

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2016

Bc. Martina Pecková

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

## **Reminiscenční terapie osob se syndromem demence**

Diplomová práce

Autor: Bc. Martina Pecková  
Studijní program: Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie  
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

# UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

## Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2015/2016

### ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina Pecková** Osobní číslo: **P14P0759**

Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**

Studijní obor: **Speciální pedagogika - logopedie**

Název tématu: **Reminiscenční terapie osob se syndromem demence**

Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky a logopedie**

#### Zásady pro vypracování:

Práce v teoretické části shrnuje poznatky problematiky jedinců se syndromem demence z několika hledisek. První část se věnuje charakteristice syndromu demence skrze etiologii, symptomatologii a s ní související popis kognitivně-komunikační poruchy u osob se syndromem demence, dále prevencí a prognózou, diagnostikou a možnostmi terapeutickými. Tyto jsou blíže představeny v části druhé, která zahrnuje obecné přístupy k péči o osoby se syndromem demence, dále péči logopedickou a speciálně pedagogickou se zaměřením na využití reminiscenční terapie. Empirická část má podobu kvalitativního výzkumu, jež je založen na případových studiích osob se syndromem demence, u kterých je indikována péče formou reminiscenční terapie. Klíčová slova: syndrom demence, kognitivně-komunikační poruchy, terapie demence, reminiscenční terapie

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce: **doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.**

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Datum zadání diplomové práce: **27. ledna 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **29. března 2016**

L. S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.

děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

vedoucí katedry

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením vedoucího diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne .....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení, ochotu a pomoc při zpracování diplomové práce. Za poskytnutí potřebných informací a umožnění realizace výzkumu vedení Alzheimercentra Filipov. Za vřelé přijetí a cenné rady od týmu ergoterapeutek v tomtéž zařízení. Obrovské dík patří v neposlední řadě všem klientům, kteří se účastnili realizovaných rehabilitačních sezení.

## **Anotace**

PECKOVÁ, Martina. *Reminiscenční terapie osob se syndromem demence*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. 120 s. Diplomová práce.

Práce v teoretické části shrnuje poznatky problematiky jedinců se syndromem demence z několika hledisek. První část se věnuje charakteristice syndromu demence skrze etiologii, symptomatologii a s ní související popis kognitivně-komunikační poruchy u osob se syndromem demence, dále prevencí a prognózou, diagnostikou a možnostmi terapeutickými. Tyto jsou blíže představeny v části druhé, která zahrnuje obecné přístupy k péči o osoby se syndromem demence, dále péči logopedickou a speciálně pedagogickou se zaměřením na využití reminiscenční terapie. Empirická část má podobu kvalitativního výzkumu, jež je založen na případových studiích osob se syndromem demence, u kterých je indikována péče formou reminiscenční terapie.

Klíčová slova: syndrom demence, kognitivně-komunikační poruchy, terapie demence, reminiscenční terapie

## **Annotation**

PECKOVÁ, Martina. *Reminiscence Therapy for people with Dementia Syndrome*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, Univerzity of Hradec Králové, 2015. 120 pp. Diploma Degree Thesis.

The theoretical part of this thesis sums up the knowledge about the individuals with dementia from several points of view. The first part is dedicated to characteristics of dementia through its etiology, symptomatology and to the description of cognitive-communicative disorders in individuals with the dementia syndrome. Further it focuses on the precautions and prognosis, diagnostics and therapeutic possibilities. These are looked at in more detail in the second part of the thesis, which includes general approaches to care for individuals with the dementia syndrom, logopedic and special pedagogical care focusing mainly on the usage of the reminiscence therapy. The empirical part is in a form of a qualitative research, which is based on the case studies of the individuals with the dementia syndrome who have undergone a form of the reminiscence therapy.

Keywords: dementia syndrome, cognitive-communication disorders, therapy in dementia, reminiscence therapy



# Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>1. STÁŘÍ, STÁRNUTÍ - OBDOBÍ VELIKÝCH ZMĚN.....</b>	<b>13</b>
1.1. ZMĚNY VLIVEM STÁRNUTÍ .....	14
<i>Tělesná rovina.....</i>	<i>14</i>
<i>Psychická rovina.....</i>	<i>15</i>
<i>Sociální rovina.....</i>	<i>15</i>
1.2. SPECIFICKÉ POTŘEBY SENIORŮ SE SYNDROMEM DEMENCE .....	16
<b>2. SYNDROM DEMENCE JAKO NEURODEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>17</b>
2.1. TYPOLOGIE SYNDROMU DEMENCE.....	18
2.1.1. ATROFICKO-DEGENERATIVNÍ (PRIMÁRNĚ DEGENERATIVNÍ) DEMENCE.....	18
2.1.2. VASKULÁRNÍ DEMENCE .....	25
2.1.3. SEKUNDÁRNÍ DEMENCE .....	27
2.2. OBECNÉ PŘÍZNAKY DEMENCÍ.....	29
<b>3. KOGNITIVNĚ KOMUNIKAČNÍ PORUCHY U SYNDROMU DEMENCE.....</b>	<b>32</b>
3.1 SYMPTOMATOLOGIE A ETIOLOGIE KOGNITIVNĚ-KOMUNIKAČNÍCH PORUCH PŘI DEMENCE .....	32
3.1. DIAGNOSTIKA KOGNITIVNĚ-KOMUNIKAČNÍCH PORUCH PŘI DEMENCI .....	37
<i>Diagnostická kritéria .....</i>	<i>37</i>
<i>Neuropsychologická a psychologická diagnostika .....</i>	<i>38</i>
<i>Diagnostika poruch řečové komunikace.....</i>	<i>41</i>
<b>4. TERAPIE OSOB SE SYNDROMEM DEMENCE.....</b>	<b>43</b>
4.1. BIOLOGICKÉ PŘÍSTUPY – LÉČBA DEMENCÍ.....	44
4.2. NEBIOLOGICKÉ PŘÍSTUPY V TERAPII DEMENCÍ .....	46
4.3. TERAPIE PORUCH ŘEČOVÉ KOMUNIKACE.....	55
<b>5. REMINISCENČNÍ TERAPIE OSOB SE SYNDROMEM DEMENCE .....</b>	<b>60</b>
5.1. VZPOMÍNKY, VZPOMÍNÁNÍ A JEJICH VÝZNAM V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA .....	60
5.2. VYMEZENÍ POJMU REMINISCENCE, REMINISCENČNÍ TERAPIE .....	60
5.3. KATEGORIZACE REMINISCENČNÍ TERAPIE .....	63
<i>Dělení dle přístupu k využití vzpomínek.....</i>	<i>63</i>
<i>Dělení dle formy.....</i>	<i>66</i>
<i>Dělení dle počtu účastníků.....</i>	<i>67</i>
<i>Další dělení .....</i>	<i>69</i>
5.4. REMINISCENČNÍ AKTIVITY .....	69
<i>Využití vzpomínkových krabic.....</i>	<i>71</i>
5.5. VÝZNAM A PŘÍNOS REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	72
<b>6. REMINISCENČNÍ TERAPIE OSOB SE SYNDROMEM DEMENCE V ALZHEIMERCENTRU FILIPOV .....</b>	<b>73</b>
6.1. VYMEZENÍ CÍLŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	74
6.2. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	74
6.3. CHARAKTERISTIKA MÍSTA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	75
6.4. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	77
6.5. PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	79

6.5.1.	PŘÍPADOVÉ STUDIE .....	79
	<i>Kazuistika č. 1 - Paní EK</i> .....	79
	<i>Kazuistika č. 2 - Paní JS</i> .....	81
	<i>Kazuistika č. 3 - Paní MD</i> .....	83
6.5.2.	ANALÝZA PROGRAMU REMINISCENČNÍCH SEZENÍ .....	85
	1. skupinové sezení .....	86
	2. skupinové sezení .....	88
	3. skupinové sezení .....	89
	4. skupinové sezení .....	91
	5. skupinové sezení .....	92
	<i>Individuální sezení</i> .....	94
6.6.	ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	96
6.7.	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	98
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>100</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	<b>104</b>
	<b>SEZNAM LITERATURY</b> .....	<b>105</b>
	<b>ELEKTRONICKÉ ZDROJE</b> .....	<b>109</b>
	<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>110</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>110</b>

## Úvod

*„Vzpomínky – pro jednoho závažím... druhému křídly“*

*(Neznámý autor)*

Demence je často považována za přirozený atribut stáří ve své fyziologické podstatě, a tak jí jakožto závažnému onemocnění není dle mého názoru věnováno tolik pozornosti, kolik by si skutečně zasloužila. Je však třeba upozornit, že ve většině případů se opravdu vztahuje k osobám v seniorském věku, nicméně pojmy stáří a demence nelze stavět do pozice synonym, jelikož se onemocnění může objevit kdykoli během života. Nehledě na rozmanitost v oblasti etiologické. Existuje několik desítek různých příčin, které mohou rozvoj demenciálního syndromu způsobit, a tak se vykresluje mnoho druhů a podruhů syndromu demence, které mají jen ve zlomku případů reverzibilní charakter. Právě vyslovení nezvratitelnosti onemocnění představuje zlomový okamžik, ve kterém často pečující osoba opomene hledat cesty aktivní péče o osobu s demencí. Aktivní v tom smyslu, kdy vedle zajišťování základních fyziologických potřeb a pomoci se sebeobsluhou také zařazujeme v péči o osobu s demencí ty činnosti, které vedou k zachování co největší míry funkční komunikace jako prostředku pro vyjádření svých potřeb a pocitů, přičemž komunikace vůbec nemusí mít podobu verbální, vždy je třeba hledat individuální způsob, třeba i náhradními – kompenzačními – prostředky. Stejně jako schopnost komunikovat je pro člověka zásadní být součástí společnosti – někam patřit. Jakákoli nemoc, nejvíce potom taková, která člověka odlišuje od nastavené normy společnosti, vytrhává člověka z jeho přirozeného socializačního procesu, což se významně podepisuje na jeho psychice. Není tomu jinak ani u osob s demencí.

Právě zde má své místo i speciální pedagogika, která v péči o osoby s demencí využívá tzv. nebiologických přístupů léčby, prostřednictvím kterých usiluje o celkovou psychickou pohodu osob s demencí a udržuje je na co nejvyšší úrovni života, kterou jim pokročilost onemocnění dovoluje. Vždy s apelem na důstojnost, již je třeba těmto osobám zachovávat až do posledních chvil jejich života. Jedním z takových přístupů je i reminiscenční terapie. Reminiscenční terapie využívá jako hlavní prostředek vzpomínky a vzpomínání, přičemž vychází z poznatků, že vhodnou stimulací lze

z paměti vybavit i hluboko uložené vzpomínky, které mohou být vlivem onemocnění mozku potlačovány a jsou na první pohled už nenávratně ztraceny. Pomocí těchto metod se snaží o aktivizaci, socializaci, podporu komunikačních kompetencí a psychickou pohodu osob se syndromem demence.

Diplomová práce je uvozena kapitolou o aspektech stáří jakožto obdobím lidského života, které je nejčastěji spjato s výskytem syndromu demence. Dále v souvislém souhrnu vymezuje onemocnění skrze komparaci dostupných definic, kategorizaci, etiologii demence a klinické obrazy jednotlivých druhů demencí. Vzhledem k častému výskytu poruch řečové komunikace při demenci se jedna z kapitol věnuje charakteristice a diagnostice kognitivně-komunikačních poruch. Závěrečné kapitoly zahrnují terapeutické přístupy biologického a nebiologického charakteru s detailnějším zaměřením na reminiscenční terapii. Empirická část ověřuje skrze výzkumný projekt kvalitativního charakteru reminiscenční terapii v praxi, konkrétně v Alzheimercentru ve Filipově, kde se primárně orientují na poskytování komplexní péče osobám se syndromem demence. Součástí výzkumného šetření je analýza realizovaných rehabilitačních sezení a kazuistické studie, zaměřené na osobní a sociální anamnézy vybraných klientů, jejich aktuální stav v oblasti kognitivní, komunikační a okrajově psychické. Výzkum si klade za hlavní cíl zjistit, jaký vliv má reminiscenční terapie na osoby se syndromem demence, jestli ovlivňuje jejich komunikaci a psychické ladění.

## 1. Stáří, stárnutí - období velikých změn

Stáří představuje jeden z nejrizikovějších faktorů vzniku syndromu demence a jedná se rovněž o specifickou životní etapu v životě člověka, a tak je třeba zmínit k této problematice několik zásadních bodů. Z vývojového hlediska představuje stáří poslední fázi lidského života, o kterém mluví Vágnerová (2007) jako o postvývojovém, charakterizovaném jako období moudrosti, nadhledu a pocitu naplnění. Druhá strana mince však přináší markantní úbytek energie a velké změny ve struktuře osobnosti. Lidé ve stáří prožívají subjektivní pocity svobody, nevyhnou se však i ztrátám, které mohou mít menší či větší vliv na tvarování osobnosti v této fázi života.

Vágnerová (2007) rozlišuje dvě zásadní etapy stáří, a to období raného stáří (věk 60 -75 let), kdy už dochází k určitým změnám, ale ty nemusí být nutně natolik velké, aby znemožňovaly aktivní a nezávislý život, a období pravého stáří (věk 75 a více), které je spojováno s nárůstem problémů v oblasti tělesné i mentální (tam mluvíme především o mentálním úpadku), s nárůstem různých zátěžových situací, které kladou značný tlak na adaptaci jedince (např. umístění do nějakého specializovaného zařízení, úmrtí jednoho z manželů apod.). Lidé, kteří se dožijí 80 let, považujeme za lidi tzv. čtvrtého věku.

Z výše uvedeného vyplývá, že s obdobím senia přicházejí takové změny fyziologického původu či sociálního charakteru, které mohou předznamenávat větší výskyt syndromu demence v populaci seniorů, nicméně je třeba vyvrátit mýtus, který by snad spojoval demenci pouze se stářím. Hamilton (1999) uvádí, že syndrom demence může postihnout dospělého v kterémkoli věku. Jiráček (1998) dokonce mluví o vzniku v dětském věku, kdy se za hranici mezi stanovením diagnózy demence versus mentální retardace považuje druhý rok života dítěte. Demence v dětském věku se však vyskytují velmi vzácně. Je tedy třeba podotknout, že nelze zaměňovat pojem senilita (vnímáno jakožto důsledek fyziologického stárnutí) a demenci. Pravdou však zůstává, že s narůstajícími léty se zvyšuje procentuálně zastoupení jedinců se syndromem demence v populaci seniorů. Jiráček (2009) rovněž uvádí, že asi v 5 % se u osob ve věku vyšším než 65 let objevují kognitivní poruchy spojené s nástupem demence. Ve věkové kategorii 85 let plus je to potom až 50 % z celkové populace této cílové skupiny.

Věk je zásadním rizikovým faktorem vzniku demencí, a je třeba dále přiblížit specifika osobnosti seniorů a seniorů se syndromem demence. Kdy pro účely této práce budeme vycházet z definice stáří dle vývojové psychologie, a tak za seniora budeme považovat člověka staršího 60 let. Přičemž se oprostíme od homogenního charakteru této cílové skupiny a budeme počítat spíše s individualitou každého seniora s ohledem na možnost určitých podobností v celé skupině daných právě typickými znaky stáří.

### **1.1. Změny vlivem stárnutí**

Každá vývojová fáze v životě člověka s sebou přináší více či méně dynamických změn, které se odrážejí buď ve fyzické rovině, nebo v té psychické, často jde však spíše o kombinaci obojího, navíc s dopadem na sociální oblast života člověka, tedy jeho socializaci a adaptabilitu v rámci sociálního života. (Vágnerová, 2007)

Kubalčíková (2006) v souvislosti s novým pojetím stáří mluví také o tzv. funkčním věku, potenciálu seniora, který tvoří tři základní dimenze: fyzická, psychická a sociální.

#### Tělesná rovina

Co se tělesných změn týče, přicházejí velmi individuálně variabilně v závislosti na genetických předpokladech a zároveň se na nich podepisují přítomné choroby u individuálního jedince. Nemocnost a s ní spojená schopnost sebeobsluhy má přímý vliv na fyzično stejně jako vnější faktory, které způsobují tzv. sekundárně podmíněné stárnutí. Jedná se, jednoduše řečeno, o odraz životního stylu, způsobu výživy, působení toxických látek na orgánové systémy během celého života. (Vágnerová, 2007)

Pichaud a Thareauová (1998) uvádějí některé typické fyziologické změny stárnutí, mezi něž řadí: svažující se kůži, šedivění a ubývání vlasů a ochlupení, změnu percepčního vnímání jak zrakem, tak sluchem (horší vnímání vysokých tónů a zvýšená citlivost na šumy, obtížnější adaptace na střídání tmy a světla, zúžení zorného pole), ochabování svalstva a úbytek kostní hmoty, rychlejší unavitelnost dýchací soustavy především při zvýšené námaze, změny v produkci hormonů, jejich sekrece a aktivity a přestavba imunitního systému. Kubalčíková (2006) navíc doplňuje i pigmentové skvrny.

## Psychická rovina

Významnou proměnou prochází také psychika stárnoucích osob, mění se psychické funkce. *„Některé z těchto změn jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem psychosociálních vlivů, mnohdy jde o výsledek jejich interakce. Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starší lidé reagují, jsou individuálně rozdílné.“* (Vágnerová, 2007, s. 315)

Psychické funkce úzce souvisí s prožíváním, uvažováním a chováním, tudíž musíme předpokládat, že v těchto oblastech může v důsledku psychických změn také docházet k proměnám, které je nutno akceptovat jako projev stáří. Změny se nejvíce promítají do oblasti kognitivních funkcí, emocionality, motivačních a regulačních funkcí. (Vágnerová, 2007)

Kubalčíkové (2006, s. 6) psychická dimenze zahrnuje: *„kognitivní funkce (paměť, schopnost zpracovávat informace, řešení problémů), mentální funkce, emoční složku. Významnou složkou jsou jedincovy osobnostní rysy a způsob nazírání vlastního „já“, které ovlivňují reakci na vlastní stáří (tzn. subjektivní věk čili obrazně řečeno „člověk je tak starý, jak se sám cítí“) a schopnost přijetí vlastní role, což se odráží i v názorech, činech, postojích a interpersonálních vztazích.“*

## Sociální rovina

Mluvíme-li o sociální oblasti, popř. dimenzi, máme na mysli schopnost navazovat a udržovat vztahy ve společnosti, začleňování se do určité sociální sítě, ale také participace na aktivitách atp. Z tohoto pohledu potom v souvislosti se stářím přichází riziko zvyšující se pravděpodobnosti, že dojde v některých či všech ze zmíněných oblastí k poklesu funkčního potenciálu. Vliv zde má především zvyšující se věk a s tím omezení sociálního kontaktu se širším sociálním prostředím, a to především odchodem do penze, zhoršení zdraví, a tak omezení sociálních kontaktů atp. Tyto a mnohé další jsou považovány za určité překážky pro plně funkční proces socializace, díky heterogenitě nemůžeme striktně konstatovat, že každý senior je vždy vytržen z určitého sociálního prostředí, jen v souvislosti s narůstajícím věkem a s ním spojenými změnami k tomuto dochází častěji. Ať už z důvodu zhoršení biologické, psychické, sociální složky, jejich kombinace nebo dysfunkcí všech zmíněných složek. (Kubalčíková, 2006)

## 1.2. Specifické potřeby seniorů se syndromem demence

Je tedy zřejmé, že i období stáří představuje životní fázi, ve které zůstává člověk individuální osobností, jen se pod tíží některých vlivů může tato osobnost změnit, a to někdy natolik, že máme pocit, že před námi stojí úplně jiný, možná cizí, člověk, než jakého jsme znali. A proto je třeba stáří pochopit tak, abychom dokázali žít napříč generaci v určité symbióze a vzájemně se tolerovat. Tolerance a akceptace specifických potřeb, to je alfa omega vzájemné akceptace a porozumění. Často se setkáváme s přístupem, který omezuje potřeby starých lidí pouze na základní fyziologické potřeby a materiální zajištění. Tato kapitola snad dokazuje pravý opak – potřeby seniorů je třeba chápat komplexněji. Jedním příkladným argumentem za všechny je známá Maslowova teorie lidských potřeb, která je platná v průběhu celého života. H. Maslow svou teorii potřeb trefně graficky připodobňuje pyramidě o pěti „patrech“, úrovních, zahrnující potřeby fyziologické, potřebu bezpečí, sociální potřeby, potřebu autonomie a pomyslný vrchol představuje potřeba seberealizace a sebenaplnění. Model pyramidy zároveň znázorňuje jediný celek, který je sice tvořen z jednotlivých částí, ale ty od sebe nelze oddělit, aby byla zachována komplexnost. Komplexnost lidské osobnosti, tedy spojení fyzické, psychické a sociální stránky osobnosti. (Nakonečný, 1998)

Za specifickou skupinu seniorů můžeme považovat seniory se syndromem demence, jež z důvodu přítomnosti tohoto závažného onemocnění, budou logicky vyžadovat uspokojování nejen základních, ale určitých nadstandardních potřeb vyplývajících z charakteru onemocnění a s ním spojenými změnami v jejich životě. Jedná se především o dvě poslední fáze onemocnění, kdy se osoba se syndromem demence postupně stává závislou na svém okolí. Potom je třeba zajistit, jak uvádí Zgola (2003), dobrý vztah mezi touto osobou a pečovatelem, bezpečné prostředí a smysluplné aktivity pro co nejdelší udržení co nejvyšší kvality života.

Syndrom demence je pro člověka velikou psychickou zátěží, která se odráží také v oblasti sociální. Snížená schopnost až neschopnost zvládnání sociálních rolí, zhoršené chápání nároků v něm budí zmatek a cítí se být ohrožen. Situaci nepřidá ani ztráta orientace v čase, prostoru, osobách a sobě samém. Postupná přeměna až deteriorace osobnosti jedince se syndromem demence má také značný vliv na jeho blízké okolí, především tedy rodinu. Ta k němu často, ač nevědomky, mění svůj dosavadní postoj, a tak dochází k zásadním změnám v sociálních vazbách na obou stranách.



## 2. Syndrom demence jako neurodegenerativní onemocnění

Neurodegenerativní onemocnění vznikají nejčastěji pozvolným, výjimečně rychlým úbytkem mozkových či míšních neuronů, kdy tyto neurony zanikají vlivem apoptózy, tedy programované sebevraždy, následně jsou nahrazeny gliemi<sup>1</sup>. Důsledkem toho se sekundárně mohou objevit příznaky senzitivní, sensorické, symbolické či vegetativní, ale i kognitivní poruchy včetně demence kortikální, subkortikální i smíšené. (Kaňovský, 2003)

*„Problematika kognitivních poruch a demence stojí v popředí zájmu neurologů, neuropsychologů, psychiatrů, geriatrů a vědců působících v řadě disciplín základního neurovědního výzkumu. Příčiny jsou přinejmenším dvě: Jedna je stárnutí populace v ekonomicky vyspělých zemích, tedy nárůst absolutního počtu nemocných s kognitivní poruchou, a snaha pátrat po příčinných souvislostech, povaze, průběhu a patofyziologických mechanismech onemocnění, projevujícího se kognitivním úbytkem. Cílem je co nejpřesnější diagnostika a nalezení nejvhodnější možné prevence a kauzální léčby.“* (Rektorová, Předmluva, 2007)

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10), kde je demence řazena pod označení F00-F03, tedy Organické duševní poruchy včetně symptomatických, znamená: *„syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.“* (MKN 10, 2014, s. 189)

Oproti tomu Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (dále jen DSM – V) chápe i přes zřejmé narušení duševní, a tedy zhoršenou psychickou, behaviorální i emoční stránku osobnosti, syndrom demence jakožto důsledek fyzické nemoci, následek úrazu nebo vlivu léků. Přičemž je klasifikuje dle základního chorobného stavu, kterým se daný typ demence projevuje.

---

<sup>1</sup> Neuroglie (glie) představuje podpůrnou tkáň nacházející se v nervovém systému, tvoří ji několik typů buněk. Má podpůrnou funkci, podílí se na výživě nervových buněk, podporuje proces hojení. Na rozdíl od ostatních nervových buněk je neuroglie schopna buněčného dělení. (Vokurka, 2005)

Demenci můžeme tedy obecně nazývat získaným postižením ve formě syndromu, který je projevem či následkem funkčního onemocnění mozku, jež je dáno různými příčinami. Samotný syndrom demence se potom dále také vyznačuje určitými symptomy, které se odrážejí napříč osobnosti.

Málokterý autor uvádí zásadní fakt, a to že syndrom demence je ve většině případů nezvratitelný, ale pouze vhodnou stimulací zastavitelný proces (na omezené časové období) nebo proces, který lze zpomalit, vždy však vede k degeneraci. V závislosti na dynamice onemocnění se potom člověk trpící syndromem demence stává nesoběstačným v úkonech běžného života a dříve či později se stává závislým na svém okolí. Shodují se na tom jak Neubauer (2014) tak Jiráček (2009).

## 2.1. Typologie syndromu demence

Kategorizace syndromu demence se liší autor od autora, často se setkáváme se základním rozdělením na tři skupiny. Kdy jejich posloupnost odpovídá také vzestupnému zastoupení v populaci výskytu syndromu demence.

### 2.1.1. Atroficko-degenerativní (primárně degenerativní) demence

U syndromu demence na podkladě atroficko-degenerativních procesů/nemocí mozku za nejčastější příčinu vzniku považuje Neubauer (1997) a Preiss (1998) Alzheimerovu chorobu, z tohoto důvodu jí bude věnována největší část této subkapitoly.

#### Alzheimerova choroba

Při Alzheimerově chorobě dochází k „*atrofickým patologickým změnám v oblasti mozkové kůry a podkoří*“ (Neubauer, 1997, s. 42). Z těchto důvodů má průběh a samotný rozvoj demence spíše plíživý charakter. Provedeme-li jakousi sondu do lidského mozku, musíme tyto změny chápat jako procesy, jež vedou ke snižování počtu nervových buněk, jejich spojů (synapsí), funkcí (neuronů) i pomocných nervových buněk (neuroglií). Zásadní roli zde hraje bílkovina, konkrétně degradace některých bílkovin a tvorba a ukládání tzv. patologických bílkovin, což způsobuje další nežádoucí degenerativní děje. Jedním z těchto dějů je *apoptóza* – zánik buňky – jinak řečeno také geneticky programovaná smrt buňky neboli „sebevražda“ (Vokurka, 2005). V případě neurodegenerativních chorob dochází k apoptotickým příhodám (sebevraždám) častěji než je běžné, zároveň k nim nedochází tehdy, kdy je to žádoucí. (Jiráček, 2009b)

*„V rámci neurodegenerace je porušen přenos buněčné informace na různých úrovních. Dochází ke snížené tvorbě a uvolnění některých neurotransmiterů – látek uvolňovaných z nervových zakončení a vážících se na další nervová vlákna v místech, kterým se říká receptory. Touto vazbou dochází k přenosu vzruchu mezi jednotlivými nervovými buňkami.“ (Jirák, 2009b, s. 20)*

Z tohoto důvodu je například u Alzheimerovy choroby porušena tvorba i výdej receptorových vazeb neurotransmiteru acetylcholinu<sup>2</sup> již v počátečních fázích. Jelikož takových neurodegenerativních procesů existuje více, v důsledku toho dochází k poruše funkce mozku, a tak k syndromu demence. (Jirák, 2009)

V menším zastoupení se můžeme setkat s familiárním výskytem Alzheimerovy choroby, to znamená, že je generačně tímto onemocněním postiženo více pokrevních příbuzných v jedné rodině. Z genetického hlediska bylo nalezeno hned několik mutací, a to na chromozomech 21, 14 a 1, tyto mutace potom vedou k patologickému ukládání bílkoviny, konkrétně beta-amyloidu. Opět se jedná o nežádoucí procesy ve spojitosti s ukládáním bílkovin, jen za podpory přenosu genetické informace. (Jirák, 2009a, 1998)

Jedná se tedy o nejčastější příčinu vzniku demence, a to v čisté podobě až v 50 % případů, Alzheimerova choroba se však objevuje v kombinaci s dalšími příčinami, a tak toto číslo není konečné. Příkladem za všechny je tzv. alzheimerovsko - vaskulární forma demence, kdy dochází k rozvoji demence pro přítomnost stejnojmenné choroby, tak k cévním změnám na mozku. Výjimkou není ani kombinace s Parkinsonovou chorobou. (Jirák, 2009a). Hrdličková a Hrdlička (1999) uvádí název demence Alzheimerova typu, pod kterým jsou schovány i výše zmíněné kombinace.

Alzheimerova choroba má progredující charakter, končí smrtí, její trvání je vymezeno 7 – 10 lety od diagnosticky prvních příznaků. U mladších pacientů může být průběh i rychlejší, v některých případech zase lidé s tímto onemocněním žijí i 15 let. Tato choroba je řazena mezi základní – nikoli bezprostřední – příčinu smrti a jednu z nejčastějších příčin smrti vůbec.

---

<sup>2</sup> Acetylcholin – „trimethylamoniová sůl kation, látka přenášející vzruchy v nervové soustavě neurotransmitery. Uplatňuje se v parasympatickém nervovém systému, dále v mozku, při nervosvalovém přenosu v kosterním svalstvu a v některých místech sympatického nervového systému“ (Vokurka, 2005, s. 5)

## *Klinický obraz Alzheimerovy choroby*

Demence se rozvíjí velmi nenápadně, má plíživý charakter, zprvu se projevuje v podobě mírné poruchy poznávacích funkcí. Jako počáteční příznaky se manifestují poruchy krátkodobé paměti, vstřípivosti paměti a paměti epizodické. Na čas si nedávají ani poruchy orientace jak časem, tak prostorem. Právě toto má za následek, že osoby s Alzheimerovou chorobou bloudí, a to nejprve na vzdálenějších místech, potom i tam, kde to bezprostředně dobře znají. Časté je také snížení až úplný zánik logického uvažování, soudnosti. Postupující demence zasahuje všechny složky paměti, a tak se v pozdějších stádiích projevuje tzv. amnestická dezorientace. Osoba je zcela dezorientovaná z důvodu neschopnosti si zapamatovat nic nového a má problémy s vybavováním vzpomínek na věci proběhlé.

Oblast porozumění a exprese řeči bývá rovněž postižena. Markantně se zužuje aktivní slovní zásoba, řečové vyjadřování má dysnomický až anomický charakter, osoba nevybavuje jména ani pojmy. Mimo to se setkáváme s prosopagnozií, neboli zapomináním tváří, a to i nejbližších osob jako dětí, manžela, sourozenců atd. K neschopnosti porozumět jakémukoli sdělení přispívá postupné snižování intelektu a zpomalování myšlení. (Jiráček, 2009a; 1998)

Klinický obraz v jednotlivých stádiích onemocnění shrnuje následující tabulka.

<b>Stupeň demence</b>	<b>Typické projevy Alzheimerovy choroby</b>
<b><i>Lehká demence</i></b>	poruchy krátkodobé i střednědobé složky deklarativní paměti (nové informace)
	počínající poruchy aktivit denního života (hlavně profesní, složitější)
	poruchy orientace (méně známá místa)
	poruchy nálad (deprese)
<b><i>Střední demence</i></b>	výrazné zhoršení paměti ve všech složkách
	dezorientace v čase a prostoru
<b><i>Těžká demence</i></b>	těžké poruchy paměti ve více složkách
	neschopnost si zapamatovat nově příchozí informace
	úplná dezorientace v čase a prostoru
	prosopagnozie směrem k nejbližším lidem

Tabulka A – Typické projevy Alzheimerovy choroby

## Parkinsonova choroba

Parkinsonova choroba patří mezi neurodegenerativní onemocnění, které má chronicko-progresivní charakter. Postihuje zhruba 0,2 % populace. (Konrád, 2009)

Při této nemoci je postiženo centrální nervstvo, což způsobuje celou řadu obtíží. Etiologicky vychází z přítomnosti poruch tvorby neurotransmiterů, tedy chemických látek, které umožňují přenos vzruchů v nervové soustavě. Jedná se především o patologicky snížené množství dopaminu v bazálních gangliích, současné výzkumy ukazují také na poruchy tvorby serotoninu, noradrenalinu a acetylcholinu. (Vokurka, 2005; Rhot, Růžička, 1998)

Nedostatek dopaminu odpovídá za hlavní klinické projevy, které se nejprve manifestují jako nespecifické, a to již před čtyřicátým rokem věku (Rhot, Růžička, 1998), až později se v závislosti na tíži onemocnění objevují příznaky hlavní. Konrád (2009) uvádí jako nejčastější období vzniku onemocnění mezi 58. – 60. rokem, nicméně v souvislosti s tímto věkem se zmiňuje již o projevech demence a kardinálních projevech, nevylučuje tak možnost vzniku u mladších osob.

### *Demence u Parkinsonovy choroby*

Do klinického obrazu Parkinsonovy choroby spadají také poruchy kognitivních a psychických funkcí. V souvislosti s Parkinsonovou chorobou hovoříme o výskytu syndromu demence, která je většinou lehkého až středního stupně (Konrád, 2009). Rhot a Růžička (1998) uvádějí prevalenci od 10 do 25 %, Rektorová (2007) však zmiňuje rozmezí od 20 do 40 % v celé populaci nemocných, v pozdějších fázích onemocnění se číslo přibližuje dokonce 80 %. Rhot a Růžička (1998) zmiňují tzv. izolované kognitivní deficity, kdy může být postiženo hned několik kognitivních funkcí zároveň, a to až u 90 % pacientů s touto diagnózou. Součtem jednotlivých deficitů v závislosti na povaze onemocnění se tyto deficity postupně transformují v syndrom demence. Vedle poruch paměti koexistují také zhoršená pozornost a výrazně kolísavá schopnost soustředit se. Nápadný je rovněž bradypsychismus a jistá apatie. Parkinsonova choroba má vliv také na exekutivní funkce ve spojitosti s řešením problémů a prací s myšlenkami. Oslabeny jsou i vlastní aktivity, setkat se můžeme i se změnami osobnosti, poruchami nálad, zrakovými i sluchovými halucinacemi a bludy. (Konrád, 2009)

## Huntingtonova chorea

Mutace autosomálně dominantního dědičného charakteru<sup>3</sup>, která se objevuje především u jedinců středního věku. Týká se čtvrtého chromozomu. Dochází k patologické tvorbě bílkoviny, se kterou si organismus neví rady. Tato bílkovina se postupně hromadí v mozku a ničí mozkové buňky nejprve v oblastech souvisejících s řízením pohybu, dále ve všech ostatních oblastech mozku. Podle Borzové (2009a) trpí tímto vzácným onemocněním jeden člověk z patnácti tisíc. Jedná se o nemoc, která v rychlém tempu a zásadně devastuje nemocného po fyzické i duševní stránce, navíc má vliv na sociální vztahy, protože péče o takto nemocného člověka je veliké omezení pro pečujícího, co se týče fungování v běžném životě. I přesto, že etiologie nemoci je nám známá, dosud se nepřišlo na způsob, jak jí zabránit, pouze lze vhodným působením příznaky ovlivňovat.

### *Demence u Huntingtonovy chorey*

Mimo neurologické příznaky tohoto onemocnění se objevují také příznaky psychické, jež těm neurologickým často předcházejí. Mezi ně řadíme právě i vývoj demence, která souvisí s celkovou degenerací mozku (Hrdličková, Hrdlička, 1999). Dle Borzové (2009a) v závislosti na délce trvání onemocnění a zhoršujícímu se psychickému stavu jedince s Huntingtonovou choreou dochází k výpadkům paměti, jež jsou zpravidla špatně přijímány. Kromě příznaků, které úzce souvisí s přítomností demence (poruchy kognitivních funkcí), se objevuje i neschopnost naplňovat dny běžnými denními aktivitami, k čemuž se přidávají často poruchy chování jako agrese, sexuální obtěžování nebo egoistické sklony vedoucí k prosazování si výhradně vlastních potřeb bez ohledu na ostatní. Objevují se i psychotické příznaky (halucinace, bludy atp.), úzkostlivost, přecitlivělost a poruchy nálady inklinující k depresivitě až apatii. Takový jedinec potom působí na své okolí jako někdo, kdo veškeré své chování namíruje proti ostatním, a to vědomě. Pravdou však zůstává, že neurologické i psychické obtíže mají organický původ, a tak je způsobuje právě zmíněné poškození mozku a je třeba je plně akceptovat jako součást symptomatologie.

---

<sup>3</sup> Autosomální dominantní dědičnost = dědičnost znaků či chorob, jejichž geny jsou umístěny na autozomech, jejichž dědičnost se netýká pohlavních chromozomů a k jejich přenosu stačí projev pouze jednoho – dominantního – znaku. (Vokurka, 2005)

Havrdová, Roth, Preiss (1998) přisuzují demenci hned 100 % všech jedinců s tímto onemocněním, a to s promptním nástupem na počátku a následným postupným zhoršováním. Kognitivní deficity zde představují poruchy paměti, prostorové orientace, počítání, úsudku, rychlosti výkonu a plynulosti řeči. „*Demence u Huntingtonovy chorey je demencí subkortikální<sup>4</sup>, charakterizovanou poruchami paměti, kognitivním zpomalením, neschopností setrvat v řešení úkolu a měnit vzorce chování, apatii a deprese, ale zachováním porozumění a vyjadřování řeči.*“ (Havrdová, Roth, Preiss, 1998, s. 163)

### Frontotemporální lobární demence

Méně častá forma vyskytující se zhruba v 10 % všech případů diagnostikování syndromu demence. Neurodegenerativní procesy zasahují frontální, tedy čelní, nebo temporální, tedy spánkové, laloky, ale postupně mohou zasáhnout i další oblasti mozku. (Franková, 2009a)

Etiologie není známá, výskyt je však často familiární, a proto se předpokládá genetická podmíněnost. Dle Frankové (2009a) můžeme tyto typy demencí řadit mezi tzv. tauopatie, tedy poruchy metabolismu tau-proteinů a jejich ukládání do neuronů.

Frontotemporální typy demencí mají nenápadný, plíživý začátek s postupně se zhoršujícími příznaky. Připadají nejčastěji na věkové rozmezí 45 – 65 let a průměrná doba trvání je 8 let (2 až 20 let). Přesné projevy závisí na topografickém umístění změn (čelní nebo spánkový lalok). Z neurologického hlediska se může jednat o ohraničená ložiska ve zmíněných oblastech mozku, častěji se však setkáváme s postupným rozpínáním do ostatních oblastí mozku, což způsobuje syndrom demence v plném rozsahu. Frontotemporální demence se typicky projevují změnami v chování, charakteru, ve stravování, ale přítomny bývají i poruchy řeči nebo kritičnosti. V pokročilých stádiích mají velmi podobný klinický obraz Alzheimerově chorobě. Jak už bylo zmíněno, klinický obraz se liší dle lokalizace změn. Jestliže se jedná o změny v oblasti frontálního – čelního – laloku, diferencuje se zde frontální typ demence. (Franková, 2009a)

---

<sup>4</sup> Subkortikální – podkorový. S. oblasti mozku, např. thalamus, hypothalamus, bazální ganglia, mozkový kmen aj. sub-; kortikální (Vokurka, 2005, s. 864)

Jedním z konkrétních zástupců frontotemporální demence je Pickova nemoc, neurodegenerativní onemocnění, které zasahuje především frontální, ale často i temporální oblasti, předpokládá se u ní genetická podmíněnost a vyznačuje se ohraničenou numerickou atrofií neuronů, v nichž se při topografickém vyšetření objevují tzv. Pickova tělíska. Ostatní demence související s postižením mozkových laloků jsou ryze vzácná onemocnění. (Jirák, 1998)

### *Frontální demence*

Frontální varianta demence, jinak nazývaná také behaviorálně-dysexutivní, se v populaci frontotemporálních demencí vyskytuje až v 70 % všech případů. Souvisí s lokalizací změn v čelní oblasti mozku. Nejčastěji se manifestuje změnami osobnostních rysů a chování, ztrátou sociálního taktu, objevit se může také apatie nebo ztráta vůle. Netypické nejsou ani obsedantně-kompulzivní tendence projevující se jakožto stereotypní či rituální chování, poruchy stravovacích návyků, ztráta zájmu o vlastní zevnějšek spojená se zanedbáváním osobní hygieny. Poruchy kognitivních funkcí nastupují naopak později, rozvíjí se až v průběhu onemocnění. Narušena je tak pozornost, myšlení abstraktního charakteru a řešení problémů. Řeč je chudá na slovní zásobu, verbální komunikace se omezuje na pár stereotypních vyjádření na úrovni slov či krátkých výrazů a frází. Naopak zachovány bývají funkce související se zrakově - prostorovou orientací, pamětí a postižení nebývají ani běžné denní aktivity. Postupná progrese však přinese plně se projevující demenci. (Franková, 2009a)

### *Sémantická demence*

Bývá diagnostikována v případě lokalizace neurologických změn souvisejících s přední částí spánkových (temporálních) laloků, a to buď na subjektivně dominantní straně či při oboustranné lézi. Tato demence „*je charakterizována těžkou poruchou porozumění řeči, ztrátou schopnosti pojmenovat předměty a rozpoznat význam a obsah zrakových vjemů (vidí hřeben, ale neví, k čemu ho použít).*“ (Franková, 2009a, s. 45)

Název *sémantická* logicky odkrývá, jakým směrem se poruchy ubírají – od omezení obsahu aktivní slovní zásoby, přes stereotypy v řeči a zaměňování pojmů v rámci jedné kategorie (rukavice rovná se ponožka) až po dysnomické rysy při vybavování slov. Poruchy přímo související s kognicí a behaviorální stránkou osobnosti se dostávají většinou v pozdějších fázích onemocnění a mají obdobný projev jako



u demence frontálního typu. Franková (2009a) navíc upozorňuje na možnost vzniku primárně progresivní afázie při lokalizaci nálezu v dominantním čelním a spánkovém laloku. Což poukazuje na nutnost precizní diferenciální diagnostiky poruch řečové komunikace.

### Demence s Lewyho tělísky

Atypický druh demence na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy choroby, který patří mezi druhý nejčastěji se objevující typ demence. Proč podobnost se zmíněnými onemocněními? Je to právě patologická tvorba bílkoviny, která tvoří Lewyho tělísky, tedy kulovitá tělísky v neuronech. Ty sledoval neurolog Lewy prostřednictvím pitvy mozků pacientů, kteří trpěli Parkinsonovou chorobou, jsou pro tato dvě onemocnění tedy společnou veličinou. Z hlediska klinického obrazu je demence s Lewyho tělísky často zaměňována za Alzheimerovu chorobu, proto je diagnostikována v praxi velmi zřídka (cca ve 4 %). Přitom se prevalence nemoci pohybuje okolo 10 až 20 % ze všech typů demencí. Alzheimerovu chorobu a demenci s Lewyho tělísky navíc spojují zánětlivé změny mozkové tkáně. (Konrád, 2009)

Mimo typické projevy korelující s těmi u Parkinsonovy a Alzheimerovy choroby se demence s Lewyho tělísky také projevuje specificky. Mezi specifické projevy řadíme: *„scénické zrakové halucinace lidských postav a zvířat, kolísavou úroveň soustředěnosti a kvality vědomí a zvýšenou citlivost k antipsychotickým lékům (neuroleptikům).“* (Konrád, 2009, s. 36)

Obecně symptomatologie skýtá čtyři klinické syndromy – demence progredujícího charakteru, projevy parkinsonismu v oblasti motorické, kolísavý charakter úrovně kognitivních funkcí, kdy dochází ke střídání pozornosti a bdělosti (tzv. tranzitorní deliria), nebo zrakové halucinace. Co se týče konkrétně progredující demence a kognitivních schopností, je třeba zdůraznit, že paměť nebývá zprvu nemocí zasažena, nejvíce postiženy jsou exekutivní funkce (plánování a provádění složitějších aktivit) a pozornost či zrakově prostorová orientace.

### **2.1.2. Vaskulární demence**

Vaskulární demence vznikají z důvodu poškození mozkové tkáně nejčastěji drobnými mnohočetnými mozkovými infarkty nebo jedním rozsáhlejším infarktem, který zasáhne mozek v oblastech významných pro fungování paměti. Infarkt způsobí,

v důsledku neprokrvení daného mozkového okrsku neprůchodností výživové tepny, že tato část v mozku – jednoduše řečeno – odumře. Tomuto patologickému procesu se v odborné lékařské terminologii nazývá ischemie, proto někteří autoři (např. Jirák, 1998) hovoří o ischemicko-vaskulárních demencích. Výjimečně se z hlediska etiologie dá hovořit o srdeční zástavě nebo rozsáhlém nitrolebním krvácení. V největším zastoupení je potom diagnostikována multiinfarktová demence. (Jirák, 2009b; Neubauer, 1997)

Koukolík (1999) vaskulární demence nazývá demencemi z cévních důvodů a uvádí, že patří mezi druhý nejčastěji se vyskytující druh demence, bereme-li v potaz pouze populace lidí v průmyslově rozvinutých zemích světa.

Na rozdíl od atroficko-degenerativních demencí, kde vesměs hraje zásadní roli genetika, zde můžeme jmenovat hned několik rizikových faktorů, které mohou zapříčinit vznik demence. Častěji se tento typ vyskytuje u kuřáků, obézních jedinců, kteří mají objektivní obtíže s vysokým cholesterolem, diabetiků, osob se srdečními chorobami, změněným krevním tlakem, jedinců s poruchami krevetvorby, u lidí s chronickým, ale i akutním onemocněním dýchacích cest, u nichž došlo k dlouhodobějšímu či opakovanému sníženému přísunu kyslíku. (Borzová, Jirák, 2009b)

### Multiinfarktová demence

Multiinfarktová demence, nejčastější typ vaskulárních demencí, kterou způsobují mnohočetné drobné infarkty v oblasti mozku. Vyskytuje se v populaci demencí v 15 – 30 %, a řadí se tak mezi nejčastěji diagnostikované demence vůbec. K tomu, aby multiinfarktová demence vznikla, přispívá většinou působení hned několika výše uvedených rizikových faktorů najednou. Nástup demence může mít rozmanitější charakter. Nastupuje buď náhle, zasáhne-li infarkt důležitou mozkovou oblast, popř. je-li silnějšího rázu. V případě, že infarkty přicházejí jednotlivě, demence má spíše stupňovitou, schodovitou tendenci a stav se postupně zhoršuje v závislosti na počtu a rozsahu jednotlivých infarktů. Co se týče kognitivních funkcí, nejsou zprvu natolik porušeny do takové míry, aby daný jedinec ztrácel náhled nemoci, právě z toho důvodu jsou osoby postiženy multiinfarktovou demencí více depresivní se sklonem k úzkostem. Vyskytují se rovněž poruchy fatických funkcí a poruchy praktické

a gnostické. K degradaci osobnosti dochází v pozdějších stádiích onemocnění, kdy také dochází ke ztrátě náhledu nemoci a četné jsou i noční tranzitorní deliria. (Jirák, 1998)

### 2.1.3. Sekundární demence

Poslední skupinu tvoří všechny ostatní demence, které vznikají sekundárně, jsou tedy symptomem nějakého onemocnění, úrazu atp. Příčinou může být např. nádor v oblasti centrální nervové soustavy (dále jen CNS), úraz hlavy, hydrocefalus, dále se může jednat o příznak epilepsie nebo důsledek zánětů mozku (Neubauer, 1997). Jirák (2009) navíc uvádí další příčinné faktory, jež ovlivňují činnosti CNS, potom se jedná o infekční, prionové<sup>5</sup>, metabolické či traumatické demence.

Tato skupina čítá opravdu nepřehledné množství poddruhů syndromu demence, proto budou uvedeny pouze některé ty nejčastěji se vyskytující v populaci všech demencí.

#### Demence infekční etiologie

Tyto demence vznikají na podkladě působení infekcí v mozkové tkáni – encefalitidy – a na mozkových plenách – meningoencefalitidy. (Jirák, 2009b)

#### *Progresivní paralýza*

Dle Jiráka (1998) progresivní paralýza představuje následek neléčené syfilis mozku projevující se jako zánět mozku vedoucí k jeho atrofii. Klinický obraz demence se jeví obdobně jako při Alzheimerově chorobě, často však komplikován manickými tendencemi, megalomanickými bludy nebo hlubokými depresemi. „*Mohou se vyskytnout i paranoidně-halucinogenní obrazy.*“ (Jirák, 1998, str. 150)

#### *Demence při AIDS*

„*Na vzniku demence se podílí jednak sám vyvolávající virus HIV, jednak více faktorů při selhání imunity, například přerůstání plísňových infekcí. Demence při AIDS zatím není léčitelná.*“ (Jirák, 2009b, str. 14)

---

<sup>5</sup> Prionové způsobené prionem, tedy infekčním činitelem způsobujícím neurodegenerativní onemocnění u člověka i zvířat. (Vokurka, 2009, s. 735)

Demence při AIDS se váže spíše k mladší populaci, ale není vyloučená ani ve věku seniorském. (Jirák, 2009b)

Hrdličková, Hrdlička (1999) do klinického obrazu řadí zapomětivost, zpomalenou psychiku, špatné soustředění, potíže s řešením problémů a obtížné čtení, apatii, sníženou schopnost být spontánní a narušení sociálních kontaktů. HIV demence často progreduje už během několika týdnů až měsíců, což vede k závažné celkové degradaci, mutismu a následně smrti.

### Lidské prionové nemoci

Jirák (1998) tato onemocnění uvádí společně s infekčními, nicméně Franková (2009b) vyzdvihuje v rámci této podskupiny sekundárních demencí jednoho ze zástupců, a to Creutzfeldtovu-Jakobovu nemoc (dále jen CJN) jakožto nejčastějšího zástupce lidských prionových onemocnění. Nejčastěji bývá diagnostikována kolem 60. roku věku a její doba trvání se pohybuje kolem 8 měsíců.

V největším zastoupení není známá etiologie, v rozmezí 10 – 15 % mluvíme o genetickém přenosu a vzácně může dojít k přenosu iatrogennímu, tedy v souvislosti se zanedbanými lékařskými výkony, vyšetřeními atp. Obecně však příčina známa není, podle odborníků by se však mohlo jednat o houbovité změny na tkáni mozkové způsobené priony, miniaturními proteinovými částicemi.

Co se týče demence, její nástup je časný a klinický obraz velmi různorodý. U třetiny jedinců s touto diagnózou se zprvu objevují projevy nespecifické, jako je únava, poruchy spánku, deprese, úbytek hmotnosti nebo bolesti těla. Dále dochází k postupné degradaci osobnosti, k úbytku mentálních funkcí, což se postupně manifestuje v těžké stadium syndromu demence. Mimo jiné bývají diagnostikovány neurologické příznaky: záškuby svalů mimických na dolních i horních končetinách, někdy po celém těle, křeče, svalová ztuhlost, tremor nebo závratě. K těmto variabilním projevům se přidávají také psychiatrické obtíže. (Franková, 2009b)

### Další typy demencí

V praxi se můžeme setkat také s demencemi způsobenými intoxikací – alkoholem, těžkými kovy, jinými průmyslovými škodlivinami, farmaky či drogami. Atypickou skupinu tvoří metabolické demence většinou ve spojitosti s poruchami detoxikačních schopností jater či ledvin (Jirák, 1998). Výjimkou nejsou ani

posttraumatické demence, demence spojené s tumory nebo hydrocefalem, popř. ty vznikající při epilepsii nebo v důsledku avitaminózy či endokrinních onemocněních. (Jirák, 1998)

## 2.2. Obecné příznaky demencí

Neubauer (1997) dělí příznaky dle jasného kritéria, a to dle stádií demence. Typické příznaky v určitých fázích progresu orientačně naznačuje níže uvedená tabulka. Vztahují se však primárně k atroficko-degenerativním typům demencí.

STADIUM DEMENCE	TYPICKÉ PŘÍZNAKY
<b>Mírná demence = počáteční stadium</b>	lehká porucha paměti (především deficity krátkodobé paměti)
	amnézie pojmů
	zhoršení orientace a poruchy ve vizuálně - prostorovém vnímání
	těžkosti s početními úkony a psaním
	změny afektibility a poruchy kritičnosti strategie vyhýbání se komunikaci
<b>Střední demence = střední stadium</b>	vzrůstání deficitů krátkodobé i dlouhodobé paměti
	těžké až trvalé amnézie s poruchami řeči
	časté bludy, agitovanost či apatie
	myšlenkové perseverace
	neschopnost zvládat osobní záležitosti a vztahy
	ztráta náhledu do svých poruch a obtíží
<b>Těžká demence = pozdní stadium</b>	vzrůst poruch orientace a paměti
	stále opakování pohybů
	častý mutismus
	labilní či mizivý oční kontakt
	nepřiměřené sociální chování
	časté upoutání na lůžko
	inkontinence, kachexie
	u mobilních jedinců potulování, bloudění

Tabulka B – Typické příznaky demence napříč stadii

Vlivem demence je zasažena především kognice – inteligence a paměť - chování, emoční, ale i sociální stránka. Postupně bývají zasaženy nemocí rovněž psychické funkce, krok po kroku dochází k celkové degradaci osobnosti. (Vágnerová, 1999)

Z důvodu multisymptomatologického charakteru postižení se opět dostáváme k otázce nutnosti mezioborové spolupráce z řad lékařských i nelékařských odborníků, pracovníků v přímé péči, sociálních pracovníků, speciálních pedagogů atd. To dokazuje také Jirák (2009), který uvádí, že demence jako porucha vede k postupnému zhoršování celého spektra funkcí, především k podstatnému snížení kognitivních funkcí včetně paměti. Konkrétně se jedná o pozornost, vnímání, řečové funkce ve smyslu exprese i percepce, exekutivní – výkonné – funkce a funkce zajišťující účelné jednání. Poznávací funkce zajišťují adaptaci na vnější prostředí, komunikaci s ním a také cílené jednání. Výkonné funkce představují schopnost motivace k činnostem a jejich plánování, provedení a zpětné zhodnocení. Jirák (2009) dále uvádí argument pro snižování inteligence v důsledku syndromu demence. Pojem inteligence chápe jako soubor kognitivních funkcí, a tak je zřejmé, že jejich narušení, úbytek nebo omezení s sebou přináší i sníženou inteligenci jakožto sekundární důsledek stavů při demenci. Je třeba velmi šetrně zacházet s tvrzením o snížené inteligenci, nutno podotknout, že při demenci *„dochází ke snížení intelektové a paměťové úrovně oproti úrovni, kterou demencí trpící osoba vykazovala před vypuknutím nemoci.“* (Neubauer, 1997, s. 42)

Tudíž neplatí rovnice: každá osoba se sníženým intelektem, je osobou se syndromem demence. Naopak platí, že každá osoba se syndromem demence v závislosti na progredujícím charakteru onemocnění začne vykazovat známky úbytku kognitivních funkcí, a tedy inteligence.

Již bylo zmíněno, že demence je syndrom charakteristický určitými projevy vycházejícími z příčinné podstaty onemocnění či traumatu nervové soustavy, především přímo mozku. Toto bývá často diagnostikováno ve spojitosti s chorobami, při kterých se vždy rozvíjí (Alzheimerova choroba), ale může se objevit až v dalších 60 případech nejrozumnějších onemocnění, při kterých se objeví pouze někdy (AIDS). (Jirák, 2009)

Z hlediska diagnostiky dílčích projevů syndromu demence je toto vodítko pro uznání a potřebu praktické realizace podrobné diagnostiky založené na diferenciaci a hledání příčin za cenu oproštění se od prostého konstatování symptomatologie, která je sice často zřejmá, ale nemívá tak zásadní výpovědní hodnotu přispívající k výběru cesty vhodné intervence či léčby ve smyslu komplexního působení na osobnost se syndromem demence, a tak co nejdelšího udržení co nejvyšší kvality životní úrovně těchto lidí. Diagnostika cílená na příčiny vzniku demencí rovněž přispívá k pochopení

jednotlivých typů tohoto syndromu. Z neurologického hlediska, je syndrom demence velmi složitou problematikou. Na jejím vzniku se podílí mnoho procesů, dějů a faktorů, a tak vyžaduje pečlivou a podrobnou komplexní diagnostiku, která odkryje příčiny vzniku a rozvoje demence. Poznáním příčin, které jsou pro další léčbu a terapii zásadní, lze lépe pochopit projevy a ty optimálně stimulovat opět s ohledem na jejich původ. Následná medikamentózní léčba, ale i doplňková terapeutická činnost by tedy neměla pouze prostě potlačovat viditelné projevy syndromu demence, ale měla by především vycházet z poznání toho, proč a jak se toto neurodegenerativní onemocnění u daného jedince objevilo. Jedině tak může být úspěšná.

### 3. Kognitivně komunikační poruchy u syndromu demence

Z charakteristik klinických obrazů jednotlivých typů demencí vyplývají i značné nebo mírné poruchy v oblasti komunikace. Právě tomuto sekundárnímu projevu bude na tomto místě věnována pozornost. Poruchy komunikace se objevují jako průvodní symptom všech typů demencí, o jejichž intenzitě rozhoduje stadium syndromu demence spolu s dalšími přispívajícími faktory. Narušena může být jak verbální tak neverbální složka. Tato narušení se manifestují jakožto problematický kontakt se sociálním okolím, poruchy řečové komunikace i jazykového vyjadřování, časté jsou rovněž poruchy percepce řeči nebo narušení schopnosti číst a psát. (Neubauer, 2007)

Poruchy řečové komunikace resultují z postižení kognitivních, především intelektových, funkcí, zároveň se toto postižení projevuje (mimo jiné) poruchami v komunikaci, a tak jsou řazeny do skupiny získaných neurogenních poruch řečové komunikace pod souhrnný název kognitivně-komunikační poruchy. Kdy tento název jasně podtrhává charakteristickou dvoumodálnost. (Neubauer, 2007; 2014)

*„Tyto poruchy jsou částí velké skupiny kognitivních poruch a ukazují na závažnou skutečnost – vzájemné propojení neurokognitivních jazykových a paměťových neuronálních sítí mozku i na klíčovou podpůrnou roli verbální dlouhodobé paměti a cílené pozornosti na funkci centrálních jazykových procesů v CNS.“* (Neubauer, 2014, s. 114)

#### 3.1 Symptomatologie a etiologie kognitivně-komunikačních poruch při demence

Předešlá kapitola sice podrobně zachytila kategorizaci syndromu demence, ale pro lepší pochopení problematiky kognitivně-komunikačních poruch souvisejících s těmito syndromy, je rovněž na místě rozdělit demenci dle klinicko-patologického hlediska s ohledem na ovlivňování procesu komunikace. Mluvíme o skupině kortikálních a subkortikálních demencí. (Neubauer, 2007)

- **Kortikální (tzv. korové) demence**, etiologicky se vztahující k poškození mozkové kůry, kdy toto poškození může mít globální, ale i tzv. ostrůvkový charakter. Zapříčiňuje porušení kognice, objevit se v souvislosti s ním může také agnózie, apraxie nebo fatické poruchy. Do této skupiny konkrétně řadíme Alzheimerovu chorobu, Pickovu nemoc a multiinfarktovou demenci.



- **Subkortikální (tzv. podkorové) demence**, logicky týkající se postižení mozkového podkoří, se manifestují jakožto poruchy extrapyramidového charakteru, tj. typické projevy dysartrie, dysfagie a přidruženého zpomaleného tempa myšlení. U těchto typů demencí nebývá tak výrazně narušena kognice a osobnost jedince. Mezi zástupce subkortikálních demencí patří vaskulární demence, demence u Parkinsonovy choroby a Huntingtonovy chorey nebo třeba demence způsobená vlivem intoxikace či metabolickými poruchami.
- Setkat se můžeme i s pojmem **kortiko-subkortikální demence**, a to v případě, že etiologicky spadají pod poruchy mozkové kůry a podkoří mozku zároveň. Jedná se o některé případy posttraumatických demencí nebo vaskulárních demencí s poruchami v obou oblastech mozku. Jinými slovy se také jedná o globální či smíšené typy demencí. (Neubauer, 2007)

Toto rozdělení má svůj opodstatněný význam z důvodu diferenciální diagnostiky a následně správně zaměřené intervence. V některých případech subkortikálních typů demencí lze do určité míry úspěšně ovlivňovat příznaky. Navíc nám pomáhá lépe pochopit charakter poruch komunikace u jednotlivých typů demencí.

#### Poruchy komunikace u Alzheimerovy choroby

Časněji lze zaznamenat poruchy na bázi jazykového systému, ve střední fázi potom problémy v oblasti sémantiky a fonologie. Motorické poruchy se objevují až na posledním místě v pozdních stádiích nemoci.

#### Poruchy komunikace u Pickovy nemoci

Poruchy opět se vztahující k jazykovému citu a percepci řeči nežli k motorickým funkcím řečovým. Jedná se o poruchy auditorního porozumění (tj. špatně rozumím, nebo dokonce nerozumím tomu, co slyším), váhavá řečová produkce, anomie a postupně se zhoršující syntax.

#### Poruchy komunikace u demence v rámci Parkinsonovy choroby

Z charakteru postižení jsou logicky diagnostikovány poruchy motorických modalit řeči, a to v různém rozsahu a stupni na úrovni vitálních i vokálních funkcí, jelikož dýchací svaly podléhají jejich přerušování, a tak je dech nedostatečný a hlasový projev značený oslaben, někdy až afonický. Přítomná porucha řečové komunikace má nejčastěji podobu hypotonické a hypokinetické dysartrie, která rezultuje

z hypokineticko-hypertonického syndromu, jehož často doprovází poruchy činností bazálních ganglií. Řeč je charakteristická monotónností, počátečními pauzami z důvodu svalové ztuhlosti či nepřesným a překotným projevem vlivem několikerého opakování slabik či celých slov. (Neubauer, 2014). Jazyková stránka bývá zachována, zhoršení přichází až v nejpozdějších stádiích nemoci, kdy se prohlubuje i přítomná demence.

#### Poruchy komunikace u Huntingtonovy chorey

Porucha řečové komunikace se zde podobá kombinaci dysartrie a verbální dyspraxie. Řeč představuje náročnou činnost, která bývá postupem nemoci navíc narušena i poruchami v oblasti jazykových schopností. Primárně narušena je však motorická stránka řeči, postupem času dochází ke snížení schopnosti organizovat mluvený projev a řadit jednotlivé segmenty řeči za sebe do vět. Motorická řečová porucha se vykresluje jako hyperkinetická dysartrie, která je doprovázena sníženým svalovým tonem a mimovolnými pohyby, jež narušují motoriku, včetně logomotoriky, což přímo ovlivňuje řečový projev. Řeč je hlasitá, vykřikovaná, ovlivněna dyskoordinací s dýchacími pohyby. (Neubauer, 2014)

#### Poruchy komunikace u vaskulární demence (multiinfarktové)

U vaskulárních demencí ve smyslu smíšených typů záleží vždy na místě poškození, z toho potom resultují charakteristické poruchy buď v oblasti jazykové, či motorické. V pozdějších fázích však téměř vždy zaznamenáváme mutismus.

#### Poruchy komunikace u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci

S průsakem demence nastupují v pozdějších stádiích poruchy fatických funkcí (afázie různého typu), ale i apraxie a postupně i agnózie. (Neubauer, 2007)

Již několikrát byly v souvislosti se syndromem demence zmíněny poruchy řečové komunikace jako dysartrie, která patří mezi ryze motorické řečové poruchy, nebo afázie, tedy získaná porucha jazykového systému. Ani jedna z těchto poruch nespadá do skupiny kognitivně-komunikačních poruch, a proto na tomto místě hovoříme o jejich vzájemně koexistenci a je třeba od sebe striktně odlišit tyto diferenciatně-zaměnitelné syndromy. Především potom afázii a kognitivně-komunikační poruchy při demenci.

Afázie může vycházet ze stejné etiologie jako některé typy demencí (důsledek cévní mozkové příhody, traumatu CNS atd.), narušeny jsou však odlišné funkce. Afázie

– porucha fatických funkcí – se primárně projevuje narušením jazykové stránky řeči, a to jak impresivní, tak expresivní složky. Vždy však bez dominantního narušení kognitivních funkcí, především potom paměti, inteligence, úsudku či motivace ke komunikaci. (Neubauer, 2007)

Z toho vyplývá, že poruchy fatických funkcí, apraxii nebo třeba agnózii jako součást klinického obrazu komunikačních poruch u osob se syndromem demence nelze hodnotit jakožto poruchy izolované, nýbrž jako součást „*globální činnosti mozkové kůry u degenerativně-atrofických chorob mozku, např. Alzheimerovy choroby.*“ (Neubauer, 2014, str. 116)

Tyto poruchy pak nazýváme např. afázií, jazykovými poruchami při demenci. Specifickou poruchou komunikace je tzv. pozvolná progredující afázie rezultující z izolované atrofie mozkové tkáně jakožto degenerativního onemocnění. Komunikace je opět narušena z hlediska jazykového, a tak se objevuje anomie pojmů, tzv. čistá slovní hluchota či percepční poruchy na úrovni jazykových struktur mluvy. (Neubauer, 2007; 2014)

Jako další argument můžeme uvést MKN-10, kde je respektován rozdíl mezi získanými poruchami lexicko-grafickými (R 48.0), afázií (R 47.0) a afázií při demenci (G 31.0).

Ucelený pohled na komunikační schopnosti osob se syndromem demence dotváří Buijssen (2006), který jasně charakterizuje komunikaci napříč třemi stádii demence. V prvním stadiu musíme počítat, že klient nebude schopen hovořit o nedávných událostech v jeho životě, bude pro něj obtížnější najít vhodná slova, kterými by je popsal. Typická jsou tzv. prázdná slova (např. někde, to, věci, lidé, tak atd.), která činí rozhovory mlhavými až bezobsažnými. Naopak percepce řeči bývá v tomto stadiu poměrně dobře zachována, klient tedy rozumí, co mu druhá osoba sděluje. Druhé stadium přináší markantní úbytek mluvního apetitu, když už se osoba ve druhé fázi demence do nějakého rozhovoru pustí, okolí mu jen těžko rozumí, ona sama však nechápe, proč tomu tak je, jelikož vnímá svůj mluvní projev jako srozumitelný. Vzájemným konverzacím také chybí úvod, klient zkrátka začne hovořit o tom, co mu zrovna vytane na mysli. Člověk v druhé fázi onemocnění nezvládá ani převyprávět logicky vystavený příběh, jelikož mu nechybí jen úvod, ale také závěr, tato schopnost už je nad jeho možnosti. Vytrácí se také schopnost rozumět abstraktním pojmům,

v myslí se začne míchat přítomnost a minulost, což se projevuje i v řeči. Poslední fáze, spojená téměř výlučně se závislostí na druhé osobě, předurčuje úplnou ztrátu mluvního apetitu a nemoc zároveň už ani neumožňuje srozumitelnou řečovou produkci. Jedinec v poslední fázi už nedokáže ani echolalicky opakovat své zažité „rituální“ věty, řeč je často omezena pouze na zlomek neartikulovaných zvuků. Reakce se omezují na fyzické impulzy jako bolest, teplo, chlad atp.

Následující tabulka představuje závěrečně shrnutí obecných projevů syndromu demence v oblasti komunikace v jednotlivých stádiích onemocnění. (Neubauer, 2007)

Stupeň rozvinutí demence	Vývoj syndromu	Motorika, fonologie	Sémantika jazyka	Gramatika jazyka	Obsahová stránka	Pragmatické užití
<b>Počínající – mírný stupeň</b>	Deficit krátkodobé paměti, zhoršení orientace, změny nálad, afekty, strategie vyhýbání se komunikaci	Přiměřené užití; podle etiologie syndromu možná koexistence motorické řečové poruchy	Omezená slovní zásoba, část lidí si stěžuje na poruchy nalézání vhodného slova	Často zachovaná přiměřená úroveň gramatiky	Možné odchylky od původního tématu hovoru, nejasnost a zmatenost v mluvě, osobnostně egocentrický projev	Dlouhé pomlky a obtíže s aktivitou, ale v odpovědích na otázky dokazuje stále zachované znalosti; selhává v iniciaci běžného hovoru; poruchy pochopení či reakcí na humor, sarkasmus či analogii
<b>Středně závažný stupeň</b>	Vzrůst poruch krátkodobé i dlouhodobé paměti; špatná koncentrace; apatie; myšlenkové perseverace; neschopnost zvládat osobní vztahy a závazky; nedostatečná korekce vlastních chyb, ztráta nadhledu na obtíže	Přiměřené užití; podle etiologie syndromu možná koexistence motorické řečové poruchy	Dysnomie v konverzaci a při diagnostické situaci; výrazně redukováná slovní zásoba; opakovaně řečové automatismy - pozdravy apod., časté užití sémantických parafází	Fragmentální věty a deviace ve skladbě vět; neadekvátní užití sloves, počínající obtíže v pochopení gramatických vět	opakování obrátů a minimum sdělených myšlenek, ztráta předmětu mluvy během hovoru, mluva o minulých událostech zcela dominuje	Často užívá otázky, dotazovací, poznávací, jak kdyby u nových poznatků; ztrácí senzitivitu pro potřeby komunikačního partnera; vzácné opravení vlastních chyb v mluvě; ztrácí komunikační záměr či cíl mluvy
<b>Těžká deteriorace</b>	Maximalizace ztrát v orientaci a paměti; stále opakování pohybů a slov, nepřiměřené sociální chování, potulování a bloudění, mizivý oční kontakt	Časté drobnější odchylky, u části osob nelze hodnotit pro mutismus	Závažné poruchy až ztráta rozumění obsahu slov; zjevná anomie, časté užití žargonu a neologismů	Těžká redukce až ztráta rozumění gramatickým strukturám vět; poruchy syntaxe vět	Neschopnost produkce sledu návazných obrátů se sdělením myšlenek; obsahově prázdná mluva, nepřiměřená až bazální echolalie	Neuvědomuje si kontext situace a je necitlivý k partnerům v konverzaci; užívá irrelevantní nesouvislý projev, často přítomen mutismus či žargonová mluva

Tabulka C – Obecné projevy SD v komunikaci v jednotlivých stádiích

### 3.1. Diagnostika kognitivně-komunikačních poruch při demenci

#### Diagnostická kritéria

Za primární diagnostický vstup lze považovat diagnostická kritéria dle MKN-10, kde je na tato kritéria nahlíženo ze čtyř hlavních hledisek.

1. Průkaznost obou z následujících kritérií:
  - Pokles paměti – verbální i neverbální složky (především pro nově nabyté informace, u těžších stádií i u těch dříve naučených)
  - Pokles dílčích kognitivních schopností (vztaženo především na úsudek a myšlení, exekutivní funkce atp.)
2. Nepřítomnost poruch vědomí, popřípadě deliria, tj. zachovalé povědomí o prostředí
3. Úbytek emoční kontroly, motivace nebo změny v sociálním chování, což se projevuje buď emoční labilitou, podrážděností, apatií, obhroublostí ve společenském vystupování, kombinací těchto příznaků, nebo alespoň přítomností jedním ze jmenovaných.
4. Kritérium první, pokles paměťových schopností, by měla být objektivně průkazná po dobu alespoň šesti měsíců, do té doby se diagnóza považuje za prozatímní.

Z těchto kritérií je třeba si pro potřeby logopedické intervence vzít následující: že i když konečná diagnóza nemůže být stanovena dříve než za půl roku, je třeba i tento čas, tedy ten mezi manifestací prvních příznaků kognitivní poruchy a stanovením diagnózy, využít smysluplně ke správné intervenci. Odkrývá se také skutečnost, že právě samotné stanovení diagnózy představuje dlouhodobý proces, který vyžaduje fluentní víceoborovou spolupráci. (Neubauer, 2007)

Diagnostický a statistický manuál Americké asociace DSM-IV rovněž uvádí diagnostická kritéria vztahující se k syndromu demence.

1. Vyvíjí se mnohočetný kognitivní deficit, který je striktně charakteristický zhoršením paměti v souvislosti s nově i dříve nabytými informacemi, zároveň je

diagnostikována alespoň jedna z následujících poruch: afázie (ztráta symbolické funkce – percepce i vlastní slovní vyjádření myšlenek), apraxie (neschopnost realizace motorických činností bez objektivního nálezu ztráty motorických funkcí), agnózie (neschopnost identifikovat předměty, objekty, aniž by byly porušeny senzomotorické funkce), narušení exekutivních (výkonných) funkcí (např. plánování, organizování, abstrakce aj.).

2. Kognitivní deficity mají přímý vliv na zhoršování sociálních i pracovních funkcí, následně na dřívější úroveň života a především soběstačnost.

### Neuropsychologická a psychologická diagnostika

Významné postavení v diagnostice kognitivně-komunikačních poruch obecně má neuropsychologická a psychologická diagnostika. Důvodů nalezneme hned několik. Ať už pro potřeby podrobného zhodnocení psychických schopností osob trpících poruchami kognice a orientace, ale především pro potřeby diferenciální diagnostiky, kdy je od sebe třeba odlišit syndrom demence a poruchy rezultující z traumat CNS. Liší se totiž nejen v etiologii, ale především ve vývoji symptomatologie, což je podstatné pro stanovení následné intervence.

Neubauer (2014) mezi frekventovaně využívané diagnostické materiály při diagnostice poruch CNS uvádí tyto:

- *Neuropsychologická baterie Halstead-Reitan*
- *Western Aphasia Battery*
- *Wechslerova inteligenční škála pro dospělé a revidovaná pamětní sestava*
- *Lurijovo neuropsychologické vyšetření a jeho standardizované formy (tj. Lurija-Nebraska Neuropsychological Battery, Lurija-South Dakota Neuropsychological Battery)*

Neubauer (1998) navíc doplňuje *ABCD – Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia* jakožto výsledek snah spolupráce neuropsychologů a logopedů o vytvoření komplexní diagnostiky. V baterii najdeme jednotlivé testy zaměřené na impresivní i expresivní stránku jazyka, ale i dílčí testy orientace a paměti.

Neuropsychologická činnost představuje velmi náročnou aktivitu, a tak jsou rozsáhlé neuropsychologické testovací baterie vhodné pouze pro zlomek jedinců, především ty s lehkou či reverzibilní formou demence. Tedy těch, kteří jsou schopni aktivně spolupracovat a odolávat náročnosti výkonů při daném vyšetření. V těchto případech se vychází z vybraných částí zmíněných baterií. Navíc tyto baterie, s nadsázkou řečeno, spíše jen potvrzují či vylučují submisivní poruchu, ale již nedovolují objektivně zhodnotit, zda jsou projevy u daného jedince projevy mírné kognitivní poruchy, nebo už se v plné míře profiluje první stadium syndromu demence. Neodhalují ani kritéria pro určení druhu demence z pohledu klinicko-patologického (tj. kortikální, subkortikální forma syndromu demence). (Neubauer, 2014)

S ohledem na typ poruchy a její možné projevy, jsou nejpřínosnějšími diagnostickými nástroji kognitivní a behaviorální škály, frekventovaně používané v psychiatrické a geriatrické klinické praxi. Spousta z nich je v současné době přeložena do našich (českých) poměrů. Jedná se především o škály kognitivní, které hodnotí stav komunikace, řečový projev, verbální paměť a jiné. Jsou vhodné jako nástroj víceoborového propojení diagnostiky v rámci diagnostiky logopedické. (Neubauer, 2007; 2014)

### ***MMSE - Mini Mental State Examination – Krátká škála mentální stavu***

Sám název napovídá, že se jedná o velmi krátké screeningové vyšetření s časovou dotací mezi 10 až 15 minutami. Škála „pomocí 30 otázek a činností zahrnuje zhodnocení orientace, okamžité paměti a vybavnosti, pozornosti, fatických funkcí, gnozie a praxe.“ (Neubauer, 2014, s. 127)

### ***Clock Drawing Test – Test kreslení hodin***

Prostřednictvím kresby ciferníku hodin spolu s danou polohou obou ručiček během několika málo minut zhodnotí případné poruchy paměti, vizuálně-konstruktivních schopností nebo funkce související s výkonem (představitelství a vlastní realizace). Vzhledem k možnosti koexistence neglect syndromu a dalších diferenciativních deficitů je doporučeno, aby se prováděl jako součást dalších kognitivních škál, jako je právě např. MMSE.

### ***BCRS – Brief Cognitive Rating Scale – Krátká škála kognitivních funkcí***

Zhruba dvacetiminutové vyšetření založené na strukturovaném rozhovoru s vyšetřovanou osobou, popř. jejím partnerem, pečovatelem, pokud není možná spolupráce. Škála je strukturovaná do pěti oblastí kognitivních funkcí – koncentrace pozornosti a početní schopnosti, novopaměť, dlouhodobá paměť, orientace, sebeobsluha a soběstačnost. Škála zahrnuje rozmezí sedmi úrovní počínající absencí poruch až po úplný výpadek dané funkce v rámci určité oblasti.

### ***MoCa – Montreal Cognitive Assessment – Montrealský kognitivní test***

Jeden z nejdostupnějších screeningových testů, který odhaluje mírné kognitivní deficity. Jednotlivá zadání jsou zaměřena na zhodnocení „*pozornosti, koncentrace, exekutivních funkcí, paměti, jazyka, vizuo-konstrukčních schopností, myšlení, počítání a orientace.*“ (Marková, Cséfalvay, 2013 In Neubauer, 2014, s. 128)

### ***BNVR – The Butt Non-Verbal Reasoning Test – Butt test***

„*Zachycuje schopnost úsudku při řešení praktických životních situací, bez nutnosti expresivního řečového výkonu či porozumění jazykovým konstrukcím v zadání.*“ (Neubauer, 2014, s. 128)

V současné době je v českých podmínkách testován v klinické praxi a doporučuje se jej zařadit do souhrnné diagnostiky k testům jako *MMSE* a *Clock Testu*. Díky charakteru provedení se předpokládá, že by mohl být využíván i v rámci logopedické intervence jakožto kompenzační mechanismus u osob s paměťovými deficity, zahrnuje totiž oblasti známých životních situací a problémů. (Neubauer, 2014)

Stejně jako *Butt Test* lze z hlediska zhodnocení praktického využití komunikace v životních situacích také zmínit test *DAT – Discourse Abilities Profile*, který „*iniciuje spontánní mluvu na běžná témata ze života dané osoby.*“ (Neubauer, 1998, s. 301)

***CADS – Communication Adequacy in Daily Situation*** zaměřený nejen na osobu se syndromem demence, ale i osoby z jejího bezprostředního okolí, pomocí systematicky uspořádaných otázek identifikuje obtíže v jejich vzájemné komunikaci. (Neubauer, 1998)



Oba z výše zmíněných testů byly publikovány již na začátku 90. let minulého století a dosud není běžně dostupná verze modifikovaná do našich podmínek. Za zmínku určitě stojí, a to z toho důvodu, že jsou cíleně vytvořeny právě pro osoby se syndromem demence s ohledem na komunikační schopnosti a jejich případné narušení.

### Diagnostika poruch řečové komunikace

Neubauer (2007; 2014) hovoří o prosazování čestného místa logopedů v týmu odborníků při diagnostice kognitivních deficitů, a to především skrze profesní asociaci **American Speech-Language-Hearing Association – ASHA** – a jejich jasně definované cíle, které zahrnují argumenty pro to, aby právě logopedi byli jedněmi z členů, ať už z důvodu potřeby zhodnocení úrovně komunikačních schopností jedinců se syndromem demence, podílení se na tvorbě interdisciplinárního léčebného programu, ale také pro potřeby komunikace s rodinou osob se syndromem demence, aby lépe pochopila poruchy komunikace a z nich vyplývající specifické potřeby. (www.asha.org, Ripich, 1991 In Neubauer, 2014)

Diagnostika poruch řečové komunikace nabírá na důležitosti také v oblasti diferenciálně rozlišitelných/zaměnitelných syndromů jako jsou amnestické syndromy v souvislosti s traumaty CNS, poruchy fatických funkcí nebo poruchy komunikace při depresích. K těmto účelům je využíváno výše uvedených neuropsychologických škál, tedy jejich jednotlivých částí, jelikož pro zhodnocení řečových schopností u osob se syndromem demence nemáme diagnostický materiál. Vyšetřující musí tedy disponovat vědomostmi z oblasti poruch fatických funkcí i kognitivně-komunikačních poruch. Z výsledků testů musí umět vyčíst dílčí deficity a v závislosti na etiologii i vyvíjející se symptomatologii je umět přiřadit k danému typu poruchy řečové komunikace. Dobře využitelnými diagnostickými nástroji jsou např. česká verze *AST - Screeningová zkouška afázií*, složená z 32 otázek řazených do 14 kategorií, které jsou diagnostikovány, nebo jako doplňkový screening revidovaný *Token Test*, který odkrývá úroveň schopností rozumění slovním a větným pokynům v předem určené posloupnosti, hodnotí úroveň pracovní verbální paměti za označování a manipulace s barevnými známkami. Za doplňkový je test označován z toho důvodu, že u osob, u kterých máme podezření na kognitivní poruchy, je třeba brát v potaz, že výsledky mohou být zkreslené, jelikož jedinec může na pokyn reagovat okamžitě a správně, což ale

nevyovídá o úrovni dlouhodobé složky paměti, nýbrž pouze krátkodobé. (Neubauer, 2007; 2014)

Pro často koexistující dysartrii je třeba také objektivně zhodnotit motorické řečové funkce, k těmto účelům slouží diagnostická vodítka určená pro dysartriky, jež posuzují patologické změny všech modalit, tj. respirace, fonace, rezonance a artikulace. Významné postavení mají i vyšetření případných poruch polykání či příjmu potravy, ty se v souvislosti s postupným prohlubováním celkové degradace u syndromu demence často objevují. Opomíjeno by také nemělo být zhodnocení sluchu ve vzájemné spolupráci s foniatrem či ORL lékařem a při zjištění kompenzovatelné ztráty sluchu by mělo být přiděleno sluchadlo. (Neubauer, 2007)

Na tomto místě je nutné alespoň okrajově zmínit také další složky diagnostického procesu, především z hlediska medicínského. Borzová (2009b) velmi trefně vystihuje podstatu diagnostiky demencí, která podléhá kvalifikovanému přístupu lékaře specialisty v úzké spolupráci s osobou, u které předpokládáme výskyt syndromu demence, a jejích nejbližších, to jsou pečující osoby, ať už profesí, popř. rodinní příslušníci. Za velikou nevýhodu autorka považuje podceňování již prvotních symptomů demence, kdy jsou tyto symptomy často připisovány fyziologickému stárnutí a není na ně nahlíženo z klinicko-patologického hlediska. Pak této problematice není věnována dostatečná pozornost. Čímž trpí především osoba s podezřením na syndrom demence.

Takto pojímaný pohled na diagnostiku můžeme rozdělit na čtyři zásadní okruhy: **anamnézu**, která zahrnuje údaje o jedinci samotném a jeho rodině, anamnézu farmakologickou včetně informací vztahujících se k aktuálním onemocněním, pracovní i sociální anamnézu. Aby byla anamnéza stoprocentně objektivní, je třeba porovnávat získané informace od pacienta s těmi od pečující osoby, jelikož samotný vyšetřovaný si je buď nemusí vybavit, popřípadě je částečně či zcela konfabulovat vlivem onemocnění. **Somatická vyšetření** (krevní tlak, EKG, krevní obraz, odběr moči, jaterní testy, vyšetření štítné žlázy, neurologická vyšetření jako např. EEG atd.), **orientační vyšetření poznávacích funkcí** (do této kategorie můžeme zařadit výše zmíněné testy orientované na zhodnocení mnestických a řečových funkcí) a **zobrazovací techniky** – především CT mozku, magnetická rezonance, EEG mozku či další metody zobrazující látkovou přeměnu v mozku apod. (Borzová, 2009b; Jiráček, 1998)

## 4. Terapie osob se syndromem demence

Kapitola shrnující problematiku terapie syndromu demence již není orientována pouze na oblast komunikace a s ní spojené kognitivně-komunikační poruchy. Péči o osoby se syndromem demence musíme totiž vnímat jakožto komplexní činnost dlouhodobého, ve většině případů spíše trvalého, charakteru, která v sobě snoubí jak biologické přístupy léčby v největším zastoupení farmakoterapie, tak i ty nebiologické, zahrnující především psychoterapii, socioterapii a další způsoby rehabilitace, včetně kognitivního tréninku nebo např. reminiscence. Tyto dvě složky můžeme různě kombinovat a dle individuálních potřeb doplňovat. Terapie řečové komunikace představuje tedy pouze střípek celého velikého komplexu. Za ideální přístup lze považovat kauzální terapii, tedy terapii orientovanou na primární příčinu syndromu demence. Tu je však možné realizovat jen u zlomku jedinců se syndromem demence, jelikož otázka etiologie některých typů demencí zůstává až dodnes nezodpovězena. (Jiráček, 2009c; 2004)

Jiráček (2009c) navíc uvádí pojem *léčitelnost* demencí, ta je dle autora při současném stavu vědění možná, dokonce v případě některých typů demencí mluvíme i o reverzibilním charakteru, což znamená, že je lze vyléčit bez následků. Nicméně většina demencí, především potom těch nejvíce rozšířených, mezi které patří Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky nebo MID, vyléčitelné nejsou. Správnou kombinací zmíněných přístupů léčby a terapie lze však alespoň zpomalit jejich průběh, oddálit těžká stadia a všeobecně zlepšit kvalitu života osob se syndromem demence.

Neubauer (2007) charakterizuje terapii demencí v našich podmínkách jako fenomén a dodává výrok Malé (1999), která za stěžejní úkol terapeutického týmu považuje vytyčení si realistických cílů a využívání takových metod práce, které budou ku prospěchu obou stran v terapeutickém procesu. K vytyčení cílů mohou být nápomocny následující zásady rehabilitačního programu, který by se měl vyznačovat aktivitou a komplexností. Bez existujícího precizně vypracovaného programu nelze realizovat úspěšnou péči o osoby se syndromem demence:

- neodkladné řešení otázky pomoci a adaptace na nově vzniklou situaci, zavedení léčebných opatření na zachování, popř. zlepšení, stávajících schopností osoby s demencí;
- aktivní trénink psychických i fyzických schopností, zdůraznění zachovaných dovedností na úkor poruchy, využití těchto dovedností v každodenních činnostech;
- nutnost spolupráce s lékařem, který podpoří léčbu symptomů primárního onemocnění i přidružených symptomů, a to vše pro zlepšení a stabilitu zdravotního stavu jako předpokladu psychické stability (tzn., nekognitivní léčebné přístupy – viz níže);
- poskytnutí psychoterapeutické podpory jak pro samotného klienta tak jeho nejbližší;
- nutnost chápat rehabilitační působení jako součást konceptu ucelené rehabilitace, jejíž složky jsou od sebe neoddělitelné.

#### 4.1. Biologické přístupy – léčba demencí

Jako hlavního zástupce biologických přístupů v terapii demencí lze označit farmakoterapii, kterou můžeme dělit do dvou základních skupin – farmakoterapie kognitivních funkcí a terapie behaviorálních a jiných asociovaných poruch (Hrdličková, Hrdlička, 1999). Jiráček (2009c) druhou skupinu nazývá prostě - nekognitivní přístupy farmakoterapie - ty se orientují na poruchy nálad, afektů, ale také chování a spánku ve smyslu sekundárních projevů syndromu demence.

##### Farmakoterapie kognitivních funkcí

Kognitivní farmakoterapie, jak název sám napovídá, se zaměřuje na primárně poškozené funkce vlivem demence – intelekt, paměť, motivace. Léky, které slouží k léčbě kognitivních funkcí, dělíme do několika skupin. Přehlednou kategorizaci uvádí (Jiráček, 2009c): **inhibitory acetylcholinesteráz**, tedy enzymů, které se podílejí na odbourávání neurotransmiterů – přenašečů vzruchu (acetylcholinu). Právě acetylcholin se u jedinců s Alzheimerovou chorobou, demencí s Lewyho tělísky a některými dalšími typy demencí tvoří a uvolňuje výrazně méně. Jelikož má zásadní význam pro paměť, blokáce cholinesteráz v mozku umožní, aby se obsah acetylcholinu v mozku zvýšil,

a tak se zlepšily i paměťové funkce. Tyto inhibitory jsou běžně indikovány pro osoby s diagnostikovanou lehkou až střední formou Alzheimerovy choroby. U těžších stádií se užívá látka **memantin**, ta působí přes odlišný systém přenašečů vzruchů v mozku, a to přes glutamáty nebo aspartáty, tedy tzv. excitační aminokyseliny. Má neuroprotektivní vlastnosti – chrání nervové buňky před patologiemi (např. nadměrné množství vápníku), za druhé má pozitivní vliv na schopnost učit se, a tak si zapamatovat. **Látky likvidující volné kyslíkové radikály** – mezi volné kyslíkové radikály řadíme např. „*peroxydy, hydroxilové ionty nebo singletový kyslík*“ (Jirák, 2009c, s. 89). Takové látky se tvoří při látkové přeměně, mezi jejich vlastností patří krátkodobost (vzniknou a po splnění svého úkolu zase zaniknou), mají v lidském organismu svůj význam, využívá je jakožto stavební jednotky nově vzniklých látek. Navíc jsou schopny přenášet informace. Pokud jich je ve zdravém organismu nadbytek, dokáže si s ním poradit a vrátit jejich vznik a zánik do rovnováhy. Organismus člověka s Alzheimerovou chorobou toto však nezvládne. Volné radikály nejsou v dostatečném množství odbourávány, tyto látky se potom patologicky vážou na stěny buněk, ale i na enzymy a tkáně, čímž je poškozují. Pro likvidaci volných kyslíkových radikálů jsou využívány např. vitamin E, betakaroten, vitamin C a další, vzhledem k charakteristice a následným účinkům těchto látek je logické, že se jedná jen o jakousi podporu, doplňková farmaka. **Nootropní farmaka a jim příbuzné látky**, léky ke zlepšení mozkové látkové výměny, využitelnosti glukózy. Mimo jiné také zajišťují dostatek kyslíků. Řada z těchto látek ovlivňuje rovněž krevní průtok mozkovými cévami. Je všeobecně znám účinek listů jinanu dvojlaločného – ginkgo biloby, která má ještě širší využití než klasická farmaka spadající do této skupiny. Nootropika pomáhají jak pacientům s Alzheimerovou chorobou, tak s vaskulární demencí. (Jirák, 2009c; 2004; Hrdličková, Hrdlička, 1999)

#### Nekognitivní farmakoterapie

Poruchy chování, změny nálady, afekty, narušené spaní, delirium. Tyto příznaky jsou typické pro některé typy a stadia demencí, rovněž na ně existuje farmakologická léčba. „*K tišení neklidů, event. i přidružených delirií se používají moderní látky, tzv. antipsychotika II. generace, která mají minimum nežádoucích vedlejších účinků. Rovněž tak jsou používána moderní antidepressiva (farmaka působící proti depresi) a moderní anxiolytika (látky proti úzkosti).*“ (Jirák, 2009c, s. 90)

Hrdličková, Hrdlička (1999) doplňují nutnost eliminovat stavy neklidu a agitovanosti, paranoidní až paranoidně-halucinatorní poruchy atd. K tomuto účelu

slouží **neuroleptika**, dnes spíše označována jako **antipsychotika**, která mají široké využití právě v této oblasti, tedy léčbě psychóz (Vokurka, 2005). Hlavním účinkem je tedy útlum, jak psychický tak fyzický, čímž se eliminuje agrese a neklid, který vystřídá apatie či ospalost, popř. snížení iniciativy k poruchám chování.

## 4.2. Nebiologické přístupy v terapii demencí

### Obecné zásady a principy nebiologických přístupů

Nebiologické přístupy v terapii demencí, jednoduše řečeno ty, které k dosažení určitého výsledku nevyužívají léků a jejich příznivých účinků, mají v péči o jedince se syndromem demence stejnou váhu jako biologické přístupy. Zahrnují aktivity spojené s psychoterapií, socioterapií, rehabilitací (ve smyslu rehabilitace ucelené). Řadíme mezi ně všechny techniky reedukace, a to i nácvik běžných denních dovedností. Tato skupina přístupů není orientovaná pouze na jedince se syndromem demence, ale také na práci s pečujícími členy rodiny či ošetřujícím personálem. (Jiráček, 1999; 2004)

Většina přístupů a technik je využitelná ve všech stádiích demence, nicméně v praxi mají své místo u osob s rozvinutou či pokročilou demencí. Nebiologicky vyhlížejících metod existuje celá řada, u všech je nejdůležitější striktně dodržovat zásady přístupu k osobám se syndromem demence a komunikace s nimi. (Jiráček, 2009c)

Souhrn rad, kterými je třeba se řídit při práci s osobami s demencí, uvádí Buijssen (2006):

- **„Posilujte jeho paměť“** v praxi znamená u klientů v častém stadiu demence posilovat kapacitu paměti a udržovat co nejvyšší míru samostatnosti. Příkladem může být zapsání denních úkolů do sešitu a jejich následné odškrtnutí samotným klientem po tom, co je dokončí.
- **„Přizpůsobte se jeho rytmu“** představuje i jistou míru trpělivosti s osobou s demencí, která vlivem nemoci může vše rychle zapomenout, a proto se třeba i denní úkony na rituální úrovni mohou změnit v něco nového a dosud neobjeveného. Je důležité například i u ranního oblékání na člověka s demencí nenaléhat, aby se rychle oblékal, může mu trvat delší dobu, než přijde na způsob, jak si jednotlivé kusy oblečení obléknout, jelikož je možná vidí poprvé v životě. Nehledě na to, že během oblékání z důvodu časové dezorientace může

nastat situace, kdy jedinec vůbec netuší, zdali se obléká, nebo svléká. Časté bývá i zaujetí nejmenšími detaily na oblečení (např. květinový vzor).

- **„Berte vážně jeho fantazie a úzkosti“** neznamena, že v případě nastalých halucinací začneme hrát s klientem hru potvrzující jejich existenci, nicméně, sdělí-li nám obraz své halucinace, chováme se tak, aby měl pocit, že jsme připraveni pomoci mu s jeho obavami, tzn., povzbuzujeme ho.
- **„Neučte ho novým věcem“** - tato zásada se týká jak dovedností, tak charakterových vlastností. Nikdy nechtějme po osobě s demencí, aby se učila něco nového. Interval paměti osob s demencí se rapidně zkracuje a náročný úkon představuje třeba i dříve známé držení příboru, oblékání pyžama, a tak je třeba soustředit se právě na to, co celý život dotyčný člověk dělal a co je mu bližší, k čemu se mohou vázat nějaké vzpomínky. Stejně tak je to s vlastnostmi, musíme si uvědomit, že před sebou máme např. stále stejně egocentrického člověka, jen tuto negativní vlastnost převyšuje soucit a empatický přístup rezultující s vážného onemocnění, to však nemusí znamenat, že se dotyčný změnil, ale je třeba si zachovat profesionální přístup a dešifrovat, proč se chová klient takovým způsobem. V tomto případě je vždy na místě zvolit vhodná slova a způsob komunikace tak, aby s námi dotyčný spolupracoval.
- **„Vyhýbejte se konfrontaci“** souvisí s předešlou radou, to samé platí i v tomto případě. Předcházejme konfrontacím s osobou s demencí volbou správných slov upozorňujících na jeho možné chyby.
- **„Řád, pravidelnost a odpočinek“** neboli nutnost každodenní rutiny počínaje vstáváním, hygienou a oblékáním, přes snídani, nákup, odpolední kávu a poté odpočinek, procházku, drobný úklid domácnost, vaření večere, koupel a spánek. Demence totiž přináší dezorientaci, proto se člověk se syndromem demence musí ve svém bezprostředním okolí cítit co nejbezpečněji, což zajišťuje řád a neměnnost v jeho osobních věcech a zvyklostech. Pokud je třeba neodkladně něco změnit, je důležité si o tom promluvit a neustále na to upozorňovat.
- **„Nežádejte příliš mnoho ani příliš málo“**, tedy je třeba odhadnout, co je ještě v silách člověka s demencí a na co už nestačí. V žádném případě ho nepřeceňujeme, ale také mu neulevujeme. Jako příklad za všechny – pokud se

člověk s demencí snaží zapnout knoflíky na košili a dlouho mu to nejde, nejdeme mu, aniž by nás o to požádal, zapnout košili my. Jako každý člověk, i osoba s demencí, se chce cítit schopná a k užtku alespoň co se sebeobsluhy týče. Opět platí pravidlo přiměřené podpory.

- **„Jedněte s ním jako s dospělým“** – je třeba každému člověku s demencí zachovávat důstojnost po celý jeho život. Je nepřipustné se o něm v jeho přítomnosti bavit s další osobou, neadekvátně ho oslovovat nebo nectít jeho soukromí (např. chce-li – a je-li toho stále schopný – sprchovat se sám). Důležité je také, aby měl člověk s demencí stále pocit svéprávnosti, to znamená, chce-li nosit u sebe peněženku třeba jen se stokorunou, má na to právo.
- **„Nezapomínejte na humor“** – Buijssen (2006) uvádí, že humor brzdí agresivitu, z usmívající se tváře nemá člověk se syndromem demence, pokud stále zvládne dešifrovat emoce, strach, proto proti němu obvykle nesměřuje své agresivní chování. Navíc je smích označován za nejlepšího lékaře, dobrá nálada na obou stranách je vždy předpokladem snazšího navázání kontaktu, a tak lepší interakce mezi osobou s demencí a jeho terapeutem či komunikačním partnerem.
- **„Neberte si osobní výbuchy osobně“** - člověk ztížený demencí často cítí bezmoc, kterou jeho choroba přináší. Emocionální výbuchy mohou představovat jakýsi ventil bolesti, kterou cítí. Terapeut by v těchto chvílích měl disponovat schopností odvrátit tyto situace, a to jinou smysluplnou činností, kterou klienta zabaví. Zároveň by měl jeho pocitům naslouchat, aby klient nepřišel v podezření, že ho nebereme vážně.
- **„Pamatujte, že stále je možné se radovat“:** *„Člověk s demencí má pořád v sobě schopnost být šťastný! Změnilo se jenom to, že si nedokáže ty šťastné chvílky pamatovat tak dobře jako kdysi“* (Buijssen, 2006 s. 107). Ani zdravý člověk není schopen udržet ve své paměti všechny chvíle štěstí, které v životě zažil.

Tyto principy jdou ruku v ruce se zásadou smysluplného využití času osoby s demencí. Zgola (2003, s. 148) velmi trefně popisuje, proč je aktivita v lidském životě tak důležitá: *„Něco dělat je pro většinu lidí synonymem slov být naživu.“* Dle Zgoly (2003) by každá aktivita v rámci terapie demence měla splňovat jasně daná kritéria, aby



byla smysluplnou, a to kritérium dobrovolnosti, sociální přiměřenosti a kritérium přinášející pocit úspěchu. Mimo to by měla mít každá činnost jasný účel, musí být pro klienta příjemným zážitkem a nesmí vést k neúspěchu. Buijssen (2006) dodává, že nejen zapojení do aktivit, ale především jejich dotažení do konce, u lidí buduje sebeúctu a posiluje dobrý pocit z toho, že mají vlastní život pod kontrolou, což nabývá u člověka s demencí ještě většího významu. A tak doporučuje vymýšlet pro klienty takové činnosti, které mu činí radost.

Neubauer (2007) shrnuje zásady maximalizace vzájemné komunikace s osobami se syndromem demence, které zčásti korelují s výše uvedenými, zároveň je rozšiřují. Představují klíčový přínos v oblasti aktivní komunikace mezi pečujícím a osobou s demencí. Ať už se jedná o vstřícný výraz tváře, klidný a neagresivní postoj při mluvě, což zabraňuje vzniku a rozvoji úzkostí či jiných obranných reakcí. Dále pohyb v klientově zorném poli a důležitost jemných dotyků pro upoutání pozornosti, ale také pro zklidnění a navázání kontaktu. Nelze opomenout nutnost odstranění všech rušivých elementů, ať už zrakových, tak těch sluchových. Nutné je uvědomit si, že pokud chceme, aby nám klient maximálně porozuměl, nesmíme ho vystavovat situacím, ve kterých se do rozhovoru zapojí více než dva lidé včetně něho, jeho schopnost orientovat se v rozhovoru více lidí je totiž v důsledku onemocnění omezena. Důležitým aspektem úspěšné komunikace s osobou se syndromem demence je navázání a udržení očního kontaktu, čímž si zajistíme, že nás klient bude lépe vnímat. Přistoupíme-li k samotnému průběhu komunikace, dbáme na to, abychom hovořili jasně, stručně a v krátkých nerozvitých větách, to vše klidně, jasně a s výraznou (nepřehnanou) artikulací. Při pojmenování se vyhýbáme užívání osobních a ukazovacích zájmen, to znamená, že mluvíme přímo. Chceme-li, aby nám klient co nejvíce porozuměl, preferujeme uzavřené otázky, na které lze odpovědět pouze ano, nebo ne. Vyhýbáme se popisování věcí minulých nebo budoucích, nejlepší je hovořit o tom, co člověka s demencí obklopuje, na co si může ukázat, sáhnout. Neměnnost denního režimu by se měla odrážet také při komunikaci, mluvíme-li s klientem ve stále se opakující denní činnosti, používáme k jejímu popisu stále stejných obrátů za účelem jeho lepší orientace v dané situaci. Chceme-li, aby s námi klient spolupracoval, nepoužíváme direktivních příkazů, ale snažíme se žádost prezentovat jako jakousi nabídku (např. „Můžeme ...“, „Ráda bych Vám ...“). Vhodná je také podpora v komunikaci pomocí vizualizace v zastoupení piktogramů, barevných vodítek, výrazných nápisů atp. Stejně tak jako jsme na začátku

kontakt navazovali, při ukončení návštěvy klienta dáme náš odchod jasně najevo. Zachování důstojnosti platí i při komunikaci, kdy neužíváme neadekvátních výrazů, tykání nebo infantilního popisu činností.

Jiráček (2009c) výše uvedené principy a zásady označuje souhrnným názvem **reflektivní podpora** jakožto multidisciplinární přístup, který využívá poznatků současného vědění. Zároveň principy přístupu k osobám se syndromem demence zobecňuje pojmem **validace**, která, jednoduše řešeno, staví terapeuta do role posluchače a partnera svých klientů. Kdy terapeut respektuje, často nemocí zkradené, ale člověku s demencí přirozené, názory a také emoce. O věcech, které již neexistují, o lidech, kteří už nežijí, i tak vždy se zájmem hovoří, ale nerozvíjí u klienta za využití lži a nepravd tyto jeho zkradené názory, nicméně snaží se asertivně naslouchat a empaticky nahlédnout do jeho duše, vše přiměřeně dané situaci klientovi vysvětlit.

Validační terapie představuje jak činnost diagnostickou, tak také orientující se na rozvoj schopností osob se syndromem demence s cílem poznat klientovu osobnost a akceptovat ji v její přirozenosti, a to i v případech těžké dezorientace. Jako vedlejší cíle lze definovat: pomoc při řešení konfliktů vyplývajících z klientovy minulosti, zlepšení komunikačních schopností v oblasti verbální i neverbální, a tak zlepšení celkového fyzického zdraví. Tyto cíle souvisí s navrácením pocitu sebeúcty a vlastní hodnoty, a tak se často upraví a zlepší napjaté, někdy až stresové situace mezi klientem a rodinou, popř. mezi klientem a pečovatelem z řad odborníků. Terapie se také zaměřuje na zlepšení hodnocení klientovy minulosti a zvládnutí maladaptivního chování. (Tomašovičová, Levický, 2012)

Mezi validační techniky lze zařadit blízký oční kontakt, dotek, kladení otázek, které jsou pro klienta jednoduché a neohrožují ho, opakování a parafrázování, zrcadlení nebo užívání tichého, klidného, hlubšího, ale jasného hlasu. (Janečková, Vacková, 2010)

Máme-li definovat formy a cíle rehabilitačního procesu, vždy vycházíme z výsledků lékařských vyšetření a také závěrů psychologické diagnostiky. Jakým směrem se bude nemedikativní terapie ubírat, rozhoduje „*diagnostikovaný typ demence, aktuální stádium dementního procesu, v němž se osoba nachází, předpokládaný vývoj a prognóza onemocnění.*“ (Neubauer, 2007, s. 195)

## Formy nebiologických přístupů

Zgola (2003) i Jiráček (2009c) se shodují na tom, že lidé především v počátečních stadiích demence, kdy je ještě dostatečně rozvinutý komunikační potenciál, motivace, a existují tak vhodné podmínky pro skupinovou práci, značně profitují z pravidelnosti denního režimu, proto je třeba realizovat tzv. **programované aktivity**. „*Program aktivit neznamena pouze zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces, ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe, a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty*“ (Zgola, 2003, s. 148).

Nejedná se o nic složitějšího, než využívání stále se opakujících denních aktivit k maximalizaci soběstačnosti. Začít lze už na počátku dne, ranní hygienou, dále pokračovat snídaní, obědem, svačinou i večeří, všechny tyto činnosti by měly mít určitý řád, především potom v pobytových zařízeních, kde je třeba starat se o větší množství osob s demenciálním syndromem, ale zároveň je při nich možné dát těmto osobám zažít, že jsou stále respektovány jejich potřeby a přání (např. mytí zubů až po snídání, preference určitého hrnku na kávu atp.). Jiráček (2009c) oběd označuje za nejdůležitější mezník dne, jedná se o tak důležitý rituál, že je mu třeba věnovat pozornost. Pokud je to možné, osoby s demencí by se měly na jeho přípravě do jisté míry podílet (prostříit, připravit příbory, nalít nápoje), chápou tuto činnost jako svůj denní úkol, svoji práci, po které si následně rádi odpočinou. Všeho však s mírou, ani odpolední odpočinek, který je pro starší osoby tolik důležitý, by neměl být příliš dlouhý, stačí, když si pár desítek minut klient zdřímne v křesle, poté je třeba ho šetrně probudit a nabídnout mu nějakou odpolední aktivitu, nejlépe venku, umožňuje-li to počasí. Každé zařízení, popř. domácnost, to má nastavené jinak, proto někdo zaměstná osobu, o kterou pečuje, i večerní aktivitou, někdo už po večeři na aktivizaci tolik neapeluje, vždy záleží na čase a možnostech pečujících osob.

Přístup by se měl změnit, jakmile nemoc přinese výraznou degradaci osobnosti a problémy se prohloubí, v této fázi už programování není vhodné. Poté se zaměřujeme spíše na emoce a pocity, je důležité, aby se jedinec cítil subjektivně dobře, příjemně, což vlivem působení demenciálního syndromu nebývá v rámci skupinově orientovaných činností možné. (Jiráček, 2009c)

Z tohoto vyplývá, že osoby se syndromem demence potřebují nejprve určitý pevný denní program, a to nejen pro to, aby byly dobře orientovány a byly připraveny na jednotlivé přicházející činnosti beze strachu z něčeho nového, ale aby jejich den byl naplněn smysluplnými činnostmi, na nichž se samy mohou podílet a které umožní jejich dlouhodobou aktivizaci a určitou míru socializace. Postupně, jak onemocnění postupuje, od programování ustupujeme a zaměřujeme se spíše na uspokojování základních fyziologických lidských potřeb.

Které formy během jednotlivých programů využívat? Nasnadě jsou dvě základní, **individuální** a **skupinová** terapie. Forma je vybírána na základě subjektivního zhodnocení pečujícího, v tomto případě konkrétně terapeuta. I přesto, že v pobytových zařízeních orientujících se na péči o osoby se syndromem demence se preferuje práce ve skupině, vždy musíme počítat s netolerantními jedinci, neschopnými zapojovat se do skupinových aktivit, těmto je tedy věnována individuální pozornost. *„Jako člen skupiny získává člověk moc a kontrolu, má možnost něco změnit. Ve skupině sobě rovných nemocný nachází spojence a vzájemnou podporu. Lidé zde nacházející sami sebe, solidaritu či odmítnutí.“* (Zgola, 2003, s. 168)

Z přirozené potřeby člověka – sdružovat se - vyplývá, že lidé se setkávají a utvářejí různě veliké sociální skupiny za účelem sounáležitosti, aby si předali zkušenosti a vyměnili informace. Soudržnost takové skupiny je potom závislá na společných zájmech. I přesto, že při současném stavu nastavení programů pro skupiny osob (téměř výlučně seniorů) se syndromem demence je složité vyjít vstříc každému z jejich členů, a přitom dosahovat cílů terapeuticky zaměřeným směrů péče, je třeba se tomu alespoň přiblížit. Nejlépe dobrou znalostí problematiky syndromu demence, také stáří, stárnutí a specifických potřeb dané cílové skupiny. Na základě toho lze strukturovat program skupinové terapie takovým způsobem, aby zaujal většinu přítomných a přitom nepůsobil direktivně, ale naopak vyvolával u zúčastněných jedinců emoce, ideálně pozitivní. (Zgola, 2003; Vágnerová, 2007)

Se stále se zhoršujícím somatickým i psychickým stavem osob se syndromem demence se také mění jejich potřeby a ubývá jim schopností, jsou častěji a snáze unavitelní, snižuje se u nich motivace pro jakoukoli aktivitu, což často vede k podrážděnosti a zhoršení aktuálního stavu. Z tohoto důvodu se postupně od skupinových terapií ustupuje a přechází se k individualizované formě, která je pro

pokročilejší a nejtěžší stádia demence vhodnější. Není tím myšleno, že osoby v posledních stádiích onemocnění náhle a striktně vyloučíme ze skupinových aktivit, spíše je na individuální činnosti postupně adaptujeme. (Jirák, 2009c)

### Psychoterapie a socioterapie jako cesta k aktivizaci

Jak demence postupuje, psychoterapii v pravém slova smyslu lze využít zřídka, nejedná se tedy o typické restrukturalizování osobnosti, ale o orientaci na daný problém, tedy demenci a její dopad na osobnost jedince. Těžkou životní situaci však prožívají nejbližší členové rodiny a další osoby z bezprostředního okolí osoby se syndromem demence, a tak je třeba myslet v tomto směru právě na ně. Psychoterapeutické aktivity by se neměly vyhýbat ani pečovatелům na profesionální úrovni.

V péči o klienty s demencí mluvíme tedy spíše o socioterapii. Stejně tak jako ostatní aktivity i socioterapie se zaměřuje na ty funkce, které jsou dosud zachovány. Tyto funkce se terapeut snaží udržet na stávající úrovni, pokud je to možné i rozvíjet. U středních až těžkých stádií demence se jakožto hlavní metoda využívá **aktivizace**. „*Jejím cílem je udržení dosud zachovalých schopností pacienta a jejich zdokonalení*“ (Jirák, 1999, s. 153). Aktivizace se vlastně prolíná celým dnem jedince s demencí, každá činnost, kterou s ním v rámci terapie realizujeme, má za cíl jej aktivizovat, a to na bázi dobrovolnosti a následné akceptace samotným postiženým. Aktivizace klade vysoké nároky na čas, trpělivost a tvořivost pečující osoby. V rámci aktivizace lze provádět spousty zajímavých a smysluplných činností, jako např. čtení textu a následné reprodukování hlavní myšlenky, obsahu, postav, které se v článku objevily. Dále hraní společenským her (deskové hry, karty atp.) nebo nenápadně vyhlížející rozhovor sledující časovou a místní orientaci klienta (ptáme se, jaký je den, co dnes klient snídal, jak se má, kdo ho v poslední době navštívil atd.). (Jirák, 1999)

Jirák (1999) navíc uvádí význam nácvikových metod v terapii demenčních osob. Můžeme zvolit jakoukoli běžnou denní aktivitu, která je pro klienta známá, i když si ji třeba v danou chvíli není schopen vybavit – např. nákup, praní prádla, pletení svetry, krmení zvířete. Hovoříme-li o zvířatech, nesmíme opomenout také velmi účinnou „*pet therapy*“ neboli terapii formou starání se o nějaké zvíře, nejlépe potom rybičky, ptáčky nebo třeba křečky, psy a kočky. Tato terapie se dle autora často realizuje v pobytových zařízeních pro osoby se syndromem demence jakožto skupinová forma terapie s klienty v lehčím stadiu onemocnění, jelikož ti, kteří jsou nedůtkliví, agresivní

nebo disponují těžkými fatickými poruchami senzoričkého typu, by představovali v takovém případě spíše rušivý element. Proto je třeba si k těmto účelům klienty pečlivě vybírat, aby terapie splnila svůj účel.

### Realitně orientovaná terapie

Kromě zmíněných činností pro aktivizaci je také vhodné neustále přispívat ke klientově kontrole realitou, čehož docílíme jasným označením všech jemu přístupných místností v pobytovém zařízení nebo doma tak, aby se v prostorách, kde se dnes a denně pohybuje, cítil co nejvíce jistý a orientovaný. Nebo jasným označením aktuálního data v kalendáři s výraznými prvky podporujeme orientaci časovou. Stejně tak je dobré, aby v zařízeních, kde pobývá více osob, měl každý z klientů jasně označen „svoje místo“, tzn., jméno nad postelí, nejlépe potom takové, kterým si přeje být osloven. (Jirák, 1999; 2004)

### Kognitivní trénink

Paměťový trénink, další forma vedoucí v nejlepším případě k aktivizaci klientů s demenciálním syndromem, především v prvních dvou stádiích onemocnění. Osoba, která kognitivní trénink realizuje, musí mít na vědomí, že nemá sloužit ke zlepšení kognitivních funkcí, ty bývají ve většině případů narušeny trvale a naopak se zhoršují. Hlavním cílem paměťového tréninku realizovaného u těchto osob je již několikrát zmíněná aktivizace nebo smysluplné naplnění času. Vždy musíme volit taková cvičení, která odpovídají aktuálně zachovaným schopnostem klienta, nemají ho totiž hodnotit po kognitivní stránce, mají mu dát prožít pocit úspěchu, popř. dojem nově nabytých znalostí. Je důležité klienta přiměřeně chválit a dávat mu pozitivní zpětnou vazbu.

Po rozvinutí syndromu volíme především aktivity pro procvičení dlouhodobé paměti, protože právě tato paměťová složka bývá u osob s demencí nejdéle zachována. (Jirák, 2009c)

V péči o jedince s demenciálními syndromy se hojně využívají i tzv. alternativní terapie, mezi které Neubauer (2007) nebo Jirák (2009c) řadí muzikoterapii, arteterapii, ergoterapii nebo kinezioterapii a terapie tancem.

Poměrně diskutovaným a často zmiňovaným tématem je využití vzpomínek při práci s osobami se syndromem demence, a to v rámci **reminiscenční terapie**, jakožto jednoho ze směrů nebiologické terapie demence. Právě reminiscence bude obsahem samostatné kapitoly, proto je na tomto místě pouze zmíněna.

### 4.3. Terapie poruch řečové komunikace

Jak už vymezila kapitola charakterizující kognitivně-komunikační poruchy při demenci, v závislosti na typu demence se také liší přidružené řečové poruchy. Terapie se stanovuje na základě dominantně narušené oblasti řečové komunikace. V případě kortikální demence se terapie orientuje na stimulaci kognitivních a fatických funkcí, jelikož narušení motorických řečových modalit se spíše neobjevuje, přítomno je naopak u subkortikálních typů demencí, kde je terapie nejvíce orientovaná na řečové poruchy jako dysartrie, dysfagie nebo dysnomie při demenci. U smíšených typů rozhoduje o zaměření terapie opět dominantně postižená modalita. (Neubauer, 2007)

Pro terapeutickou práci s osobami se syndromem demence je obvykle erudovaný klinický logoped. Základem sestavování individuálních terapeutických programů je prognóza daného typu demence, která předurčuje další důležitý fakt – nutnost definování realistických cílů, kterých má být vlivem terapeutického působení dosaženo. V závislosti na typu a stadiu onemocnění se terapeutický program snaží zlepšit, zpomalit či kompenzovat kognitivně-komunikační poruchy, ale také pozitivně ovlivňovat postupně degradující osobnost. Pojem znovuobnovování, obnovovací terapie lze uvést pouze v souvislosti s reverzibilními demenciálními stavy, kterých je v celé populaci pouhý zlomek. Terapie se proto více orientuje na „*maximalizaci zachovaného potenciálu a navození vhodných kompenzačních strategií*“ (Neubauer, 2007, s. 196). Má-li onemocnění progredující charakter, cílem je zpomalení progresu za účelem v aktuálním stadiu demence zachovat co nejvyšší potenciál samostatnosti. V případě typů demencí předurčujících progresivní tendence nikdy nesmí dojít k situaci, že se péče v této oblasti bude ubírat pasivním směrem, osoba s demencí by měla ve všech stadiích onemocnění mít možnost aktivně se zapojit do terapeutického programu. I ireverzibilní demenciální stavy jde v určitém procentu ovlivnit. (Neubauer, 2007; 2014)

Jednotlivé složky rehabilitace osob se syndromem demence od sebe nelze oddělovat, to platí i v případě terapie orientované na poruchy řečové komunikace, výše zmíněné nebiologické přístupy se velmi často prolínají s postupy přímo orientovanými na oblast komunikace.

*„Základním principem terapie poruch řečové komunikace u osob s demencí je maximalizace zachovaného komunikačního potenciálu pro udržení smysluplné komunikace pacienta s okolím po nejdélejší možnou dobu jakýmkoli využitelnými formami.“* (Neubauer, 2007, 197)

Terapie může být realizována formou individuální nebo ve skupině, opět v závislosti na druhu a pokročilosti onemocnění. V rámci terapie poruch řečové komunikace dochází k podpoře zachování komunikačních kompetencí, adaptivního a usnadňujícího komunikačního chování, ale i situací umožňujících komunikaci s okolím. Cílem je také podpora vzájemné interakce mezi osobou s demencí a pečující osobou, uchování klientovy úcty a důstojnosti v roli komunikačního partnera. Mezi cíle řadíme také eliminaci emočního stresu způsobeného komunikací s okolím. (Neubauer, 2007)

Neubauer (2007; 2014) také zmiňuje rozdíl v pojetí terapie v počátečních a pokročilých stádiích onemocnění. U rozvíjející se demence, jejíž příznaky jsou včas odhaleny, popř. u reverzibilních typů nemoci, má význam kombinace technik logopedické terapie fatických funkcí spolu s principy kognitivního tréninku s tím rozdílem, že klasická obnovovací terapie fatických funkcí se na poruchy jazykových schopností orientuje primárně. V případě terapie demencí se techniky v první řadě přizpůsobují kognitivním poruchám a poruchy jazykového systému vnímá jakožto sekundární projev demence. Mezi nejčastěji využívané postupy v počátečních fázích demence patří tzv. **komunikační adaptivní strategie**, v rámci nichž jsou využívány externí paměťové a komunikační pomůcky. Mezi jejich zástupce, již jsou ověřeni v praxi, řadíme např. diář nebo knihu vzpomínek (Špatenková, Bolomská, 2011). Součástí strategie je také nácvik jasně formulovaných sdělení, která umožní vzájemnou komunikaci s okolím a zároveň ho upozorní na subjektivní obtíže (např. *„Mluvte prosím pomaleji.“*, *„Často mi trvá déle, než si na něco vzpomenu.“*).



Jako druhou využívanou strategií můžeme uvést **komunikační facilitační strategii**, která formou usnadňování nabízí osobě s demencí nápovědy, díky nimž se snaží zachovat postupy hledání vhodného slovního vyjádření. Nápovědy mají formu sémantickou, tj. využití slov obsahově příbuzných, nebo fonematickou, tj. nápověda rytmizační či nápověda hláskou. Facilitace v tomto případě může také znamenat sestavení osnovy určitého tématu, aby bylo dosaženo koherence mluvního projevu. (Neubauer, 2007)

Stejně tak jako u dalších nebiologických přístupů v terapii demencí i u těch logopedických lze využít skupinových postupů. Skupinová forma terapie může dle Neubauera (2007) sloužit k tomu, aby mohly být prakticky realizovány výše zmíněné strategie, k vybavení zpětné vazby od terapeuta i členů skupiny, k vytvoření prostředí, ve kterém vlivem sounáležitosti dochází k aktivizaci a emoční stimulaci klientů, ale také k praktické ukázce pro pečující členy rodiny či ošetřující personál, jakým způsobem s osobou se syndromem demence pracovat.

*„V pozdějších, pokročilejších stádiích demence jsou již u většiny osob porušené veškeré prvky jazykového vyjádření, redukováno rozumění i jednotlivým konverzačním obrátům a vážne jak iniciace počátku dialogu, tak zachování koheze i jednoduché promluvy“* (Neubauer, 2007, s. 198). V terapii se přistupuje k **indirektivním či nepřímým technikám** komunikace. Ty se snaží o úpravu prostředí, ve kterém osoba se syndromem demence žije, a to s cílem eliminovat nebezpečí deteriorace a také zlepšit komunikaci mezi touto osobou a osobou či osobami pečujícími. Často dochází k situaci, že už sama osoba s demencí není schopna své chování vůči okolí modifikovat, a tak se pracuje pod vedením zkušeného terapeuta se změnou chování a způsobu komunikace ze strany pečujících směrem k osobám s demencí. To vše za striktního předpokladu, že se naučené zásady tohoto chování a komunikace promítnou do všech vztahů, které ještě osoba se syndromem demence navazuje (to jest jak s rodinou, tak případně pečujícím personálem v pobytovém zařízení), a to neměnně. I v pokročilých stádiích lze využívat individuální, ale i skupinové přístupy v terapii akorát s tím rozdílem, že při skupinových aktivitách už nelze lpít na aktivizaci skrze verbální komunikaci. Spíše je třeba podpořit zbytky komunikačního potenciálu, i kdyby toho neverbálního za podpory taktilní a zrakové stimulace. Témata by už neměla zabíhat do odborných oblastí, ale spíše se zjednodušovat v závislosti na zhoršujícím se stavu přítomných jedinců. Tento fakt dále ukazuje na důležitý faktor – výběr účastníků skupiny – kteří by měli být na obdobné

úrovni v oblasti komunikační, ale i kognitivní. V pokročilých stádiích onemocnění usilujeme při terapeutickém působení o zachování adekvátního emočního prožívání a chování, snažíme se zároveň působit na kognitivní funkce a podporovat neverbální způsoby komunikace. (Neubauer, 2007; 2014)

Zmíněné postupy logopedické terapie a kognitivně orientovaných aktivit nelze v praxi zcela oddělit, naopak je přínosné je adekvátně propojovat, v klinické praxi se jedná především o využití denních záznamů formou deníků, luštění křížovek nebo čtení s porozuměním, to znamená, že se osoba s demencí po přečtení textu snaží o jeho reprodukci vlastními slovy nebo přepsáním hlavních myšlenek a dalších detailů. Neubauer (2007) dále zmiňuje využití multimediálních pomůcek, vzhledem k tomu, že dnešní doba, přесычена technickými vymoženostmi, se k jejich zapojení do terapie sama nabízí. Můžeme jmenovat jednotlivá cvičení v rámci edukativně stimulačního programu *MENTIO MM* nebo *Train To Brain*, který Preiss (1998) označuje za primárně neuropsychologicky orientovaný.

V rámci maximalizace komunikačního potenciálu osob se syndromem demence lze využít taktéž prostředků **alternativní a augmentativní komunikace (AAK)**. Tyto prostředky podporují porozumění řeči, ale také slouží jako pomocník v kompenzaci deficitů v oblasti krátkodobé paměti, v oblasti eliminace obtíží s výbavností pojmů. Zmírňují problémy s orientací v čase a prostoru. AAK, stejně jako všechny ostatní přístupy, vychází z využití dosud zachovaných schopností, dovedností a komunikačních kompetencí s ohledem na úroveň kognitivních funkcí. Jelikož některé systémy AAK vyžadují dobré motorické schopnosti a senzorické vnímání, i toto je třeba zohlednit. Akceptován musí být samozřejmě věk, který je rozhodujícím faktorem pro využití daného typu AAK, ten nesmí mít infantilní podobu. Vzhledem k tomu, že osoba s demencí primárně selhává při osvojování si nových dovedností a znalostí, cílem jejich užití není člověka naučit něco nového, ale spíše nabídnout jinou – další – cestu, jak využít zachované schopnosti s cílem socializace do běžného denního programu. S ohledem na druh onemocnění se frekventovaně využívá tzv. **předmětová komunikace, komunikace prostřednictvím gest** a dalších neverbálních prvků, popř. skrze fotografie.

**Předmětová komunikace** neznamená nic jiného než doplnění slovní instrukce o reálný předmět. Příkladem za všechny může být věta: „*Jdeme jíst.*“ + *ukázání reálného předmětu lžíce*. Tento doplňkový způsob komunikace sice nevede k výstavbě funkcí komunikace mezi osobou s demencí a jeho komunikačním partnerem, ale až do velmi pokročilých stadií onemocnění je dobře využitelný k tomu, aby byl daný jedinec co nejvíce orientován v čase a prostoru, zároveň netrpěl depresí či úzkostí z případné dezorientace. Jedná se tedy spíše o komunikaci ze strany pečující osoby směrem k jedinci s demencí, ne naopak.

**Neverbální komunikace** – gesta, mimika, ale také extralingvistické modality – tón, melodie, výška hlasu atd. se výrazně podílejí na úspěšné komunikaci s osobou s demencí. Nejen, že je třeba zachovávat při mluvě s těmito osobami klid, mluvit spíše tichým, hlubším hlasem, ale právě využití gest a přiměřené mimiky může přispět ke vzájemné interakci. Osoba s demencí, která už není schopna komunikovat verbálně, může velmi dobře číst výraz našeho obličeje, ale i psychické naladění, a tak se osvědčuje navázat s ní kontakt, mluvit k ní a mírnými gesty podporovat udržení vzájemného kontaktu, komunikaci obohatit o gesta a mimiku. (Bendová, Růžičková, 2013)

## 5. Reminiscenční terapie osob se syndromem demence

### 5.1. Vzpomínky, vzpomínání a jejich význam v životě člověka

*„Nikdo se o mě nezajímá. Vzpomínky nejsou, zůstaly tam. Nic není ... já nejsem ...“*

*(Neznámý autor)*

*„Vzpomínky a vzpomínání jsou přirozenou duševní činností člověka. Vybavování starých paměťových stop v různých souvislostech během celého života je základem lidské identity.“* (Janečková, Vacková, 2010, s. 11)

Vzpomínky a vzpomínání mají nezastupitelné místo v lidské psychice, podílí se na utváření duševní rovnováhy. Schopnost vybavit si vzpomínky ze své minulosti patří mezi základní vlastnosti psychiky. Díky vzpomínání se různě staré paměťové stopy navrátí do vědomí, a tak může jedinec znovuprožívat a znovuhodnotit události ze svého života a dále je v rámci vyprávění či jiné kreativní činnosti předat svému okolí. Tím dochází k ožívání minulosti v představách člověka, a tak utváření sama sebe a svého životního příběhu. I když vzpomínání patří mezi přirozené aktivity související s fungováním lidské psychiky, lze jich využít i při záměrných činnostech s jasným cílem, kterýmž může být v péči o osoby se syndromem demence maximalizace jejich životní úrovně v aktuální fázi onemocnění. V tomto případě hovoříme o reminiscenci nebo reminiscenční terapii v pravém slova smyslu. (Špatenková, Bolomská, 2011)

### 5.2. Vymezení pojmu reminiscence, reminiscenční terapie

Pojem reminiscence vychází z latinského *reminiscere*, tedy vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit v paměti. V kontextu češtiny představuje synonymum slova vzpomínka, vzpomínání. Mluvíme-li o reminiscenci ve smyslu terapeutického směru, můžeme ji definovat jako *„hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí.“* (Janečková, Vacková, 2010, s. 21)

Reminiscenci můžeme také chápat jako projekci životních událostí do myšlenek či promluvy člověka za účelem sdílení vzpomínek a zrcadlení minulosti, a to formálního (v rámci strukturované aktivity) či neformálního (v domácím či komunitním prostředí) charakteru. (Varyšová, 2005)

Na reminiscenční terapii v praxi autorky Janečková a Vacková (2010) nazírají jako na rozhovor mezi terapeutem a seniorem či skupinou osob se syndromem demence, kdy tématem tohoto rozhovoru může být vyprávění o životních zkušenostech, zážitcích a událostech, jež daného jedince více či méně ovlivnily, ale každopádně se mu výrazně zapsaly do paměti. To vše s cílem navození pohody, dobrého pocitu, radosti, potěšení, ale také stimulace kognitivních funkcí. K vybavování vzpomínek využívá reminiscenční terapie externích pomůcek, mezi které frekventovaně patří fotografie, staré předměty a další nástroje, či různá umělecká díla – hudba, obrazy aj. Ve skupině se při komunikaci s jedinci se syndromem demence osvědčuje i práce s prvky dramatizace (kostýmy, kroje atd.), pantomimy, ale také dalšího uměleckého projevu jako je tanec, kresba či zpěv. Všechny tyto aktivity mohou podléhat strukturalizaci, ale také mohou probíhat zcela spontánně, přičemž terapeutický záměr vystupuje do popředí někdy méně, někdy více. (Janečková, Vacková, 2010)

Špatenková a Bolomská (2011) se staví ke spojení reminiscenční terapie více skepticky a přiklání se k užívání názvu - práce se vzpomínkami, reminiscence, popř. reminiscenční „terapie“, jelikož termín terapie je v našich sociokulturních podmínkách definována pro vztah mezi psychoterapeutem a jeho klientem. V tomto kontextu se terapie vykresluje jako „*proces, při kterém si klient do určité míry uvědomí, že ho sužuje nějaký problém, kvůli kterému vyhledá pomoc specialisty (terapeuta, popř. psychoterapeuta) sám, nebo – což je častější případ – je k takové konzultaci přesvědčen*“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 22). Ve vzájemné interakci terapeuta a klienta je následně definován problém, kvůli kterému klient přichází, terapeut posléze hledá vhodnou terapeutickou cestu, kterou bude daný problém – po souhlasu klienta – řešen. To znamená, že klient vyhledává terapeuta kvůli problému, který je v rámci terapie řešen, někdy dokonce odstraněn. Toto v případě reminiscenčních aktivit v práci s osobami s demencí neplatí. (Špatenková, Bolomská, 2011)

Janečková a Vacková (2010) zase hovoří o vzájemném prolínání psychoterapie a reminiscence, ale upozorňují, že je třeba, aby terapeut, vedoucí reminiscenční aktivity, nikdy nepřekračoval svoje kompetence. Především v případě, kdy reminiscence vede k odkrývání prožitých traumat z minulosti, jakými jsou v případě populace seniorů vzpomínky na válku. V případě probíhající psychoterapie může zasáhnout speciálně vyškolený psychoterapeut a znovuprožívaná traumata v rámci svých kompetencí ošetřit. Při reminiscenci také může docházet k podlehnutí traumatu, i přesto, že dotyčná osoba „pouze“ rekapituluje svou minulost a na rozdíl od psychoterapie, která se snaží přímo najít jádro problému, vzpomínání představuje spíše spontánní psychický proces. Terapeut musí tedy také určitým způsobem zasáhnout, jeho úkolem je však odvést pozornost na jiný detail, popř. úplně změnit ústřední téma, pokud je to možné.

Dle Schweitzerové (2008) můžeme reminiscenci označit spíše jako psychosociální intervenci, která vychází ze schopností a návyků přirozených pro většinu lidí.

Pojem terapie se však v oblasti vzpomínání osob s demencí tak jako tak zažil, a to především díky větší prestiži samotného slova *terapie* a také díky nezvratitelným argumentům, jež jasně ukazující na terapeutické působení reminiscence. Mezi terapeuticky vyhlízející faktory lze zařadit dle Benders (1999): **katarzi**, představující pocit ozdravného zážitku i zbavení se provinilosti či špatného svědomí, popř. vyrovnávání se se stresory a eliminaci nashromážděné agrese. **Odhalování** – dříve nevyřčeného – sama sebe, **otevření se** v komunikačním procesu, **sounáležitost** s ostatními účastníky reminiscence, **prožití pocitů bezpečí**, ale i **přijetí** danou skupinou, **pochopení** ze strany terapeuta v roli facilitátora skupiny. Nelze vynechat ani **altruismus** ve vztahu k ostatním členům reminiscenční skupiny, **porozumění sobě samému** či **učení se** díky zkušenostem nasbíraných od ostatních účastníků, popř. **nabytí pocitu větší naděje** na místo v životě či uvědomění si nejen vlastní síly, ale také zodpovědnosti.

Dle Norrise (In Janečková, Vacková, 2010) mají reminiscenční aktivity (především ve skupinově orientovaných terapiích) tři základní funkce:

- oddechovou s cílem aktivizace;
- podpůrnou s cílem navození psychické pohody a posílení sebeúcty;

- terapeutickou s cílem rekapitulace vlastního života, vyrovnání se s ním i s jeho blížícím se koncem.

Pro potřeby této práce bude na základě výše zmíněných argumentů užíváno pojmosloví reminiscenční terapie, popř. pouze terapie, s ohledem na jasně vymezené hranice vymezující především termín terapie i kompetence terapeuta.

### 5.3. Kategorizace reminiscenční terapie

Existuje hned několik rozdělení a pohledů na využitelnost vzpomínek v rámci terapeutického působení. My okryjeme dvě poněkud rozdílné kategorizace, kdy první z nich je více zaměřena na způsob práce se vzpomínkami a její výsledný efekt. Druhé dělení charakterizuje již konkrétně využití postupy v praxi.

#### Dělení dle přístupu k využití vzpomínek

**Narativní přístupy**, které přímo pracují s vyprávěnými vzpomínkami, nejčastěji ve formě nestrukturovaných rozprav mezi jednotlivými členy reminiscenční skupiny, popř. rozhovoru mezi klientem a terapeutem, a to s cílem aktivizace, smysluplného vyplnění volného času osob s demencí a jejich socializace, navození psychické pohody, příjemných pocitů, dobré nálady či pocitů sounáležitosti. Nevyjímaje nepřímé kognitivní stimulační. Narativní přístupy nejčastěji využívají *life story* – vyprávění příběhů ze života – ale mohou se využívat i psané vzpomínky (knihy života, memoáry, autobiografie atd.). Vyprávění často podporují externí pomůcky jako fotografie, staré předměty, hudba, obrazy aj. Atmosféra vytvořená vlivem tohoto přístupu by měla zúčastněným osobám připomínat prostředí domova nebo přátel, což dle Janečkové a Vackové (2010) velmi často zlepšuje komunikaci mezi jednotlivými členy, většina z nich se na základě asociace, vyvolané vzpomínkou některého z účastníků, spontánně vyjádří k danému tématu, všichni se mu společně zasmějí nebo na něj jinak zareagují. Pokud téma v některém ze členů vyvolává negativní vzpomínky, i tak není nutné vždy aktivitu ukončit. Facilitátor musí umět adekvátně nastalé situaci zasáhnout a vzít iniciativu víc do svých rukou.

Základem narativních přístupů je absence hodnocení obsahu sdělení a také aktivace interpersonální funkce vzpomínání. „*Vzpomínání se snaží odhalit nitro člověka, lidé si kontrolují, co ze svých vzpomínek dají k dispozici ostatním.*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 24)

Tento přístup bývá často odsuzován díky svému zjednodušujícímu charakteru. Kritice podléhají nejvíce vedoucí reminiscenčních skupin, kteří jsou považováni za nezkušené a nedostatečně kompetentní k práci s traumatizujícími zážitky klientů. Opak je však pravdou, výsledky některých kvantitativně zaměřených šetření v této oblasti jasně ukazují na pozitivní přínos narativních přístupů, které pozitivně ovlivňují komunikační chování zapojených osob s demencí. Potenciální terapeuti v této oblasti navíc podléhají praktickému zaškolení, při kterém je kladen důraz na vybavování vlastních myšlenek, a reflexi pocitů, které v nich vzpomínky vyvolávají. A to proto, aby si na vlastní kůži vyzkoušeli, jak náročnou psychickou aktivitou může znovuprožívání životních událostí představovat. (Janečková, Vacková, 2010)

**Reflektující přístupy**, také životní rekapitulace, jakožto speciální forma reminiscence, která je velmi úzce spojena s psychoterapií. Často bývají připodobňovány bilancování nad vlastním životem a jeho celkovému hodnocení. Vzpomínek se opět využívá z rozhovoru s klientem či skupinou klientů, přičemž zde už je větší prostor pro hodnocení toho, co bylo a co to přineslo. Proto je takto zaměřený přístup více náročný na emocionalitu, osobnostní konflikty a odkrývání traumat. Sebereflexe může probíhat i ve formě monologu, v soukromí. Hodnocení má na sklonku života veliký význam, člověk v rámci něho dokáže snáze odpustit, samotné odpuštění může mít potom pozitivní vliv na prožívání a chování osoby s demencí. Někteří autoři se shodují na tom, že takto orientované terapie by měl vést pouze erudovaný psychoterapeut, v praxi však existuje mnoho postupů i pro pracovníky v pomáhajících profesích, které jsou dobře využitelné i bez psychoterapeutického výcviku. Zde do popředí vystupuje jiný typ vzpomínání – integrativní a instrumentální. Integrativní vzpomínky umožňují hodnotit, co člověk získal, ztratil a jak z toho může těžit v současnosti. Instrumentální vzpomínky potom pomáhají bilancovat nad pozitivními a negativními věcmi, událostmi, které daného člověka v životě potkaly, zasáhly ho.



Jelikož tento přístup více předpokládá znovuokryvání nepříjemných zážitků, vedoucí reminiscenční skupiny, popř. facilitátor rozhovoru, by měl na závěr sezení vždy shrnout, jak lze pracovat s negativními myšlenkami a vzpomínkami. Dle Cappelieze (In Janečková, Vacková, 2010) výzkumy ověřující efekt tohoto přístupu jasně ukazují na zmírnění depresivních stavů u osob s demencí, které v rámci terapie dostaly možnost o svých životních radostech a těžkostech svobodně promluvit, a to z toho důvodu, že se jim dostalo pocitu důvěry, empatického přístupu a pochopení. Jedná se, jednoduše řečeno, o aplikaci validačních přístupů v praxi. Ty, jak už bylo uvedeno, akceptující osobnost jedince s demencí takovou, jaké je ve své přirozenosti a nesnaží se ji měnit. „*Validace a reminiscence mají hodně společného. Vycházející z principu, že člověk se rozvíjí po celý svůj život a svůj život také reflektuje a hodnotí. Oba přístupy jsou také orientovány na člověka a na jeho bezpodmínečné empatické přijetí.*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 29)

**Expresivní přístupy** neboli expresivní vyjádření emocí, otevření minulosti prostřednictvím práce se vzpomínkami, která odkrývají složitá témata, jež v sobě člověk dlouho nosí, a tak mohou způsobovat hluboce zakořeněná traumata. Když se člověk otevře, dojde ke spuštění adaptačního mechanismu. Tím, že sám naslouchá a reaguje, vyjadřuje souhlas či nesouhlas s druhými, projevuje soucit, radost, nabídne pomoc, radu atd., tím se alespoň povrchově zbavuje svých vlastních starostí, což vede k úlevě a zlepšení celkového zdravotního stavu. Expresivní přístup, otevřenost, obojí má nezastupitelnou roli při úbytku stresu, úzkostí a negativního naladění klientů. Expresivní přístupy nejen, že dovolují rekapitulovat, hodnotit a vyprávět, ale také kladou důraz na přítomnost a řešení aktuálních problémů směrem do budoucnosti. (Janečková, Vacková, 2010)

Poslední přístup, **informačně** či **biograficky** orientovaný, se zaměřuje na předání poznatků, vlastních zkušeností, ale také postojů. „*Jde zejména o využívání autobiografické metody, kdy lidé vyprávějí svůj osobní příběh v kontextu historických událostí, podávají vlastní interpretaci těchto událostí a přinášejí poučení mladší generaci*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 30). Opět nabývá velikého sociálního významu, jelikož většina seniorů, kterých se reminiscenční aktivity nejčastěji týkají, po odchodu ze zaměstnání do důchodu buď ztratí, nebo mají pocit, že ztratili, své sociální postavení. Prostřednictvím tohoto přístupu si mohou tuto ztrátu do jisté míry kompenzovat, staví se totiž do role učitelů, a mají tak novou, pro ně subjektivně vnímanou, významnou roli, díky níž mohou ovlivňovat postoje a hodnoty sdílené ve

společnosti. Z tohoto důvodu je vhodné mezi reminiscenční aktivity zahrnovat i přednášky pamětníků, vzdělávací přednášky, setkávání generací, výstavy retrospektivního charakteru atd. (Janečková, Vacková, 2010)

Popis jednotlivých přístupů k reminiscenční terapii jasně ukazuje na rozmanitost, ale zároveň na typické rysy, které zahrnují všechny druhy práce se vzpomínkami bez rozdílu. Vždy je třeba odhadnout sestavu dané reminiscenční skupiny, popř. strukturu osobnosti člověka se syndromem demence, se kterým tento druh činnosti zahájíme. Jedině na základě toho lze aplikovat zmíněné přístupy, různě je kombinovat, nebo se některým, dané situaci nehodícím se, vyhnout. Někomu se může zdát, že reminiscence v péči o seniory představuje pouhé tlachání o tom, co bylo, při kterém se přítomní všehovšudy zasmějí a rozejdou se. Vždy však musíme předpokládat, že dlouhý život, který prozatím senioři prožili, přinesl spousty ne vždy pěkných událostí. Ty se mohly v paměti seniorů vrýt tak hluboko, že jim vytanou na mysl i při nepatrné zmínce opírající se o dané téma, a mohou u nich vyvolat negativní emoce, návaly agrese, ale i úzkosti nebo depresi. To představuje obrovské nároky na schopnosti facilitátora či terapeuta reminiscenčních aktivit, jež musí ovládat umění rozhovoru a být v rámci svých kompetencí rádcem, utěšitelem, ale i oporou svým klientům, pouze tak může mít řízené aktivity pod kontrolou.

### Dělení dle formy

**Diskuse** o minulosti, která podléhá koordinaci a organizaci. Tato forma nejvíce využívá k navození vzpomínek externích reminiscenčních pomůcek jako fotografií, hudby, filmů či diapositivů, zahrnuje stejně tak návštěvy výstav nebo tzv. reminiscenční vycházky do míst, kde její účastníci pracovali, žili. Tato forma je vhodnější pro menší skupinu, její práce je průběžně pozorována a hodnocena, má formální charakter – účastníci jsou záměrně vybíráni.

**Vytvoření prostředí připomínající domov**, neformální přístup, často spojován s rituály, jako je hygiena či stravování. Realizuje se především v pobytových zařízeních pro cílovou skupinu osob se syndromem demence za cílem socializace klientů, u kterých by mělo docházet k navození psychické pohody a dobré nálady. Neformální charakter dovoluje větší benevolenci, můžeme se s tímto přístupem setkat mimoděk

v celých prostorách pobytových zařízení, která jsou účelně vybavena dobovými fotografiemi, vitrínami se starými předměty atp.

**Reminiscenční aktivita s hmotným výsledkem**, například: klientem složená hudba, napsaná báseň vztahující se k určité vzpomínce. Jedná se o tvůrčí činnost, během které se mimo vzpomínek využívá také dosud zachovaných schopností a dovedností co do hrubé a jemné motoriky. Během této činnosti může dojít k odhalení skrytých traumat, nebo naopak vřelých emocí vzhledem k vybavené události z minulosti klienta, který prostřednictvím ní může nepřímo vyjádřit své pocity. Poslední dvě formy jsou více orientované na vztah mezi osobou s demencí a jeho pečovatelem z řad odborníků. Jedná se o prohloubení vzájemného porozumění a o aktivity ke snížení dopadu institucionalizace vztahující se spíše k pracovníkům v přímé péči, kteří mohou podlehnout syndromu vyhoření, nebo zkrátka vlivem sociální izolace ventilují svoji úzkost skrze agresivitu namířenou vůči klientům, což se negativně promítá do jejich celkového zdravotního stavu. Tomuto je zamezováno propojením instituce s vnějším světem, a to příchodem dobrovolníků či stážistů z řad studentů, návštěvy žáků z okolních školských zařízení nebo i umělců a dalších osob. Tito spolu mohou realizovat netradiční reminiscenční aktivity, a tak oživit stereotypní denní režim instituce, což má pozitivní vliv nejen na klienty, ale také na psychiku pracovníků. (Špatenková, Bolomská, 2011)

#### Dělení dle počtu účastníků

Při dělení z tohoto hlediska rozlišujeme reminiscenci **individuální** a **skupinovou**, jež se dále dělí na **formální** a **neformální**. (Špatenková, Bolomská, 2011)

Jak název sám napovídá, při **individuálním sezení** se terapeut věnuje pouze jednomu klientovi, s nímž musí navázat velmi intenzivní důvěrný vztah, potom se zvyšuje předpoklad jeho otevřenosti a sdílení vlastních pocitů skrze vzpomínky na minulost. Individuální přístup má velmi pozitivní vliv na osoby s demencí, jelikož při rovnocenné konverzaci nabývají dojmu, že jsou stále respektovány a vnímány jako jedinečné lidské bytosti. Pro terapeuta je v této situaci mnohem lépe odhadnout tempo vzpomínajícího a také snáze vybere téma a způsob pro vybavování vzpomínek. Během sezení má mnohem více času věnovat se dotyčnému člověku a ponořit se do jeho

vzpomínek o to hlouběji. Tato forma reminiscence je vhodná i pro introvertnější typy, které se ostýchají promlouvat před ostatními účastníky při skupinových aktivitách.

Terapie realizována ve skupině může mít dvě podoby – formální a neformální. **Neformální skupinová terapie** často probíhá i během podávání oběda, může se jednat o nenucenou diskusi o minulosti, o událostech předešlých dní. Nastolená témata jsou přístupná komukoli, kdo se nachází ve stejných prostorách a projeví zájem o navázání kontaktu a zapojení se do konverzace. Úkolem terapeuta je zapojit ostatní osoby se syndromem demence, návštěvníky a personál do rozhovoru s cílem odlehčit situaci, rozesmát klienty, pobavit je i jejich pečovatele. I neformální terapeutické působení však vyžaduje facilitaci a závěrečné ověření, zda přítomné osoby vnímali terapeutický záměr. „*Hlavním cílem této skupiny je přinést radost, stimulaci a smysl do života seniorů v instituci.*“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 28)

**Formální skupinová reminiscence** bývá předem plánovanou činností s jasně definovanými cíli. K těmto účelům, především mluvíme-li o pobytových zařízeních či denních centrech pro osoby se syndromem demence, bývá určena a třeba i speciálně vybavena místnost, která zajišťuje dobrou koncentraci na práci. Zde má facilitace mnohem větší význam. Terapeut, jež vede skupinu, zpočátku musí přijmout jednostrannou a, ze strany klientů, povětšinou pasivní komunikaci, až postupně dochází pod jeho taktovkou ke vzájemné interakci, při které přítomní účastníci odkrývají svoji minulost, facilitátor však musí vynaložit notnou dávku empatie, citu a program celého sezení mít důkladně promyšlený, jedině tak může dosahovat kýžených výsledků terapeutického působení.

Janečková a Vacková (2010) navíc dodávají zásadní faktor – dobrovolnost účasti na skupinových sezeních. To znamená, že nikdy nikoho nenutíme k tomu, aby se skupinové terapie účastnil. V opačném případě, jedince, u kterých už nepředpokládáme verbální komunikaci, nelze ze skupin striktně vyloučit, může na ně totiž pozitivně působit i prostá přítomnost. Účastnit se tedy mohou i osoby nemobilní. Také je třeba dobře rozmyslet, koho na skupinu zveme, vždy by se měli skupinového sezení účastnit jedinci, které program spojuje co do tématu a určitého sociálního zařazení (pocházejí ze stejného města, mají vystudovaný stejný obor, mají stejné záliby, jsou stejně staří atd.).

## Další dělení

Gibsonová (In Špatenková, Bolomská 2011) uvádí dělení reminiscenční terapie na **obecnou** a **specifickou**. Obecná reminiscenční terapie je jakékoli předem naplánované sezení s cílem vzpomínat, a to za použití externích paměťových pomůcek, které souvisí s daným tématem, jsou snadno získatelné, ale klient k nim nemívá osobní vztah. Specifická reminiscence předurčuje specifické pomůcky, které byly cíleně podrobeny pečlivému výběru a klient k nim má blízký vztah, tzn., patří mu, a tudíž se předpokládá větší pravděpodobnost reakce.

Takto, černé na bílém, vypadá dělení jednoznačně, v praxi však striktně oddělit nelze. V závislosti na sestavě skupin často dochází ke kombinaci forem a přístupů, což nepřináší kontraproduktivitu. Naopak, uvolnění a nezávazné popovídání může představovat ve strukturovaném programu velmi příjemnou změnu. Klient tolik nepodléhá pocitu, že je hodnocen, zkoumán a podrobován nějakému testování a více se při vzájemné komunikaci otevírá.

### **5.4. Reminiscenční aktivity**

Výběr a realizace reminiscenčních aktivit závisí ve velké míře na kreativitě a schopnostech či možnostech terapeuta, může využít nepřehledného množství nápadů, které podporují či usnadňují vzpomínání – rozhovor, přednáška, předčítání, práce s textem, návštěvy výstav či jiných kulturních akcí, práce se starými předměty atd. Samy o sobě však aktivity podléhají určité kategorizaci, některé z činností mají jasně vymezenou strukturu. Trojí, dobře pochopitelnou, typologii uvádějí Janečková, Vacková (2010): A tak se nám vykreslují **aktivity podle cíle**, jímž může být:

- sociální začlenění;
- rekapitulace života;
- expresivní vyjádření emocí, otevření se;
- nebo předávání zkušeností a poznatků.

Při dosazování sociálního začlenění osob s demencí využíváme při reminiscenci především narativní přístupy, které nepodléhají hodnocení a bývají běžnou součástí lidského života, např. rozhovor ve skupině, posezení s pohoštěním, výlety, společenské

hry, zpěv, tanec či vaření. Život se nejlépe rekapituluje prostřednictvím zápisků, tvorby autobiografie, knihy života nebo může člověk o událostech, jež prožil, sám přemítat v duchu, ve svém tichém monologu. Zkušenosti či poznatky se předávají ve formě přednášek od lidí, které přinášejí zajímavosti nebo klienty dokáží zaujmout, při tematických setkáních, při integračních programech nebo při různých kurzech pořádaných pro osoby s demencí – kurz vaření, výuka jazyků, hudební program, návštěvy výstav nebo třeba tvorba vzpomínkových krabic. Expresivní vyjádření nebývá vyvoláno v rámci konkrétní aktivity, může se objevit v podobě nepřiměřeného projevu emocí (pláče, hlasitého smíchu, výbuchu agrese atp.) vlastně kdykoli během jakékoli formy vzpomínání.

**Aktivity podle použitých komunikačních prostředků** dělíme do dvou hlavních skupin:

- pod verbální metody;
- pod neverbální metody.

Jejich charakter nám napovídají už samotné názvy. **Verbální** užívají verbálních prostředků – slov, písma při rozhovorech či společném zpívání, recitaci básní, předčítání, hraní divadla či hraní rolí. Psané vzpomínky si mohou osoby s demencí zaznamenávat do deníků, dopisů, zápisků či soupisu životních příběhů, takt zapsané vzpomínky se potom mohou doplnit o fotografie a uspořádat do kronik, pamětí či knih života. **Neverbální** metody zahrnují vyjádření vzpomínek pomocí těla či uměleckými prostředky: prohlížení fotografií, pohlednic, starých novin a časopisů, obalů gramofonových desek, sledování dobových filmů či promítání diapozitivů, poslouchání hudby či její reprodukce, aktivní umělecká tvorba (tvorba vzpomínkových krabic, koláží, modelování atd.). Nelze opomenout ani vaření, pečení, žehlení, praní, hrabání listů a jiné pracovní činnosti, pantomimické hry, neverbální divadlo, oblékání si dobových kostýmů, doplňků nebo třeba výlety a procházky po stopách vzpomínek (do rodných obcí, muzeí atd.).

Třetí skupinu tvoří **aktivity podle výsledku**, tedy:

- nemateriální;
- materiální.

Jelikož výsledkem reminiscence nemusí být vždy nějaký produkt jako již zmíněné knihy života, vzpomínkové krabice, koláže atp., lze realizovat i takové aktivity, které nepředpokládají hmotný výstup, ale spíše spokojenost a dobrou náladu, zlepšení vztahů mezi klienty a celkové navození lepší psychické pohody.

### Využití vzpomínkových krabic

Již několikrát padla zmínka o vzpomínkových (reminiscenčních) krabicích. Jelikož byly využity při práci se seniory s demencí v rámci výzkumného šetření, nyní bude tato aktivita blíže charakterizována jakožto jeden ze zástupců konkrétních reminiscenčních aktivit.

Vzpomínkové krabice, jinak nazývané reminiscenční, také memoboxy, mohou mít podobu krabice, bedny, kufru, ale také koláže, knihy života, vzpomínkového zátiší. „*Většinou jde o uspořádání životních portrétů starších lidí v miniaturním prostoru bedny, krabice či kufru, jejichž prostřednictvím mohou lidé citlivým a zajímavým způsobem zveřejnit svůj životní příběh.*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 123)

Aktivita vychází z přirozené potřeby člověka během svého života ukládat subjektivně významné předměty do různých krabic, skříněk či šuplíků. Uložené předměty můžeme přirovnat k lidské duši, samotné krabice potom k tělu člověka, mají tedy zrcadlit duševní a tělesnou schránku člověka a jejich vzájemný vztah. Poslání těchto pomůcek je facilitace, především z toho pohledu, kdy soubor člověku blízkých věcí na jednom místě u něho může snáze vyvolat vzpomínky, a tak začne vyprávět, více se otevře, popř. vzpomíná ve svém tichém monologu. Facilitace zde znamená i usnadnění komunikace mezi osobou s demencí, která bývá někdy i o dvě generace starší než její terapeut, a tak slouží i k navázání intimnějšího a důvěrnějšího vztahu mezi těmito dvěma osobami, ale také při mezigeneračních rozdílech v rodině a blízkém okolí. Samotná práce potom představuje jednu ze smysluplných činností, jíž můžeme naplnit běžný denní režim osoby s demencí. Předpokládá se také zapojení rodiny do péče o osobu s demencí, ta se totiž v největší míře podílí na sestavení krabic, jelikož poskytuje fotografie a další předměty, ke kterým má klient vztah. Pokud rodina nespolupracuje, krabice může být vytvořena společně s pečovatelem, dobrovolníkem, v těchto případech však nebývá zcela kompletní a často je ovlivněna klientovým již zkrleslým vzhledem do reality. (Janečková, Vacková, 2010)

Samotný postup tvorby krabic představuje poměrně zdlouhavý proces, vychází totiž primárně z vyprávění životního příběhu osoby s demencí, kterému musí asistent naslouchat, zapisovat si z něho podstatné věci. Na základě toho se shromáždí s dopomocí rodiny a blízkých osob vzpomínkové předměty a fotografie či další významné artefakty. Ty se následně ukládají do vyrobené krabice spolu se sepsáním onoho životního příběhu a dalších potřebných bibliografických údajů. V závěru tedy slouží krabice především pro potěšení osoby s demencí, která ji může mít neustále při ruce a kdykoli sama při jejím otevření vzpomínat. Využití naleznou i v práci jednotlivých řízených reminiscenčních aktivit a doporučuje se taktéž v rámci instituce uspořádat výstavu krabic, což mívá velmi pozitivní vliv na klienty, které tímto necháme znovuprožít pocity potřeby a určitého sociálního postavení.

### **5.5. Význam a přínos reminiscenční terapie**

Význam reminiscenční terapie je zřejmý, přitom zcela jednoduchý. Jedná se o snadno aplikovatelnou metodu v péči (nejen) o osoby se syndromem demence, především ve vztahu k těmto osobám v seniorském věku, které na sklonku svého života potřebují zažít radost, potěšení, ale také určitý respekt a stále mít určité sociální postavení. Reminiscence navíc poskytuje také zvýšení nebo udržení určité životní úrovně. Pozitivní vliv má však i na pečující osoby, ať už profesionály nebo rodinné příslušníky, kteří jsou několik let pod obrovským tlakem a také potřebují radost ze života. Fakt, že osoba, o kterou pečují, může být díky vzpomínkám šťastná a v dobré náladě, přidává na psychické pohodě právě i jim.

*„Přínos reminiscenční terapie nemůže být v žádném případě vnímán jako samozřejmost, ale vždy jako důsledek kvality a hloubky pozornosti, která je věnována naplňování psychických, sociálních a spirituálních potřeb účastníků. Reminiscenční terapie není lékem, u kterého by k dosažení pozitivních výsledků stačilo pouhé pravidelné užívání.“ (Špatenková, Bolomská, 2010, s. 77)*



## 6. Reminiscenční terapie osob se syndromem demence v Alzheimercentru Filipov

Teoretická část nabídla souvislý pohled na problematiku syndromu demence a s ní související poruchy řečové komunikace, tedy kognitivně-komunikační poruchy, jejich charakteristiku a diagnostiku. Poslední dvě kapitoly zahrnovaly poznatky z oblasti terapie syndromu demence se zaměřením na využití reminiscenční terapie v péči o osoby s tímto onemocněním.

Právě na teoretická východiska shrnující problematiku reminiscence navazuje výzkumný projekt diplomové práce založený na popisu vlastního realizovaného rehabilitačního programu, který byl zařazen pravidelně – většinou jedenkrát za 14 dní – do týdenního režimu osob se syndromem demence v rámci institucionální péče v Alzheimercentru Filipov. Program byl koncipován jako skupinová terapie, kdy do této skupiny byly, při zachování aspektu dobrovolnosti, vybrány tři osoby, které v zařízení pobývají, a staly se předmětem případových studií. Případové studie zahrnují všechny dostupné informace poskytnuté sociálním oddělením zařízení a snaží se vykreslit především ty okolnosti, které se bezprostředně dotýkají primárního onemocnění – syndromu demence – a mohou mít vliv na komunikační schopnosti, celkový psychický stav a stupeň socializace daných jedinců. Pro dosažení co nejvyššího možného stupně komplexnosti byl proveden *MMSE* (Mini Mental State Examination) a *Clock Drawing Test* (CDT) – Test kreslený hodin, odkrývající orientační úroveň kognitivních funkcí a hloubi případných kognitivních poruch.

K dosažení vytyčených cílů byly využity metody kvalitativního výzkumu, v rámci něhož jsou rozpracovány zmíněné případové studie i analýza jednotlivých realizovaných rehabilitačních sezení.

## 6.1. Vymezení cílů výzkumného šetření

**Hlavním cílem** výzkumného šetření je zjistit, **jaký vliv má reminiscenční terapie na osoby se syndromem demence.**

Jako dílčí cíle jsou definovány následující:

- Jaký vliv má reminiscenční terapie na komunikační schopnosti osob se syndromem demence.
- Jaký vliv má reminiscenční terapie na psychický a celkový stav osob se syndromem demence.

## 6.2. Metodologie výzkumného šetření

V rámci výzkumného projektu bylo využito těchto aplikovaných výzkumných postupů:

- analýza dokumentů, lékařských dokumentací a výsledků činnosti;
- kazuistické studie;
- aktivní pozorování

Gavora (2010, s. 13) výzkum charakterizuje jako „*systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomosti lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají nové poznatky*“. Děje se tak díky sběru dat, kdy hlavním cílem není shromažďování velkého množství údajů, nýbrž těch, díky nimž můžeme vytvořit určitou teorii, vysvětlit určitý jev. (Gavora, 2010)

*„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“* (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 17)

O kvalitativním výzkumu můžeme s určitým nadhledem mluvit jako o protikladu kvantitativního výzkumu, nicméně toto tvrzení neplatí striktně, protože metody a techniky se mísí často napříč oběma formami. Kvalitativní styl výzkumného šetření můžeme charakterizovat jako intenzivní a dlouhodobý. Výzkumník je přirozeně nucen vést si velmi podrobné záznamy, se kterými následně pracuje. Obrazně řečeno, jedná se o skládání puzzlí v celistvý obraz dané problematiky. Mezi nejtypičtější metody, které využívá kvalitativní výzkum, patří různé formy pozorování, interview, narativní (vyprávěcí) metoda a analýza produktů člověka. Přičemž se využívá dvou základních postupů, a to analytické indukce, založené na „prvotním případě“, od kterého se odvozuje hypotéza, jež se ověřuje na dalších případech. A kontrastní komparace, založena na tvorbě kategorií, hledání podobností a odlišností v jednotlivých případech. (Gavora, 2010)

### **6.3. Charakteristika místa výzkumného šetření**

*„Neumíme Alzheimerovu nemoc vyléčit, to neumí ostatně nikdo, ale umíme pečovat na takové úrovni, abychom zkvalitnili život pacienta a zpomalili progresi onemocnění.“* (Alzheimercentrum, online)

Alzheimercentrum (dále AC) Filipov, ve kterém výzkumný projekt probíhal, je součástí skupiny zařízení Alzheimercentrum®, která se orientují na osoby s diagnózou Alzheimerova choroba a ostatní typy demencí. Místo zde však najdou i jedinci, u kterých se stanovila diagnóza jiná (např. roztroušená skleróza atp.). Jedná se o největšího a nejstabilnějšího poskytovatele péče pro tuto cílovou skupinu v tuzemsku. Jejich otevření datujeme už do roku 1996. Za téměř 20 let fungování se tedy provoz díky mnohaletým zkušenostem zdokonalil a pevně vybudovaná síť jednotlivých zařízení nemá v České republice prozatím konkurenci. Cíle AC vycházejí ze specifických potřeb cílové skupiny. Snaží se zde poskytovat komplexní služby, přičemž zaručují vysokou odbornou úroveň personálu, příjemné prostředí, ve kterém může každý prožívat důstojně svůj život. Zaměstnanci mají ke klientům empatický, laskavý přístup, akceptující individuální osobnost každého z nich. Klient je zde chápán jako rovnocenný partner, který pouze potřebuje specifickou podporu. Služby poskytované AC představují balíček komplexní péče od hygieny, stravování a ubytování přes odbornou terapeutickou pomoc orientovanou lékařsky, ale i speciálně pedagogicky. Postupy aplikované při terapeutickém působení vycházejí z nejmodernějších poznání. Mimo to

je poskytováno poradenství v oblasti sociální i zdravotní směrem k rodině klienta, a to i v případě, že klient není v centru ubytován, ale je v péči domácí. V tomto případě je AC schopné zajistit potřebné pomůcky do domácnosti. (Alzheimercentrum, online)

AC Filipov bylo zřízeno pouze pár kilometrů od města Čáslav ve Středních Čechách ve stejnojmenné obci. Jeho prostory jsou situovány do nově zrekonstruovaného zámku s novogotickými rysy, k němuž náleží rozlehlá zahrada. V ní jsou vystavěny také stáje pro koně, se kterými se klienti v rámci rehabilitace – hipoterapie - také setkávají. V zadní části pozemku se rozpíná veliký zámecký park, původní bažantnice, jež klientům ve všech ročních obdobích nabízí čistou přírodu a klidné místo pro procházky i odpočinek. K dnešnímu dni jsou služby poskytovány kromě Filipova také na dalších deseti místech napříč Českou republikou. AC se nacházejí v Českých Budějovicích, Písku, Filipově, Průhonicích, Zlíně, Louckém Mlýně a Zlosyni. U našich slovenských sousedů jsou to potom Piešťany. Všechna jednotlivá zařízení fungují v právní formě obecně prospěšná společnost, o. p. s. (Alzheimercentrum, online)

Veškeré přístupy v AC, a to i třeba na úrovni stravování, jsou založeny na bazální stimulaci. Pracuje se zde s principem zachování dlouhodobých paměťových drah, staví se na základech toho, co zůstalo v paměti zachováno a na dosud zachovaných schopnostech klienta. Mezi základní služby, které jsou v rámci AC poskytovány, patří: ošetrovatelská péče, sociální péče, bazální stimulace, terapeutické panenky, reminiscenční terapie, pečovatelská služba. (Alzheimercentrum, online)

#### *Reminiscenční terapie v AC Filipov*

V AC probíhá reminiscence napříč všemi aktivitami, které jsou pro klienty připravovány, ale mají zde také vytvořený reminiscenční pokoj, který slouží k reminiscenční terapii v pravém slova smyslu. Vnímána je jakožto cílená a záměrná práce se vzpomínkami klientů, a to rozpomínáním se na minulost pomocí vůní, dotyků, návštěvy známých míst, nebo prostřednictvím tzv. reminiscenčních kufříků, které skýtají osobní věci daných klientů, ty v nich mohou probudit vzpomínky na jejich vlastní život – např. knihy, klubko vlny, pletací jehlice, modely aut nebo letadel, první boty dětí, svatební krajka atd. Tyto kufříky vznikly za dopomoci rodiny, která dané předměty poskytla včetně fotografií a dále k nim personálu dodala bibliografické údaje klienta, jakousi legendu, aby tak kufřík jako komplex splnil svůj účel a mohl s ním

pracovat kdokoli, kdo do AC přijde a nezná podrobně sociální anamnézy klientů. (Alzheimercentrum, online)

#### 6.4. Charakteristika výzkumného šetření

Během výzkumného projektu bylo realizováno celkem osm rehabilitačních sezení, kterých se účastnil vždy libovolný počet klientů za předpokladu, že součástí takto vytvořené skupiny budou, pokud to jejich zdravotní a psychický stav dovolí, vždy tři vybrané osoby s primární diagnózou demenciální syndrom různé typologie i závažnosti. To vše za předpokladu zachovaného komunikačního potenciálu, jelikož jedním z cílů výzkumu je taktéž hodnocení komunikační oblasti. Skupina měla nastavený spodní limit 3 osoby a horní maximálně 10, přičemž počet nikdy nepřesáhl 7 účastníků. Výběr klientů byl realizován týmem ergoterapeutek AC Filipov, po předešlé konzultaci se zdravotnickým personálem, který odsouhlasil, že jsou tyto osoby schopné, s ohledem na zdravotní, psychický stav a případnou medikaci, pravidelně se účastnit plánovaných reminiscenčních sezení a může se u nich předpokládat vliv indikované terapie na alespoň jednu vymezenou oblast. Z genderového hlediska se jednalo výlučně o ženy využívající pobytovou službu AC Filipov ve věkovém rozmezí 72 – 77 let, tedy ženy v seniorském věku. Následné sestavování **případových studií** vycházelo z dostupných informací, jež byly poskytnuty sociálním oddělením AC. Pozornost byla věnována především těm okolnostem, které bezprostředně souvisí s primárním onemocněním, řečovými a dalšími komunikačními schopnostmi klientů, také stupněm socializace v rámci vytvořené sociální skupiny a v neposlední řadě s psychickým laděním. Jelikož uvedené oblasti nebyly u klientů v rámci pobytu nikdy zkoumány prostřednictvím objektivních metod, a jelikož anamnézy klientů AC Filipov pro tento výzkum neposkytovaly dostatek informací, bylo u tří vybraných osob provedeno dvojí testování. K němu bylo využito *Mini Mental State Examination* a *Clock Drawing Testu*, tedy Testu kreslení hodin, jakožto screeningových škál pro zjištění úrovně kognitivních funkcí a případných kognitivních poruch. Během tohoto testování došlo také k subjektivnímu posuzování komunikačních modalit, a to řečových motorických modalit a jazykových schopností.

	<i>Klientka EK</i>	<i>Klientka JS</i>	<i>Klientka MD</i>
<b>Pohlaví</b>	Žena	Žena	Žena
<b>Věk</b>	76 let	77 let	72 let
<b>První příznaky nemoci</b>	Před 5 lety (2011), v roce 2013 výrazná akcelerace a následná progresse onemocnění	Před 3 lety (2013)	Před 6 lety (2010)
<b>Přijetí do AC Filipov</b>	2014	2015	2015
<b>Diagnóza</b>	Alzheimerova choroba	Smíšená demence vaskulárního a neurodegenerativního typu	Alzheimerova choroba
<b>Výsledky MMSE</b>	Skóre 8 b. – těžká kognitivní porucha (viz Příloha A)	Test nedokončen, závěrečné skóre 8 b. – těžká kognitivní porucha (viz Příloha C)	Skóre 11 b. – hraniční výsledek mezi středně těžkou až těžkou kognitivní poruchou (viz Příloha D)
<b>Výsledky CDT</b>	Těžká prostorová dezorientace – nezakresleny číslice, čas zaznamenán špatně mimo ciferník slovem (viz Příloha B)	Neproveden	Střední stupeň prostorové dezorientace – zcela chybí číslice, nezakreslen správný čas (viz Příloha E)

Tabulka D – Základní informace o vybraných osobách

## 6.5. Průběh výzkumného šetření

### 6.5.1. Případové studie

K sestavení kazuistik v rámci výzkumného projektu byly využity informace, poskytnuty sociální pracovníci a ergoterapeutickým týmem AC Filipov. Vzhledem k internímu nastavení zařízení, které nedovoluje vynášení osobních údajů klientů, se jednalo převážně o biografické údaje a sociální anamnézu, která je přístupná každému, i externímu, pracovníkovi AC v reminiscenčním kufříku každého z klientů. Vzhledem k náročnosti seskupení tolika informací, jež vyžaduje úzkou a fluentní spolupráci s rodinou klientů, ani dostupná biografie není příliš rozsáhlá. Pro rozšíření objemu potřebných informací bylo mimo již dva zmíněné screeningové testy realizováno také aktivní pozorování modalit řeči, psychického ladění a socializačních schopností vybraných klientek.

#### Kazuistika č. 1 - Paní EK

Rok narození: 1940

Diagnóza: Alzheimerova choroba

Příchod do AC Filipov: 2014 s výsledky MMSE po přijetí 10, po opakování skóre 12

#### ***Osobní a sociální anamnéza***

Paní EK, téměř šestasedmdesátiletá klientka AC Filipov, svůj život prožila střídavě v českém a slovenském hlavním městě. Během života se vdala, se svým jediným manželem měla dva syny, od kterých má nyní čtyři vnuky. Má velmi blízko i ke svému mladšímu bratrovi, který ji společně s manželem a dětmi pravidelně navštěvuje. V útlém mládí se věnovala baletu, nikdy však na profesionální úrovni, pracovala jako mikrobioložka v hematologické laboratoři, vystudovala tedy střední zdravotnickou školu. Svůj volný čas zaplňovala čtením, ale především cestováním, a to nejeden po evropských zemích.

Již před 5 lety si rodina paní EK všimla prvních příznaků ukazujících na kognitivní poruchy, jednalo se především o zmatenost vlivem náhle dezorientace místem a osobami, amnézii pojmů a jmen, o 2 roky později se problémy ještě prohloubily, což přineslo zhoršení psychického stavu klientky. Objevily se časté výkyvy nálad, celková emocionální labilita a verbálně agresivní útoky směřované proti nejbližším lidem. A tak se rodina rozhodla, že svěří paní EK do rukou odborníků. Vzhledem k rychle se zhoršujícímu celkovému stavu byla rodině také představena možnost využití pobytových služeb AC. S tím rodina souhlasila, vybrala v roce 2014 AC Filipov. Příjímání MMSE testování vyšlo se skórem 10, při prvním testování byla však klientka velmi rozrušená, tak bylo opakováno po několika dnech po adaptaci na nové prostředí, tentokrát s výsledkem 12 bodů.

### ***Aktuální stav***

Aktuální stav byl opět hodnocen na základě screeningového testu kognitivních funkcí MMSE s výsledným skóre 8 (Příloha A), doplněn o CDT (Příloha B). Oba tyto testy potvrdily závažnou kognitivní poruchu s typickou komplexní dezorientací a poruchami dlouhodobé paměti, bezprostřední vybavení a užití krátkodobé paměti klientka překvapivě zvládla ze dvou třetin. Klientka selhávala i v případě pojmenování reálných předmětů, správně identifikovala a následně přesně pojmenovala pouze jeden z nich, druhý opisovala typickými parafáziemi. Praxie hodnocena obkreslováním pětiúhelníků, tento úkol klientka částečně zvládla. Gramatizaci psaného projevu nebylo možné hodnotit, jelikož klientka odmítla psát.

Paní EK je motivovaná a velmi aktivní ve verbální komunikaci, její řeč je fluentní, bez typických dysnomických pauz nebo proluk vlivem amnézie pojmů. Nicméně, řeč je typická svým konfabulačním charakterem, to prakticky znamená, že klientka dokáže plynule hovořit, nicméně mimo téma rozhovoru, popř. bezobsažně, což fluentní řeč zastíňuje. Zcela absentuje koherence řečového projevu. Klientka na pokyn pojmenuje a zopakuje pouze, je-li dobře naladěná, komunikační proces jako celek bývá totiž velmi často ovlivněn klientčinou verbální agresí. Percepce řeči a psaným projevům má kolísavý charakter, při testování klientka velmi dobře rozuměla, na pokyn vykonala činnost, při rehabilitačních aktivitách však často místo vyjádření projevu pochopení opět útočila proti komunikačním partnerům. Při komunikaci se projevuje typický egocentrismus a necitlivost vůči komunikačnímu partnerovi.



### ***Aktivita při reminiscenčních činnostech***

Při realizovaných reminiscenčních sezeních klientka EK často přicházela špatně naladěná, čímž ovlivňovala nejen průběh naplánovaných činností, ale také psychické naladění ostatních účastníků sezení. Navíc se to podepsalo na celkovém klimatu ve skupině. To vše zapříčiňovaly urážky namířené vůči vedoucímu skupiny i ostatním účastníkům a již zmíněná verbální agrese, to vše vlivem emocionální lability jakožto sekundárního projevu Alzheimerovy choroby.

### **Kazuistika č. 2 - Paní JS**

Rok narození: 1939

Diagnóza: Smíšená demence

Přijetí do AC Filipov: 2015 s výsledky MMSE při přijetí 7

### ***Osobní a sociální anamnéza***

Paní JS, sedmasedmdesátiletá klientka AC Filipov, v současné době ve starobním důchodu. Po necelých padesáti letech manželství, ve kterém setrvala po celý život svého manžela, ovdověla. Spolu s manželem má, dnes osmačtyřicetiletého, syna, který má se svojí ženou již dospělou dceru. Právě syn s vnučkou paní JS pravidelně navštěvují v AC. Klientka má základní vzdělání, ihned po ukončení základní školy začala pracovat v kolínské Tesle, pár let před odchodem do důchodu zaměstnání změnila a pracovala jako řadová dělnice v Tiskárnách Kolín. Ve svém volném čase se věnovala turistice, spolu s manželem a přáteli z turistického oddílu v Kolíně procestovala nejen Českou republiku, ale i další evropské státy. Po večerech se s oblibou věnovala ručním pracím, především pletení a háčkování.

První příznaky nemoci se objevily před 3 lety. Typická prostorová a časová dezorientace přiměla rodinu – syna a vnučku – aby paní JS nezůstávala často sama doma, proto ji pravidelně za účelem kontroly navštěvovaly. Celou situaci zkomplikovala cévní mozková příhoda v roce 2014, která kognitivní poruchy ještě prohloubila. Z důvodu psychického neklidu a rozvíjející se úzkosti nikdy klientka JS nepodstoupila objektivní neurologické vyšetření, které by potvrdilo vaskulární demenci, její anamnéza však uvádí primární diagnózu *smíšená demence vaskulárně-neurodegenerativního typu*. Rodina se rozhodla, že požádá o zařazení paní JS do AC

Filipov, jelikož už nebyla schopna samostatně ve své domácnosti fungovat. Po přijetí byl s klientkou proveden MMSE s výsledným skóre 7 orientačně odkrývající závažnou kognitivní poruchu.

Klientka vykazuje často projevy úzkostí, které jsou dány celkovým zdravotním stavem, častými halucinacemi vlivem primárního onemocnění, ale také z důvodu dalších somatických obtíží. Proto obvykle působí nervózně, je plačtivá, typický je také tremor celého těla neznámé etiologie.

### ***Aktuální stav***

Aktuální stav klientky se zaměřením na kognitivní funkce byl zhodnocen prostřednictvím MMSE se závěrečným skóre 8, potvrzující těžkou kognitivní poruchu. CDT nerealizován na přání klientky. Test MMSE ukázal úplnou dezorientaci – časem, místem, osobou. Bezprostřední vybavení z krátkodobé paměti, ani odložené vybavení z dlouhodobé paměti již klientka nezvládá. Klientka pozná reálné předměty a dokáže je použít i pojmenovat. Praxie hodně ovlivněna tremorem, vyžaduje větší trpělivost, nicméně nelze ji blíže zhodnotit, klientka odmítla psát i obkreslovat podle předlohy, projevovala úzkost z činnosti, kterou měla vykonat, proto byl test v této části přerušen. (Příloha C)

Komunikační schopnosti klientky jsou ovlivněny celkovým zdravotním stavem. Řečová produkce je minimální, stejně jako motivace ke komunikaci, dále nonfluentní, realizována s viditelnou těžkostí. Oblast opakování je dosud na dobré úrovni, pojmenování ovlivněno rozsáhlou amnézií pojmů, nicméně schopnost pojmenovat není zcela ztracena, omezuje se však na úroveň slov, maximálně sousloví. Obsahová stránka řeči je výrazně ovlivněna klientčím ulpíváním v minulosti, což má dále vliv na koherenci řečového projevu. Typické pro řečovou komunikaci jsou perseverace a opakované řečové automatismy. Odpovědi na přímé dotazy jsou omezeny pouze na ano nebo ne, větnou gramatizaci nelze posoudit. Percepce řeči a psaným pokynům dosud na dobré úrovni. Klientka je schopna požadovaný pokyn provést pouze bezprostředně, pozdější vybavení z paměti není vlivem závažné kognitivní poruchy možné. Čas strávený s klientkou potvrdil emoční labilitu, časté úzkostné stavy a plačtivost, která se promítla do celkového emočního ladění v rámci jednotlivých sezení.

### ***Aktivita při reminiscenčních činnostech***

I přes častý psychický neklid přicházela klientka JS na reminiscenční aktivity dobrovolně a těšila se na náplň jednotlivých programů. Do aktivit se spontánně aktivně nezapojovala, příliš verbálně nekomunikovala, to jedině na pokyn. Individuální rehabilitační sezení však ukázalo, že klientka není motivována ke komunikaci, ráda tiše přemítá, dokáže si užít společnost druhého člověka i bez verbalizace svých pocitů, myšlenek a vzpomínek. Za aktivizační činnosti byla vděčná.

### **Kazuistika č. 3 - Paní MD**

Rok narození: 1944

Diagnóza: Alzheimerova choroba

Přijetí do AC Filipov: 2015 s výsledky MMSE při přijetí 19

### ***Osobní a sociální anamnéza***

Paní MD, dvaasedmdesátiletá klientka AC Filipov, toho času ve starobním důchodu dříve pracovala jako zdravotní sestra na psychiatrii a také v ordinaci praktického lékaře. Mimo jiné se aktivně věnovala, dnes bychom řekli, alternativnímu léčení, bylinkářství. Poskytovala poradenství ohledně léčivých účinků bylinek a rostlin na lidský organismus, prodávala vlastní čajové směsi a masti. To souvisí s její zálibou v zahradničení, čemuž po odchodu do předčasného důchodu obětovala všechn volný čas.

Klientka MD se nikdy nevdala, se svým životním partnerem má však jednoho syna. Má špatné zkušenosti s domácím násilím páchaném na ní samotné i synovi, právě kvůli tomu od partnera odešla, aby ochránila sebe a především zdraví svého dítěte. Na toto nelehké životní trápení dokáže i dnes vzpomínat bez výrazných emocí, při některých aktivitách se dokonce zdá, že jej možná zcela vytěsnila.

Prvních příznaků kognitivní poruchy si všiml její syn, a to před 6 lety. Obtíže se promítaly především do orientace, paní MD byla často dezorientovaná místem, postupně zapomínala také na své povinnosti, objevila se také amnézie některých pojmů, její stav se ale po několik let příliš nehoršil, a byl tak přisuzován pokročilému věku. V roce 2015 došlo však k výraznému zhoršení a paní MD po domluvě se synem sama

přistoupila na to, že bude umístěna do AC Filipov. Na doporučení vrchní sestry AC, která má na starosti přijímací pohovory s rodinami budoucích klientů, bylo provedeno neurologické vyšetření, jež odhalilo rozvíjející se Alzheimerovu demenci. Výsledky MMSE po přijetí klientky se skórem 16 bodů, ukazující na středně těžkou kognitivní poruchu.

Jinak stabilní psychický stav klientky bývá narušen občasnými halucinacemi. Práci komplikuje postupující presbykuzie bez kompenzace.

### ***Aktuální stav***

Aktuální stav klientky se zaměřením na kognitivní funkce byl zhodnocen prostřednictvím MMSE se závěrečným skóre 11, což zrcadlí hraniční výsledek mezi středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou. Dle výsledků tohoto testu byla klientka orientovaná osobou, částečně místem, neorientovaná časem, nicméně bez zřejmých úzkostí z dezorientace. CDT potvrzuje střední stupeň prostorové dezorientace s typickými dysgrafickými prvky, kdy vůbec nejsou zaznamenány číslice (Příloha D). Úroveň složek paměti se vykreslila jako značně nevyrovnaná, výbavnost z krátkodobé paměti byla bezchybná, na rozdíl od operací využívající dlouhodobou paměť, při kterých klientka nebyla úspěšná. Výstup poznávacích funkcí je částečně ovlivněn amnézií pojmů. Nedostatky jsou zřejmé i v oblasti praxe. Na pokyn nenapíše celou větu, podepíše se. Podpis je čitelný, písmo upravené, gramatizaci nelze hodnotit. (Příloha E).

Oblast řečové komunikace není vlivem kognitivní poruchy příliš deformována, nejfrekventovanějším deficitem je amnézie pojmů, která způsobuje v jinak fluentní řeči dysnomické pauzy, a tak zhoršuje koherenci projevu. Klientka bez problémů opakuje jak slova, tak delší větné úseky. Modalita pojmenování není vlivem amnézie pojmů intaktní, disponuje častými prodlevami. Typické pro řečovou komunikaci je frekventované nahrazování podstatných jmen zájmeny přivlastňovacími a ukazovacími. Rovněž parafázie sémantického typu, nejčastěji se projevující při pojmenování, stejně jako tendence pojmy „opisovat“, oklikami vysvětlovat. Občasně se objeví i perseverace izolovaných slov. Oblast percepce řeči vykazuje porušení v případě víceúrovňových pokynů. Nicméně běžným pokynům týkajícími se samoobsluhy a každodenních povinností klientka rozumí, jejich následné nevykání lze přisuzovat snížené

schopnosti udržet pokyn v paměti vzhledem k primární diagnóze. Rozumění čteným pokynům je na stejné úrovni.

Během času stráveného s klientkou se neprojeví žádné známky psychických poruch, negativního psychického ladění nebo emocionální lability, nicméně, vzhledem k neinformovanosti ohledně případné medikace, která by mohla výše uvedené oblasti ovlivnit, nelze je definitivně vyloučit z klinického obrazu.

### ***Aktivita při reminiscenčních činnostech***

Klientka MD na jednotlivá sezení přicházela vždy v dobré náladě, kterou si většinou udržela po celou dobu jejich průběhu a při odchodu. Na všechna témata reagovala pozitivně a se zájmem se aktivně zapojovala do předkládaných aktivit. Vliv na její emoční ladění měla v několika případech pouze přítomnost klientky EK, která svými verbálně-agresivními útoky často narušila příjemné klima celé skupiny. Vždy však paní MD vyjadřovala vděk za naplnění dopoledního programu smysluplnou aktivitou, při které se dozvěděla něco nového, nebo se jen pobavila, byla její součástí.

#### **6.5.2. Analýza programu reminiscenčních sezení**

Ještě před samotným zahájením výzkumu bylo umožněno navštívit Alzheimercentrum Filipov formou náhledů, během kterých byly sbírány praktické poznatky o průběhu reminiscence, již prováděly pracovnice ergoterapie Alzheimercentra, příslušně vyškolené pro práci s cílovou skupinou seniorů se syndromem demence v souladu s interními zásadami zmíněného zařízení. Tyto poznatky byly nadále porovnány s teoretickými. A tak vznikla rámcově vymezená struktura terapeutických sezení pro náš výzkum s ohledem na jejich hlavní cíl – do co největší míry aktivizovat přítomné klienty za účelem analýzy komunikace, psychického naladění a stupně socializace při jednotlivých sezeních tak, aby byla odkryta případná míra vlivu reminiscenční terapie na přítomné klienty.

Cíle bylo dosahováno pomocí metod a zásad reminiscenční terapie a základních přístupů paměťového tréninku, který však nenabýval zásadního významu v probíhajícím výzkumu, ale platil pouze za doplňující prvek realizované terapie. Pro čerpání námětů byly využity publikace *Trénink paměti pro každý věk* (Suchá, 2008) a *Cvičení paměti pro každý věk* (Suchá, 2007). Rovněž bylo, po domluvě s personálem, naplánováno, že sezení primárně proběhnou ve formě tzv. open group, tedy v otevřené skupině, kdy do

místnosti, v níž probíhá terapie, může přijít kdokoli z klientů, kdo projeví zájem, za předpokladu, že jádro skupiny zůstane neměnné. Forma realizace open group je pro tento druh výzkumu výhodná díky předpokladu změny klimatu ve skupině působením osobností jednotlivých klientů. Což nám může nabídnout bohatou variabilitu výsledků, popřípadě ukázat na neměnnost sledovaných jevů, i přes heterogenní působení lidského faktoru. Jednoduše řečeno, otevřená skupina umožní sledovat, jestli má přítomnost jednotlivých klientů a kombinace jejich osobností na průběh reminiscenční terapie vliv, popřípadě jaký. Poslední dvě návštěvy byly koncipovány výjimečně individuálně, argumentem je výběr reminiscenční činnosti, která nebyla možná usměrnit a zdárně dokončit ve skupině. Jednalo se o práci s reminiscenčními kufry.

Následně budou podrobně popsána jednotlivá terapeutická sezení realizována v rámci výzkumu. Jejich počet činil pět skupinových a tři individuální. Právě tento počet byl po dohodě s vedením Alzheimercentra stanoven jako optimální. Všechna zmíněná sezení probíhala v reminiscenční místnosti, kterou má Alzheimercentrum pro tyto účely speciálně vybavenou (Příloha F).

#### 1. skupinové sezení

V rámci prvního reminiscenčního setkání, které proběhlo 18. 11. 2015 ve filipovském Alzheimercentru, byla vytvořena pětičlenná skupina žen, sestávající z paní MD, EK a JS, ke kterým se přidaly tři další klientky, paní LS, EB a ZM, jež samy projevíly zájem o účast. Všechny klientky byly doprovozeny do reminiscenční místnosti a zde usazeny. Pro navození příjemné atmosféry jim bylo nabídnuto malé občerstvení a nápoje. Tímto způsobem byly tvořeny skupiny po celou dobu výzkumného působení, sestava klientů, výlučně žen, byla spíše neměnná.

Na základě předem nastudovaných sociálních anamnéz klientek byla terapie zahájena vzájemným seznámením s terapeutem, na což navázala orientace časem a prostorem prostřednictvím základních údajů – konkretizace data (den v týdnu, den, měsíc, rok), detaily místní (místo, město, okres, stát, ve kterém se právě nacházíme) a další informace (kdo má svátek, významné události připadající na konkrétní datum atp.). Klientky nebyly orientované v čase, a to ani tehdy, pokud jim bylo řečeno přesné datum, naopak vyjadřovaly údiv především v případě právě probíhajícího roku. Jelikož dezorientace časem a místem patří mezi příznaky demenciálních syndromů ve středním stádiu (Jiráček, 2009a), nejedná se o překvapivý jev. Klientky MD a EK v orientaci

místem ulpívaly na jednom konkrétním místě, své rodné obci a městě, ve kterém celý život žily. Paní MD se vždy nechala „poučit“ a realitu, že se nenachází o oné rodné obci, přijala klidně, naopak paní EK při vyvracení jejího přesvědčení reagovala agresivně. Ostatní zúčastněné buď neodpověděly vůbec, popřípadě říkaly, že nevědí.

Právě tento bod sloužil jakožto přemostění k hlavnímu tématu, kterýmž byla problematika 17. listopadu a s ním spojené události Sametové revoluce v roce 1989. Téma bylo uvozeno pomocí dobových situačních fotografií (davy na Václavském náměstí, Václav Havel za řečnickým pultem, Marta Kubišová, detail klíčů v ruce studenta), které si mohly klientky po celou dobu prohlížet. Nikdo z přítomných si spontánně dle fotografií událost nevybavil, proto byly snímky společně rozebrány. Až tehdy si některé klientky rozpomněly a začaly vyprávět o tom, jak tento den samy prožívaly. Každá z přítomných dostala příležitost se k tématu vyjádřit, aktivně komunikovala však pouze klientka MD, i z jejího vyprávění bylo však patrné, že listopadovými událostmi již není orientována. Popisovala, jak tento den trávila se synem v uzamčené místnosti, s okny zatemněnými dřevěnými paletami, aby jí ani jemu nikdo neublížil. Ostatní spíše pasivně naslouchaly nebo souhlasně pokyvovaly, klientka EB dokonce po několika minutách usnula. Jelikož se jednalo o úplně první společný kontakt terapeuta a klientů, sezení proběhlo formou předcítání, které bylo po krátkých sekvencích přerušováno, a byly shrnuty hlavní myšlenky přečteného úseku. Žádná z přítomných žen nebyla schopna spontánně myšlenky shrnout, tudíž byly jen pasivně předány vedoucím skupiny. To vše se závěrečnou diskuzí, v rámci níž došlo ke shrnutí uvedeného tématu jako celku. Reminiscenční aktivita byla doplněna za účelem aktivizace skupiny kognitivním tréninkem, jednalo se o cvičení na trénink trvalé dlouhodobé paměti, který se tematicky přibližoval hlavnímu tématu. Klientky měly k významným dnům a státním svátkům přiřazovat datum a naopak (např. 28. září – svátek sv. Václava). (Suchá, 2007, s. 65). I přesto, že hlavního cíle tento typ aktivity, nedosáhl, tzn., klientky si k datu nevybavily významný den či svátek a naopak, díky tomuto druhu terapeutické činnosti však došlo k novým komunikačním situacím a rozvoji diskuze mezi účastníky sezení. Nebylo dbáno na striktní dodržování metody „otázka – odpověď“, ale spíše bylo odpovědí využito k rozvinutí konverzace na dané téma dle potřeb přítomných klientek. A tak ryze paměťový trénink nabyl opět charakteru reminiscenčního rozpomínání se na zážitky z životů klientek ve vztahu ke svátku MDŽ, Velikonocům nebo třeba k vánočním tradicím. Tyto blízké, v životě

nespočetněkrát prožité významné dny, velmi snadno probouzely vzpomínky nebo alespoň jeho střípky ve všech přítomných klientkách, paní MD dokázala o svátcích MDŽ i Vánocích vyprávět v celých větách, naopak třeba paní JS souhlasně přikyvovala a její odpovědi nabývaly charakteru izolovaných slov, nicméně vztahujících se k tématu.

### ***Zhodnocení terapie***

Po pozitivních zkušenostech z prvního sezení uvedení do terapie probíhalo totožně u všech ostatních rehabilitačních sezení bez rozdílu, a to včetně aktivit spojených s orientací v čase a prostoru. Při práci s osobami trpícími demencí je třeba dbát na to, aby nepodléhaly úzkosti z prostorové či časové dezorientace, proto je třeba zařadit na počátek každého sezení aktivity rituálního charakteru, tedy ty, které se vždy opakují. (Špatenková, Bolomská, 2011)

Přednáškový charakter může u lehce unavitelných seniorů, kterými jedinci s diagnózou syndromu demence dozajista jsou, inklinovat k brzké ztrátě koncentrace a rozptýlení pozornosti, a právě proto byly využity prvky kognitivního tréninku za účelem aktivizace klientů. Tato aktivita svého cíle dosáhla.

Časová dotace na terapii se skupinou byla původně nastavena na 45 – 60 minut. Ta byla již během prvního sezení upravena spíše na 30 – 45 minut, a to opět s ohledem na hlavní cíl realizovaných sezení – dbát na maximální aktivizaci klientů, kterou nebylo po půl hodině nepřetržitého náporu na koncentraci pozornosti možné udržet.

## **2. skupinové sezení**

Druhé reminiscenční setkání se neslo v duchu adventního času a s ním spojených tradic a zvyků. Termín připadal na první prosincovou středu 2. 12. 2015. Forma vedení skupiny byla orientovaná více na klientovu aktivní komunikaci, než na naslouchání jednostrannému servírování informací směrem od terapeuta, jak tomu bylo při prvním setkání. Předmětem vizualizace tématu adventu byly 3D obrázky zachycující hlavní symboly předvánočního času a s ním spojených uznávaných tradic v našich poměrech. Třetího rozměru bylo dosaženo různými látkami (např. kožešinou polepená postava čerta, chvojím dozdobený obrázek adventního věnce, reálné předměty – čtyři svíčky - jmelí, křídla anděla z vatových tamponů nebo vystřižená mikulášská čepice s červenou mašlí olemovanou stříbrnou nití). Právě tyto vyrobené pomůcky byly



klientům k dispozici během řízených rozhovorů o jejich zážitcích, a to k lepšímu přiblížení se vzpomínkám. Jejich význam se opravdu potvrdil, klienti mnohem lépe reagovali na hebká vatová křídla než na prostý obrázek anděla stažený z internetu. Stejně tak v případě kožichu u čerta nebo vůně jehličí. Největším dílem přispěla k rozvinutí konverzace opět paní MD, jež v souvislých smysluplných větách popisovala Vánoce, které trávila sama se svým synem za jeho dětských let. Snahu projevila i klientka EK, její verbální agresivita vůči ostatním ve skupině však působila spíš kontraproduktivně, proto musela být často usměrňována a upozorňována, aby dala prostor i ostatním zúčastněným a respektovala jejich odpovědi. Paní JS odpovídala na přímé dotazy směřované na její osobu, a to pouze jednoslovně, především ano, nebo ne. Další přítomní v rámci otevřené skupiny - dámy LS, ZM a ZM - naslouchaly ostatním. Vzhledem ke smysluplnému naplnění času samotnou reminiscenční aktivitou a dostatečnou mírou motivace k aktivnímu zapojení do diskuze, nebyl realizován paměťový trénink ani žádná jiná činnost na podporu aktivizace.

### ***Zhodnocení terapie***

Téma předvánočního času se osvědčilo jako oblíbené a snadno vyvolávající vzpomínky i u těch klientek, které se při jiných aktivitách chovaly spíše pasivně. Není tím míněna vždy aktivní verbální komunikace, ale celkové klima skupiny – všechny ženy byly v lepší náladě, usmívaly se a naslouchala jedna druhé. Z tohoto důvodu byla pro další plánovaná sezení vybírána pouze témata neodborná s předpokladem většího působení na lidské emoce.

### **3. skupinové sezení**

Další, v pořadí třetí reminiscenční setkání, probíhalo v obdobném duchu jako to předchozí, nabízelo se k tomu datum, 23. 12. 2015. Tématem byly vánoční svátky, jejichž atmosféra čišela na klienty ze všech stran a byli díky ní velmi pozitivně naladěni a ještě před oficiálním začátkem terapie spontánně vyprávěli o Vánocích, které prožili buď sami jako děti, nebo se svými dětmi, vnoučaty atp. Otevřenou skupinu tvořily, jak tomu bylo vždy zvykem, paní MD, EK. Klientka JS se tentokrát sezení nezúčastnila kvůli svým častým zdravotním obtížím. Ke dvěma stálícím se přidaly také paní ZM a LS, které se zapojovaly spíše pasivně, o to věrnějšími byly posluchačkami, paní ZM, byl-li jí položen přímý dotaz, velmi poutavě povídala o tom, jaké vánoční zážitky z dětství si uchovala v paměti. Nepříliš optimisticky naladěná klientka EK se tentokrát

neprojevovala agresivně, nicméně odmítla se aktivně zapojit do diskuze, což bylo samozřejmě respektováno. Jistá únava byla znát také na paní MD, ta na předvánočně laděném sezení pouze pasivně naslouchala, s o to však větším zaujetím.

Pro toto téma byla vybrána specifická stimulace pro vybavování vzpomínek z dlouhodobé paměti, a to smysly, konkrétně čich. Klientům byly předkládány neprůhledné lahvičky s kořením, typickým pro vánoční čas, či další „vánoční vůně“, které nás odedávna obklopují a evokují v nás vánoční pohodu. Výčtem se jednalo o skořici, vanilkový lusk, směs anýzu a fenyklu, jehličí, pomerančovou kůru a kokos. Pouhé využití čichu nemělo kýžený úspěch. Přítomné klientky nepoznaly ani jedno z aromat, pomohla jim až kombinace dvou smyslů, čichu a zraku. Po vizualizaci jednotlivých aromat se úspěchu těšila paní MD, která se celý život věnovala bylinkářství, lékařství a zahrádce, proto jí známě vypadající koření hned vytanulo na myslí a dokázala pojmenovat alespoň některé z nich. Většina skupiny po odtajnění poznala pomerančovou kůru, úspěch se dá přisuzovat tomu, že pomeranč patří mezi ty předměty, se kterými se klienti setkávají velmi často.

Na závěr byly opět využity prvky kognitivního tréninku vztahující se k tradicím českých Vánoc. Klientky se společnými silami snažily vyjmenovat co nejvíce tradičních vánočních zvyků včetně jejich významu. Jelikož vánoční tradice v pravém slova smyslu patří spíše k obrazu českých Vánoc starších generací, dámy si vzpomněly na mnoho z nich, dokonce na ty, které dnes už nejsou příliš známé. Velikým přínosem vánočního reminiscenčního sezení byla pozitivně naladěná paní EK, která obvykle ostatní slovně napadala, tentokrát naslouchala a také vyprávěla o vánočních tradicích typických na Slovensku, jelikož své dětství prožila v Bratislavě.

### ***Zhodnocení terapie***

I přesto, že zaměření rehabilitačního sezení nesměřovalo k aktivizaci z pohledu aktivní komunikace, v rámci skupiny panovala opět velmi příjemná atmosféra, oblíbené téma Vánoc se opakovaně osvědčilo jako přínosné především pro navození dobré nálady klientek.

Využití čichu pro vnímání známých vůní řadí Janečková a Vacková (2010) mezi tzv. speciální vzpomínkové podněty a přisuzují jim nemalý význam při stimulaci vzpomínání. Nicméně, shodují se také na tom, že čím více smyslů působí, tím větší šance, že si jedinec vybaví určitou vzpomínku. Což se také potvrdilo, multisenzoriální

přístup má své opodstatněné místo ve speciálně-pedagogických přístupech a terapii. Zgola (2003) uvádí v souvislosti s Alzheimerovou chorobou smyslovou deprivaci jako důsledek zmenšujícího se rozsahu senzorických podnětů. Z tohoto důvodu je třeba stimulovat nervový systém a dávat mu dostatek podnětů. Lepších výsledků je potom dosahováno, probíhá-li stimulace přirozená dennímu režimu. To znamená, že raději spolu s klientem umeleme čerstvou kávu na mlýnku, než abychom mu dávali čichat k miniaturní lahvičce, ve které je káva již namletá. Nám nicméně nic takového zařízení neumožňovalo, lze z toho však vycházet pro případné další realizované aktivity založené na smyslovém vnímání.

#### 4. skupinové sezení

Svatby – téma, v pořadí čtvrtého, realizovaného sezení, které přineslo velmi pozitivní výsledky – vysoký komunikační potenciál celé reminiscenční skupiny. Setkání se svatební tematikou proběhlo ve středu 6. ledna 2016. Jelikož přítomny byly výlučně ženy, paní MD, EK, JS, ZM a LS, jež prožily svoji vlastní svatbu, popřípadě v minulosti provdaly dceru, oženily syna, jejich vzpomínky na tyto významné dny se velmi úspěšně transformovaly v celistvé vyprávění s detailními popisy jednotlivých zásadních okamžiků jako místo svatby, svatební šaty, svatební kytice včetně barvy a druhu květin, počet hostů, jídlo na svatební hostině atp.

Jako pomocný nástroj pro vzpomínání byly využity svatební fotografie z různých časových období. Vzhledem k přibližně stejnému věku přítomných klientek, byly vybrány snímky zachycující svatby v 60. letech minulého století z rodinného alba vedoucího skupiny. Předpoklad, že toto období, spojené s nastaveným totalitním režimem, nedovoloval přílišnou rozmanitost, ať už při výběru svatebních šatů či květin, předpokládalo se, že v klientkách fotografie mohou vyvolat vzpomínky, i přesto, že situace na nich zachycené se přímo netýkají jejich životů. Což se potvrdilo. Například paní EK jeden ze snímků představovala jako svoji vlastní svatební fotografii, ostatním vyprávěla, jaké měla šaty, které květiny tvořily její svatební kytici a co ve svatební den obědvali a to s podivem, že na fotografii byly zcela jiné šaty, odlišná květina a ani jeden ze snímků nezachycoval svatební hostinu. Zajímavé bylo také sledovat paní JS, která se v předchozích případech spontánně neprojevovala, ale jakmile si prohlédla jednu z fotek, několikrát zmínila, že přesně takové šaty měla její maminka. O tom, zda tomu

tak opravdu bylo, lze polemizovat, nicméně velice příznivým faktem zůstává, že bez pobídnutí klientka reagovala a to navíc tak, že verbalizovala svoji vzpomínku.

Další fotografie zachycovaly moderní svatbu ve 21. století. Účelem jejich předložení bylo možné rozpomenutí se na svatbu dcery, syna, popř. vnoučat. K tomuto však nedošlo, jelikož paní EK neměla zájem o cizí svatební fotografie, začala slovně napadat všechny zúčastněné. A tak byla reminiscenční aktivita po uklidnění situace přerušena, navázal na ni opět paměťový trénink. Ten se prolínal s reminiscenční aktivitou. Vybráno bylo jmenování svatebních tradic a jejich dodržování, popř. nedodržování, v současné době. Patrné rozladění klientek po konfrontaci s paní EK se odrazilo i v motivaci a aktivitě skupiny, a tak bylo sezení předčasně ukončeno.

### ***Zhodnocení terapie***

Znalost sociálních anamnéz klientek nesahala do takové hloubky, aby bylo možné objektivně posoudit, zda byly jejich výpovědi pravdivé, nebo se jednalo o smyšlenky. Naším cílem však bylo klientky přirozeně aktivizovat a směřovat terapii k tomu, aby přinesla aktivní interakci, čehož bylo u části z přítomných klientek dosaženo.

Ukázalo se, že naladění jednotlivých klientů a jejich chování může mít vliv na atmosféru ve skupině jako celku, ale i na jednotlivce. Díky častým, ač nevědomým, urážkám ze strany paní EK vůči ostatním, popř. jejím častým výbuchům agrese, které nejsou směřované konkrétně, dochází k náhlému poklesu motivace přítomných klientek ke spolupráci i ztrátě dobré nálady. Což se odrazilo ve výstupu z tohoto rehabilitačního sezení. Klientky odcházely zmatené nebo podrážděné.

#### **5. skupinové sezení**

Poslední ze skupinových terapií, připadající na 13. ledna 2016, byla opět realizována formou přednášky v otevřené skupině, do které se zapojily, beze změny, paní MD, EK, JS a ZM s paní LS. Jelikož ústředním tématem bylo cestování, konkrétně potom zajímavosti o ostrově Srí Lanka, dobrým pomocníkem se stala obyčejná mapa, na které bylo možno ostrov vyhledat a zakreslit, určit bližší detaily jeho umístění a více se porozprávět o dalších místech, která klienty na mapě zaujala, nebo v nich dokonce probudila vzpomínky na vlastní cestování. Jako účinný motivační prvek posloužil také barevný špendlík, který mohla každá z přítomných zapíchnout na to místo na mapě,

kteře buď navštívila a má k němu nějaké pouto, popřípadě by se na něj ráda podívala. Při tomto „úkolů“ bylo velmi příjemné sledovat, jak klientky, které se zapojovaly v jiných případech třeba jen minimálně, dokázaly naprosto srozumitelně ve větách popsat dané místo s jistým entuziasmem. Paní JS trávila část svého produktivního života i duchodového věku na cestách s turistickým oddílem, podívala se do mnoha evropských zemí i na většinu zajímavých turistických míst v České republice. I přesto, že nerada ve skupině mluvila, větou: „*To bylo všechno tak strašně krásný, sestřičko, že já o tom ani nedokážu mluvit...*“, projevila tak silné emoce, že nebylo třeba více slov. Klientka EK se provdala za pilota, tudíž navštívila také mnoho zajímavých míst, která byla před rokem 1989 většině obyvatel Československa nepřístupná. Mnoho vzpomínek na cesty však ostatním nepředala s argumentem, že to zkrátka nemusí nikoho zajímat. Vzhledem k jejímu snadnému rozhořčení byla odpověď akceptována a dále nerozebírána.

Před závěrečným shrnutím zajímavostí, které se klientky mohly během vyprávění dozvědět, byl ještě zapojen tradičně paměťový trénink. Dámy přiřazovaly hlavní města k příslušným státům, přičemž úspěchů bylo dosahováno jedině u států Česká republika a Slovensko, ke kterým mají klientky nejbližší vztah. U ostatních bylo jedinou aktivní reakcí pouze zopakování po vedoucím skupiny, paní MD často perseverovala odpověď Česká republika, jelikož s touto odpovědí jednou uspěla, paní EK zase neustále protlačovala Slovensko, ke kterému má vřelý vztah.

### ***Zhodnocení terapie***

Již bylo uvedeno, že předcítání není vhodnou reminiscenční aktivitou, chceme-li, aby skupina zůstala po celou dobu aktivní. Proto došlo k obměnám v realizaci. Předpokladem nedostatečné motivace k aktivní komunikaci u realizované terapie formou přednášky byl jednostranný komunikační charakter, který forma přednášky logicky předurčuje, zároveň také malá zkušenost vedoucího skupiny s řízením reminiscenční skupiny a s ní spojených aktivit orientovaných na vzpomínání. Ke klientově neaktivitě, jak se předpokládalo, i toto sezení inklinovalo, jakmile došlo k prostému předcítání připraveného textu. Díky lepší připravenosti a včasné změně přístupu vedoucího skupiny došlo k rychlému zlomu a znovumotivování přítomných klientů. Prostředkem k motivaci byla interakce mezi terapeutem a klientem.

I přesto, že díky veliké aktivitě reminiscenční skupiny nedošlo k předání všech předem připravených informací, terapie dostala svého. A to za předpokladu, že bylo akceptováno spontánní verbalizování myšlenek klienta a jeho výpovědi pouze usměrňovány.

### Individuální sezení

Individuální reminiscenční setkání proběhla ve dvou termínech, 9. a 16. února 2016, jednotlivě u klientek MD, EK a JS. Realizace proběhla shodným způsobem u každé z klientek, u kterých byla v rámci výzkumu hlouběji zkoumána komunikace a její případné poruchy vlivem kognitivní poruchy. V první fázi setkání byl s klientkami po předchozí domluvě proveden Mini Mental State Examination (dále jen MMSE) a Clock Drawing Test (dále jen CDT). Podrobnější informace o testování jsou součástí případových studií.

Zbytek času zaplnila práce s reminiscenčními kufry, které byly vytvořeny pro každého klienta Alzheimercentra ve spolupráci ergoterapeutek a rodiny klienta. Jedná se o okované papírové krabice polepené „retro“ tapetou. Na vnitřní straně víka je umístěn *Bibliografický list* přibližující sociální anamnézu klienta, což umožňuje, že s ním může pracovat prakticky kdokoli, aniž by předem musel podrobně nastudovat jeho osobní údaje. Obsahem kufry jsou klientovy „vzpomínky“, to znamená předměty a především fotografie zachycující životní okamžiky, ke kterým má klient určitý vztah, a tak se předpokládá, že při konfrontaci s nimi dojde k oživení vzpomínek, které mohou jinak zůstávat potlačovány vlivem kognitivní poruchy (Příloha G).

### ***Paní EK***

S paní EK byl bez obtíží proveden MMSE, představen jako rozhovor, poté CDT. Po testovacím úvodu následovala realizace reminiscenční aktivity s pomocí reminiscenční krabice. V tomto případě už lehké problémy nastaly. Klientka, jak už bylo několikrát zmíněno, vlivem svého onemocnění často propadá agresi, kterou namířuje proti druhým osobám, i v tomto případě se chovala především verbálně agresivně vůči terapeutovi, svoji reminiscenční krabici vnímala jako rodinné dědictví, které jí bylo odcizeno z jejího vlastního bytu. Zde se projevila jistá dezorientace časem i prostorem. Po nějaké době došlo ke zklidnění a mohla být dokončena reminiscenční

aktivita. Obsahem reminiscenčního kufru paní EK byly především fotografie ze školních let, na kterých dokázala identifikovat sama sebe, učitele a svoji nejlepší kamarádku. Problém však vyvstal u rodinných fotografií zachycující klientčiny vnuky, které označila za své syny a svůj výrok si nenechala nikterak vymluvit, naopak si přála, aby už mohla odejít a nepřála si dál odkrývat své soukromí, což bylo respektováno.

### ***Paní JS***

Klientka JS patřila k pasivnějším účastníkům reminiscenčních sezení, i tak nebyl problém s ní provést MMSE, testování pouze vyžadovalo delší čas a trpělivost, odmítla pouze obkreslovat a psát kvůli patrnému tremoru. Kvůli svým úzkostným stavům už odmítla provedení CDT. Po krátké pauze bylo možné navázat s reminiscenční aktivitou, tedy vzpomínání s reminiscenčním kufrem. Ten obsahoval především rodinné fotografie a fotografie z výletů, které paní JS absolvovala s turistickým oddílem. Během prohlížení byla z klientky cítit velká nervozita, neprojevovala zájem o verbální komunikaci, což také potvrdila a požádala o to, aby si fotografie mohla společně s terapeutem pouze prohlížet, čemuž bylo samozřejmě vyhověno.

### ***Paní MD***

Jak bylo již zmíněno, v první fázi setkání s paní MD byl proveden MMSE, představen jakožto rozhovor, při kterém klientka bez problémů spolupracovala a celý jej splnila, stejně tak CDT. Během jeho realizace sice pokládala dotazy, vztahující se k užitečnosti a dalšího zpracování jejích odpovědí, po vykování testu jí bylo vše vysvětleno. Na testování volně navázala práce s reminiscenčními kufry. V krabici paní MD se nacházela keramická kočka, jejíž význam nebyl dešifrován, klientka nevyjádřila žádný vřelý vztah ke kočkám ani jiným zvířatům, její bibliografický list rovněž ničím takovým nedisponoval, proto byla aktivita orientovaná na fotografie, zachycující společenské akce, které pro své klienty Alzheimercentrum pravidelně pořádá a jež byly také součástí krabice. Ať už se jednalo o návštěvu čáslavské cukrárny, setkání klientů ve společenské místnosti za účelem poslechu dechové hudby a tance, nebo třeba akustický koncert v knihovně v Čáslavi. Paní MD si na většinu akcí spontánně vzpomněla, dokázala pojmenovat, co a kdo na fotkách je, největší radost vyjadřovala, když identifikovala sama sebe. Víko krabice, skrývající bibliografii klientky, prozradilo, že paní MD ráda pěstovala bylinky, zabývala se lékařstvím a také obstarávala velkou zahradu u svého domu. Hbitě jmenovala bylinky, ze kterých vyráběla čajové směsi,

popisovala, jaké čaje je dobré pít ráno, které po obědě, před spaním a proč, vzpomněla si dokonce na složení některých bylinných mastí, které sama připravovala.

### ***Zhodnocení terapií***

Aktivita s reminiscenčními kufry není okleštěna žádnými metodickými pokyny v pravém slova smyslu, terapeut má volnou ruku při jejich realizaci a spíše zaleží na jeho kreativitě. Stejně jako u všech reminiscenčních aktivit i zde platí, že nejdůležitější je umění empatického rozhovoru s klientem v seniorském věku, který již prožil většinu svého života, a pro jeho bytí mohou vzpomínky znamenat mnoho, možná všechno. Je jim třeba trpělivě naslouchat, chce-li nám je klient předat. Na druhou stranu však nelze po klientovi chtít, aby verbalizoval své vzpomínky, pokud o to nemá zájem. Pasivní vnímání minulosti také může seniora se syndromem demence stimulovat a působit na jeho emoce a prožívání (Špatenková, Bolomská, 2011). V tomto případě tedy neplatí, že by jednostranná komunikace působila kontraproduktivně, naopak, pokud klient odmítne verbálně komunikovat, nebo už zkrátka verbálně nekomunikuje, přitom vnímáme, že je stále aktivizovaný a nějak situaci prožívá, není třeba ji přerušovat.

### **6.6. Závěry výzkumného šetření**

**Hlavním cílem** výzkumného šetření bylo přiblížit, **jaký vliv má reminiscenční terapie na osoby se syndromem demence.**

Výzkumné šetření probíhalo v Alzheimercentru Filipov, kde se primárně orientují na poskytování komplexní péče osobám se syndromem demence. Pro výzkumný projekt byla vytvořena otevřená skupina s pevným jádrem o 3 osobách, které se staly rovněž předmětem případových studií tohoto výzkumného projektu.

Pro zpracování **případových studií** bylo využito metod jako aktivní pozorování a analýza dostupné dokumentace. Pro lepší posouzení stavu komunikačních schopností a celkového psychického stavu byly využity dva screeningové testy, zjišťující orientační úroveň kognitivních schopností, jednalo se o **Mini Mental State Examination** a **Test kreslení hodin** (Clock Drawing test). Díky aktivnímu pozorování vznikla rovněž **podrobná analýza jednotlivých realizovaných rehabilitačních sezení**, ověřujících reminiscenční aktivity v praxi se zaměřením na hodnocení vlivu směrem ke komunikaci a psychickému stavu účastníků těchto aktivit.



### ***Paní EK, rok narození 1940***

Screening kognitivních funkcí, proveden prostřednictvím zmíněných testovacích materiálů, odhalil těžkou poruchu kognitivních funkcí. Jak se tyto poruchy odráží do oblasti komunikační a psychické roviny je shrnuto v rámci aktuálního stavu v případové studii paní EK.

Účast na realizovaných rehabilitačních sezeních mělo v případě klientky EK kolísavý charakter. Z důvodu hluboké celkové dezorientace často působila velmi agresivně, převážně ve verbální rovině. Narušovala jinak příjemné klima skupinové terapie, což mělo vliv především na psychické ladění ostatních přítomných. V případě, že byla klientka dobře naladěna, dokázala odbourat i egocentrický postoj ke komunikaci, naslouchala a na požádání se zapojila do rozhovoru. Její řečový projev byl však vlivem demence velmi deformován, především obsahová stránka, která vždy po pár slovech nabírala konfabulačního charakteru a vedla do úplné bezobsažnosti. Motivace ke komunikaci byla oproti tomu vždy veliká. Na agresivní jednání neměl vliv ani výběr témat, rozsáhlá deteriorace osobnosti způsobovala cyklické útoky prostřednictvím vulgarismů apod. Individualizovaná aktivita přinesla opět z počátku negativní přístup klientky, nicméně po několika chvílích došlo k velikému zlomu a paní EK byla schopna věnovat se po celou dobu plánované činnosti.

### ***Paní JS, rok narození 1939***

Orientační zhodnocení kognitivního stavu klientky bylo provedeno totožně jako u paní EK, v tomto případě nebylo zcela dokončeno, a to z důvodu veliké úzkosti klientky, nicméně s předpokládaným výsledkem odhalujícím těžkou poruchu kognice. Dopad na komunikační oblast a oblast psychickou je opět součástí shrnutí aktuálního stavu v případové studii této klientky.

V průběhu realizovaných reminiscenčních sezení paní JS příliš nespolupracovala a neprojevila zájem o aktivní zapojení do jednotlivých aktivit. Aktivizována byla pouze na požádání a přímý dotaz, i tak působila velmi úzkostně a vyzářoval z ní neklid. Individuální terapeutické sezení odhalilo, že klientka nemá zájem o verbální komunikaci, raději se účastní pasivně a naslouchá ostatním. Stejně jako u předchozí klientky, ani u paní JS reminiscence neměla vliv na zlepšení jednotlivých modalit řeči. V jejím případě se nezvyšoval komunikační apetit ani se nezlepšila koherence projevu.

V případech, kdy se měla zapojit do hovoru a verbalizovat své myšlenky, negativně se to odrazilo na jejím psychickém stavu, prohlubovaly se úzkosti a nervozita. Naopak, mohla-li být pouze v roli posluchače, vyzařoval z ní klid a dobré emoční ladění. Vždy na plánovanou aktivitu přicházela dobrovolně a při loučení rovněž nevykazovala známky deprivace, naopak se často usmívala a děkovala za možnost strávit čas ve skupině.

#### ***Paní MD, rok narození 1944***

Doplňkové screeningové testování odhalilo, že klientka se pohybuje v pásmu hraničních hodnot mezi středně těžkou až těžkou kognitivní poruchou. Projevy nemoci prosakující do komunikačních schopností a psychického stavu klientky jsou uvedeny výše v rámci kazuistické studie.

Přítomnost paní MD na jednotlivých reminiscenčních aktivitách nemělo zásadní vliv na zlepšení jednotlivých komunikačních modalit, částečně se však v závislosti na výběru tématu zvyšovala motivace k verbální komunikaci a koherence mluvního projevu. Zásadnější vliv byl patrný z hlediska psychického ladění klientky, která projevovala velikou radost a zároveň vděk za možnost účastnit se skupinových aktivit a dozvědět se něco nového. Z každého rehabilitačního sezení odcházela pozitivně naladěna a taky na ně ve stejné náladě a s nadšeným přicházela.

### **6.7. Shrnutí výsledků výzkumného šetření**

Po zhodnocení aktuálního stavu vybraných klientek se syndromem demence, které se staly předmětem kazuistických studií, a po podrobné analýze jednotlivých realizovaných reminiscenčních aktivit se ukázalo, že reminiscenční terapie nemá ve třech ze tří případů vliv na zlepšení modalit řeči jako je opakování, pojmenování, fluence a percepce řečového projevu. Naopak ve dvou případech ze tří se výrazně podílí na motivaci ke komunikaci, přičemž rozhodujícím faktorem je téma a forma aktivity. Výraznější vliv je patrný v oblasti sociální a psychické. Dvě klientky vykazovaly známky pozitivního psychického ladění již během sezení, všechny tři potom bezprostředně po jejich ukončení. Ve dvou případech bylo také vnímáno pozitivní emoční ladění při příchodu na aktivitu. Úzkosti, jež se objevovaly u jedné z klientek během terapie, nejprve ukazovaly na negativní vliv reminiscence, byly však později

dešifrovány jako důsledek stresové situace při verbální komunikaci, proto opět pomohlo změnit formu aktivity, tím se docílilo psychické pohody, a tak se prokázal vliv spíše pozitivní. Kladný vliv na psychiku účastníků je zde přisuzován právě možnosti socializovat se, být součástí skupiny nebo být komunikačním partnerem.

Těžké stadium demence a s ním související hluboká dezorientace spolu s emoční labilitou působí jako rušivý element při skupinových formách terapie a má negativní dopad na ostatní účastníky. U klientky, vykazující známky takto závažné dezorientace, nebylo možné ověřit skutečný vliv reminiscenční terapie. Můžeme pouze konstatovat, že v závislosti na aktuálním psychickém stavu s klientkou bylo možné navázat spolupráci, byť je na pár chvil, či nikoli.

## Závěr

Syndrom demence patří mezi závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, které se zásadně podílí na celkové deterioraci osobnosti. Markantní úbytek kognitivních funkcí a stále se zhoršující somatický stav, vlivem přidružených onemocnění, přináší především snížení schopnosti až úplnou neschopnost sebeobsluhy, samostatného života, a tedy závislost na druhé osobě. Mimo to se však demence výrazně podepisuje na úrovni komunikačních, socializačních schopnostech a celkovém psychickém stavu. Na tyto oblasti bývá občas v rámci léčby zapomínáno a přes urputnou lékařskou péči, zajišťující zdravotní stránku osoby s demencí, dochází k postupné degradaci její osobnosti, a tak mnohem rychlejší progresi nemoci.

Léčba demencí je, dle dostupné literatury, dnes již na dobré úrovni. Díky vhodné medikaci se osoby s tímto onemocněním dožijí mnohem vyššího věku bez bolestí i úzkostí způsobených halucinacemi nebo třeba dezorientací. Otázkou však zůstává, do jaké míry jsou tito lidé pouhou fyzickou schránkou, do jaké míry ještě lidskými bytostmi, které jsou tolerovány a uznávány jako rovnocenní partneři. Člověk v každém věku je rád součástí nějaké sociální skupiny, čímž si udržuje určitý sociální status. Pokud člověka s demencí degradujeme na takovou úroveň, že i v elementárních záležitostech, jako je např., kdy půjde takový člověk spát, začneme rozhodovat za něho, okamžitě porušujeme všechny zmíněné zásady adekvátního přístupu k osobě s demencí, ta se cítí na svém společenském postavení ohrožena. Samozřejmě, že vlivem rozvíjející se demence postupně dojdeme k takovému okamžiku, kdy musíme častěji v záležitostech za člověka s tímto onemocněním rozhodovat, ale vždy bychom měli hledat takové cesty, které by mu do poslední chvíle dovolovaly rozhodovat alespoň o takových věcech, které se ho bezprostředně týkají a ovlivňují to, jak se v danou chvíli cítí. Právě k těmto účelům by měly sloužit nemedikativní přístupy léčby, řekněme terapie, které si za cíl kladou maximalizovat životní úroveň jedinců s demencí, udržovat co nejdéle jejich komunikační kompetence, pozitivně ovlivňovat proces socializace nebo jen smysluplně naplňovat volný čas těchto lidí za účelem psychické pohody a emoční stability. Na tyto oblasti se orientuje i reminiscenční terapie, přístup, který využívá vzpomínky a vzpomínání jako prostředek pro aktivizaci osob s demencí. Pro někoho pouhé tlachání v debatním kroužku, pro druhého terapie přinášející své výsledky. Vždy záleží na uchopení, zodpovědném přístupu k vedení terapie a také

zkušenostech vedoucího skupiny (terapeuta). Vhodně zvolenými přístupy reminiscenční terapie lze totiž dosáhnout takových výsledků, které mají sekundárně vliv na celkový zdravotní stav osoby s demencí, a mohou se tak spolu s přímou lékařskou péčí spolupodílet na důstojně prožitém stáří bez bolestí a utrpení.

Diplomová práce se zaměřovala na problematiku syndromu demence hned z několika hledisek. Teoretická část byla uvozena kapitolou přibližující aspekty stáří a stárnutí a jejich návaznost na vznik a rozvoj demenciálních syndromů. Druhá kapitola představila demenci z hlediska základního vymezení, kategorizace, etiologie a symptomatologie. Vzhledem k tomu, že mezi sekundární projevy demence patří i poruchy komunikace, třetí kapitola vymezila problematiku kognitivně-komunikačních poruch při demenci a zabývala se rovněž základními diagnostickými přístupy v této oblasti. Následující kapitola uvedla biologické a nebiologické přístupy v terapii demencí, na což navázala kapitola, která detailněji představila jednoho ze zástupců nebiologických přístupů – reminiscenční terapii.

Právě reminiscenční terapie se stala předmětem výzkumného projektu empirické části diplomové práce. Prostřednictvím kvalitativního přístupu a jeho technik, tedy aktivního pozorování a tvorby kazuistických studií, bylo v praxi ověřováno, jaký vliv má reminiscenční terapie na osoby se syndromem demence, jakým způsobem ovlivňuje komunikační schopnosti a psychický stav těchto osob. Praktická část byla koncipována do dvou hlavních částí. První z nich tvořily kazuistické studie 3 vybraných klientek z Alzheimercentra Filipov, kde výzkumné šetření probíhalo. V druhé části byla analyzována jednotlivá rehabilitační – skupinová a následně individuální – sezení realizována za účelem ověření zmíněných cílů v jednom konkrétním zařízení. Ke zvětšení objemu informací pro tvorbu kazuistických studií byl jako doplňková metoda zvolen screening kognitivních funkcí skrze *Mini Mental State Examination* (MMSE) a *Test kreslení hodin* (Clock Drawing test – CDT).

Realizovaným výzkumným šetřením bylo zjištěno, že reminiscenční terapie u osob se syndromem demence, primárně tedy s diagnózou Alzheimerova choroba, která má jasně ireverzibilní charakter, nemá přímý vliv na zlepšení komunikačních schopností co do modalit řeči jako je pojmenování, opakování, fluence a percepce řeči. Na místě je však zmínit, že zkoumání byly podrobeny pouze osoby s kortikálním typem demence, popř. smíšenou demencí s převažujícími jazykovými obtížemi. Nelze tedy

dělat závěry ohledně přímého působení a ovlivňování motorických řečových modalit u jedinců se subkortikálními typy demencí, u kterých převažují spíše poruchy právě na bázi těchto modalit. Výsledky se tedy vztahují pouze k části populace osob se syndromem demence. Právě oblast subkortikálních typů demencí by se mohla stát předmětem pro další zkoumání a ověřování reminiscenční terapie vzhledem ke stimulaci komunikačních schopností osob se syndromem demence při vzájemném porovnání s výsledky tohoto výzkumného šetření.

Výrazně se však v některých případech podílí na zvýšení motivace ke komunikaci a samotnému mluvnímu apetitu. Není to však pravidlem. Zásadním rozhodujícím faktorem je zde psychický stav, který může samotná reminiscenční aktivita ovlivňovat, ale záleží také na osobnostních dispozicích, kterými klient disponuje, ať už se jedná o ty vrozené, nebo získané třeba vlivem demence. V těchto případech při realizování reminiscenční terapie neapelujeme na nutnosti verbální komunikace účastníků, je třeba podrobně znát osobnosti všech klientů a na základě toho jim individuálně danou aktivitu přizpůsobit. Z reakcí jednotlivých účastníků realizovaných reminiscenčních aktivit bylo zřejmé, že mají tyto aktivity zásadní pozitivní vliv na jejich prožívání a emoční ladění. Přisuzovat to lze charakteru a účelu reminiscence – to znamená – smysluplné využití volného času osoby s demencí za účelem aktivizace a především socializace, která klienta stále udržuje na určité sociální úrovni a ten toto subjektivně vnímá jako spoluúčast na sociálním dění – „*někam patřím*“, „*někdo jsem*“. Což má pro člověka, především mluvíme-li o klientech v seniorském věku, zásadní význam, jelikož na sklonku jejich životů má sociální status spíše upadající tendenci. I v tomto bodě však musíme zmínit, že záleží na pokročilosti syndromu demence a jeho projevech, postupující deteriorace osobnosti a ztráta úsudku o reálném místě a čase způsobuje, že ani sebestavětější téma ke vzpomínání nemusí přinést kýžený úspěch u osoby, která je ztracena ve svém vlastním světě. Navíc může působit kontraproduktivně na ostatní účastníky terapie. Z tohoto vyplývá, že pro skupinové formy terapie je třeba si účastníky předem vybírat, poznat je a znát také jejich reakce a případné psychické poruchy, které by mohly mít vliv na fungování celé skupiny. Neznamená to však, že takové klientky musíme z reminiscenčních aktivit vyřadit, naopak, můžeme v aktivitách pokračovat jen ve změněné formě, např. individuálně.

O tom, že má reminiscenční terapie své místo v komplexní péči o osoby se syndromem demence nelze polemizovat stejně jako o jejím všeobecně pozitivním vlivu na tyto jedince.

Kéž by se osobám se syndromem demence dostával dostatek takové péče, aby mohly dožít svůj život důstojně a s pocitem, že někam patří.

## **Seznam použitých zkratk**

AAK – Alternativní a augmentativní komunikace

AC – Alzheimercentrum

CDT – Clock Drawing test

CJN - Creutzfeldtovu-Jakobovu nemoc

CNS – centrální nervová soustava

MID – multifarktová demence

MMSE – Mini Mental State Examination



## Seznam literatury

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM – V: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015. 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

BENDER, N., BAUCKHAM, P., NORRIS, A. *The Therapeutic Purposes of Reminiscence*. London: Sage Publications Ltd., 1999. 300 s. ISBN 978-0803976429.

BENDOVÁ, P., RŮŽIČKOVÁ, V. *Alternativní a augmentativní komunikace 2*. 1. vydání. Olomouc: UPOL, 2013. 147 s. ISBN 978-80-244-3705-7

BORZOVÁ, C. 2009a. *Huntingtonova chorea*. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

BORZOVÁ, C. 2009b. *Vyšetřovací metody u demencí* In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

BORZOVÁ, C., JIRÁK, R. 2009. *Vaskulární demence* In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

BRAYAN K., MAXIM J. *Communication Disability in the Dementias*. Whurr: London, 2006., 256 s. ISBN 978-1-86156-506-8.

BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. 1. vydání. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

FRANKOVÁ, V. 2009a. *Frontotemporální lobární demence*. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454 6.

- FRANKOVÁ, V. 2009b. *Lidské prionové nemoci* In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. 269 s. ISBN 978-80-223-2391-8.
- HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 1. Vydání. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
- HAVRDOVÁ, E., ROTH, J., PREISS, M. 1998. *Psychopatologie Huntingtonovy choroby*. In: PREISS, M. et kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada publishing, 1998, 406 s. ISBN 80-7169-443-6.
- HOLMEROVÁ, I. 2009. *Nefarmakologický management demence* In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- HRDLIČKOVÁ, D., HRDLIČKA, M. *Demence a poruchy paměti pro praktické lékaře* 2. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.
- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ M. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-518-3.
- JIRÁK, R. 1998. *Demence* In: PREISS, M. et kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada publishing, 1998, 406 s. ISBN 80-7169-443-6.
- JIRÁK, R. 1999. *Terapie demencí* In: KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: GRADA Publishing, 1999. 161 s. ISBN 80-7169-716-8.
- JIRÁK, R. 2004. *Klinický obraz, diagnostika a terapie syndromu demence* In: KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. 324 s. ISBN 80-7262-268-4.
- JIRÁK, R. 2009a. *Alzheimerova choroba* In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, R. 2009b. *Demence infekčního původu* In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, R. 2009c. *Léčba a léčitelnost demencí – biologické přístupy* In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KONRÁD, J. 2009. *Demence s Lewyho tělísky (DLB)* In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KONRÁD, J. 2009. *Demence u Parkinsonovy choroby a onemocnění typu „Parkinson plus“*. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: GRADA, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOUKOLÍK, F. 1999. *Vaskulární demence* In: KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: GRADA Publishing, 1999. 161 s. ISBN 80-7169-716-8.

NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 1998. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.

NEUBAUER, K. 1998. *Poruchy řečové komunikace – diagnostika a terapie* In: PREISS, M. et kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada publishing, 1998, 406 s. ISBN 80-7169-443-6.

NEUBAUER, K. 2007. *Syndrom demence a poruchy komunikace* In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

NEUBAUER, K. 2014. *Kognitivně komunikační poruchy* In: NEUBAUER, K., DOBIAS, S. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 348 s. ISBN 978-80-7435-518-9.

NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: AKLČR, 1997. 52 s.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi: Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

POWELL, T. Poškození mozku: Praktický průvodce pro terapeutu, rodinné příslušníky a pacienty. Praha: Portál, 2010. 1. vydání. 120 s. ISBN 978-80-7367-667-4.

PREISS, M. et kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada publishing, 1998, 406 s. ISBN 80-7169-443-6.

ROTH, J., RŮŽIČKA, E. *Psychopatologie Parkinsonovy nemoci* In: PREISS, M. et kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada publishing, 1999, 406 s. ISBN 80-7169-443-6.

SCHLEZINGER, P., BRUCE, E. *Remembering Yesterday, Caring Today.: Reminiscence in Dementia Care. A Guide Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008. 224. s. ISBN 978-1-84642-804-3.

SUCHÁ, J. *Cvičení paměti pro každý věk: Testy na paměť a logiku*. Praha: Portál, 2007. 175 s. ISBN 978-80-7367-199-0.

SUCHÁ, J. *Trénink paměti pro každý věk*. Praha: Portál, 2008. 2002 s. ISBN 978-80-7367-438-0.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 1. vydání. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

ŠEĐOVÁ, K., ŠVARŤÍČEK, R. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠTRACH, P. *Tvorba výukových a případových studií*. [online] Acta Oeconomica Pragensia, ročník 15, č. 3, 2007.

TOMAŠOVIČOVÁ, A., LEVICKÝ J. 2012. Prínos validačního konceptu pre sociálnu prácu so seniormi In: TRUHLÁŘOVÁ, Z., LEVICKÁ, K. Od teorie k praxi, od praxe k teorii: Sborník z konference VIII. Hradecké dny sociální práce. 1. vydání. Hradec králové: Gaudeamus, 2012. 682 s. ISBN 978-80-7435-138-9.

VÁGNEROVÁ, M. Psychologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VARYŠOVÁ, B. 2005. Reminiscenční terapie jako možnost komunikace s klientem v sociální práci. In: SMUTEK, M., et kol. Možnosti sociální práce na počátku 21. století: Sborník příspěvků z minikonference. Hradec Králové: UHK (Edice – Texty k sociální práci). 182 s. ISBN 80-86771-10-5.

VOKURKA, M. *Velký lékařský slovník*. 5. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

## Elektronické zdroje

ALZHEIMERCENTRUM. [online]. [cit. 2016-03-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.alzheimercentrum.cz/>>.

KAŇOVSKÝ, P. *Diferenciální diagnostika neurodegenerativních chorob doprovázených demencí*. 2003. [online]. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2003/08/13.pdf>>.

KUBALČÍKOVÁ, K.. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“: Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně*. [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Dostupné z WWW: <<http://socialnipece.brno.cz/texty/2/podmenu/276/expertizy-pro-jednotlive-cilove-skupiny/>>.

RUSINA, R., MATĚJ, R. *Vaskulární demence*. 2009. [online]. [cit. 2015-12-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/04/13.pdf>>.

ÚZIS. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. [online]. [cit. 2015- 11- 14]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu-mkn-10-dil-tabelarni-ca>>.

## **Seznam tabulek**

Tabulka A – Typické projevy Alzheimerovy choroby

Tabulka B – Typické příznaky demence napříč stadii

Tabulka C – Typické projevy syndromu demence v komunikaci v jednotlivých stadiích

Tabulka D – Základní informace o vybraných klientech

## **Seznam příloh**

Příloha A – MMSE klientky EK

Příloha B – CDT klientky EK

Příloha C – MMSE klientky JS

Příloha D – MMSE klientky MD

Příloha E – CDT klientky MD

Příloha F – Reminiscenční místnost v AC Filipov

Příloha G – Reminiscenční kufr klientky z AC Filipov

**Příloha A: MMSE klientky EK**

## MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - ZÁZNAMOVÝ LIST

Jméno / rok narození <div style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin-top: 10px;">EK</div>	Datum vyšetření <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>1.</td> <td>2.</td> <td>3.</td> <td>4.</td> <td>5.</td> <td>6.</td> <td>7.</td> <td>8.</td> </tr> <tr> <td>den</td> <td>16</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>měsíc</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>rok</td> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	den	16								měsíc	2								rok	18							
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.																													
den	16																																				
měsíc	2																																				
rok	18																																				

**1. ORIENTACE**

Jaký den v týdnu je dnes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Který měsíc v roce je nyní?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Který rok je nyní?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaké je nyní roční období?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém státě jsme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém okrese jsme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém městě jsme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém poschodí se nacházíme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0

**2. ZAPAMATOVÁNÍ**

Bezprostřední reprodukce tři předmětů:

citron	lopata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klíč	šátek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
babička	váza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

**3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ**

Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100  
nebo hláskování slova POKRM pozpátku

100									
93	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	R	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	K	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	O	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0

**4. PAMĚŤ, VÝBAVNOST**

Reprodukce tří předmětů z bodu 2:

lopata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
šátek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
váza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0

**5. POJMENOVÁNÍ**

Ukažte náramkové hodinky: "Co je to?"

Ukažte tužku: "Co je to?"           1

**6. OPAKOVÁNÍ**

Opakování věty: Žádné kdyby anebo ale           0

*opakování izolované  
2 slova*

### 7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):

"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,  
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama  
a položte na zem".

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

### 8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Porozumění (písemný jednostupňový povel):

AVŘETE OČI

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

*neudělala, pouze přečta*

*→ ale na opakovaný pokus 20*

### 9. PSANÍ

Napsání věty

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

*odmítla psát*

0

### 10. OBKRESLOVÁNÍ

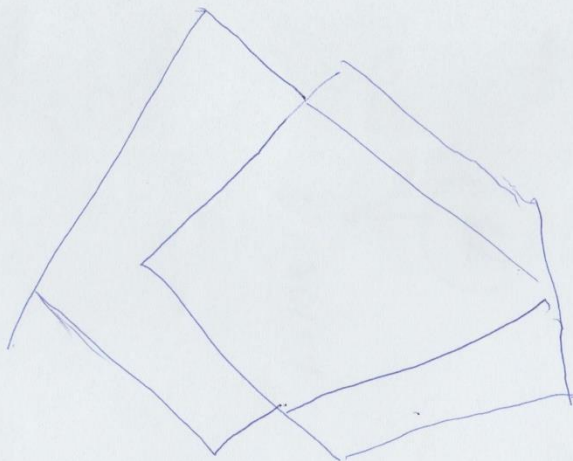
Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0

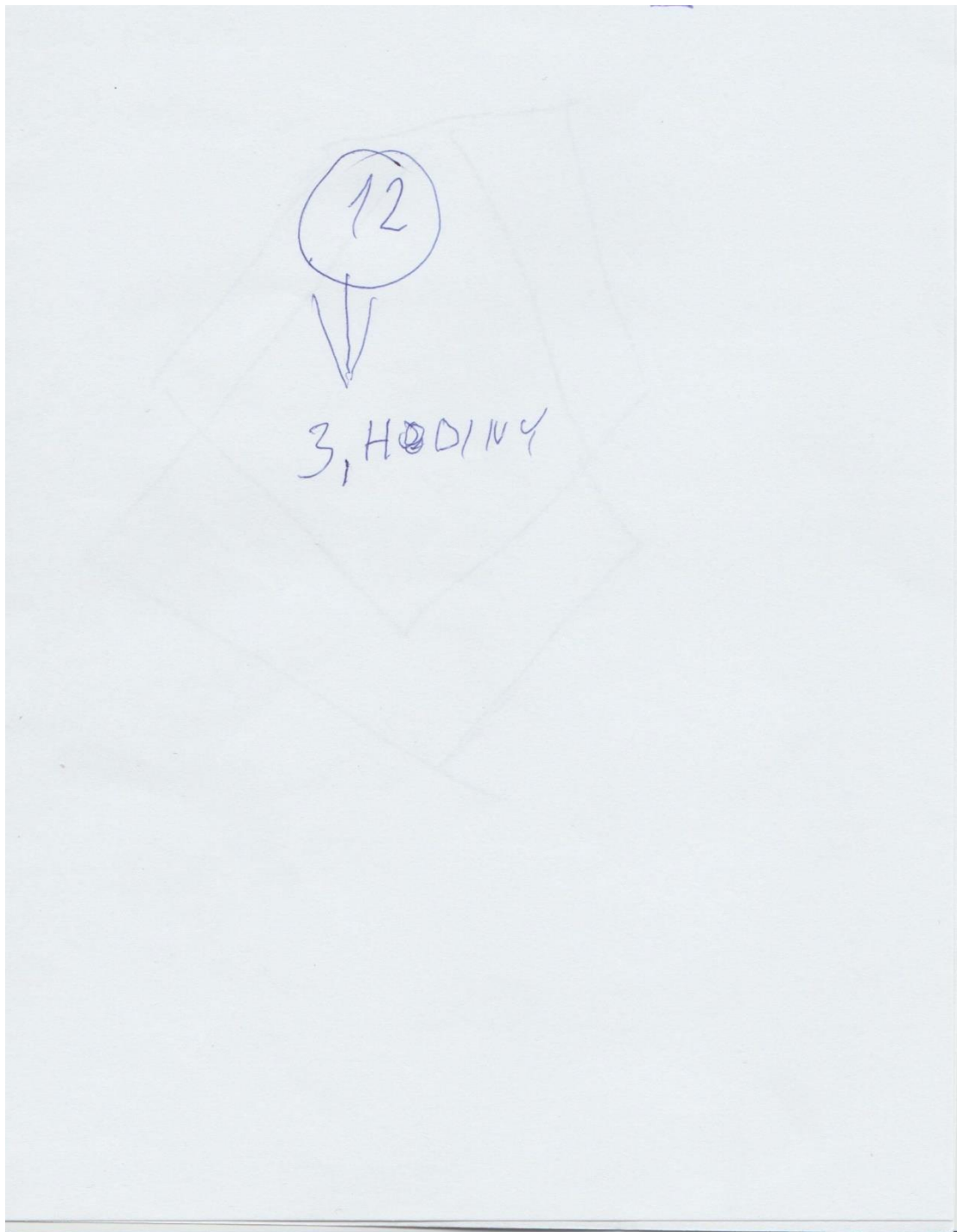
**CELKOVÉ SKORE**

<u>8</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------





**Příloha B: CDT klientky EK**



**Příloha D: MMSE klientky JS**

**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - ZÁZNAMOVÝ LIST**

Jméno / rok narození		Datum vyšetření								
JS		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
		den	16							
		měsíc	2							
		rok	76							

**1. ORIENTACE**

Jaký den v týdnu je dnes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Který měsíc v roce je nyní?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Který rok je nyní?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaké je nyní roční období?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém státě jsme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém okrese jsme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém městě jsme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém poschodí se nacházíme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. ZAPAMATOVÁNÍ**

Bezprostřední reprodukce tří předmětů:

citron	lopata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klíč	šátek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
babička	váza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ**

Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100  
nebo hláskování slova POKRM pozpátku

100									
93	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	R	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	K	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	O	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. PAMĚŤ, VÝBAVNOST**

Reprodukce tří předmětů z bodu 2:

lopata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
šátek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
váza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. POJMENOVÁNÍ**

Ukažte náramkové hodinky: "Co je to?"

Ukažte tužku: "Co je to?"

**6. OPAKOVÁNÍ**

Opakování věty: "Žádné kdyby anebo ale."

### 7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):

"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,  
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama  
a položte na zem".

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

### 8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Porozumění (písemný jednostupňový povel):

ZAVŘETE OČI

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2

### 9. PSANÍ

Napsání věty

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0

### 10. OBKRESLOVÁNÍ

Obkreslení předlohy prániku dvou pětúhelníků

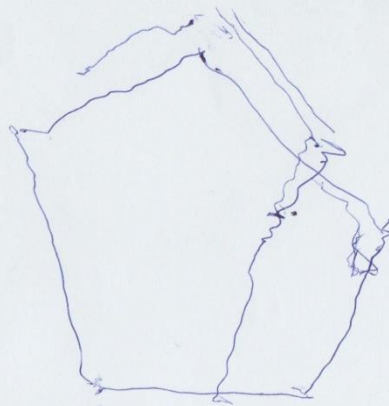
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0

**CELKOVÉ SKORE**

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8



**Příloha E: MMSE klientky MD**

**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - ZÁZNAMOVÝ LIST**

Jméno / rok narození		Datum vyšetření								
<b>MD</b>		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
		den	16							
		měsíc	2							
rok	76									

**1. ORIENTACE**

Jaký den v týdnu je dnes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Který měsíc v roce je nyní?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Který rok je nyní?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaké je nyní roční období?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém státě jsme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém okrese jsme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém městě jsme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ve kterém poschodí se nacházíme?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

**2. ZAPAMATOVÁNÍ**

Bezprostřední reprodukce tři předmětů:

citron	lopata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klíč	šátek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
babička	váza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

**3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ**

Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100  
nebo hláskování slova POKRM pozpátku

100		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	R	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	K	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	O	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

**4. PAMĚŤ, VÝBAVNOST**

Reprodukce tří předmětů z bodu 2:

lopata	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
šátek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
váza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. POJMENOVÁNÍ**

Ukažte náramkové hodinky: "Co je to?"

Ukažte tužku: "Co je to?"

1

**6. OPAKOVÁNÍ**

Opakování věty: "Žádné kdyby anebo ale."

0

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):

"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,  
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama  
a položte na zem".

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Porozumění (pisemný jednostupňový povel):

ZAVŘETE OČI

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1

9. PSANÍ

Napsání věty

*jmeno*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0

10. OBKRESLOVÁNÍ

Obkreslení předlohy průniku dvou pětúhelníků

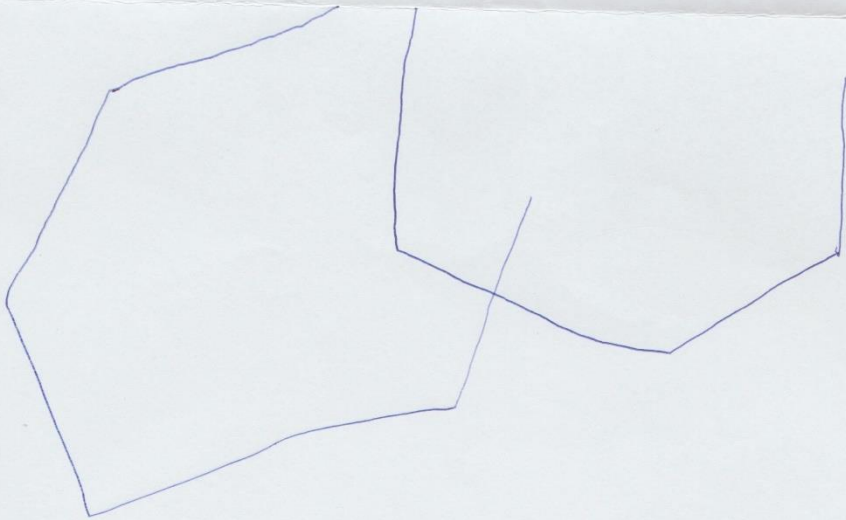
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0

CELKOVÉ SKORE

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

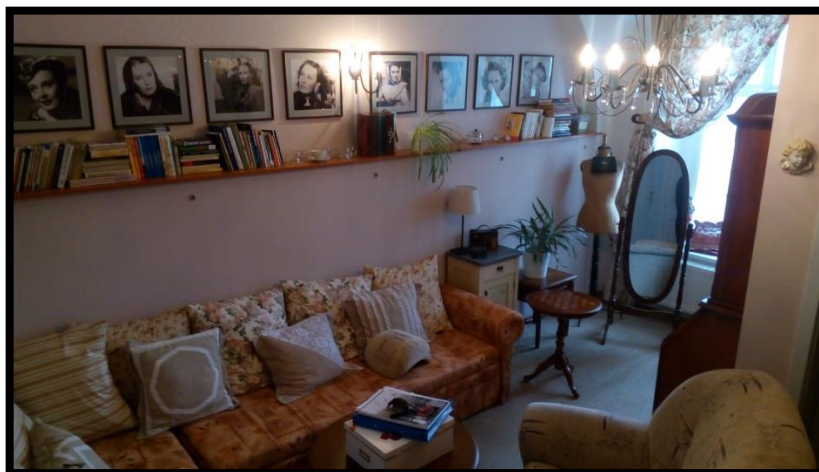
11



**Příloha E: CDT klientky MD**



**Příloha F:** Reminiscenční místnost v AC Filipov



**Příloha G: Reminiscenční kufr klientky z AC Filipov**

