

NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY K PACIENTŮM TRPÍCÍM DEMENCÍ

PETER TAVEL

Univerzita Palackého, CMTF, Olomouc

ABSTRACT

Non-pharmacological approaches to patients suffering from dementia

P. Tavel

The problems of dementia and approaches to patients suffering from this disease becomes always more up-to-date topic, regarding the ageing of population in western and central Europe. The dementia is connected with the deficit mainly in the cognitive sphere; this fact also attracts the largest research attention. The therapy centered to the orientation of patient in the reality, the therapy centered to functional enhancing of cognitive abilities, and also the reminiscence therapy specialize in this domain. The approaches centered to behavior strive after the correction of problem behavior and

after the guidance to the self-sufficiency. The therapy of validation and recognition is centered to the emotionality. The approaches using activity and different kinds of stimulation are also developed. The problems of approaches to patients suffering from dementia must be the object of deeper research also in the future.

key words:

dementia,
old age,
non-pharmacological approaches

klíčová slova:

demence,
stáří,
nefarmakologické přístupy

Zájem o hledání nefarmakologických přístupů k lidem trpícím demencí trvá již nejméně 40 let. Prvními autory, kteří se touto problematikou začali intenzivně zabývat, byli E. Miller, R. T. Woods a P. B. Britton (Miller, 1977; Woods, Britton, 1977). V odborném světě se vedou diskuse nad tím, nakolik je intervence u pacienta s demencí vůbec terapií. Autoři – jak u nás (Smolík, 2002; Baštecký, 1994), stejně jako v zahraničí (Woods, 2002) používají v souvislosti s demencí pojem psychoterapie. Nejednotnost v názorech na to, zda je běžně dostupná farmakoterapie demence účinnější než kvalitní psychoterapie, podporuje rozvoj nefarmakologických přístupů k dané problematice (Orrell, Woods, 1996).

1. PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

1.1 Terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě

Terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě (*reality orientation neboli RO*)¹ je jedním z nejstarších psychologických přístupů k demenci (Woods, 2002). Pro pacienty s lehkou formou demence do 80 let může mít formu individuální nebo skupinovou. Pro pacienty s těžkou formou demence se skupinová forma nedoporučuje (Baštecký, 1994). V literatuře jsou popsány hlavní dvě formy této terapie.

Došlo: 15. 9. 2008; P. T., Cyrilometodějská teologická fakulta, Univerzita Palackého, Univerzitní 22, 771 11 Olomouc; e-mail: peter.tavel@gmail.com

¹ V angličtině se tento přístup nazývá „reality orientation“ (Woods, 2006, 320). V němčině se používá výraz „Realitätsorientierung“ (Woods, 2002, 342). R. Jiráček používá výraz „realitně orientovaná terapie“ (Jiráček, Koukolík, 2004, 105). I. Holmerová používá výraz „orientace v realitě“ (Holmerová a kol., 2004, 18) nebo „orientace realitou“ (Holmerová, 2006). Nejvýstižnějším se zdá být pojem „terapie zaměřená na orientaci“.

První formou je 24-hodinová RO (nebo též *neformální forma*), která probíhá během celého dne a podporuje orientaci pacienta v okolí. Při tomto způsobu se používají různé nadpisy, kalendáře, hodiny a informační tabule (Woods, 2002; Tavel, 2009). V této formě jde o to, aby pacient registroval také změny v okolí. Pacient se je snaží zapamatovat nebo si je zapsat do zápisníku. V původní formě terapie se poskytovala pacientovi verbální orientace v každé interakci, v současnosti může pacient dostat instrukci jen tehdy, když o to požádá (Reeve, Ivison, 1985).

Druhou formou jsou RO sezení (nebo též *forma „školní třídy“*), která má podobu strukturovaných skupinových sezení. Skupiny mají malý počet členů, jsou pravidelné, trvají 30 – 45 min, několikrát týdně. Cílem těchto skupin je udržování kontaktu s okolím a snaha získávat nové aktuální poznatky a informace. Úvod skupiny je věnovaný základním informacím, jako jsou jména členů skupiny, dnešní den, datum, čas a místo. Potom se probírá nějaké aktuální téma. Dále si pacienti mohou hrát různé hry s čísly a jmény. Při sezeních se využívá množství aktivit a materiálů souvisejících s tématem, včetně nejrůznějších her. Pacienti mohou skládat puzzle, luštit křížovky anebo hrát jednoduché hry na procvičování paměti. Terapeut by si měl vést deník anebo záznamy z jednotlivých sezení (Woods, 2002).

Výzkum, týkající se RO, byl základem pro vytvoření programu kognitivní stimulace (Spector, Orrell, Davies, 2001). Tento program se skládá z 15 sezení. Prvních deset minut se věnuje „zahřívacím hrám“ (např. házení míčku) nebo se zpívá, potom se nastolí téma pro dnešní den, roční období, počasí, aktuální novinky apod. Následuje hlavní téma, které trvá asi 25 minut: jídlo, dětství, hudba, tóny a aktuální události. Posledních deset minut se opět může zaspívat píseň, po které se přítomní rozloučí. Pilotní studie ukázala, že program zlepšuje kognitivní funkce (Woods, 2002).

RO terapie je jedním z mála přístupů, u kterého je shromážděný dostatek vědeckých důkazů o zlepšení kognitivních funkcí. U. P. Holden a R. T. Woods porovnali 21 studií zabývajících se RO u 677 pacientů s demencí a zjistili, že studie se liší v typech terapie, v místě výzkumu, v druzích zkoumané demence, v použitých kriteriích, v době trvání intervence. Rozdíly jsou též v použité metodologii (Woods, 2006; Woods, 2002). I přes rozdíly mezi výzkumy se závěry shodovaly v tom, že RO má pozitivní vliv na verbální orientaci. R. Williams a kol. (1987) zkoumali 10 pacientů s demencí v nemocnici. Po 6 až 12 týdnech RO došlo ke zlepšení orientace a stavu kognitivních schopností pacienta (ke zhoršení chování nedošlo), přičemž v kontrolní skupině došlo ke zhoršení kognitivních schopností i chování.

Nepřesvědčivým je však vliv RO na celkové zlepšení kognitivních funkcí. Někteří autoři tvrdí, že RO kognitivní schopnosti zlepšuje (Williams a kol., 1987). Jiní tvrdí, že se zlepšují jen ty kognitivní schopnosti, na které je učení zaměřené. Poměrně hodně studií potvrzuje, že na zlepšení kognitivních schopností je potřebná kognitivní stimulace (Zanetti a kol., 1995; Breuil a kol., 1994).

P. Holden a R. T. Woods analyzovali vliv RO na chování. Ukázali, že většina výzkumů potvrzuje pozitivní vliv RO na chování (Spector a kol., 2000). Změny v chování se však dají pozorovat hůře než změny v kognitivních funkcích. Ve výzkumech však byly také změny v chování méně očekávány.

RO je též kritizována kvůli sklonu k nepružnosti, necitlivosti, konfrontační aplikaci a důrazu na kognitivní aspekt (Woods, 2002; Feil, 2004). Problém nemusí být v samotné terapii, ale v nesprávném přístupu, postojích a praktikách terapeuta (Kitwood, 1990).

Dalším problémem je i to, že i přes pozitivní vědecké závěry o vlivu RO se v klinické praxi ukazují rozdílné zkušenosti. Některé klinické zkušenosti potvrzují pozitivní vědecké závěry. Jiné zkušenosti však ukazují, že terapie může zhoršovat

psychologické symptomy a chování pacientů: agitovanost, agresivitu, úzkost, izolaci a hostilitu (Jones, 1985). Toto se projevuje hlavně při intenzivní anebo necitlivé aplikaci. Někteří autoři si dokonce myslí, že RO je užitečná jen pro zdravé seniory (Holmerová a kol., 2004). I přes všechny tyto výhrady však může RO v některých oblastech přinést pozitivní změny (Woods, 2002).

1.2 Terapie zaměřená na zvýšení funkčnosti kognitivních schopností (kognitivní management)

Pravděpodobnost výskytu problémů v kognitivní oblasti se zvyšuje, když výkon závisí na epizodické či sémantické paměti (Bäckman, 1992). Pro zvýšení funkčnosti kognitivních schopností je důležité snížení kognitivní zátěže, využití podnětů napomáhajících rozpominání, zapojení procedurální a implicitní paměti, silná podpora kódování a vyhledávání informací v paměti.

Kognitivní zátěž pacienta s demencí snižuje spíše individuální než skupinová práce (Alberoni a kol., 1992). Ve skupině si pacienti dostatečně nepamatovali, kdo co povídal a rušilo je, když si členové vyměňovali místa. R. G. Morris (1994) uvádí, že v důsledku těchto subjektivně nepříjemně vnímaných okolností by mohla skupinová terapie „zdegenerovat“ a stát se jen dialogem mezi jednotlivým členem skupiny a vedoucím. R. T. Woods též postřehl, že při sezení, která byla věnována vzpomínkám, probíhala většina interakcí mezi personálem a pacienty. Mezi pacienty se objevují interakce jen v malé skupině. Malé skupinky doporučuje též F. Gibson. I když má skupinová práce mnohé přednosti (podpora skupiny, společenská atmosféra, sdílení zážitků), je přesto potřebné tuto formu práce dobře zvážit. Zvolíme-li skupinovou formu, je třeba pamatovat na to, aby se neměnila místa členů skupiny při sezení a nekladl se důraz na úspěšnost a soutěživost. Vhodné jsou zjednodušené slovní hry, doplňování přísloví, doplňování slov podle první slabiky, skládání obrázků nebo zjednodušené pexeso. Je možné použít karty s obrázky na pojmenování anebo zařazování předmětů, domino s čísly, barvami nebo obrázky (Holmerová a kol., 2004).

Při vybavování si vzpomínek z paměti a při procvičování kognitivních schopností pomáhá různé povzbuzování, nápověda a vedení (Bäckman, 1992). R. T. Woods (1983) uvádí případ 68leté pacientky s vážným poškozením paměti, která si dokázala pomocí zápisníku udržovat povědomí o osobních údajích. I. G. Hanley a K. Lusty (1984) uvádějí zase případ 84letého pacienta s demencí, který byl schopný poměrně dobré orientace díky používání hodinek a zápisníku.

Efektivita podpory je vyšší, když jsou pomocné podněty přesné. Nepřesné podněty připomenou pacientovi jen to, že si má na něco vzpomenout. Nedokáže si však vybavit potřebnou informaci, což ho zklame.

M. S. Bourgeois (1990) v rámci několika studií zhodnotil účinek podpůrných paměťových pomůcek (fotografie a obrázky z minulosti a fotografie důležitých osob) na konverzační schopnosti lidí s demencí a zjistil, že pomůcky zvyšují přesnost vyjadřování, snižují počet nejednoznačných vyjádření a zkvalitňují rozhovor. S. Josephsson a kol. (1993) použili pomůcky k tomu, aby snížili zatížení pacientovy paměti a aby podpořili vybavování informací nutných pro úkony běžného života. Sledovali, jak čtyři pacienti dokáží připravit a konzumovat nápoj nebo občerstvení. Zásuvky a police s potřebnými věcmi byly označeny symboly. Pacientovi byl nejprve předveden postup, který měl on sám potom opakovat. Pacienti dostávali během postupu pomocné pokyny. Tři osoby se při vykonávání úkonů zlepšily, dvě z nich však potřebovaly neustálou podporu, a jedna byla neúspěšná (zřejmě kvůli obavám a strachu).

V literatuře je popsáno několik technik učení se pacienta s demencí. Při **metodě opakovaného vybavování si z paměti** jde o postupný nácvik a učení s cílem zapamatovat si danou informaci. L. A. McKittrick, C. J. Camp a W. Black (1992) popsali postup u čtyřech pacientů s demencí, kteří měli po určité době zopakovat výběr barevného žetonu ze skupiny ostatních. Metoda spočívá v tom, že při každém následujícím kroku se upraví doba, po které se zkoušení opakuje. První opakování je po 15 sekundách. Když si pacient informaci pamatuje, doba opakování se zdvojnásobí (30 sekund). Když si pacient informaci nepamatuje, doba opakování se zkrátí na polovinu. Vždy jde o opakování jen jedné věci. Další věci se učí pacient až tehdy, když je předchozí zvládnutá. Rozpomínání se může rozšířit i na věci, na které není učení přímo zaměřené. C. J. Cam a kol. (1996) ukázali, že pacienti s demencí se díky této technice mohou naučit používat různé pomůcky na pamatování (například zápisky s poznamenanými činnostmi, kalendář denních aktivit).

L. Bäckman (1992) uvádí, že při těžších stádiích demence se osvědčilo zakódovat informace do podoby motorické činnosti. Určité slovo se může například spojit s vykonáváním pohybu (Bird, Kinsella, 1996). C. A. Sandman (1993) udává, že účinnější je, když si pomůcky pro vybavení vytvoří pacient sám. Říká též, že lepe se pamatuje událost, která je výrazná a lehko zapamatovatelná. Uskutečnil experiment, ve kterém se pacienti zúčastnili význačnější akce, jež vybočovala z běžných zvyklostí (posezení v přírodě, vycházka na oběd v nezvyklé restauraci apod.). Pacienti si z těchto událostí pamatovali o mnoho víc než ze dní všedního života. Ačkoliv se doporučuje kvůli snížení zatížení paměti zavést do života pacienta určitou rutinu (Holmerová a kol., 2004), nemělo by to však být za cenu, že si pacient nebude pamatovat nic. Vzpomínky jsou tím lepší, čím je zážitek bohatší, výraznější a živější.

Procedurální paměť zkoumali O. Zanetti a kol. (1994). Při tomto výzkumu pacienti každý den procvičovali v hodinových lekcích úkony, které běžně během dne vykonávají. Čas potřebný k výkonu těchto úkonů se po třech týdnech experimentu zlepšil. Osvědčilo se využití tzv. „spouštěče“. R. G. Morris, J. Wheatley a P. G. Britton (1993) ve své studii předkládali pacientům nejdříve seznam slov a potom počáteční písmena jednotlivých slov. Pacienti si měli díky počátečním písmenům vzpomenout na předcházející slova. Pacienti s demencí měli v tomto testu výsledky srovnatelné s lidmi netrpícími demencí. Technika využívající implicitní paměť však nezlepšuje paměť celkovou. I když pacient slovo uhádne, může reagovat jen na základě automatických procesů. W. C. Heindel a kol. (1989) upozorňují, že u různých typů demence je postižení paměti různé.

1.3 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie (RT) je v práci s pacienty trpícími demencí poměrně často využívána. Pacienti si v RT vybavují různé staré události ze svého života. Tato terapie využívá faktu, že pacient s demencí trpí poruchami krátkodobé paměti, ale události z dávné minulosti si často dobře pamatuje. Vzpomínky se též osvědčily jako prostředek komunikace (Woods, 2002). Využívají se k navázání kontaktu a probuzení zájmu i v rámci RO. Práce se vzpomínkami je atraktivní a v literatuře dobře popsána. Díky práci se vzpomínkami si pacient hledá místo v životě (Gibson, 1994). Cílem není jen zlepšení stavu pacienta, ale také posílení pocitu lidské důstojnosti. RT popsal A. Norris (1986; Bender, Bauckham, Norris, 1999).

RT se často nesprávně zaměňuje s psychoterapeutickou metodou (životní situace). Při životní bilanci pacient své životní vzpomínky hodnotí, reflektuje je a přehodnocuje minulost (Haight, Burnside, 1993). Snaží se najít jejich místo v kontextu

života. Snaží se rozpomenout se na události a zážitky ze svého života a vykládá je obvykle v rámci individuálního sezení s terapeutem, který má úlohu posluchače. Všímá si hlavně těžkých a bolestných vzpomínek a zkušeností (Garland, 1994).

Cílem RT je zvýšení schopnosti komunikace, zařazení se do společnosti a též navození pocitu radosti a zábavy. Uskutečňuje se v rámci individuální nebo skupinové terapie. Sezení mohou být strukturovaná nebo volná. V RT pacient vykládá staré příběhy, provádí staré činnosti nebo vykládá o obrázcích a fotografiích. Nevyžaduje se vyhodnocování vzpomínek. Při této metodě jde hlavně o navození uvolněné a pozitivní atmosféry. V rámci terapie se též může zpívat, recitovat nebo tancovat. Pomůckami mohou být fotografie, noviny, archivní hudební či filmová nahrávka nebo i jiné vzpomínkové předměty. Cílem sezení není diskuse o historických faktech (Woods, 2002). Když se objeví smutné vzpomínky, měl by terapeut poskytnout podporu a pomoci zpracovat negativní pocity.

RT využívá toho, že při demenci je dlouhodobá paměť zachována nejdéle (pacient si pamatuje události z dětství a přitom si nepamatuje, co měl k obědu). Určité vzpomínky z dávné minulosti však zachovány nejsou (Morris, 1994). Lidé s demencí vzpomínají nejčastěji na své dětství. Tyto vzpomínky mají pro ně emoční význam.

Existuje hodně pozitivních zpráv o RT. Empirických výzkumů u pacientů s demencí je však málo. S. Thorton a J. Brotchies (1987) analyzovali studie o RT. Studie rozdělili do tří skupin podle metodologie a výsledků. Jejich závěr zněl: pozitivní účinek práce se vzpomínkami, tak jak ji používá RT, není jednoznačný. A. N. Goldwasser, S. M. Auerbach a S. W. Harkins (1987) porovnali RT skupinu s jinými podpůrnými skupinami. V RT skupině došlo k dočasnému zlepšení depresivního stavu (zlepšení vymizelo za šest týdnů). S. Baines, P. Saxby a K. Ehlert (1987) porovnávali RT skupinu s RO skupinou. Pacienti měli mírné nebo těžké kognitivní postižení. Personál referoval, že členové obou skupin projevovali radost a že účast na RT skupinách byla velká. Nejlepší výsledky dosáhlo pět pacientů RT skupiny, kteří předtím absolvovali měsíční RO. Došlo u nich ke zlepšení verbální orientace a poklesu problémového chování. D. Head, S. Portnoy a R. T. Woods (1990) porovnávali RT skupinu s jinou, kde byly jiné, alternativní skupinové aktivity a zjistili, že výsledky intervence RT jsou v nestimulujícím prostředí větší.

F. Gibson (1994) rozvinul techniku individuální reminiscence. Pro jeho výzkum bylo vybráno pět nejproblémovějších obyvatel hospicu. U každého z nich byl vypracován podrobný životopis, ze kterého potom vycházel terapeutický plán, zahrnující speciální reminiscenční techniku. Výlety a jiné aktivity byly plánovány s ohledem na zájmy a zkušenosti dané osoby. U obyvatel hospicu došlo ke zvýšení zájmu o společnost, ke snížení agresivity a problémového chování. Studie poukazuje na důležitost a hodnotu životních příběhů. Životní příběh pacienta umožňuje personálu vidět osobu v kontextu života a zlepšit kvalitu vztahu.

Otázkou však zůstává, jaký dopad má vlastně RT na okolí a zda je nejlepší aplikovat ji formou skupiny. Dosavadní výsledky nejsou jednoznačné.

2. PŘÍSTUPY ZAMĚŘENÉ NA CHOVÁNÍ

2.1 Terapie zaměřená na změnu problémového chování (management chování)

Zatímco největší pozornost výzkumů přitahuje kognitivní hledisko, praxe má kritéria jiná. To, co nejvíce ovlivňuje přístup, způsob ošetřování a rozhodnutí o umístění pacienta s demencí do jednotlivých zařízení, jsou změny a poruchy chování. U pacientů s demencí se obvykle projevuje následující problematické chování: úteky, slovní a fyzická agresivita, inkontinence, sexuální problémy, křik, problémy s přijímáním potravy, přehnaná nebo nedostatečná osobní hygiena (Patel, Hope, 1993).

C. Barrowclough a I. Fleming (1986) popsali tzv. „cílené plánování“ (goal-planing), při kterém jde o identifikaci těch potřeb, jejichž nenaplnění způsobuje

problematické chování pacienta. Těmito nenaplněnými potřebami může být např. potřeba zbavit se bolesti, potřeba být milovaný, fyzicky se očistit, cítit bezpečí. Protože pacient s demencí o těchto svých potřebách nedokáže hovořit, jeho chování pak může být nesprávně interpretováno.

M. Bird, P. Alexopoulos a J. Adamowicz (1995) popisují přístup, kdy se pacient díky podnětům učí vyžadovanému chování. Takovými podněty mohou být např. značky „zákaz vstupu“, „toalety“, akustická signalizace apod. Cílem tohoto přístupu je naučit chodit pacienta do vlastního pokoje častěji než do jiných pokojů a vykonávat tělesnou potřebu raději na záchodě než mimo něj. Pokud se zachová pacient tak, jak od něj bylo žádáno, zazní příjemný signál. V opačném případě pacienta naopak zastaví signál poplašný.

2. 2 Vedení k soběstačnosti

Důležitým faktorem při péči o pacienty s demencí je vedení k soběstačnosti (Holmerová a kol., 2004). Ke zlepšení soběstačnosti vede asistence, vedení a pozitivní motivace. C. L. Rinke a kol. (1978) zjistili, že díky vedení došlo ke zlepšení samostatnosti u šesti obyvatel v ošetrovatelských domech. Co se týče problému inkontinence, efektivním se ukázalo připomínání vyprazdňování (Schnelle a kol., 1989). Záměrem intervence přitom není jen samostatné používání toalety, ale také snížení počtu případů inkontinence. Pacientovi je pravidelně (např. každé dvě hodiny) kladena otázka, zda nepotřebuje jít na záchod.

3. TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA EMOCIONALITU

3.1 Terapie vycházející z pochopení a přijetí pacienta (validace)

Autorkou techniky validace je N. Feil (2001, 2002, 2004), která vycházela hlavně z vlastní zkušenosti. Nebyla spokojená s přístupem RO. Princip techniky spočívá v reakci na to, co se skrývá za běžnou každodenní komunikací pacienta. Předpokládá se, že skutečný obsah se nachází teprve až za běžnými slovy (Jones, 1985; Woods, 2002).

Východiskem validace je respektování jedinečnosti a neopakovatelnosti každého jedince a individuální přístup k němu (Feil, 2002). Tato metoda je zaměřená na diagnostiku a rozvoj schopností pacienta. Prostřednictvím empatického, neposuzujícího naslouchání, při kterém terapeut přijímá pacientův pohled na realitu a akceptuje pacienta takového, jaký je, dochází ke zpomalení rozvoje demence. Přijaté a pochopené bolestné pocity ztrácejí svoji sílu. Přijetím od terapeuta pacient získává důvěru, jistotu, pocit vlastní hodnoty a důstojnosti, čímž dochází k redukci stresu. Další cíle této terapie jsou: pomoc při řešení konfliktů z minulosti, redukce chemických a fyzických „donucovacích prostředků“, zlepšení komunikace, zlepšení pohybových schopností a tělesného zdraví (Feil, 2002).

Validace klade důraz na minulost, která ovlivňuje současný stav. Pacient se snaží vyřešit „neuzavřené záležitosti“ z minulosti. Kvůli potřebě „napravit problematické vztahy“ se pacient vrací do původní rodiny. K jeho chování je možné najít důvod. Projevují se tři potřeby: být milovaný, potřebný a vyslechnutý. N. Feil hovoří o tom, že k pochopení starých lidí je důležité rozumět jejich symbolům, které nazývá „jízdenkami do minulosti“ (Feil, Sutton, Johnson, 2001, 43). Invalidní vozík pacientovi symbolizuje auto, chodba ulici, hluboký hlas muže apod.

Člověk s demencí někdy hovoří o svých rodičích, jako by stále žili. Zdůrazňování ošetrovatelského personálu, že to tak není, může být chybou. Člověk s demencí má potřebu se k někomu připoutat, vyjadřuje tím potřebu ochrany a bezpečí. Dochází

jakoby k „rodičovské fixaci“, k opětovnému připoutání se k rodičům (Miesen, 1993).

Validace respektuje svět člověka s demencí, i když tento svět neodpovídá skutečnosti. Někdy se proto o validaci hovoří jako o metodě, která je „*malým podvodem*“, nebo „*zavádějící terapií*“, anebo „*terapií nevinných lží*“ (Warner, 2000, 27). Validace však není přetvářkou. N. Feil (2002) je přesvědčena, že přetvářku by pacient poznal stejně tak, jako dokáže rozeznat autentičnost dotyků i pravdivost celého přístupu.

J. M. G. Williams (1995) uvádí, že teoretickým rámcem pro validaci by mohl být model kognitivních subsystémů J. D. Teasdale a P. J. Barnarda. Na základě tohoto modelu by si mohl člověk pomocí obsahu paměti z dávnější minulosti (která je ještě zachovaná) kompletovat fragmenty obsahů z krátkodobě slábnoucí paměti nebo obsahy z přítomnosti. Například pocit osamělosti a opuštěnosti může být interpretovaný otázkou: „Kde je matka?“ Úlohou ošetřovatele je reagovat na pocit, a ne přesvědčovat pacienta, že jeho matka už nežije.

N. Feil (2002) rozlišuje a popisuje čtyři stádia dezorientace: 1. stádium nedostatečné nebo „nešťastné“ orientace, 2. stádium časové zmatenosti, 3. stádium opakovaných pohybů a 4. stádium vegetování. Autorka též vypracovala různé techniky pro jednotlivé stupně demence. Techniky obsahují poměrně hodně prvků z neverbální komunikace – jako je dotyk, oční kontakt, tón hlasu, hudba. Techniky obsahují zásady, např. hovořit vlídně, jednoznačně, jednoduše, opakovat sdělení, udržovat oční kontakt, zrcadlit pohyby pacienta, používat v kontaktu s nemocným dotyk a hudbu. Některé prvky jsou společné s jinými technikami, jiné jsou pro tuto metodu specifické. Tato metoda se odlišuje hlavně v tom, že při ní nedochází ke konfrontaci, není zde snaha zlepšit pacienta v orientaci, ale naopak se mu poskytuje určitý náhled na jeho chování.

Publikovaných prací, které by dokumentovaly pozitivní vliv validace, není mnoho. Autorka této metody ve svých publikacích uvádí množství případů ze své praxe. I. Morton a Ch. Bleathman (1991; Bleathman, Morton, 1992) zjistili, že validace má pozitivní vliv na náladu, chování a zlepšuje sociální přizpůsobení. N. Feil (2002) zkoumala 30 pacientů, u kterých probíhala validace pět let. Závěry tohoto výzkumu jsou následující: snížení počtu inkontinence, snížení výskytu rušivého chování, zvýšení výskytu pozitivního chování (úsměv, pomoc druhým, komunikace), zlepšení uvědomování si vnějšího světa. S. Alprin zkoumal pacienty a personál v 16 domovech důchodců, kde se validace praktikovala. Zjistil pozitivní vliv této metody jak na pacienty, tak na personál. Mezi pacienty a personálem se zvýšila důvěra, u pacientů došlo k poklesu agresivního chování a u personálu se snížila fluktuace. M. Peoples zkoumal 225 pacientů v domově důchodců. Výzkum opět potvrdil pozitivní vliv validace na chování pacientů. Zjistil, podobně jako J. T. Dietch a kol. (Dietch, Hewett, Jones, 1989), že validace je efektivnější metodou než RO. P. A. Fritz ve svém výzkumu zjistil zlepšení řečových schopností pacientů.

Přínosy validace rozděluje N. Feil (2002) do dvou skupin. První jsou více pozorovatelné: normální sed, zlepšená chůze, otevřené oči, lepší sociální kontakt, komunikace, méně křiku, automatických projevů, agresivity a chemických a fyzických „donucovacích prostředků“. Do druhé skupiny, mezi méně pozorovatelné, řadí N. Feil: pomoc při zpracování problému nesplněných životních úloh, oslabení strachu, zvýšení pocitu vlastní hodnoty, zlepšení vnímání reality, návrat smyslu pro humor a zvýšení důvěry ve validační skupině.

Metoda validace byla podrobena kritice. Objevily se nejasnosti ohledně toho, zda je tato technika vůbec určena pro osoby s demencí (Stokes, Goudie, 1990), T. Kitwood upozorňuje, že

přílišným důrazem na nevyřešené problémy z minulosti se mohou přehlédnout současné důvody zhoršování situace. Tento způsob uvažování by též mohl vést k domněnce, že kdyby se jedinec dokázal vyrovnat se svými životními problémy, mohl by se demencí vyhnout. Z toho by též vyplývalo, že člověk trpící demencí si svým životním stylem a způsobem chování přivodil vlastně chorobu sám (Woods, 2006). I přes kritiku je validace v současnosti akceptovaná v paliativní medicíně i v gerontologii (Aulber, Zech, 2000; Heuft, Kruse, Radebold, 2006; Kors, Seunkde, 1997; Woods, 2002, 2006). Bohužel však v České republice i na Slovensku je tato metoda poměrně málo známá (Holmerová a kol., 2004; Holmerová, 2008; Tavel, 2006).

3.2 Terapie rozeznávání

Terapii rozeznávání (resolution therapy) popsali G. Stokes a F. Goudiev (1990). Tato metoda je podobná validaci. Jejím cílem je empatické naladění se na pacienta s demencí. Důraz není kladen na nevyřešené otázky z minulosti, ale spíše na pozorné naslouchání za účelem identifikace pocitů. Pocity objasňují současnou situaci a jsou vyjádřením současné potřeby. Nemusí dávat „smysl“ to, co daná osoba hovoří. V tomto přístupu jde spíše o rozeznání a odhalení skrytého významu, který je vyjádřen pocity. Terapeut by měl být empatický, vřelý, přijímající, naslouchající a měl by zrcadlit pocity pacienta. Centrem zájmu v této metodě je rozeznání povahy pocitu, ne důvod, proč který pocit daná osoba pociťuje. Nevyžaduje se vysvětlování. Po identifikaci pocitu by mělo následovat přijetí a odpověď (spíše neverbální než verbální). Reakcí na objevení neuspokojených potřeb by měly být změny v prostředí a ve způsobu ošetřování.

Důkladné studie, zabývající se tímto přístupem, neexistují. Otázkou zůstává, zda terapeutické naslouchání má na pacienta opravdový vliv, anebo zda je lepší ho považovat jen za způsob, jakým lze zlepšit komunikaci. Avšak i tato druhá možnost by byla dostatečným a užitečným cílem (Rice, Warner, 1994).

3.3 Intervence při depresivních a úzkostných symptomech

Minimálně 40 % pacientů s demencí trpí depresemi a úzkostmi, které snižují jejich funkční schopnosti a jsou velkou zátěží i pro jejich příbuzné. Úzkostné symptomy je možné redukovat pomocí relaxačních technik (Woods, 2002). Vliv relaxačních technik na 24 pacientů s demencí sledovali S. Welden a J. A. Yesavage (1982). Při porovnání s kontrolní skupinou měla sledovaná skupina lepší hodnoty chování. Po ukončení relaxačních cvičení přestalo brát léky na spaní 40 % pacientů.

4. DALŠÍ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

4.1 Stimulace a aktivita

Existují přístupy vycházející z názoru, že lidem s demencí chybí stimulace. Některé studie ukazují pozitivní účinky tělesné, psychické a sociální stimulace, včetně pracovní terapie, domácí a rekreační činnosti (Woods, Britton, 1977). Mezi uváděné aktivity patří i různé umělecké a kreativní činnosti, nakolik to stav pacienta dovoluje: kreslení, malování, vytváření mozaiky, práce s papírem, keramika, vytváření plastik, tkaní, malba na sklo (Banks, 2000). Tyto aktivity jsou v praxi oblíbené a všeobecně využívané. Pro potřeby pacientů s demencí je však nutno metody klasické ergoterapie modifikovat.

4.2 Terapeutické účinky hudby

A. Norberg, E. Melin a K. Asplund (1986; 2003) sledovali účinky působení různých podnětů na smysly dvou pacientů s těžkou demencí, kteří už téměř nejevili známky verbální komunikace. Pacienti poslouchali hudbu, dotýkali se kožešiny,

čichali seno a chléb. Výsledky ukázaly, že zatímco na hudbu pacienti reagovali kladně, reakce na dotyky a ostatní předkládané předměty nebyla žádná.

Pozitivní výsledky při práci s hudbou potvrzuje i A. A. Clair a B. Bernstein (1990). Tři muži s demencí, kteří na začátku nebyli téměř vůbec schopni samostatně fungovat, byli po 15 měsících stále schopni hudební aktivity a dokázali fungovat jako hudební skupina. Sezení byla jedinou příležitostí úspěšné interakce s ostatními. Pozitivní účinky hudby zjistily i jiné výzkumy (Gaebler, Hemsley, 1991; Lord, Garner, 1993).

4.3 Terapeutické účinky zvířat a dětí

Dalším zdrojem stimulace mohou být domácí zvířata (Kogan, 1991; Elliot, Milne, 1991). V. Elliot a D. Milne zkoumali účinek přítomnosti člověka se psem u pacienta s demencí. Po této stimulaci byla pozorovaná u nemocných zvýšená interakce, došlo u nich ke zlepšení pohyblivosti a ke snížení závislosti. Zlepšení bylo zřetelné ještě i následující den.

Ukázal se též velmi pozitivní vliv přítomnosti dětí školního věku. Na setkání s pacientem trpícím demencí je však potřebné dítě důkladně připravit (Langford, 1993).

4.4 Terapeutické účinky pohybu

K. Morgan (1991) vytvořil přehled některých studií zkoumajících terapeutický účinek cvičení na demenci a zjistil, že některé studie hovoří jen o omezeném účinku cvičení na kognitivní funkce (Molloy, Richardson, Crilly, 1988). Jiné výzkumy zase prokazují pozitivní účinky aktivit na koncentraci, krátkodobou paměť a na pocit životní pohody (Emery, 1994) nebo na neurobehaviorální funkce (Okumiya a kol., 1996). Přínos fyzické aktivity u pacientů s demencí však vyžaduje další zkoumání, protože dosud získané závěry nejsou jednoznačné.

4.5 Terapie „Snoezelen“

Zajímavou terapií je metoda „Snoezelen“, která pochází z Holandska. V této terapii jde o smyslovou stimulaci pacientů prostřednictvím změny barev světla a vizuálních efektů, o působení příjemné vůně, vibrace podložky a mýdlových bublin. Pacient při této stimulaci sedí v relaxovaném stavu v křesle. Tuto techniku popisuje S. Benson (1994). Autor udává, že během terapie dochází k uvolnění, zlepšení nálady a zklidnění. Přetrvávání účinků je však jen nepatrné. J. C. M. van Weert a kol. (2005) zkoumali vliv terapie u 125 nemocných demencí a zjistili, že chování u těchto pacientů bylo méně agresivní, rušivé a rebelující. Nemocní byli méně apatičtí, depresivní a izolovaní. R. Baker a kol. (1997) ukázali, že po terapii je problémové chování výrazně zmírněno.

D. Spaul, C. Leach, I. Frampton (1998) sledovali účinky smyslových podnětů. Zjistili zlepšení interakce, přizpůsobivosti, zvýšení zájmu pacientů a redukci rušivého chování. Smyslová stimulace je pro pacienty s demencí považována za cennou a doporučovanou. B. J. M. West uvádí, že relaxační působení mají i ruční masáž, aplikace vůně a podobné stimulační techniky (West, Brockman, 1994). Masírování a aromaterapie však nemusí prospívat každému pacientovi. Někteří autoři upozorňují, že přibližně u jednoho ze čtyř narůstá během hodiny po masáži nebo aromaterapii neklid. Bylo též zjištěno, že příliš velká stimulace je pro lidi s demencí neúčinná (Brooker a kol., 1988). Je-li totiž prostředí pacienta příliš hlučné nebo rušné, může se snadno cítit přetažený a zmatený. Je proto potřebné najít přiměřenou míru stimulace a ty aktivity, které by na daného konkrétního pacienta nepůsobily dráždivě.

4.6 Neuropsychologická rehabilitace

Neuropsychologická rehabilitace (NPR) se snaží o zlepšení jak kognitivních funkcí, tak také o zlepšení behaviorálních aspektů. Cílem NPR je zlepšení stavu pacienta natolik, aby se mu navrátila soběstačnost anebo možnost smysluplného fungování. Jednou z nejrozpracovanějších oblastí této metody je aplikace NPR po traumatech hlavy (Kulišťák, 2003). Technika je použitelná i na kognitivní defekty jiné etiologie a aplikace některých technik může být přínosná a podnětná i pro práci s lidmi, kteří trpí demencí. Při používání NPR je možné se zaměřit na tři oblasti. První možností je funkční náprava. Tímto pojmem autor rozumí nápravu pacientových funkčních zručností, které používá v denních aktivitách. Druhou oblastí je specifický kognitivní trénink, přeškolení, kdy za pomoci terapeuta pacient obnovuje specifické kognitivní dovednosti. Třetí strategií jsou kompenzační techniky. Jejich cílem je naučit pacienta vyrovnat se s přetrvávajícími deficitem a naučit ho kompenzačním technikám, které mu mohou ulehčit život. NPR může používat stimulační techniky zahrnující práci s různými smyslovými modalitami (čich, zrak apod.), může se snažit o trénink schopnosti zapamatovat si nové informace, kontrolovat impulzivitu, motivovat pacienta k plánování a abstrakci. Může se též jednat o modifikaci pacientova chování ve smyslu impulzivity, podrážděnosti nebo nevhodného sexuálního chování. Techniky mohou mít individuální nebo skupinovou formu. Dobře propracovaný je též trénink paměťových funkcí při deficitech paměti. Při NPR se v poslední době ve větší míře využívají počítače, které dokážou zaznamenávat i minimální zlepšení nebo pomáhají při nácvicích (Kulišťák, 2003; Pribišová, 2007).

Vede se diskuse o tom, zda je NPR kognitivních funkcí efektivní. Klinické zkušenosti, exaktní zkoumání schopnosti reparace nervového systému, a zejména poznatky z oblasti plasticity CNS však ukazují na to, že poškozené funkce nervového systému je možno rehabilitovat ve fyzické i v psychické oblasti. Pokud není možná NPR, je vždy možná alespoň snaha o psychoterapii pacienta a jeho rodiny. Další diskuse se vedou o tom, zda je zlepšení stavu opravdu možné připsat NPR nebo zda jsou pozitivní výsledky dosaženy jinými faktory. Při NPR též někdy dochází ke zlepšení pacienta i v dovednostech, které nebyly předmětem rehabilitačního zájmu. Závěrem je potřebné též upozornit, že rehabilitace ve vyšším věku může mít svoje úskalí (Pribišová, 2007).

ZÁVĚR

Při rozvoji nových nefarmakologických přístupů k pacientům trpícím demencí je potřebný komplexní přístup, který zohledňuje poruchy v kognitivní oblasti, zároveň však respektuje celou osobnost nemocného člověka. Výzkum v této oblasti naráží na metodologické problémy. Závěry náhodných výzkumů mohou být zkreslující (Holmerová a kol., 2004). Je potěšitelné, že terapeutické přístupy se čím dál tím více stávají běžnou součástí péče o tyto nemocné.

LITERATURA

Alberoni, M., Baddeley, A., Della Sala, S., Logie, R. H., Spinnler, H. (1992): Keeping track of a conversation: Impairments in Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7, 639-646.

Aulbert, E., Zech, D. (2000): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart, Schattauer.

Baines, S., Saxby, P., Ehler, K. (1987): *Reality orientation and reminiscence therapy: A controlled cross-over study of elderly confused people*. *British Journal of Psychiatry* 151, 222-231.

Banks, B. W. (2000): *Activities for older people in care*. Oxford, Butterworth-Heinemann.

Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. A., Dawson, J., Assey, J. (1997): *Snoc-*

- zelen: Its long-term and short-term effects on older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy* 60, 213-218.
- Baštecký, J. a kol. (1994): *Gerontopsychiatrie*. Praha, Grada Avicenum.
- Barrowclough, C., Fleming, I. (1986): Training a direct care staff in goal-planning with elderly people. *Behavioural Psychotherapy* 14, 192-209.
- Bäckman, L. (1992): Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions. *Acta Neurologica Scandinavica* 139, 84-89.
- Bender, M., Bauckham, P., Norris, A. (1999): *The therapeutic purposes of reminiscence*. London/Thousand Oaks, Sage Publications.
- Benson, S. (1994): Sniff and doze therapy. *Journal of Dementia Care* 2, 12-14.
- Bird, M., Alexopoulos, P., Adamowicz, J. (1995): Success and failure in five case studies: Use of cued recall to ameliorate behaviour problems in senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10, 305-311.
- Bird, M., Kinsella, G. (1996): Long-term cued recall of tasks in senile dementia. *Psychology and Aging* 11, 45-56.
- Bleathman, Ch., Morton, I. (1992): Validation therapy: Extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing* 17, 658-666.
- Bourgeois, M. S. (1990): Enhancing conversation skills in patients with Alzheimer's disease using a prosthetic memory aid. *Journal of Applied Behavior Analysis* 23, 29-42.
- Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganansia-Ganem, A., Frambourt, A., Moulin, F., Boller, F. (1994): Cognitive stimulation of patients with dementia: Preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 211-217.
- Brooker, D. J. R., Snape, M., Johnson, E., Ward, D., Payne, M. (1997): Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behaviour in severe dementia. *British Journal of Clinical Psychology* 36, 287-296.
- Camp, C. J., Foss, J. W., O'Hanlon, A. M., Stevens, A. B. (1996): Memory interventions for persons with dementia. *Applied Cognitive Psychology* 10, 193-210.
- Clair, A. A., Bernstein, B. (1990): A Preliminary study of music therapy programming for severely regressed persons with Alzheimer's-type dementia. *Journal of Applied Gerontology* 9, 299-311.
- Cleary, T. A., Clamon, C., Price, M., Shullaw, G. (1988): A reduced stimulation unit: Effects on patients with Alzheimer's disease and related disorders. *Gerontologist* 28, 511-514.
- Dietch, J. T., Hewett, L. J., Jones, S. (1989): Adverse effects of reality orientation. *Journal of the American Geriatrics Society* 37, 974-976.
- Elliott, V., Milne, D. (1991): Patient's best friend. *Nursing Times* 87, 34-35.
- Emery, Ch. F. (1994): Effects of age on physiological and psychological functioning among COPD patients in an exercise program. *Journal of Aging and Health* 6, 3-16.
- Feil, N. (2002): *Validation*. München, E. Reinhardt.
- Feil, N. (2004): *Validation in Anwendung und Beispielen*. München/Basel, E. Reinhardt.
- Frei, A. (2005): *Validating Sister Mary's*. *Nursing* 35, 32.
- Feil, N., Sutton, E., Johnson, F. (2001): *Trainingsprogramm Validation Baustein 1*. München/Basel, E. Reinhardt.
- Gaebler, H. C., Hemsley, D. R. (1991): The assessment and short-term manipulation of affect in the severely demented. *Behavioural Psychotherapy* 19, 145-156.
- Garland, J. (1994): What splendour, it all coheres: Life review therapy with older people. In: Bornat, J. (Ed.): *Reminiscence reviewed: Evaluations, achievements, perspectives*. Buckingham/Bristol, Open University Press, 21-31.
- Gemma, J. (1997): A review of Feil's validation method for communicating with and caring for dementia sufferers. *Current Opinion in Psychiatry* 10, 326-332.
- Gibson, F. (1994): What can reminiscence contribute to people with dementia? In: Bornat, J. (Ed.): *Reminiscence reviewed: Evaluations, achievements, perspectives*. Buckingham/Bristol, Open University Press, 46-60.
- Goldwasser, N., Auerbach, S. M., Harkins, S. W. (1987): Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *International Journal of Aging and Human Development* 25, 209-222.
- Haight, B. K., Burnside, I. (1993): Reminiscence and life review: Explaining the differences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, 91-98.
- Hanley, I. G., Lusty, K. (1984): Memory aids in reality orientation: A single-case study. *Behavior Research and Therapy* 22, 709-712.
- Head, D. M., Portnoy, S., Woods, R. T.

- (1990): The impact of reminiscence groups in two different settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5, 295-302.
- Heindel, W. C., Salmon, D. P., Shults, C. W., Walicke, P. A., Butters, N. (1989): Neuropsychological evidence for multiple implicit memory systems: a comparison of Alzheimer's, Huntington's, and Parkinson's disease patients. *Journal of Neuroscience* 2, 582-587.
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2006): *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München/Basel, E. Reinhardt.
- Hirsch, R., D. (2002): *Supervision, Teamberatung, Balintgruppe*. München/Basel, E. Reinhardt.
- Holmerová, I. (2008): Nefarmakologické přístupy. Přednáška na Kongresu DE-MENTIA 21.10. 2006 v Pardubicích. [Vyhledáno 24.8.2008 na www.kognice.cz].
- Holmerová, I., Rokosová, M., Suchá, J., Veleta, P. (2004): Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. *Neurologie pro praxi* 5, 17-20.
- Holmerová, I., Suchá, J. (2003): Reminiscenční terapie. *Praktický lékař* 83, 295-297.
- Jirák, R., Koukolík, F. (2004): *Demence*. Praha, Galén.
- Jones, G. (1985): Validation therapy: A companion to reality orientation. *Canadian Nurse* 81, 20-23.
- Josephsson, S., Bäckman, L., Borell, L., Bernspång, B., Nygård, L., Rönnerberg, L. (1993): Supporting everyday activities in dementia: An intervention study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 395-400.
- Kitwood, T., Bredin, K. (1992): Towards a theory of dementia care: Personhood and well-being. *Ageing and Society* 12, 269-287.
- Kogan, L. (2001): Effective animal-intervention for long term care residents. *Activities, Adaptation & Aging* 25, 31-45.
- Kors, B., Seunke, W. (1997): *Gerontopsychiatrische Pflege*. Berlin/Wiesbaden, Ullstein Mosby.
- Kulišťák, P. (2003): *Neuropsychologie*. Praha, Portál.
- Langford, S. (1993): A shared vision. *Nursing Times* 89, 66-69.
- Lord, T. R., Garner, J. E. (1993): Effects of music on Alzheimer's patients. *Perceptual and Motor Skills* 76, 451-455.
- Miesen, B. M. L. (1993): Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and Bowlby's attachment theory. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 147-153.
- McKittrick, L. A., Camp, C. J., Black, W. (1992): Prospective memory intervention in Alzheimer's Disease. *The Journal of Gerontology* 47, 337-343.
- Molloy, D. W., Richardson, L. D., Crilly, R. G. (1988): The effects of a three-month exercise programme on neuropsychological function in elderly institutionalised women: A randomised controlled trial. *Age and Ageing* 17, 303-310.
- Morgan, K. (1989): Trial and error: Evaluating the psychological benefits of physical activity. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 4, 125-127.
- Morris, R. G., Wheatley, J., Britton, P. G. (1983): Retrieval from long-term memory in senile dementia: Cued recall revisited. *British Journal of Clinical Psychology* 22, 141-142.
- Morris, R. G. (1994): Recent developments in the neuropsychology of dementia. *International Review of Psychiatry* 6, 85-107.
- Morton, I., Bleathman, Ch. (1991): The effectiveness of validation therapy in dementia – a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6, 327-330.
- Norberg, A., Melin, E., Asplund, K. (1986): Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies* 23, 315-323.
- Norris, A. (1986): *Reminiscence with elderly people*. Lomdon, Winslow.
- Okumiya, K., Matsubayashi, K., Wada, T., Kimura, Sh., Doi, Y., Ozawa, T. (1996): Effects of exercise on neurobehavioral function in community-dwelling older people more than 75 years of age. *Journal of the American Geriatrics Society* 44, 569-572.
- Patel, V., Hope, T. (1993): Aggressive behaviour in elderly people with dementia: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 457-472.
- Pribišová, K. (2007): Neuropsychológia. In: Heretik, A., Heretik, A. jr. a kol.: *Klinická psychológia*. Nové Zámky, Psychoprof.
- Reeve, W., Ivison, D. (1985): Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients. *Age and Ageing* 14, 119-121.
- Rice, K., Warner, N. (1994): Breaking the bad news: What do psychiatrists tell patients with dementia about their illness? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 467-471.

- Rinke, C. L., Williams, J. J., Lloyds, K., Scott, W. (1978): The effects of prompting and reinforcement on self-bathing by elderly residents of a nursing home. *Behavior Therapy* 9, 873-881.
- Sandman, C. A. (1993): Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: Preliminary findings. *Clinical Gerontologist* 13, 19-33.
- Schnelle, J. F., Traughber, B., Sowell, V. A., Newman, D. R., Petrilli, C. O., Ory, M. (1989): Prompted voiding treatment of urinary incontinence in nursing home patients. A behavior management approach for nursing home staff. *Journal of the American Geriatrics Society* 37, 1051-1057.
- Smolík, P. (2002): Duševní a behaviorální poruchy. Praha/ MAXDORF.
- Spaull D., Leach C., Frampton I. (1998): An evaluation of the effects of sensory stimulation with people who have dementia. *Behavioural and Cognitive* 26, 77-86.
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., Orrell, M. (2000): Reality orientation for dementia. *The Gerontologist* 40, 206-212.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S. (2001): Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation* 11, 377-397.
- Stokes, G., Goudie, F. (1990): Counseling confused elderly people. In: Stokes, G., Goudie, F. (Eds.): *Working with dementia*. Bicester, Speechmark, 181-190.
- Tavel, P. (2009): Terapie pacienta s demenciou zameraná na orientáciu v realite. *Česká a slovenská psychiatrie* 105, 33-36.
- Tavel, P. (2006): Validácia – terapeutický prístup k starým dementným pacientom. *Psychiatria* 13, 182-191.
- Thornton, S., Brotchie, J. (1987): Reminiscence: A critical review of the literature. *British Journal of Clinical Psychology* 26, 93-111.
- Warner, M. (2000): Design for validation therapy. *Nursing Homes Cleveland* 49, 24-28.
- Weert, J. C. M. van, Dulmen, A. M. van, Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W., Bensing, J. M. (2005): Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care JAGS. *Journal American of the Geriatrics Society* 50, 24-33.
- Welden, S., Yesavage, J. A. (1982): Behavioral improvement with relaxation training in senile dementia. *Clinical Gerontologist* 1, 45-49.
- West, B. J. M., Brockman, S. J. (1994): The calming power of aromatherapy. *Journal of Dementia Care* 2, 20-22.
- Williams R., Reeve W, Ivson D, Kavanagh D. (1987): Use of environmental manipulation and modified informal reality orientation with institutionalised, confused elderly subjects: a replication. *Age and Ageing* 16, 315-318.
- Woods, R. T., Britton, P. G. (1977): Psychological approaches to the treatment of the elderly. *Age and Ageing* 6, 104-112.
- Woods, R. T. (1983): Specificity of learning in reality orientation sessions: a single case study. *Behaviour Research and Therapy* 21, 173-175.
- Woods, B. (2002): Psychologische Therapie bei fortgeschrittener Demenz. In: Mamerker, A. (Ed.): *Alterspsychotherapie und Klinische Gerontopsychologie*. Heidelberg, Springer, 341-357.
- Woods, R. T. (2006): Psychological „Therapies“ in Dementia. In: Woods, R. T. (Ed.): *Psychological Problems of Ageing*. Chichester/New York, John Wiley & Sons, 311-344.
- Zanetti, O., Magni, E., Binetti, G., Bianchetti, A., Trabucchi, M. (1994): Is procedural memory stimulation effective in Alzheimer's Disease? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 1006-1007.
- Zanetti, O., Frisoni, G. B., De Leo, D., Buono, M. D. Bianchetti, A., Trabucchi, M. (1995): Reality orientation therapy in Alzheimer disease: useful or not? A controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 9, 132-138.

SOUHRN

Problematika demencí a přístupů k pacientům trpícím touto chorobou je vzhledem ke stárnutí populace v západní a střední Evropě stále aktuálnější tématem. Demence je spojená s deficitem hlavně v kognitivní oblasti; tento fakt též přitahuje největší pozornost výzkumu. Na tuto oblast se specializuje zejména terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě, terapie zaměřená na zvýšení funkčnosti kognitivních schopností a též reminiscenční terapie. Přístupy zaměřené na chování usilují o korekci problémového chování a na vedení k soběstačnosti. Na emocionalitu je zaměřená terapie validace a rozeznávání. Rozvíjejí se též přístupy, které využívají aktivitu a různé druhy stimulace. Problematika přístupů k pacientům trpícím demencí musí však být i nadále předmětem hlubšího výzkumu.