pro demence", který se zabýval přímo účinností této terapie na dementního člověka, tedy zda reminiscenční terapie má nebo nemá významný efekt na kognitivní funkce a chování dementního člověka. Autoři uvádí, že výsledky jejich výzkumu jsou statisticky nevýznamné, neboť jejich zdroj dat byl omezený a je obtížné generalizovat výzkum provedený s dementními lidmi v ústavní péči na celou populaci lidí trpících demencí.

Avšak, přestože Spector a kol. uvádějí, že výsledky výzkumu jsou statisticky nevýznamné, nalezli drobné zlepšení kognitivních funkcí u osob ve skupině, která prošla terapií, na rozdíl od kontrolní skupiny. Důležitý je i fakt, že nenalezli ani jednu zmínku o špatném vlivu reminiscenční terapie. Zdůrazňují, že je třeba provést v této oblasti širší výzkum, zejména kvalitativní výzkum, pomocí například případových studií, které by mohly poskytnout lepší náhled do efektivních rysů reminiscenční terapie.

Autoři diskutovali také o významu dovedností terapeuta a zjistili, že více zkušení vedoucí skupiny dosahují o něco příznivějších výsledků. Zdůrazňují tedy důležitost systematického tréninku, a to zvláště pro neprofesionály.

Další zajímavostí, která z výzkumu vyplynula je, že autoři studií popisovali i změny postojů u ústavního personálu. Pečovatelé byli užaslí, vzrušení a fascinovaní minulostí obyvatel.

Důležitým zjištěním je i potvrzení faktu, že pokud má být reminiscenční terapie přínosná, měla by být součástí pravidelného a různorodého programu, který je pro lidi postižené demencí připravován, neboli měla by být součástí každodenních aktivit.

Přestože autoři tvrdí, že statisticky jsou jejich výsledky nevýznamné, sami přiznávají, že důkazy nasvědčují tomu, že reminiscenční terapie má určitý pozitivní vliv na člověka postiženého demencí.

Můžeme říci, že pokud výzkumníci zjistili sebemenší zlepšení u dementního člověka, je to opravdový úspěch. I kdyby výsledky byly stejné a nezjistili by propad u kognitivních funkcí a chování, dalo by se to považovat za pozitivní výsledek.

V České republice rovněž začal být zkoumán vliv reminiscenční terapie na seniory umístěné v domovech pro seniory. Nutno předeslat, že výzkum nebyl zaměřen zvlášť na seniory s demenci.

Gerontocentrum Praha získalo finanční prostředky na tříletý projekt „Využití kvantitativních a kvalitativních metod při studiu vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů". Tento projekt byl ukončen na konci roku 2007, zatím jsou však dostupné pouze předběžné výsledky.

Český výzkum se zaměřil na seniory v rezidenčních zařízeních. Skupinová reminiscenční terapie by mohla mít pozitivní vliv na omezenost kontaktů seniorů v institucích. Výzkum vycházel z hypotézy, že reminiscenční terapie příznivě ovlivní subjektivní zdravotní stav, kognitivní funkce, depresivitu, spotřebu psychofarmak, kvalitu života a sociální integraci seniorů žijících v institucích. Výzkumníci navíc očekávali, že začlenění reminiscenční terapie do programů pro seniory žijících v institucích

příznivě ovlivní také postoje ke stáří, profesionální zátěž a pracovní spokojenost pečovatelů.

Dle Janečkové (2007c) ukazují předběžné závěry zatím nepřesvědčivé výsledky podobně, jak ukazují zahraniční výzkumy. Ukázalo se, že kvantitativní metody žádné statisticky významné závěry neukážou, ale výsledky kvalitativního zkoumání naznačují pozitivní efekt reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů.

3.10 Reminiscenční terapie v České republice

V České republice nemá reminiscenční terapie zatím dlouhou tradici. Ještě před pár lety byla reminiscenční terapie v Čechách prakticky neznámá. Dnes se již v praxi používá v řadě domovů pro seniory v celé České republice. Že se práce se vzpomínkami seniorů stala součástí denních programů v domovech pro seniory, vypovídají webové stránky různých organizací poskytujících péči seniorům.

Zařízení aplikují metodu obvykle na základě seminářů, zejména JUDr. Kašlikové a článků v odborném tisku zejména MUDr. Holmerové nebo PhDr. Janečkové, zatím však stále chybí obsáhlejší odborná literatura v českém jazyce. V naší literatuře se objevují pouze zmínky o této terapii, ale nikde ji nenajdeme podrobněji zpracovanou.

Řada odborníků, která se zabývá tématem demence, zmiňuje reminiscenční terapii jako jednu z nefarmakologických metod terapie demencí nebo vhodného denního programu pro seniory.

Metody, které využívá reminiscenční terapie nejsou v pečovatelské praxi nové. Vostrovská (1998) využívala v práci s klienty pečovatelské služby starých fotografií, neboť podněcovaly příjemnou atmosféru vzpomínání.

Pracovníci pečovatelské služby s klienty též organizovali výstavy starých fotografií doplněné dobovými věcmi.

Zgola (2003) zdůrazňuje význam vzpomínání, ale ve své práci nehovoří přímo o reminiscenční terapii. Ale když popisuje některé metody práce se skupinou starých lidí postižených demencí, hovoří rovněž o šesti až sedmičlenných skupinkách, kterým přinesla pytel zajímavých věcí a vyzvala účastníky, aby se šli podívat, co přinesla. Účastníci skupiny pak mluvili velice spontánně o tom, co se jim na základě daného předmětu vybavilo.

Pospíšilová (1996), která se věnuje ve své knize tréninku paměti se seniory, hovoří o „konverzačních kroužcích" v různých gerontologických zařízeních. Při sezeních se obnovuje osobnostní sebevědomí a vědomí vlastní identity i u seniorů, kteří už jen postupem věku, ale hlavně odtržením od aktivního zájmu o svou další životní kariéru pozvolna upadali do netečnosti a celkové degradace všech svých mentálních a poté i dalších schopností. Sezení probíhá formou vyprávění vzpomínek z mládí i z pozdějších etap života. Nejde však o žádné „tlachání", nýbrž o dobře vypracovaný a důsledně dodržovaný program. Úkolem je, aby hlubokým a dobře organizovaným pohledem do svých vzpomínek starý člověk teprve řádně poznal, kým byl a kým stále je.

Jak již napsala Grundová (2004), často se můžeme setkat s názorem laické veřejnosti, že práce s dementním člověkem nemá smysl, takový člověk nevnímá své okolí, nepoznává své blízké, chová se jako dítě. Obvyklým řešením situace, kdy rodina není schopna se o dementního člověka postarat, je, že je „odložen" na gerontopsychiatrii, kde výhradní terapií bývá často jen medikace, kterou lékaři upraví nežádoucí chování a některé další symptomy demence. Vytváříme tak pocit „bezpečí" možná pro sebe a svoje svědomí, ale rozhodně ne pro starého člověka s demencí. To,

že jej zavřeme do nemocnice nebo jiného zařízení a budeme jej kurtovat k posteli, „aby si neublížil", to není řešení hodné důstojného života člověka. Bohužel, denní centra, respitní zařízení, zařízení pro trvalý pobyt nebo agentury domácí péče, které poskytují kvalitní péči o člověka trpícího demencí, se zatím rozvíjejí jen velmi pomalu a často balancují na hranici existence z důvodu obtížného finančního zajištění provozu. Poptávka po těchto službách mnohonásobně převyšuje nabídku.

Je třeba změnit názor veřejnosti a zdůrazňovat význam psychologické pomoci pro dementního člověka a prosazovat i jiné než farmakoterapeutické přístupy. Je nutno přiznat, že ve většině případů je třeba upravit stav starého člověka trpícího demencí pomocí medikamentů, ale této terapie nesmí být zneužíváno.

4 Reminiscenční terapie v praxi

4.1 Cíl práce

Reminiscenční terapie je dnes již poměrně známou metodou v oblasti práce se seniory, kterou v různé formě využívá řada služeb zaměřených na tuto skupinu. Přesto dosud v české literatuře nenajdeme ucelenou práci, která by se reminiscenční terapii podrobně věnovala a která by mohla sloužit jako návod pro pracovníky zařízení pro seniory, kteří by metodu chtěli pro své klienty zavést. Často tedy zavedení reminiscenční terapie záleží na invenci a nadšení pracovníků. Výhodou je, že takto vytvářené programy jsou šité na míru konkrétním klientům. Řada nápadů pro reminiscenci je však přenosných a pracovníkům může ušetřit spoustu času, program už pak stačí pouze přizpůsobit konkrétní skupině či jednotlivci.

Pro člověka s demencí doporučuje většina odborníků individuální reminiscenční terapii. Jak již bylo uvedeno v teoretické části, s lidmi s demencí lze pracovat i v malé skupině, záleží však na stupni postižení a konkrétních jedincích. Záleží rovněž na zkušenostech terapeuta.

Také já jsem se na základě poznatků z literatury a dvou teoretických seminářů rozhodla využít reminiscenční terapii v praxi. Již několik let pracuji v Domově Sue Ryder, o.p.s. - domově pro seniory, kde žije celá řada klientů s různě těžkými formami demence. Jejich zapojení do aktivit domova může být obtížné, pokud nejsou schopni zapojit se do skupinových aktivit. Individuálních programů je vzhledem k personálním možnostem nedostatek. Individuální reminiscenční terapie je další možností, jak člověka s demencí smysluplně aktivizovat.

Považuji za užitečné popsat proces příprav a průběh sezení. Práce by se tak mohla stát nápovědou pro začátečníka v reminiscenční terapii. V této části diplomové práce chci shrnout své poznatky z práce se vzpomínkami lidí s demencí, reakce těchto lidí na terapii, své úspěchy a neúspěchy.

Cílem práce je také zjistit, má-li individuální reminiscenční terapie vliv na člověka s demencí a pokud ano, v jakých směrech. Do této práce vstupuji s vědomím, že vzhledem k malému sledovanému vzorku nebude možno výsledek zobecnit.

4.2 Metody práce

Při přípravách na reminiscenční terapii v praxi jsem přemýšlela, jak posoudit výsledek terapie a jakým způsobem lze výsledky u klientů porovnávat.

Hodnotící testy

Vybrala jsem dva testy, podle kterých lze objektivně hodnotit stav klienta před terapií a po terapii a dle kterých můžeme posoudit, zda má reminiscenční terapie vliv na klienty s demencí, kteří byli do terapie zapojeni. Stav kognitivních funkcí zhodnotím pomocí testu Minimental state examination (MMSE) a stupeň deprese dle Geriatrické škály deprese (GDS) dle Yesavage.

Další zhodnocení výsledků působení reminiscenční terapie na seniory s demencí učiním na základě subjektivního hodnocení jako výsledek mého pozorování a zpětné vazby od personálu domova pro seniory.

Stanovila jsem proto pro všechny klienty stejná kritéria, která jsem při sezeních sledovala a použila stejná témata jednotlivých sezení. Sjednotila jsem i pomůcky, aby východiska byla pro všechny klienty stejná.

Podle osmi následujících kritérií budu při každém sezení sledovat a zapisovat reakce klientů:

- reakce na příchod a pozdraveni,
- pozornost, koncentrace (zda sleduje dění celou dobu, odbíhá od tématu, nesoustředí se),
- reakce na podnětný materiál,
- spontaneita (zda verbalizuje, odpovídá na otázky nebo nemluví vůbec),
- neverbální reakce,
- vývoj nálady, citové reakce (pláč, zlost, smích),
- spolupráce (vstřícní, pasivní, odmítaví),
- zájem o dané téma.

Hodnotit reakce budu ve škále 1 až 5, kde číslo 1 se rovná žádné reakci a číslo 5 je vynikající reakce.

Rovněž se pokusím analyzovat překážky, které bránily úspěchu - téma, výběr pomůcek, dovednosti vedoucího.

Pomůcky

Reminiscenční sezení jsem zaměřila na konkrétní témata související s určitými životními etapami člověka. Předpokládala jsem, že primární v sezení s klientem bude téma, o kterém si budeme povídat a pomůcky pro vzpomínání by měly být pouze podpůrné. Jejich použití mělo za cíl

zjistit, jaký význam pro reminiscenci mají a jak na ně klienti reagují.

Pro pomůcky jsem sáhla do domácnosti babičky. Vypůjčila jsem si čajový servis, staré pohlednice, žehličku, která se nahřívala na kamnech, pletení s pěti jehlicemi, malovanou vázičku, voňavku „živé květy", kafemlýnek, kabelku, rtěnku, korále, dámské střevíce a bílý háčkovaný límeček.

Navíc jsem měla k dispozici fotografie klientů, které měli v domově pro seniory s sebou z dob svého mládí. Dále jsem vyhledala několik fotografií z akcí pořádaných v Domově Sue Ryder, na kterých byli konkrétní klienti zachyceni. Jako pomůcka pro téma z doby války mi posloužila kniha o druhé světové válce se spoustou fotografií.

Čajový servis jsem jako pomůcku využila pokaždé, vždy jsem měla připravený čaj, pokaždé jsem nabízela cukr, mléko a čajové sušenky. Mým cílem bylo navodit příjemnou atmosféru, ale i sledovat, jak na tento „čajový rituál" budou klienti reagovat a zda se reakce v průběhu sezení změní.

Další dvě pomůcky jsem měla připraveny ke každému tématu.

Témata sezení

1. Test MMSE + test GDS
2. Důležité události v životě, hodnocení vlastního života (staré pohlednice, voňavka „živé květy")
3. Dětství (korále, fotografie klienta)
4. Manželství a rodina (fotografie klienta, nahřívací žehlička)
5. Život vdovy (fotografie z akcí domova, rtěnka)

6. Kde žili (kafemlýnek, malovaná vázička)
7. Zaměstnání (kabelka, dámské střevíce)
8. Koníčky a zájmy (pletení, bílý háčkovaný límeček)
9. Válka (kniha s fotografiemi z II. světové války, fotografie klienta)
10. Test MMSE + test GDS

V závorce jsou uvedeny pomůcky, které jsem pro dané téma vybrala.

Výběr vhodného zázemí pro terapii

Dle doporučení odborníků jsem se také snažila najít vhodný prostor pro setkávání, ve kterém nebudeme rušeni a ve kterém bude možno navodit příjemnou atmosféru. Vybrala jsem místo, kterému se v Domově Sue Ryder říká „zátiší". Místnost je poměrně velká, slouží v Domově pro skupinová rehabilitační cvičení, některé skupinové aktivity denního centra, pro vyučovací hodiny akademie třetího věku, semináře atd. Místnost působí sama o sobě poměrně útulně, je zde položený koberec, je tu knihovna a také sklápěcí postele, neboť prostor slouží i pro odpolední zdřímnutí klientů denního centra. Nejlépe se nabízel jeden volný kout, kde jsem připravila židli pro sebe, případně paní Annu, která je mobilní. Paní Jiřina i paní Marie jsou trvale připoutány na invalidní vozík. V dosahu byl připraven malý stolek s čajovým servisem.

4.3 Výzkumný soubor

Pro svou práci jsem vybrala 3 klienty. S každým klientem jsem naplánovala celkem 10 sezení. Setkávat jsme

se měli jednou týdně. Délka sezení byla stanovena na 30 minut, předpokládala jsem, že delší sezení by klienty vyčerpávalo a vzhledem k demenci by pro ně bylo obtížné déle udržet pozornost.

Pro všechny tři klienty jsem měla připravena stejná témata, která mapovala různé etapy jejich života. Cílem našich setkání pro klienty bylo společně vytvářet knihu života.

Kritéria výběru osob pro sezení

Při výběru osob trpících demencí vhodných pro individuální reminiscenční terapii jsem vycházela z osobní znalosti klientů Domova Sue Ryder. Výběr jsem konzultovala s ošetřujícím personálem.

Rozhodujícím kritériem pro výběr byla předpokládaná prospěšnost terapie pro klienta. Dále jsem vybírala podle následujících kritérií:

- středně těžká demence
- zachovaná schopnost verbálně komunikovat
- osamělost

4.4 Průběh sezení

Stručné životní příběhy všech tří vybraných klientů jsem měla k dispozici v sociální dokumentaci, navíc jsem mohla vycházet z osobní znalosti klientů, kteří v Domově Sue Ryder žijí již několik let.

Nejprve jsem oslovila rodinu či známé vybraných klientů. Cílem bylo seznámit je s chystanou terapií a získat cenné informace o životě sledovaných klientů. Při

rozhovoru s blízkými klientů jsem se dotkla rovněž připravených témat. Zjišťovala jsem fakta, ale i to, zda existují nějaká citlivá témata.

Vybrané klienty jsem předem oslovila, zda se zapojením do individuální reminiscenční terapie souhlasí. Oslovila jsem je s nabídkou, že se budeme pravidelně scházet, povídat si o tom, co zažili v minulosti, důležité události zapisovat a vytvářet tak postupně knihu jejich života.

Jen jedna z oslovených klientek hned souhlasila. Měla prý šťastný život a ráda se se mnou o vzpomínky podělí. Další dvě klientky bylo třeba ke spolupráci motivovat.

Paní Anna se divila, proč ještě někoho zajímá její život, který nebyl zajímavý a teď už jen čeká na smrt a půjde za svým manželem. Zeptala jsem se na manžela, věděla jsem, že v tomto domově pro seniory žili nějaký čas spolu. Paní Anně se vyloudil drobný úsměv na tváři, když o něm hovořila. Krátce jsem si povídaly a nakonec s dalším setkáváním souhlasila.

Paní Marie se sezení nejprve obávala, neboť hodně zapomíná. Když jsem ji ujistila, že cílem není testovat kvalitu její paměti, také se setkáváním souhlasila.

Klienti souhlasili s tím, že naše rozhovory budu zaznamenávat a tyto podklady použiji nejen do jejich knihy života, ale i pro svou diplomovou práci.

Z důvodu zajištění anonymity klientů je v práci budu nazývat jen křestními jmény.

Účastnicím sezení jsem na prvním setkání podrobně vysvětlila, co je čeká, jak dlouhý čas spolu strávíme a kolikrát se sejdeme. Vždy na konci každého setkání jsem prozradila téma setkání následujícího.

4.4.1 Paní Anna

Životní příběh

Paní Anna se narodila v Praze v roce 1916. Nikdy nepoznala svého otce, padl v 1. světové válce. Maminka se už nikdy nevdala, žily spolu samy. Paní Anna vystudovala obchodní akademii. V roce 1939 dostala povolení vycestovat do Anglie. V Anglii společně s dalšími krajany zakládala noviny Čechoslovák, v jejichž redakci pak v době války pracovala. V Anglii poznala svého budoucího manžela, také Čecha, kterého si v Anglii ještě za války vzala. Hned po válce se oba vrátili zpět do vlasti, ale nenašli už žádné příbuzné. V Čechách pak manžel založil patentovou kancelář, kde i ona pracovala. V roce 1952 jim prosperující kancelář znárodnili. Paní Anna v ní pracovala dál, manžel pracoval ve výzkumu zemědělských strojů a přednášel na různých školách. Od roku 2000 žili s manželem v Domově Sue Ryder. Manžel v roce 2001 zemřel.

Svůj životní příběh v krátkosti napsala sama paní Anna v roce 2002, kdy její zdravotní a především mentální stav byl ještě dobrý.

Paní Anna nemá děti ani žádné další příbuzné. Cenné informace jsem získala od jejích dvou přítelkyň.

Jedna z nich ji občas navštěvuje, poznaly se za války v Anglii, kde ona pracovala jako zdravotní sestra. Po válce zůstaly v kontaktu a jejich rodiny se přátelily. Vzhledem k vysokému věku však i přítelkyně paní Anny má problémy s pamětí, přesto se mi podařilo získat zajímavé postřehy z průběhu prakticky celého života paní Anny.

Druhá známá také poznala paní Annu za války v Anglii, ale po válce se neviděly a setkaly se až po šedesáti letech

v Domově Sue Ryder jako klientky domova pro seniory. Tato známá mi mohla sdělit své postřehy o paní Anně pouze z dob mládí.

Dlouholetá přítelkyně mi svěřila, že paní Anna nikdy nehovořila o dětech, o tom, proč děti s manželem neměli. Také jsem se dozvěděla o tom, že paní Anna trpěla výčitkami svědomí, že jako Židovka utekla do Anglie před transporty a nechala tu matku samotnou a už ji nikdy neviděla, neví ani, jak a kde skončila.

Obě přítelkyně se nezávisle na sobě shodly, že paní Anna byla velmi závislá na svém manželovi, který všechno zařizoval. Z výpovědí obou přítelkyň vyšel pro mě obrázek paní Anny jako dámy, která se snažila především dobře reprezentovat svého manžela.

Setkání první - test MMSE + test GDS

Na základě testu MMSE dosáhla paní Anna 18 bodů, což je hraniční hodnota lehké a středně těžké demence.

V testu geriatrické škály deprese dosáhla 12 bodů, což odpovídá manifestní depresi.

Setkání druhé - téma důležité události v životě, hodnocení vlastního života

Paní Anna se opět divila, že se o její život zajímám. Její život nebyl zajímavý, určitě by mě prý více zajímal život jejího manžela, který byl významným vědcem.

Nejvýznamnější událostí v jejím životě byl odjezd do Anglie. Díky tomuto „osudu s velkým O" poznala svého manžela, se kterým v hluboké lásce žili 61 let. Manžel byl velice jemný, citlivý člověk a ve své práci schopný a uznávaný. Před válkou pracoval ve výzkumu, navrhl

a patentoval samopal, který pak ve válce používali spojenci. I po útěku do Anglie pracoval ve vývoji zbraní. Hovořila o velké křivdě, kterou manžel utrpěl po válce, kdy mu byl odepřen titul válečného veterána.

Snažila jsem se zjistit, jestli svůj odchod do Anglie vnímá jen pozitivně. Paní Anna mi pak pověděla o osudu své matky, který jsem znala od přítelkyně. Přestože věděla, že si útěkem zachránila život a díky tomu poznala svůj krásný osud, cítila dluh vůči matce. O těchto událostech mluvila ale prakticky bez emocí.

Setkání třetí - dětství

Paní Anna vzpomínala na své dětství ráda. Žily samy s matkou, matka se jí velmi věnovala. Šila pro ni šaty, pletla, háčkovala. Paní Anna vnímala, že pro svojí maminku je princeznou.

Dlouho vzpomínala na starorůžové šaty, které ji maminka uháčkovala, když jí bylo 12 a které všichni obdivovali.

Setkání čtvrté - manželství a rodina

Při tomto setkání vzpomínala paní Anna prakticky jen na svého manžela, kterého hluboce milovala. Velmi si jej vážila a snažila se jej dobře reprezentovat. Byl vysoký, hezký a velmi inteligentní.

V roce 2001 manžel zemřel a ona už teď jen čeká, až bude moci jít za ním. Je smířená se smrtí, ale ta si ji nechce vzít. Není tu už šťastná, neví, co má dělat. Ani umírání se nebojí.

Z tématu vyšlo najevo, že její manžel umíral ve velkých bolestech, v agónii a svou ženu už nepoznával. Paní Anna to nedokázala pochopit, myslela si, že už ji nemá rád.

Poprvé jsem od paní Anny pocítila důvěru, se kterou mi svěřovala něco, co jí trápilo a o čem nerada mluvila. Setkání bylo důvěrnější, emotivnější. Protáhlo se na 45 minut.

Setkání páté - život vdovy

Toto téma nevzbudílo u paní Anny žádný zájem. Žili s manželem v Domově Sue Ryder, pak on umřel a ona je tu stále. Úplně sama. Nic nechce. Čeká na smrt.

Po minulém setkání plném atmosféry důvěry a dobrého kontaktu jsem zažila obrovský krok zpět. Snažila jsem se analyzovat důvod neúspěchu. Mohl být v tématu, neboť život paní Anny možná skutečně „skončil" smrtí milovaného manžela, jelikož smyslem jejího života bylo být po jeho boku. Přemýšlela jsem, jestli jsem v minulém setkání neudělala chybu, neukončila setkání příliš rychle a nenechala paní Annu samotnou s myšlenkami na poslední chvíle jejího manžela. Chyba mohla být i ve vedení rozhovoru, špatné připravenosti a nevhodnosti podnětného materiálu. Přinesla jsem fotografie z různých akcí domova, kterých se paní Anna zúčastnila. Na akce si nevzpomínala. Vysvětlením může být i to, že jsem se dostala již do doby, která je zastřená rozvíjející se demencí a paní Anně není příjemné být přistižena při tom, že si nevzpomíná. Nebo cokoli po smrti manžela nebylo vůbec důležité. Možná jsem také paní Annu zastihla v rozpoložení zcela nezávislém na sezení se vzpomínkami.

Setkání šesté - kde žili

Paní Anna se narodila v Praze a žila sama s matkou. Na byt a bližší místo, kde žila, si nevzpomíná tak, jako na Anglii. Opět vzpomínala především na setkání s manželem.

Setkání sedmé - zaměstnání

V Anglii pracovala v redakci časopisu Čechoslovák, u jehož vzniku stála. Byla v Českém svazu žen, který spolupracoval s červeným křížem.

O práci v Československu před válkou nemluvila, po návratu pracovala až do důchodu v patentové kanceláři, kterou založil manžel se společníkem. Kancelář ale znárodnili a manžel musel odejít. Potom už se ve vyprávění paní Anny stalo ústředním tématem manželovo zaměstnání.

Setkání osmé - koníčky a zájmy

Dlouho jsme mluvily o čaji a společenských kontaktech, které paní Anna s manželem měla. Byla to přátelství především z manželova vědeckého života nebo vzniklá a přetrvávající z dob války. Bylo vidět, že na tyto události vzpomíná ráda.

V dětství a mládí s maminkou šila, pletla, háčkovala a vyšívala, potom už se sama žádným koníčkům nevěnovala, věnovala se především domácnosti a manželovi.

Setkání deváté - válka

Válku si paní Anna pamatuje jako strašnou věc, Němci byli zlí, Britové dobří, Češi se měli špatně, hodně lidí zemřelo. Její maminka taky. Znovu se otevřela výčitka

svědomí, která ji dodnes trápí, že opustila matku, ale paradoxně díky tomu nalezla životní štěstí.

Paní Anna popisovala stejné životní události jako při jednom z předchozích setkání, ale tentokrát jsem měla pocit, že je líčí mnohem emotivněji a otevřeněji.

Setkání desáté - test MMSE a test GDS

Bodově vyšel test MMSE zcela stejně jako před zahájením reminiscenční terapie, 18 bodů, tedy hraniční hodnota lehké a středně těžké demence.

Na základě testování stupně deprese dle GDS se skóre zelpšilo o 2 body na 10 bodů, což je hraniční stupeň pro mírnou a manifestní depresi.

Výsledky

Zhodnocení testů

Test kognitivních funkcí neprokázal žádné zlepšení po absolvování reminiscenční terapie.

Stupeň demence však není tak vysoký, jak jsem při zařazení paní Anny do výzkumu předpokládala. Demence u paní Anny není tak rozvinutá, jak by se po krátkém setkání s ní mohlo zdát. Paní Anna je především velmi uzavřená, apatická vůči okolnímu dění a trpí těžkými depresemi.

Již na základě prvních testů deprese jsem konzultovala se staniční sestrou léčbu deprese u paní Anny. Paní Anna byla v péči psychiatra, ale poslední návštěvu u něj absolvovala před více než dvěma lety. Byla domluvena nová konzultace a léčba upravena. Tato okolnost mohla ovlivnit výsledek testování. Změna medikace byla provedena tři týdny před skončením sezení, mezi sedmým a osmým sezením. Obvyklá

doba na „usazení" psychiatrické medikace je cca dva až tři týdny.

Vzhledem k úpravě psychiatrické léčby v průběhu sezení nelze bohužel snížení skóre v testu depresivity připisovat působení reminiscenční terapie.

Subjektivní zhodnocení

Na základě svého pozorování musím zhodnotit působení individuální reminiscenční terapie kladně. Zlepšení se sice neprojevilo zlepšením kognitivních funkcí a ovlivnění depresivity je sporné, ale pozitivně hodnotím změny v reakcích klientky.

Reakce paní Anny se hodnotily poměrně těžko, neboť klientka většinou neopouštěla svůj neutrální výraz, mluvila pomalu, s obtížemi, ale zřetelně, čekala, co jí nabídnu já jako „hostitelka", chovala se velice zdvořile. Přesto jsem mohla pozorovat, že klientka byla na konci našeho setkávání více uvolněná, opustila svou obranou pozici a častěji se na její stále zamyšlené až zachmuřené tváři vyloudil úsměv.

Paní Anna i přes svůj věk a rozvíjející se demenci působí stále jako dáma z lepší společnosti. Pochopila jsem, že pro lepší navázání kontaktu je nutno se tomuto chování co nejlépe přizpůsobit.

Snažila jsem se postupovat dle teoretických doporučení a pracovala jsem s tím, co paní Anna na sezení přinesla. Pokládala jsem více otázky, které rozvíjejí téma než abych jimi začínala téma nové. Poskytovala jsem zpětnou vazbu, potvrzovala emoce, pokud už se nějaké objevily, přizpůsobila se pomalejšímu tempu hovoru.

Čajový rituál, který zahajoval naše sezení, mi velmi pomáhal pro nastolení atmosféry. Paní Anna brala naše setkání jako významnou společenskou událost.

Podle výsledků pozorování sledovaných reakcí (Příloha 1, tabulka č. 1) můžeme říci, že ve většině sledovaných reakcích došlo k určitému zlepšení reakcí. Vývoj sezení nelze definovat jako postupně se zlepšující. Největší výsledky přineslo už čtvrté setkání, potom zase došlo k útlumu reakcí.

Pozorování reakce na příchod a pozdravení nepřinesly žádné zásadní výsledky. Paní Anna vždy s neutrálním výrazem vyčkávala, co se bude dít. Od čtvrtého setkání bylo ale znatelnější, že ví, co ji čeká a není jí to nepříjemné.

Pozornost a koncentrace klientky byla během sezení dle mého názoru velmi vyrovnaná. Občas jsme zaběhly k jinému tématu, což ovšem přirozeně vyplynulo z rozhovoru. Paní Anna často hledala slova, v projevu bylo více přestávek. Většinou ale dokázala navázat tam, kde jej přerušila. Dění sledovala celou dobu.

Paní Anna reagovala na podnětný materiál celkem dobře. Největší úspěch jsem zaznamenala s osobními fotografiemi klientky. Nejmenší úspěch měly naopak fotografie z posledních let z akcí domova pro seniory.

Paní Anna většinou nereagovala spontánně, spíše odpovídala na moje dotazy. V posledních sezeních jsem pozorovala větší aktivitu ze strany klientky.

Neverbální reakce paní Anny byly při zahájení reminiscenční terapie prakticky nulové. Nepozorovala jsem žádnou mimiku, nepoužívala žádná gesta. Jako dáma z lepší společnosti byla sice napřímená, ale její postoj působil křečovitě a obranně. Na čtvrtém sezení se udál veliký zlom a přestože už na jiném setkání nebyly neverbální reakce tak živé jako na čtvrtém, už nikdy nechyběly. Na konci terapie působila paní Anna mnohem uvolněněji, mimika i gestika byla živější.

Praktické vymizení mimiky a jiných prostředků neverbální komunikace může mít za příčinu hluboká depresivita, která byla potvrzena u klientky prvotním testováním. Zde bych mohla nalézt podporu pro teorii, že individuální reminiscenční terapie měla vliv na snížení depresivity u klientky, neboť neverbální reakce se více oživily ještě před změnou psychiatrické medikace.

Podobně bych zhodnotila i vývoj nálady a citových reakcí. Z počátku mluvila paní Anna o svém životě, jako by se jí netýkal. O tragickém osudu své matky hovořila nejprve bez emocí, naprosto stejnou událost pak ale při předposledním sezení líčila mnohem emotivněji.

Spolupráci ze strany paní Anny bych hodnotila jako pasivní, ale dobrou, kromě čtvrtého setkání vyrovnanou. Pozvání na čaj, které přišlo mimo naše setkávání však svědčí o tom, že klientka si ke mě vytvořila kladný vztah. Možná ale jen cítila povinnost mi pozvání na povídání u čaje oplatit. Pro mě toto pozvání působilo každopádně jako skutečné vyznamenání.

Na daná témata reagovala paní Anna celkem dobře, nikdy se nestalo, že bychom si neměly o čem povídat. Opět největší zájem o téma projevila paní Anna při čtvrtém setkání, potom se celkově dobře zapojovala do posledních třech témat. Nejhůře paní Anna reagovala na páté téma o životě vdovy. V záznamu ze sezení jsem se již snažila tento neúspěch analyzovat. Jako nejpravděpodobnější důvod nezájmu o téma považuji špatně zvolené téma, životní období bylo pravděpodobně pro klientku nezajímavé a také již zastřené rozvíjející se demencí.

Reakce závisely určitě na aktuálním stavu a rozpoložení klientky, i na konkrétním tématu. Proč mělo čtvrté sezení o manželství a rodině takový efekt se mi nepodařilo zanalyzovat. A proč se reakce klientky na dalším

setkání vrátily zpět takřka na původní úroveň jsem se již snažila zdůvodnit.

Vzhledem ke všem uvedeným subjektivním výsledkům mého pozorováni hodnotím individuální reminiscenční terapii pro paní Annu jako přínosnou.

Také po konzultaci s personálem v přímé péči mi bylo potvrzeno, že paní Anna je živější v kontaktu nejen se mnou, ale i s dalšími osobami.

Při sezeních s paní Annou jsem prožívala dilema, je-li dobré vyvolávat negativní emoce a bolestivé vzpomínky. Nutno přiznat, že je těžké unést trápení jiných, přijmout zodpovědnost za emoce, které vyvoláme a naučit se s nimi pracovat a dobře je ošetřit. Překvapilo mě, že o tématu smrti nebylo tak těžké s paní Annou hovořit. Zřejmě díky smířenému postoji klientky ke smrti, o které mluvila s jasnou samozřejmostí. Setkávání s paní Annou bylo velmi přínosné a poučné i pro mě.

4.4.2 Paní Marie

Životní příběh

Narodila se v Praze v roce 1909. Do svých tří let žila u své babičky na vesnici. Poté si ji vzali rodiče zpět do Prahy, aby jako nejstarší z dětí pomáhala starat se o další tři sourozence. Maminka byla v domácnosti, tatínek obecní strážník.

Škola ji nebavila, utekla z učení na švadlenu a pracovala v továrně na žužu.

V osmnácti letech se vdala. Manžel byl soustružník. Měli spolu jednoho syna.

Za války měli krušné časy, ale přežili všichni sourozenci i rodiče. Po válce se přestěhovali do Liberce, dospělý syn zůstal v Praze.

Pak přišly také tragické události. Nejprve těžce onemocněl manžel, který po dlouhé nemoci zemřel. Potom zemřela snacha a o několik let později i syn. Brzy zemřela i starší sestra, která po sobě zanechala ještě nezletilou dceru. Starala se o ní paní Marie.

Má vnuka a vnučku od syna a třetím vnoučetem je jí dcera neteře, všechny má moc ráda.

Svůj životní příběh, ze kterého jsem čerpala, sestavila paní Marie sama v roce 2002, kdy byla ve svých 93 letech ještě takřka plně soběstačná a její mentální stav byl dobrý.

Paní Marii mi pro individuální reminiscenční terapii doporučili pracovníci v přímé péči. Paní Marie žije v Domově Sue Ryder trvale od roku 2001, před tím několikrát využila přechodného pobytu. Vždy byla velmi oblíbená pro svou živost, komunikativnost, veselou a optimistickou mysl. V posledním roce se však její stav zhoršil, měla několik úrazů, musela být několikrát hospitalizována, je depresivní, začala se rychle rozvíjet demence.

Vztahy v rodině klientky jsou navíc komplikované, příbuzní se vzájemně nestýkají.

Hlavním zdrojem informací byla pro mě sociální dokumentace. Dcera neteře, která paní Marii navštěvovala velmi často, nedávno zemřela a další příbuzní ji navštěvují jen zřídka.

Setkání první – test MMSE

Na základě testu MMSE dosáhla paní Marie 10 bodů, což odpovídá středně těžké demenci. V testu geriatrické škály deprese dosáhla 10 bodů, což odpovídá hraničnímu nálezu mírné a manifestní deprese.

Setkání druhé – důležité události v životě, hodnocení vlastního života

Paní Marie hodnotila svůj život jako prostý a skromný, bez nějakého zvláštního vykolejení. I válku prožila v klidu. Její život byl bez konfliktů. Zmínila se o sestře, se kterou si byly velmi blízké, o manželovi a synovi. Všichni už zemřeli. Mluví vážně, ale bez emocí. Dle svých slov neprožila nic zásadního.

Paní Marie se velmi snažila odpovídat na otázky, měla jsem pocit, že se mi usilovně snaží vyhovět, zavděčit se. Bála se, aby něco nezkazila, neřekla špatně. Tyto obavy i vyslovila.

Setkání třetí – dětství

Paní Marie měla hodně sourozenců, byla nejstarší, pomáhala pečovat o ostatní. Vyrůstala na venkově s babičkou. Vzpomněla si, jak ji babička nosila na pole a na bohoslužby v šátku. Při té vzpomínce se srdečně rozesmála. Babička pracovala u sedláka jen za jídlo, neměli peníze. Na rodiče si paní Marie moc nevzpomněla. Byli hodní, moc pracovali.

Setkání čtvrté – manželství a rodina

Dle slov paní Marie bylo její manželství spokojené. Více ale vzpomínala na sestru, kvůli které se i s manželem

po válce odstěhovala z Prahy do Liberce. O ostatních sourozencích se nezmínila. Měli s manželem jednoho syna, který už nežije. Hodně členů její rodiny už zemřelo. Mluvila opět vážně, soustředěně, bez negativních emocí. Raději ale očividně vzpomínala na veselé historky svého života.

Vzpomíná na historku, kdy si s manželem objednali nábytek u strýce, který mu přestali asi po dvou splátkách splácet a dodnes zůstali dlužni. Paní Marie se při vyprávění vesele smála. Musela jsem ji ale ujistit, že to na ní nikomu neřeknu.

Setkání páté - život vdovy

Paní Marie si rozvzpomínala na smrt manžela. Zemřel velmi nemocný. Pochopila jsem, že měl Alzheimerovu chorobu. Často ho se sestrou hledaly v Liberci. O jeho smrti mluvila vážně, opět ale bez emocí a dokonce popisovala určitou úlevu, kterou přinesla jeho smrt.

Vlastní smrt pro ní není žádné téma, žádný strašák. Smála se, že jí tu zapomněli.

Setkání šesté - kde žili

Dětství prožila paní Marie na venkově. S manželem pak žila nejprve v Praze, pak v Liberci, kam se odstěhovali za její sestrou. Žili skromně.

Větší čas než obvykle jsme věnovali pomůckám a navázaly povídáním o domácnosti, zejména o vaření.

Setkání sedmé – zaměstnání

Paní Marie vzpomínala na „sladkou práci" v továrně na žužu. Na jiná zaměstnání si nevzpomíná. Práce v továrně ji bavila, nelitovala, že neměla školy.

Při tomto setkání jsem zaznamenala, že paní Marie byla už od počátku nebývale veselá a uvolněnější. Pravděpodobně jsem ji pouze zastihla v dobrém rozpoložení nezávislém na našem setkávání.

Po skončení sezení jsem stav paní Marie konzultovala s pečovateli. Zjistila jsem, že zlepšený stav trvá už třetí den. Nedošlo ani ke změně medikace, ani jsme neidentifikovali žádný vnější faktor, který by mohl stav ovlivnit. Fyzický i psychický stav klientky je kolísavý.

Setkání osmé – koníčky a zájmy

Na toto téma paní Marie prakticky nereagovala, působila smutně, roztěkaně. Nepodařilo se mi skoro vůbec navázat kontakt, ani osvědčené pomůcky, které nám někdy pomohly překonat mezery ve vzpomínkách, tentokrát nesplnily očekávání. Příčinu jejího stavu na sezení jsem nepřikládala vlivu reminiscenční terapie, už jsem věděla, že stav u klientky je kolísavý.

Zjistila jsem pouze, že měla ráda květiny.

Setkání jsme ukončily o chvíli dříve a vyjely jsme raději na krátkou procházku do jarní zahrady, podívat se na pučící květiny. Nakonec byla paní Marie dojatá, děkovala mi za krásnou procházku.

Setkání deváté – válka

Tentokrát jsem paní Marii zastihla naopak v dobrém rozpoložení, zdála se dokonce orientovanější než obvykle.

Setkání přineslo velký zlom. Přestože na počátku říkala, že válku prožila v poklidu a já již tedy žádný zlom při tomto tématu neočekávala, vystoupilo na povrch to, co v sobě paní Marie zřejmě dlouho ukrývala.

Rozpovídala se o synovi. Odvedli ho za války ve 14 letech na nucené práce, kopal zákopy pro německé vojáky. Syn odtud utekl a paní Marie jej po zbytek války ukrývala. Prožívala každý den až do konce války strach z odhalení.

Později se syn oženil a odešel z domova. Sestra paní Marie zemřela a zanechala po sobě ještě nezletilou dceru Ivu. O tu se starala paní Marie jako o vlastní. Syn na matku zanevřel, protože jí dávala přednost před vlastními vnoučaty. Syn potom zemřel, aniž by se s matkou usmířili. Vztahy s rodinou syna zůstaly komplikované, i když vnuk klientku v Domově navštěvuje.

Iva ji dlouho navštěvovala v Domově Sue Ryder, jejich vztah byl skutečně velmi blízký. Iva však více než před rokem zemřela na rakovinu.

Bylo zřejmé, že pro paní Marii byla smrt Ivy těžkou ranou, se kterou se už nedokázala vyrovnat. Nejprve přišla o syna, se kterým se před smrtí nesmířila, pak o „dceru". Plakala.

Po smrti Ivy se stáhla do sebe. S nikým o svých pocitech nemluvila, i mě zapřísahala, abych o tom s nikým nemluvila.

Sezení se tentokrát protáhlo na 70 minut. Věděla jsem, že déle to ani není možné, neboť potom bylo zátiší již rezervované pro jinou aktivitu. Snažila jsem se především potvrzovat emoce klientky a ukončit naše setkání tak, aby emoce byly dobře ošetřeny.

Ze sezení jsem odcházela vyčerpaná, s plnou hlavou, ale s pocitem uspokojení, neboť se zdálo, že sezení tentokrát paní Marii bylo prospěšné a přineslo úlevu.

Až po ukončení sezení, kdy jsem si dělala poznámky a vyplňovala tabulku reakcí, jsem si uvědomila, že jsme vůbec nevyužily pomůcky pro reminiscenci.

Po tomto sezení jsem využila možnosti individuální supervize. Nevěděla jsem, jak se získanými informacemi naložit a potřebovala jsem si ujasnit, jestli a jak bych měla s klientkou pracovat dál, i když v rámci plánovaných sezení nás čekaly už jen srovnávací testy. Zvažovala jsem, zda oslovit rodinu ze strany syna a ze strany Ivy, aby paní Marie měla možnost smířit se s nimi před svým odchodem, přestože mě požádala, abych o tom s nikým nemluvila.

Setkání desáté - test MMSE

Test MMSE prokázal zlepšení kognitivních funkcí o 4 body, na 14 bodů, stále na úrovni středně těžké demence.

Na základě testování stupně deprese dle GDS se skóre zlepšilo o 3 body na 7 bodů, což odpovídá mírné depresi.

Výsledky

Zhodnocení testů

Test kognitivních funkcí MMSE prokázal zlepšení o 4 body, což lze považovat za významné zlepšení.

Test depresivity ukázal zlepšení o 3 body. Tento výsledek můžeme rovněž považovat za poměrně výrazné zlepšení.

Opět jsem došla k názoru, že demence u klientky je výrazně ovlivněná depresivitou. To, že se člověk

neorientuje, nemusí být jen narušením kognitivních funkcí. Neorientovanost může způsobit i nezájem člověka o okolí, život ve vlastním světě, neschopnost vyrovnat se s traumatickým zážitkem.

Zda měla na zlepšení kognitivních funkcí a depresivity vliv reminiscenční terapie, si netroufám s jistotou tvrdit. Vzhledem k předchozímu průběhu setkávání mnoho nenasvědčovalo k výraznému zlepšení. Celkové zlepšení stavu paní Marie bylo možné pozorovat až na posledních setkáních. V dobré kondici klientka na sezení již přicházela. Práce se vzpomínkami však určitě mohla celkový stav paní Marie podpořit.

Subjektivní hodnocení

Z mého pohledu se mi u paní Marie podařilo dosáhnout úspěchu. Z počátku vše nechávala paní Marie na mě, byla napjatá, neklidná, bála se, aby něco neřekla špatně. Velmi se snažila spolupracovat. Na konci sezení bylo vidět, že je velmi unavená. Byla vděčná za to, že se ji věnuji, děkovala za čaj, který jsem jí připravila. Rituál se nijak nezměnil, ale díky němu se uvolňovala atmosféra, paní Marie se díky tomu zorientovala, už věděla, co ji bude čekat. Postupně se uvolnila a přestala se obávat toho, co ji čeká.

Po závěrečném sezení se sama klientka začala zajímat o naše další setkání.

Domnívám se, že deváté sezení s tématem války mělo i skutečně terapeutický účinek.

Kognitivní funkce paní Marie jsou více narušeny, naše setkání byla chudší na informace, které jsem od klientky získala. Získání informací ale není cílem reminiscenční terapie. Více jsme využily pomůcek pro reminiscenci, působily v tomto případě skutečně podpůrně.

Podle výsledků pozorování sledovaných reakcí (Příloha 1, tabulka č. 2) lze říci, že reakce klientky byly poměrně vyrovnané s mírnou tendencí ke zlepšení v závěru sezení. Do šestého sezení byly reakce prakticky beze změny, následující tři sezení jsem zaznamenala výrazné výkyvy. Osmé sezení dopadlo ve všech reakcích jako nejhorší, následující deváté naopak vykazuje nejlepší výsledky.

Kolísavý stav paní Marie jsem konzultovala s pečovateli. Příčinou těchto výkyvů byl pravděpodobně aktuální stav a rozpoložení paní Marie nezávislé na reminiscenční terapii.

Reakce na příchod a pozdravení jsem hodnotila u paní Marie jako velmi vyrovnané, dobré již od počátku. Postupně se naše přivítání a čajový rituál staly uvolněnější a příjemnější.

Stejně tak pozornost a koncentraci jsem hodnotila převážně vyrovnaně. Paní Marie se velmi snažila sledovat dění, zpočátku trochu křečovitě, na konci vyčleněného času byla téměř pokaždé velmi unavená. Po návratu na oddělení žádala o uložení na lůžko. Domnívám se, že zvolených 30 minut bylo v případě paní Marie optimální. Jedno sezení se sice protáhlo na 70 minut, což ovšem vyplynulo z aktuální potřeby klientky. V této sledované kategorii nejhůře dopadlo osmé sezení, nejlépe deváté.

Jak jsem se již zmínila, pomůcky jsem tentokrát využívala velmi aktivně, pomáhaly nám překonávat mezery ve vzpomínkách, měly jsme kde navázat, o čem povídat. Paní Marie reagovala na podnětný materiál většinou dobře. Opět se mi potvrdilo, že fotografie z poslední doby z akcí domova pro seniory neměly velký efekt. Na devátém sezení jsem pomůcky vzhledem k významnému nastolenému tématu nevyužila vůbec.

Paní Marie jen velmi málo začínala mluvit sama, čekala spíše na moje otázky. Pouze v devátém setkání o válce byla spontaneita klientky výrazně větší. Nejslabší reakce byla stejně jako u všech ostatních sledovaných reakcí při osmém setkání s tématem koníčky a zájmy.

Neverbální reakce jsem až do šestého setkání hodnotila jako slabé. Paní Marie nepoužívala žádná gesta, pouze byl znatelný určitý motorický neklid, zejména na začátku našich setkávání. Mimika byla velmi omezená. Výrazné změny jsem se dočkala pouze u devátého setkání. Vzhledem k fyzickému handicapu se zvýraznila především mimika. Mimika se uvolnila a tím se stala čitelnější. Vyzvedla bych i nápadnou změnu postury, tělo paní Marie jako by se napřímilo. Od sedmého setkání se viditelně omezil motorický neklid. I když jsem všeobecně hodnotila jako nejhorší setkání osmé, motorický neklid již nebyl přítomen.

Jako velmi vyrovnaný jsem hodnotila i vývoj nálady a citové reakce. Paní Marie reagovala méně výrazně, ale přiměřeně. Někdy se k mému překvapení srdečně rozesmála. Při devátém sezení emoce velmi vystoupily, paní Marie mluvila o svých pocitech a plakala. Její reakce byla adekvátní.

Spolupráce s paní Marií byla velmi dobrá po celou dobu, s výjimkou osmého setkání. Velmi se snažila po celou dobu spolupracovat, soustředit se.

I zájem o dané téma projevovala paní Marie prakticky stejně dobře v průběhu celého našeho setkávání. Měla jsem pocit, že se mi snaží zavděčit, nesnažila se projevit svou vůli. Až postupně se setkání stala uvolněnější. Zvýšený zájem jsem popsala až u sedmého a především devátého setkání, projevoval se především zvýšenou spontaneitou a celkovým zlepšením sledovaných reakcí.

Reminiscenční terapii u paní Marie považuji rovněž za přínosnou. Přestože nemůžeme s jistotou tvrdit, že zlepšení kognitivních funkcí i depresivity souvisí výhradně se zavedením reminiscenční terapie, potvrdil se pozitivní výsledek v objektivních i subjektivních hodnoceních po ukončení terapie.

V průběhu reminiscenční terapie nebyla zavedena nebo změněna žádná léčba.

K velké změně došlo až v samém závěru setkávání. Dlouho byly reakce velmi vyrovnané. Je možné, že bylo zapotřebí více času k získání si důvěry klientky a prolomení jejích obav. Možná jsem nebyla schopna rychle se přizpůsobit větším potřebám paní Marie, nedala jí dostatek prostoru. Jak jsem již uvedla, změny u klientky také mohly nastat nezávisle na probíhající terapii. Nicméně reminiscenční terapie mohla tyto změny pozitivně podpořit.

Přišla i pozitivní zpětná vazba od pracovníků v přímé péči. Paní Marie častěji než dříve žádala pečovatele o pomoc při přesunu do společenské místnosti. Výrazně se též zlepšil motorický neklid, zejména noci prožívala klientka v poslední době mnohem klidněji.

4.4.3 Paní Jiřina

Životní příběh

Paní Jiřina se narodila v roce 1924 v malé vesničce pod Železnými horami. Do svých 19 let žila s rodiči, babičkou a sestrou na vesnici, kde prožili i celou válku. Na ni vzpomíná nerada, ale další roky byly podle ní již velmi šťastné. Přestěhovali se do Prahy, kde pracovala v malém kadeřnictví u sestry. Kadeřnictví však po roce 1948

zrušili. Našla si práci ve státním výzkumném ústavu sběrných surovin, kde pracovala až do důchodu.

V pražské kavárně se seznámila se svým budoucím manželem. Dlouho se jim nedařilo mít děti, tak si užívali života. Měli chatu u vody, pořádali večírky pro známé. Až v Jiřininých 35 letech se jim narodila dvojčata, chlapec a děvče. Když bylo dětem 11, manžel zemřel a paní Jiřina s dětmi zůstala sama. Snažila se dát dětem to, co měli doposud, ale byly to těžké chvíle.

Po odchodu do důchodu začala vypomáhat v mateřské školce. Tady potkala úžasnou partu lidí, ráda na ně vzpomíná. Vždycky vyhledávala veselé lidi a byla optimista.

Životní příběh paní Jiřiny jsem převzala z jejího vlastního vyprávění zaznamenaného před pěti lety do sociální dokumentace. Důležitým zdrojem informací kromě dokumentace byl rozhovor s ředitelem školky, kde paní Jiřina pracovala a který ji občas chodí navštěvovat s její oblíbenou becherovkou a větrníky.

Dcera chodí paní Jiřinu navštěvovat, ale nebyla moc ochotná ke spolupráci. Syn navštěvuje matku zřídka.

Setkání první - test MMSE

Na základě testu MMSE dosáhla paní Jiřina 13 bodů, což odpovídá středně těžké demenci.

V testu geriatrické škály deprese dosáhla 7 bodů. Tato hodnota ukazuje na mírnou depresi.

Setkání druhé - důležité události, vlastní hodnocení života

Paní Jiřina rychle a jednoznačně označila za nejdůležitější ve svém životě setkání s manželem. Manžel ji

naučil užívat si života, zbavila se mindráků a začala si vážit sama sebe. Byla holka z vesnice, nesmělá, vychovávaná přísně a ke skromnosti. Vždycky byla „trošičku při těle". Dřív se za to styděla, ale pak s manželem trávila hodně času na plovárně, kde si užívali spoustu legrace.

Velmi rychle se ujala slova a převzala iniciativu. Klientka mluvila tiše a překotně. Bylo třeba se doptávat, zastavovat a opakovat, shrnovat to, co proběhlo. Některé myšlenky zůstaly nedokončené, nedokázaly jsme navázat na předchozí.

Naše setkání bylo více monologem paní Jiřiny, nedávala mi mnoho příležitostí zasahovat do svého vyprávění. Na některé dotazy neodpověděla, možná je ani nevnímala. Zapojení pomůcek se mi rovněž moc nedařilo.

Setkání třetí - dětství

Klientka vzpomínala na život na vesnici, na dřinu v hospodářství, ale i klid, což ji nudilo. Znovu se vrátila ke svým mindrákům, mluvila o tom, jak hrozně a nemoderně vypadala a nelíbila se klukům. Mluvila však velmi vesele, s nadsázkou.

Setkání čtvrté - manželství a rodina

Paní Jiřina se znovu rozpovídala o svém osudovém setkání s manželem. Bylo to zřejmě její velmi oblíbené téma, nepamatovala si, že mi naprosto stejné historky vyprávěla před dvěma týdny. Používala i stejné vtipy.

Paní Jiřina je dle svých slov velmi pyšná především na svoji dceru, která je velmi schopná. A má moc hezké vnuky. Kdyby byla mladá, prý by si nechala říct. Vesele se smála.

Setkání páté - život vdovy

Klientka vzpomínala, že ovdověla už ve 46 letech. Bylo to smutné a bylo těžké ještě nedospělým dětem nahradit otce. Ale je to už dávno. Manželovi je vděčná, vzpomíná na něj ráda, ale v jejím životě bylo víc důležitých lidí. Hodně jí pomohli přátelé.

I když mluvila o vážných událostech, nebylo znát, že by byla emotivně zasažena. Naopak se i do těchto témat snažila vpravit svůj humor za každou cenu.

Setkání šesté - kde žili

Znovu jsem si vyslechla oblíbené historky z pražské plovárny, které jsem už od ní znala téměř slovo od slova. Potom trochu zmateně a nesouvisle vyprávěla o výletech s dětmi, večírcích na chatě u vody, vandrech v přírodě.

Ve vyprávění jsem se často ztrácela, ale paní Jiřina mě nenechala do dění mnoho zasahovat.

Setkání sedmé - zaměstnání

Podle životopisu jsem se dozvěděla, že pracovala nejprve krátce v kadeřnictví u sestry, pak především ve státním výzkumném ústavu sběrných surovin. Paní Jiřina však celé setkání věnovala pro mě překvapivě pouze poslední práci, kterou vykonávala již v důchodu, v mateřské školce. Nevzpomínala ani tak na děti, o které se starala, ale spíš na partu kolegů, se kterými si velmi rozuměla. Dokonce za ní dosud jeden chodí na návštěvy. Spiklenecky mě zvala na becherovku.

Toto setkání bylo trochu jiné než obvykle. Tentokrát se naše setkání více blížilo dialogu, paní Jiřina vnímala

moje otázky a také na ně většinou odpověděla. I pomůckám pro reminiscenci tentokrát věnovala pozornost.

Nedokázala jsem zjistit příčinu této změny ani od personálu oddělení domova pro seniory. Nikdo si žádné změny stavu nevšiml. Pravdou je, že změna nebyla příliš výrazná. Paní Jiřina na mě působila možná jen unaveněji, což ale paradoxně vedlo k lepší spolupráci. Přestože humor ji neopustil, používala jej přiměřeněji.

Setkání osmé – koníčky a zájmy

Paní Jiřina se vždy ráda bavila, měla ráda lidi, tanec, výlety, přírodu, legraci, drby a dárky. Teď už nechce žádné jiné dárky než becherovku a belgické pralinky, ráda zve lidi na „výlov" mušlí z bonboniéry. V Domově pro seniory chodí hlavně na dechovku, baví ji sledovat ruch, jak ostatní tančí, i když sama už nemůže a dává si vínečko.

Přestože jsem se snažila poučit z minulého setkání, které bylo podle sledovaných kritérií dosud nejlepší, vrátilo se vše do starých kolejí.

Setkání deváté – válka

Paní Jiřina prožila válku na venkově, byla mladá, nějak zásadně si na ni nevzpomíná. S povzdechem, jaká je válka špatná věc téma opustila a vrátila se ke svým oblíbeným historkám.

Setkání desáté – test MMSE

V testu MMSE dosáhla paní Jiřina 14 bodů. Dle srovnání s testováním před zahájením reminiscenční terapie se stav kognitivních funkcí zlepšil o 1 bod.

Na základě testování stupně deprese dle GDS dosáhla paní Jiřina 7 bodů. Stupeň depresivity se nezměnil.

Výsledky

Zhodnocení testů

Test kognitivních funkcí MMSE prokázal zlepšení o 1 bod. Test depresivity neprokázal žádné zlepšení.

Na základě výsledků testů můžeme říci, že reminiscenční terapie u paní Jiřiny nevedla k výraznějšímu zlepšení kognitivních funkcí a depresivity.

Vzhledem k vyrovnanému průběhu sezení bez zvratů a změn lze i jeden bod navíc získaný v testu kognitivních funkcí považovat za pozitivní výsledek.

Subjektivní hodnocení

Dle mého názoru nebyla reminiscenční terapie pro paní Jiřinu výrazně prospěšná. Přestože jistě ráda přijímala naše setkání a vytvořila si ke mně větší pouto, získala jsem pocit, že paní Jiřina by příznivě přijímala jakoukoli příležitost si s někým popovídat, zvlášť pokud čas mohl patřit jen jí.

Již od začátku byl kontakt ze strany paní Jiřiny vřelý, byla jsem vítaným partnerem pro rozhovory. Čaj, který jsem připravovala, přijímala většinou s dotazem, jestli je tam becherovka nebo aspoň rum. Často opakovala stejné vtipy i historky. Setkání byla příjemná, plná humoru. Opakování historek nebylo nepříjemné, většinou si něco přisadila, takže mě i známá událost jejího života dokázala znovu překvapit. Nebyla jsem si ale jistá, zda všechny události, o kterých vyprávěla, byly skutečné.

Paní Jiřina zřejmě skutečně žila šťastný život a špatné okamžiky, které ji potkaly, si nepřipouštěla. Téma smrti v žádném setkání neotevřela.

Podle výsledků pozorování sledovaných reakcí (Příloha 1, tabulka č. 3) lze říci, že reakce klientky byly poměrně vyrovnané, jen s minimálními výkyvy. Ve všech sledovaných reakcích jsem nejlépe hodnotila setkání sedmé s tématem zaměstnání. Paradoxně zřejmě aktuální únava klientky umožnila její lepší spolupráci se mnou, dovolila mi více se angažovat. Z pohledu klientky ale mohlo být toto setkání kvůli únavě naopak nejméně příjemné. Žádné signály nespokojenosti jsem v průběhu tohoto sezení ani po jeho ukončení nezaznamenala.

Reakce na příchod a pozdravení byly dle mého pozorování vždy naprosto stejně vyrovnané, velmi dobré. Paní Jiřina se vždy usmívala a hned aktivně komunikovala.

Pozornost a koncentraci jsem u klientky hodnotila jako slabou, neboť velmi lehce ztrácela téma, o kterém mluvila, často utíkala od tématu, opakovala se, nezvládala odpovídat na dotazy o tom, o čem právě mluvila. Výjimkou bylo sedmé setkání, kdy se prakticky nic z výše zmiňovaných projevů špatné pozornosti a soustředění neobjevilo.

Na podnětný materiál paní Jiřina většinou výrazně nereagovala. Velice obtížně jsem jej do sezení přinášela. V běžné praxi by „terapeut" pravděpodobně žádné pomůcky nepoužil, pokud jich není třeba a není pro ně prostor. Já jsem se kvůli zhodnocení výsledků snažila v každém setkání dvě vybrané pomůcky použít. Paní Jiřina je vždy jen okomentovala, o něco více pozornosti jim věnovala pouze při sedmém setkání.

Paní Jiřina začínala mluvit sama, nebylo třeba ji skoro vůbec pobízet. Naopak bylo třeba vymezovat náš

společný čas a snažit se korigovat téma. Přestože na sedmém setkání jsem hodnotila paní Jiřinu jako nejméně spontánní, reakce byla podle mého názoru nejlepší, přiměřeně spontánní.

Neverbální reakce paní Jiřiny jsou omezené díky fyzickému handicapu. Prakticky nepoužívala gesta, mimika byla rovněž chudá. Někdy se snažila se ke mně více naklonit, když mi sdělovala nějaké důvěrnější informace. Používání neverbální komunikace se v průběhu všech sezení nijak nezměnilo, reakce jsem hodnotila stabilně jako slabé.

Paní Jiřina přicházela vždy s dobrou náladou. Nezměnila se ani v průběhu sezení. Emoční reakce mi občas přišly nepřiměřené, nejvíce při tématu o životě vdovy. Kladla jsem si otázky, zda paní Jiřina byla a stále je skutečně tak veselý člověk nebo se může jednat o nějaké neadekvátní reakce hodné pozornosti lékařů.

Spolupráce s paní Jiřinou byla podle mého názoru dobrá. Bylo vidět, že je ráda středem mé pozornosti. Drobnější odchylka nastala u šestého sezení s tématem „kde žili", kdy bylo vyprávění paní Jiřiny více zmatené než obvykle, ale nedokázala jsem to korigovat. Naopak o něco lépe se mi s klientkou spolupracovalo při následujícím sedmém sezení o zaměstnání.

Zájem o téma měla paní Jiřina prakticky vždy kromě tématu o válce. Z jejich reakcí jsem vyrozuměla, že se nechce zatěžovat nepříjemnými myšlenkami a vzpomínkami. Klientka hůře držela dané téma, jen při dvou sezeních jsme zůstaly celou dobu u tématu. Odklonu od tématu jsem se nesnažila bránit.

Věřím, že naše setkávání bylo pro paní Jiřinu příjemné, ale pokud mohu subjektivně posoudit, nezaznamenala jsem žádný zásadní vývoj a změnu na základě

které bych mohla tvrdit, že reminiscenční terapie byla pro klientku přínosná.

Zlepšení testu kognitivních funkcí o 1 bod považuji v tomto případě za pozitivní výsledek. Zlepšení mohlo s velkou pravděpodobností souviset se zavedením reminiscenční terapie, neboť klientka se lépe zorientovala časově. Zapamatovala si den, kdy jsme se pravidelně scházely.

Pro mě osobně byla setkání poměrně vyčerpávající, neboť jsem se často ztrácela ve vyprávění. Paní Jiřina mluvila stále tiše a překotně, bylo třeba velké pozornosti z mé strany, abych mohla klientce alespoň poskytovat zpětnou vazbu. Když jsem se snažila ve vyprávění zorientovat a kladla otázky, paní Jiřina na ně často neodpovídala, nevěnovala jim pozornost, někdy zase moje otázky způsobily to, že paní Jiřina nedokázala navázat, kde přestala. Rovněž pomůcky pro reminiscenci jsem prosazovala obtížně.

Snažila jsem se co nejlépe přizpůsobit potřebám paní Jiřiny, ale pravděpodobně se mi to nepodařilo. Nedokázala jsem podpořit a usměrnit tok myšlenek, který nebyl pro posluchače zcela souvislý. Snažila jsem se tedy alespoň vytvořit paní Jiřině příjemné podpůrné prostředí a naslouchala jsem jejímu vyprávění jen s menšími zásahy do průběhu sezení.

Zpětná vazba od pečovatelů potvrzovala můj pocit, že reakce paní Jiřiny se po reminiscenčních sezeních nijak výrazně nezměnily. Alespoň jednu kladnou odezvu jsem získala od pečovatelů. Paní Jiřina v průběhu a především po ukončení reminiscenčních setkání aktivněji a přirozeněji vyhledávala společnost druhých lidí.

4.5 Diskuse

V praktické části své diplomové práce jsem se snažila podrobně popsat individuální reminiscenční terapii v praxi se třemi klientkami Domova Sue Ryder, o.p.s. - domova pro seniory, které trpí demencí.

Popsala jsem přípravy a proces plánovaní reminiscenční terapie a průběh sezení. Snažila jsem se zhodnotit reakce klientek na terapii, svoje úspěchy a neúspěchy a také to, zda má reminiscenční terapie vliv na člověka s demencí a pokud ano, v jakých směrech.

Vliv terapie na člověka s demencí jsem hodnotila pomocí testu kognitivních funkcí (MMSE), testu hodnotící stupeň deprese (GDS) a na základě svého subjektivního pozorování.

Jsem si vědoma, že vzhledem k omezenému množství osob zahrnutých do terapie není možné výsledky zobecnit na celou populaci osob s demencí. Přesto považuji výsledky testů za důležité a uvádím je přehledně v následujících tabulkách.

Test MMSE			
Účastnice	**Před terapií**	**Po terapii**	**Rozdíl**
Paní Anna	18	18	0
Paní Marie	10	14	4
Paní Jiřina	13	14	1
Celkový průměr			**1,67**

Tabulka č. 1: Vliv reminiscenční terapie na kognitivní funkce - test Mini-mental state examination (MMSE)

Rozdíl bodového skóre vycházející z měření před zahájením a po ukončení reminiscenční terapie je u jednotlivých účastnic velmi nevyrovnaný. U jedné klientky došlo ke zlepšení kognitivních funkcí o 4 body, u jiné klientky se žádná změna neukázala. Pokud bychom mohli výsledky zobecnit, došli bychom k závěru, že po ukončení reminiscenční terapie se stav kognitivních funkcí zlepšil průměrně o 1,67 bodu.

Rozhodně však můžeme tvrdit, že během tří měsíců, kdy terapie probíhala, nedošlo u žádné z účastnic k prohloubení kognitivního deficitu. I to lze považovat za pozitivní výsledek. Zlepšení o 4 body v 30ti bodové škále u jedné z účastnic považuji za výborný výsledek.

Test GDS			
Účastnice	**Před terapií**	**Po terapii**	**Rozdíl**
Paní Anna	12	10	2
Paní Marie	10	7	3
Paní Jiřina	7	7	0
Celkový průměr			**1,67**

Tabulka č. 2: Vliv reminiscenční terapie na depresivitu - Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)

Bodový rozdíl testování depresivity před vstupem účastnic do reminiscenční terapie a po jejím ukončení se rovněž ukazuje jako nevyrovnaný. Depresivita se po terapii zlepšila u jedné klientky o 3 body, u jiné se nezlepšila vůbec. Zobecněním výsledků můžeme říci, že po ukončení reminiscenční terapie vykazují účastnice zlepšení ve škále deprese průměrně o 1,67 bodu.

Obecně lze říci, že depresivita u účastnic terapie byla velmi vysoká. Norma je maximálně 5 bodů. Zlepšení depresivity alespoň u dvou ze tří klientek považuji za velmi dobrý výstup.

V předchozí části jsem se v jednotlivých případech pokusila zanalyzovat, zda se na získaných pozitivních výsledcích podílí výhradně reminiscenční terapie. U jedné klientky byla v průběhu setkávání změněna léčba deprese, u druhé průběh sezení podle mého názoru téměř vůbec nenasvědčoval konečnému zlepšení a u třetí k příliš významným změnám nedošlo. Žádný člověk ale nežije v prostředí s jediným podnětem, abychom mohli s jistotou říci, že právě tento jeden jediný podnět způsobil nějakou změnu. Již jsem zdůrazňovala význam komplexní péče o člověka s demencí. Důležité tedy je, že ke zlepšení došlo. Domnívám se, že reminiscenční terapie byla přinejmenším jedním z významných činitelů, které se na zlepšení stavu kognitivních funkcí a depresivity podíleli.

Reminiscenční setkání se všemi třemi klientkami na mě působily tak, že klientky si je užívaly. Každá jiným způsobem, ale pocítila jsem, že jsem vzbudila jejich zájem a snad i důvěru. Dokonce se samy ptaly po našem dalším setkávání. Vnímala jsem, že se mezi námi vytvořilo určité pouto, které se projevovalo i mimo reminiscenční sezení. Příznivé podmínky většinou nepanovaly od začátku, bylo třeba vztah navazovat, přizpůsobovat se potřebám každé klientky. Zde je důležité shrnout, co jsem vnímala jako pozitivní a důležité pro reminiscenční terapii s těmito klientkami a co se mi osvědčilo. Věnovat se budu i svým neúspěchům.

Snažila jsem se co nejvíce přizpůsobit se individuálním potřebám klientek. Ne vždy se mi to však dařilo. K paní Jiřině se mi do poslední chvíle nepodařila

najít správná cesta a terapii jsem končila s rozporuplnými pocity o jejím významu u této klientky.

Jako důležitou pomůcku pro terapii jsem hodnotila „čajový rituál". U všech účastnic pomohl při navázání kontaktu, uvolnění atmosféry, orientaci v tom, co bude následovat.

Dle doporučení odborníků jsem se snažila používat jen málo pomůcek v jednom sezení, abych klientky nezahrnula mnoha podněty najednou. Dvě stejné pomůcky pro každou klientku a každé téma navíc hrály pro mě důležitou roli při hodnocení sezení. Až v závěru jsem si, bohužel, uvědomila, že jsem nevyužila doporučení, aby pomůcky zaměstnávaly více smyslů.

Nejvíce se mi osvědčily pomůcky, které se přímo týkaly historie osoby účastnící se terapie, především osobní fotografie z mládí. Naopak fotografie z poslední doby, ač byly rovněž osobní, nevzbudily u klientek velký zájem.

Nelze říci, že pomůcky byly pro sezení zásadní. Jedna z klientek jim prakticky nevěnovala pozornost, další dvě klientky na ně ale reagovaly dobře. Svůj velký význam měly především ve chvíli, kdy se ze setkání ztratilo téma. Pomáhaly nám navázat téma, bylo o čem hovořit. Domnívám se, že pomůcky mají větší význam u klientů s větší poruchou kognitivních funkcí, ale také u osob, u kterých si hůře získáváme důvěru a které nám svůj život odkrývají opatrněji.

Pokud jsem s klientkami narazila na citlivé téma, ptala jsem se, zda si přejí, abych tyto události zapisovala do jejich knihy života.

Z témat mělo nejmenší úspěch to o životě vdovy. Snažila jsem se tvořit knihu života a tedy zahrnout tam i události ne tak časově vzdálené. Toto téma nebylo pro

účastnice zajímavé, životní období již bylo navíc pravděpodobně zastřené demencí.

Velký význam jsem kladla na pozorování reakcí účastnic při terapii. U dvou ze tří klientek jsem zaznamenala změnu na začátku a na konci terapie. Uvolnila se mimika, přirozené emoce více vystoupily na povrch, reakce klientek se staly spontánnějšími, přirozenějšími.

Z teorie známe, že neverbální komunikace je velmi důležitá při práci s lidmi s demencí. To, co člověk nemůže vyjádřit slovy, často můžeme najít v jeho neverbálním chování, v očích, úsměvu, gestech, postuře. Zajímavé bylo pro mě zjištění, že neverbální komunikace klientek, se kterými jsem pracovala, byla poměrně nevýrazná. Domnívám se, že neverbální reakce byly omezeny jejich fyzickými handicapy a také zvýšenou depresivitu. Možné je ale i to, že jsem nedokázala tak dobře rozumět jejich mimoslovním signálům.

Důležitá byla pro mě zpětná vazba od pečovatelů. Zjistila jsem, že reminiscenční terapie má vliv na reakce klientek nejen při sezení, ale i mimo něj. U všech klientek byl zaznamenán větší zájem o společenské kontakty. Klientky působily uvolněněji, spokojeněji. Za velký úspěch považuji snížení motorického neklidu u paní Marie.

Také u sebe jsem zaznamenala velkou změnu ve vnímání klientek. Osobní historie, kterou přede mnou otevřely, mě někdy zanechávala v němém úžasu. Překvapovaly mě svým smyslem pro humor, dojímaly svými bolestmi, klonila jsem se před jejich životní zkušeností a moudrostí, kterou jsem cítila i přes poruchy kognitivních funkcí. Setkání se všemi dámami bylo pro mě obrovskou zkušeností a pocítila jsem mnohem větší pochopení pro jejich současný život v domově pro seniory.

Tyto úvahy mě vedou k názoru, že reminiscenční terapie má velký smysl pro člověka s demencí. Je ale otázkou, zda jakákoli systematická pozornost věnovaná člověku s demencí nebude mít podobné výsledky. V žádném případě nemohu zpochybňovat význam práce se vzpomínkami u seniorů. Vzpomínky mají své nezastupitelné místo v životě každého člověka. Jejich význam byl již podrobně popsán v teoretické části. Postupně se začínají objevovat výzkumy vypovídající o účinnosti a pozitivním vlivu reminiscenční terapie na seniory. Domnívám se, že i můj „malý vzorek" může být příkladem tohoto příznivého vlivu.

Přes všechny důkazy vypovídající ve prospěch reminiscenční terapie nelze její význam přeceňovat. Opět považuji za vhodné zdůraznit význam komplexní péče o seniory s demencí. Domnívám se, že reminiscenční terapie je jen jednou z vhodných cest, jak smysluplně pracovat s člověkem s demencí. Každá aktivizace vedoucí ke stimulaci kognitivních funkcí, zvyšování pocitu vlastní hodnoty a lidské důstojnosti či jen smysluplného naplnění volného času je velkým přínosem.

5 Závěr

Ve své diplomové práci jsem se snažila shrnout poznatky o reminiscenční terapii. Tato metoda pracující se vzpomínkami účastníků je vhodná i pro práci se seniory s demencí.

Demence je nemoc ve většině případů neléčitelná, lékaři mohou jen odstranit nebo upravit některé její příznaky pomocí léků a terapeutických postupů. Péče o dementního člověka je náročná, neboť nemoc ovlivňuje a mění celého člověka, jeho psychickou, fyzickou i sociální stránku. Je proto důležité, aby se i léčba zaměřila na celého člověka.

Tato práce měla nabídnout možnosti terapie demence a upozornit na to, že farmakoterapie není jedinou metodou, kterou lze na pomoc člověku trpícímu demencí využít, ale že již známe řadu účinných nebiologických terapeutických přístupů, pro které hovoří dostatek vědeckých důkazů. Cílem není jen nemocného léčit, ale poskytnout mu takové podmínky, zázemí a aktivity, které podpoří zachování jeho důstojnosti a zlepšení či přinejmenším udržení kvality jeho života.

Je třeba využít každé aktivity, která může zlepšit kvalitu života starého člověka. A právě reminiscenční terapie je jednou z nich. Posiluje sebeúctu, zachovává důstojnost a posiluje individualitu starého člověka. Dává starému člověku možnost smíření se životem. Navíc sdílením vzpomínek se prohlubuje vztah mezi vzpomínajícím a naslouchajícím a radost z tohoto sdílení bývá obvykle oboustranná.

Reminiscenční terapie může probíhat ve skupině nebo s jednotlivcem. Obě formy mají své specifické výhody.

Ve skupině navíc jedinec může zažít pocit sounáležitosti, cítit svou platnost ve skupině. Individuální práce se může lépe přizpůsobit individuální potřebám jednotlivce. Pro člověka s demencí se doporučuje zařazení spíše do individuální reminiscenční terapie, případně vytvořit jen velmi malou skupinu o třech až čtyřech členech s obdobnou poruchou kognitivních funkcí. Ať zvolíme jednu či druhou možnost, v každém případě vždy respektujeme individualitu každého člověka.

Reminiscenční terapie si již pomalu získává svoje místo v práci se seniory v rezidenčních zařízeních. Svůj význam si prosazuje zejména v péči o člověka s demencí.

V České republice se metoda zatím šíří pomocí seminářů a článků v odborných časopisech. Zatím chybí podrobnější práce v českém jazyce, která by zájemcům o zavedení reminiscenční terapie pomohla v řešení praktických otázek. Tato diplomová práce by snad mohla pomoci těm, kteří pečují o lidi s demencí a vytvářejí pro ně aktivizační a terapeutické programy.

V praktické části jsem popsala individuální reminiscenční terapii v praxi u tří klientek domova pro seniory, které trpí demencí. Shrnula jsem postupy, průběh a snažila se zhodnotit význam terapie pro její účastnice, svoje úspěchy a neúspěchy.

Reminiscenční terapie má stále před sebou ještě dlouhou cestu, než přesvědčí široké pole pečovatelů o významu zapojení vzpomínek do péče o lidi s demencí. Měli bychom zlepšit informovanost profesionálů i laické veřejnosti o projevech demence a o možných terapeutických variantách, aby medikamenty byly využívány skutečně jen tam, kde je nezbytně třeba.

Seznam pramenů a literatury

BUIJSSEN, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál, 2006. Přeložila H. Kašparovská. ISBN 80-7367-081-X.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Charty seniorů a chronicky nemocných. Soubor dokumentů. Praha: ČALS, 2001. ISBN 80-86541-01-0

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Na pomoc pečujícím rodinám. Praha: ČALS, 2001. 2. vydání.

ERIKSON, E. H. Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha: Nakladatelství lidových novin, 1999.

Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují. Deklarace Alzheimer Europe, 1998.

GOWANS, G. et al. Designing CIRCA (Computer Interactive Reminiscence and Conversation Aid). A Multimedia Conversation Aid for Reminiscence Intervention in Dementia Care Environments. 2002. www.computing.dundee.ac.uk

GRUNDOVÁ, M. Reminiscenční terapie v péči o člověka s demencí. Postupová práce. Praha, 2004.

HÁTLOVÁ, B. - SUCHÁ, J. Kinezioterapie demencí. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek sociální gerontologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 1. vydání. ISBN 80-7013-363-5.

HOLMEROVÁ, I. et al. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí - reminiscenční terapie. Gerontologické aktuality. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, č. 2.

HOLMEROVÁ, I. et al. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. Neurologie pro praxi, 2004, č. 1. www.neurologiepropraxi.cz

HOLMEROVÁ, I. et al. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. Psychiatrie pro praxi, 2005, č. 4. www.psychiatriepropraxi.cz

JANEČKOVÁ, H. „Jsem to pořád já". Využití vzpomínek v práci se seniory - reminiscence a životní příběh. Praha: ČALS, 2007a. ISBN 80-86541-20-7.

JANEČKOVÁ(2), H. Projekt živé vzpomínky: Životní příběhy evropských seniorů ve vzpomínkových krabicích. Sborník Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku. 2007b. www.adiktologie.cz

JANEČKOVÁ(3), H. Studium vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů - využití kvantitativních a kvalitativních metod. 2007c. č. 5 (3). www.geriatickarevue.cz

JIRÁK, R. et al. Demence. Praha: Maxdorf, 1999. 1. vydání. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, R. - KOUKOLÍK, F. Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

KAŠLÍKOVÁ, I. Seminář o reminiscenční terapii se seniory. Praha, 2004. Nepublikováno.

KOUKOLÍK, F. - JIRÁK, R.: Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada 1998. 1. vydání. ISBN 80-7169-615-3.

KOUKOLÍK, F. - JIRÁK, R. Diagnostika a léčení syndromu demence. Praha: Grada, 1999. 1. vydání. ISBN 80-7169-716-8.

NORRIS, A. D. Reminiscence with Elderly People. London: Winslow, 1986.

PICHAUD, C. - THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Praha: Portál 1998. Přeložila A. Kozlíková, ISBN 80-7178-184-3.

POSPÍŠILOVÁ, A. Cvičení paměti pro seniory. Vzorová cvičení. Praha: MPSV, 1996. 1. vydání. ISBN 80-85529-23-8.

RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada 1999. 1. vydání. ISBN 80-7169-828-8.

RŮŽIČKA E. et al. Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Příručka pro praxi. Praha: Galén, 2003.

SCHWEITZER, P. Making memories matter. The record of a European Reminiscence Network Project. Kassel, 2005. ISBN 3-933617-22-7.

SPECTOR, A., ORRELL, M., DAVIES, S., WOODS, R. T. Reminiscence therapy for dementia (Cochrane Rewiew). In: Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

THE BENEVOLENT SOCIETY. Reminiscing Handbook. The Benevolent society, 2006. ABN 95 084 045 www.bensoc.org.au.

VAŇKOVÁ, H. et al. Přehlížená deprese u seniorů v residenčních zařízeních. Předběžné výsledky aktuální české studie a jejich kontext. 2007. www.gepa.cz

VOSTROVSKÁ, H. Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby. Několik v praxi ověřených návodů k aktivní práci se staršími občany. Praha: České centrum zdraví, 1998. ISBN 80-7071-093-4

YESAVAGE, J. Škála deprese pro geriatrické pacienty. http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2298.html

ZGOLA, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada, 2003. 1. vydání. ISBN 80-247-0183-9.

Přílohy

1. Souhrn sledovaných reakcí jednotlivých klientek na reminiscenční terapii
2. Test Mini-mental state examination
3. Škála deprese pro geriatrické pacienty

Příloha 1

Tabulka č. 1 – Sledované reakce dle jednotlivých sezení u paní Anny

TÉMA SEZENÍ								
Sledované reakce	**2 důležité události**	**3 dětství**	**4 manželství a rodina**	**5 život vdovy**	**6 kde žili**	**7 zaměstnání**	**8 koníčky a zájmy**	**9 válka**
Reakce na příchod a pozdravení	2	2	3	3	3	3	3	3
Pozornost, koncentrace	3	3	4	3	3	3	3	3
Reakce na podnětný materiál	3	3	4	1	3	4	3	3
Spontaneita	2	2	4	2	2	3	3	3
Neverbální reakce	1	1	4	2	2	3	3	3
Vývoj nálady, citové reakce	1	2	5	2	2	3	3	4
Spolupráce	3	3	5	2	3	3	3	3
Zájem o dané téma	3	3	5	2	3	4	4	4

Pozn.: Sezení 1 a 10, kdy probíhalo testování, nebylo dle uvedených kritérií hodnoceno

Hodnocení:
1 – žádná reakce
2 – slabá reakce
3 – celkem dobrá reakce
4 – dobrá reakce
5 – vynikající reakce

Tabulka č. 2 – Sledované reakce dle jednotlivých sezení u paní Marie

TÉMA SEZENÍ								
Sledované reakce	**2 důležité události**	**3 dětství**	**4 manželství a rodina**	**5 život vdovy**	**6 kde žili**	**7 zaměstnání**	**8 koníčky a zájmy**	**9 válka**
Reakce na příchod a pozdravení	3	3	3	3	3	4	2	4
Pozornost, koncentrace	3	3	3	3	3	4	2	5
Reakce na podnětný materiál	3	3	4	2	3	4	2	0*
Spontaneita	2	2	3	2	2	3	1	4
Neverbální reakce	2	2	2	2	2	3	2	4
Vývoj nálady, citové reakce	2	3	3	3	3	3	3	5
Spolupráce	4	4	4	4	4	4	2	5
Zájem o dané téma	3	3	3	3	3	4	2	5

Pozn.: Sezení 1 a 10, kdy probíhalo testování, nebylo dle uvedených kritérií hodnoceno
** nebylo hodnoceno*

Hodnocení:
1 – žádná reakce
2 – slabá reakce
3 – celkem dobrá reakce
4 – dobrá reakce
5 – vynikající reakce

Tabulka č. 3 – Sledované reakce dle jednotlivých sezení u paní Jiřiny

TÉMA SEZENÍ								
Sledované reakce	**2 důležité události**	**3 dětství**	**4 manželství a rodina**	**5 život vdovy**	**6 kde žili**	**7 zaměstnání**	**8 koníčky a zájmy**	**9 válka**
Reakce na příchod a pozdravení	4	4	4	4	4	4	4	4
Pozornost, koncentrace	2	2	2	2	2	4	2	2
Reakce na podnětný materiál	2	2	2	2	2	3	2	2
Spontaneita	4	4	4	4	4	3	4	4
Neverbální reakce	2	2	2	2	2	2	2	2
Vývoj nálady, citové reakce	3	3	3	2	3	3	3	3
Spolupráce	3	3	3	3	2	4	3	3
Zájem o dané téma	4	3	4	3	3	3	3	2

Pozn.: Sezení 1 a 10, kdy probíhalo testování, nebylo dle uvedených kritérií hodnoceno

Hodnocení:
1 – žádná reakce
2 – slabá reakce
3 – celkem dobrá reakce
4 – dobrá reakce
5 – vynikající reakce

Příloha č. 2

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

„Dám Vám několik otázek a budete řešit některé problémy. Prosím, pokuste se odpovídat, jako to nejlépe dokážete.“ Za každý správně provedený úkol zatrhněte ☒ tj. 1 bod.

A. Orientace *(Nechte nemocnému 10 vteřin na odpověď na každou otázku.)*

❑ Který je teď rok?

❑ Které je nyní roční období?

(V posledním nebo prvním týdnu ročního období hodnoťte jako správnou odpověď obě období.)

❑ Můžete mi říci dnešní datum?

❑ Který je den v týdnu?

❑ Který je teď měsíc?

(V prvním dnu měsíce hodnoťte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce přijměte i předchozí měsíc.)

❑ Ve kterém jsme státě?

❑ Ve kterém jsme okrese (kraji)?

❑ Ve kterém jsme městě?

❑ Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízeni)? *(Název nemusí být přesný a úplný.)*

❑ Na kterém jsme poschodí?

B. Zapamatování

Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, poněvadž se Vás na ně zeptám znovu za několik minut. Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy

❑ **lopata**

❑ **šátek**

❑ **váza**

Prosím, opakujte tato slova.

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte skóre za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Jestliže pacient nezopakuje všechny tři, opakujte nanejvýše

pětkrát, nebo než se to nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost".

C. Pozornost a počítání

Začněte od 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5-ti odečtech. Jestliže se nemocný zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu.

❑ **93** ❑ **86** ❑ **79** ❑ **72** ❑ **65**

Jestliže nemocný nemůže, nebo nechce počítat, požádejte ho:

Hláskujte nazpět slovo POKRM.

Opakujte nanejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre je počet písmen ve správném pořadí (tedy např. MRKOP=5, PKORM=3).

❑ ❑ ❑ ❑ ❑

D. Výbavnost

Teď, prosím, mi řekněte ta tři slova, která jste si měl(a) zapamatovat. *(Na odpověď dejte 10 vteřin).*

❑ **lopata**

❑ **šátek**

❑ **váza**

E. Pojmenování předmětu

❑ Jak se to jmenuje? *(Ukažte náramkové hodinky).*

❑ Co je to? *(Ukažte tužku).*

F. Opakování

Opakujte po mně větu:

❑ „Žádná kdyby nebo ale." *(Na odpověď nechejte 10 vteřin. Skórujte 1 jen za celou větu a jen na první pokus).*

G. Třístupňový příkaz

Přečtěte nemocnému následující příkaz a dejte mu do ruky kus prázdného papíru.

Vezměte do ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.

(Ponechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň skórujte jeden bod).

❑ 1. stupeň: pravá ruka

❑ 2. stupeň: složení na polovinu

❑ 3. stupeň: položení na podlahu

H.Čtení a vyhovění příkazu

Ukažte nemocnému kartu s nápisem: **„Zavřete oči".**

❑ Přečtěte nápis na papíru a udělejte, co žádá.

(Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení příkazu, instrukci můžete opakovat maximálně třikrát. Skóre je na místě jen tehdy, jestliže nemocný skutečně zavře oči).

I. Psaní

Dejte nemocnému tužku a papír.

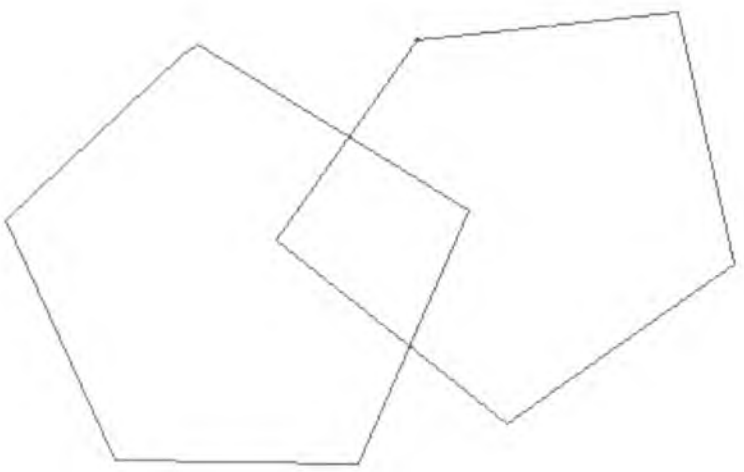
❑ Napište jakoukoli větu.

(Nechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Věta by měla mít podstatné jméno a sloveso a musí mít smysl. Pravopisné chyby nevadí).

J. Opisování

❑ Dejte nemocnému papír, tužku a pryž. Ukažte mu obraz a požádejte ho, aby obraz obkreslil. Ponechte mu několik pokusů během **1 minuty.**

(Skórujte jako 1, jestliže jsou zachovány všechny strany a úhly a jestliže protnutí vytváří čtyřúhelník. Tremor a rotace nevadí)



Příloha č. 3

ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY (ZKRÁCENÁ VERZE) (YESAVAGE 1988)

Na každou z otázek vyberte odpověď ano nebo ne.

1. Jste v zásadě spokojen ze svým životem?	ano/ne
2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano/ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ano/ne
4. Cítíte se často sklíčený a melancholický?	ano/ne
5. Máte vesměs dobrou náladu?	ano/ne
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano/ne
7. Cítíte se převážně šťastný?	ano/ne
8. Cítíte se často bezmocný?	ano/ne
9. Vysedáváte raději doma, než abyste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?	ano/ne
11. Myslíte si, že je krásné být ještě naživu?	ano/ne
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?	ano/ne
13. Cítíte se plný elánu a energie?	ano/ne
14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná?	ano/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano/ne

Hodnotí se 1 bod za depresivní odpověď:
tedy za odpověď **ano** u otázky 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15
a za odpověď **ne** u zbývajících, tj.otázek 1,5,7,11 a 13.

Celkové bodové skóre:
0 - 5 bodů norma
6 - 10 bodů mírná deprese
> 10 bodů manifestní deprese.

http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2298.html