

REMINISCENCE V PÉČI O SENIORY (S DEMENCÍ) - Z POZICE RODINNÝCH PEČOVATELŮ

Reminiscence position in life and support elderly people with Alzheimer disease

Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci;
Institute of Special Education Studies, Faculty of Education,
Palacky University Olomouc

Klíčová slova

Speciální pedagogika, osoba seniorského věku, senior s demencí Alzheimerova typu, péče o seniory s demencí, reminiscence, úbytek paměti, involuce.

Key words

Special education, elderly people, elderly with Alzheimer disease, care of elderly people with Alzheimer disease, reminiscence, memory decrease.

Ve stáří, v němž nabývá mimořádného významu míra spokojenosti se sebou samým (a v němž reálně hrozí/skutečně nastává narušení kontinuity) a se svým životem (podle Eriksona konflikt mezi integritou a pochybováním až čirým zoufalstvím), hrají důležitou regulující roli kontinuální vzpomínky a úvahy z nich vycházející (Erikson, 1999). Je tomu tak proto, že tyto reminiscence jsou (mohou být) přirozeným a efektivním prostředkem vyrovnávání se s mnohdy přerušenou životní posloupností (vzniklou např. z důvodu ukončení zaměstnání, odchodem z původního bydliště do institucionální péče, nenadálou nemocí atp.). A nejen to.

Reminiscence pomohou (či mohou pomoci) osobě ve stáří rovněž:

- zachovávat životní perspektivu (spokojenost/nespokojenost s vlastní minulostí může alespoň minimálně motivovat aspiraci) (Kalvach, 2004);
- utvářet, chápat a přijmout smysl života (hodnocení vlastní minulosti může pomoci objevovat/uspřádat hodnoty, dát životním situacím význam ((více viz logoterapie V. E. Frankla)), odpovědět na velmi důležité otázky „Jaký je/byl můj život?“ „Má/měl můj život smysl?“ „Jaký?“);

- zachovávat identitu (pojetí vlastní minulosti, pochopení a přijetí smyslu života, schopnost vytýčit si dosažitelné cíle a překonávat překážky, mohou pomoci odpovědět na klíčovou otázku „Kdo jsem?“);
- zachovávat (docílit) životní celistvost – integritu (souvislost, perspektiva, smysl, identita, spokojenost, jsou důležité pro přijetí života jako celku);
- uspokojovat specifické potřeby – zejména ty vážící se k lidské autonomii:
 - potřebu setrvat ve svém důvěrně známém prostředí, ať už fyzicky nebo ve vzpomínkách (zejména k domovu coby prostoru, který znám a ovládám, cítím se v něm bezpečně, mám zde věci, jež pro mě mají praktický i osobní/symbolický význam, prostoru, který je zaplněn pozitivními vztahy s nejbližšími osobami);
Tato potřeba se může promítat i do reminiscenčního úniku před agresivním ohrožujícím světem kladoucím důraz (a nároky) na to být mladý, dynamický a akceschopný.
 - potřebu zachovat si určitou úroveň aktivity (v rozmezí od zachování si minimální soběstačnosti až po schopnost činnosti přinášející výsledky).

Reminiscence tedy mají ve stáří samy o sobě důležitý přirozeně regulační význam zajišťující potřebnou míru spokojenosti seniora se sebou samým a se svým životem. Ona míra je pak (mimo jiné) významnou pro stanovení a zajištění případné žádoucí podpory.

Reminiscence mají pochopitelně klíčový význam i v odborné péči o osoby seniorského věku. Děje se tak s preventivními i terapeutickými záměry.

Reminiscence jako prevence v širším slova smyslu plní úkoly, které již byly výše zmíněny v souvislosti s jejím potenciálem pomoci: udržovat posoupnost života, zachovávat životní perspektivu, utvářet, chápat a přijmout smysl života, zachovávat identitu, zachovávat integritu a uspokojovat specifické potřeby. V užším slova smyslu však plní preventivní úkol, jímž je zachování aktivity a maximálně možné psychické (hlavně kognitivní) výkonnosti (Koukolík, 2008).

V institucích realizované zachování (či obnova) aktivity (skrz aktivizaci) i posilování psychické výkonnosti je (může být) dosahováno nejrůznějšími způsoby (je třeba poznamenat, že co se týká zmíněných způsobů ((vyjma některých zcela specifických)), není příliš výrazný rozdíl mezi prevencí a terapií) – v rámci kompetencí speciálního pedagoga se tak děje např. za pomoci (Müller, 2008):

- kognitivního tréninku (paměti a s ní souvisejících psychických funkcí – vnímání, pozornosti, myšlení, kreativity atp.) – použitelné jsou: cílená cvičení paměti a koncentrace, techniky kategorizace a asociačního řetězce, tvorba příběhů, znalostní aktivity herního charakteru (kvízy, křížovky), vzdělávací aktivity (např. výuka cizích jazyků), skupinová řešení problémů apod.;
- zajištění orientace v měnící se okolní realitě (ve smyslu zachování adaptability při zátěžích, nárocích a změnách vnějšího prostředí) – použitelné jsou: nácviky dovedností využívat moderní technologie (počítače, Internet, mobilní telefony), změna životního programu (činností), podpora mezigeneračních interakcí apod.;
- stimulace motoriky a posilování fyzické kondice (toto má vliv nejen na tělesné zdraví, ale také na psychiku ((pohyb ovlivňuje schopnost učení včetně vyšší pozornosti, lepší koncentrace a fungování krátkodobé paměti, pozitivní prožitek z pohybu neguje některé nevhodné psychické projevy, může změnit postoj k sobě samému atd.)) – záleží na druhu aktivity, např. některé typy tance aktivují nejen motorická centra, ale i oblasti mozku důležité pro orientaci a vnímání prostoru a další na ně navázaná centra) – použitelná jsou různá fyzická, relaxační a psychofyzická cvičení.

V případě, že bude cílem institucionálně realizované podpory seniora (prostřednictvím reminiscence) zmírnit (napravit) důsledky již existujícího patologického paměťového úpadku, lze hovořit o využití vzpomínek (a úvah z nich vyplývajících) k terapeutickým účelům.

Hlavní úkoly „terapie vzpomínkami“ (u osob seniorského věku znevýhodněných z důvodu patologického úbytku paměti – viz demence Alzheimerova typu) směřují k posílení jejich identity a kontinuity vlastního života (Kulišák, 2003) – neodmyslitelná je u nich také neustále prováděná aktivizace – dílčí úkoly směřují k reedukaci: paměti a návazných psychických funkcí (včetně jazyka a jeho porozumění či orientace), základních (čili sebeobslužných) a instrumentálních (telefonování, manipulace s platební kartou) dovedností, motoriky, chování, prožívání. Přitom platí, že:

- musí být provedeno (prováděno) funkční hodnocení klienta;
- bychom měli znát příčinu jeho případného nestandardního chování;
- poskytování informací (napomáhajících v orientaci i ve srozumitelné komunikaci) musí být promyšlené, strukturované a smysluplné;
- kognitivní trénink a aktivizace mají u demence svá specifika;

- pohyb musí být motivován zvnějšku (mnohdy značně specifickými podněty);
- každá vzpomínka (i ta chaotická, zdánlivě bez kontextu) má smysl (může jít o poslední snahu uspořádat si svůj život) a neměla by zapadnout;
- autobiografické vzpomínání má přednost, ale u postižení mozku může být kontraproduktivní až riskantní.

Terapie vzpomínkami“ mohou být zastoupeny ve vícero terapeutických přístupech. Jedním z nejpoužívanějších a nejosvědčenějších je reminiscenční terapie. Tato je založena na následujícím předpokladu. Lidský mozek dobře reaguje na známé podněty, jejichž stopy má již uloženy v dlouhodobé paměti (Grawe, 2007) (pokud ovšem není daná oblast poškozena, či s ohledem na involuční změny – viz kontury paměti uvedené níže). Tyto podněty lze průběžně stimulovat, oceňovat reakce na ně a učinit je prostředkem porozumění mezi lidmi (v našem případě mezi klientem a terapeutem). Současně se vyvolané reakce mohou stát jakousi platformou, na níž může terapeut budovat (obnovovat) další schopnosti a vlastnosti. Přitom respektuje osobnost (některé typy osobnosti ((či osobnostní rysy)) nejsou zcela vhodné – např. osoby pojímající svoji minulost negativně, litostivě, osoby neurotické, nevyrovnané se svým životem – to však neznamená jejich kategorické vyloučení) a individuální zkušenosti klienta, hodnotu, důležitost a pozitivně prožitkový aspekt vzpomínek.

Reminiscenční terapie aplikuje výše uvedený předpoklad cíleně, řízeně, strukturovaně a pomocí jistých specifických prostředků, jimiž jsou zvláště uzpůsobená média fungující jako motivy a katalyzátory reminiscencí (požadovaných paměťových reakcí). Jedná se o to, využít v maximálně možné míře nejrozličnějších komunikačních kanálů, hlavně těch efektivních. Lidé komunikující obtížně verbálně mohou začít komunikovat jinými způsoby – prostřednictvím (Müller, 2008):

- vizuálních médií,
- hudebních a zvukových médií,
- médií, nositelů čichových nebo chuťových vjemů,
- dotekových (taktilních) médií aj.

S reminiscencemi lze pracovat individuálně, skupinově, při rodinných sezeních apod. Při individuální formě práce jsou jednotlivci většinou vedeni k pozitivnímu ohlednutí za svým životem (chronologicky seřazují životní aktivity, události a zkušenosti, hodnotí je a vytvářejí vlastní deníky, vzpomínkové

boxy, kufříky), což se může dít při individuálním sezení, nebo při jakékoli jiné aktivitě (např. při zájmové činnosti, vycházce atp.) – přitom lze uplatnit také další specifické (terapeutické) přístupy, např. orientaci v realitě či validační terapii (založenou ((dle tradic humanistické psychologie)) na bezvýhradném přijetí přání a nápadů klienta ((primárně jde o jejich kladné hodnocení, neodmítání a možné využití)). Skupiny jsou vytvářeny dle různých klíčů – např. otevřené a uzavřené – probíhají nejméně jednou za týden a zahrnují činnosti, při nichž jsou členové (mimo jiné) povzbuzováni k tomu, aby se vzájemně dělili o svoje významné vzpomínky. Tím je podporována identita jednotlivců a kontinuita jejich společenského života – v případě zapojení příslušníků rodin i kvalita rodinných vztahů a kvalita života rodinných pečovatelů.

V procesu reminiscenční terapie mívají pravidelně zastoupení techniky postavené na neverbální komunikaci (viz možné nedostatky ve verbálním vyjadřování a v porozumění verbální komunikaci) – jde například o techniky využívající prostředky umění: dramatického (simulace minulých životních situací, práce v simulovaném prostoru), hudebního, tanečního, výtvarného (komunikace kresbou či plastikou) a literárního – svoje zastoupení má také přímé komunikační využívání řeči těla, prostoru a času mezi terapeutem a klientem. Verbálně lze komunikovat do míry srozumitelné klientovi – efektivita této komunikace je především závislá na terapeutovi.

Využití reminiscenci v domácí péči by se mělo řídit následujícími podmínkami. Je žádoucí, aby rodinný pečovatel:

- spolupracoval s odborníky a účastnil se odborně vedených aktivit
- sestavil (shrnul) životní příběh osoby, o níž pečuje a vracel se k jejím oblíbeným zážitkům
- kladl důraz na rodinné rituály (denní, oslavy, sváteční dny) – vyvolávají pocit jistoty, mají reminiscenční potenciál
- zachovával důvěrné známé prostředí, v němž jemu svěřená osoba dlouhodobě žila
- využíval osvědčená reminiscenční média – vycházející ze znalosti osoby, o níž pečuje
- podporoval a využíval způsob komunikace přijatelný pro osobu, o níž pečuje – nemusí jít jenom o verbální komunikaci.

Využití reminiscenci ve stáří obecně závisí na základním činiteli, kterým je stav paměti (a potažmo také ostatních kognitivních funkcí, neboť paměť je vždy přítomna při jejich rozvoji a užívání). Paměť může být zatížena dvojím

způsobem – „normálním“ involučně podmíněným úbytkem a/nebo těžším úbytkem doprovázejícím onemocnění, jehož součástí bývá patologické poškození mozku – a to je do značné míry znepráhledňující.

Involučně podmíněný úbytek paměti obecně existuje, avšak s odlišnou hierarchií a variabilitou. Jinými slovy – chronologický věk má prokazatelný vliv na míru paměťového výkonu (ve smyslu jeho poklesu), nicméně odlišně v jeho různých druzích – a navíc – v potaz musí být brány i jiné determinanty. Stuart-Hamilton (1999) v této souvislosti zmiňuje třeba slovní zásobu, míru deprese, rodinný stav, pohlaví, postavení v zaměstnání, vzdělání.

Hierarchie a variabilita involučně podmíněného úbytku paměti může mít následující kontury:

- malé, ale přesto patrné zhoršení krátkodobé paměti (může jít o úbytek v ovládání paměťových procesů: např. kódování vyžadujícímu pozornost, vybavování informací vyžadujícímu schopnost reagovat ((čili zhoršení pozornosti a reakčního času)) – může však jít i o slábnutí samotné paměti – nicméně, věkový deficit lze zmírnit tréninkem);
- co se týká dlouhodobé paměti, obecně platí, že jakékoli problémy v krátkodobé paměti (viz problémy v kódování, nutnému předpokladu ukládání, a ve vybavování) se vždy projeví i v ní (navíc je vše komplikováno aktuálním stavem a strukturálních změnách jednotlivých paměťových oblastí mozkové kůry, stavem inteligence, jazykovými schopnostmi – např. úrovní čtení, porozumění příběhu apod.) – konkrétně lze konstatovat, že (Stuart-Hamilton, 1999):
 - sémantická paměť na fakta (jako součást krystalické inteligence související s objemem získaných vědomostí) zůstává i během stárnutí v poměrně dobrém stavu (počepitelně za předpokladu, že zapomínání je nezbytnou součástí normálního fungování paměti během celého života a za předpokladu, že běžné výpadky paměti ve stáří prostě existují);
 - implicitní paměť (při níž nejsme schopni deklarovat zapamatované schopnosti, protože si je neuvědomujeme) je většinou stárnutím nedotčena, nicméně individuálně (k prokazatelnému zhoršení dochází pouze, je-li k využití implicitních informací třeba další psychické činnosti – např. asociací při zapamatování si slovních spojení);
 - validita případných změn autobiografické paměti je problematická – přesnost vzpomínek může být ovlivněna: osobním změněním detailů (to mohlo nastat vzápětí po události), osobní cenzurou, způsobem,

jakým seniora o vzpomínání požádáme, frekvencí oživování dané události atp. – lze však připustit jisté oslabení v pokročilém věku.

Těžší úbytek paměti většinou doprovází demence, především početně převažující demence Alzheimerova typu (čili demence atroficko-degenerativní) a může mít následující kontury:

- prvně a více bývá postižena paměť krátkodobá (to znamená, že lidé nedokážou přenést informace do dlouhodobé paměti, neboť si nepamatují, co se dělo zhruba před 30 sekundami – důsledkem je zapomínání orientačních bodů v novém prostředí, ztráta orientace v čase, lidech, událostech);
- výbavnost v dlouhodobé paměti již uložených informací bývá po určitou dobu zachována (pozn.: někteří autoři dělí dlouhodobou paměť na recentní ((uchovávané informace z nedávné minulosti)) a trvalou ((uchovávané informace ze vzdálené minulosti)) – nejvíce odolnou je v našem případě paměť trvalá – viz následující odrážka);
- postupně nastává problém v zapamatování si nových obsahů, čímž dochází k pozvolnému rozkladu dlouhodobé paměti (nejdříve časově nejbližších, např. rok starých stop, pak starších a ještě starších);
- typickým příznakem může být porucha recentní epizodické slovní paměti (zapomínání běžných každodenních událostí), v různé míře bývá narušena také paměť sémantická – následné problémy s vyjadřováním (chybí slova) jsou kompenzovány „slovní vatou“ a lhaním);
- naopak zachována bývá paměť implicitní (opět platí dodatek uvedený již u involučně ovlivněné implicitní paměti);
- důležitá je etiologie poruchy (Hort, 2007) – záleží např. na postižení té které hemisféry (př.: někteří klienti mohou mít zřetelněji narušeny funkce vázané na čelní mozkové laloky a přestanou být schopni plánovat a řadit jednoduché činnosti) apod.

Literatura

- ERIKSON, E. H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Nakladatelství LN, 1999. ISBN 80-7106-291-X.
- GRAWE, K. *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-311-6.
- HORT, J., RUSINA, R. a kol. *Paměť a její poruchy*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-004-5.
- KALVACH, Z. ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

- KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-314-3.
- KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
- MÜLLER, O. *Pohled na speciálněpedagogickou péči o seniory s demencí*. E-Pedagogium, 2008, roč. 8, č. 2, s. 54–60. ISSN 1213-7758.
- MÜLLER, O. *Pohled na speciálněpedagogickou péči o seniory s demencí*. E-Pedagogium (on-line), 2008, roč. 8, č. 2, s. 54–60. Dostupné na [www: \(http://epedagog.upol.cz\)](http://epedagog.upol.cz). ISSN 1213-7499.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

Kontaktní adresa

Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci

Žižkovo nám. 5

771 40 Olomouc

tel.: 585 635 310

e-mail: omuller@centrum.cz