

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Diplomová práce

2009

Klára Janečková

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA



INTEGRATIVNÍ VALIDACE

PŘÍNOS A PROBLÉMY PŘÍSTUPU V PÉČI O PACIENTY S DEMENCÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Hadj-Mousová

Školní rok: 2008/2009

Autor práce: Klára Janečková

Obor: Psychologie - Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze pramenů, které cituji a uvádím v seznamu použité literatury.

V Praze dne 29.6.2009

.....

(podpis)

Zde bych ráda poděkovala PhDr. Zuzaně Hadj-Mousové za odborné vedení a konzultace při zpracování mé diplomové práce. Zároveň děkuji paní Nicole Richard za poskytnutí odborných materiálů a paní Christiane Lenz za uvedení do práce s klienty v Integrativní Validaci.

Tímto vyjadřuji také svůj souhlas s využitím této práce ke studijním účelům.

„I'm afraid. I'm afraid, Dave. Dave, my mind is going. I can feel it. I can feel it. My mind is going. There is no question about it. I can feel it. I can feel it. I can feel it. I'm a... afraid. Good afternoon, gentlemen. I am a HAL 9000 computer. I became operational at the H.A.L. plant in Urbana, Illinois on the 12th of January 1992. My instructor was Mr. Langley, and he taught me to sing a song. If you'd like to hear it I can sing it for you.“

HAL 9000 ve filmu „**2001: Vesmírná odysea**“ (Stanley Kubrick, USA 1968)

Obsah

INTEGRATIVNÍ VALIDACE	2
1 Úvod	8
2 Demence	9
2.1 Co je to demence?	9
2.2 Typy onemocnění a diagnostika	10
2.2.1 Demence u Alzheimerovy nemoci	11
2.2.2 Vaskulární demence	13
2.2.3 Demence u jiných onemocnění	14
3 Chování a jednání pacientů s demencí	17
3.1 Syndrom BPSD	17
3.1.1 Behaviorální symptomy syndromu BPSD	18
3.1.2 Psychologické symptomy syndromu BPSD	19
3.1.3 Komplexní psychotické příznaky	20
3.2 Etiologie a patogeneze BPSD	21
3.2.1 Genetické a neurobiologické faktory	21
3.2.2 Psychologické a sociální faktory	22
3.3 Význam v diagnostice demence	22
4 Nefarmakologické přístupy k onemocnění demencí	24
4.1 Poradenství a podpora pacientů a jeho blízkých	24
4.2 Přístupy zabývající se zachováním kognitivních funkcí	25
4.2.1 Kognitivní rehabilitace	25
4.2.2 Reminiscenční terapie	25
4.2.3 Orientace v realitě	26
4.3 Přístupy zabývající se zachováním a zlepšením soběstačnosti v aktivitách denního života na příkladu Lifestyle approach	26
4.4 Přístupy zabývající se zmírněním a odstraněním syndromu BPSD	27
4.4.1 Videotrénink interakcí, metoda Marthe Meo	27
4.4.2 Simulated Presence	27
4.4.3 Předvídatelnost a strukturovanost denního režimu	27
4.5 Celostní přístupy zaměřené na zlepšení kvality života	27
4.5.1 Preterapie	27
4.5.2 Habilitační terapie	28

4.5.3	Validační terapie a Integrativní Validace.....	28
4.5.4	Stimulační a aktivizační metody	28
5	Integrativní Validace dle Nicole Richard.....	29
5.1	Vývoj přístupu – Validace dle Naomi Feil.....	29
5.2	Integrativní Validace dle Nicole Richard.....	30
5.3	Teoretická východiska přístupu	30
5.4	Metoda Integrativní Validace.....	32
5.4.1	Biografická data a práce s minulostí pacienta.....	32
5.4.2	Rozhovor v Integrativní Validaci.....	33
5.4.3	Příklad čtyř úrovní rozhovoru, tak jak je uvádí Richard:.....	35
4.5.3	Ukázky rozhovorů Integrativní Validace v praxi.....	37
5.5	Co přináší Integrativní Validace z pohledu její autorky	42
6	Případy pacientů v Integrativní Validaci.....	43
6.1	IVA rozhovor s paní R	43
6.2	IVA rozhovor s paní T	49
6.3	IVA rozhovor s panem J.....	53
6.4	Otázky k IVA rozhovorům.....	56
7	Diskuse.....	61
7.1	Problematické stránky přístupu.....	61
7.2	Teoretický rámec přístupu – Nicole Richard a Carl Rogers	62
7.3	Návrhy řešení	64
7.4	Přínos Integrativní Validace pro praxi	65
8	Závěr.....	68
9.	Resume	69
10.	Literatura	71

1 Úvod

Demence je onemocnění, o kterém se v současné době často mluví. Pokud nejsme odborníci, známe alespoň nepříjemné informace, které k nám pronikají z tisku, z televize a od přátel a známých – víme, že populace stárne, že se o této nemoci hovoří jako o epidemii 21. století, víme, že si lidé trpící demencí nic nepamatují, víme, že jsou většinou staří, víme, že jsou zmatení a rozhodně víme, že nutně potřebují péči. Otázka je ale, jak má tato péče vypadat? A kdo ji zajistí?

Dříve pojímalo odborné i laické prostředí demenci hlavně jako psychiatrické onemocnění, které vyžaduje farmaceutickou léčbu. Ta je nesporně důležitá. Pacienti ale často bohužel dopláceli na to, že se jedná o progresivní neléčitelné onemocnění, které se objevuje většinou ve stáří a léčba je velmi drahá. Dalším problémem je, že se jedná o onemocnění veskrze „nesympatické“. Chování pacientů je v mnohých případech velmi problematické, nepříjemné a nepochopitelné. Fyziologické problémy, které onemocnění obzvláště v pozdějších stádiích doprovázejí, mu jenom dodávají „na kráse“.

V dnešní době už ale žádný katastrofální obraz péče není na místě. Odborníci se snaží ulehčit pacientům co nejvíce průběh tohoto onemocnění, pracuje se s farmaceutickými i nefarmaceutickými přístupy a v centru pozornosti nejsou jen kognitivní problémy těchto pacientů, ale tématem se stávají i jejich problémy psychické. Například Tom Kitwood ve své publikaci klade otázku, co potřebují pacienti s demencí. Sám na základě svých profesních zkušeností odpovídá následovně: kromě léčby je to šest základních potřeb – láska, útěcha, primární vazba neboli *attachement*, pocit sounáležitosti, identita a smysluplná činnost (Kitwood 2000, str. 121).

Tématem mé práce je přístup Integrativní Validace autorky Nicole Richard, který se snaží reagovat právě na potřeby pacientů s demencí. Cílem práce je popsat tento přístup, který v českém jazyce ještě nebyl podrobně popsán, zvážit jeho teoretická východiska a vyhodnotit jeho vliv, přínos a problémy v péči o pacienty s ohledem na jiné techniky. Součástí práce je také uvedení případů pacientů ze zařízení Cristal ve Švýcarsku, které s metodou Integrativní Validace pracuje. Zde se pokusím podrobněji popsat rozhovory s pacienty v Integrativní Validaci a vyhodnotit jejich vliv.

2 Demence

2.1 Co je to demence?

Slovo demence je odvozeno od latinského slova *de mens* a označuje pokles úrovně duševní činnosti. Pojem se vyvíjí již více než sto padesát let. Lze ho chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta (Pidrman 2007, str. 9).

Demence je organické mozkové poškození, jedna z nejčastějších poruch ve stáří. Může se však objevit i v mladším věku. Obecně hovoříme o demenci, pokud dojde k poruše intelektu po druhém roce života. Porucha intelektu vzniklá před druhým rokem života, i když po narození, je řazena mezi mentální retardace (Koukolík 1999, str. 11).

Nejnámějším charakteristickým rysem demence je úbytek kognitivních funkcí. Mezi další rysy tohoto onemocnění patří například celková degradace duševní činnosti postiženého, ubývající schopnost běžných duševních aktivit a nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.

Jiráček uvádí tyto základní příznaky syndromu demence:

- Deteriorace intelektu (podstatné snížení intelektu od původní, premorbidní kapacity)
- Poruchy paměti
- Poruchy orientace
- Poruchy soudnosti a schopnosti abstraktního myšlení
- Poruchy pozornosti a motivace
- Poruchy chápání
- Poruchy korových funkcí typu apraxií, afázií apod.
- Poruchy chování
- Poruchy emotivity
- Poruchy osobnosti, degradace osobnosti (Jiráček 1999, str. 32).

Symptomy demence můžeme také rozdělit do tří základních skupin. Do první skupiny řadíme narušení kognitivních funkcí, druhou skupinou je narušení aktivit denního života a třetí skupinou je takzvaný syndrom BPSD (Pidrman/Kolibáš 2005). Syndrom BPSD je velmi významný pro moji práci, a proto je mu věnována vlastní kapitola.

2.2 Typy onemocnění a diagnostika

Při diagnóze demence je velmi důležité a také náročné rozlišit onemocnění od jiných možných poruch. Často bývá ve stáří například zaměněna demence s depresivním syndromem, což může mít pro danou osobu vážné následky.

U diagnózy rozlišujeme diagnózu možnou, pravděpodobnou a definitivní. Možná diagnóza se uvádí v případech s atypickými příznaky. Pravděpodobné diagnóza se stanovuje u onemocnění s typickými klinickými příznaky a definitivní diagnóza je pouze diagnóza histologická (Koukolík 1999, str. 19).

Diagnostikování demence není předmětem této práce, proto se mu nebudu nijak podrobně věnovat. Zmíním pouze fakt, že v laické veřejnosti je pojem demence často zaměňován s její nejčastější formou, Alzheimerovou chorobou.

Typ demence hraje důležitou roli v jejím symptomatickém průběhu, a tím i problémech a zátěži, kterou s sebou onemocnění přináší. Proto bych zde ráda uvedla úplný přehled typů dementních onemocnění dle mezinárodní klasifikace nemocí. K nejdůležitějším typům onemocnění následně uvádím podrobnější informace.

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

(10 revize)

F00 Demence u Alzheimerovy nemoci (G30.-+)

- .0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
- .1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
- .2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
- .3 Demence u Alzheimerovy nemoci NS

F01 Vaskulární demence

- .0 Vaskulární demence s akutním začátkem
- .1 Multiinfarktová demence
- .2 Subkortikální vaskulární demence
- .3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- .4 Jiné vaskulární demence
- .5 Vaskulární demence NS

F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde

- .0 Demence u Pickovy choroby
- .1 Demence u Creutzfeldovy-Jakobovy nemoci
- .2 Demence u Huntingtonovy nemoci
- .3 Demence u Parkinsonovy nemoci
- .4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie (HIV)
- .8 Demence u jiných určených onemocnění, zařazených jinde:
(např. epilepsie, intoxikace atd....)

F03 Neurčená demence

Presenilní:

- demence NS
- psychóza NS
- primární degenerativní demence NS

Senilní:

- demence
- NS
- depresivní nebo paranoidní typ
- psychóza

(Koukolík 1999, str. 27)

2.2.1 Demence u Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova nemoc je nejčastější formou demence a jak jsem již zmínila výše, často bývá považována za demenci jako takovou, i když je pouze jedním jejím typem.

Pojem Alzheimerovy nemoci má za sebou dlouhý a složitý vývoj. Za jeho počátek můžeme považovat objev senilních plak, tak jak je popsali Blocq a Marinesco roku 1892. Obvykle se ale za počátek výzkumu Alzheimerovy nemoci počítá právě přednáška Aloyse Alzheimerera z roku 1906. Aloys Alzheimer na této přednášce popsal onemocnění pacientky Auguste D., která byla přijata do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem. Ve věku 51 let trpěla těžkými poruchami paměti, které vůbec neodpovídaly jejímu věku a pro které nebylo možné najít žádné běžné vysvětlení, byla dezorientovaná a nebyla schopná se o sebe postarat. Aloys Alzheimer nazval svoji přednášku: „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ neboli „O svérázném onemocnění mozkové kůry“ (Koukolík/Jirák 1998, str. 11).

Alzheimerova nemoc se většinou vyvíjí pomalu. Na počátku onemocnění je velmi těžké stanovit hranici, kdy se již nejedná o příznaky klinického stárnutí, ale o patologické příznaky nemoci. Koukolík a Jiráček uvádějí, že prvním příznakem, který zpočátku rozlišuje pacient a jeho okolí, bývá porucha recentní epizodické paměti. Projevuje se zapomínáním každodenních událostí. Postupně se přidává porucha jazyka, hovoříme zde o sociální fasádě. Řeč je sice plynulá, nicméně obsahově prázdná. Nemocní často hledají slova. Postupně se přidává syndrom BPSD, který patří mezi nekognitivní projevy demence. Pacienti například začnou bloudit a nenalézají cestu domů. Nepoznávají dříve zcela známá místa nebo blízké osoby. Přibližně u 40% nemocných se objeví poruchy nekognitivních funkcí jako jsou deprese, halucinace a agresivita. Ty představují velké terapeutické obtíže a zátěž pro pacienta i pečujícího. Běžná je anozognozie - nemocní jsou přesvědčení, že jsou zdraví a nic jim není. Objevují se záměny osob, paranoidní bludy a stále trvající halucinace. V neposlední řadě se objevují poruchy vázané na čelní laloky, pacienti přestanou být schopni plánovat i velmi jednoduché činnosti (Koukolík/ Jiráček 1998, str. 89).

Mezi ranou (začátek příznaků ve věku do 60 let) a pozdní formou Alzheimerovy choroby (začátek příznaků po 60 letech) jsou klinické a neuropsychologické rozdíly. Raná forma se projevuje větším poškozením jazyka a apraxií a častěji se u ní také objevuje deprese. U pozdní formy nejsou tyto příznaky tak výrazné.

V pokročilé fázi onemocnění klesá schopnost pacientů komunikovat s okolím. Nemocní již nedokážou rozlišit od sebe jednotlivé osoby a nepoznávají ani osoby jim blízké. Jsou apatičtí. Na konci onemocnění přijdou o schopnost udržet oční kontakt nebo udržet pozici vsedě. Trpí inkontinencí a jsou němí. Koukolík a Jiráček dále uvádějí, že pacienti pravděpodobně před smrtí upadají do perzistentního vegetativního stavu, ale tuto skutečnost nelze jistě prokázat (Koukolík/Jiráček 1998, str. 91).

Alzheimerova choroba obvykle probíhá tři až osm let, střední délka přežití je stejná u lidí postižených ranou formou, i u pacientů postižených formou pozdní (Koukolík/Jiráček 1999, str. 35).

Neurobiologické a genetické změny při Alzheimerově nemoci

V průběhu klinicky normálního stárnutí dochází ke zmenšování hmotnosti i objemu mozku a rozšiřují se mozkové komory. K těmto proměnám dochází také u Alzheimerovy choroby, je to však v daleko větší míře.

Alzheimerova choroba je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. Základní extracelulární patologickou změnou je ukládání beta-amyloidu, který v mozku tvoří shluky, takzvané Alzheimerovské plaky. Beta-amyloid je tvořen z fragmentů amyloidového prekuzového proteinu, který je ve zdravém mozku štěpen na fragmenty, které jsou rozpustné. U nemocného Alzheimerovou chorobou dochází k patologickému štěpení a vzniká beta-amyloid, který se ukládá v mozkové kůře. V okolí těchto plaků dochází k odumírání neuronů.

Dochází i patologickým intracelulárním změnám, na základě kterých odumírají postižené neurony, jako je například degenerace tau-proteinu.

Z neuromediátorových systémů je narušen nejvíce systém cholienergí. Je narušena jak syntéza acetylcholinu, tak jeho uvolňování. Na základě těchto změn nedochází k správnému přenosu informací na synapsích. V průběhu zhoršování demence dochází i k postižení dalších neuromediátorových systémů (Pidrman 2007, str. 42).

Z genetického hlediska jde o multifaktoriální chorobu. Vyskytuje se mutace více proteinů. Změny související s Alzheimerovou chorobou jsou pravděpodobně zakódovány v chromozomech 1, 14, 19 a 21 (Pidrman 2007, str. 44).

2.2.2 Vaskulární demence

Odlišení vaskulární demence od dalších příčin tohoto syndromu je záležitostí až 20. století. Emil Kraepelin v roce 1910 oddělil od demence skupinu, kterou nazval „arteriosklerotická psychóza“. Klasifikace se ale vyvíjí až dodnes.

Vaskulární demence je po Alzheimerově chorobě druhou nejčastěji se vyskytující demencí v průmyslových zemích. Pacientovy kognitivní popřípadě i další poruchy jsou důsledkem cévního poškození mozku. Demence se projeví ve chvíli, když je rozsah poškození vyšší, než jsou kompenzační schopnosti mozku.

Pro počáteční stadia onemocnění je charakteristická zvýšená dráždivost pacienta, poruchy pozornosti, zvýšená unavitelnost, závratě a bolesti hlavy. Průběh onemocnění je fluktuující. Stav pacienta se ve velmi krátkém časovém úseku výrazně zhoršuje nebo zlepšuje. A zhoršování se kognitivních i nekognitivních funkcí má na rozdíl od Alzheimerovy choroby schodovitý charakter, neprobíhá tedy plynule tak jako u Alzheimerovy choroby.

Typický pro vaskulární demenci je časný výskyt poruch chůze na základě patologie mozkových center. Často se jedná o šouravou chůzi s malými krůčky, pacienti mají potíže například s chůzí do schodů, protože nedokáží dostatečně pokrčit dolní končetiny. Trpí častými pády, které jsou důsledkem motorické nejistoty. Typickým příznakem je také porucha činnosti močového měchýře, časté nutkání k močení. (Koukolík/Jirák 1999, str. 54).

Pseudobulbální paralýza, která se při nemoci objevuje, se projevuje hlavně poruchami polykání. To velmi ztěžuje péči o pacienta, který těžko polyká a při jídle se často dusí. Přidružují se řečové poruchy, poruchy osobnosti abulie a deprese (Koukolík/Jirák 1999, str. 53).

Na rozdíl od Alzheimerovy choroby zůstává ale osobnost pacienta poměrně dlouho zachována, včetně jeho názoru na chorobu, pacient je ale ve vnímání pomalejší a pohybově mnohem omezenější.

Neuropatologie vaskulární demence

V mozku pacientů s vaskulární demencí byly zjištěny anatomické změny, které jsou v korelaci s klinickými příznaky onemocnění. Jedná se o infarkty, neboli různě velká ložiska ischemické nekrózy, arteriosklerotické změny mozkových tepen a kromě dalších například takzvaná cribra, neboli drobné dutiny kolem malých tepen.

V anamnéze nemocného nalezneme některé rizikové faktory cévního onemocnění, ischemickou chorobu srdeční, hypertenzi, respirační problémy a další (Pidrman 2007, str. 51).

2.2.3 Demence u jiných onemocnění

V následující části práce uvedu další typy demence, které jsou důsledkem rozsáhlého spektra nejrozličnějších onemocnění, jako jsou některá infekční onemocnění, metabolická onemocnění, HIV-AIDS nebo intoxikace. V žádném případě se zde nejedná o výčet všech typů onemocnění demence, ale o přehled několika nejzákladnějších a nejznámějších.

Kromě zde uvedených typů se může demence objevit také například jako následek traumatu. Klinický obraz těchto onemocnění je ale nespecifický, je závislý na lokalizaci a rozsahu traumatu.

Demence u Creutzfeld-Jakobovy nemoci

Demence u Creuzfeld-Jakobovy nemoci se řadí mezi prionová onemocnění, což je řada neurodegenerativních onemocnění, která postihují zvířata a lidi. Jasná příčina Creuzfeld-Jakobovy nemoci je dosud neznámá.

Tento typ demence je velmi vzácný. Odhadovaný výskyt je jeden případ na jeden milion obyvatel za rok. Demence u Creuzfeld-Jakobovy nemoci se dále dělí na několik podtypů.

Počáteční projevy tohoto typu demence jsou neklasické, objevuje se únava, porucha soustředění, poruchy spánku a příjmu potravy. Nemoc postupuje velmi rychle, k rozvoji demence dochází během několika týdnů a průměrná doba přežití je 8-12 měsíců (Koukolík/Jirák 2004, Pidrman 2007).

Demence u Huntingtonovy nemoci

Huntingtonova nemoc je dědičné neurodegenerativní onemocnění charakterizované motorickými a psychickými příznaky, které vyústí do demence. Nemoc je způsobena mutací genu, který kóduje protein huntingtin. Při nesprávném kódování dochází k poškození neuronů, nejvýrazněji v oblasti čelního laloku.

V časných stadiích této demence se objevuje zapomnětlivost a poruchy soustředění. Postupně se objevuje výrazná porucha koncentrace a udržení směru myšlení. Objevují se problémy s pojmenováváním objektů a navazováním konverzace. Nemocní ztrácejí sebekontrolu, stávají se impulzivními. V pokročilém stadiu jsou nemocní nepohybliví a němí, dochází u nich k podvýživě (Koukolík/Jirák 2004).

Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova choroba je progresivní motorickou poruchou v dospělosti, kterou doprovázejí příznaky jako je klidový třes, bradykineze a končetinová instabilita. Při onemocnění dochází k selektivnímu zániku neuronů na základě mutace některých genů a vlivu prostředí.

Demence se u Parkinsonovy choroby objevuje průměrně u 10-40 % případů. Rozvoji demence u pacientů předchází porucha motivace a schopnosti plánovat. Postupně se dostaví porucha paměťových funkcí a porucha abstraktního myšlení. Pacienti jsou nápadně pomalí, i jejich řeč je výrazně pomalá a bez výraznější intonace (Koukolík/Jirák 2004).

Demence u HIV-AIDS

Asi 20-30% pacientů v pozdní vývojové fázi AIDS je postiženo motorickými a kognitivními poruchami, které jsou složkou širšího postižení nervového systému při AIDS. To je

způsobeno primárně neurotoxickým vlivem viru HIV a jednak řadou přídavných infekcí vznikajících v důsledku postižení imunity.

Na počátku onemocnění se objevuje narušení kognitivních funkcí, zejména poruchy paměti, poruchy koncentrace a bradypsychismus. Mohou se objevit opakovaná deliria. Na úrovni motoriky se objevují poruchy rovnováhy a poruchy motoriky horních končetin (Pidrman 2007, str. 57).

Alkoholová demence

Na alkoholové demenci se podílí celá řada faktorů. Největší význam má vlastní neurotoxicita alkoholu, dále se ale například uplatňuje karence vitamínů, zejména řady B. Velký vliv mají také další tělesné choroby, jako jsou onemocnění jater a ledvin a traumatická poranění hlavy.

Alkoholová demence se většinou rozvíjí plíživě, dlouhodobě, při pokračujícím abúzu alkoholu. Může také vzniknout přechodem z Korsakova syndromu, který se projevuje poruchou krátkodobé paměti a paměťové konsolidace. V důsledku tohoto postižení jsou pacienti dezorientováni místem a časem a poruchy paměti nahrazují konfabulacemi.

Alkoholová demence se vyznačuje celkovou poruchou intelektových funkcí a paměti. Je porušeno i abstraktní myšlení a soudnost, choroba se podobá demenci při Alzheimerově chorobě.

Při abstinenci a dlouhodobé léčbě může u některých pacientů dojít k ústupu demenčního syndromu, nikoliv však k jeho úplnému vymizení (Koukolík/Jirák 2004, str. 43).

3 Chování a jednání pacientů s demencí

Zabýváme-li se demencí na základě její symptomatiky, můžeme symptomy rozdělit do tří základních skupin. Do první skupiny řadíme narušení kognitivních funkcí, druhou skupinou je narušení aktivit denního života a třetí skupinou je takzvaný syndrom BPSD, neboli behaviorální poruchy. Tento koncept se utvářel v 90. letech minulého století, někdy bývá označován také jako ABC demence, kde A znamená aktivity denního života, B behaviorální poruchy a C kognitivní poruchy (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 19).

3.1 Syndrom BPSD

Syndrom BPSD (Behavioral and psychological Symptoms of Dementia) patří mezi nekognitivní projevy demence a zahrnuje relativně široké spektrum příznaků, ke kterým patří například výskyt halucinací, agitovanost, agresivita, poruchy nálad, poruchy rytmu spánků a bdění, paranoidní ladění a jiné. Tento syndrom není v přímé úměrnosti s postižením intelektu, to znamená, že jeho závažnost nemusí vždy odpovídat závažnosti postižení intelektových funkcí. (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 15).

Syndrom BPSD je pro demenci typický, nevypovídá ale přesně o stádiu demence ani o její závažnosti. Je to však velmi významný faktor, který proměňuje chování nemocného a chování okolí k nemocnému samému (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 15).

Právě z tohoto důvodu je syndrom BPSD pro moji práci velice důležitý a rozhodla jsem se věnovat mu samostatnou kapitolu.

Demence je často v očích veřejnosti považována za onemocnění, které postihuje hlavně kognitivní funkce. Ačkoliv pacient samozřejmě skutečně trpí kognitivním deficitem, který progresivně postupuje, jsou často pro pacientovo prožívání mnohem důležitější jiné projevy onemocnění demencí. BPSD projevy ovlivňují mnohem více citové prožívání pacienta samotného, ať již přímo, nebo prostřednictvím okolí, které na pacienta reaguje. Jsou také tou nejnáročnější složkou onemocnění pro rodinné příslušníky nebo pečující. Je to právě tento syndrom, který se nejvýrazněji projevuje a narušuje vztahy pacienta k blízkému okolí. Změna, kterou prodělává osobnost pacienta, je pro jeho blízké okolí nebo pro personál, který o pacienta pečuje, mnohem větší psychickou zátěží než samotný fakt, že pacient zapomíná a přestává se orientovat.

Pidrman a Kolibáš uvádějí ve své publikaci následující čísla, která vypovídají o frekvenci výskytu jednotlivých příznaků tohoto syndromu u nemocných pacientů s demencí: 75% pacientů se středně závažnou demencí trpí paranoidními pocity a jsou přehnaně podezřívaví, 40% trpí konkrétním bludem, že jsou okrádáni, 25% trpí halucinacemi, více než 80% nemocných je ve středním stadiu demence agitovaných až agresivních a u více než 40% pacientů se objevuje strach, že zůstanou osamoceni (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 17).

BPSD jsou rozdělovány do dvou skupin, které spolu ale velmi těsně souvisejí, jedná se o behaviorální a psychologické symptomy.

3.1.1 Behaviorální symptomy syndromu BPSD

Behaviorální symptomy jsou zjevné a obvyklé a zjistíme je na základě pozorování pacienta. Patří sem bloudění, agresivní nebo agitované jednání, vykřikování, sexuální desinhibice, přemísťování předmětů a další.

Bloudění

Bloudění je jeden z nejčastějších behaviorálních symptomů, který silně stresuje jak pacienta samotného, tak jeho rodinu nebo pečovatele. Pacient se například z pro nás nepochopitelných důvodů pohybuje a cosi hledá, balí si věci a odchází, zároveň si ale není vědom přesného cíle ani není schopen případně nalézt cestu zpět.

Pro bloudění se uvádí hned několik příčin. Může to být u pacienta pocit dezorientace, ke kterému může dojít jakoukoliv změnou, kterou pacient prožívá. Objektivně ani nemusí k žádné změně dojít, pacient prostě zapomene na prostředí, ve kterém se nachází a cítí se zde cize, proto je neklidný. Tuto situaci se snaží řešit a odchází. Často se stává, že pacient odchází „domů“, ačkoliv se vlastně doma nachází. Se stále přibývajícím poškozením paměti ztrácí pacient hlavně nejnovější vzpomínky, které jsou nejnáchylnější k poškození. Proto často zapomene, kde momentálně bydlí nebo kde se nachází, a jeho představy o domově odpovídají tomu, jak na svůj domov vzpomíná z období dětství.

Další příčinou bloudění je separační úzkost, která vede nemocného k hledání toho, co potřebuje, nebo k hledání někoho blízkého, aniž by byl schopen tuto potřebu vyjádřit pro pečovatele srozumitelným způsobem.

Noční bloudění může také zcela jednoduše souviset s tím, že nemocný během dne nebyl dostatečně aktivní a večer se nedostavila fyziologická únava.

Mezi další příčiny by mohl patřit výskyt bolestí, o kterém není nemocný schopen nikoho informovat, pocit hladu nebo žízně nebo v neposlední řadě nevhodné kombinace léků, které u nemocného způsobují poruchy spánku nebo neklid (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 21).

Agitovanost a agresivita

Výskyt agitovanosti a agresivity je podmíněn kognitivním zhoršením. Nelze je však vysvětlit pouze tímto jevem, velkou roli hrají i další faktory, jako je prostředí, medikace a osobnost pacienta.

Agresivitu můžeme rozdělit na agresivitu verbální a fyzickou. Oba druhy agresivity se častěji vyskytují u pacientů, kteří mají špatné sociální zázemí. Verbální agresivita bez agresivity fyzické se častěji vyskytuje u žen a bývá spojena s výskytem deprese a somatickými zdravotními problémy. Fyzická agresivita je častější u mužů a také u pacientů s výrazným kognitivním zhoršením (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 23).

Agitované, případně agresivní jednání pacienta je považováno za projev jeho úzkosti. Často může vznikat jako obranné jednání. Příkladem je například situace, kdy je k pacientovi přistupováno s takovým tempem, že pacient chování druhého člověka nerozumí. Takové nepochopení zcela přirozeně vyvolává strach a obranou reakci. Pokud je pacient například oblékán a pečující se nepřizpůsobí tempu pacienta nebo mu nedostatečně vysvětlí své jednání, reaguje pacient v obraně, protože nerozumí tomu, co se s ním děje.

Agresivní chování může ale také vyvěrat z patologického základu, například z bludného přesvědčení nebo halucinace.

3.1.2 Psychologické symptomy syndromu BPSD

Mezi psychologické symptomy BPSD patří zejména jednotlivé psychotické příznaky, jako jsou bludy, halucinace a jiné komplexní psychotické symptomy.

Bludy

Bludy u demence bývají komplexní a velmi často mají vztahovačný charakter. U nemocných trpících BPSD jsou v praxi nejčastější následující okruhy komplexního bludného myšlení.

Patří sem například bludné přesvědčení, že je pacient okrádán. Tento blud můžeme zčásti vysvětlit i zcela jednoduše tím, že pacienti si nepamatují, kam uložili určité věci a své věci často ztrácejí. Zároveň je ale potřeba zdůraznit, že se jedná o velmi závažnou poruchu myšlení, která má biologický podklad a nelze ji tedy takto zjednodušit.

Dům nebo byt, ve kterém pacient bydlí, často nevnímá jako svůj dům nebo byt. Tento blud je nejenom psychotickou poruchou, ale souvisí také s poruchou orientace a paměti.

Patří sem také chorobné přesvědčení o tom, že je pacient opuštěný, nechán na pospas, osamělý, které je pro prožívání pacienta velice nepříjemné a často vrcholí až těžkou depresí.

V neposlední řadě jsou to bludy v oblasti sexuální, pacient je pevně přesvědčen o tom, že je mu jeho partner nevěrný, nebo podezřívá ošetřovatele nebo rodinu z různých sexuálních praktik, které provádějí oni nebo jsou prováděny na něm. (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 27).

Halucinace

Nejčastěji se vyskytují halucinace zrakové, sluchové nebo hmatové halucinace nalezneme jen ve velmi malém procentu případů. Nejčastější konkrétní halucinace je přítomnost cizí osoby v blízkosti nemocného, v jeho okolí nebo v jeho bytě. Často má halucinace paranoidní nádech, osoba je nějakým způsobem nebezpečná nebo pacienta okrádá. Může se ale také například jednat o osobu pacientovi blízkou, která ho provází. (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 28).

3.1.3 Komplexní psychotické příznaky

Komplexními psychotickými příznaky rozumíme projevy, které jsou nápadné a relativně časté u pacientů s demencí, proto jsou uvedeny zvlášť ve vlastní kategorii.

Patří sem například přesvědčení, že je někdo v mém domě, někdo mě okrádá, otravuje nebo pomlouvá. Dalším psychotickým příznakem je, že nemocný nepoznává sám sebe, nepoznává se například v zrcadle a uvádí že je někdo jiný. Dalším klasickým příznakem je, že nemocný nerozlišuje a nepoznává své blízké, zaměňuje je za jiné osoby ze své minulosti nebo je obviňuje. Mezi komplexní psychotické příznaky patří také neorientace v realitě. Nemocný například již nemůže rozlišit informace z televize, na kterou se dívá, od reality, kterou bezprostředně prožívá. (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 28).

Poruchy nálady

Poruchy nálady zahrnují zejména depresi, úzkosti, fobie a někdy také mánie. Vyskytují se ve všech stádiích demence a často bývají právě prvotním příznakem. (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 29).

Poruchy spánku

Jedním ze symptomů BPSD, který nejvíce zatěžuje okolí pacienta i pacienta samotného, je porucha rytmu spánku/bdění. Tento symptom je charakteristický tím, že nemocný přes den pospává a v noci bdí. V noci se poté bdění může spojit s nepřiměřenou agitovaností, jako je například bloudění. Důvodem jsou biochemické a morfologické změny u pacienta, může to být ale také nedostatek světla přes den.

Světlo působí jako synchronizátor dvaceti čtyř hodinového rytmu. Nedostatek světla přes den může být u seniorů způsobem buďto nedostatečným osvětlením místnosti, ve které se pacient nachází, anebo degenerativními změnami na sítnici, která pak již není schopna zaznamenat dostatečné množství světla. Takový pacient často přes den pospává a v noci není dostatečně unaven. Protože je obklopený tmou a tichem, prožívá v noci úzkost, která vede k neklidu a následně například k bloudění. (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 30).

3.2 Etiologie a patogeneze BPSD

Etiologie a patogeneze BPSD je multifaktoriální, mezi čtyři základní faktory patří faktory genetické, neurobiologické, psychologické a sociální.

3.2.1 Genetické a neurobiologické faktory

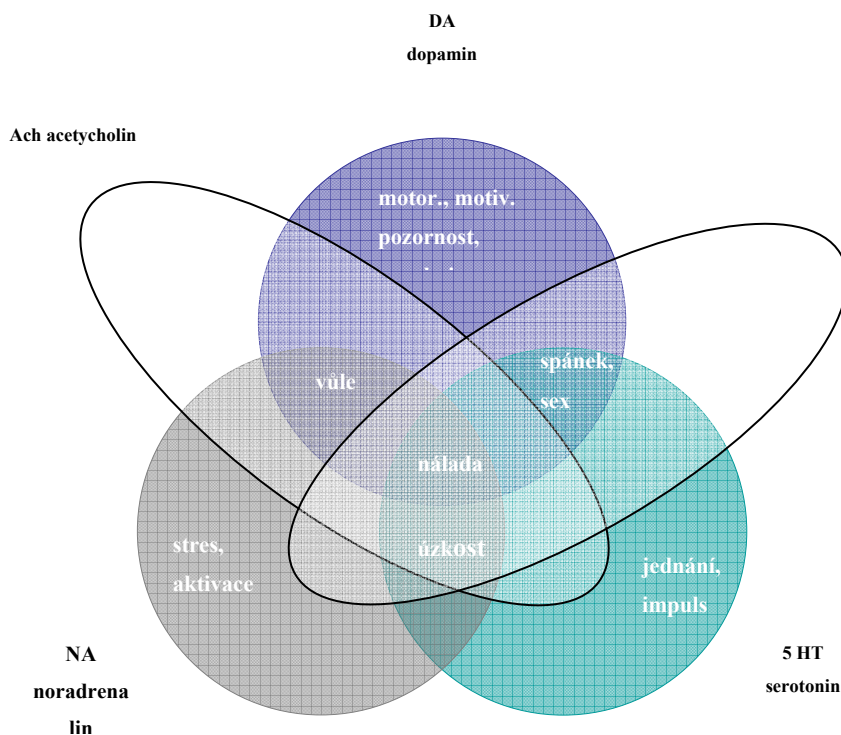
S věkem se přirozeně mění hustota a senzitivita receptorů a množství mozkových mediátorů. Snížení jejich hladiny je ve vyšším věku fyziologické. Zda dojde či nedojde k rozvoji BPSD je dáno genetickými předpoklady jedince. (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 35).

Zde uvádím velmi názorné zobrazení homeostázy pěti základních mozkových mediátorů a jejich vlivu, tak jak je uvádí Pidrman – viz graf č.1 (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 36).

Tato křehká homeostáza je u pacientů s demencí narušena, úbytek nebo nadbytek určitého mediátoru ovlivňují genetické předpoklady jedince.

Kromě neurobiochemických změn se genetické faktory uplatňují při změnách neuropatologických. Atrofie CNS je jedním ze základních nálezů při demenci.

Důležité je ovšem poznamenat, že tyto změny zákonitě provázejí i běžné stárnutí CNS. Jasná hranice mezi běžným stárnutím a patologií ještě nebyla přesně stanovena.



Graf č.1 - homeostáza pěti základních mozkových mediátorů (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 35)

3.2.2 Psychologické a sociální faktory

Při rozvoji BPSD se uplatňuje také osobnost jedince. Zjednodušeně lze říct, že se osobnost jedince stává karikovanou a o průběhu rozvoje BPSD rozhoduje mimo jiné schopnost a způsob pacienta reagovat na stres, který pro něj byl typický po celý život.

K sociálním faktorům patří také prostředí, kde se jedinec nachází a jeho vztahy s okolím. Pacienti trpící demencí jsou velmi citliví na jakékoliv změny ve svém okolí a jakákoliv takováto změna vyvolává u pacientů stres, který je rizikem pro rozvoj BPSD. (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 40).

3.3 Význam v diagnostice demence

BPSD mají také velký význam v diagnostice demence. Jedná se o novou kvalitu v chování a jednání jedince a příbuzní a pečovatelé je považují za významné. Jsou to často právě BPSD, které dovedou pacienta k lékaři. Výrazné poruchy paměti jsou často přehlíženy jako běžný příznak stárnutí. (Pidrman/Kolibáš 2005, str. 15).

4 Nefarmakologické přístupy k onemocnění demencí

V našem kulturním prostředí je demence vnímána hlavně jako nemoc vyžadující farmakologickou léčbu. Při podezření na onemocnění demencí diagnostikuje pacienta neurolog nebo psychiatr, pacienti mají zcela prokazatelné kognitivní deficity a změny chování, které vyžadují léčbu. Je nesporné, že tato léčba je na místě, ale stejně důležité je to, že pacienti trpí také emočními problémy, úzkostmi a psychotickými příznaky, které s sebou přináší toto onemocnění. Na tyto problémy se kromě farmaceutických terapií snaží reagovat některé nefarmaceutické přístupy.

V této kapitole uvádím přehled nejběžnějších nefarmakologických přístupů k pacientům s demencí a budu se snažit vystihnout pozici, jakou mezi těmito přístupy zastává Integrativní Validace. Pro lepší přehlednost jsem přístupy utřídila dle oblastí, na kterou se zaměřují.

Zkoumání nefarmakologických přístupů k demencím nemá tak dlouhou tradici jako vědecké zkoumání farmakologických přístupů. Již dříve se vycházelo z toho, že je v péči důležitá vstřícnost, úprava prostředí, ve kterém se pacient nachází a aktivizace, ale jen málo vědeckých studií se tomuto problému skutečně věnovalo. V současné době se ale i tyto přístupy stávají předmětem vědeckých výzkumů.

Nefarmakologické přístupy v managementu demencí lze rozdělit na několik skupin, podle toho, na co jsou zaměřeny. Jednotlivé metody jsou často komplexní a nemohou být zařazeny pouze do jedné skupiny, ale přesto je rozdělení užitečné pro orientaci a utřídění jednotlivých metod. Přístupy rozdělují do následujících oblastí:

1. *poradenství a podpora pacienta a jeho blízkých*
2. *přístupy zabývající se zachováním kognitivních funkcí*
3. *přístupy zabývající se zachováním a zlepšením soběstačnosti v aktivitách denního života*
4. *přístupy zabývající se zmírněním a odstraněním syndromu BPSD*
5. *celostní přístupy zaměřené na zlepšení kvality života pacientů.*

4.1 Poradenství a podpora pacientů a jeho blízkých

Poradenství hraje důležitou roli hlavně v počátečních stádiích onemocnění pacienta a v okamžiku, kdy byla demence diagnostikována. Informovanost o pravděpodobném průběhu

onemocnění, o jeho příznacích a o tom, kam je možné se obrátit o pomoc, hraje velkou roli ve vyrovnávání se s onemocněním. Pokud jsou i pečující a blízcí pacienta dostatečně a včas seznámeni s příznaky onemocnění, může tak být zabráněno zhoršování se komunikace a vztahů v rodině. Pro blízké osoby pacienta jsou projevy onemocnění velmi zátěžové a informovanost o tom, že se skutečně jedná o projevy nemoci, často pomůže situaci alespoň ulehčit.

V pozdějších stadiích onemocnění je péče o pacienta již velmi náročná, jak psychicky, tak fyzicky. Podporou pro pečujícího je individuální nebo skupinová psychoterapie. Významnou roli hrají také svépomocné skupiny, kde se pečující může setkat s osobami v podobné životní situaci a také si vyměňovat praktické informace. Všechny tyto intervence významně podporují oddálení institucionalizované péče o pacienta, který tak může zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí.

4.2 Přístupy zabývající se zachováním kognitivních funkcí

4.2.1 Kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace využívá technik, při kterých si pacient procvičuje paměť. Techniky jsou podobné jako u zdravých seniorů, jedná se o různé slovní hry, doplňování slov, skládání obrazců a přizpůsobené pexeso, jsou však zjednodušené a výrazně šetrnější (Holmerová/Jarolímová/Suchá 2007, str. 119).

Na roli kognitivní rehabilitace u pacientů s demencí převládají dva různé názory. Na jedné straně je přístup považován za důležitý a je doporučován, protože má zpomalovat úbytek kognitivních funkcí. Na druhé straně je odmítán, protože neustálá konfrontace pacienta s jeho deficitem je velmi stresující a je zastáván názor, že ani stálé procvičování významně neovlivní progresi kognitivního deficitu.

Při jeho aplikaci je vhodné také zohlednit stadium onemocnění, kognitivní rehabilitace je vhodná hlavně v raných stadiích onemocnění.

4.2.2 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Využívá u pacientů toho jevu, že trpí poruchami krátkodobé paměti, ale velmi dobře si v mnohých případech vybavují události dávno minulé. Pacient má k dispozici kufřík s předměty ze své minulosti a fotoalbum, za pomoci terapeuta nebo pečujícího si opakovaně připomíná na základě těchto předmětů a fotografií svoji minulost. Vzpomínky pacienta jsou

zaznamenávány a využívány pro efektivnější práci s pacientem (Holmerová/Jarolímová/Suchá 2007, str. 119).

4.2.3 Orientace v realitě

Tento přístup se uskutečňuje buďto jako individuální, nebo skupinová intervence. Byl vyvinut již v padesátých letech v USA pro pacienty s posttraumatickou stresovou poruchou. Jeho cílem je zlepšit kognitivní funkce pacienta a jeho orientaci místem a časem a tím i jeho samostatnost. Nejprve se zjišťuje, do jaké míry je pacient orientovaný, a dále následují různé techniky pro znovuzískání orientace. Klade se důraz na zapojení všech smyslů (Sachweg 2008).

Přístup je možné rozdělit do dvou základních oblastí. Za prvé je okolí pacienta uzpůsobeno tak, aby byl stále upomínán na to, jaký je například den, kolik je hodin atd. Prostor, ve kterém se pacient pohybuje, je barevně odlišen, jsou zde velké hodiny, kalendář a jiné (Sachweg 2008, Holmerová/Jarolímová/Suchá 2007, str. 120).

Druhou součástí jsou pravidelná skupinová sezení, kde si pacient, stejně jako u kognitivní rehabilitace, procvičuje svoji orientaci a kognitivní schopnosti (Sachweg 2008).

I u tohoto přístupu můžeme stejně jako u kognitivní rehabilitace najít jeho zastánce i jeho kritiky. Za užitečný je ale považován jen v raném stadiu onemocnění. Na druhou stranu mohou však konkrétní techniky pro znovuzískání orientace vyvolávat u pacientů úzkost, neklid až agresivitu, obzvláště je-li přístup necitlivě aplikován. Pacienti se mohou cítit více pod tlakem a nuceni podávat určitý výkon. Toto se jim přirozeně daří stále méně a méně, jak demence progresivně postupuje.

4.3 Přístupy zabývající se zachováním a zlepšením soběstačnosti v aktivitách denního života na příkladu Lifestyle approach

Přístup, při kterém si pečující o pacienta předávají informace o jeho stavu a schopnostech. Jedná se i o zdánlivé drobnosti, jako je zvládání jídla příborem, v kolik hodin je pacient zvyklý vstávat nebo je-li schopný se sám obléknout. Snaží se zachovávat stále stejný denní režim pacienta a umožnit mu samostatně vykonávat činnosti, které ještě vykonávat může. Dodržování pravidelného režimu a respektování pacientových schopností pomáhá předcházet tomu, že se pacient cítí neklidný, že pociťuje úzkost a strach (Holmerová/Jarolímová/Suchá 2007, str. 122).

4.4 Přístupy zabývající se zmírněním a odstraněním syndromu BPSD

Ke zmírnění a odstranění syndromu BPSD přispívá hlavně profesionalita pečujícího personálu, který musí být obeznámen s projevy onemocnění. Byly vypracovány jednotlivé přístupy, které se v mnohém liší, většinou se ale jedná o systematické vedení pracovníků pečujících o pacienty s demencí, aby analyzovali a předcházeli problémovému chování pacientů a byli schopni zjistit pacientovi potřeby.

4.4.1 Videotrénink interakcí, metoda Marthe Meo

Jedná se o pořizování záznamů z péče o pacienty a jejich analýzu společně s pečujícími. Cílem je nacházet individuální přístupy k péči ke konkrétnímu pacientovi, popřípadě zlepšit postup v případech, kde je to třeba (Holmerová/Jarolímová/Suchá 2007, str. 124).

4.4.2 Simulated Presence

Tato metoda se snaží zmírnit problémové chování simulací blízké osoby nebo známého prostředí. Pacient, který například hledá rodinného příslušníka nebo známé prostředí, je konfrontován s video nebo audiozáznamem rodinného příslušníka, který ho ujišťuje a uklidňuje. U některých pacientů se takovéto opakované přehrávání záznamu osvědčilo a vedlo k jejich zklidnění (Holmerová/Jarolímová/Suchá 2007, str. 124).

4.4.3 Předvídatelnost a strukturovanost denního režimu

Nejedná se zde o přístup jako takový, ale o velmi důležitou složku péče o pacienty s demencí. Předvídatelnost a strukturovanost denního režimu dává pacientovi větší pocit jistoty a tím předchází projevům agrese nebo úzkosti. Pacient by měl mít také možnost vykonávat smysluplné činnosti, tak, aby mohl vyplnit svůj čas. (Holmerová/Jarolímová/Suchá 2007, str. 124).

4.5 Celostní přístupy zaměřené na zlepšení kvality života

4.5.1 Preterapie

Tato metoda je ve svém přístupu ke komunikaci obdobná Validaci. Vychází z tradic humanistické psychologie a jejím autorem je G. Prouty, přímý žák C. Rogerse. Preterapie je založená na principu zrcadlení a jejím cílem je pomoci pacientovi navázat kontakt s realitou a

s osobami, které ho obklopují. Cílovou skupinou nejsou jenom pacienti s demencí, ale také osoby s těžkým psychotickým onemocněním, autismem nebo těžkou mentální retardací. Terapeut pacientovi zrcadlí to, co vnímá, aby lépe pochopil pacientovy pocity (Prouty 2005).

4.5.2 Habilitační terapie

Také tato metoda vychází z respektování důstojnosti a potřeb člověka s demencí. Definuje jednotlivé oblasti, na které je třeba se zaměřit v péči o pacienty s demencí. Je to prostředí, strukturované aktivity, důraz na uspokojení z činnosti, optimální komunikaci s výraznou neverbální složkou a dostatek stimulace (Holmerová/Jarolímová/Suchá 2007, str. 126).

4.5.3 Validační terapie a Integrativní Validace

Validační terapie patří právě mezi celostní přístupy, i když by ji bylo možné zařadit i mezi přístupy zabývající se zmírněním a odstraněním syndromu BPSD, protože právě ten stojí v centru jejího zájmu. Tím by ale nebyl postižen celek této metody.

Je vůbec prvním specifickým přístupem k pacientům s demencí a byl koncipován Naomi Feil. Získal si velkou pozornost již v 80. letech. Klade důraz na zachování lidské důstojnosti pacienta, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. V praxi se stala metoda oblíbenou, ale často je užívána bez její hlubší znalosti nebo pochopení. Pro tuto metodu zatím nebylo předloženo dostatečné množství klinických studií.

Blíže o této metodě v následující kapitole (Feil 2002, Richard 2004, Holmerová/Jarolímová/Suchá 2007, str. 125).

4.5.4 Stimulační a aktivizační metody

Pro aktivaci nebo uvolnění pacientů jsou velmi vhodné i přístupy, jako je pohybová a taneční terapie, petterapie, arteterapie, ergoterapie a další.

5 Integrativní Validace dle Nicole Richard

5.1 Vývoj přístupu – Validace dle Naomi Feil

Koncept Validace se vyvíjel od 60. let dvacátého století. Jeho autorkou je Američanka Naomi Feil, která tento koncept vytvořila pro starší, dezorientované pacienty. Přístup vznikl hlavně jako reakce a protipól k Přístupu orientace v realitě (ROT), který byl v té době velmi oblíbený a rozšířený. Feil vycházela z toho, že ROT je pro pacienty trpící demencí velmi frustrující a vyvolává u nich úzkost. Dle Feil je pro tyto pacienty mnohem vhodnější psychoterapeuticky a emočně orientovaný přístup. Validace znamená nepředpojatě vnímat svět dezorientovaných a dementních pacientů, definuje ji jako přístup zaměřený na dezorientované pacienty, na pochopení jejich chování a navrácení jejich důstojnosti (Feil 2002, str. 44).

Dle Feil by měla Validace na psychické úrovni pomoci pacientům vyrovnat se s prožitým životem, vyřešit nevyřešené konflikty z minulosti, znovu pacientům umožnit získat pocit vlastní hodnoty, redukovat úzkost a tím snížit nutnost léčby psychofarmaky. Dále také vychází z toho, že pokud bude Validace dobře prováděna, může dojít až ke zpomalení progresu onemocnění a může být zabráněno tomu, že se pacient dostane až do vegetativního stadia onemocnění (Feil 2002).

Přístup se zakládá na několika klíčových hypotézách. Za prvé vychází Feil z toho, že nevyřešené konflikty z minulosti silně ovlivňují chování pacientů v přítomnosti. Upínání se k minulosti a stálé návraty k příjemným minulým vzpomínkám vysvětluje Feil jako proces sebestimulace, který slouží k uniknutí z přítomnosti, která je pro pacienta nepříjemná.

Mezi zásadní principy u Validace patří empatie, pozornost a respekt. Metoda Validace se skládá na jedné straně ze zrcadlení toho, co se nám pacient snaží sdělit. Terapeut by měl stále znovu opakovat klíčová slova, která užívá pacient, a jeho věty přeformulovávat. Na druhé straně pracuje Validace s otázkami. Terapeut se například doptává pacienta na pozitivní nebo negativní pocity, které pacient prožívá. Důležitá je také neverbální komunikace, pohled z očí do očí nebo pozice těla komunikujícího.

Cíle, kterých by měla Validace dle Feil dosáhnout, by se daly shrnout takto: metoda přispívá k řešení doposud nevyřešených životních konfliktů a s tím souvisejícím problematickým chováním, jako jsou agresivita a agitovanost. Pacienti by měli, pokud jsou správně validováni, prožívat méně strachu a mělo by se zvyšovat jejich sebevědomí. Přístup

by měl vést ke zlepšení vnímání reality a zlepšování verbální a neverbální komunikace a zabránit stažení pacientů do sebe (Feil 2002).

K metodě Naomi Feil neexistuje bohužel mnoho výzkumů, které by se dlouhodobě zabývaly vlivem této metody na chování a prožívání pacientů. Evidence-Based Dementia Practice, sborník uvádějící klinické studie v oblasti demencí, uvádí jediné dvě existující studie (Neal/Briggs 1999, Toseland a kol. 1997 In Qizilbash 2002). Obě studie zaznamenaly nižší podíl deprese u IVA pacientů. Jinak ale nebyl zaznamenán žádný signifikantní rozdíl mezi zkoumanou a kontrolní skupinou (Qizilbash 2002, str. 434).

5.2 Integrativní Validace dle Nicole Richard

Nicole Richard v 90. letech dvacátého století převzala a přepracovala přístup Naomi Feil. Integrativní Validaci (IVA) definuje hlavně jako citlivý a empatický přístup k dezorientovaným starším pacientům. Jádrem přístupu je způsob komunikace s pacienty s demencí, který by měl být přínosný jak pro pacienty samé, tak pro pečující personál nebo jejich osoby blízké. Richard nesouhlasí s Feil v tom, že by Validace nebo Integrativní Validace ovlivňovaly vnímání pacientů nebo průběh jejich onemocnění, v popředí zde stojí jejich prožívání. Jádrem přístupu je zlepšení možnosti komunikace pacientů a lepší navazování kontaktu. I pozice validujícího pečovatele je jiná, není řešitelem problémů pacienta, ale doprovázející osobou, která ulehčuje prožívání během onemocnění. Jako pečující často chování pacientů s demencí nerozumíme a nevidíme v něm žádný smysl, přesto musíme emoce, které pacienti prožívají, vnímat jako skutečné a přijímat je. Cílem Integrativní Validace je nabízet pacientům podporu a doprovázet je během jejich onemocnění (Richard 1994, str. 198).

Pečující se s Integrativní Validací seznamují ve výcvikových kurzech, kde se učí pracovat se svými vlastními pocity a rozlišovat je od pocitů pacientů a zároveň uplatňovat rozhovor v Integrativní Validaci.

5.3 Teoretická východiska přístupu

Paměť

Paměť nebo paměťové procesy vykazují dle autorky dvě základní vlastnosti. Pacient si již v pokročilém stadiu onemocnění není na základě organických změn v mozku schopen

zapamatovávat nové události. Nové informace, které pacient získává, již není schopen uložit do dlouhodobé paměti.

V pokročilém stadiu onemocnění dochází postupně také ke ztrátě informací, které jsou již v dlouhodobé paměti uloženy, případně k jejich chybnému vybavování (Richard 1995, str. 244).

Stahování se do minulosti neboli záblesky v mlze

Nicole Richard vychází z toho, že se s postupujícím onemocněním pacienti stále více a více stahují do své minulosti, ulpívají na starších vzpomínkách a vzpomínkách ze svého mládí, které zůstávají v paměti stále zachovány. Dle Richard se tyto vzpomínky objevují u pacientů tak intenzivně, že ti často nejsou schopni rozpoznat, že se skutečně jedná o vzpomínky a noří se do této jiné reality, kterou prožívají jako přítomnou. Tak dochází k tomu, že pacienti například hledají osoby ze svého života, kteří již nežijí, nebo chtějí odejít na místo, o kterém jsou přesvědčení, že zde bydlí, i když tomu již dávno tak není. Tyto okamžiky nazývá Nicole Richard „Lichtungen im Nebel“ neboli „záblesky v mlze“ (Richard 1995, str. 244).

Pojem „záblesky v mlze“ odvozuje hlavně od představy, že současná realita je pro pacienty s demencí již těžko uchopitelná, nové podněty se pacientům nedaří ukládat do paměti, a tak jsou starší vzpomínky, které se vybavují ještě velmi jasně, jakýmiisi záblesky v mlze.

Stahování se do minulosti neboli ulpívání na záblescích v mlze, se děje z několika důvodů, které Richard rozděluje na vnitřní a vnější.

Vnější důvody jsou takové, které se vztahují na právě prožívanou přítomnost, která je pacientem vnímána jako nepříjemná nebo ohrožující. Tato situace může nastat, pokud je pacient přetížen nebo stresován přítomnými prožitky, které již kognitivně není schopen zpracovat. V důsledku svého zdravotního stavu může prožívat strach, nudu nebo osamění. Ke stažení se do minulosti může vést také jeho vědomí, že se jeho schopnosti stále progresivně zhoršují, nebo ztráta zvyklostí a rituálů, které doposud pacientovi zajišťovaly pocit bezpečí.

K vnitřním důvodům patří pocit prožívané blízkosti, který se snaží pacient navodit. Může to být touha po blízkosti matky nebo například touha po blízkosti vlastním dětem. Dále je to touha po zajištění, bezpečí, kterou pacient dříve prožíval a kterou již v současné době necítí. S touto touhou souvisí i pozice, kterou pacient dříve zastával, jeho status ve společnosti a jeho role. V neposlední řadě jsou to zkušenosti, které pacient získal, ať již pozitivní nebo negativní, a jejichž zážitek byl tak silný, že se k nim pacient stále vrací (Richard 1995, str. 246).

Realita versus realita pacienta

Nicole Richard vychází ve své metodě z toho, že pacienti prožívají různé emoce nejen na základě vnější reality, ale také na základě záblesků v mlze neboli stahování se do minulosti, ke kterému u nich dochází. Takový pacient se nutně jeví jako zmatený a dezorientovaný. Při péči o tyto pacienty vychází autorka z toho, že jejich kognitivní schopnosti již nejsou na takové úrovni, aby se na základě vnějších podnětů, například na základě přesvědčování pečovatele, vrátili do reality. Je naopak úkolem pečujícího „doprovázet pacienta na jeho cestě do osobní minulosti“ a pracovat tak s pacientovými pocity, které prožívá, bez ohledu na to, že nejsou slučitelné s naší realitou. Cílem této činnosti je vytvořit vztah mezi pečujícím a pacientem, který se zakládá na důvěře. Toto se může podařit pouze v tom případě, pokud pečující přijme pacientovy pocity jako skutečné (Richard 1995, str. 248).

Velmi důležité pro přístup Nicole Richard je, že na rozdíl od Naomi Feil nevychází z toho, že úkolem pečovatele je pomoci pacientovi vyřešit jeho nevyřešené konflikty z minulosti. Naopak, Richard vychází z toho, že tyto konflikty není v moci pečovatele řešit, pečovatel pouze nabízí podporu, blízkost a porozumění (Richard 1995, str. 248).

Minulost versus budoucnost

Pro vytvoření blízkého vztahu mezi pacientem a pečujícím a nastolení tak důvěry je nutné znát základní biografická data o pacientovi, která umožní lépe rozpoznat, co právě pacient prožívá. Proto je nutné pozorování a následná dokumentace chování pacienta. Velmi důležité je také získat a zaznamenat informace o předchozím pacientově životě, nejlépe od pacienta samotného, pokud je to možné, nebo jeho rodinných příslušníků (Richard 1994a, str. 433).

Kromě biografických dat jsou dle Richard také velmi důležitá obecná pořekadla a reálie z doby, kdy byl pacient mladý. Tyto jsou také využívány v Integrativní Validaci.

5.4 Metoda Integrativní Validace

5.4.1 Biografická data a práce s minulostí pacienta

Jak jsem již zmínila výše, informace o pacientovi a jeho minulosti, stejně jako informace o reáliích jeho dřívějšího života, jsou dle Richard podmínkou pro úspěšnou práci. Zde bych ráda uvedla konkrétní postup jejich získávání, tak jak ho popisuje Nicole Richard.

Kromě základních dat, která máme o pacientovi, jako je například jeho datum narození, místo bydliště a původní zaměstnání, uvádí Richard některé okruhy, které jsou pro práci důležité. Patří sem například jména a přezdívký rodinných příslušníků pacienta, jeho sourozenecká konstelace, popis běžného dne z pacientova dřívějšího života, například kdy byl zvyklý vstávat, jestli pracoval, nebo byl v domácnosti. Dále například co dělal pacient ve svém volném čase, co si oblékal do práce a co ve svém volném čase, kde bydlel v době svého dětství, kudy chodil do školy, do práce atd., jestli měl pacient domácí zvířata a pokud ano, jak se tato jmenovala (Richard 1994b, str. 312).

Ptáme-li se na informace pacienta samotného, je důležité vybrat si moment, kdy je pacient uvolněný a v příjemném prostředí. Při dotazování je potřeba hovořit pomalu, jasně a užívat krátké věty. Informace je nutné zaznamenávat také dlouhodobě při příležitostech, kdy se pacient sám rozhovoří (Richard 1994b, str. 312).

Informace je dobré získat také od rodinných příslušníků, pokud jsou ochotni spolupracovat (Richard 1994b, str. 312).

Kromě informací je důležité zaznamenat také životní témata pacienta, to znamená témata, o kterých pacient často mluví, slovní spojení, která nejčastěji používá a situace, ve kterých se tato slovní spojení objevují. Připomenutím takového tématu můžeme pacientovi navodit příjemné vzpomínky a pocit sounáležitosti (Richard 1994b, str. 312).

Stejnou důležitost mají dle Nicole Richard také takzvaná slova nebo slovní spojení vyjadřující „duch doby“. Richard je nazývá „Zeitgeistwörter“. Jedná se o slova nebo pořekadla, která se často a typicky užívala za doby pacientova mládí a která se v Integrativní Validaci užívají ve třetí fázi rozhovoru.

Na základě těchto informací vytvoří pečující personál kartu pacienta, která obsahuje všechny tyto oblasti a která se průběžně aktualizuje a každý, kdo o pacienta pečuje by měl být obeznámen s obsahem pacientovy karty.

5.4.2 Rozhovor v Integrativní Validaci

Čtyři stupně rozhovoru v Integrativní Validaci

Rozhovor je v Integrativní Validaci jádrem této metody. Skládá se ze čtyř základních úrovní, které na sebe navazují.

I. Vnímání a porozumění emocím pacienta
II. Zrcadlení a pojmenovávání emocí pacienta

III. Potvrzení porozumění na obecné úrovni
IV. Nabídka, popřípadě čemu se v rozhovoru vyhnout

I. Vnímání a porozumění emocím pacienta

Jádrem tohoto bodu rozhovoru v Integrativní Validaci je určení toho, co pacient právě v tento okamžik prožívá. Richard vychází z toho, že emoce pacienta může vycházet ze širokého spektra podnětů, ať již současných, jako je jeho negativní pocit v dané situaci, nebo minulých, jako je například určitá vzpomínka, ke které se pacient vrátil. Úkolem pečovatele je na základě biografických informací, které o pacientovi má, a na základě jeho současného stavu určit, co pacient právě prožívá. Richard uvádí, že je důležité, aby pečující neanalyzoval a neinterpretoval (Richard 1995, str. 248).

II. Zrcadlení a pojmenovávání emocí pacienta

V tomto bodě pečovatel zrcadlí emoci, kterou pacient právě prožívá, a to jak v rovině verbální, tak v rovině neverbální. Emoci pojmenovává a zároveň ji svým chováním zrcadlí. Tím dává na jednu stranu najevo, že pacientovi a jeho problému porozuměl, vnímá a přijímá jeho pocity jako skutečné. Na základě vztahu, který přijetím pacientových pocitů vzniká, se pečující snaží s pacientem navázat kontakt (Richard 1995, str. 248).

III. Potvrzení porozumění na obecné úrovni

K dalšímu potvrzení porozumění pacientovu problému užívá pečující obecné věty, slovní spojení nebo pořekadla, u kterých předpokládá, že je pacient dobře zná ze své minulosti. Cílem je pacienta přesvědčit o tom, že mu skutečně rozumí a zároveň vytvořit pocit většího bezpečí skrze užití pacientovi známých vět. Richard vychází z toho, že sousloví a pořekadla zůstávají velmi dlouho zachována v paměti pacienta a tudíž tím, že je pacient opět slyší, získává pocit porozumění a známosti prostředí, získává tak větší pocit bezpečí.

IV. Nabídka a čemu se v rozhovoru v Integrativní Validaci vyhnout

V poslední fázi se pečující již nachází na stejné úrovni reality jako pacient a má možnost „nabídnout“ pacientovi například svoji další přítomnost, rozhovor nebo činnost, kterou může pacient vykonávat. Nadále ale potvrzuje pacientovi pocity.

Richard na tomto místě také uvádí, čemu je nutné se v rozhovoru vyhnout:

- vést pacienta zpět do reality, kterou pacient nemůže dostatečně kognitivně zpracovat anebo ze které se právě stáhl do minulosti, protože byla pro jeho prožívání nepříjemná
- konfrontovat pacienta s jeho zmateným chováním a jeho chování korigovat
- interpretovat pacientovo vyjadřování a chování
- soustředit se na obsahovou stránku komunikace s pacientem
- pacienta odvádět od jeho přání nebo cílů, což má dle Richard paradoxní důsledek, že se pacient snaží o to více svých přání či cílů dosáhnout (Richard, 1995, str. 248).

Co umožňuje dobře vedený rozhovor v Integrativní Validaci

Autorka uvádí, že dobře vedený rozhovor umožňuje vystavět vztah důvěry mezi pacientem a pečujícím. Tento vztah není možný, pokud pečující nevnímá emoce a prožívání pacienta jako reálné a nedokáže ho s nimi přijmout. Rozhovor také umožňuje přístup do světa pacienta s demencí, na základě vybudované důvěry a možného rozhovoru se pacient zbavuje alespoň do určité míry strachu a pocitu osamění, jeho život se stává příjemnější a kvalitnější (Richard, 1995, str. 248).

5.4.3 Příklad čtyř úrovní rozhovoru, tak jak je uvádí Richard:

Úroveň I:

Pacient A sedí schoulený v křesle, pohupuje se ze strany na stranu a pláče.

Pečující zvažuje, co pacient pravděpodobně prožívá na základě jeho současného stavu, aktuální situace, běžného pacientova chování a biografických dat. Oba se nachází v pokoji pacienta, kde se zdá být vše v pořádku.

Úroveň II:

Pečující se posadí vedle pacienta A, převezme jeho pozici a rytmický pohyb a pokusí se navázat oční kontakt. Při hovoru přizpůsobí tón hlasu a sílu hlasu projevu pacienta A.

P: *„Dnes jste velmi smutný...necítíte se dobře.“*

Pacient A vzlyká, nereaguje.

P: *„Dnes jste opravdu velmi nešťastný.“*

Pacient A dále vzlyká, ale navazuje oční kontakt a krátce kývne. Po chvíli tiše promluví.

A: *„To...sklo vyskočilo.“*

P: Opakuje, co se pravděpodobně stalo: *„Sklo se rozbilo.“*

A: *„A teď se může každý! dívat dovnitř.“*

P: „Z toho máte strach, že se každý může dívat dovnitř.“

A: „Každý se dívá,“ pláče.

P: „No to je strašné, že se každý dívá dovnitř....to je opravdu nepříjemné.“

A: „Já už to vůbec nemůžu.“

P: „To je pro vás velmi těžké“

A: „Už to nemůžu dělat.“

Pečující zkouší zareagovat na možný důvod pacientovy úzkosti:

P: „Ano, je to velmi těžké, že už některé věci nemůžete dělat jako dřív.“

Nálada pacienta A se mírně mění, již nepláče, odpoví rázně:

A: „Dříve by se něco takového nestalo.“

P: „Ne, to by se nestalo.“

A: „Ne, to ne.“ [...]

Úroveň III:

A: „V práci byl vždycky pořádek.“ Již nepláče, mluví rozhodně.

P: „Měl jste asi velkou zodpovědnost.“

A: Kýve.

P: „Pořádek musí být.“

A: „Pořádek musí být.“

Úroveň IV:

Pacient A může dále hovořit o svém zaměstnání a jeho pozici v něm, cítí, že jeho problému pečující věnuje pozornost.

Pečující přijímá i nadále pacientovy pocity, kterými jsou strach z bezmoci nebo strach z nepochopené situace, dává pacientovi najevo, že mu rozumí a pokračuje s ním v hovoru, dokud o to má pacient zájem.

(Pro všechny tyto úrovně viz Richard 1994b, str. 311).

4.5.3 Ukázky rozhovorů Integrativní Validace v praxi

V následující části práce bych ráda uvedla ukázky IVA rozhovorů z videonahrávek z materiálů Nicole Richard. Jedná se o jednotlivé krátké rozhovory ze zařízení s šesti různými pacienty. Videonahrávky příkládám ke své práci na DVD a zde uvádím jejich záznam.¹

Pacientka 1

Pacientka 1 stojí u okna, je rozrušená a působí smutně. Ruce má spojené a dívá se k zemi. Pečující stojí u ní, zaujímá tělem stejný postoj a hovoří k ní.

P: „*Připadáte si docela ztracená.*“

P1: „*Ano, to není tak docela jednoduché....člověk to zná velmi dobře....a přeci si připadá....*“

Pacientka rozpojuje ruce a nechá je padnout volně podle těla. Pečující ji napodobuje.

P: „*Docela bezmocně.*“

P1: „*Ano....to už bylo všechno řečeno...., ale moc často se to nedělá.*“

P: „*Hm.*“ Kýve.

Pacientka se otáčí a vyhlíží z okna, pečující ji napodobuje.

Pacient 2

Pacient 2 přichází velmi energicky po chodbě, gestikuluje rukama a hovoří jasně a rázně. Pečující přizpůsobuje chůzi jeho chůzi a přebírá i pozici rukou a pacientovo tempo.

P2: „*Dva tisíce.*“

P: „*Dva tisíce....v Günnen.*“

P2: „*Jet tam už....*“

P: „*V Günnen tam bydlíte, že ano? Tam jste doma.*“

P2: Kýve: „*V Günnen, na pravé straně.*“

Pacientka 3 – 1. rozhovor

Pacientka 3 stojí u dveří pokoje, je rozrušená, působí velmi rozčileně. Pečující se přizpůsobuje jejímu tónu a držení těla. Reaguje také rozčileným tónem.

P: „*Co se to tady děje?....To člověk vůbec neví, co z toho všeho bude!*“

P3 kýve a mávne rezignovaně rukou a skloní hlavu. Pečující ji napodobí.

P3: „*Musím odsud pryč!*“

P: „*Musíte ted' vyrazit.*“

¹ Původní jazyk videoukázek je němčina, protože byly rozhovory natáčeny v zařízení v Německu. V případě potřeby je u mě k dispozici k nahlédnutí i jejich přepis v německém jazyce, zde uvádím jejich český překlad.

P3: „*Ti lidé chtějí přeci dostat něco k jídlu!*“

P: „*Máte velmi naspěch.*“

Pacientka 3 – 2. rozhovor

Pacientka je oblečená do kabátu a čepice, v ruce drží kabelku a velmi energicky a rozhodně utírá hadrem stůl. Nevšímá si okolí, je soustředěná pouze na povrch stolu. Pečující stojí u ní a zvedá předměty, které jsou na stole.

P: „*Všechno se musí důkladně vyčistit.*“

P3: „*Ano.*“

P: „*Vy jste velmi pilná žena.*“

P3: „*Hm.*“

P: „*Musí to být všechno přesně.*“

P3: „*Hm.*“

P: „*Správná žena, ta ví, jak se to správně dělá.*“

P3: „*Ó ano, já už jsem začala s dítětem.*“ Usměje se a podívá se na pečující: „*Nás bylo doma tolik dětí.*“

P: „*Devět do počtu, že ano?*“

P3: S úsměvem: „*Ano ano, devět.*“

P: „*Plná stodola dětí.*“

Pacientka zvedá hlavu a dívá se při komunikaci na pečující. Usmívá se a gestikuluje rukou.

P3: „*Protože byla moje matka sama....jako děvče....a měla tu velkou věc....a dole....*“

P: „*Musela jste pomáhat.*“

P3: „*Ano ano, já jsem také pomáhala.*“

P: „*Jinak by to sama nezvládla.*“

P3: „*No právě.*“

P: „*Mnoho rukou....*“

P3: „*Mnoho rukou udělá hodně práce.*“

Pacient 4

Pacient a pečující sedí spolu na lavici. Pacient se dívá před sebe, jeho pohyby jsou pomalé, nemluví. Působí velmi sklesle.

P: „*Také jste se do toho vždy opravdu opřel.*“

P4: „*A....ano.*“

P: „*Práce se neudělá sama.*“

Pacient se podívá na pečující a odpovídá.

P4: „*Ano.*“

Pečující kýve.

P: „*Byl jste řemeslník.*“

Pacient kýve a pečující naznačuje rukama práci malíře.

P4: „*Ano?*“

P: „*Malíř.*“

P4: „*Všechno jsem dělal.*“

P: „*Všechno jste dělal.*“

P4: „*Stavěl jsem dům, dělal jsem....*“

Pacient 5

Pacient 5 – 1. rozhovor

Pacient stojí s pečující na kraji chodby, je nejistý na nohou, pečující ho podpírá a on se přidržuje zábradlí. Dívá se na chodbu, působí dezorientovaně, bázlivě.

P: „*Pan L. se vždycky nejprve vážně dívá, velmi opatrně. Člověk nikdy neví, komu má důvěřovat....chceme se támhle posadit, půjdete se mnou?*“

P5 hovoří velmi tiše: „*Vlastně ani.... né.*“

P: „*Raději ne....to se vám moc nechce.*“

Pečující přizpůsobila svůj hlas pacientovi, hovoří také velmi tiše.

P: „*Dnes jste velmi smutný.*“

P5. „*Hmm.*“

P: „*Je tu takový blázelec, jak se v tom člověk má vyznat....to vás trápí, že ano?*“

P5: „*Hmm,*“ hovoří nesrozumitelně.

P: „*Jedna sestra, druhá sestra.*“

Pacient se naklání za roh chodby a dívá se. Pečující se naklání s ním.

P: „*Podíváme se, co se tady děje....pan A. je to.*“

Pacient 5 – 2. rozhovor

Pečující sedí s pacientem v pokoji. Pacient působí smutně, pečující se k němu naklání a osloví ho jménem.

P: „*A.L.*“

P5: „*Nemám s tím moc společného.*“

P: „*Už s tím tady nemáte moc společného.*“

P5: „*Jo jo nemám.*“

P: „*Vypadáte velice smutně.*“

P5: „*Já ?*“

Pečující kýve.

P: „*Všechno vám to běží hlavou.*“

P5: „*Už mě to nebaví.*“

P: „*Člověk ztratí tu radost.*“

P5: „*Hm.*“

P: „*Vůbec se tu už dobře nevyznáte, že ano?*“

P5: „*Nee.*“

P: „*Stále nové obličej....to je těžké.*“

Pacient mírně kýve na souhlas.

P: „*Nevíte jak to všechno půjde dál. Člověk ale nesmí ztratit trpělivost.*“

Pacientka 6

Pacientka sedí a v ruce drží časopis, který si prohlíží. Její pozornost je zcela věnována prohlížení časopisu. Pečující si k ní klekne a hovoří na ni, osloví ji jménem.

P: „*Anneliese D.*“

Pacientka nereaguje, pouze velmi krátce vzhledne, ale ne směrem k pečující, její pohled je nepřítomný.

P: „*Anneliese!....když paní D. něco dělá, tak to dělá pořádně. Pořádně si to prohlédne. Pracovala totiž v kanceláři.*“

Do rozhovoru vstupuje jiná pacientka, která sedí také na lavici.

PX: „*Ach tak.*“

P: „*Ano.*“

PX: „*A s kým?*“

P: „*Se spoustou kolegů v kanceláři. Všechno musela vždy přesně zkontrolovat, všechny dokumenty....Proto tohle všechno zná, papír....*“

Pečující ukazuje prstem na časopis pacientky, pacientka ale vůbec nereaguje, stále se pouze dívá do časopisu. Po té krátce vzhledne směrem k pečující, ale ihned zase odvrátí pozornost.

P: „*Tady je.*“

Diskuse

Jak je patrné z těchto ukázek, jen málokdy zde nalezneme rozhovor, který by měl všechny čtyři fáze, tak jak je v ideálním případě uvádí Nicole Richard. Je tomu tak ze dvou důvodů. Někdy se zcela prakticky nepodařilo zachytit rozhovor v celku a v ostatních případech se pečujícím nepodařilo vést rozhovor ideálním způsobem až do konce. Přesto jsou praktické ukázky velice důležité k pochopení přínosu přístupu.

U pacientky 3 se pečující v druhém rozhovoru velmi dobře daří navázat s pacientkou komunikací. Pacientka se původně velmi energicky věnuje své činnosti, která je z našeho pohledu zbytečná a pravděpodobně také narušuje chod zařízení. Pečující rozhovorem navazuje komunikaci, vyhodnocuje význam činnosti pro pacientku a ta na tuto nabídku pozitivně reaguje – začne s pečující rozhovor. Její napětí zcela očividně opadá a uvolňuje se, v rozhovoru dále pokračuje s úsměvem. Pacientka pravděpodobně cítí, že je jí věnována pozornost. Její činnost je také pozitivně hodnocena. Pečující uvádí: „Vy jste velmi pilná žena“ čímž vyslovuje pozitivní hodnocení směrem k pacientce a zároveň dává najevo, že rozumí její motivaci.

Podobně pozitivní vývoj má komunikace mezi pacientem 4 a pečující ve čtvrté videoukázce.

U pacienta 2 můžeme sledovat ideální ukázkou zrcadlení, kdy se pečující na pacienta jak fyzicky, tak verbálně nastavuje, aby mu dala najevo, že rozumí tomu, co pacient sděluje. Pečující přizpůsobuje své držení těla, rychlost pohybu i tón hlasu pacientovi, ačkoliv je pacient velmi rázný a působí rozčileně. Cílem zrcadlení těchto emocí je dát pacientovi najevo, že jeho emocím rozumí a přijímá je.

V poslední ukázce, u pacientky 6 a také částečně u pacienta 5 v prvním rozhovoru, je patrné, že tato metoda naráží na jasné hranice. Pacientka 6 je zcela uzavřená ve svém světě, věnuje se sledování časopisu a nijak nereaguje na nabídku komunikace. Pokud zvedne oči, tak je její pohled nepřítomný, oční kontakt naváže jen na velmi krátkou chvíli a není možné vůbec říci, jestli pacientka slyšela něco z nabízené komunikace ani co momentálně prožívá. Vše, co pečující k pacientce říká, je pokus o komunikaci na základě biografických dat pacientky a momentálního úsudku pečující o tom, „co se v pacientce děje“. Z videoukázky není možné vyčíst reakci, která by ukazovala nějaký vliv této komunikace na pacientku.

Pacient 5 sice na rozhovor navazuje, ale není zcela jasný, jestli skutečně hovoří o tom, co ho v současné době zatěžuje. Ačkoliv se pečující dobře daří rozhovor vést, je pacient i nadále úzkostný a skleslý, jeho nálada se z vnějšího pohledu nijak nemění a neukazuje zájem na dalším vedení konverzace.

5.5 Co přináší Integrativní Validace z pohledu její autorky

Nicole Richard vychází z toho, že při aplikaci jejích přístupů u pacientů s demencí prožívají pacienti méně strachu a úzkosti. Rozhovor v Integrativní Validaci, pokud je veden správným způsobem a podaří se navázat s pacientem úspěšný kontakt, utvoří mezi pacientem a pečujícím atmosféru důvěry a porozumění. Dezorientovaný pacient při takovém rozhovoru pocítuje méně strachu a je vystaven menšímu stresu. Tím, že pacient není neustále navracen do současné reality, která je pro něj stresující nebo kterou již na základě kognitivního deficitu nemůže přijmout, a že jsou jeho pocity přijaty jako reálné, získá pacient silnější vědomí sama sebe. Je přijat takový, jaký je. Cítí, že je podporován, stává se méně agresivní a je zachován prostor pro jeho další vývoj nebo svobodné jednání. Obecně dále platí pro pacienty, že jsou více komunikativní a navazují více mezilidský kontakt. Podpora pacientů je hlavním cílem Integrativní Validace.

Autorka uvádí i změnu, ke které dochází u pečujících. V důsledku aplikace Integrativní Validace se pacienti stávají méně agresivní, jejich chování je pro pečující více pochopitelné a tím je péče pro pečující méně stresující, hrozí tak například mnohem méně syndrom vyhoření (Richard 1994a, str. 198).

6 Případy pacientů v Integrativní Validaci

Na tomto místě bych ráda uvedla případy několika pacientů, klientů zařízení Cristal ve Švýcarsku které pracuje s přístupem Integrativní Validace.

Získala jsem zde informace o pacientech a zaznamenala několik IVA rozhovorů, z nichž zde šest uvádím.

Klíčové pro metodiku IVA jsou také biografické listy, jejichž přepis zde proto uvádím a které jsou součástí interní dokumentace zařízení. Jejich podoba je taková, v jaké se vytvářejí v zařízení Cristal. Biografické listy jsou tvořeny pečujícím personálem postupně, podle informací, které personál získává o pacientovi. Aktuální informace jsou stále doplňovány. Pečující je využívají k tomu, aby byli obeznámeni s nejdůležitějšími informacemi o pacientech, o které pečují a byli schopni tyto informace využít při IVA rozhovoru.²

6.1 IVA rozhovor s paní R

Pacientka Paní R

Paní R žije v zařízení přibližně dva roky, je jí 73 let. Je vdova, manžel zemřel před dvěma lety, má dvě děti, syna a dceru. Syn žije v zahraničí, dcera žije ve stejném městě a matku občas navštěvuje. Dcera paní R má již sama rodinu, dva syny.

Paní R vyrůstala s rodiči na venkově na farmě. Oba její rodiče byli celý život činní v zemědělství, hlavní oblastí činnosti byla produkce mléka. Vlastnili čtyřicet hospodářských zvířat a kromě masa a mléka produkovali také zeleninu. Pacientka měla ještě dalšího sourozence, bratra, ale ten již nežije. Ten převzal farmu rodičů.

Paní R se vdala v 19 letech a pravděpodobně měla velmi spokojené manželství. Manžel pracoval pro Švýcarské dráhy, celý život jezdil velmi mnoho na služební cesty po celém světě a v zaměstnání zaujímal velmi významné postavení. Manželé si koupili velký secesní dům se zahradou v menším městě. Paní R nepracovala, byla v domácnosti a starala se o dům a o děti. Manžel dojížděl do zaměstnání autem a i paní R užívala při jízdách mimo domov hlavně auto.

Ve volném čase pacientka se svým manželem a dětmi velmi často cestovali. Pokud trávili čas na cestách, tak se setkávali s přáteli, účastnili se oslav, chodili tančit na plesy nebo se

² Původní informace a pacientech, které jsem získala v zařízení (biografické listy aj.), jsou v německém jazyce. Ve svém práci uvádím jejich český překlad. V případě potřeby jsou německé originály k dispozici u mne k nahlédnutí.

účastnili jiných společenských událostí. Oba byli také velmi sportovně aktivní, hráli několikrát týdně tenis a vlastnili jachtu.

Dcera paní R. vystudovala architekturu, ale starší syn odmítl studovat a to vedlo k několikaleté neshodě mezi rodiči a synem. Když se syn odstěhoval do zahraničí, vztahy se opět urovnaly.

Paní R byla poprvé vyšetřena u neurologa přibližně v 65 letech. Trpěla stavy silného rozrušení, nemohla v noci spát, začala být na svoji rodinu často velmi odměřená. Stávalo se, že občas zapomněla na schůzku nebo na jiný termín, na připomenutí ale reagovala velmi podrážděně. Těžko také ovládala přístroje v domácnosti, který do té doby běžně užívala, jakoukoliv pomoc ale odmítala. Stav pacientky se postupně zhoršoval, byla nasazena farmaceutická léčba a po několika vyšetřeních stanovena pravděpodobná diagnóza Alzheimerovy choroby.

Pacientka zůstala v péči manžela a rodiny až do okamžiku, kdy její manžel zemřel na srdeční selhání. Po té začala pacientka žít v zařízení, kde si ale zpočátku velmi těžko zvykala. V současné době zde již žije dva roky a má samostatný pokoj, což jí více vyhovuje.

Biografická data byla z velké části získána od dcery paní R.

Přepis biografického listu paní R:

Příjmení :	Pacientka R
Jméno:	
Ročník:	
Číslo pokoje:	
Rodina pacienta/ky, sourozenci	Pacientka vyrůstala na farmě, oba rodiče zemědělci, pěstovali krávy, hlavně na produkci mléka, nebyli nijak zámožní, pracovali velmi tvrdě, každý den od pěti hodin ráno, necestovali, bratr pacientky převzal farmu po rodičích, ani bratr ani rodiče už nežijí.
Školy, vzdělání, zaměstnání	Gymnázium, dále pacientka nestudovala, celý život v domácnosti.
Partner, děti, přátelé	Manžel, zaměstnaný u drah, významné

	<p>postavení, dcera architektka – má dva syny, matku často navštěvuje, syn žije v zahraničí – Nizozemí, dříve s rodiči silné konflikty, pravděpodobně kvůli synovu způsobu života?</p>
Bydlení	<p>Vlastní, secesní dům, velmi velký s rozlehlou zahradou, pacientka je na něj velmi pyšná, dům vždy udržovala sama. Dům prodán dětmi pacientky po smrti manžela.</p>
Volný čas, hobby, domácí zvířata	<p>Cestování – celý svět – Austrálie, Afrika, safari, USA Tenis – až několikrát týdně Jachta – plachtění s manželem, přáteli Domácí zvířata žádná Pacientka vyrůstala na farmě</p>
Důležité zážitky	<p>Odchod syna do zahraničí – neshody Smrt manžela</p>
Náboženství	<p>Protestantské, ne příliš aktivní</p>
Životní témata	<p>Nálezení k lepší společnosti Peníze Tenis Mít vlastní dům</p>
Klíčová slova	<p>Vlastní dům Manžel Secesní dům Party, Ples Peníze Ukradli mi peníze X - agrese</p>
Věty pro IVA	<p>Vy jste přece někdo Vy se nemusíte na nikoho spoléhat Vy víte, co se patří Vždycky na vás bylo spolehnutí Váš manžel je velmi inteligentní člověk</p>

1. IVA rozhovor s paní R :

Paní R. je na cestě do jídelny. Je to stále ještě velmi vysoká žena, štíhlá, její chůze ale již není tak jistá. Na chodbě se zastaví a něco hledá. Pečující jí vyzývá, aby pokračovala do jídelny. Paní R začne velmi hlasitě křičet:

Paní R: „*Pomóc! Pomóc! Jsou tu zloději! Ani v tomhle domě si člověk už nemůže být ničím jistý!....*“ Paní R dále křičí velmi hlasitě.

P: „*Vy máte ale vztek, paní R!*“

Paní R: „*To je skandální, musím okamžitě pryč odtud.*“

P: „*To je opravdu k vzteku.*“

Paní R: „*Koneckonců mám vlastní dům, nepotřebuji být tady v tom.... v tom....*“

P: „*Máte vlastní dům, můžete se spolehnout sama na sebe.*“

Paní R: „*Nepotřebuji tady žádné almužny.*“

P: „*Nehcete být na nikom závislá.*“

Paní R: „*Nemám potřebu být na nikom závislá, mám vlastní dům, vlastní auto. Můj manžel ví, že se na mě může spolehnout!*“ Paní R mává nejistě rukama.

P: „*Mohu vám nabídnout ruku?*“

Paní R: „*Je dobře, že jsou tady také ještě slušní lidé a ne jenom zloději. Já ale nemám svoji peněženku.*“ Paní R přijímá a drží se za ruku pečující.

P: „*Slušnost musí být.*“

Paní R: „*Ano ano, ale já teď nebudu moci zaplatit. Mohla byste zavolat mého manžela?*“

P: „*Nehcete být nikomu nic dlužná. Ale večere je každý měsíc placena z vašeho účtu.*“

Paní R: „*No tam mám koneckonců dost peněz.*“ Paní R se trochu uklidňuje, stále ale ještě stojí nejistě na chodbě.

P: „*Takže teď se můžeme spolu vydat na večeri, ne? Jsem velmi zvědavá, co se dnes bude servírovat.*“

Paní R: „*V téhle restauraci vaří poměrně slušně, jen co je pravda...*“

2. IVA rozhovor s paní R:

Paní R sbírá předměty ve svém pokoji a skládá je na postel. Stojí velmi vzpřímeně, ale trochu nejistě na nohou. Do pokoje vchází pečující a přináší paní R léky. Paní R máchá velmi

energicky rukama, uhlazuje povlečení na posteli a přerovnává své osobní věci. Pečující jí podává sklenici, ale ona mávnutím ruky odmítá.

Paní R: „*Vůbec, ale vůbec to není v pořádku. Zase se to stalo.*“

P: „*Jste velmi rozrušená, paní R.*“

Paní R: „*Už se to zase stalo a byli tady.*“

P: „*Jste velmi rozrušená a rozzlobená.*“

Paní R: „*Byli tady a všechno to vzali. To se člověk snaží, aby byl všude pořádek a oni přijdou. Jak si můžou jen tak přijít?*“

P: „*No to je k vzteku, když sem někdo jen tak vtrhne.*“

Paní R: „*A všechno vezme, kde jsou mé věci?*“ Paní R se rozhlíží bezradně po pokoji: „*Kde jsou ty lampy a ty věci?*“

P: „*Cítíte se úplně ztracená, když vaše věci nejsou na svém místě.*“

Paní R: „*Tady byly, tady...*“

P: „*Je to těžké, když člověk přijde o svůj majetek.*“

Paní R neposlouchá a hovoří potichu k sobě. Pečující přistupuje blíž k paní R, přejímá její postoj a podává jí z postele malou broušenou vázu.

P: „*Tady je broušená váza.*“

Paní R: „*No alespoň ta že tady zůstala. Dejte mi ji.*“ Paní R ukládá vázu znovu na stolek.

P: „*Tady je obraz – olejomalba.*“

Paní R: „*To je Klee – ovšem samozřejmě kopie. Obraz bychom měli pověsit.*“ Paní R se mírně uklidňuje. Pokračuje: „*Můj manžel miluje Paula Klee, ale já nejsem velkým milovníkem takového umění.*“

[...]

Pečující podává postupně paní R všechny věci, které leží na posteli. Paní R si je ze zájmem prohlíží a rozmisťuje je po místnosti. Nakonec si vezme i sklenici a spolkně léky a usadí se do křesla .

Diskuse případu paní R:

Dle informací, které jsem získala od pečujících v zařízení, se paní R velmi těžko vyrovnávala se stěhováním do zařízení. V prvních několika měsících byla v noci pravidelně velmi neklidná, trpěla poruchami spánku a opakovaně balila své věci a pokoušela se odcházet domů, za svým manželem, který ale byl v té době již po smrti. Tyto stavy neklidu jsou pro pacienty trpící demencí poměrně typické. Jak jsem již uváděla výše, jejich příčinou je momentální

dezorientace pacienta v prostředí, Nicole Richard hovoří o „záblescích v mlze“ (Richard 1995, str. 244).

Byla jsem svědkem několika rozhovorů IVA s paní R, z nichž jsem zde dva uvedla. Ve všech případech se paní R poměrně rychle uklidnila a dokonce získala zpět dobrou náladu, a například radostně popisovala své osobní věci.

Paní R byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Při tomto onemocnění, obzvláště v počátečních stádiích choroby, se při komunikaci mohou objevit následující problémy: pacient ztrácí během hovoru téma, o kterém hovořil, opakuje několikrát věty nebo fráze, není schopen pochopit nebo vyjádřit abstrakci nebo ironii. V pozdějším stádiu onemocnění je jazyk, kteří pacienti používají, často zjednodušený, pacienti často opakují celé fráze, aniž by zcela chápali jejich smysl. Obecně ale platí, že u Alzheimerovy choroby je postup onemocnění v oblasti řeči spíše netypický než typický a často neodpovídá stupni postižení (Gutzman/Brauer, 2007).

U paní R nejsou změny v jazyce snadno pozorovatelné. Tempo řeči se zdá být zachováno, také slovní zásoba je takřka intaktní, paní R užívá mnohých slov, které nejsou v běžné řeči časté, jako je například *almužna* nebo *majetek*. Problém můžeme pozorovat jen v druhém rozhovoru, kdy paní R stále užívá věty bez substantiv: „*Zase se to stalo.*“ , „*Byli tady a všechno to vzali...*“ . V těchto případech ani jednou neužije označení pro osoby, které zde byli.

V prvním rozhovoru pečující vychází z toho, že rozrušení u paní R vyvolává dezorientace a pocit bezmoci (P: „*Nechcete být na nikom závislá.*“). K této úvaze dochází pečující postupně. Nejprve zrcadlí emoce pacientky, ta následně uvádí větu, ze které pečující usuzuje další postup: „*Koneckonců mám vlastní dům, nepotřebuji být tady v tom.... v tom....*“ Tato věta rozhoduje o následné reakci pečující. Ta na základě znalosti biografického listu interpretuje téma pacientky. Paní R reaguje na nabídku komunikace pozitivně a postupně se uklidňuje.

V druhém rozhovoru se jedná a pravidelný rituál, který postupně vznikl a který paní R uklidňuje. Pečující zrcadlí emoce paní R, dává jí tím najevo, že jejímu pocitu rozumí. V okamžiku, kdy je komunikace navázána, pojmenovává pečující postupně známé předměty paní R. Pojmenování a předávání předmětů paní R uklidňuje, její rozrušení se mírní.

Stavy neklidu se u paní R vyskytují stále, nejsou ale už tak časté jako při jejím nástupu do zařízení a ve všech případech, kterých jsem byla svědkem, se paní R po krátkém rozhovoru dále účastnila společné činnosti nebo se vrátila k odpočinku.

6.2 IVA rozhovor s paní T

Pacientka paní T

Paní T je osmdesát let a již rok a půl žije v zařízení. Je vdova, její manžel zemřel před osmi lety. Paní T o svého manžela pečovala až do doby krátce před jeho smrtí, trpěl Alzheimerovou chorobou.

Paní T vyrostla v malém městě, její rodiče byli oba úředníci. V dětství žila s nimi a se sestrou v malém bytě, kde bylo jen velmi málo místa. Později se přestěhovali většího bytu, kde pacientčini rodiče bydleli až do jejich smrti. Sestra pacientky zemřela před rokem na srdeční selhání.

Pacientka měla dvě děti - syny, oba mají již vlastní rodiny a pravidelně přicházejí pacientku navštěvovat. První syn je hudebník a druhý syn pracuje jako učitel na gymnáziu. Manžel pacientky byl také hudebník, hrál na mnoho hudebních nástrojů, často vystupoval na koncertech a vyučoval hudbu. Paní T sama pracovala celý život jako zdravotní sestra, nejprve ve státní nemocnici a poté v soukromé ambulanci. Ve volném čase s manželem jezdili do přírody, hlavně do hor, paní T se také učila hrát na cello a byla činná v různých charitativních organizacích.

Když bylo paní T šedesát let, začal mít její o osm let starší manžel potíže s pamětí a s orientací. Postupně se jeho stav zhoršoval a stával se nesamostatný. Paní T si nejprve snížila pracovní úvazek a následně zanechala zaměstnání docela a převzala zcela péči o svého manžela. S péčí jí zprvu nikdo nepomáhal, využívala své profesionální zkušenosti. Po několika letech pro ni začala být péče o manžela psychicky a fyzicky velmi namáhavá, paní T začala brát antidepresiva. Po nátlaku ze strany jejích synů souhlasila, aby její manžel docházel na několik dní v týdnu do denního stacionáře. Odmítala se ale i manželem přestěhovat do bytu se sociální péčí. Manžel paní T zemřel v domácí péči dvanáct let po prvním pravděpodobném diagnostikování Alzheimerovy choroby.

Paní T žila následně několik let sama a střídavě navštěvovala své syny. Ti si povšimli, že již nedbá o svůj vzhled tak jako dřív a že také velmi často zapomíná. Na vyšetření šla paní T poté, co se zcela ztratila na cestě ke svému staršímu synovi. Byla jí diagnostikována demence.

Informace o paní T byly získány od jejích synů, informace o jejím manželovi do velké míry od pacientky samé.

Přepis biografického listu paní T:

Příjmení :	Pacientka T
Jméno:	
Ročník:	
Číslo pokoje:	
Rodina pacienta/ky, sourozenci	Oba rodiče úředníci, bydlení v malém bytě, sestra – již také zemřela
Školy, vzdělání, zaměstnání	Zdravotní sestra – celý život! Velké téma péče!
Partner, děti, přátelé	Manžel – hudebník, časté výjezdy na koncerty, dva synové – jeden také hudebník, druhý učitel
Bydlení	Celý život bydlení v bytě, nejprve s rodiči v malém bytě, později s manželem
Volný čas, hobby, domácí zvířata	Hra na cello Výlety do hor ?
Důležité zážitky	Péče o manžela Smrt manžela – Alzheimerova choroba!
Náboženství	Protestantské
Životní témata	Péče o manžela s Alzheimerovou chorobou Péče o druhé zdraví
Klíčová slova	Policie Musím jít Zapomínat Hledat Paul (manžel) ! Dávat pozor na manžela
Věty pro IVA	Váš manžel vám schází

	<p>Často jste si dělala starosti Byla jste tu pro něj Často jste ho hledala X – pozor! Vyvolává úzkost! Tak dlouho jste žili spolu Podnikali jste spolu výlety do hor Vaše nohy už toho v životě ušly Na vašeho muže nikdy nezapomenete X – pozor na zapomenout – úzkost!</p>
--	---

1. IVA rozhovor s paní T

Paní T. Sedí na posteli, pláče a ptá se, kde je její manžel. Opírá se o stěnu pokoje, zaklání se dozadu a nohy má ve vzduchu. Odmítá podání ruky nebo jakýkoliv jiný kontakt, je velmi rozrušená a napjatá. Pečující se posadí na okraj její postele a skloní se tak, aby měla oči na úrovni očí paní T.

Paní T: „*Kde je můj manžel. On tady není!*“ Pláče: „*Paule! Paule!*“

P přizpůsobí svůj hlas hlasu paní T.

P: „*Velmi vám chybí váš manžel.*“

Paní T: „*Tak kde je?*“

P: „*Postrádáte ho. Děláte si o něj starosti.*“

Paní T: „*Ano, on se ztratí, má přeci Alzheimer!*“

P: „*Máte strach, že se ztratí.*“

Paní T: „*Ano, často jsem musela volat policii, aby ho našli. A přitom byl vždycky takový hodný člověk.*“

P: „*No to bylo hodně těžké, musela jste si o něj dělat starosti.*“

Paní T: „*Měla jsem strach, že se mu něco stalo.*“

P: „*Ano, a i teď máte strach, protože tady není, není tu s vámi.*“

Paní T: „*Není tady. Chtěli jsme se spolu přestěhovat do domova důchodců a on prostě předtím zemřel. A já jsem teď sama.*“ Pláče.

P: „*Být sám je opravdu hrozné. Je hrozné si na to zvyknout.*“

Paní T: „*Vždycky jsem se o něj starala – dobře.*“

P: „*Tak dobře a dlouho jste se o něj starala a teď tady není. To je život.*“

Paní T: „*To je život.*“

P: „*Ano, to je život. Ale alespoň jsem tu já. Dáte mi ruku, abyste mohla vstát?*“

Paní T podává váhavě ruku. Po chvíli vstane, je stále trochu posmutnělá, ale nechá si pomoci s oblékáním.

2. IVA rozhovor s paní T

Paní T při ranním vstávání pláče. Drží se rukama pevně rámu postele, svírá je tak pevně, až jí bělají klouby. Na sobě má pouze noční košili. Je velmi zmatená.

Paní T: „*Bězte pryč! Nechte mě! Musím za manželem.*“

Pečující přebírá tón hlasu a tělesné napětí paní T.

P: „*Jste velmi rozrušená, paní T!*“

Paní T: „*Kde je Paul? Vždycky se tady probudím Paule!*“

P: „*Je to moc nepříjemné probudit se a nevědět, kde je!*“

Paní T: „*Ano! Kde je? Tady nebydlíme! Musím jít!*“

P: „*Necítíte se tu doma! Máte strach.*“

Paní T: „*Musím domů. Doma je Paul a tam vím, co kde je.*“

P: „*Cítíte, že musíte za ním. Tady máte strach.*“

Paní T: „*Je to hrozné, probudit se na jiném místě.*“

P: „*To znám – strašný pocit. Probudíte se a nevíte najednou, kde jste.*“

Paní T: „*Tak tak, to pak člověk ani neví, kde má věci, přece nemůžu být pořád v tomhle.*“

P: „*Samozřejmě, že se musíte obléct. Vždycky přeci nosíte ty pěkné sukně.*“

Paní T: „*V mládí jsem prakticky pořád nosila jen kalhoty. To bylo praktické. Jezdili jsme do Alp a můj manžel moc na parádění nebyl.*“

P: „*Na takovou túru by se v šatech moc dobře nešlo.*“

Paní T se uvolnila, pustila ruce z rámu postele. Rozhlíží se.

Paní T: „*Vždycky mi tu někdo uklidí všechny věci.*“

P: „*Hrůza, když člověk nemůže nic najít. Ale je to tady, ve skříni. Tak dneska sukni?*“

Paní T: „*No, třeba.*“

Paní T odchází do koupelny a nechá si pomoci s oblékáním.

Diskuse případu paní T:

Paní T trpí pravidelnými ranními úzkostmi, které se objeví v okamžiku, kdy se ráno probudí a je dezorientovaná. Její manžel, o kterého pečovala, jí stále schází. Pečující postupně vyvinuli pravidelný ranní rituál, který se opakuje prakticky každý den a kdy paní T postupně získává jistotu při vstávání do nového dne. Dříve, když žila paní T u svého syna, trvaly tyto záchvaty smutku někdy i několik hodin, tak jak to popisoval syn paní T, a to i přes to, že paní T dostává

předepsaná anxiolitika. Po nástupu do zařízení se pravidelnými ranními IVA rozhovory rozběhl právě zmíněný rituál a paní T je po několika málo minutách schopná vstát a připravit se na snídani. Úzkosti se tak sice objevují stále, ale netrývají dlouho.

I v případě paní T není na první pohled narušení komunikačních schopností patrné, u pacientky můžeme pozorovat jen zpomalení tempa řeči a zjednodušenou stavbu vět. Často užívá krátké věty o dvou až třech slovech.

V prvním rozhoru dochází k obratu v okamžiku, kdy pečující zmíní strach, který cítí paní T. Rozhovor probíhá klasickým způsobem, pečující zrcadlí pocity paní T a dává tím najevo, že je přijímá a rozumí jim. Následně pečující pojmenovává domnělé pocity paní T: „*Ano, a i ted' máte strach, protože tady není, není tu s vámi.*“ Na tuto větu reaguje paní T popisem svých pocitů, které více objasňují situaci: „*Není tady. Chtěli jsme se spolu přestěhovat do domova důchodců a on prostě předtím zemřel. A já jsem ted' sama.*“

Druhý rozhovor je tématem blízký s rozhovorem prvním. Ačkoliv je tu v popředí pacientčin pocit dezorientace, klíčovou větou pro porozumění situaci je: „*Musím domů. Doma je Paul a tam vím, co kde je.*“ Pečující během rozhovoru zrcadlí a přijímá pocity paní T, paní T se postupně uklidňuje.

6.3 IVA rozhovor s panem J

Pacient pan J

Pan J žije v zařízení již šest let, je mu 93 let a byla mu diagnostikována vaskulární demence. Je vdovec, jeho manželka zemřela před dvaceti lety. O pana J pečoval jeho syn se svojí manželkou, před šesti lety byl umístěn do zařízení Cristal. Syn pana J svého otce navštěvuje jen zřídka.

Pan J měl ještě tři další sourozence, dva bratry a sestru, všichni jsou již po smrti. Pan J vystudoval gymnázium a později pracoval v technické knihovně. Během života vystřídal mnoho zaměstnání, jeho poslední zaměstnání bylo poštovní úředník.

Manželka pana J byla učitelka a spolu měli jednoho syna. Žili v malém bytě ve městě, syn pana J vystudoval vysokou školu se zaměřením na matematiku a techniku. Manželství mělo podle výpovědi syna pana J mnoho problémů, manželka pana J se od manžela i se synem odstěhovala. Pan J se ale i dále synovi věnoval a pravidelně se vídali, znovu se již neoženil. Volný čas trávil hlavně v přírodě, jezdil sám na delší pobyty do Alp a fotografoval.

V sedmdesáti letech se pan J začal léčit na srdeční nedostatečnost, měl problémy s rovnováhou a s chůzí. Po několika letech začal mít potíže s vybavováním některých slov,

jeho řeč se stala pomalejší, často zapomínal běžné události a přestal pečovat o svoji hygienu. Při chůzi často ztrácel rovnováhu a několikrát se i pádem zranil. Lékařem mu byla diagnostikována vaskulární demence.

Pan J ještě nějakou dobu žil ve svém bytě, jeho rodina za ním pravidelně docházela a zajišťovala mu základní péči. Před šesti lety byl pan J přijat do zařízení, v té době již velmi špatně hovořil, jeho slovní zásoba byla velmi malá, zároveň také špatně slyšel. Při chůzi potřeboval podporu.

Dnes tráví pan J většinu času na lůžku nebo v křesle, při chůzi potřebuje podporu a pohybuje se jen velmi pomalu, krátkými, šouravými kroky. Komunikuje jen velmi tiše a krátkými větami nebo pouze slovy. Pozitivně reaguje na zvířata, pravidelně k němu dochází canisterapeut.

Informace byly získány od syna pacienta při příjmu do zařízení.

Přepis biografického listu pana J:

Příjmení :	Pacient J
Jméno:	
Ročník:	
Číslo pokoje:	
Rodina pacienta/ky, sourozenci	Sourozenci pacienta již zemřeli, pacient má syna – pan Peter J. Vnučka pana J. – vzpomíná si na ni!
Školy, vzdělání, zaměstnání	Gymnázium, práce na poště, práce v technické knihovně – zájem o techniku, hlavně letadla
Partner, děti, přátelé	Manželka – zemřela před 20 lety, učitelka Syn a vnučka – vnučku má pan J velmi rád
Bydlení	Byt
Volný čas, hobby, domácí zvířata	Hlavně příroda, má velmi rád zvířata. Rád si prohlíží časopisy a fotografiemi zvířat. Canisterapie!
Důležité zážitky	

Náboženství	
Životní témata	Syn a vnučka Péče o zvířata, psy, kočky
Klíčová slova	Musím Není to Krása
Věty pro IVA	Máte starost, že jste na něco zapomněl Je to těžké, pořád na všechno myslet Musíte mít všechno pod kontrolou

1. IVA rozhovor s panem J

Pan J leží v posteli, je přikrytý dekou a dívá se z okna. Pečující mu přináší snídani, naklání se velmi blízko k pani J, hovoří pomalu a jasně.

P: „*Dobré ráno, pane J.*“

Pan J: Mlčí.

P: „*Jak se dnes máte?*“

Pan J: Po chvíli: „*Nóó....tak nic....*“

P: „*Nemáte se nic moc?*“

Pan J: „*Nóó.*“

Pečující hovoří stále velmi pomalu a jasně.

P: „*Přinesla jsem vám snídani.*“

Pan J se naklání k tácu. Pečující mu podává na lžici snídani.

Pan J: „*Néé....*“

P: „*Nemáte hlad, pane J?*“

Pan J: Mlčí.

P: „*Je to těžké, když všechno běží tak rychle*“.... „*Je to těžké, když se člověk nemá čas vzpamatovat.*“ Pečující podává znovu snídani. Pan J jí, dále již nehovoří.

2. IVA rozhovor s panem J

Pan J sedí ve společenské místnosti s ostatními pacienty. Chce vstát z křesla, ale sám se zvedá jen velmi těžce. Pečující přistupuje k panu J.

P: „*Chcete odejít, pane J?*“

Pan J neodpovídá.

P: „*Chcete odejít, pane J?*“

Pan J: „*Hrozně...*“

P: „*Je to hrozně.*“

Pan J: „*Hrozně. Není to.... musím udělat.*“

P: „*Máte pocit, že musíte něco udělat.*“

Pan J: Mlčí.

P: „*Chcete odejít, pane J?*“

Pan J váhá a usazuje se znovu do křesla. Rozhlíží se pomalu celou místností, po chvíli se opře, již nehovoří. Pečující mu podává koláč, pan J odmítá posunkem ruky. Sedí dále sklesle v křesle.

Diskuse případu pana J:

Pan J nastoupil do zařízení již v pokročilejším stádiu demence. Onemocnění ho postihuje hlavně v komunikaci a v pohybu, pan J netrpí ani agitovaností ani agresivitou. Na případu tohoto pacienta je vidět, že se zde i přes veškerou snahu personálu nedaří navázat úspěšně komunikaci. Důvodů může být mnoho, pan J trpí již dlouhou dobu také poruchou sluchu, jeho onemocnění postihlo již do takové míry jeho kognitivní funkce, že je velmi těžké říct, jestli pan J skutečně rozumí tomu, co mu pečující sděluje. Metoda Nicole Richard vychází z toho, že i prostý pokus o navázání komunikace a lidská přítomnost zlepšuje subjektivní prožívání pacienta. Bohužel stav pana J neumožňuje na základě těchto krátkých rozhovorů nějakou změnu doložit.

6.4 Otázky k IVA rozhovorům

Ve vztahu ke konkrétním rozhovorům, které jsem v praktické části práce uvedla, bych zde ráda zmínila několik zajímavých otázek, které se nabízejí.

Jakým jiným způsobem lze reagovat na pacientovo chování?

Na případech pacientů, které jsem zde představila, je možné si povšimnout, že pečující reagují určitým způsobem na pacientovo chování (na projevy syndromu BPSD) a snaží se jeho chování nebo prožívání ovlivnit případně s ním navázat komunikaci na takové úrovni, aby jim pacient rozuměl. Způsob, který nabízí Integrativní Validace, je jen jedním z mnoha způsobů užívaných v péči.

Zúžím-li tedy otázku na to, jak je možné reagovat na pacientovo chování, nabízí se další možnosti, které jsem sestavila na základě zkušeností z jiného zařízení, denního stacionáře v Praze 6 Řepích. Tyto možnosti uvedu na příkladu pacientky R.

Pacientka R je rozrušená, křičí: „*Pomóc! Pomóc! Jsou tu zloději! Ani v tomhle domě si člověk už nemůže být ničím jistý!....*“

1. Zrcadlení pacientčíných pocitů (IVA): „*Vy máte ale vztek, paní R!*“
2. Vyslovení lži – cílem je uklidnění pacientky.: „*Ty zloděje určitě najde policie a věci se vám velmi rychle zase vrátí. Nedělejte si starosti.*“
3. Navrácení pacientky do reality: „*Žádné peníze vám neukradli, přeci jste žádné u sebe neměla.*“
4. Odvedení pozornosti: „*Proč si nejdete teď dát se mnou kávu?*“
5. Převzetí jiné role, té, kterou pacientka svou výpovědí žádá: „*Já to teď tady vyšetřím a za chvíli to bude všechno v pořádku.*“
6. Útěcha: „*Vy přeci žádné peníze nepotřebujete, tady jste u nás a my se o vás postaráme.*“

Všechny tyto možnosti jsou v péči o pacienty běžně užívané a vyvolávají u pacientů různé reakce, ať negativní nebo pozitivní. Bylo by velmi zajímavé srovnat tyto reakce a vyhodnotit z nich tu nejvhodnější, to ale bohužel v rámci mé práce není možné. Výzkum, který by mohl tento vliv ověřit, by musel být dlouhodobý a zohlednit dostatečné množství pacientů.

Integrativní Validace jako přístup pracuje právě s touto praktickou zkušeností a některé z těchto možností v sobě integruje. Pacienti, které zde uvádím, jsou všichni klienty zařízení, které pracuje s přístupem Integrativní Validace a i pacientka R i pacientka T reagují na rozhovor velmi dobře, uvolňují se a navazují komunikaci, i když samozřejmě toto navázání komunikace trvá různě dlouhou dobu. Pacient J nereaguje na IVA ideálně, více viz níže.

Jak pečující tvoří hypotézy?

V následující tabulce uvádím úryvky výše uvedených rozhovorů a soustředím se na momenty, na kterých dochází k nasměrování komunikace s pacientem určitým způsobem. Pečující vytvoří hypotézu a na základě té dále s pacientem hovoří:

<p>Paní R: „<i>Koneckonců mám vlastní dům, nepotřebuji být tady v tom.... v tom....</i>“</p>	<p>Pečující vytváří hypotézu v okamžiku, kdy získává od pacientky důležitou informaci –</p>
<p>P: „<i>Máte vlastní dům, můžete se spolehnout sama na sebe.</i>“ (zrcadlení)</p>	<p>pacientka uvádí, co nepotřebuje. Na základě toho pečující reaguje. Jedná se o hypotézu</p>

<p>Paní R: „<i>Nepotřebuji tady žádné almužny.</i>“ P: „<i>Nechcete být na nikom závislá.</i>“ (hypotéza)</p>	<p>biografickou, pečující vychází z toho, že pacientka reaguje na základě svých minulých zážitků.</p>
<p>Paní R: „<i>A všechno vezme, kde jsou mé věci?</i>“ Paní R se rozhlíží bezradně po pokoji: „<i>Kde jsou ty lampy a ty věci?</i>“ P: „<i>Cítíte se úplně ztracená, když vaše věci nejsou na svém místě.</i>“ (hypotéza)</p>	<p>Pečující vytváří hypotézu na základě chování pacientky. Jedná se o hypotézu nebiografickou, vytvořenou na základě přesvědčení, že se pacientka na místě necítí bezpečně.</p>
<p>Paní T: „<i>Ano, často jsem musela volat policii, aby ho našli. A přitom byl vždycky takový hodný člověk.</i>“ P: „<i>No to bylo hodně těžké, musela jste si o něj dělat starosti.</i>“ (zrcadlení) Paní T: „<i>Měla jsem strach, že se mu něco stalo.</i>“ P: „<i>Ano, a i teď máte strach, protože tady není, není tu s vámi.</i>“ (hypotéza)</p>	<p>Pečující vytváří hypotézu na základě biografických informací. Na základě spojení tématu strachu a strachu o manžela dochází k tomu, že má pacientka strach, protože je sama. Hypotéza je biografická.</p>
<p>Paní T: „<i>Ano! Kde je? Tady nebydlíme! Musím jít!</i>“ P: „<i>Necítíte se tu doma! Máte strach.</i>“ (zrcadlení) Paní T: „<i>Musím domů. Doma je Paul a tam vím, co kde je.</i>“ P: „<i>Cítíte, že musíte za ním. Tady máte strach.</i>“ (hypotéza)</p>	<p>Také zde se jedná o hypotézu biografickou, tématem je prožívaný strach.</p>
<p>Pan J se naklání k tácu. Pečující mu podává na lžici snídani. Pan J: „<i>Néé....</i>“ P: „<i>Nemáte hlad, pane J?</i>“ Pan J: Mlčí. P: „<i>Je to těžké, když všechno běží tak rychle....</i>“ „<i>Je to těžké, když se člověk nemá čas vzpamatovat.</i>“ (hypotéza) Pečující podává znovu snídani. Pan J jí, dále již nehovoří.</p>	<p>Zde pečující vytváří hypotézu na základě momentálního stavu pacienta. Hypotéza není biografická.</p>
<p>Pan J: „<i>Hrozně....</i>“</p>	<p>Zde pečující vytváří hypotézu dvakrát na základě</p>

<p>P: „<i>Je to hrozné.</i>“ (zrcadlení) Pan J: „<i>Hrozné. Není to... musím udělat.</i>“ P: „<i>Máte pocit, že musíte něco udělat.</i>“ (hypotéza) Pan J: Mlčí. P: „<i>Chcete odejít, pane J?</i>“ (hypotéza) Pan J váhá a usazuje se znovu do křesla.</p>	<p>momentálního stavu, ve kterém se nachází pacient. První hypotéza vychází z toho, co pacient právě řekl, druhá přímo z jeho chování. Ani jedna hypotéza není biografická. .</p>
--	---

Richard uvádí , že je nevhodné v Integrativní Validaci interpretovat pacientovo chování nebo se soustředit na věcnou stránku rozhovoru (Richard, 1995, str. 248). Na případech pacientů, které jsem zde uvedla, ale stále dochází k interpretaci a je také nutné, aby se pečující soustředili na to, co jim pacient sděluje na věcné úrovni. Dle mého názoru je interpretace pacientova chování nutná k tomu, aby pečující vytvořil hypotézu, na základě které bude s pacientem dále pracovat.

Ve všech případech, které jsem zde uvedla, tvoří pečující hypotézy. Hypotézy je možné jednoduše rozdělit na hypotézy biografické (jako např. u pacientky R v prvním rozhovoru) a hypotézy nebiografické (jako např. u pacienta J), kdy biografické jsou takové, kdy se pacient ke vrací ke svému dřívějšímu zážitku a které pečující zařazuje díky znalosti biografických dat o pacientovi. Nebiografická hypotéza je taková kdy pacient reaguje na momentální podnět z okolí. Podnětů z okolí může být mnoho, Nicole Richard uvádí své vlastní členění těchto podnětů, které jsem již uvedla výše (Richard 1995, str. 246). Elisabeth Höwler, která se věnuje této problematice ve své publikaci, uvádí, že specifickým důvodem pro chování pacienty s demencí, které se z našeho pohledu jeví jako problematické, může být:

- medicínsky identifikovatelný symptom
- projev sebeurčení, který pacient s demencí není schopen realizovat jinak
- prostředek komunikace
- reakce na psychosociální deprivaci
- volání o pomoc
- projev kreativity
- vyjádření nesouhlasu, urážka pečujícího personálu (Höwler 2008, str. 21)

Na základě všech těchto podnětů a biografických informací o pacientovi tvoří pečující hypotézu pro další komunikaci s pacientem.

Dodrží pečující strukturu IVA rozhovoru?

Pečující v případech pacientů zde uvedených nedodrží vždy strukturu rozhovoru IVA tak, jak ho uvádí Nicole Richard (Richard, 1995, str. 248). V případě pacienta J to ani není možné, protože to jeho komunikační možnosti neumožňují. V případě pacientek R a T probíhají vždy první dvě fáze rozhovoru, podaří-li se pečujícímu dosáhnout cíle již během komunikace, nepokračuje již v obecném potvrzení za pomoci přísloví nebo pořekadel. K tomu dochází jen v druhém rozhovoru u pacientky T. Rozhovor často plyne přirozeně a opouští původní strukturu. Pacientky R a T reagují na rozhovor i tak pozitivně.

Kde jsou hranice Integrativní Validace?

Na případu pacienta J můžeme vidět neúspěšný pokus o IVA rozhovory. V prvním rozhovoru pacient sice nabízený pokrm sní, ale nelze usoudit, jestli to bylo na základě IVA. Při druhém rozhovoru nabízí pečující pacientovi dvě hypotézy, ale pacient ani na jednu pozitivně nezareaguje. V pokročilém stádiu tohoto onemocnění se stává komunikace stále obtížnější a pro pečujícího je stále těžší určit, co pacient právě prožívá a je-li jeho komunikační návrh vůbec schopen vnímat. Ani přístup, který se zcela soustředí na vyladění pečujícího na pacienta, nemůže v některých případech zaručit navázání komunikace a ovlivnění pacientova prožívání. Z případů pacientů, které jsem zde uvedla, můžeme říci, že přístup činí komunikaci pravděpodobnější.

7 Diskuse

7.1 Problematické stránky přístupu

Na první pohled by se mohlo zdát, že je přístup Nicole Richard velmi jednoduchý a že do péče o demenční pacienty nepřináší příliš nového. Tento problém nadnáší například Koß, když uvádí, že Nicole Ricard užívá principů v praxi již známých, řadí je a třídí pouze pod novým názvem (Koß 2004, str. 33). Tato výtky se týká hlavně otázek řešení syndromu BPSD u pacientů s demencí.

V mnohých zařízeních v České republice, již některé z praktické zkušenosti znám, se přistupuje ke klientům velmi profesionálně a jejich prožívání je věnována velká pozornost. V mnohých případech užívají pečující principů, které jsou integrovány v Integrativní Validaci. Například v případě pacientky, která hledá svoji matku, která již zemřela, pečující vnímali a přijímali emoce pacientky. Setkala jsem se s několika způsoby řešení dané situace. Pečující například jako reakci na pocit osamocení pacientky a její stesk po matce ujišťují pacientku, že se její matka brzy vrátí, nabízejí jí jistotu v podobě toho, že je pacientka teď doma tady, v zařízení, pokoušejí se s pacientkou o matce hovořit, snaží se odvést pacientčinu pozornost nebo dokonce přejímají na krátkou dobu roli pacientčiny matky. Považuji za velmi důležité zde právě tuto poznámku zmínit. Na území České Republiky jsou mnohá pracoviště, kde se ke klientům přistupuje empaticky a profesionálně, kde mají pečující profesionální zkušenosti a vzdělání, které využívají.

Přesto ale nesouhlasím s kritikou, že metoda Nicole Richard nemá žádný přínos, protože pouze spojuje to, co je v péči o tyto pacienty známé. Nicole Richard vytvořila přístup, který je jedinečný tím, že je orientovaný právě speciálně na pacienty s demencí. To, že pracovala hermeneuticky a využila a integrovala ve svém přístupu zkušenosti z praxe i některé doposud užívané metody je ve vědecké práci zcela běžné a pro uplatnění přístupu pozitivní.

Přesto bych ráda přístupu vytkla nesystematičnost v některých bodech. Nicole Richard popisuje proces, ke kterému dochází v Integrativní Validaci ve vztahu k pocitům pacienta jako přijímání, oceňování a akceptování. Konkrétně uvádí: „*Validieren heißt, die hinter dem Verhalten liegenden Gefühle des Verwirrten zu verstehen. Diese Gefühle sind der Antrieb seines Verhaltens. Dann gelingt es leichter, das verwirrte Verhalten, die Erlebens- und Sichtweise zu akzeptieren, sie wertzuschätzen und anzunehmen.*“ (Richard 1994a, str. 196). [Neboli: „*Užívat Integrativní Validaci znamená rozumět pocitům skrývajícím se za*

dezorientovaným chováním pacienta. Tyto pocity jsou podnětem jeho chování. V tomto případě se snáze podaří dezorientované chování pacienta, jeho prožitky a úhel pohledu přijímat, oceňovat a akceptovat.“] Richard tedy chce po pečujících, aby rozuměli pocitům pacientů. Tento požadavek ale stojí v protikladu k tomu, že by se dle autorky měli pečující vyhnout interpretování projevů pacientů, což uvádí jako jeden z bodů v kapitole k tomu určené: „*Grundsätzlich sollte vermieden werden [...] Äußerungen zu interpretieren*“ (Richard 1995, str. 248). Je ale těžké si představit možnost, že by pečující měli rozpoznat a porozumět pocitům pacientů a následně je dokonce zrcadlit, bez toho, že by interpretovali jejich výroky, řeč těla nebo chování. Na základě čeho by mělo tedy k rozpoznání a následnému zrcadlení dojít?

Další nesrovnalost můžeme nalézt v autorčině požadavku, že bychom se neměli při komunikaci s pacienty soustředit na obsahovou stránku řeči: „*Grundsätzlich sollte vermieden werden [...] sich auf die Inhaltsebene zu konzentrieren*“ (Richard 1995, str. 248). V ukázkách, které ale autorka uvádí, k tomu stále znovu dochází, respektive stále znovu se vracíme za pomocí biografických dat k obsahové stránce řeči a tímto způsobem se snažíme pochopit, o čem pacient momentálně hovoří nebo na jakém zážitku se může zakládat jeho pocit.

7.2 Teoretický rámec přístupu – Nicole Richard a Carl Rogers

Za důležité považuji také zařadit Integrativní Validaci do širšího teoretického rámce, což v publikacích Nicole Richard zcela chybí a díky tomu působí přístup v některých bodech nesystematicky, jak jsem již zmínila výše, a některé teze působí jako nedostatečně teoreticky podložené. Je tomu tak například v případě snižování pocitů úzkosti a strachu u pacientů na základě rozhovoru v Integrativní Validaci, který pacientovi na základě přijetí pečujícím zajišťuje pocit bezpečí a jistoty. Richard neuvádí bližší vysvětlení toho, proč k tomuto jevu dochází.

Kitwood popisuje ve své knize, zabývající se problematikou kvalitní péče o dementní pacienty, svoji představu o tom, jaké by bylo prožívání pacienta v Přístupu orientovaném na člověka (Kitwood 2000, str. 126). Zde je možné si povšimnout, že stejně jako Richard považuje Carl Rogers, autor Přístupu orientovaného na člověka, za hlavní příčinu zlepšování se pacientova prožívání hlavně vybudování důvěry mezi klientem a terapeutem na základě úplného přijetí klienta. Proto bych zde ráda porovнала právě tyto dva přístupy.

Přístup zaměřený na člověka se začal vyvíjet v 60. letech 20. století a Carl Rogers ho postupně označoval různými názvy – Nedirektivní poradenství, Terapie zaměřená na klienta, Výuka zaměřená na žáka nebo Vedení zaměřené na skupinu (Rogers 1998, str. 106).

Pro moji práci je nejdůležitější formulace jeho základní hypotézy. Uvádí: „*Jedinci disponují ve svém nitru nesmírnými potencemi sebeporozumění a proměny vlastního sebepojetí, základních postojů a jednání zaměřeného na vlastní self. Tyto možnosti mohou být využity v definované atmosféře, ve které vládou podporující psychologické vztahy.*“ (Rogers 1998, str. 106). Pro vytvoření takovéto atmosféry musejí být splněny tři podmínky.

První podmínkou je autentičnost terapeuta, jeho opravdovost neboli kongurence. Terapeut by měl otevřeně prožívat pocity, které se v něm vyvíjí, ke klientovi by měl přistupovat otevřeně. Měl by si uvědomovat to, co prožívá.

Druhou podmínkou je akceptace, zájem a důvěra. Rogers nazývá tento bod „bezpodmínečným pozitivním přijetím“ (Rogers 1998, str. 107). Terapeutický posun či změna nastane nejpravděpodobněji za takových podmínek, pokud terapeut ve vztahu ke klientovi prožívá pozitivní a akceptující postoj. Terapeut připustí, aby byl klient právě takový, jaké jsou jeho aktuální pocity. Terapeut klienta také nehodnotí. Přijímá ho úplně a bezpodmínečně.

Třetí podmínkou, vytvářející úspěšný terapeutický vztah, je empatické porozumění. Terapeut by si měl uvědomit právě ty pocity a osobní významy, které klient prožívá a toto své porozumění klientovi sdělit. V nejlepším případě může klientovi sdělit i klientovy pocity, které se nacházejí pod úrovní jeho vědomí.

Rogers vychází z toho, že lidé, kteří jsou akceptováni a oceňováni se cítí být nedílnou součástí lidského druhu, jejich sociální stránka se tím pádem dále vyvíjí a ti se necítí být osamoceni. Začínají mít také větší zájem o vlastní self. Je-li lidem empaticky nasloucháno, umožňuje jim to mnohem spolehlivěji naslouchat toku vnitřních prožitků. „Jakmile však člověk porozumí a váží si sebe sama, stane se jeho self shodným s jeho prožíváním. Tak se tento člověk stane opravdovějším a autentičtějším. Tyto vnitřní tendence a terapeutovy postoje umožňují člověku stát se mnohem úspěšnějším při změně vlastního self. Důsledkem je větší volnost k proměně v opravdovou, celistvou osobnost.“ (Rogers 1998, str. 109).

Nicole Richard nevychází z toho, že by pacienti s demencí disponovali ve svém nitru velkými potencemi sebeporozumění, tak jak to předpokládá Carl Rogers. Právě naopak, pacienti s demencí již touto možností nedisponují a naopak ztrácejí i možnost porozumět vnějšímu světu, který je obklopuje.

Na osobu pečovatele klade ale zcela stejné nároky jako Rogers na osobu terapeuta.

První podmínkou rozhovoru v Integrativní validaci a tím vybudováním úspěšného vztahu je stejně jako u Rogerse to, že si je terapeut, v tomto případě pečovatel, vědom svého prožívání a svých vlastních pocitů. Není zde sice předmětem to, aby byl pečovatel autentický a sděloval své pocity pacientovi, ale je velice důležité, aby svým pocitům rozuměl. Protože pacienti s demencí trpí kognitivním deficitem, který stále progreduje, nemělo by takovéto sdělování žádný význam. Je ale velmi významné, aby si byl pečovatel svých pocitů vědom a rozuměl jim. Kdyby tomu tak nebylo, nemohl by úspěšně určit pocity pacienta (Richard 1995, str. 248).

Druhou podmínkou úspěšného terapeutického vztahu dle Rogerse je „bezpodmínečné pozitivní přijetí“. Stejně tak i Nicole Richard vychází z toho, že pečující musí přijmout pocity pacienta takové, jaké jsou, musí opustit svoji realitu a přijmout realitu pacienta. Jako důvod uvádí, že pacient trpící demencí není v určitých okamžicích již schopen orientovat se na naši realitu, proto pro úspěšné navázání vztahu a komunikace je nejdůležitější přijmout pacienta takového, jaký je (Richard 1995, str. 248).

I třetí podmínka, kterou Rogers klade na terapeuta, se zcela shoduje s tím, co po pečovateli požaduje Richard. Empatické porozumění, které uvádí Rogers, je shodné jako určení emoce, kterou pacient prožívá, pečujícím v rozhovoru v Integrativní Validaci (Richard 1995, str. 248).

Richard ale opět na základě onemocnění, které pacienti prožívají, neočekává pacientův větší zájem o jeho self a jeho větší autentičnost. Očekává zlepšení prožívání pacienta, snížení jeho úzkosti a množství strachu.

Na základě tohoto srovnání je dle mého názoru možné zařadit Integrativní Validaci Nicole Richard pod Přístup orientovaný na člověka. Jedinečnost a nesporný přínos Integrativní Validace ale zůstává rozhodně v tom, že ho autorka vytvořila, případně modifikovala již existující přístup, pro práci s pacienty s demencí. Zde je takovýto přístup ideální, protože se zaměřujeme právě na prožívání pacienta. Richard na rozdíl od Rogerse neočekává u pacientů změny v myšlení. To by také u progresivního onemocnění nebylo realistické. Jejím cílem je zlepšit pacientovo prožívání.

7.3 Návrhy řešení

V Přístupu orientovaném na člověka Carla Rogerse je možné se inspirovat i pro řešení nesystematičnosti v Integrativní Validaci, kterou jsem zmínila výše. Richard požaduje po pečujících, aby neinterpretovali, ale to není zcela dobře možné. Stejně tak nesoustředit se na

obsahovou stránku řeči zcela nelze. Děje se tomu i v ukázkách, které jsem ve své práci uvedla. Jako příklad bych ráda uvedla ukázkou s pacientkou 6 (viz str.36). Pacientka nereaguje na nabízenou komunikaci a pečující stále hovoří o předchozím zaměstnání pacientky (obsahovou stránkou řeči se snaží upoutat pacientčinu pozornost) a na základě toho, jak se pacientka chová, se snaží uhodnout, co se v pacientce děje (interpretuje). Toto je nutné pro to, aby mohla zrcadlit pocity pacientky, interpretací získává pečující materiál, se kterým může dále pracovat.

Rogers v tomto bodě uvádí, že úkolem terapeuta naopak je empatické pozorování, čímž myslí, že je úkolem terapeuta uvažovat o osobních pocitech a osobních významech klienta, to znamená interpretovat je a klientovi sdělovat. Proto se terapeut také mimo jiné musí soustředit i na obsahovou stránku řeči. Zdůrazňuje ale, že je velice důležité, aby se terapeut vzdal vlastního hodnocení. Jen tak může klienta skutečně přijmout. Možná že právě nutnost vzdát se vlastního hodnocení, kterou považuje Nicole Richard také za klíčovou, ji vedla až k tomu, požadovat po pečujícím, aby neinterpretoval.

Rogers nabízí i širší vysvětlení pro to, proč je toto empatické přijetí pro pacienta tak důležité a proč by mělo ovlivnit jeho prožívání. Richard uvádí, že je to důležité pro vytvoření vztahu založeného na důvěře, který následně vede k tomu, že se prožívání pacientů zlepší (Richard 1995, str. 248). Rogers k tomuto uvádí, že: „*Empatický způsob bytí s druhým člověkem [...] znamená dočasně žít životem druhého člověka, orientovat se v něm taktně a vzdát se vlastního hodnocení.*“ (Rogers 1998, str. 127). Toto má dalekosáhlý vliv na klienta, protože „*Empatie eliminuje odcizení a její adresát se cítí být nedílnou součástí lidského druhu.*“ (Rogers 1998, str. 133). Déle je dle autora okamžitým důsledkem empatického porozumění adresátův pocit úcty, zájmu a akceptace jeho osoby. Rogers podkládá toto tvrzení výzkumem, ve kterém došel k závěru, že schizofrenici, kteří přijímali od svých terapeutů nejvyšší míru přirozené empatie, vykazovali nejnápadnější pokles projevů schizofrenie měřených Minnesotským multifázovým osobnostním inventářem. Tento výzkum prokazuje, že vysoká míra empatie skutečně zlepšuje pacientovo prožívání a pomáhá mu snáze se vyrovnávat s onemocněním (Rogers 1998, str. 134).

7.4 Přínos Integrativní Validace pro praxi

Integrativní Validace nabízí do praxe zaprvé jasný návod na to, jak s pacienty s demencí pracovat a komunikovat. Již to je jejím velikým přínosem. V praxi neexistuje totiž žádný jiný

celostní přístup, který by se prosadil a nabízel odpověď na tyto otázky. Tato skutečnost má veliký význam, obzvláště pokud si uvědomíme, že péče o tyto pacienty je skutečně velmi problematická. Je velmi těžké stanovit hranici toho, kde bychom měli vyhovět pacientovu přání a kde naopak rozhodnout dle vlastního úsudku. Pacienti v zařízeních a někdy i v domácí péči jsou ve velké nevýhodě, která pramení z problematické symptomatiky tohoto onemocnění. Jsou na poskytovaných službách vysoce závislí, tato závislost s sebou nese nerovné postavení a zvýšení riziko nerespektování jejich práv.

Integrativní Validace stanovuje jasná pravidla terapeutické práce a napomáhá k individualizaci práce s těmito lidmi.

Eva Klimentová ve svém článku o standardech kvality sociální péče uvádí, že Validace dle Naomi Feil poskytuje přímé návody k naplnění standardů kvality sociálních služeb a respektuje základní lidská práva uživatelů sociálních služeb (Klimentová 2004, str. 247). Toto platí shodně i pro Integrativní Validaci Nicole Richard.

V praxi na případech pacientů, které jsem zde uvedla, je zřejmé, že pacienti na tento přístup reagovali velmi dobře, i když samozřejmě i tento přístup má své jasné hranice. U Alzheimerovy choroby, vaskulární demence nebo jiných takovýchto progresivních onemocnění nelze očekávat zlepšení kognitivního stavu pacienta nebo jeho stavu fyzického. Zlepšení prožívání těchto pacientů, jejich uklidnění nebo momentální snížení úzkosti, kterou prožívají je rozhodně dostačující a velký přínos pro péči v této oblasti.

Péče je také velmi náročná pro pečující, ať již se jedná o rodinné příslušníky nebo o profesionální personál. Stanovení jasných pravidel péče a snížení výskytu syndromu BPSD, což si Integrativní Validace klade za cíl, je obrovským přínosem nejen pro pacienty, ale také pro pečující, kteří na základě pravidel, kterých se mohou držet a pozitivní zpětné vazby prožívají péči jako více smysluplnou a jsou tím méně ohroženi například syndromem vyhoření.

Negativně je možné vnímat náročnost přístupu jako takového pro zařízení i pro pečující samé. Vzdělávat pečující a dodržovat principy Integrativní Validace je pro zařízení finančně náročné. Na pečující jsou kladeny velké nároky ve smyslu jejich interpretace a vytváření hypotéz.

Z dlouhodobého hlediska by jistě bylo velmi zajímavé zjistit, jestli se pacienti, o které je pečováno Integrativní Validací, v porovnání s jinou skupinou pacientů skutečně dlouhodobě

liší ve svém prožívání onemocnění demencí. Toto nebylo na základě případů, které jsem ve své práci uvedla, možné doložit. Takovéto zkoumání by vyžadovalo dlouhodobé pozorování dvou skupin pacientů, pokud možno ze stejného zařízení, kde by s jednou skupinou bylo pracováno pomocí Integrativní Validace a s druhou skupinou pomocí jiného přístupu. Kontrolní skupina pacientů z jiného zařízení by sloužila k eliminaci vlivů prostředí v zařízení. Takovýto výzkum by byl finančně i administrativně velmi náročný, ale jistě by přinesl důležité poznatky o přístupu Integrativní Validace. Klinická studie většího rozsahu bohužel ještě nebyla uskutečněna.

8 Závěr

Cílem mé práce bylo podrobně popsat a vyhodnotit přístup Integrativní Validace autorky Nicole Richard, který se specializuje na práci s pacienty trpící demencí. K tomu jsem využila literaturu, videoukázky rozhovorů v Integrativní Validaci a vlastní záznamy případů pacientů.

Analýza přístupu v této práci poukázala na to, že Richard využila pro jeho vytvoření poznatky z praxe, což jsem hodnotila pozitivně. Dále jsem hodnotila pozitivně vliv přístupu na pacienty jako na jednotlivce. Ten jsem vyhodnocovala na základě případových studií pacientů, se kterými jsem pracovala. Bylo možné pozorovat pozitivní posun pacientů.

Přínos Integrativní Validace je prokazatelný také v obecné problematice péče. Jedná se o jedinečný celostní přístup, který ustanovuje pravidla pro péči o pacienty s demencí a zajišťuje tak ochranu jejich práv, zároveň také tímto usnadňuje péči osobám, které ji vykonávají.

Srovnáním Integrativní Validace s Přístupem orientovaným na člověka Carla Rogerse jsem zasadila přístup Nicole Richard do širšího teoretického rámce, což jsem považovala za důležité na základě některých nesrovnalostí v IVA. V rámci tohoto srovnání jsem navrhla řešení těchto nesystematických bodů. Ukázalo se, že se IVA s Přístupem orientovaným na člověka v hlavních bodech shoduje, přínosná je ale specializace či modifikace tohoto přístupu pro péči o pacienty s demencí.

Celkově se ukázalo, že na teoretické rovině lze nalézt několik negativních aspektů, ale v praxi má přístup pro pacienty a pečující hlavně pozitivní přínos.

Dalším námětem pro zkoumání by byl dlouhodobý vliv IVA na pacienty s demencí, který nebylo možné na základě případů zde uvedených hodnotit a který by mohl být zkoumán v rámci longitudinální klinické studie.

9. Resume

The main focus of this thesis is Nicole Richard's Integrative Validation approach which has been developed specifically for patients suffering from dementia. The aim is, firstly, to give a comprehensive description of this approach which previously in the Czech Republic has been neither applied nor described in detail, and secondly, to look at its theoretical foundations and evaluate its practical implications for patient care.

Integrative Validation is described as a non-pharmaceutical holistic approach to patients suffering from dementia with the principal aim of improving the lives of these patients and of dealing with the problematic behaviour of patients suffering from BPSD (Behavioral and psychological Symptoms of Dementia). The approach makes use of the so called interviews in Integrative Validation which are conducted between carers trained in Integrative Validation and patients suffering from dementia. These interviews are based on several basic principles: carers endeavour to understand the experience of patients, to mirror their emotions and, whenever possible, to come up with solutions. By contrast, carers should not attempt to bring disoriented patients back to reality, confront them with their disorientation, interpret their behaviour, take what they say literally nor distract them from their wishes or goals. Nicole Richard assumes that such interviews, if well conducted, benefit patients by reducing anxiety and stress levels and by rendering patients more communicative which in turn also has a positive impact on carers.

The practical part of this thesis includes both samples of interviews with patients as well as the case studies of three patients and their evaluation.

The analysis of Integrative Validation indicates that Richard's approach is based on practical experience; this is evaluated positively. Likewise, it is concluded that the approach has a positive impact on patients. The case studies also confirm the assumed positive impact on carers. An indisputable advantage of the approach is the very fact that it is adapted for and applied to a particular group of patients (patients suffering from dementia); it is assumed that the applied approach helps ensure quality care for these patients.

By contrast, unsystematic aspects of the approach are pointed out: according to Integrative Validation, the behaviour of patients is not to be interpreted, at the same time patients are not to be taken literally. Nevertheless, carers are expected to understand the experience of the patients. It is also pointed out that Richard's approach lacks a wider theoretical framework.

The Integrative Validation approach is then compared to Roger's Humanistic Approach; it is shown that there exist clear correspondences between the two approaches and that Roger's theory may help resolve unsystematic aspects of Richard's approach regarding the avoidance of interpreting the patients' behaviour while avoiding to take patients literally.

It is concluded that the approach is to be recommended for long-term study.

10. Literatura

FEIL, N. *Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2002. ISBN 3-497-01633-0.

GUTZMANN, H., BAUER, T: *Sprache und Demenz*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, 2007.

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

HÖWLER, Elisabeth. *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz*. 2008. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer, 2008. ISBN 978-3-17-020491-1.

JIRÁK, R. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-44-6.

KITWOOD, Tom. *Demenz*. Bern : Hans Huber Verlag, 2000. ISBN 3-456-83914-6

KLIMENTOVÁ, E. Validáční terapie jako cesta naplnění standardů kvality sociálních služeb pro klienty staršího věku s poruchami orientace. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004, s. 244-253. ISBN 80-7326-026-3.

KOSS, A. : Wie valide ist die Validation? *Dr. Med. Mabuse*. 2004, N.3, S. 33-34

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Demence*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

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

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

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5

PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.

PROUTY, G. *Preterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6

QIZILBASH, Nawab. *Evidence-based Dementia Practice*. Oxford : Blackwell Science, 2002. ISBN 0-632-05296-1.

RICHARD, N. Annehmen und Begleiten. *Altenpflege*. 1995, N. 4, s. 244-248

RICHARD, N. *DVD – videoukázky pro praktickou práci s pacienty v IVA (nezveřejněno)*.

RICHARD, N. *Integrative Validation : Institut für Integrative Validation* [online]. [2003] , Letzte Aktualisierung Februar 2009 [cit. 2009-06-20]. Text v němčině. Dostupný z WWW: <<http://www.integrative-validation.de/index.htm>>.

RICHARD, N. Kommunikation und Körpersprache mit Menschen mit Demenz – die Integrative Validation (IVA). *Unterricht Pflege*. 2004, N. 5, s. 13-16

RICHARD, N. Validation. Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit finden. *Altenpflege*. 1994a N. 3, s. 196-199

RICHARD, N. Validierende Gespräche. Wege aus dem Nebel der Verwirrtheit. *Altenpflege* 1994b, N. 5, s. 310-131

RICHARD, Nicole. Alter Wein in neuen Schläuchen. Ein neuer Integrativer Ansatz.. *Altenpflege*. 1994c, N. 7, s. 433-435.

ROGERS, C. *Způsob bytí*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-233-5

SACHWEG, S. *Spurenlesen im Sprachdschungel*. Bern: Hans Huber Verlag, 2008. ISBN: 978-3-456-84546-3

