

POHLED NA SPECIÁLNĚPEDAGOGICKOU PÉČI O SENIORY S DEMENCÍ

Oldřich Müller

Anotace

Demence je získaná kognitivní porucha postihující primárně paměť. Vyskytuje se ve velké míře u seniorů. Jedním z významných aspektů komplexní rehabilitační péče o tyto klienty je jejich neustálá aktivizace. Tuto odbornou činnost mohou provádět také speciální pedagogové (andragogové). Aktivitu seniorů s demencí lze docílit například reminiscenční terapií, jež má mnoho společného s expresivně laděnými terapiemi hojně používanými právě ve speciální pedagogice – zejména s dramaterapií.

Klíčová slova

Demence, kognitivní porucha, postižení paměti, senioři, Alzheimerova choroba, komplexní rehabilitační péče, aktivizace, speciální pedagogika, speciální pedagogové, speciálněpedagogická gerontagogika, speciálněpedagogická andragogika, reminiscenční terapie, dramaterapie.

View of Special Educational Care for Seniors Suffering Dementia

Summary

Dementia is a disorder requiring special care for seniors. The main aim of special care is to keep seniors active both physically and psychologically. This care is provided by special educators. One of the methods used by special educators in keeping seniors active is the reminiscence therapy. The reminiscence therapy helps to handle and reduce social and psychological problems, mental illnesses and disabilities.

Key words

Dementia, mental disorder, memory disorder, seniors, elderly, Alzheimer's disease, complex rehabilitation care, activation, special education, special educators, reminiscence therapy, dramatherapy.

Úvod

Podle údajů zpracovaných Českým statistickým úřadem na sklonku roku 2003 (a zveřejněných v tzv. Projekci obyvatelstva ČR do roku 2050 dne 8. 1. 2004) bude počet osob starších 65 let intenzivně přibývat (na úkor mladších ročníků). Tato intenzita má být dále charakteristickým rysem populačního vývoje České republiky v celé první polovině 21. století (viz www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4020-03). Ono populační stárnutí je mimo jiné dáno klesající porodností a prodlužováním střední délky života. Jedním z velké řady s ním souvisejících problémů je nutnost řešení vyšší kvality života seniorů, a potažmo těch seniorů, kteří jsou ve svém společenském životě znevýhodněni především z důvodu existence primárního zdravotního postižení.

Náš text se dílčím způsobem zaměřuje na velmi „zranitelnou“ skupinu (a přitom přímo charakteristickou) tohoto typu – na seniory s demencí. Současně svůj pohled vede se snahou podchytit alespoň část potenciálu, jímž v tomto směru oplývají speciální pedagogové.

Demence u seniorů

Demence (v průběhu života vzniklé lokální poškození mozku projevující se existencí zčásti zachovalých a zčásti poškozených kognitivních funkcí včetně poškozené paměti) patří mezi nejčastější choroby ve stáří. Její výskyt stoupá s věkem (byť ji nelze zcela vyloučit ani u podstatně mladších věkových kategorií). Jak uvádí Topinková (2005, str. 137): nad 65 let (čili u tzv. mladých seniorů) je demencí postiženo 3–7 % populace, v 75 letech 15 %, po 80. roce života 20–40 % osob. V České republice je aktuálně 70 000 až 90 000 nemocných s demencí starších 65 let, 70 % z nich je ve věku nad 80 let.

Co se týká klasifikace demencí, v Evropě je rozšířeno schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace, 10. decenální revize (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, World Health Organization, Tenth Revision), jež rozlišuje:

- F00 Demence u Alzheimerovy nemoci
- F01 Vaskulární demence
- F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde (např. u Parkinsonovy nemoci)
- F03 Neurčené demence.

V odborných kruzích se rovněž používá schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti, IV. revize (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Fourth Revision), jež rozlišuje: Demence Alzheimerova typu, Vaskulární demence a Demence u dalších nemocí.

Velmi praktické (spíše didaktické) je tzv. Švédské schéma (Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases), jež rozlišuje:

- *Demence atroficko-degenerativní*
 - *Demence ischemicko-vaskulární*
 - *Demence ostatní symptomatické (sekundární).*
-

V linii demencí seniorského věku mají zcela výsadní postavení (ve smyslu výrazné početní převahy) demence Alzheimerova typu (čili demence atroficko-degenerativního původu). V případě Alzheimerovy choroby se sice mohou manifestovat její první klinické příznaky již v „předseniorském“ období (tzv. presenilní forma), nicméně častěji se setkáváme s jejím výskytem v regulérním stáří (v tzv. senilní formě). J. Jiráček v této souvislosti zmiňuje, že ve věku 65 let má 4–5 % populace nějakou klinicky vyjádřenou formou demence a z toho je minimálně 50 % pacientů s Alzheimerovou chorobou (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2004, str. 547).

Klinický obraz demence Alzheimerova typu

Alzheimerova choroba (je pojmenována podle profesora Aloise Alzheimer, jež ji jako jeden z prvních popsal na své přednášce pronesené na setkání společnosti jihoněmeckých psychiatrů v roce 1906 v Tübingenu) má charakteristický klinický obraz. Zpočátku vykazuje pomalu nastupující drobné (až nenápadné) změny v chování a osobnosti svého „nositele“, či v její dynamice (dochází například ke ztrátě dřívějšího zájmu o okolní dění, apatii, úpadku v estetické stránce života atp.) – s individuální variabilitou nastupují i poruchy kognitivních funkcí včetně paměti (nejvíce krátkodobé). Typický je přitom její progresivní charakter, který vede od lehkého až po těžké stádium.

Obecně lze klinický obraz Alzheimerovy choroby popsat pomocí následujících dílčích komponent (srov. Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2004, Pidman, 2007, MKN – 10):

- je provázena získanou globální kognitivní poruchou postihující paměť a nejméně jednu další funkci (např. řeč, myšlení, orientaci, poznávání, úsudek, abstrakci, učení, schopnost plánovat a vykonávat určité úkony apod.)
- vždy následuje její postupující progresivní zhoršování, které musí (pro diagnostické účely) trvat nejméně 6 měsíců
- začíná ve věku 40 až 90 let (nejčastěji po 65. roce života)
- je poznamenána následným zhoršením pracovního a společenského zapojení

- dalšími doprovodnými klinickými příznaky jsou poruchy chování (například apatie, úzkost, zmatenost, agresivita, bloudění, deprese), dále rovněž poruchy motorických stereotypů (včetně chůze) či psychotické projevy (např. paranoidní bludy o okrádání, nevěře partnera atp.).

Senioři s demencí Alzheimerova typu v systému komplexní rehabilitační péče

Komplexní rehabilitační péče jako vzájemně propojený souhrn aktivit (u nás stále ještě prakticky nedotažený), který má mít za cíl (u vybraných osob) předcházet, zmírňovat, nebo odstraňovat nepříznivé společenské důsledky zdravotního postižení, by měla mít svoje jasné a nezastupitelné místo rovněž u seniorů s demencí Alzheimerova typu. Tento ucelený systém sestává (ve své ideální podobě) hlavně ze vzájemně kooperující péče: medicínské (a potažmo léčby v systému akutní medicíny a intervencí léčebné rehabilitace), speciálněpedagogické, pracovní a sociální (pozor – nejedná se o tzv. oblasti komplexní rehabilitační péče).

Speciálněpedagogickou péčí (přesněji podporu, pomoc, poradenství) o výše zmíněné klienty (tzv. „uživatele“) mohou zajišťovat specialisté – odborníci na speciálněpedagogickou gerontagogiku (spadající do okruhu zájmu oboru speciální pedagogika a jeho dílčího oboru speciálněpedagogická andragogika), zejména v oblasti sociálních služeb. Dle nového zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se tomu může dít zejména formou terénních služeb poskytovaných v přirozeném sociálním prostředí (tedy např. v domácnosti), nebo formou pobytových či ambulantních služeb poskytovaných v institucích (tedy např. v domově pro seniory, centru denních služeb, stacionáři, zdravotnickém zařízení ústavní péče atp.).

Speciálněpedagogická péče o seniory s demencí Alzheimerova typu

Speciálněpedagogická péče o seniory s demencí Alzheimerova typu může zahrnovat (a zahrnuje) vícero přístupů, postupů, prostředků a forem. Mimo to musí počítat s celou škálou vnitřních proměnných (např. s mírou involuce, mírou demence včetně stupně postižení paměti a dalších kognitivních funkcí, typem osobnosti – introvert, extrovert, racionální typ, emotivní typ, dominantní, submisivní, aktivní, pasivní, mírou zachovaných sociálních dovedností včetně schopnosti zvládnání instrumentálních aktivit každodenního života, přítomností poruch chování atd.) a funguje při ní také celá škála vnějších proměnných (např. osobnost specialisty včetně jeho odbornosti, motivace, postoje k seniorům, případné míry vyhoření, dále zvolený přístup, metoda, forma a frekvence péče atd.).

Jako hlavní obecné cíle (či spíše směry) péče o seniory s demencí Alzheimerova typu vyvstávají (ze speciálněpedagogického hlediska) především nutnost:

1. reedukace základních dovedností či schopností
2. aktivizace.

Reedukace základních dovedností či schopností by se měla promítnout do:

- posilování kapacity paměti (z důvodu narušeného přenášení informací z krátkodobé do dlouhodobé a z důvodu postupné destrukce dlouhodobé paměti)
- využití kapacity pozornosti
- užití jazyka a jeho porozumění
- práce s celoživotně zafixovanými pohybovými stereotypy
- práce s rutinními dovednostmi, návyky a vzorci chování (včetně zažitých reakcí na známé podněty)
- posilování adekvátního vnímání a prostorové orientace
- naplňování emocionálních potřeb.

Obnovení maximálního stupně aktivity u každého seniora se zdravotním postižením (tudíž i seniora s demencí Alzheimerova typu) je přímo bazální podmínkou jeho společenské rehabilitace (a samozřejmě bez něho nelze ani realizovat reedukaci dovedností či schopností) a lepší kvality života. Ono obnovení se provádí tzv. aktivizací, což je řízený odborně vedený proces zaměřený na vyvolání a udržení určité specifické aktivity (př.: porozumění vyslovené myšlenky a vyvolání aktivity komunikace lze dosáhnout aktivizací pomocí správných otázek).

Význam aktivizace spočívá v některých v ní přirozeně obsažených a do jisté obtížně vymezitelné míry fungujících faktorech, jež jsou efektivní pro dynamizaci osobnosti příslušné osoby. Mezi osvědčené „hybné mechanismy“ fungující u seniora s demencí Alzheimerova typu patří například:

- strukturované a promyšlené poskytování smysluplných informací pomáhajících v orientaci v realitě osobní, partnerské, materiální atp.
- nenásilná stimulace (paměti, řeči, myšlení, sensorického vnímání, pozornosti atp.) umožňující dosažení úspěchu
- přirozená a adekvátní (nezpochybňující, neurážející, neponižující atp.) motivace k „restartování“ zájmu o své okolí (lidské, materiální)
- všudypřítomné zprostředkování prožitku pozitivních emocí
- bezpečí a humor.

Podstatné je, že jak reedukace, tak také aktivizace, by měly být obsaženy ve veškerých možných a osvědčených postupech. Mezi ně patří hlavně: orientace v realitě, trénink paměti, reminiscenční terapie, expresivní terapie, zooterapie,

videotrénink interakcí, ergoterapie, validace, rezoluční terapie atd. Jako velká výzva speciálním pedagogům pečujícím v České republice o seniory s demencí „krystalizuje“ zejména reminiscenční terapie. Tato již u nás existuje, ale zdaleka ne v míře odpovídající jejím možnostem.

Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je ve světě jednou z hojně používaných psychosociálních intervencí (a to nejenom v péči o seniory s demencí Alzheimerova typu, ale i v péči o další skupiny seniorů), jež ovlivňuje jak klienty, tak také jejich pečovatele. Je založena na poznání, že lidský mozek dobře reaguje na známé podněty, které má uloženy v dlouhodobé paměti (čili na nejrůznější návyky, vědomosti, zážitky atp.). Tyto podněty (reminiscence) cíleně a řízeně vyvolává, přičemž respektuje individuální zkušenosti daného jedince a užívá vzpomínek, jež jsou pro něho hodnotné a důležité.

Obecně existují tři hlavní typy reminiscencí:

1. *reminiscence jako jednoduchá vzpomínka reflektující minulost po stránce informativní a prožitkové*
2. *hodnotící reminiscence užitá jako „ohlédnutí“ za vlastním životem a zmírnění jeho konfliktů*
3. *reminiscence vyvolaná za účelem behaviorálních a emočních změn.*

Reminiscenční terapii rozšířila v Evropě Angličanka Pam Schwietzerová (původně herečka), která vytvořila v Londýně reminiscenční komunitní centrum připomínající svým vybavením, vůní, zvuky a celkovou atmosférou dobu před druhou světovou válkou a během ní (když současní senioři byli ještě dětmi nebo mladými lidmi). Na počátku této aktivity byl její nápad dramaticky ztvárnit příběhy, jež se objevují ve vzpomínkách seniorů a přenést je do zařízení formou divadelní hry nastudované profesionálními herci (Kalvach, Zadák, Jiráková kol., 2004, str. 450).

Reminiscence jsou vyvolávány prostřednictvím pobytu ve specializovaném prostoru či na specializovaném místě (nezapomeňme: při změně prostředí, ve kterém se člověk celý život pohyboval, se vytrácí návaznost na vzpomínky z vlastního života – totéž platí při změně věcí), sledování a poznávání starých fotografií, filmů, novin, knih, předmětů, plakátů, oblékání kostýmů apod. (čili prostřednictvím podobných prostředků, jakými disponuje i dramaterapie – expresivní terapie, jež má ve speciální pedagogice již svoje teoretické a metodologické zázemí). Velmi vhodné přitom je i používání specifických pomůcek (kromě těch, jež byly právě uvedeny, také takových, jež nabízejí širší spektrum

smyslových podnětů, např. chuti a vůně kávy, poslechu dobové hudby, hmatu na materiály apod.). U klientů toto vede k získání jistot v „chaotickém světě“, do něhož jsou mnohdy „uvrhováni“, a v němž se cítí ztraceni a nepochopeni.

Reminiscenční terapie má pro zdravé seniory preventivní a aktivizační význam, pro seniory s demencí zase význam efektivně-komunikační – u obou skupin pak vede ke zvýšení sebehodnocení, k redukci sociální izolace a depresí, k celkovému zlepšení kvality života.

Reminiscence může být aplikována individuálně, skupinově, při rodinných sezeních atp. Při individuálních sezeních jsou jednotlivci většinou vedeni k ohlédnutí za svým životem (chronologicky seřazují životní zkušenosti, hodnotí je a vytvářejí vlastní deníky) - skupiny probíhají nejméně jednou za týden a zahrnují činnosti, při nichž jsou členové povzbuzováni k tomu, aby se vzájemně „dělili“ o svoje významné vzpomínky.

Reminiscenční terapie nemusí být provozována jenom jako jakási dílčí metoda práce, ale může být součástí „filozofie“ celého zařízení a prolínat do architektiky stavby, přístupu personálu, vybavení.

Autor příspěvku má osobní zkušenost s velmi dobře vybaveným a fungujícím zařízením (mimo jiné i stran reminiscenční terapie) v USA. Jednalo se o zařízení zabývající se péčí o seniory imobilní, s demencí a s postižením zraku Sunrise Assisted Living of Dresher (ve státě Pennsylvania). Zde například „svolávali“ své klienty k obědu pomocí všudypřítomné vůně popcornu.

Literatura

- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- PIDRMAN, V. *Demence*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

Kontaktní adresa

Oldřich Müller, Mgr., Ph.D.
Katedra speciální pedagogiky PdF UP
Žižkovo nám. 5
771 40 Olomouc
tel.: 585 635 310
e-mail: omuller@centrum.cz