

Masarykova univerzita

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky



**Reminiscenční terapie s využitím
terapeutických panenek v léčbě Alzheimerovy
demence**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Soňa Chaloupková, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Karolína Štítkovcová

Brno 2015

„Když bohové chtějí člověka nejvíce potrestat, vezmou mu jeho vzpomínky.“

prof. PhDr. Dušan Šimek

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů“. Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v Brně v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Brně dne _____

.....

Bc. Karolína Štítkovcová

Poděkování

V úvodu své práce bych chtěla upřímně poděkovat PhDr. Mgr. Soni Chaloupkové, Ph.D. za vedení, ochotu, trpělivost a konzultace při vypracování této diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala své matce za trpělivost a finanční podporu, kterou mi při studiu projevovala. Také děkuji svým blízkým přátelům, Mgr. Kláře Glončákové, Mgr. Naděždě Vaškové a Bc. Pavlovi Slabému, kteří mi byli nápomocni při odborných konzultacích a korekturách.

Obsah

1	Alzheimerova demence	8
1.1	Charakteristika demence	8
1.2	Alzheimerova demence jako neurobiologické onemocnění	11
1.3	Neurobiologický screening	13
1.4	Farmakoterapie	15
2	Alzheimerova demence z pohledu speciálního pedagoga	18
2.1	Klinický obraz Alzheimerovy demence	18
2.2	Psychické poruchy při demenci	21
2.3	Diagnostika Alzheimerovy demence	23
3	Reminiscenční terapie a terapeutické panenky.....	27
3.1	Sociální služby a péče	27
3.2	Vymezení reminiscenční terapie	31
3.3	Průběh reminiscenční terapie	34
3.4	Terapeutické panenky	36
4	Reminiscenční terapie s využitím terapeutických panenek v léčbě Alzheimerovy demence	38
4.1	Cíle a metodologie výzkumného šetření	38
4.2	Charakteristika místa a vzorku výzkumného šetření	39
4.3	Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření	39
4.4	Závěr výzkumného šetření a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi	54
	Závěr	60
	Shrnutí	62
	Summary	63
	Literatura	64
	Přílohy	70

Úvod

Alzheimerova demence patří mezi nejčastější onemocnění pozdějšího věku. Vymezení etiologie se opírá o patologické změny v oblasti mozku, kde dochází k tvorbě neuronálních klubek a jiným defektům, které dělají z Alzheimerovy demence neléčitelné onemocnění. Výzkumů a studií zabývajících se vyléčením Alzheimerovy nemoci je již značné množství a je pravděpodobné, že v dohledné době bude možné onemocnění předejít či jej zcela vyléčit. V této chvíli jsou odborníci pouze schopni zamezit rychlé progresi a díky medikaci klientům ulevit od některých symptomů.

V oblasti sociální péče je řada zařízení, která se aktivně věnují péči o klienty postižených touto formou demence a snaží se tak zároveň ulehčit rodinám. Alzheimerova demence je především zátěží pro samotného seniora a neméně se přímo dotýká také rodinných příslušníků. Existuje také celá řada organizací, které jsou schopny zajistit a zprostředkovat potřebné informace o péči a podpoře nabízené v rámci České Republiky. Řada terapií pro léčbu Alzheimerovy demence se zabývá především zmírnění symptomů a zkvalitnění klientova života. Diplomová práce se zaměřila na dvě z nich, a to reminiscenční terapii a terapii pomocí tzv. terapeutických panenek.

Cílem této práce bylo zjistit, jak jsou terapeutické panenky využívány při reminiscenční terapii, zda je jejich aplikace do terapie žádoucí a jak a jestli jsou klienti schopni se na práci s nimi adaptovat. Dalším cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň efektivity práce s panenkami, a jaký dopad má panenka na osobnost klienta.

Diplomová práce je rozdělena do čtyř částí, z nichž tři jsou teoretické, a část čtvrtá se zabývá vlastním výzkumným šetřením. Do teoretické části bylo čerpáno z vědeckých článků a odborné pedagogické literatury.

První část je zaměřena na celkový popis Alzheimerovy demence z pohledu neurologického, zabývá se etiologií onemocnění, možnostmi screeningu a farmakologické léčby. Jedna z podkapitol se věnuje molekulárně-neurologické diagnostice.

Druhá část je psána z pohledu speciálního pedagoga a zahrnuje diagnostické testy a hodnotící škály. Dále zmiňuje psychické poruchy, které mohou být k demenci přidružené, a postihuje celkový klinický obraz demence.

Třetí část je již věnována popisu obou zmíněných terapií, jejich průběhu a potřebným pomůckám pro realizaci. Jedna podkapitola je také věnována sociálním službám a péči poskytované lidem s demencí na území České Republiky.

Obsahem čtvrté části je již samotný výzkum. Ten je proveden formou řízených rozhovorů s osobami, které aktivně provádějí terapii s klienty v domovech a dalších zařízeních sociálních služeb. Rozhovory jsou doplněny o pozorování daného klienta při výkonu reminiscenční terapie. Počet respondentů byl 11 stejně jako počet klientů, o nichž se při rozhovorech diskutovalo.

1 Alzheimerova demence

1.1 Charakteristika demence

Demence je nejčastější onemocnění u osob vyššího věku, kdy dochází k úbytku intelektu minimálně o 20% a je doprovázen dalšími deficity v oblasti kognitivní, verbální, v projevech chování aj. Postupně dochází k degradaci celé osobnosti a nevratný patologickým změnám, což se projeví v neschopnosti sebeobsluhy, dodržování návyků a časoprostorové orientaci.¹

Častou příčinou vzniku bývá onemocnění mozku. Tato onemocnění jsou progredující či chronická, trvající minimálně šest měsíců. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc, při níž se klade důraz zejména na diagnostiku již raného stádia a včasnou léčbu.²

Demence je, dle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, chronické onemocnění progresivní povahy, kdy dochází k poruše mnoha kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce se řadí paměť, myšlení, orientace v místě i času, chápání, počítání, schopnost učení a úsudek. Tyto poruchy se objevují u Alzheimerovy demence a jiných cerebrovaskulárních onemocnění. Úbytek kognitivních funkcí bývá tak markantní, že dochází k zásahu do profesního život a následně i života osobního. Choroba demence má za následek také smrt nebo je příčinou mortality. U demencí tedy sledujeme postižení ve třech základních rovinách: kognitivních funkcí, behaviorálních a psychologických a v neposlední řadě v aktivitách všedního dne.³

Demence dělíme z několika různých hledisek a žádné z nich není zcela přesné. Rozlišujeme, jestli se jedná o formu progresivní nebo s časem neměnnou. Dále se přihlíží k příčině vzniku, ať už v důsledku encefalitidy, traumatu, anebo jiných emočních příčin. Demence se také dělí podle zasažení kortikální oblasti (symptomy se v tomto případě

¹ MICHALÍK, Jan. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

² FRANKOVÁ, Vanda. Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 70 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2423-5.

³ JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 8072622684.

objevují nejdříve) či subkortikální, kdy dochází k pozvolnému úbytku mentálních funkcí. Důležitým hlediskem je i dědičnost a výskyt v rodinné anamnéze.⁴

Jedno z možných dělení demencí je na primární (atroficko-degenerativní) – tyto typy vznikají na základě neurodegenerace (nesprávná funkce mozkových proteinů nebo jejich špatné ukládání. Tato demence není ještě zcela prozkoumána z hlediska etiologického, ale byly zaznamenány vlivy dědičnosti a spolupůsobení dalších faktorů jako neurotoxinů, stresu, infekční agens, poruchy autoimunity a v neposlední řadě také věk. Dále je to sekundární demence, které se dále rozděluje na ischemicko-vaskulární a jiné druhy sekundárních demencí. Mezi tyto patří demence vzniklé na základě infekčních onemocnění, posttraumatických stavů nebo v důsledku metabolické etiologie.⁵

Demence lze také rozdělit podle jiných hledisek na kortikální a subkortikální. V případě kortikální demence se jedná o postižení korových funkcí. Pozorovat lze poruchy paměti, afázi, apraxii, a jiné. Alzheimerova demence se řadí právě k demencím kortikálního typu. U subkortikálního typu je patrná patologie v oblasti podkorových struktur. Poškození zejména thalamu, bílé hmoty hemisfér a bazálních ganglií. Zde dochází k deficitům v tempu jak psychiky, tak i pohybových činnostech. Lze pozorovat stereotypní činnosti. Tyto příznaky jsou těžko odhalitelné. Co se výskytu demence týče, poukazuje na korelaci nárůstu počtu demencí a narůstajícím průměrným věkem populace. Prevalenci udává 20-30 % případů diagnostiky Alzheimerovy demence u osob kolem 85 let a tato procenta narůstají exponenciálně jak ve světě, tak i v České republice. Úmrtnost se u Alzheimerovy demence stále zvyšuje a stala se tak pátou nejčastější příčinou úmrtí. Bohužel bývá Alzheimerova demence často odhalena pozdě. Některé kognitivní deficity nemusí být při vyšetření objeveny, neboť se pacienti s těmito problémy těžko svěřují.⁶

Alzheimerova demence – vývoj pojmu

Doposud dlouhý, složitý vývoj pojmu Alzheimerovy demence stále pokračuje a není zatím ucelen. Senilní demence byla známá již v první polovině 19. století. Alois Alzheimer

⁴ JAAP Valk, Frederik BARKHOF, Philip SCHELTENS. Magnetic resonance in dementia. New York, NY: Springer; 2002. 353 s. ISBN 9783642625978

⁵ FIŠAR, Zdeněk. Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

⁶ BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.

popsal histologický nález v mozku pacientky, avšak jeho kolegům připadal nález velmi odlišný od tehdy známých znaků demence a tak raději prosadili pojem Alzheimerova nemoc. Alzheimerova demence se objevuje ve dvou typech, v presenilní formě (označována zkratkou SDAT) a senilní formě (DAT). Pro odlišení různých příčin demencí v seniu byl zaveden termín senilní demence Alzheimerova typu. Později odborníci začali inklinovat spíše k obecnému pojmenování **Alzheimerova nemoc** pro obě její varianty.⁷

Osobnost Aloise Alzheimerera

Alois Alzheimer se narodil 14. června 1864 ve městě Marktbreit v Německu. Studia medicíny absolvoval v Berlíně, Würzburgu a Tübingenu, kde v roce **1887** promoval a získal **medicínský titul**. Následovala sedmiletá praxe na **Městské psychiatrické klinice** ve Frankfurtu, kde působil jako asistent neurologa **Franze Nilsse**. Pod jeho vedením se zabýval psychiatrií, neurobiologií a společně pracovali na výzkumu patologie nervového systému, studiím poškozeného a zdravého mozku. V roce 1895 odjel Nilss do Heidelbergu navštívit německého psychiatra Kreapelina a pověřil Alzheimerera vedením ústavu. Ten v této funkci setrval dalších sedm let.⁸

Alzheimerovou první pacientkou byla **Auguste Deter**, Němka narozená 16. května 1850. Poprvé se setkali v roce 1901 po jejím přijetí na frankfurtskou kliniku. Ve věku 51 let se u ní objevily první příznaky AD, které se během následujících osmi měsíců prudce zhoršovali, a její osobnost se začala měnit. Trpěla představami o útocích na její osobu, o nevěře jejího manžela a celkovou psychickou poruchou. Na klinice byla dezorientovaná, neorientovala se v čase a byla celkově zmatená. Řeč se stávala nepochopitelnou a nelogickou, v posledním roce života byla zcela apatická. Po její smrti v roce 1906 provedl Alzheimer pitvu pacientčina mozku a objevil projevy nynější Alzheimerovy demence. Hlavními projevy neuropatologie Alzheimerovy demence je velký úbytek neuronálních buněk, přítomnost amyloidních plaků a neurofibrilární klubíčka. V roce 1906 na setkání

⁷ KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. Diagnostika a léčení syndromu demence. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 156 s. ISBN 80-7169-716-8.

⁸ SHAMPO MARC A., ROBERT A. KYLE a DAVID P. STEENSMA. Alois Alzheimer–Alzheimer Disease. Mayo Clinic Proceedings [online]. 2013, 88(12) [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.mayocp.2013.01.031.

v Tübingenu Alzheimer prezentoval svůj klinický a patologický náález u Auguste D. Nesetkal se však s pochopením a záznam z přednášky vyšel jen jako krátký abstrakt.⁹

1.2 Alzheimerova demence jako neurobiologické onemocnění

Průběh změn v anatomii mozku je podobný klasickým projevům stárnutí. Dochází ke zmenšení objemu mozku a rozšíření mozkových komor, avšak rozdílnosti mezi Alzheimerovou demencí a stárnutím jsou patrné až u presenilních forem nemoci. Mozek začíná atrofovat a časem dochází i k atrofii spánkového laloku. Alzheimerova nemoc je charakterizována především ukládáním pozměněných proteinů (β -amyloid, τ -protein), dále senilními plakami a neurofibrilárními klubky (tangles). Dále dochází k úbytku mozkových buněk, tedy neuronů, a jejich disfunkci.¹⁰

U zdravého jedince je τ -protein součástí mikrotubulů, které slouží k transportu nejrůznějších organel, mitochondrií, chromozomů a molekul podél buněčného skeletu. Mikrotubuly také stabilizují rostoucí axon, který je zodpovědný za růst neuritů. U Alzheimerovy demence je tento protein nadměrně fosforylován a formován do nerozpustných struktur, tak zvaných neurofibrilárních klubek.¹¹

Neurofibrilární klubka jsou cytoplasmatické struktury uvnitř neuronů složené z párových helikálních filament. Neurofibrilární klubka jsou u Alzheimerovy nemoci nahloubená především v pyramidálních buňkách hipokampu a entorhinálním kortexu. τ -protein je kódován chromosomem 17 a je přítomný i u dalších neurodegenerativních onemocnění.¹²

⁹ CIPRIANI GABRIELE, CRISTINA DOLCIOTTI, LUCIA PICCHI a UBALDO BONUCCELLI. Alzheimer and his disease: a brief history. *Neurological Sciences* [online]. 2010, 32(2): 275-279 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1007/s10072-010-0454-7.

¹⁰ SISODIA, Sangram S a Rudolph E TANZI. Alzheimer's disease: advances in genetics, molecular, and cellular biology [online]. New York: Springer, c2007, 1 online resource (ix, 286 p.) [cit. 2015-11-09]. ISBN 03-873-5134-5.

¹¹ GALIMBERTI DANIELA a ELIO SCARPINI. Progress in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology* [online]. 2011, 259(2): 201-211 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1007/s00415-011-6145-3.

¹² HARTMANN ANA PAULA BARBOSA JERONIMO, SÉRGIO MONTEIRO DE ALMEIDA, JOSÉ ANTONIO LIVRAMENTO, RICARDO NITRINI, DANIEL TAKAHASHI a PAULO CARAMELLI. Hyperphosphorylated tau protein in the cerebrospinal fluid of patients with Alzheimer's disease and other dementias: preliminary findings. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. 2004, 62(3b): 751-755 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1590/s0004-282x2004000500001.

Mezi další faktory, které mají za následek Alzheimerovu demenci, se řadí extracelulární výskyt a akumulace rozpustného peptidu β -amyloidu (dále A β). Již je známo několik důkazů, že nahloučení A β v mozku spustí kaskádu reakcí, které dají vzniknout neurodegenerativním onemocněním. V metabolismu A β hraje důležitou roli apoE (apolipoprotein E), který je kódován apolipoproteinem APOE.¹³

APOE je transportní protein pro molekuly cholesterolu. Existuje ve třech alelách – E2, E3, E4. Právě alela E4 byla dána do souvislosti s disfunkcí zpracování lipidů. Později byl nalezen u pacientů s poruchou paměti a pozdější formou Alzheimerovy demence. APOE4 způsobí zvýšený přísun cholesterolu do oblasti mozku a vytvoří komplex s A β do struktury senilních plaků a neurofibrilárních klubek a je porušen transport organel podél neuronu.¹⁴

Cholesterol je složka biomembrán a zajišťuje jejich fluiditu. Patogeneze Alzheimerovy demence zahrnuje transport prekursorového proteinu APOE, jeho agregaci a toxicitu A β (který vzniká jeho štěpením), který je následně vnesen do membrány a ovlivní její konformaci. Tento proces může spolu s dalšími exogenními a endogenními faktory ovlivnit patologické pochody při Alzheimerově demenci. Díky tomu se hypercholesterolémi stala jedním z rizikových faktorů pro vznik vaskulárních onemocnění mozku. Jedním z genů souvisejících s cholesterolem byl asociován právě protein APOE.¹⁵

Disfunkce cholinergního systému

Důležitým ukazatelem Alzheimerovy demence je také disfunkce cholinergního systému. Jedná se o metabolismus cholinu (vitamin B8, fosfolipid, pozn. autor), který je důležitý pro výživu lidského těla. Pole jeho působnosti je velmi pestré. Tvoří důležitou část pro syntézu acetylcholinu - neurotransmiteru v cholinergním systému - a jiných

¹³ VERGHESE P. B., J. M. CASTELLANO, K. GARAI, Y. WANG, H. JIANG, A. SHAH, G. BU, C. FRIEDEN a D. M. HOLTZMAN. ApoE influences amyloid- (A) clearance despite minimal apoE/A association in physiological conditions. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [online]. 2013, 110(19): E1807-E1816 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1073/pnas.1220484110.

¹⁴ CREAM SHEILA, ALEX WARD, CATHERINE J. MERCALDI, JENNA M. COLLINS, MICHAEL N. COOK, NICOLE L. BAKER a H. MICHAEL ARRIGHI. Apolipoprotein E ϵ 4 Prevalence in Alzheimer's Disease Patients Varies across Global Populations: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* [online]. 2011, 31(1): 20-30 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1159/000321984.

¹⁵ WOLLMER M. AXEL. Cholesterol-related genes in Alzheimer's disease. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular and Cell Biology of Lipids* [online]. 2010, 1801(8): 762-773 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.bbalip.2010.05.009.

transportních a signálních molekul bílkovinné povahy. Bylo zjištěno, že se významně podílí na paměťových funkcích v mozku a redukuje možné defekty neuronálních cév. Deficit cholinu v oblasti mozku může mít tedy za následek vznik neurologických onemocnění. Patologické změny metabolismu cholinu byly zjištěny také u pacientů s Alzheimerovou demencí.¹⁶

Hlavním cílem pro cholinergní systém je oblast **limbické části mozku**. Tento systém je anatomicky a funkčně spojen s dalšími mozkovými strukturami, které jsou zodpovědné za emoce, paměť a učení, tj. **hippocampus**, **amygdala**, **hypotalamus** a další. Jelikož tento systém spojuje takové množství oblastí mozku, má tedy vliv na široké spektrum kognitivních funkcí. Hlavním oborem zájmu mnohých studií je rozluštit a odhalit další dráhy, které metabolismy a neurotransmise cholinu v oblasti hippokampu a amygdaly mají stěžejní funkci v procesech práce s pamětí.¹⁷

1.3 Neurobiologický screening

Diagnostika AD vyžaduje důkladný screening a sérii laboratorních vyšetření, v případě nejasností také hematologických a sérologických. Biochemické rozborů slouží především k vyloučení nebo potvrzení sekundárně metabolických demencí. Při vyšetřeních se sleduje iontová rovnováha organismu, množství celkové bílkoviny a albuminu, což dává informaci o hydrataci a úrovni nutriční vyváženosti organismu. Dále se sleduje výskyt krve v moči, kreatininu a kyseliny močové coby původců renálního selhání u demencí. Důležitým ukazatelem jsou také jaterní testy, hodnoty cholesterolu (**LDL** a poměr HDL-/LDL-cholesterolu) a triacylglycerolů, které mohou potvrdit arteriosklerózu a s tím možné propojení s demencí vaskulárního typu. Na metabolickou demenci poukazuje hyperglykémie či hypoglykémie. U AD je běžná nízká hladina vitamínu B₁₂ a to až pět krát oproti populaci bez AD. Pomocí hematologických vyšetření lze odhalit anémii (také častá příčina demencí),

¹⁶ TAYEBATI SEYED KHOSROW a FRANCESCO AMENTA. Choline-containing phospholipids: relevance to brain functional pathways. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* [online]. 2013, 51(3) [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1515/ccbm-2012-0559.

¹⁷ PINTO TANYA, KRISTA L. LANCTÔT a NATHAN HERRMANN. Revisiting the cholinergic hypothesis of behavioral and psychological symptoms in dementia of the Alzheimer's type. *Ageing Research Reviews* [online]. 2011 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.arr.2011.01.003.

díky sérologii se vyloučí luetické onemocnění, AIDS či lymeské borelióza, což jsou další významné faktory podílející se na vzniku demencí.¹⁸

Biomarkery demence

Včasná diagnostika je velmi důležitá pro okamžité nasazení medikamentů a léčbu symptomů, k níž také velkou měrou přispívá, mimo laboratorní vyšetření zmíněná výše, lékařská a neurologická diagnostika zahrnující zejména biochemické (vyšetření z krve, séra či jiných tekutin), genetické, neurozobrazovací (CT, MRI) a neuropsychologické biomarkery. V posledních dvou dekádách byl zaznamenán velký úspěch EEG (elektroencefalogram) jakožto biomarkeru vhodného a spolehlivého pro odhalení abnormalit v kortexu a s tím související úbytek kognitivních funkcí. Pomocí této šetrné neinvazivní metody lze detekovat již časnou formu demence a stanovit stupeň poškození.¹⁹

Mezi další významné biomarkery řadíme **neurozobrazovací metody** – **CT** (Computed Tomography), **MRI** (Magnetic Resonance Imaging). Obě metody jsou nezbytné při diagnostice demence. MRI podá informace o možných vaskulárních poškozeních, změny elektrického signálů v bílé kůře mozkové aj. Jedním z hlavních ukazatelů Alzheimerovy demence bývá úbytek neuronů a atrofie mozku, jež jsou na výstupu MRI také dobře patrné.

20

Nejčastěji využívanou zobrazovací metodou je **výpočetní tomografie**, neboli CT. Používá se především k vyloučení dalších patologických změn mozku. U Alzheimerovy demence je patrná generalizovaná atrofie a sledujeme především šíři temporálních rohů postranních komor a šíři hipokampálních formací a entorinální kůry. V široké klinické praxi je pak využívána jednoduchá metoda screeningu a tím je stanovení indexu mediotemporální atrofie. Méně rozšířena je metoda **MRI**, neboť vyšetření jsou finančně náročnější než CT, avšak rozlišovací schopnost měkkých tkání je vyšší a není potřeba aplikovat kontrastní látku.

¹⁸ JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 8072622684.

¹⁹ AL-QAZAZ NOOR KAMAL, SAWAL HAMID BIN MD. ALI, SITI ANOM AHMAD, KALAIVANI CHELLAPPAN, MD. SHABIUL ISLAM a JAVIER ESCUDERO. Role of EEG as Biomarker in the Early Detection and Classification of Dementia. The Scientific World Journal [online]. 2014, 2014: 1-16 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1155/2014/906038.

²⁰ AHMED R M, R W PATERSON, J D WARREN, H ZETTERBERG, J T O'BRIEN, N C FOX, G M HALLIDAY a J M SCHOTT. Biomarkers in dementia: clinical utility and new directions. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry [online]. 2014, 85(12): 1426-1434 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1136/jnnp-2014-307662.

Pomocí MRI můžeme sledovat vývoj nerovnoměrné distribuce atrofizačního procesu a včas odhadnout riziko vzniku Alzheimerovy demence v již **preklinickém stádiu** nemoci. U Alzheimerovy demence je charakteristickým ukazatelem atrofie mediotemporálního kortexu.²¹

1.4 Farmakoterapie

Léčba Alzheimerovy demence se zaměřuje na celou řadu symptomů, neboť nemoc jako taková není vyléčitelná. Snaha je zejména o zpomalení deteriorace kognitivních funkcí. Tím je možné značně omezit rozvoj některých poruch chování a zhoršení soběstačnosti. Nejpoužívanějšími prostředky léčby jsou **inhibitory enzymu acetylcholinesterázy a memantin**. Dále se hojně využívají antidepresiva, zatím co na ústupu je léčba neuroleptiky.

22

Léky používané v geriatrii rozdělujeme do několika **skupin** podle léčených symptomů:

- Kognitiva – zajistí léčbu pozornosti, soustředění, zejména pak poruchy chování
- Hypnotika – příznivě ovlivňují průběh spánku
- Antipsychotika – ovlivní problematické chování, poruchy myšlení a vnímání
- Neuroleptika
- Benzodiazepiny – používají se pro zklidnění (sedace)
- Antidepresiva – jsou vhodná pro léčbu poruch nálad a depresí.²³

Léky na principu inhibice acetylcholinesterázy jsou nejhojněji využívanou léčbou kognitivních funkcí, neboť se zjistil vliv acetylcholinu na správnou funkci paměti a procesu učení (tzv. **acetylcholinergní hypotéza**). Acetylcholinergní hypotéza byla prokázána již v letech 1970 a byla považována za **první teorii** vysvětlující symptomatologii Alzheimerovy demence. Pro léčbu jsou využívány tři medikamenty – **donepezil, rivastigmin a galantamin**. Jako u každého onemocnění i zde platí, že každý pacient reaguje na léčbu

²¹ JIRÁK, Roman. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén, 2013, 348 s. ISBN 9788072628735.

²² HOLMEROVÁ I., M. BAUMANOVÁ, H. VAŇKOVÁ, B. JURAŠKOVÁ. Nové směry farmakoterapie a poruch kognitivních funkcí. Vnitřní lékařství. [online] 2011, vol. 57/06 Dostupný z WWW: http://www.cello-ilm.cz/wp-content/uploads/2012/03/Nov%C3%A9_sm%C4%99Bry_farmakoterapie_syndromu_deme

²³ VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

různě. Tyto léky je vhodné zařadit již v raném mírném stádiu demence. S poruchou cholinergního systému je spojena řada psychických onemocnění doprovázející Alzheimerovu demenci, např. deprese a delirium.²⁴

Porucha kognitivních funkcí je charakterizována selektivní ztrátou cholinergních neuronů v mozku a vysokou aktivitou enzymu acetylcholinesterázy. Léčba inhibitory acetylcholinesterázy sice nezastaví ani neupraví degenerativní procesy v mozku, ale může významně zpomalit progresi poruchy paměti a sekundární symptomy jako apatii, depresi, úzkost, agresi aj. Mezi běžné nežádoucí účinky medikamentů patří žaludeční nevolnosti, zvracení, bolesti hlavy a břicha, anorexie, únava, svalová křeč a sedace. Donepezil je nejlépe přijímaný.²⁵

Donepezil účinně léčí a zachovává funkce u pacientů s lehkou/mírnou fází Alzheimerovy demence a některým klientů také pomáhá s vážnou formou demence. Rivastigmin a galantamin se ve své účinnosti zaměřují na kognitivní funkce a celkový zdravotní stav klientů. Řada studií se snaží odlišit pole působnosti každého medikamentu a porovnat jejich účinky, ale pouze jedna ukázala příznivý vliv na kognitivní funkce při kombinaci donepezilu a galantaminu.²⁶

Donepezil je selektivní inhibitor acetylcholinesterázy. Léčba by měla být systematická a dlouhotrvající. Při užívání donepezilu se objevují některé nežádoucí účinky, např. halucinace a delirium (delirium je velmi častý symptom při demenci a má také velký vliv na progresi demence). Velkým problémem je také návykovost donepezilu a následné abstinenční příznaky při vysazení medikace.²⁷

²⁴ JOHANSSON MAGNUS, JON SNAEDAL, GISLI HOLMAR JOHANNESSON, THORKELL ELI GUDMUNDSSON a KRISTINN JOHNSEN. The Acetylcholine Index: An Electroencephalographic Marker of Cholinergic Activity in the Living Human Brain Applied to Alzheimer's Disease and Other Dementias. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* [online]. 2015, 39(3-4): 132-142 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1159/000367889.

²⁵ HOWLAND, Robert H., JON SNAEDAL, GISLI HOLMAR JOHANNESSON, THORKELL ELI GUDMUNDSSON, KRISTINN JOHNSEN, N C FOX, G M HALLIDAY a J M SCHOTT. Drug Therapies for Cognitive Impairment and Dementia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* [online]. 2010, 48(4): 11-14 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.3928/02793695-20100311-01.

²⁶ SANTORO AURELIA, PAOLA SIVIERO, NADIA MINICUCI, ELENA BELLAVISTA, MICHELE MISHTO, FABIOLA OLIVIERI, FRANCESCA MARCHEGIANI, ANDREA MARIA CHIAMENTI, LUISA BENUSSI, et al. Effects of Donepezil, Galantamine and Rivastigmine in 938 Italian Patients with Alzheimer's Disease. *CNS Drugs* [online]. 2010, 24(2): 163-176 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.2165/11310960-000000000-00000.

²⁷ BIDZAN LESZEK a MARIOLA BIDZAN. Withdrawal syndrome after donepezil cessation in a patient with dementia. *Neurological Sciences* [online]. 2012, 33(6): 1459-1461 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1007/s10072-012-0938-8.

Podívejme se nyní na jednu ze studií, která popisuje rovnováhu aktivace a inhibice glutamátového receptoru **N-methyl-D-aspartátu** (NMDA). Bylo odhaleno, že v případě nadměrné stimulace NMDA receptorů dochází k poškození neuronální plasticity, poškození neuronů a vnik tzv. **excitotoxicity** (podílí se na patogenezi neurodegenerativních onemocnění²⁸). Proto byl navržen lék **memantin** jakožto blokátor aktivity NMDA. Lék byl navržen pro léčbu středně těžké až těžké formy Alzheimerovy demence. Léčba memantinem se liší od léčby medikamenty inhibující acetylcholinesterázu zejména v nežádoucích vedlejších účincích.²⁹

NMDA receptory mají široké využití v terapii řady nemocí, na příklad akutní neurodegenerace (různá traumata), chronická degenerativní onemocnění (Parkinsonova a Alzheimerova demence) nebo v symptomatické léčbě (deprese, úzkosti, aj.). NMDA receptory hrají důležitou roli v řadě procesů, jako je učení a paměť. Cílem výzkumů je tedy nalézt antagonistu těchto pochodů a předejít patologické aktivaci NMDA receptorů a následnému zhoršení paměti.³⁰

²⁸ SCHILDMACHER, Hans (ed.). Wir beobachten Vögel: eine Übersetzung aus dem Dänischen : mit 348 Abbildungen im Text. 2. überarb. Aufl. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 1965, 400 s.

²⁹ PARSONS CHRIS G., ALBRECHT STÖFFLER a WOJCIECH DANYSZ. Memantine: a NMDA receptor antagonist that improves memory by restoration of homeostasis in the glutamatergic system - too little activation is bad, too much is even worse. Neuropharmacology [online]. 2007, 53(6): 699-723 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2007.07.013.

³⁰ PARSONS C. G., W. DANYSZ a G. QUACK. Memantine is a clinically well tolerated N-methyl-d-aspartate (NMDA) receptor antagonist—a review of preclinical data. Neuropharmacology [online]. 1999, 38(6): 735-767 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/s0028-3908(99)00019-2.

2 Alzheimerova demence z pohledu speciálního pedagoga

2.1 Klinický obraz Alzheimerovy demence

Demence obecně je nejběžnější u vyšších věkových skupin, lze ji však diagnostikovat již od tří let věku na základě traumatického či jiného poškození mozku. Výše jsme uvedli několik možných dělení podle patologických změn v mozku, nyní se podívejme na rozdělení dle míry zásahu intelektu. Rozlišujeme tedy demenci lehkého typu, kdy je pozorovatelný jen mírný pokles paměti, ale výrazné zhoršení schopnosti učit se novým věcem a vybavování si uložených informací z paměti. Toto stádium už představuje značné omezení v běžných denních činnostech. U středně těžké pozorujeme úplnou ztrátu schopnosti vstřípit si nové poznatky, problém s vybavováním jmen i blízkých osob, zhoršená orientace v prostoru a čase. Klienti nejsou schopni fungovat bez dopomoci. Těžká sebou přináší naprostou neschopnost zapamatovávání si nových informací a vjemů, z minulých vzpomínek zbývají jen útržky. Klienti jsou zcela odkázáni na pomoc.³¹

Demence je plíživě a nenápadně se rozvíjející onemocnění. Pacienti začínají bloudit, jsou zmatení a dezorientovaní nejprve na místech, která častěji nenavštěvují, poté v blízkém okolí a nakonec i ve vlastním bytě. Pozorujeme také neschopnost logického uvažování, ztrátu soudnosti a poruchu kognitivních funkcí.³²

Projevy Alzheimerovy demence

Průběh Alzheimerovy nemoci se pohybuje od osmi do dvaceti let, podle podmínek a zdravotního stavu klienta. U každého je průběh nemoci odlišný z pohledu symptomů a délce trvání. Nemoc je dělena na fázi ranou, mírnou a pokročilou. Takovéto dělení umožní lépe se orientovat v průběhu nemoci a vytvořit tak návod pro pečující osoby. Rané stádium trvá přibližně tři až pět let. Dochází k prvním patologickým změnám v mozku, zejména v oblasti pro paměť. Lze však ještě s úspěchem projevy kompenzovat, klient si neuvědomuje, že se

³¹ PAVLOVSKÝ, Pavel. Soudní psychiatrie a psychologie. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 226 s. ISBN 978-80-247-2618-2.

³² JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

jedná o počínající demenci. Následně demence překlene v mírné stádium, které je časově vymezeno až na pět let. Dochází k odumírání buněk i v dalších oblastech mozku. V důsledku toho se u klientů objevují problémy s oblékáním, pozvolna ztrácejí orientaci i na známých místech. Používání běžných předmětů se stává obtížným a dochází také k neschopnosti integrovat a zpracovat vizuální a sluchové informace. V pokročilém stádiu se objevuje neschopnost správně reagovat na každodenní situace, sociální vnímání je pokřivené a logický úsudek oslabuje. V této fázi se již klient dostává do pobytového zařízení a je plně v péči ošetřujícího personálu.³³

Kognitivní funkce jsou narušeny v několika rovinách. Mimo postižení paměti bývá přítomna vizuospaciální dysfunkce, porucha řeči a dysexekutivní syndrom. Jednotlivé příznaky se mohou libovolně prolínat u každého klienta různě, neboť histopatologické změny jsou asymetrické a velkou roli hraje především lateralizace hemisfér. Postižení dominantní hemisféry naruší zejména oblast řečovou, zatímco porucha pravé hemisféry má za následek horší poznávání osob, poruchu prostorové orientace a stavy zmatení a bloudění.

34

MCI

V posledních letech se výzkum soustřeďuje na koncept MCI (Mild Cognitive Impairment), což je tak zvaná mírná porucha kognitivních funkcí. Jedná se o přechodový stav mezi normální formou stárnutí a velmi raným stádiem Alzheimerovy nemoci. MCI poukazuje na nejčasnější projevy úbytku kognitivních funkcí a predikuje tak možný vznik Alzheimerovy demence. Pokud dochází k rychlé progresi symptomů, jedná se již o časné stádium Alzheimerovy demence.³⁵

MCI však nemusí nutně indikovat vznik Alzheimerovy demence, nicméně u klientů s MCI pozorujeme až o deset procent častější nástup. Hlavními behaviorálními ukazateli případného nástupu Alzheimerovy demence je apatie a porucha exekutivní psychické

³³ CALLONE, Patricia R. Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008, 118 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.

³⁴ HORT, Jakub a Robert RUSINA. Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.

³⁵ PETERSEN, Ronald C. Mild cognitive impairment clinical trials. Nature Reviews Drug Discovery [online]. 2003, 2(8): 646-653 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1038/nrd1155.

funkce. Tyto patologické projevy jsou častým cílem diagnostiky a následné léčby, neboť jsou prvním dopadem nemoci na klienta a jeho nejbližší okolí.³⁶

Za rané stádium se považuje právě MCI. Pozorovatelná je neschopnost plánování činností a ukládání zejména výkladových informací do paměti. V této době ještě nemluvíme o velkém zásahu do aktivit běžného dne. Klienti mají tendenci zlehčovat a překrucovat objevující se problémy. Mimo to se také objevuje tendence k sociálnímu vyčlenění ze společnosti a deprese, jež se objeví i pět let před klinickou diagnózou. Ve stádiu mírné demence jsou již význačnými klinickými ukazateli afázie, porucha učení a paměti, které již zasahují do běžných aktivit dne. Klienti přestávají plánovat a běžné úkony, jakými jsou například spravování bankovního konta, domácí práce a další činnosti pro ně začínají být obtížné. Poškozena je i schopnost plynule hovořit a slovní zásoba je značně zredukována. Těžké stádium demence je charakterizováno silným poškozením kognitivních funkcí. Vyjadřování je omezeno na krátké věty či pouhá slova. Klienti špatně chápou a vyhodnocují pokyny ostatních osob a v souvislosti s tím se začíná projevovat agresivní chování. Může se objevovat stereotypní motorický pohyb některé části těla a apraxie.³⁷

Počáteční projevy tzv. syndromu primární progresivní afázie (vyskytujícího se u Alzheimerovy demence) spočívají v obtížnosti nalézání slov pro pojmenování věcí, dějů a v pozdější progredující ztrátě schopnosti plynule hovořit s relativně zachovalým porozuměním významů. Pacienti s afázií bývají rozděleni do dvou typů, plynule mluvící a na ty, kteří mají s plynulostí potíže.³⁸

³⁶ READY REBECCA E., BRIAN R. OTT, JANET GRACE a DEBORAH A. CAHN-WEINER. Apathy and Executive Dysfunction in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. The American Journal of Geriatric Psychiatry [online]. 2003, 11(2): 222-228 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1097/00019442-200303000-00013.

³⁷ FÖRSTL H. a A. KURZ. Clinical features of Alzheimer's disease. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience [online]. 1999, 249(6): 288-290 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1007/s004060050101.

³⁸ KERTESZ ANDREW, WILDA DAVIDSON, PATRICIA MCCABE, KENJI TAKAGI a DAVID MUNOZ. Primary progressive aphasia: Diagnosis, varieties, evolution. Journal of the International Neuropsychological Society [online]. 2003, 9(05) [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1017/s1355617703950041.

2.2 Psychické poruchy při demenci

Poruchy chování

Demence je souborem tří základních symptomů: narušení funkcí kognitivních, deficit v oblasti každodenních aktivit a poruchy chování **BPSD** (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). Poruchy chování bývají často zřetelně pozorovatelné a jedná se tak o první impuls ke stanovení demence. Nemusí však být nutně spjaty s poruchou intelektu. Hlavními příznaky jsou např. paranoidní myšlenky, halucinace, agitovanost, agresivita a změny nálad jako je deprese, mánie, úzkosti, fobie a poruchy spánku. Poruchy v této oblasti pak často znamenají větší stres pro pacienty a blízké než samotná porucha paměti.³⁹

Deprese

Deprese je, spolu s poruchou kognitivních funkcí, ve stáří velmi rozšířené onemocnění. Obě se vyskytují velmi často a jsou spolu úzce spjaty. Deprese je považována za častý rizikový faktor při rozvíjející se demenci. Deprese bývá často způsobena poruchou na úrovni neuronů. Vzniká např. spolu s vaskulárními onemocněními, záněty, zvýšenou produkcí glukokortikoidů a také nadměrným ukládáním amyloidu a neurofibrilárních útvarů (které se vyskytují u Alzheimerovy demence).⁴⁰

Na vzniku deprese se podílí genetické vybavení jedince, úbytek neuromediátorů, kterými jsou **noradrenalin** a **serotonin**, přítomnost chronických onemocnění, některá léčiva a vnější stresory. Mezi hlavní diagnostická kritéria patří ztráta radosti a potěšení, ztráta chuti k jídlu, ztráta energie, častá únava, pocity bezcennosti a viny, myšlenky na sebevraždu. Výjimkou nejsou ani somatické potíže jako bolest hlavy, zácpa aj. Dále iritabilita, apatie nebo také poruchy paměti.⁴¹

³⁹ PIDRMAN, Vladimír. Demence. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

⁴⁰ BENNETT SOPHIA a ALAN J. THOMAS. Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence? Maturitas [online]. 2014, 79(2): 184-190 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009.

⁴¹ TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, xviii, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

Depresivní příznaky jdou ruku v ruce s demencí, a tak je z hlediska diferenciální diagnostiky nutno rozlišit kognitivní deficit od primární deprese (pseudodemence). Bylo prokázáno, že u lidí trpících Alzheimerovou demencí, je **deprese častější** než u nedementních osob. Příznaky jsou také patrné u mírné kognitivní poruchy a zřejmě urychlují přechod do manifestního stádia Alzheimerovy demence. Deprese je s demencí velmi úzce spjata, což dokazují podobné patologické nálezy v hippocampu a částech kortexu u osob s demencí i depresí. Neurodegenerativní změny však předcházejí rozvoj demence o několik let. Výskyt deprese tak zvyšuje riziko vzniku Alzheimerovy demence přibližně dvojnásobně. V raných fázích Alzheimerovy demence je deprese přítomná až u padesáti procent případů. Cílem terapie je tedy zvýšit množství neurotransmiterů noradrenalinu a serotoninu na synapsích.⁴²

Deprese bývá velmi často diagnostikována špatně nebo nedostatečně. Často sami klienti správně nevyhodnotí, zda depresí trpí či ne. Příznaky si tak vyhodnocují jako klasická somatická onemocnění - bolest břicha, hlavy a únava. O depresi mluvíme v případě, že klient vykazuje pět a více příznaků po dobu dvou týdnů.⁴³

Další psychická onemocnění

Úzkostná nálada má také ve stáří nemalé zastoupení. Vyšší výskyt je u klientů pečovatelských domů a jiných zařízení, v této souvislosti mluvíme o tzv. anxiogenním působení sociálních faktorů ve stáří. Úzkostné poruchy vyskytující se spolu s demencí se označují jako **behaviorální a psychologické příznaky** demence, ruku v ruce jdou také s depresí. Diagnosticky jsou symptomy často přehlíženy, nejčastěji je to generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie aj. Při léčbě se využívá kognitivně-behaviorální terapie a anxiolytika na bázi benzodiazepinových derivátů či inhibitory serotoninergního systému.⁴⁴

Další velmi rozšířenou psychickou poruchou ve stáří je stav akutní zmatenosti, **delirium**. Deliriózní stavy mohou demenci předcházet nebo v ně demence po čase vyústí. Při těchto stavech dochází ke zhoršení vědomí, pozornosti, poznávání a chápání. Dále se setkáváme u

⁴² DOSTÁL Václav. Vztah demence a deprese. Psychiatrie pro praxi. [online]. 2011, vol. 12/4. [cit. 23. 9. 2015]. Dostupný z WWW: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/03.pdf>

⁴³ MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

⁴⁴ KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

klientů s poruchou paměti, zhoršeným abstraktním myšlením, dezorientací v situacích. Častými projevy je také porucha cyklu spánek-bdění a emoční projevy jako je deprese, úzkosti, strach, euforie a apatie.⁴⁵

S poruchou kognitivních funkcí přichází také **agresivní chování** a **agitovanost**, jež mohou být způsobeny i vedlejšími účinky medikace či špatným tělesným stavem a chronickou bolestí. U žen je častější agresivita verbální, u mužů převládá fyzická agrese, která může být způsobena narušením soběstačnosti a postižením intelektu. Agresivita a agitovanost může být projevem úzkosti, protestu či jako obrané jednání. Pokud dojde k projevům agrese, je dobré nechat klienta uklidnit a neodporovat mu. Přímá konfrontace je nežádoucí, dobré je vyhybat se také očnímu kontaktu. Ve většině případů je nezbytné podat uklidňující medikamenty. Dále jsou to psychologické příznaky, z nichž jsou u Alzheimerovy demence nejvíce zastoupeny **bludy**, trpí jím asi jedna třetina klientů. Častější jsou bludy paranoidní, kdy má klient pocit, že jej někdo sleduje, okrádá (způsobeno zapomnětlivostí), bojí se jíst z důvodu možné přítomnosti jedů. 20 % lidí s Alzheimerovou demencí trpí také **halucinacemi**, z nichž jsou častější zrakové než sluchové. Tyto projevy jsou nejčastějším vodítkem pro diagnostiku demence.⁴⁶

2.3 Diagnostika Alzheimerovy demence

V období stáří lidé ztrácejí sílu a vůli adaptovat se na nová prostředí. S tím přicházejí také pocity osamělosti, depresí, úzkostí a také agresivní projevy chování. Nejčastější obavou je ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých a bezmoc. U demence navíc přibude strach ze ztráty osobnosti a sociální role. Pro diagnostiku je důležité shromažďovat informace o průběhu postižení prostřednictvím pozorování, hodnocením projevů klienta a získávání biografických informací. V období stáří se také pracuje s komplexními diagnostickými postupy s interdisciplinárním pokrytím.⁴⁷

⁴⁵ PACOVSKÝ, Vladimír. Geriatrická diagnostika. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe. ISBN 80-85526-32-8.

⁴⁶ PIDRMAN, Vladimír. Demence. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

⁴⁷ PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

Celkový postup při diagnóze Alzheimerovy demence začíná **klinickou diagnózou**, která zahrnuje diferenciální diagnostiku deprese, deliria, mírnou kognitivní poruchu, normální stárnutí, úzkosti a **určení stupně** deprese. Druhým krokem jsou **neurovizuální metody** pro vyšetření mozku (MRI, CT), vyšetření z krve a moči, EKG a rentgen plic. Celý proces zahrnuje spoluúčast několika odborníků (psychiatri, internisté, neurologové, neuropsychologové). Důležité je vyloučit potenciálně reverzibilní demence a etiologicky přítomnou demenci zařadit.⁴⁸

Klinická diagnóza vychází nejčastěji z klinických příznaků a průběhu onemocnění. Oporu má v mezinárodně doporučených kritériích **NINCDS/ADRDA** (1984). Rozlišují se kritéria pro Alzheimerovu demenci pravděpodobnou (probable), možnou (possible) a jistou (definite). Definitivní diagnóza má základ v histologii, pravděpodobná pak obsahuje onemocnění s klasickými příznaky a možná diagnóza je v případě atypických nebo kombinovaných projevů. Kritéria pro **pravděpodobnou diagnózu** jsou ta, která doloží MMS test a neuropsychologické vyšetření. Je přítomna porucha dvou a více poznávacích funkcí, ale chybí porucha vědomí. Tuto diagnózu potvrzuje zhoršování specifických poznávacích funkcí (afázie, apraxie, agnozie, rodinná anamnéza aj.). **Možnou diagnózu** potvrzuje vyloučení jiných příčin demence (neurologická, systémová a psychiatrická onemocnění). Kritéria pro jistou diagnózu jsou histologická vyšetření biopsické/nektické, kritéria pravděpodobné Alzheimerovy demence a další vyšetření neuropsychologická, elektroencefalografická aj.⁴⁹

Již zmíněná kritéria NINCDS/ADRDA označují **osm kognitivních domén**, kterých mohou být narušeny: paměť, orientace, řešení problémů, funkční schopnosti, pozornost, percepční dovednosti, konstruktivní dovednosti a řeč. K dispozici jsou moderní diagnostická kritéria, která prokazují základní markery Alzheimerovy demence a tím diagnostiku výrazně zpřesňují. Patří k nim: zjištění poruch epizodické paměti, změna koncentrace proteinů v mozkomíšním moku, detekce selektivní atrofie některých mozkových struktur. V neposlední řadě také zjištění hypometabolismu v temporálních a parietálních lalocích pomocí PET (pozitronová emisní tomografie).⁵⁰

⁴⁸ FRANKOVÁ, Vanda. Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 70 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2423-5.

⁴⁹ KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. Diagnostika a léčení syndromu demence. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 156 s. ISBN 80-7169-716-8.

⁵⁰ JIRÁK, Roman. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén, 2013, 348 s. ISBN 9788072628735.

Diagnostické metody

Diagnostické metody lze na základě přístupu rozdělit na **klinické** a **testové**. K metodám **klinickým** řadíme metody anamnestické, pozorování, rozhovor a analýzu spontánních produktů. Jedná se o nestandardní postupy založené na kvalitativní analýze nasbíraných údajů, což nám umožní poznat konkrétního jedince z hlediska dynamiky vývoje, komplexnosti a jedinečnosti. Klinické metody umožňují bezprostřední a přirozený kontakt s klientem. Naproti tomu jsou **testové** metody standardizovaným postupem, kde se důraz klade na co nejshodnější podmínky pro všechny testované a umožní srovnání dotazovaných s normou.⁵¹

Jedním z nejvíce používaných standardizovaných testů je tzv. **ADAS** (Alzheimer's Disease Assessment Scale). Díky tomuto testu je možné zjistit stupeň narušení psychických funkcí. Test se skládá z několika subtestů a obsahuje kognitivní i nekognitivní složku. Z dalších testů a škál pro indikaci míry a výskytu demence je to **Mattisova škála** demence, **GDS** (Global Deterioration Scale), **BCRS** (Brief Cognitive Rating Scale) aj. Avšak nejpoužívanější metodou pro posouzení přítomnosti a míry narušení kognitivních funkcí je **MMSE** (Mini-Mental State Examination). Slouží k posouzení, jestli je či není demence přítomna.⁵²

MMSE je velmi rozšířený zejména v klinické praxi. Posuzuje kognitivní poruchy ve více oblastech, tak jak to vyžaduje definice demence. Toto vyšetření zahrnuje oblast: orientace, okamžité paměti a vybavenosti, pozornosti. Dále pak zrakově-prostorové schopnosti, čtení, psaní, počítání a fatické, gnostické a praktické funkce. Test se skládá ze **třiceti otázek a činností**. Provedení každého úkolu se hodnotí jedním bodem. Celkový čas testu je deset minut. Počtu bodů 29 a 30 dosáhnou dospělí klienti, kteří jsou kognitivně vyspělí. Klienti s věkem nad 75 let dosahují bodového hodnocení 28. Skóre 24 bodů a méně již poukazuje na abnormality. MMSE je využíván zejména pro screening kognitivních funkcí u pacientů s demencí či jejím podezřením. U **Alzheimerovy demence** je patrný pokles o tři až čtyři body za rok.⁵³

⁵¹ PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

⁵² JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 8072622684.

⁵³ TOPINKOVÁ, Eva. Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi. 1. vyd. Praha: UPB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.

Nedílnou součástí diagnostiky jsou také **neuropsychologická vyšetření**. Prostřednictvím těchto vyšetření je možné určit stav kognitivních funkcí a osobnosti, nevyjímaje hodnocení emoční adaptace na průběh postižení mozku. Tato vyšetření odhalují výkonnost motorických a senzorických systémů, pozornosti, paměti krátkodobé/dlouhodobé/deklarativní/nedeklarativní a procedurální. Dále se zaměřují na jazyk a řeč, míru schopnosti reprezentovat trojrozměrný prostor a exekutivní funkce (tvoření cílů, plánování). Využívají se standardizované neuropsychologické testy **CAMDEX** (Cambridge Mental Disorder of the Elderly Examination in England) nebo soubor testů **CERAD** (Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's disease in the US). Pro zhodnocení chování nemocných zatím standardizované testy neexistují, avšak nejčastěji se používá tzv. **Minnesotský test (MMPI)**, **Rohrschachův test** či test kreslení lidské postavy.

54

Při diagnostice se také klade důraz na neuropsychologické **testování paměti**. To zajistí psycholog pomocí standardizovaných testů. Jedním z nejpoužívanějších je například **Wechslerova škála paměti**. Při tomto testu dochází k oddělenému posouzení verbální a vizuální paměti s důrazem na okamžité a oddálené vybavení. Test je náročný, ale umožní získat detailní informace o stavu paměti. Skládá se z několika subtestů a výsledkem je paměťový koeficient MQ. **Kalifornský slovní test učení** spočívá v testu verbální paměti. Důraz je kladen na zapamatování a vybavení slovních řad předložených v písemné i verbální podobě, posuzuje se schopnost učení. Současné testování dvou kognitivních domén probíhá na základě testů **vizuální paměti**. Testuje se nonverbální paměť při obkreslování figury podle předlohy.⁵⁵

⁵⁴ KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. Alzheimerova nemoc a další demence. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-7169-615-3.

⁵⁵ HORT, Jakub a Robert RUSINA. Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.

3 Reminiscenční terapie a terapeutické panenky

3.1 Sociální služby a péče

Vztah, který zaujímá společnost ke starším osobám, je důležitým ukazatelem na morální úroveň a vyspělost dané společnosti. V naší společnosti se čím dál tím více potýkáme s negativním vnímáním stárnoucí populace. Stále mladší lidé mají tendence zesměšňovat vše, co ke stáří patří. Snížila se rovněž věková hranice pro „nálepku“ *starý*, neboť společnost podléhá trendu mladých a krásných lidí. Problematikou zkresleného postoje k seniorům a stáří se zabývá tzv. ageismus, což je chápáno jako předsudky a negativní představy o seniorech. Nezapomeňme také zmínit klesající smysl pro ocenění svých rodičů samotnými potomky, kteří jim neposkytují takovou péči, jakou by mohli, a neváží si jich tak, jak tomu bylo dříve. V důsledku toho jsou lidé na stáří umísťováni do pečovatelských zařízení, ve kterých je jim poskytována potřebná péče, kterou potomci nejsou schopni nebo nechtějí sami zajišťovat.⁵⁶

Podívejme se tedy, jak lze o seniory pečovat. **Formy péče o seniory** jsou rozmanité. Můžeme je rozdělit do tří skupin. Jedná se buď o péči v **domácím prostředí, zdravotní péči, ošetřovatelskou** nebo **sociální péči**. Zdravotní péče pak zahrnuje ambulantní a terénní službu či geriatrická denní centra. Ze sociálních služeb poskytovaných seniorům jmenujme především domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, které však disponují větším počtem specializovaného personálu, dále pak domovy s pečovatelskou službou, denní a týdenní stacionáře aj.⁵⁷

Česká alzheimerská společnost o. p. s.

Velkým pomocníkem v případě sociální péče mimo domov je také Česká alzheimerská společnost (ČASL). Tato společnost vznikla v roce 1997 na popud laické i odborné veřejnosti, která měla pocit, že lidem s demencí není věnována dostatečná péče. V roce 2014 se transformovala na tzv. **obecně prospěšnou společnost** a je členem

⁵⁶ MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

⁵⁷ MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

významných mezinárodních organizací. V rámci společnosti jsou poskytovány nejrozličnější služby. Z hlavních sociálních služeb jsou to zejména konzultace a poradenství lidem s demencí a také rodinným příslušníkům. Dále je to poskytování tzv. respitní služby, která pomáhá lidem s Alzheimerovou demencí v domácím prostředí a ulehčuje tím osobám s nimi přebývajícím na předem určený časový interval. Hlavní náplní respitní péče je pomoc při zvládání každodenních úkonů, při osobní hygieně, zajišťování stravy, sociálně terapeutické činnosti, vzdělávání aj. Lidem v počáteční fázi Alzheimerovy demence je nabízena možnost docházení do podpůrné skupiny s názvem Toulky pamětí a duší, kde jim je nabídnuta pomoc při vyrovnávání se s počínající nemocí, s jejími důsledky a projevy.⁵⁸

Velmi vítanou službou jsou tzv. „Čaje o páté“, které se konají v prostorách gerontologického centra v Praze. Na dobu dvou až tří hodin se scházejí rodinní pečovatelé a ti si mohou se zkušenými pracovníky vyměňovat zážitky, emoce a postřehy z každodenního života s člověkem s Alzheimerovou demencí. Vzájemně si sdělují potíže při péči o klienta a pomáhají si také účastníci navzájem. ČASL také nabízí péči o rodinné příslušníky, jejichž role pečovatele z důvodu smrti nemocného skončila.⁵⁹

Pobyťová zařízení

Nyní se podívejme blíže na problematiku pobyťových zařízení. Nejtypičtějším z této kategorie je **domov pro seniory**. Klienty těchto zařízení jsou osoby se sníženou soběstačností v důsledku vyššího věku a vyžadují tak pomoc jiné fyzické osoby. V zařízení je jim poskytnuto stravování, pomoc při každodenní sebeobsluze a jiných činnostech, zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, nejrozličnější terapie, aktivizační činnosti aj. Ne jinak tomu je v **domovech se zvláštním režimem**. Zde je však poskytována péče pro klienty se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění duševního, závislosti a v neposlední řadě také **Alzheimerovou demencí**. Klienti vyžadují neustálou péči a tak je jim režim co možná nejvíce přizpůsoben.⁶⁰

⁵⁸ Sociální služby ČALS [online]. [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

⁵⁹ JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

⁶⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. 3. 2006, [online]: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

V čem spočívá funkce ústavů je možno brát z několika pohledů. Především jde o vnímání samotného klienta přijímaného k pobytu, který jde do ústavu na svou vlastní žádost a dobrovolně nebo nedobrovolně na podkladě lékařské zprávy či vyšetření od psychiatra. Hlavní funkce ústavní péče by se tedy daly rozdělit do tří oblastí. Jedná se zejména o **podporu a samotnou péči**. Ošetřující osoby se snaží o náhradu absence řádného zázemí a péče, která je pro život klienta nepostradatelná a která mu mohla být z nějakého důvodu odepřena. Důležitými oblastmi je také **léčba, výchova a resocializace** – tento bod je typický zejména pro léčebná zařízení. Zde se klade důraz na změnu zdravotního a duševního stavu, samozřejmě k lepšímu. V popředí je také ochrana před kriminálními osobami a jinými nebezpečnými vlivy, jsou tedy patrné snahy o omezení pohybu klientů a určitá forma sociálního vyloučení.⁶¹

Ovšem **dlouhodobá hospitalizace** seniora sebou přináší řadu obtíží a změn především v duševním stavu. Adaptace na nová prostředí bývá s rostoucím věkem hůře akceptovatelná a její průběh může být zdlouhavý. U klientů s demencí se mohou v důsledku změny prostředí objevit také psychické problémy, jako např. noční bloudění, úzkostné stavy, deprese, dokonce stavy deliria. Častým stresorem bývá ztráta autonomie. Člověk se již nemůže svobodně rozhodovat o sobě samém, ztrácí míru soukromí, neboť je velmi časté sdílené bydlení s další osobou. Přetrhání sociálních vazeb nejen s rodinou, ale i blízkými lidmi je také velmi silný negativní projev institucionalizace. Kontakty navazované v domovech pro seniory bývají často nahodilé, vyvolané občasným setkáváním při stravování, čekání na lékařskou péči apod. Většina vztahů je povrchních, chybí hlubší kořeny v předešlých zážitcích, společných zkušenostech, soužití.⁶²

V případě, že je klient přijat do zařízení poskytující sociální služby, klade se důraz na tzv. **standardy kvality sociálních služeb**, jež jsou vymezeny Zákonem o sociálních službách 108/2006. Jedná se o soubor kritérií závazných pro poskytovatele služeb pro správné a kvalitní zajištění péče. Standardy jsou děleny na tři úrovně: **procedurální** – udává přesný rámec sociálních služeb v potřebné kvalitě s ohledem na ochranu práv uživatelů. Dále standardy na úrovni **personální**, která vymezuje podmínky pro personální obsazení a povinnosti zaměstnavatele a **provozní**, ta stanovuje podmínky k rozvoji kvality sociálních služeb. V průběhu dne jsou klientovi poskytovány dohodnuté služby pomocné, poradenské

⁶¹ MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

⁶² KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

aj. Dopolnední hodiny jsou naplněny aktivitami, jako jsou „dílničky“, které zahrnují volnočasové aktivity a ergoterapii. S klienty jsou prováděny různé manuální a aktivizační činnosti, které jsou uskutečňovány v návaznosti nebo v souladu s dalšími metodami, např. muzikoterapií, aromaterapií a také **terapií reminiscenční**.⁶³

Podstatnou součástí každodenní péče o osoby s demencí je tzv. **krátkodobá aktivizace**. Jedná se o cílenou záměrnou práci s určitým klientem s cílem navodit mu pocit pohody a zkvalitnit průběh dne prostřednictvím doteků, navazování kontaktů, rozhovorů a jakékoliv pozornosti směřované od pečovatele ke klientovi. **Čtyřmi pilíři** krátkodobé aktivizace je dotyk (upřímný a vřelý), sblížení, komunikace (neverbální nevyjímaje) a pozornost (především aktivní naslouchání). U lidí s demencí se klade důraz především na pravidelnost navazovaných aktivizací, nejlépe každodenně. Vhodná délka aktivizace by neměla přesáhnout dobu **patnácti minut**, neboť klienti ztrácejí rychle pozornost a brzy se unaví. Také platí velká opatrnost při volbě témat k rozhovorům, lépe se vyvarovat tématu válka, nouze aj.⁶⁴

V rámci aktivizace a dalších terapií je velmi důležitá **správná komunikace** se seniory, zvláště pak s těmi, trpícími demencí. V první řadě je žádoucí provádět veškeré terapie v místnosti bez rušivých zvuků, nejrušnějších nežádoucích rozptýlení a podnětů. Zároveň je prioritní přesvědčit se, že klient dostatečně slyší, aby mohl správně reagovat na předložené podněty. Terapie začíná poutavou motivací, klienta povzbuzujeme vlídným slovem, mluvíme srozumitelně v krátkých větách. Aktivně navazujeme oční kontakt, využíváme nonverbální komunikace, doteky, dbáme na klientovu důstojnost a hovoříme s ním na úrovni. V hovoru se raději vyvarujeme používání cizích či odborných slov, ironickým poznámkám, sarkasmu apod. Stále se snažíme udržet klientovu orientaci v čase a aktuální situaci.⁶⁵

⁶³ MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

⁶⁴ WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

⁶⁵ KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006, 44 s. Care. ISBN 80-7262-455-5.

Nefarmakologická léčba

Rozlišujeme několik terapií, které jsou přímo navrženy pro léčbu demencí, jako je reminiscenční terapie, terapie orientovaná na realitu a jiné. Dobře poslouží také terapie již existující, avšak pro potřeby klientů s demencí uzpůsobené, na příklad muzikoterapie, ergoterapie a jiné. Při muzikoterapii mohou klienti hudbě pouze naslouchat, doprovázet melodii na hudební nástroje nebo je hudba využita pro podporu aktivního pohybu a tanců. Artterapie u klientů podporuje cit pro umění, posiluje jemnou motoriku při vytváření nejrůznějších výrobků a zároveň rozvíjí komunikační dovednosti a slovní zásobu. Bohatě také rozvíjí všechny smysly a stimuluje tak především hmat, ale také čich i chuť. Pomocí terapie pohybem lze u klientů posilovat hrubou motoriku, ale také se může jednat o nácvik sociálních situací formou krátkých scének. Ve většině případů dochází k prolínání více složek terapií dohromady. Všechny postupy mohou být zahrnuty do konceptu reminiscenční terapie a s tím souvisejícím tréninkem paměti.⁶⁶

3.2 Vymezení reminiscenční terapie

Hlavními nefarmakologickými terapeutickými přístupy k léčbě Alzheimerovy demence jsou zejména kooperace více terapeutických strategií zároveň, kam patří **reminiscenční terapie**, **validační terapie** a **terapie v reálném čase**. Dalšími jsou pak **terapie kognitivní**. Na realitu orientovaná terapie probíhá skupinově (1 hodina v rámci pěti dní) nebo individuálně v průběhu dvaceti čtyř hodin, která má za úkol pomoci klientům lépe se orientovat v prostoru a čase. Validační terapie se snaží o zlepšení komunikace klientů, pomoc při zvládání stresu a úzkostí, růst sebevědomí a zadostiučinění. Metoda **kognitivní terapie** je aplikována častěji u raného stádia Alzheimerovy demence, kdy bývá ještě zachována paměť implicitní a dlouhodobá. Hlavní kognitivní metodou je **trénink procedurální paměti**, neboť bylo prokázáno, že procedurální paměť bývá z velké části nemocí nedotčena. V praxi se všechny metody více či méně v průběhu terapií prolínají.⁶⁷

⁶⁶ ELMAR GR&AUML;SEL, JENS WILTFANG a JOHANNES KORNHUBER. Non-Drug Therapies for Dementia: An Overview of the Current Situation with Regard to Proof of Effectiveness. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders [online]. 2003, 15(3): 115-125 [cit. 2015-11-10]. DOI: 10.1159/000068477.

⁶⁷ COTTELLI, Maria. CALABRIA, Marco. ZANETTI, Orazio. Cognitive rehabilitation in Alzheimer's disease. Aging Clinical and Experimental Research. Volume. 18. Issue 2. 2006, Pages 141-143.

Většina terapií prováděných s lidmi s demencí má charakter **skupinové práce**, což je žádoucí pro vytvoření pocitu sounáležitosti u lidí, kteří se jinak cítí v důsledku své nemoci opuštěni a dezorientováni. Úroveň kognitivních schopností je často ze společnosti velmi brzy vyřadí. Struktura skupinových terapií a usnadnění provádění aktivit pomáhá tyto nedostatky kompenzovat. Právě **reminiscenční terapie** zahrnuje sdílení vzpomínek a myšlenek, které přicházejí na povrch za participace nejrozličnějších předmětů z doby klientova mládí, či týkajících se celého klientova života a aktivit s ostatními členy skupiny či terapeutem. Až od roku 1980 se tato forma terapie stala velmi populární především v práci s lidmi s nejrozličnějšími formami a stupni demencí. Při demenci pozdního stádia bývá již zapamatovávání nových vjemů značně omezeno či zcela nemožné, avšak vybavování vzpomínek může být stále zachováno.⁶⁸

Reminiscenční terapie tedy představuje druh psychosociální intervence v péči o klienty s demencí. Provádí se na základě schopnosti evokace zážitků, podnětů, zkušeností a činností při pohledu na nejrozličnější předměty, fotografie, při vystavení smyslů vůním, zvukům, různým hmatovým vjemům apod. Nesmí také chybět **diskuse** nad daným materiálem a s ním spojenou vzpomínkou s terapeutem či v rámci celé skupiny účastníci se terapie.⁶⁹

Historie

První myšlenka o terapeutickém využití reminiscence vzešla od **Roberta Butlera** v roce **1960**, psychiatra se specializací v geriatrii. Butler postuloval reminiscenční terapii jako universální událost, „životní rekapitulaci“, která stimuluje osobnostní růst. Bohužel i tato terapie má své odpůrce. Jedna z možností náhledu na reminiscenční terapii je jako na adaptační odpověď jedince na prostředí pobytového zařízení. Některé studie ukázaly, že lidé trpící depresemi mají při těchto terapiích často obtíže než lidé bez depresí (z důvodu vybavení si bolestivých vzpomínek). Reminiscenční terapie hraje důležitou roli v procesu

⁶⁸BROOKER, D. Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. Aging [online]. 2000, 4(4): 354 [cit. 2015-10-28]. ISSN 13607863.

⁶⁹COTELLI, Maria; MANENTI, Rosa; ZANETTI, Orazio. Reminiscence therapy in dementia: A review. Maturitas, 2012, 72.3: 203-205.

stárnutí jako takovém, neboť napomáhá rozvoji komunikace, která je pro klienty s demencí značně obtížná.⁷⁰

Pokud se podíváme dále do minulosti, ještě do počátku šedesátých let minulého století se žilo v přesvědčení, že vzpomínání není dobré, ohlížení se do minulosti může člověka nanejvýš rozladit a žítí v „minulosti“ s sebou nepřináší žádné výhody, ba dokonce ani prospěšnost. První milník v procesu vzniku reminiscenční terapie byla Butlerova teorie **rekapitulace života**, která podala nový náhled na proces vzpomínání na sklonku života. Od poloviny sedmdesátých let již byla terapie reminiscencí velmi kvitována a široce aplikována v zařízeních pro seniory. K rozvoji této metody neméně přispěl také *Projekt pro vytvoření reminiscenčních pomůcek*, jednalo se o sérii diapozitivů a magnetofonových nahrávek s názvem *Vzpomínka* a zároveň to byla první komerční pomůcka pro reminiscenční terapii.⁷¹

Formy reminiscenční terapie

Reminiscenční terapii lze rozdělit na dvě skupiny, formu **obecnou** a **specifickou**. Obecná forma spočívá v přesném naplánování s určitým časovým předstihem, to znamená především odpovídající výběr pomůcek - materiálů, fotografií, nahrávek a dalších. Při specifické formě se pracuje s předměty přímo z klientova prostředí, jedná se o pomůcky zapůjčené rodinou či jeho vlastní. Další dělení reminiscenční terapie je na základě toho, jakým způsobem vzpomínky při práci využíváme přístup. Rozlišujeme tedy přístup narativní, kde operujeme se spontánně produkovánými vzpomínkami, volně vyprávěnými či psanými formou biografie. Dochází k zapojení všech zúčastněných, ovšem bez zpětné vazby. Expresivní přístup oproti narativnímu pracuje se vzpomínkami nepříjemnými, těžkými, které klient „dusí“ v sobě a je žádoucí dostat je „ven“. Diskuse nad bolestnými emocemi může být nápomocná při eliminaci úzkostí. Reflektující přístup se soustředí na životní rekapitulace. Cílem je, aby klient porozuměl životu, přijal ho takový, jaký je, a vnitřně se s dávnými událostmi vypořádal a „řízení“ osudu pochopil. Přístup informační

⁷⁰ Kayoko Arakawa-Davies. Dance/movement therapy and reminiscence: A new approach to senile dementia in Japan. The Arts in Psychotherapy Volume 24, Issue 3, 1997, Pages 291–298

⁷¹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

využívá metodu autobiografických výpovědí v souvislosti s událostmi dané doby, například proběhlé války, nedostatek financí, jídla a podobně. ⁷²

3.3 Průběh reminiscenční terapie

Samotné „gró“ celé terapie tvoří zdroje a výběr pomůcek. Ze zdrojů můžeme využít např. další osoby ochotné k rozpravě či návštěvu míst, ať už historických nebo nějak spojených s životem klientů. Pomůcky při terapii využíváme k podnícení vzpomínání klientů a jako prostředek k navození komunikace a příjemného prostředí. Široké spektrum pomůcek stimulujících co nejvíce smyslů je žádoucí, avšak volíme je s rozmyslem tak, aby nevyvolávaly pro klienta nepříjemné vzpomínky, nebyly rušivými elementy při terapii a zohledňovaly zdravotní a psychický stav klienta. Většinou se pracuje s předměty stimulující hmat, čichová centra mozku, zvuková nevyjímaje. Z jiných zdrojů lze využít např. práci dobrovolníků, kteří za klienty dochází a dělají jim po nějaký čas společnost. Samozřejmě nejžádanější a nejlépe fungující je spolupráce přímo s rodinnými příslušníky. Další z možností jsou návštěvy muzeí, galerií, knihoven, různých komunit či škol. ⁷³

Pomůcky pro reminiscenční terapii můžeme mít stále k dispozici prostřednictvím krabice vzpomínek nebo také reminiscenčního kufříku, který skýtá řadu možností a využití. Terapeuti si jej vytváří sami nebo jsou k zakoupení. Kufřík může obsahovat celou škálu předmětů, například kusy látek, o kterých se s klienty vede rozhovor na téma možných výrobků z daného materiálu a se stejným vzorem. Vítány jsou také staré pohlednice, přání a dopisy. Také fotky známých herců, zpěváků z doby klientova života. Kufřík může také zahrnovat předměty pro maximálně jednokrokové/dvou krokové činnosti, kterými jsou vkládání klíče do zámku, šroubování víček na láhve, či matice na vruty, smotávání vlny do klubíčka. Mezi předměty podporující hmatové vjemy řadíme například smrkový papír, kusy dřeva, misku s pískem, hedvábné šátky a mnoho dalších. ⁷⁴

⁷² HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 96 s., iv s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4697-5.

⁷³ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

⁷⁴ GLENNER, Joy A. Péče o člověka s demencí. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 135 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

Nedílnou součástí reminiscenční terapie je také hudební stimulace. Studie ukázaly, že velká většina klientů s demencí nejlépe reaguje právě na hudební podněty. **Muzikoterapie** je velmi žádoucí složkou reminiscenční terapie v souvislosti s motivací klientů k práci, sebevyjádřením a komunikací především. Je to účinný prostředek k navození vzpomínek, pocitů (především pozitivních), komunikačních tendencí mezi klienty navzájem. Pomáhá také k rozvoji hrubé motoriky, neboť řada klientů má při poslechu hudby tendence k tanci a pohybu. Dále pomáhá při snaze zlepšit krátkodobou paměť a neopomeňme příznivý vliv na redukci agresivních projevů chování a deprese nevyjímaje.⁷⁵

Při práci s klienty s demencí platí několik pravidel. Obecně tyto lidé patří k nejvíce osamělým a přehlíženým osobám, při navazování kontaktů tedy dbáme na velkou dávku emotivity a s tím spojenou adekvátní míru stimulace pomůckami. Celý průběh reminiscenční terapie si terapeut stále upravuje v závislosti na pozornosti klientů, psychickém rozpoložení a také dbá na jejich důstojnost a zdravotní stav. Práce s lidmi s demencí je velkým náparem pro všechny zúčastněné, ideální počet klientů se pohybuje okolo dvou až tří lidí. I tak je vhodnější přítomnost nejméně dvou facilitátorů a je dobré zvážit přítomnost účast klientů s agresivním chováním, zvýšeným neklidem a hyperaktivních.⁷⁶

Také při vedení rozhovorů s klienty v průběhu reminiscenční terapie platí několik zásad. Pečlivě volíme slovník a odbornost používané terminologie v závislosti na vzdělání klienta a stupni postižení. Otázky pokládáme v zásadě stručně, nezahlcujeme klienta několika tázacími větami najednou. Dbáme na správnou artikulaci a hlasitost projevu, raději vynecháváme dvojsmyslná sdělení a osobní názory. Důležitá je také adaptabilita a empatie komunikátora, stále je nutné vnímat náladu klienta a tomu přizpůsobit strukturu rozhovoru. Rozhovor provádíme s dostatečnou časovou rezervou na klidném a vhodně přizpůsobeném místě. Za nejdůležitější prvek rozhovorů je především dovednost aktivně naslouchat projevu klienta a s tím související komunikační dovednosti. Mezi tyto dovednosti řadíme například **rezonanci**, tedy formu zpětné vazby, kterou dáváme najevo zaujatost vůči sdělovaným informacím. Použitím dovednosti **reflexe** dává komunikátor najevo porozumění a pochopení klientova sdělení a dává tak klientovi možnost se k tématu dále vyjádřit. Povzbuzování v projevu je žádoucí, avšak nedoceneným komunikačním prostředkem je překvapivě

⁷⁵ Ashida, S. Journal Of Music Therapy Volume: 37 Issue: 3 (2000-10-01) p. 170-182. ISSN: 0022-2917

⁷⁶ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. Reminiscenční terapie. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

mlčení, které klientovi poslouží pro zanalyzování otázky, utřídění myšlenek a formulaci odpovědi.⁷⁷

3.4 Terapeutické panenky

Jen málo studií pojednává o problematice možného využití terapeutických panenek také v léčbě demence. Odborně se tato forma léčby nazývá „terapie panenkou“. Panenky byly v začátcích využívány při bezplatných terapiích za účelem podpořit duševní klid a pohodu u klientů s demencí, kteří trpěli nervozitou, rozrušeností, objevovali se u nich potíže s komunikací nebo byli zcela uzavření vůči okolnímu světu a interakci s vnějším okolím. Dnes však řada studií ukázala, že je panenky možné využít také při reminiscenční terapii, jako nástroj k vytvoření vazeb mezi facilitátorem a klientem, podpořit sociální chování, stimulovat senzorické smysly a v neposlední řadě zlepšit komunikační dovednosti klienta. Pomocí terapie panenkami je možné docílit celkového zklidnění klienta, zmírnit projevy neklidu a agresivního chování.⁷⁸

Terapie panenkami je forma nefarmakologického přístupu k léčbě poruch chování a další patopsychologických projevů u klientů s demencí, kteří pobývají v sociálním zařízení. Ideální využití nalézá teprve při dlouhodobé péči o klienty s demencí, kdy je potřeba najít řešení kognitivních, emocionálních a psychických problémů. Panenky mají schopnost u klientů vyvolávat pocity míru a klidu a zároveň redukují rušivé projevy chování. Klienti při práci s panenkou projevují zejména své pečovatelské tendence, panenky tedy hladí, chovají, objímají, dávají jim polibky. Projevuje se také chuť panenky zkoumat, velmi dobře si je prohlíží, čichají k nim, různě je převracejí a podobně. To vše je propojeno s emočními projevy například údivu, překvapení, projevy něhy a lásky. Někteří klienti panenky převlékají, „krmí“, ukládají do postele. Své panenky si často personifikují, mohou to být také členové rodiny či dávno ztracení přátelé a podobně.⁷⁹

⁷⁷ MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

⁷⁸ ALANDER H., T. PRESCOTT a I. A. JAMES. Older adults' views and experiences of doll therapy in residential care homes. *Dementia* [online]. 2013, 14(5): 574-588 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1177/1471301213503643.

⁷⁹ PEZZATI RITA, VALENTINA MOLTENI, MARCO BANI, CARMEN SETTANTA, MARIA GRAZIA DI MAGGIO, IVAN VILLA, BARBARA POLETTI a RITA B. ARDITO. Can Doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emotional problems? A pilot study in

Jsou to právě emocionální a stresové projevy chování, které nejvíce negativně ovlivňují samotného klienta s demencí, a neméně pak také osoby jemu blízké, ošetřovatele a rodinné příslušníky. Je proto důležité pochopit příčinu emocionálních výkyvů, správně je interpretovat a pokusit se léčit, či alespoň zmírnit. Ignorování může vést k negativním následkům pro všechny zúčastněné. Lidé s demencí mají aktuální prožitky velmi úzce spjaté s myšlenkami a vzpomínkami z minulosti. Právě pro to budou lidé s demencí kladně reagovat právě na podněty silně spjaté s jejich vzpomínkami na minulost. Pomocí reminiscence tedy nacházíme úzké souvislosti, které by spojily klientův nynější život s minulostí. V literatuře se však objevují i negativní názory na terapii s využitím panenek. Některým klientům nemusí být příjemné „hrát“ si s panenkou, pro některé to může být infantilní.⁸⁰

institutionalized patients with dementia. *Frontiers in Psychology* [online]. 2014, 5 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00342.

⁸⁰ BISIANI L. a J. ANGUS. Doll therapy: A therapeutic means to meet past attachment needs and diminish behaviours of concern in a person living with dementia - a case study approach. *Dementia* [online]. 2012, 12(4): 447-462 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1177/1471301211431362.

4 Reminiscenční terapie s využitím terapeutických panenek v léčbě Alzheimerovy demence

4.1 Cíle a metodologie výzkumného šetření

Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou možnosti využití terapeutických panenek v léčbě Alzheimerovy demence při reminiscenční terapii.

Dílčími cíli bylo zjistit:

- zda je využití terapeutických panenek přínosem pro reminiscenční terapii
- zda jsou klienti schopni se s panenkami naučit pracovat
- jaké formy přístupu jsou pro práci s panenkami nejvhodnější
- jaký efekt má využití panenek v léčbě symptomů Alzheimerovy demence

Metodologie výzkumného šetření

Ve výzkumné části byla použita metoda kvalitativního šetření. Tento výzkum probíhal za využití techniky řízených rozhovorů s personálem, který prováděl s klienty reminiscenční terapii a také s lidmi, kteří se o seniory starali. Pečovatelé a terapeuti byli dotazováni na informace týkající se denních aktivit klientů, jejich zájmů, trávení volného času a návyků. Otázky byly kladeny za účelem zjistit, jak si klient vede při reminiscenční terapii, jakým způsobem se zapojuje, jaké pokroky jsou pozorovány a zda pracuje s terapeutickou panenkou. Součástí výzkumného šetření je také záznam pozorování vybraných klientů v průběhu reminiscenční terapie.

Rozhovory s pečovateli probíhaly individuálně nebo ve skupinkách, kdy bylo přítomno více ošetřovatelů najednou, aby se dosáhlo co nejkomplexnější představy o klientovi. Počet respondentů byl 11, počet klientů, o nichž se hovořilo, byl rovněž 11.

Výzkumné otázky

Hlavní výzkumnou otázkou bylo, jestli jsou terapeutické panenky při reminiscenční terapii využívány. K výzkumnému šetření byly předloženy také následující dílčí otázky.

1. Je využití terapeutických panenek pro reminiscenční terapii přínosem?
2. Naučí se s terapeutickými panenkami klienti pracovat?
3. Ulehčí terapeutické panenky průběh reminiscenční terapie?
4. Pomohou terapeutické panenky ve spolupráci klienta při reminiscenční terapii?

4.2 Charakteristika místa a vzorku výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v pobytových zařízeních pro osoby trpící Alzheimerovou demencí. Jednalo se především o domovy pro seniory, kde mají tak zvané oddělení se zvláštním režimem pro těžší formy demence. Navštívená zařízení se nachází v Jihomoravském kraji, konkrétně v Brně a také ve Zlínském kraji ve Zlíně. Ve Zlíně bylo navštíveno speciální centrum, kde se věnuje péče pouze klientům s Alzheimerovou demencí.

Návrh otázek na rozhovor s pečovateli je následující. Otázek pro rozhovor s pečovateli je celkem 16. Cílem bylo zmapovat život klientů v pobytových zařízeních pro seniory s Alzheimerovou demencí, zjistit, jaké jsou jejich návyky v průběhu dne, zájmy a způsob trávení volného času. Dále byla sledována a kvalita a průběh spolupráce klientů při terapii a především to, jak a v jakém rozsahu se v zařízeních provádí reminiscenční terapie a terapie panenkami.

Součástí výzkumné části je také **srovnání jednotlivých zařízení a zhodnocení kvality** poskytovaných služeb v rámci péče o klienty s Alzheimerovou demencí.

4.3 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření

V rámci výzkumného šetření k diplomové práci byla navštívena tři pobytová zařízení v celkové časové dotaci tří měsíců. V každém zařízení byly provedeny řízené rozhovory

s ergoterapeuty a dalším personálem vykonávajícím reminiscenční terapii či ošetrovatelskou péči a poté následovalo pozorování vybraných klientů v průběhu terapie. Ergoterapeuti si mohli zvolit klienta, o kterém budou hovořit tak, aby byla pokryta celá škála stupňů progresu demence. Dotazník mapuje denní režim klienta v zařízení, jeho návyky a potřeby. Dále se dotazník zaměřuje na průběh reminiscenční terapie, otázky jsou kladeny na způsob a míru zapojení klienta do terapie, zda je klientem vyžadována přítomnost terapeutické panenky a do jaké míry jsou v zařízení s panenkou zvyklí pracovat.

Navštívená zařízení

Výzkumná šetření probíhala ve dvou zařízeních v městě Brno a jednom specializovaném Alzheimer-centru v městě Zlín. Domovy pro seniory byly vybírány na základě toho, jakou měrou se ergoterapeuti zabývají prováděním reminiscenční terapie a jakým způsobem do terapií zapojují práci s terapeutickými panenkami.

Domov pro seniory 1

První pobytové zařízení, domov pro seniory je rozlehlý areál, s řadou pavilonů a venkovními prostory pro volný pohyb klientů. Ovšem pozemek není oplocen, klienti v pokročilejším stádiu demence se v areálu sami procházet nemohou. Centrální budova poskytuje péči seniorům s demencí a také těm, kteří netrpí mentálním postižením, zbavující je svéprávnosti. Dvě oddělení jsou vyhrazena pro klienty s těžší formou demence, tzv. oddělení se zvláštním režimem, kde je ubytováno až 80 % seniorů s Alzheimerovou demencí. V prvním oddělení jsou klienti s lehčím, počátečním stádiem Alzheimerovy demence a ve druhém jsou umístěni klienti s těžkou demencí. Vstup na oddělení je podmíněn znalostí přístupového kódu či vlastnictvím čipové karty, aby se zamezilo utíkání klientů. Klienti jsou ubytováni na pokojích po dvou s vlastní toaletou a televizorem. Pokoje jsou situovány v řadě podél chodby napříč oddělením v přízemí domova. Na konci chodby je pro klienty zřízena společenská místnost a jídelna. Zde se konají skupinové reminiscenční terapie, různá posezení a rozpravy. K dispozici je také televizor a hi-fi věž. Z této plochy je možno vyjít ven na oplocený pozemek, který slouží jako zahrada pro relaxaci klientů a jiné akce. Klienti se po pozemku mohou volně pohybovat.

Reminiscenční terapie je s klienty vykonávána skupinově několikrát do týdne zkušeným ergoterapeutem. Individuálně probíhá reminiscenční terapie také v průběhu celého týdne a provádí ji i ošetřující personál, který má za úkol podněcovat vzpomínání a prohlubovat dlouhodobou paměť jednoduchými otázkami. Někteří klienti mají vyzdobené pokoje vzpomínkovými předměty, které poskytla rodina, personál tedy stimuluje dlouhodobou paměť klientů prostřednictvím těchto předmětů, kdykoliv je to možné.

Skupinová reminiscenční terapie je situována do prostor společenské místnosti, kde jsou klienti shromážděni a více či méně se do terapie zapojují. Obvyklý počet klientů účastnících se terapie bývá kolem jedenácti. Na terapii jsou klienti vybíráni tak, aby některý z nich nerušil ostatní svým nevhodným nebo nepřiměřeným projevem. Pro účel terapie je k dispozici reminiscenční kufřík, jehož obsah je velmi rozsáhlý.

Součástí reminiscenčního kufříku jsou předměty denního života, které postihují širokou škálu aktivit, se kterými se klienti za svůj život setkali a několik fotek herců, zpěváků a jiných známých osobností z jejich doby. Kufřík tedy obsahuje na příklad kusy látek nejrůznějších barev, vzorů a materiálů. Dále náčiní pro pletení, šití, háčkování, patentky, knoflíky a jiné. Různými asociacemi lze dojít k tématu krojů a s nimi spojených kulturních akcí nebo k tématu naprosto odlišnému. Dále je k dispozici na příklad sušené kvítí, voňavý pytlík pro stimulaci čichových smyslů formou nenásilné aromaterapie. V rámci reminiscence jsou obvyklé i jemné manuální práce pro stimulaci jemné motoriky, která je demencí také postihována.

Při terapii jsou přítomni klienti v různých stádiích demence, proto bývají sezení někdy obtížná. Někteří klienti nejsou schopni terapii absolvovat, ale jejich přítomnost je žádoucí, neboť i přes to dochází k určité stimulaci jejich smyslů. Mohou být přítomni také klienti s projevy agrese a průběh terapie více či méně svým chováním narušovat. Většinu klientů je potřeba při terapii neustále aktivizovat otázkami, protože si sami často velmi těžko daná slova vybaví a předmět správně slovně nepopíší. Na úvod terapie si vždy poví, jaký je den, měsíc, rok, co měli na snídani, jak se jim vstávalo a tak dále. Velmi také záleží na úrovni zachovalých řečových dovedností a dlouhodobé paměti každého klienta. Verbální projev řady klientů bývá omezený, je mu hůře rozumět a někteří mají potíže s vyřčením souvislé logické věty. Přístup ke každému klientovi je tedy specifický. V některých případech je potřeba klienta motivovat a pomoci s vyjádřením myšlenky více než v jiných případech a ergoterapeut tedy musí klienty dobře znát. Ergoterapeut pomáhá vzpomínání pomocí

nápovědy prvních písmen daného pojmu či slova, asociacemi s událostmi a aktivitami týkající se probíraného předmětu z kufříku.

Součástí reminiscenční terapie je také celá řada dalších aktivit. Velmi oblíbenou aktivitou je tanec. K tomuto účelu je k dispozici hi-fi soustava nebo taneční kanály v televizi, na příklad stanice Šlágr, který se u klientů těší nebývalé oblibě. V repertoáru zařízení je také pořádání tanečních večerů u živé hudby, což může být spojeno s venkovním grilováním či opékáním u ohně. Z venkovních aktivit mimo jiné mohou klienti absolvovat také kuželky. Snad nejoblíbenější činností klientů je vaření. Terapeuti s klienty připravují jednoduchá jídla, při kterých dochází k stimulaci řečových dovedností a jemné motoriky. Klienti mají také k dispozici ústavní zvířata nebo dochází osoba s terapeutickými zvířaty v rámci canisterapie a jiných. Jendou za čas jsou klienti bráni také na bazén, procházky po okolí a menší výlety. V hlavní budově domova pro seniory je k dispozici bar s pochutinami, drobným občerstvením, kávou a dalším sortimentem. Do těchto prostor však klienti ze zvláštního režimu přístup nemají.

Pro účel reminiscence je pro klienty zřízen koutek na chodbě, který obsahuje vzpomínkové předměty. Centrem pozornosti je starý kredenc a v něm je uloženo nádobí, příbory, hrne, kredenc je dekorován vyšívanými dečkami. Sem si klienti mohou přijít zavzpomínat a připomenout si dávné časy. Nevýhodou však je snadná přístupnost k předmětům a tak se velmi často stává, že je nějaký předmět odcizen.

Domov pro seniory vlastní čtyři terapeutické panenky, které mají využití zejména v oddělení zvláštního režimu. K dispozici je panenka ženské a mužského pohlaví a také terapeutická zvířátka. Panenky jsou využívány především k „mazlení“ pro klienty v pokročilém stádiu demence, při terapii se s nimi spíše nepracuje. Panenky se dávají klientům do postele a oni tak mají pocit sdílení pěkných okamžiků s „někým“, do které promítnou své děti či jinou živou osobu z jejich okolí. Stává se však, že někteří klienti se na panenku fixují příliš a nepustí ji z rukou. Panenka může pomoci při nadměrné plachosti seniorů, při stezku po domově, pocitu osamělosti a jiných emočních projevech. Práce s panenkami je prospěšná hlavně z hlediska psychického stavu klienta. Stává se však, že je pro některé klienty práce s panenkou ponižující a infantilní. Na druhou stranu pomáhá panenka nahradit přítele nebo rodinu, která se o seniora z nejrůznějších důvodů nestará a nenavštěvuje ho.

Rozhovory s pečovateli

Rozhovory byly provedeny tři s pěti zaměstnanci, kteří o seniory každodenně pečují a provádějí s nimi reminiscenční terapii individuální nebo skupinovou. Dva rozhovory byly individuální a jeden rozhovor byl proveden skupinově se třemi zaměstnanci najednou, kteří se doplňovali a došlo tak ke komplexnímu pohledu na klienta. Mezi respondenty byly tři ergoterapeuti a dva lidé z řad pečujícího personálu. Rozhovory se týkaly čtyř klientů, kteří se nachází v různém stádiu demence, aby byla podchycena různorodost využití terapeutické panenky v péči o klienta.

1. klient

Paní Marie, 92 let, na pobyt přijata 2012. Do domova byla přijata na základě žádosti vlastní sestry. Postupný rozvoj Alzheimerovy demence je pozorován od osmdesátého pátého roku věku. Z počátku byla v domácí péči se sestrou, ale časem již nebyla schopna paní Marii péči poskytovat a bylo zažádáno o hospitalizaci do domova pro seniory. Nyní je zdravotní stav paní Marie ve stádiu pokročilé demence. Od přijetí, kdy se naházela ve stádiu středního postižení, se stav měnil pozvolna, ale zřetelně.

Při reminiscenční terapii se nezapojuje, nevnímá, má “svůj svět”, nicméně je žádoucí, aby byla při terapiích přítomna, neboť pozitivně reaguje na hudební podněty různými pohyby končetin. Verbální projev je omezen na zvuky a krátká slova. Z rodinného prostředí má klientka v pokoji jen pár předmětů, jejichž význam není schopna popsat. Reminiscenční kufřík nevlastní. Ergoterapeut při individuální práci s paní Marií využívá vlastní připravený kufřík. Klientka je schopna na otázky reagovat formou „ano, ne“ s porozuměním. Dbá se především na to, aby její schopnost vybavování vzpomínek nezakrněla. Krátkodobá paměť je téměř nefunkční. Terapeutická panenka byla aplikována před půl rokem. Klientka ji přijala bez problému a využívá ji zejména k “mazlení”. Nedošlo k promítnutí živé osoby do panenky, klientka nevnímá, zda se jedná o panenku či pouhý předmět. Paní Marie je emočně velmi fixována na syna své sestry, jsou okamžiky, kdy opakuje jeho jméno a je silně rozrušena. V tu chvíli je klientce přiložena terapeutická panenka a dojde k celkovému zklidnění i přes to, že zřejmě nevnímá, co jí bylo podáno. Panenka má však silný terapeutický účinek a proto by měla být vždy k dispozici, i když je v domově jen omezené množství. Panenka není součástí reminiscenční terapie, protože ve chvíli, kdy ji má klientka u sebe, přestane vnímat okolí a věnuje se panence.

Do rukodělných a jiných aktivit se spíše nezapojuje, ale v kolektivu je ráda. Během dne tráví čas ve společných prostorách, aby měla k dispozici co nejvíce podnětů. Občas dochází k viditelné reakci na zvuk vycházející z televizoru a hi-fi věže. Klientka tedy preferuje zejména zvukové podněty, čehož je využíváno při volbě denních aktivit. S režimem na oddělení se sžila a respektuje ho.

2. klient

Paní Isabela, 79 let. K pobytu byla přijata v roce 2013 ve stádiu mírně pokročilé demence. Na oddělení se zvláštním režimem je teprve dva měsíce. Přesunuta byla kvůli zhoršujícímu se stavu po několika útěcích a bloudění po okolí. Po celý svůj život se živila jako vrchní sestra, což se odráží i při vybavování si z paměti. Krátkodobou paměť má již značně porušenou, ale své léky si pamatuje přesně. Svou práci velmi milovala a občas se stává, že asistuje zdravotním sestrám při péči o jiného klienta na oddělení. Denní režim klientky je standartní, plně přizpůsoben chodu oddělení. Paní Isabela je veselá, aktivní. Neodmítne žádnou aktivitu na procvičení jemné a hrubé motoriky. Zapojuje se do rukodělných prací, ráda vytváří výrobky pro rodinu, činí jí to šťastnou. V rodině jsou dobré vztahy, dcera navštěvuje klientku velmi často.

Při reminiscenční terapii spolupracuje dobře, je aktivní a otázky ji baví. Stále je zachována část dlouhodobé paměti a po drobném navedení ergoterapeutem si danou vzpomínku vybaví. Preferuje čichové vjemy, ráda čichá ke květinám a voňavým předmětům. Pokoj klientky je pěkně vybaven, rodina se o paní Isabelu stará a dbá na co největší zachování vzpomínek. Nejraději se rozpovídá o tématech medicínských v návaznosti na její dřívější povolání. V pokoji má starý telefon, jehož funkci už sice nechápe, ale ví, že jej dříve používala. Dále je v pokoji klientky socha andělíčka, hrníčky, plyšové zvíře. Při individuální reminiscenční terapii je tedy k dispozici velké množství předmětů a je možné stále prohlubovat dlouhodobou paměť klientky.

Terapeutickou panenku při terapii ani mimo ní nevyužívá. Pokus o aplikaci proběhl, ale míra zachovaného intelektu je zatím vysoká a pro klientku by byla práce s panenkou infantilní záležitostí. Vyskytují se však chvíle, kdy si panenky všímá více a začíná o ni pečovat. Práce s panenkou bude i nadále uskutečňována.

3. klient

Paní Božena, 78 let. Do domova přišla po doporučení lékaře a na základě sérií vyšetření potvrzující diagnózu Alzheimerovy demence. V zařízení je již čtvrtým rokem. Její stav se zhoršuje jen pozvolna. Z počátku trpěla depresemi a pocity, že ji nikde nechtějí. Velmi často postávala u dveří a chtěla utéct domů. Po nějaké době se však adaptovala a nyní se jí daří. Rodina se o klientku velmi dobře stará, v domově pro ni zařizují různé doplňkové služby. Její zaměstnání obnášelo práci s lidmi, proto je paní velmi kamarádská a společenská. Za účelem komunikace s ostatními se nebrání vyvolávat konflikty nebo se stále ptát personálu na různé informace. Velmi ji těší občasné rozhovory se zdravotními sestrami a ergoterapeuty, jejichž náplní práce je taktéž návštěva klientů u lůžka a forma individuální reminiscenční terapie. K tomuto účelu má paní Božena několik fotografií a předmětů z domova a také vlastní reminiscenční kufřík.

Reminiscenční terapie ji velmi baví, ráda se zapojuje a “hádá” slova. Nejvíce ji obohacuje rozprava nad starými fotkami herců a zpěváků. Ke každému doplní několik informací, které nasbírala v průběhu života. Při terapii projevuje radost ze správné odpovědi a nadšení pro další úkol. Do rukodělných prací se spíše nezapojuje, dává přednost pasivnějším aktivitám, neboť si v rukodělných pracích není jistá a z neúspěchu se popuzuje.

Pokud je přítomna terapeutická panenka, mluví na ni, jako by to bylo “nějaké” malé dítě. Na otázky při terapii odpovídá panence, směje se na ni a mazlí se s ní. Občas je panenka příčinou, že klientka nevěnuje pozornost terapeutovi a panenka musí být odebrána. Na druhý den si však nevzpomíná, že s panenkou pracovala a celé seznamování začíná od začátku. To má však svůj význam pro prohloubení krátkodobé paměti. Snaha je docílit, aby si klientka i další den na panenku vzpomněla.

4. klient

Pan Vojtěch, 81 let. Do domova nastoupil v roce 2010 s mírným stádiem Alzheimerovy demence. Z počátku býval na oddělení mimo “zvláštní režim”. V důsledku pozdějšího zhoršení byl přestěhován. Denní režim je přizpůsoben klientovi. V noci bývá dlouho vzhůru, proto se ráno nebudí v sedm hodin a nechá se spát. S ostatními se účastní ranních rozcviček a společenských akcí. Rád navštěvuje dílny, neboť je zedníkem z povolání a ruční práce ho velmi baví, i přes značně zhoršenou jemnou motoriku. Zdravotní stav se od

přijetí do péče zhoršil skokově prakticky ze dne na den. Nyní je ve stádiu těžké demence. Verbální projev je na úrovni krátkých slov a zvuků vyjadřující pocity.

Při reminiscenční terapii se spíše nezapojuje, sedí v koutě na židli, ale vnímá okolní zvuky a často ho zaujme puštěný televizor. Pokoj klienta vybaven není, rodinu nemá, a proto není pro reminiscenční terapii z čeho vycházet. Ergoterapeuti tak provádějí rozhovor na základě tématu jeho bývalé práce a s tím spojenými termíny. Panenka je však při terapii využívána, pan Vojtěch panenku rád chová a dává mu to tak pocit blízkosti a alespoň částečně nahradí chybějící rodinu. S panenkou tráví většinu času, bere ji sebou na fyzioterapie a společenské události, pokud je panenka k dispozici. Tento druh terapie je u Pana Vojtěcha velmi žádoucí, díky panence se cítí jistěji a veseleji.

Domov pro seniory 2

Druhé zařízení je taktéž domov pro seniory s možností ubytování, kde je také přidruženo centrum denních služeb pro docházející klienty, kteří jsou z nějakého důvodu stále v domácí péči. Domov pro seniory je soustředěn do jedné budovy o třech patrech s přilehlým oploceným venkovním pozemkem. Zařízení poskytuje pobytové a ošetrovatelské služby všem seniorům, klientům s demencí je pak vyhrazeno jedno oddělení se zvláštním režimem v přízemí. Dále jsou v domově tři další oddělení. Klienti jsou na pokoji po dvou, je zde ubytováno i několik manželských párů. Celkem domov pojme sto dvacet klientů. Jedná se o poměrně veliký komplex s řadou možností jak služeb, tak i terapií v rámci péče či nadstandartních.

V centru denních služeb střídavě působí několik ergoterapeutů, kteří poskytují péči, věnují se klientům prostřednictvím nejrůznějších tvořivých aktivit, ale také procházek po okolí a návštěv dalších prostor. Pro centrum denních služeb je vyhrazena místnost s dveřmi vedoucí na zahradu. Místnost je poměrně malá, pojme zhruba okolo čtyř až šesti klientů. V rámci práce v centru mají klienti k dispozici materiály, z nichž lze tvořit nesčetně výrobků, malovat obrázky a další. Ergoterapeuti jsou seznámeni s potřebami všech klientů, a proto jim mohou zadávat práci dle jejich požadavků, nálady a schopností. Cílem centra je tedy rozvoj jemné motoriky, řečových a komunikačních dovedností, společenský kontakt s ostatními vrstevníky a jiné. Součástí terapií jsou rozpravy se všemi klienty nad jednoduchými tématy dle jejich aktuálního stavu. Do centra dochází klienti v různých

stádiích demence, klienti s těžší formou jsou alespoň fyzicky přítomni a naslouchají ostatním. Klienti, kteří docházejí z vlastních domovů, jsou většinou doprovázeni rodinnými příslušníky či najatými ošetřovateli, neboť většina z nich má problém nalézt cestu a obtíže s orientací.

V rámci dalších aktivit provozovaných domovem pro seniory se řadí na příklad venkovní opékání špekáčků, různá folklórní představení a také přednášky, odborné či zábavné. Reminiscenční terapie se uskutečňuje v prostorách centra denních služeb a také na odděleních zvláštního režimu. V denním centru probíhá terapie rozmluvou nad různými předměty, vzpomínáním a vytvářením asociací předmětů s dřívějšími událostmi a aktivitami s nimi spojených. Ergoterapeuti také pořádají krátké výlety na známá místa, kde si s klienty povídají a oživují vzpomínky. Reminiscenční terapie je tedy prováděna především skupinově. Většina klientů nevlastní reminiscenční kufřík.

Na oddělení se zvláštním režimem je zřízena místnost pro ergoterapii. Uprostřed místnosti je situován dlouhý stůl s židlemi okolo. Podél zdí se táhnou skříně s potřebným materiálem k terapiím a s knihami. V této místnosti se scházejí klienti za účelem tvořivých činností, včetně reminiscenční terapie. Vždy jsou přítomni dva terapeuti, kteří pomáhají při ručních pracech a vedou terapeutický blok. Dochází sem především klienti mobilní, poněvadž pro pojízdná křesla není dostatek prostoru. S imobilními klienty jsou terapie prováděny u lůžka nebo v jiných společenských prostorách.

Rozhovory s pečovateli

Dotázáno bylo pět zaměstnanců při počtu tří rozhovorů. Jeden respondent byl pracovník centra denních služeb, zbývající respondenti působí na oddělení se zvláštním režimem.

1. klient

Paní Milena, 85 let, diagnóza Alzheimerova demence, středně pokročilé stádium. Do zařízení dochází pravidelně od roku 2013, od té doby je stav neměnný, resp. nebylo pozorováno výraznější zhoršení. Sledováno je však určité zlepšení, klientka je v kontaktu s vrstevníky, má během dne zajištěn program v centru a je tak spokojenější. Dochází tak ke

stále aktivizaci a prohlubování vzpomínání, což je žádoucí. Klientku na terapie do centra denních služeb doprovází dcera. Vztahy v rodině jsou více než dobré, děti se do péče o paní Milenu také zapojují, účastní se různých vystoupení pro všechny klienty v domově.

Klientka má dlouhodobou paměť poměrně dobře zachovanou. Verbální projev je dobrý, mluví souvisle a věcně. Reminiscenční terapie se účastní ráda, v kolektivu je přátelská a kamarádká, je aktivní. Ráda skládá různé hlavolamy a puzzle. Jemnou motoriku procvičuje motáním motouzů z krepového papíru, u čehož se zároveň dbá na rozvoj komunikačních dovedností. Mileninou silnou stránkou je pečlivost, každou práci řádně dokončí. Celkový pohled na život má pozitivní, avšak jsou chvíle, kdy se klientka rozteskní. V tom případě se ergoterapeut formou manuálních a tvořivých činností pokusí a zlepšení nálady, zejména zařazení práce s krepovým papírem. Práce s terapeutickou panenkou zařazena prozatím není, v této fázi mentálního postižení by to klientce připadalo infantilní.

2. klient

Paní Ludmila je v zařízení již druhým rokem. Klientce je nyní 88 let, působí stále vitálně. Celý život prožila na statku a prací na vinohradu, který její rodina vlastnila. Práce jakéhokoli druhu klientku velmi baví. Klienta je již pár let vdovou, ale má několik vnuků a pravnuků. Po celý život se živila jako učitelka ve školce. Práce ji velmi bavila a naplňovala. Paní Ludmila dochází do centra denních služeb třikrát týdně ve dnech pondělí, středa, pátek.

V průběhu reminiscenční terapie se aktivně zapojuje do rozpravy nad knihami a tématy z oboru šití, vyšívání a tak podobně. Paní Ludmila je vášnivá čtenářka a této aktivitě se zatím věnuje stoprocentně. Klientka je velmi upovídaná, ráda vykládá příběhy ze života. Preferuje skupinovou reminiscenční terapii, neboť má ráda kolem sebe hodně lidí. Všechnu svou energii vkládá do okamžiků se svými vnuky a pravnuky, kteří ji dělají šťastnou. Pokud je při terapii přítomna terapeutická panenka, chová se k ní jako k “věci”, ale zároveň ji oslovuje a objímá. Verbální projev je srozumitelný, věty souvislé, dlouhodobá paměť na vysoké úrovni.

Úroveň jemné motoriky je dobrá, pro to jsou zařazovány činnosti, jako je šití, vyšívání, háčkování a další drobné práce. Ráda zpívá a je středem pozornosti, často je obtížné ji v projevu přerušit.

3. klient

Pan Tonda, 81 let, progres demence je již značně pokročilá. V zařízení žije po dobu tří let, na návštěvy docházela manželka do doby, než bylo poskytnuto ubytování také pro ni, ačkoliv je bez mentálního postižení. Soužití s klientovou paní má pozitivní vliv na jeho celkový stav, v její nepřítomnosti je nervózní a nejistý. Při nástupu do zařízení se projevoval značně agresivně. Bylo pro něj těžké smířit se se závislostí na pomoci ošetřovatelů při každodenních činnostech. Odmítal dodržovat osobní hygienu a stavěl se negativně k jakékoliv činnosti. To se však změnilo po přijetí manželky. Jeho povolání bylo vedení skupiny v tělovýchovné organizaci Sokol. Rád se účastní pohybových aktivit, rozcvíček, tanců nevyjímaje. Pan Tonda je velmi pořádný, má rád řád a proto mu tamější denní režim vyhovuje. Demence se zhoršuje pozvolna, je patrné zhoršení krátkodobé paměti. Dlouhodobá paměť je stimulována při terapiích a také činnostmi manželky, která zná klientovu historii nejlépe.

Z činností při reminiscenční terapii preferuje skládání hlavolamů a jednoduchých skládanek, čímž stále posiluje intelekt. Při úspěchu projevuje radost a soutěživost. Na terapii dochází bez manželky, tento fakt má dopad na jeho soustředěnost a pozornost, proto se častěji přiklání k reminiscenci v úzkém kruhu manželky, klienta a terapeuta. Při skupinové reminiscenční terapii vyrušuje, nesoustředí se a občas se tak zvaně “zasekne” a odmítá spolupracovat. V takovém případě ho ergoterapeut nenutí a počká, až se pan Tonda opět do práce zapojí. Úroveň řečových schopností je horší, někdy blábolí a sdělení nedávají smysl. Na terapeutickou panenku reaguje velmi negativně, ostatní klienty za práci s panenkou odsuzuje a považuje to za hloupé a infantilní, proto se mu zatím k práci nepřikládá.

4. klient

Paní Anna, 95 let, hospitalizována čtvrtým rokem. Na svůj věk je klientka velmi čiperná a vitální. Progres Alzheimerovy demence je mírný, je možné, že demence není vůbec a šlo o hospitalizaci za účelem jiným, než je péče o dementní osobu. Sebeobsahu zvládá velmi dobře, použití toalety a další úkony nedělají paní Anně potíže. K pohybu využívá francouzské hole. Klientka má zhoršený sluch, avšak krátkodobá paměť je stále na dobré úrovni. Paní je společenská, velmi zvědavá, otevřená většině aktivit. Ochotně pomůže při péči o jiného klienta, ráda čte, sleduje televizní pořad Šlágr a u některých písní se lehce

pohybuje do rytmu. Jemná motorika je zhoršená, do drobných rukodělných aktivit se nezapojuje. Vyžaduje pomoc při manipulaci s drobnými předměty v rámci denních úkonů.

Klientka nevlastní prakticky žádné předměty ze dřívějšího období, pouze to, s čím přišla v den hospitalizace. V domově se jí však líbí a je vděčná za každý společenský kontakt, ať už s personálem nebo s ostatními klienty. Reminiscenční terapie klientku velmi baví, ráda vykládá příběhy z mládí i přes zhoršenou artikulaci a nepřesný sled vět při vyjadřování. Ráda se účastní dalších kulturních akcí, výletů, přednášek a dochází také na mše.

Terapeutickou panenku přímo vyžaduje a uzurpuje si ji pro sebe. Kvůli špatným rodinným vztahům se cítí osaměle, k panence přistupuje jako k cizímu dítěti, které si oblíbila a ráda se s ním baví. Zde je terapie panenkou velmi žádoucí a napomáhá klientce s překonáním smutných okamžiků.

Domov číslo 3 – Alzheimer-centrum

Ve Zlíně se nachází nedávno otevřené Alzheimer-centrum, které započalo svou existenci v měsíci květnu roku 2015. Centrum je součástí souboru dalších Alzheimer-center umístěných různě po republice. V centru poskytují pobytové služby pouze klientům s Alzheimerovou demencí, avšak vyloučeno není ani přijetí klientů s dalšími demencemi a jinými diagnózami. Alzheimer-centrum je soustředěno do jedné budovy s oploceným venkovním pozemkem. V domě jsou dvě patra, přičemž v přízemí jsou ubytováni klienti s omezenými pohybovými schopnostmi. V přízemí se dále nachází jídelna a posezení pro návštěvy. Interiér je příjemně vyzdoben a schodiště je opatřeno vrátky do výše pasu, aby nedocházelo k nežádoucímu pohybu pacientů.

Centrum velmi dbá na aplikaci reminiscence do každodenní péče. Někteří klienti mají pro tento účel ve svých pokojích výzdobu s několika obrázky, fotkami a předměty z domova, dokonce vlastní reminiscenční krabice. O každém klientovi je také veden stručný životopis pro potřeby ergoterapeuta, který reminiscenční terapii provádí. Životopis je nutný pro kontrolu klientových odpovědí na otázky, aby docházelo ke správné stimulaci dlouhodobé paměti. Ergoterapeuti se průběžně věnují každému klientovi, navštíví ho na pokoji a provedou rozpravu nad předměty jeho reminiscenční krabice. Pokládají otázky a správnost odpovědí kontrolují v životopise. Reminiscenční terapie slouží také

k odreagování, odpočinku a rozvoji vztahů s terapeuty. Reminiscenční terapie je tedy převážně individuální. Skupinová forma je prováděna jednou týdně. Klienty navštěvuje také farář. Dalšími aktivitami je pobyt v přírodě, neboť v blízkosti centra je přístup do lesa a na louky. Terapeuti s klienty navštěvují různé akce, výstavy, koncerty a jiné. Do centra dochází také canisterapeut.

Rozhovory s pečovateli

Dotázán byl jeden zaměstnanec, ergoterapeut. Celkový počet terapeutů na jedno patro je 2. Terapeuti mají oddělení rozděleno na dvě části a každý pečuje o určitý počet klientů. Na celé centrum jsou k dispozici čtyři ergoterapeuti.

1. klient

Paní Jiřina, 76 let. Hospitalizována od počátku existence zařízení. Alzheimerova demence je ve středním stádiu, zatím bez výrazného zhoršení. Rodinné vztahy jsou velmi dobré, denně ji navštěvuje dcera. Pokoj má krásně vyzdoben fotkami, předměty připomínající dávné časy a vlastní obsáhle vybavenou reminiscenční krabicí s fotoalbami a jinými předměty (jako starý občanský průkaz, řidičský průkaz) související s mládím a různými aktivitami. Dlouhodobá paměť na dobré úrovni, avšak některé události a osoby si již nevybaví. Co se týče krátkodobé paměti, rychle zapomíná, co měla k jídlu, jaký je den, kde byla před chvílí apod. Verbální projev je horší, sdělení jsou často nelogická a má obtížně říci souvislou větu. Je potřeba klientu aktivizovat a věty ji správně přeříkat.

Klientka mívává plačtivé chvíle, neboť má pocit, že by měla vyzvednout své děti ze školy, ale nemůže. V těchto chvílích je ergoterapeutem odvedena na pokoj a potěší se nad krabicí se vzpomínkami. Ráda nadšeně vykládá o fotkách a příbuzných. Stává se však, že zapomene na manželovu smrt a vykládá o něm, jako by tu stále byl. V čase a datu je dezorientována, krátkodobá paměť je značně zhoršená. Není schopna vybavit si datum narození. Reminiscenční terapie je u klientky velkým přínosem, zejména pro zlepšení nálady a přivede ji tak na jiné myšlenky. Skupinové reminiscenční terapie se spíše neúčastní, raději sedí v koutě a poslouchá nebo si přemýšlí. Kolektiv nevyhledává, raději tráví čas sama.

Terapeutická panenka byla aplikována, klientka ji bere jako svého zesnulého manžela, příliš s panenkou nekomunikuje, pouze ji svírá v náručí. Někdy do panenky promítne své děti, či vnuky a něco jim vykládá. Při reminiscenční terapii panenka pozornost spíše odvádí.

2. klient

Paní Olinka, 76 let. Alzheimerova demence je v mírném stádiu. Na pobyt byla přijata před třemi měsíci. Do kolektivu se začlenila dobře a na chod oddělení si zvykla. Paní je z osmi dětí, vyrůstala na Pálavě. Živila se jako jeřábnice prakticky po celý svůj život. Zde si našla svého manžela, nyní je vdovou. Holdovala cestování, sama a poté s manželem procestovali několik destinací. Paní je abstinent. K životu má velmi pozitivní přístup, v centru se jí líbí, je otevřena všem aktivitám. Verbální projev na dobré úrovni, krátkodobá paměť je mírně zhoršená. Klientka má jednoho syna, který ji pravidelně navštěvuje. Syn dal paní Olince k dispozici velké množství vzpomínkových předmětů a pokoj jí pěkně vyzdobil.

Klientka upřednostňuje skupinové terapie, neboť je velmi komunikativní a k ostatním klientům přátelská. Klientka má ráda rukodělnou činnost, výrobu různých předmětů, kreslení a jiné tvoření. Velmi ráda zpívá a také si u toho zatancuje. Při rozpravě nad jejími alby s fotkami se rozpovídá a stále poznává řadu příbuzných. Stává se však, že některou osobu popíše nesprávně, k tomu účelu jsou pod fotkami popisky, aby ji terapeut správně nasměroval.

Terapeutickou panenku akceptuje, ale výrazně se jí nevěnuje. Raději si povídá s ostatními klienty, neboť je zatím na dobré mentální úrovni.

3. Klient

Pan Josef, 92 let, stádium lehké demence. K pobytu přijat před pěti měsíci. Pán je ve velmi dobré kondici fyzicky i mentálně. Jak sám říká, v centru se mu nelíbí, nemá si s kým popovídat a projevy klientů s těžkou demencí hanlivě napadá. Pán je vzdělaný, hovořil několika jazyky, nyní mu však ze všech v paměti zůstala pouze angličtina. K reminiscenční terapii má několik předmětů z domova, o kterých si pamatuje spousty informací. Zatím je

paměť v dobré kondici a o to více se s klientem pracuje, aby se zachovala co možná nejvíce. O panenku nejvíce zájem a přistupuje k ní jako k hračce.

Pozorování klientů

Součástí výzkumného šetření bylo mimo rozhovorů se zaměstnanci také pozorování klientů při reminiscenční terapii. Délka trvání terapie není sama o sobě příliš dlouhá, klienti se snadno unaví a rychle ztrácí pozornost. Jinak je tomu u terapie individuální, zde má klient velký prostor se vyjádřit a pozornost je věnována pouze jemu. Dochází tak ke kvalitnější aktivizaci a zapojení klienta, klade se větší důraz na individualitu a osobní přístup. K individuální terapii jsou používány předměty blízké životu klienta, pokud jsou k dispozici a dlouhodobá paměť se prohlubuje cíleně na určité vzpomínky a osoby z okolí klienta.

Při samostatné práci dochází také k upevnění vztahu mezi oběma stranami a klient nabyde pocitu jistoty a sounáležitosti. U většiny klientů bylo pozorováno velké zanícení k rozpravě nad fotkami a předměty. Terapeut si však počínal opatrně, poněvadž při nešetrné volbě otázek a témat k hovoru dochází k tesknění klientů a také plačtivosti. Některé vzpomínky byly negativní a mohly způsobit bolest.

Individuální terapie se většinou prováděly v pokojích klientů v případě, že zde měli své osobní fotky, předměty a pokoj byl vybaven. V opačném případě se klienti brávali do společných prostor nebo koutů s dobovým nábytkem, aby bylo prostředí autentické.

Práce s klienty měla rozdílný průběh v závislosti na typu postižení. Velkou roli hrála především úroveň řečových dovedností a to, jakou měrou bylo z jejich strany otázkám porozuměno. Do výzkumného šetření byly zahrnuty především osoby s tak zachovanou úrovní kognitivních funkcí, aby bylo možno terapii realizovat v plnějším rozsahu.

Co se týče přítomnosti terapeutický panenek, byla pozorována velká obliba panenek spíše u těžších forem demence a seniorů, kteří nemají rodinu nebo o ně rodinní příslušníci nejvíce zájem. V těchto případech klienti ocenili přítomnost někoho blízkého, jehož tvář a rysy do panenky promítali. Zde se terapie pomocí panenek osvědčila jako významný prostředek pro předcházení pocitu odcizení, samoty a smutku. V průběhu terapie se stávalo, že klienti se s odpovědí na otázky obraceli na panenku a nikoliv na terapeuta. V panenkách viděli své blízké a proto je upření pozornosti logické a žádoucí. Někteří klienti byli při první aplikaci panenky spíše otažití, cítili se infantilně a nekomfortně. To bylo po nějaké době překonáno a klienti se s panenkou začali seznamovat. Panenky hladili, chovali, zkoumali

jejich oblečení, čehož bylo využito pro rozpravu nad látkami, druhy oblečení, nad barvami apod.

Také při realizaci skupinové reminiscenční terapie měli panenky své uplatnění, ovšem pouze jako doplněk pro klienty v pokročilém stádiu demence. Některým z nich byla panenka ponechávána po celý den, nechtěli ji navrátit zpět a v její přítomnosti se cítili bezpečněji. Bylo tomu tak zejména u dlouhodobě ležících, verbálně nekomunikujících seniorů. Jinak panenky používány spíše nebyly, neboť jejich přítomnost často rušila a odváděla pozornost.

Skupinové terapie byly řízeny terapeutem, který dbal na to, aby se zapojili všichni klienti. U méně aktivních musel pozornost stimulovat častými otázkami a vybízením k odpovědi. V době pozorování nebyl přítomen žádný klient, který by svým nevhodným, hlasitým či dokonce agresivním chováním narušoval průběh terapie. Někteří klienti se do terapie nezapojovali vůbec, ani na pokyn terapeuta z důvodu myšlenkové nepřítomnosti, špatným verbálním projevem a s tím spojeným ostychem z mluvení před více lidmi. Pomůckou k terapii sloužil reminiscenční kufřík, ze kterého terapeut postupně vytahoval předměty a pobízel klienty k rozpravě nad nimi.

4.4 Závěr výzkumného šetření a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Výzkumné otázky – diskuse

- **Je využití terapeutických panenek pro reminiscenční terapii přínosem?**

Respondenti se shodují na účinnosti terapie panenkami při individuální reminiscenci, kdy je klient v klidném prostředí s terapeutem. Respondenti uvádějí největší přínos práce s panenkami zejména při roztesknění klienta nad bolestnou vzpomínkou, pokud dojde k vyhrocené situaci s jiným klientem nebo se klient cítí špatně a má smutnou náladu. Většina respondentů uvedla nejčastější využití panenek spíše mimo reminiscenční terapii, po celý den.

- **Naučí se s terapeutickými panenkami klienti pracovat?**

Respondenti uváděli, že v každém případě se pokusí o aplikaci panenky klientovi. Ne vždy je však přijata. Zde velmi záleží na stupni demence. Klienti ve stádiu lehké, počáteční demence, panenku často odmítají. Hrát si s panenkou považují za infantilní. Naproti tomu velký přínos terapie s panenkami vidí respondenti u těžkých stádií demence. Často dochází k fixaci klienta na panenku, spojení panenky s fyzickou osobou a ta se stává jejich společníkem. Práce s panenkami nečiní klientům obtíže. Rádi si je prohlíží, hladí, objímají a komunikují s nimi.

- **Ulehčí terapeutické panenky průběh reminiscenční terapie?**

Většina respondentů označila panenky za účinné pro uvedení klienta do procesu individuální reminiscenční terapie. Slouží jako úvodní motivace nebo také ke zklidnění klienta v případě, že se nachází v negativním psychickém rozpoložení, pláče nebo je jinak rozrušen. Dále se respondenti shodovali ve výpovědích v otázce práce s panenkami při skupinové terapii. Zde použití spíše nedoporučovali z důvodu možného rušení pozornosti.

- **Pomohou terapeutické panenky ve spolupráci klienta při reminiscenční terapii?**

Respondenti většinou uváděli, že pokud je panenka při individuální reminiscenční terapii použita, často přitahuje klientovu pozornost a ten se s odpověďmi a výkladem svých vzpomínek obrací na panenku. Dále respondenti uváděli přínos takových případů, neboť klienti vidí v terapeutické panence často někoho blízkého nebo člena rodiny. Terapie se pro něj stává intimnější a nebojí se být otevřený.

Srovnání navštívených zařízení

V průběhu výzkumného šetření byla navštívena tři zařízení, z toho dva domovy pro seniory a jedno specializované Alzheimer-centrum.

V domovech pro seniory v Brně byli ubytováni klienti s různými druhy demencí a také senioři bez mentálního postižení. Péče poskytovaná domovem směrem k dementním klientům byla co možná nejkomplexnější s ohledem na dostupné prostředky a možnosti domovů. Reminiscenční terapie nebyla prováděna v takovém rozsahu, jak je popsáno v odborné literatuře. Jednalo se spíše o skupinovou formu a každodenní trénink kognitivních funkcí při denních aktivitách nebo u lůžka klientů. Důvodem pro tuto skutečnost je zejména nedostatek prostor pro zřízení reminiscenčních místností, které by byly vybaveny dobově a

byly volně přístupny všem klientům. V prvním domově pro seniory se nacházel reminiscenční koutek, který byl umístěn na tmavém místě mezi patry. Klienti s Alzheimerovou demencí se však nemohou volně po zařízení pohybovat za účelem koutek navštívit. Tito klienti si mohou v koutku zavzpomínat pouze v případě, dovede-li je tam ergoterapeut a provede s nimi reminiscenci. Ve společných prostorách u vstupu do domova je rovněž kout vybaven starým křeslem, gramofonem a malým stolem. Ergoterapeuti měli k dispozici velmi dobře vybavený reminiscenční kufřík, který využívali zejména pro skupinové terapie. Počet terapeutických panenek (3 ks) nepokryl potřeby většiny klientů a to z důvodu vysokých pořizovacích nákladů. Areál celého domova obsahuje mnoho travnatých ploch. Interiér domova je příjemně vybaven, oddělení se zvláštním režimem má spíše charakter zdravotnického zařízení, avšak klienti mají v teplých dnech přístup na zahradu.

Ve druhém domově pro seniory nebyl k dispozici žádný kout nebo vybavená místnost pro účely reminiscenční terapie. V centru denních služeb byly pozorovány prvky reminiscence neustále, ale nejednalo se o reminiscenční terapii v komplexním znění. Znaky reminiscence však byly pozorovány v průběhu celého dne, kdy personál stimuloval dlouhodobou a krátkodobou paměť klientů různými otázkami a výklady. Reminiscenční kufřík byl v zařízení rovněž dostatečně vybaven a počet terapeutických panenek (2 ks) opět nepokryl potřeby ani většiny klientů. Znova zde hrají roli především finance a prostory pro realizaci reminiscenčního pokoje. Celkový dojem z domova měl spíše charakter zdravotnického zařízení. Nebyly přítomny prvky útulnosti a domácího zázemí. Klienti na oddělení zvláštního režimu měli přístup do místnosti, kde ergoterapeuti prováděli terapie a jiné aktivity. Centrum denních služeb skýtalo možnost vyjít do venkovních prostor a celkově působilo útulně a přátelsky.

V Alzheimer-centru byla pozorována již lepší organizace pro rozvoj reminiscenční terapie, neboť se jedná o specializované zařízení na podporu a péči o klienty s Alzheimerovou demencí. Centrum zatím funguje jen krátkou dobu a chod oddělení se teprve optimalizuje. Nicméně je zde pozorován důraz na jednotlivé klienty a individuální terapii především. Většina klientů, pokud rodina dostatečně spolupracuje s centrem, vlastnila reminiscenční krabice, popř. byl pokoj vyzdoben osobními věcmi evokující vzpomínky. K účelu terapie byl také o každém klientovi k dispozici krátký životopis, který měl ergoterapeut vždy u sebe a mohl tak ověřit správnost klientových odpovědí. Interiér domova byl velmi pěkně designován a zcela přizpůsoben cílové skupině klientů. Celkový

pocit byl velmi domácí, útulný a prostředí bylo velmi příjemné. Klienti nemohli přecházet mezi patry z důvodu možného zranění na schodišti, v rámci patra však měli volný přístup do společných prostor, kde se setkávali s ostatními seniory, mohli se dívat na televizor aj. Skupinová reminiscenční terapie zde funguje stejně jako v předešlých zařízeních, počet panenek se opět pohybuje okolo dvou až tří.

Celkový dojem z navštívených zařízení byl velmi dobrý. V každém z nich je kladen důraz na stimulaci dlouhodobé a krátkodobé paměti seniorů. Ačkoliv reminiscenční terapie nebyla uskutečňována v tak komplexním rozsahu, jak popisuje odborná literatura, její prvky se promítaly do každodenní péče o klienty. Vše je otázkou především finanční zátěže a poměrně velkých požadavků na prostory. Reminiscenční místnosti vyžadují určitou rozlohu a materiální vybavení, což nemusí být záležitostí několika korun. Rovněž náklady na koupi adekvátního počtu terapeutických panenek jsou vysoké. I přes tato úskalí mají terapie při péči o seniory s Alzheimerovou demencí své uplatnění a pomáhají tak klientům s překonáním nežádoucích psychických stavů a nepříjemnými projevy demence.

Vyhodnocení výzkumných cílů

Hlavní cíl: Jaké jsou možnosti využití terapeutických panenek v léčbě Alzheimerovy demence při realizaci reminiscenční terapie.

Výzkumné šetření ukázalo vhodnost využití panenek při realizaci individuální reminiscenční terapie, dále jako vhodný motivační prostředek a zejména pro navození psychické pohody a pocitu klidu a jistoty. Co se týče skupinové reminiscenční terapie, použití panenek se stává spíše nežádoucí s ohledem na pozornost a pracovitost klientů. Výzkumné šetření rozdělilo využití panenek na základě stupně progredující demence, kdy je vhodnější zařadit panenky především u těžších forem demence.

Dílčí cíle:

- **Využití terapeutických panenek při reminiscenční terapii je přínosem.**

Jako velký přínos pro reminiscenční terapii bylo výzkumným šetřením potvrzeno využití panenek zejména při individuální reminiscenční terapii a v každodenní péči o seniory.

- **Klienti jsou schopni naučit se s panenkami pracovat.**

Výzkumné šetření neodhalilo žádné potíže při práci s terapeutickou panenkou. Klienti si na panenku rychle zvyknou. V případě lehké formy demence však panenku odmítají zcela. V případě, že klient vidí v panence fyzickou osobu (blízkého přítele, člena rodiny apod.) je práce intuitivní a automaticky se stává panenka středem pozornosti.

- **Formy přístupu pro práci s panenkami.**

Výzkumné šetření ukázalo jako nejlepší formu přístupu pro práci s panenkami tu, kdy dochází k promítnutí fyzické osoby do panenky. V tomto případě klient otevřeněji vypráví o svých vzpomínkách, cítí se při terapii jistěji. Další kvitovanou formou práce je každodenní přítomnost panenky v lůžku či na klíně u osob ve stádiu těžké demence. Panenka je používána jako „přítel“, který pomůže překonat klientův nával agrese nebo deprese.

- **Efekt využití panenek v léčbě symptomů Alzheimerovy demence.**

Ze symptomů Alzheimerovy demence pomáhá terapeutická panenka eliminovat či dokonce předcházet psychickým poruchám jako je deprese, pláčivost, pocity osamění a agrese. Výzkumné šetření také ukázalo vhodnost panenek při prohlubování a tréninku krátkodobé paměti. Panenky jsou přikládány denně a pomocí této periodicky se opakující aktivity může dojít k zafixování vzpomínky a opětovnému vybavení příští den.

Doporučení pro speciálně pedagogickou péči

Jako vhodné doporučení se jeví zřízení více míst pro realizaci reminiscenční terapie. Ideální situace by nastala v případě, že by měly domovy pro seniory dostatek financí a prostoru pro vybavení reminiscenčních pokojů přímo na daných odděleních. Do místnosti by si klienti mohli kdykoliv samovolně přijít, odpočinout si a zrelaxovat při pohledu na známé předměty. Dále by v mnohých zařízeních bylo žádoucí více provádět individuální reminiscenci pokud možno každý den. K tomuto účelu by bylo potřeba více terapeutů, což by ovšem znamenalo větší finanční zátěž pro domovy.

Cena terapeutických panenek je vysoká, proto je často nereálné, aby měl každý klient svou panenku. V takovém případě by měla panenku zajistit rodina klienta. Rovněž pořízení

reminiscenčního kufříku by bylo u všech klientů žádoucí a nezbytným prostředkem při každodenní péči.

Reminiscenční terapie zatím nemá v České Republice takové kořeny, jako v jiných zemích. Doporučením by bylo více se na problematiku těchto terapií zaměřit a začít je aplikovat v širší míře než doposud.

Závěr

Pro člověka je v životě obtížné vyrovnávat se s nejrůznějšími druhy nemocí, osobních bolestí a neúspěchů. Stále má však možnost vzpomenout si na pěkné chvíle a tyto nástrahy osudu překonat. Postihne-li člověka Alzheimerova demence, která sebou přináší možnost, že za nedlouho nebude již na co vzpomínat, může to být pro někoho rána, se kterou se jen těžko vyrovnává. Toto onemocnění zatím není vyléčitelné, existují však možnosti zmírnění symptomů nebo zpomalení progresu úbytku paměti. Mezi tyto možnosti patří farmakologická léčba a široká škála terapeutický a podpůrných opatření pro zkvalitnění klientova života. V České Republice je celá řada pobytových zařízení, ve kterých je poskytnuta komplexní péče o seniory s demencí formou nejrůznějších aktivit, výletů, terapií se zvířaty, ergoterapií a dalšími.

Diplomová práce se zabývala možnostmi poskytované péče v zařízeních pro seniory se zaměřením na reminiscenční terapii a terapeutické panenky. Práce byla rozdělena do čtyř kapitol. První tři teoretické kapitoly nastínily, jaké postižení Alzheimerova nemoc je z pohledu neurologického, dále pak hledisko speciálně pedagogické a nástin reminiscenční terapie. První kapitola tedy popisuje degenerativní změny v mozku a patologické nálezy, které onemocnění odhalí. Nechybí ani podkapitola o lékařských metodách diagnostiky a možnosti farmakologické intervence. Druhá kapitola podává informace o celkovém klinickém obrazu Alzheimerovy demence, o možném výskytu psychických poruch u demence a neinvazivní nelékařské diagnostice pomocí testů a diagnostických škál. Třetí kapitola je věnována možnostem pobytové péče o seniory v České Republice a sociálních službách na podporu kvalitního života. Dále se práce věnuje vymezení pojmu reminiscenční terapie, nástinu jejího průběhu a požadavků na realizaci v prostředí domovů pro seniory. Jedna podkapitola je věnována terapii pomocí terapeutických panenek.

Čtvrtá část této diplomové práce je praktická. Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, jaké existují možnosti pro využití terapeutických panenek v rámci realizace reminiscenční terapie v prostorách domovů pro seniory. Dílčími cíli práce bylo podat informace o tom, jakým přínosem mohou panenky být při terapii reminiscencí, zda jsou klienti schopni s panenkami pracovat a jaké formy přístupu jsou ideální. Dalším dílčím cílem bylo také zjistit, jakým způsobem je možno pomocí terapeutických panenek a reminiscenční terapie eliminovat projevy se symptomy Alzheimerovy demence.

Na základě výzkumu bylo tedy zjištěno, že terapeutické panenky jsou nejvíce využitelné při individuální reminiscenční terapii, ale také v průběhu celého dne. Panenky mají zejména aktivizační funkci a mohou mít uklidňující vliv na psychiku klienta ve vypjatých situacích. Zároveň práce s panenkami poskytuje klientovi pocit klidu a pohody a může také nahradit chybějící rodinu či někoho blízkého. Panenka se stává pro klienta společníkem a práce s panenkami také pomáhá k rozvoji komunikačních schopností a odbourání sociální fobie. Panenky jsou lépe přijímány u seniorů s těžší formou demence a jejich aplikace je v těchto případech zcela na místě. Při skupinové reminiscenční terapii je panenka přítomna pouze v případě, že s ni aktuálně pracuje klient, který se terapie přímo neúčastní. V jiných případech by přítomnost panenky mohla průběh terapie nepřímo narušovat.

Péče o seniory byla v řadě zařízení dobrá. Prvky reminiscenční terapie byly zařazovány v průběhu celého dne a celkově byla terapie reminiscencí prováděna minimálně jednou týdně. Terapeutické panenky jsou bohužel stále nákladnou investicí, avšak jejich řady jsou postupně doplňovány.

Shrnutí

Diplomová práce se zabývá využitím terapeutických panenek při terapii reminiscencí u klientů s Alzheimerovou demencí.

Diplomová práce je rozdělena na čtyři části, z nichž první tři se zabývají teoretickým popisem Alzheimerovy demence, možnosti diagnostiky a dále nastiňuje problematiku péče o seniory s demencí v rámci České republiky. S pobytovou péčí v zařízeních pro seniory souvisí provádění reminiscence v rámci terapií poskytovaných klientům.

V první kapitole se diplomová práce zaměřuje na detailní popis Alzheimerovy demence z hlediska molekulárně neurologického. Dále jsou zmíněny různé varianty medikace a metody pro odhalení patologických nálezů. **Druhá kapitola** popisuje Alzheimerovu demenci z pohledu speciálního pedagoga a pedagogiky jako takové. Je zde uvedeno několik diagnostických testů, na jejichž podkladě je možné demenci odhalit bez invazivních vyšetření spolu s výskytem psychických poruch. Reminiscenční terapii popisuje **třetí kapitola**. Zde je uveden celkový popis terapie, historie vzniku a způsob realizace. Třetí kapitola také popisuje princip terapie pomocí panenek a jejich využití a výhody či nevýhody. Dále je kapitola věnována způsobům, jakými lze o seniory pečovat.

Poslední, **čtvrtá kapitola**, je výzkumná. Obsahuje vlastní výzkumné šetření spolu s vymezenými cíli a výzkumnými otázkami, které jsou v průběhu výzkumného šetření sledovány. K výzkumné části bylo využito řízených rozhovorů se zaměstnanci, kteří provádějí reminiscenční terapii. Součástí výzkumné části je také záznam z pozorování vybraných klientů v průběhu terapie.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti práce s terapeutickými panenkami v rámci reminiscence u osob s Alzheimerovou demencí. Dílčími cíli poté bylo zjistit, zda je využití terapeutických panenek přínosem pro reminiscenční terapii, jakou měrou jsou klienti schopni se s panenkami naučit pracovat, jaké formy přístupu jsou pro práci s panenkami nejvhodnější a jaký efekt má využití panenek v léčbě symptomů Alzheimerovy demence

Summary

The diploma thesis deals with therapeutic dolls which can be applied in reminiscence therapy due to treatment for Alzheimer's dementia.

The diploma thesis is divided to four parts. The first part is a theoretical description of Alzheimer's disease and then it describes what kind of diagnosis is possible. It deals forms of care for elderly in Czech Republic too. In long stay retirement home, reminiscence therapy is often provided as a part of health care.

In the first chapter of theoretical part, diploma thesis deals with details of Alzheimer's dementia in depth, it is describes as a neurobiological disease. Next, there is mentioned problem of medication treatment and methods for revelation pathological manifestations. The second chapter describe Alzheimer's disease as problem of special need education and education in general. Afterwards diagnostic tests are mentioned which permit for examination of dementia without invasive intervention. Other indicate markers which can reveal dementia is a psychological disorder that is mentioned in second chapter. Principle of reminiscence therapy is described in chapter three. It covers history of reminiscence and its implementation to practice. There is mentioned what possibilities are in therapy with dolls. Three chapter contains advantages and disadvantages in reminiscence therapy. Other problem that is part of diploma thesis is how forms of care are provided for elderly.

Last chapter is a practical part, which include main research goal and other separate targets and research questions. For research was used guided interviews with social workers who carry out therapy. Next, observation of some clients was implemented.

The main research goal was what options of dolls therapy are in treatment of Alzheimer's dementia during reminiscence therapy. And other targets are question on doll therapy benefits, form of exploitation and how much clients are able to work with dolls. Other question is on what effects doll therapy give in treatment of Alzheimer's disease.

Literatura

AHMED R M, R W PATERSON, J D WARREN, H ZETTERBERG, J T O'BRIEN, N C FOX, G M HALLIDAY a J M SCHOTT. Biomarkers in dementia: clinical utility and new directions. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* [online]. 2014, **85**(12): 1426-1434 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1136/jnnp-2014-307662.

AL-QAZZAZ NOOR KAMAL, SAWAL HAMID BIN MD. ALI, SITI ANOM AHMAD, KALAIVANI CHELLAPPAN, MD. SHABIUL ISLAM a JAVIER ESCUDERO. Role of EEG as Biomarker in the Early Detection and Classification of Dementia. *The Scientific World Journal* [online]. 2014,**2014**: 1-16 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1155/2014/906038.

ALANDER H., T. PRESCOTT a I. A. JAMES. Older adults' views and experiences of doll therapy in residential care homes. *Dementia*[online]. 2013, **14**(5): 574-588 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1177/1471301213503643.

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.

BENNETT SOPHIA a ALAN J. THOMAS. Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence? *Maturitas* [online]. 2014, **79**(2): 184-190 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009.

BIDZAN LESZEK a MARIOLA BIDZAN. Withdrawal syndrome after donepezil cessation in a patient with dementia. *Neurological Sciences*[online]. 2012, **33**(6): 1459-1461 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1007/s10072-012-0938-8.

BISIANI L. a J. ANGUS. Doll therapy: A therapeutic means to meet past attachment needs and diminish behaviours of concern in a person living with dementia - a case study approach. *Dementia* [online]. 2012, **12**(4): 447-462 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1177/1471301211431362.

CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008, 118 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.

CIPRIANI GABRIELE, CRISTINA DOLCIOTTI, LUCIA PICCHI a UBALDO BONUCCELLI. Alzheimer and his disease: a brief history. *Neurological Sciences* [online]. 2010, **32**(2): 275-279 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1007/s10072-010-0454-7.

CREAN SHEILA, ALEX WARD, CATHERINE J. MERCALDI, JENNA M. COLLINS, MICHAEL N. COOK, NICOLE L. BAKER a H. MICHAEL ARRIGHI. Apolipoprotein E ϵ 4 Prevalence in Alzheimer's Disease Patients Varies across Global Populations: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* [online]. 2011, **31**(1): 20-30 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1159/000321984.

FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 70 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2423-5.

FÖRSTL H. a A. KURZ. Clinical features of Alzheimer's disease. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [online]. 1999, **249**(6): 288-290 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1007/s004060050101.

GALIMBERTI DANIELA a ELIO SCARPINI. Progress in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology* [online]. 2011, **259**(2): 201-211 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1007/s00415-011-6145-3.

GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 135 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

HARTMANN ANA PAULA BARBOSA JERONIMO, SÉRGIO MONTEIRO DE ALMEIDA, JOSÉ ANTONIO LIVRAMENTO, RICARDO NITRINI, DANIEL TAKAHASHI a PAULO CARAMELLI. Hyperphosphorylated tau protein in the cerebrospinal fluid of patients with Alzheimer's disease and other dementias: preliminary findings. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. 2004, **62**(3b): 751-755 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1590/s0004-282x2004000500001.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 96 s., iv s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4697-5.

HORT, Jakub a Robert RUSINA. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.

HOWLAND, Robert H., Jon SNAEDAL, Gisli Holmar JOHANNESSON, Thorkell Eli GUDMUNDSSON, Kristinn JOHNSEN, N C FOX, G M HALLIDAY a J M SCHOTT. Drug Therapies for Cognitive Impairment and Dementia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* [online]. 2010, 48(4): 11-14 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.3928/02793695-20100311-01.

JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013, 348 s. ISBN 9788072628735.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 8072622684.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

JOHANNESSON MAGNUS, JON SNAEDAL, GISLI HOLMAR JOHANNESSON, THORKELL ELI GUDMUNDSSON a KRISTINN JOHNSEN. The Acetylcholine Index: An Electroencephalographic Marker of Cholinergic Activity in the Living Human Brain Applied to Alzheimer's Disease and Other Dementias. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* [online]. 2015, 39(3-4): 132-142 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1159/000367889.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. Care. ISBN 80-7262-455-5.

KERTESZ ANDREW, WILDA DAVIDSON, PATRICIA MCCABE, KENJI TAKAGI a DAVID MUNOZ. Primary progressive aphasia: Diagnosis, varieties, evolution. *Journal of the International Neuropsychological Society* [online]. 2003, 9(05) [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1017/s1355617703950041.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 156 s. ISBN 80-7169-716-8.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-7169-615-3.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe. ISBN 80-85526-32-8.

PARSONS CHRIS G., ALBRECHT STÖFFLER a WOJCIECH DANYSZ. Memantine: a NMDA receptor antagonist that improves memory by restoration of homeostasis in the glutamatergic system - too little activation is bad, too much is even worse. *Neuropharmacology*[online]. 2007, **53**(6): 699-723 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2007.07.013.

PARSONS C. G., W. DANYSZ a G. QUACK. Memantine is a clinically well tolerated N-methyl-d-aspartate (NMDA) receptor antagonist—a review of preclinical data. *Neuropharmacology* [online]. 1999, **38**(6): 735-767 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/s0028-3908(99)00019-2.

PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 226 s. ISBN 978-80-247-2618-2.

PETERSEN, Ronald C. Mild cognitive impairment clinical trials. *Nature Reviews Drug Discovery* [online]. 2003, **2**(8): 646-653 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1038/nrd1155.

PEZZATI RITA, VALENTINA MOLteni, MARCO BANI, CARMEN SETTANTA, MARIA GRAZIA DI MAGGIO, IVAN VILLA, BARBARA POLETTI a RITA B. ARDITO. Can Doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emotional problems? A pilot study in institutionalized patients with dementia. *Frontiers in Psychology* [online]. 2014, 5 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00342.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

PINTO TANYA, KRISTA L. LANCTÔT a NATHAN HERRMANN. Revisiting the cholinergic hypothesis of behavioral and psychological symptoms in dementia of the Alzheimer's type. *Ageing Research Reviews* [online]. 2011 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.arr.2011.01.003.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

READY REBECCA E., BRIAN R. OTT, JANET GRACE a DEBORAH A. CAHN-WEINER. Apathy and Executive Dysfunction in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2003, 11(2): 222-228 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1097/00019442-200303000-00013.

SANTORO AURELIA, PAOLA SIVIERO, NADIA MINICUCI, ELENA BELLAVISTA, MICHELE MISHTO, FABIOLA OLIVIERI, FRANCESCA MARCHEGIANI, ANDREA MARIA CHIAMENTI, LUISA BENUSSI, et al. Effects of Donepezil, Galantamine and Rivastigmine in 938 Italian Patients with Alzheimer's Disease. *CNS Drugs* [online]. 2010, 24(2): 163-176 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.2165/11310960-000000000-00000.

SHAMPO MARC A., ROBERT A. KYLE a DAVID P. STEENSMA. Alois Alzheimer–Alzheimer Disease. *Mayo Clinic Proceedings* [online]. 2013, 88(12) [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.mayocp.2013.01.031.

SCHILDMACHER, Hans (ed.). *Wir beobachten Vögel: eine Übersetzung aus dem Dänischen : mit 348 Abbildungen im Text*. 2. überarb. Aufl. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 1965, 400 s.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

TAYEBATI SEYED KHOSROW a FRANCESCO AMENTA. Choline-containing phospholipids: relevance to brain functional pathways. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* [online]. 2013, **51**(3) [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1515/cclm-2012-0559.

TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UPB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, xviii, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VERGHESE P. B., J. M. CASTELLANO, K. GARAI, Y. WANG, H. JIANG, A. SHAH, G. BU, C. FRIEDEN a D. M. HOLTZMAN. ApoE influences amyloid- (A) clearance despite minimal apoE/A association in physiological conditions. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [online]. 2013, **110**(19): E1807-E1816 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1073/pnas.1220484110.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.

WOLLMER M. AXEL. Cholesterol-related genes in Alzheimer's disease. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular and Cell Biology of Lipids* [online]. 2010, **1801**(8): 762-773 [cit. 2015-11-11]. DOI: 10.1016/j.bbalip.2010.05.009.

Další zdroje:

Sociální služby ČALS [online]. [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách za dne 14. 3. 2006, [online]: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky pro rozhovor

Příloha č. 1 – Otázky pro rozhovory

Otázky pro výzkumné šetření

1. Kdy byl klient přijat k pobytu v zařízení?
2. Jaký byl zdravotní stav a stupeň postižení klienta při přijetí?
3. Jaký je denní režim klienta při pobytu?
4. Jakým způsobem klient tráví volný čas?
5. Jakou měrou se klient zapojuje do rukodělných skupinových aktivit?
6. Jak dlouho je s klientem prováděna reminiscenční terapie?
7. Jakou formou je terapie prováděna?
8. Jak se klient adaptoval na terapeutickou práci?
9. Jakým způsobem se změnil zdravotní stav klienta od příchodu do zařízení?
10. V jakém rozsahu je klient schopen pracovat s terapeutickou panenkou?
11. Jak dlouho klientovi trvalo naučit se pracovat s terapeutickou panenkou?
12. Jaké máte k dispozici vzpomínkové předměty klienta.
13. Jakou formu práce při terapii klient upřednostňuje? (skupinovou/individuální)
14. Na jaké vjemy klient při reminiscenční terapii reaguje nejvíce?
(chuťové/zrakové/hmatové...)
15. Jakým způsobem přistupuje klient ke své terapeutické panence?
(dítě/vnuk/kamarád...)
16. Jak byste hodnotil/a efektivnost provozovaných terapií?