

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**Husitská teologická fakulta**

**Diplomová práce**

**Komunikační strategie v odborné práci s člověkem s demencí AD typu**  
**Communication Strategy for Professional Work with People suffering from**  
**Alzheimer's Disease**

**Studovaný obor: HT 2 v kombinaci s PSS**

**Katedra psychosociálních věd a etiky**

**Vedoucí práce: Doc. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.**

**Autor: Klára Tilkovská**

**2009**

## **Poděkování**

Děkuji především vedoucí této diplomové práce Doc. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za přínosné podněty, věcné rady, připomínky a odbornou podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu zpracovávání problematiky vztahující se k celému tématu této diplomové práce.

Dále děkuji prim. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. za cenné odborné informace, za umožnění konzultací a především za zapůjčení odborné literatury a materiálů, děkuji i za to, že mi během celých dvou let umožnila získávat cenné poznání této problematiky a byla mi kdykoli nápomocna; PhDr. Evě Jarolímové za psychickou podporu, důležité informace a náměty vztahujících se přímo ke komunikaci s klienty s DAT, za konzultace a poskytnutí kazuistik, též MUDr. Heleně Novákové za důslednost a starost o celou moji práci, za ochotu, naslouchání a za odkazy na literaturu. Poděkování z řad Gerontocentra také náleží vrchní sestře Martině Susové za psychickou podporu a sociální pracovníci Mgr. Michale Tučkové za poskytnutí prvních informací. Poděkování také patří všem dalším nejmenovaným.

Nesmím opomenout poděkovat ani mnoha pečovatelům za poskytnutí cenných poznatků z jejich soukromí a života, za jejich otevřenost a upřímnost, děkuji i za to, že jsem mohla hovořit s jejich blízkými.

V neposlední řadě děkuji též celé mé rodině za morální, emoční podporu a vstřícnost, především mámě za technickou i praktickou pomoc, za energii a vynaložené úsilí. Děkuji také přátelům za motivaci a povzbuzování.

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Komunikační strategie v odborné práci s člověkem s demencí AD typu napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V Praze dne 21. 3. 2009

.....

## **Anotace**

Alzheimerova choroba patří k nejčastějším formám demence. Výskyt této choroby narůstá s prodlužováním délky života. Proto si tato diplomová práce dává za cíl poukázat na úskalí, které toto onemocnění přináší lidem do běžného života a ukázat možné formy komunikace s člověkem trpícím DAT. Soustředila jsem se na nejvhodnější přístup - na přístup lidský, který je obsažen ve validačních technikách. Důraz je zde dáván i na jiné přístupy, jako je Bazální stimulace či Reminiscenční terapie. Závěrem tato práce nabízí model komunikačních strategií.

## **Annotation**

Alzheimer's Disease belongs to the most common forms of dementia. The occurrence of this disease rises with increasing life expectancy of population. The reason of this Thesis is to point out some issues, which are caused by this disease and have some implication in the daily life. It is possible to show available forms of communication with people suffering from Alzheimer's Disease. I have focused on the most convenient approaches – I mean the human approach, which is involved in Validation techniques. It describes other methods such as Basal Stimulation and Reminiscence therapy as well. The Special communication strategies are offered at the end of this Thesis.

## **Klíčová slova**

Alzheimerova choroba, Bazální stimulace, Demence, Komunikační strategie, Reminiscence, Validace, Verbální a neverbální komunikace

## **Keywords**

Alzheimer Disease, Basal Stimulation, Dementia, Communication Strategies, Reminiscence, Validation, Verbal and non-verbal communication

# Obsah

SEZNAM ZKRATEK .....	8
MOTTO .....	9
ÚVOD.....	10
1 DEMENCE: DEFINICE A ROZDĚLENÍ .....	12
1.1 Vymezení pojmu demence.....	12
1.2 Typy demence .....	13
1.2.1 Ischemicko-vaskulární demence.....	14
1.2.2 Sekundární demence .....	14
1.2.3 Atroficko-degenerativní demence .....	15
1.2.4 Demence smíšeného typu .....	15
1.2.5 Demence Alzheimerova typu (dále jen DAT).....	16
1.3 Co je Alzheimerova choroba?.....	16
1.4 Prevalence DAT .....	17
1.5 Dělení Alzheimerovy choroby .....	17
1.6 Rizikové faktory ACH .....	18
1.7 Klinický obraz DAT.....	18
1.8 Důraz na správnou a včasnou diagnózu.....	20
1.9 Metody diagnózy Alzheimerovy choroby.....	20
1.10 Fáze ACH a jejich charakteristika.....	22
2 KOMUNIKACE.....	25
2.1 Proč se zabývat komunikací.....	25
2.2 Objasnění pojmu komunikace.....	25
2.3 Vývoj komunikačních dovedností a osvojení jazyka.....	25
2.4 Formy komunikace .....	26
2.4.1 Verbální komunikace.....	26
2.4.2 Neverbální komunikace .....	28
2.4.3 Součásti neverbální komunikace a využití neverbálních dovedností .....	29
2.5 Sdělování činy.....	32
2.6 Komunikační proces .....	32

3	KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM TRPÍCÍM DEMENCÍ .....	35
3.1	Komunikace ve třech fázích ACH .....	35
3.2	Principy efektivní komunikace .....	36
3.3	Obecné typy pro dobrou komunikaci s člověkem s demencí .....	37
3.4	Specifika v komunikačních potřebách člověka s ACH.....	39
3.4.1	ACH a emocionální závislost .....	39
3.4.2	Porucha schopnosti přizpůsobit se.....	39
3.4.3	Pochopit a být pochopen.....	39
3.5	Zásady pro komunikaci s člověkem s ACH.....	40
3.6	Komunikace prakticky .....	41
3.6.1	Reminiscence .....	42
3.6.2	Pokud řeč už nestačí aneb využití nonverbální komunikace .....	43
4	VALIDACE.....	45
4.1	Validační techniky užívané pro Validační terapii.....	48
4.1.1	Verbální validační techniky.....	48
4.1.2	Neverbální validační techniky .....	49
4.2	Validační technika se špatně orientovanými lidmi – Validace ve skupině.....	50
4.3	Validační technika s dezorientovanými lidmi – individuální přístup .....	51
4.4	Validační technika u lidí dezorientovaných v posledním stadiu ACH – individuální přístup .....	51
4.5	Pozitivní efekty Validace .....	51
5	REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	53
5.1	Jaké pomůcky jsou užitečné a které tématické okruhy jimi můžeme evokovat .....	54
5.2	Osvědčená témata Reminiscenční terapie.....	55
5.3	Pozitivní efekt Reminiscenční terapie.....	55
6	BAZÁLNÍ STIMULACE .....	56
6.1	Komunikace při Bazální stimulaci.....	57
6.2	Na co hlavně zaměřit svoji pozornost při komunikaci a manipulaci s nemocným člověkem? .....	59
7	KAZUISTIKA .....	60
7.1	Ia.....	60

7.2	Ib .....	66
7.3	Ic.....	70
8	DOPORUČENÉ METODY KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM S DEMENCÍ .....	76
9	ZÁVĚR .....	78
	SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ .....	79
	SEZNAM PŘÍLOH .....	84
	PŘÍLOHY .....	85
	SUMMARY.....	104

## SEZNAM ZKRATEK

AAN	Americká asociace Neurologů
AD	Alzheimerova demence
ACH	Alzheimerova choroba
AN	Alzheimerova nemoc
BS	Bazální stimulace
BSE	Bovinní spongiformní encefalopatie
BSE	Creutzfeldt-Jacobova choroba
CT	Computerized Tomography; výpočetní tomografie
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČSÚ	Český statistický úřad
DAT	Demence alzheimerovského typu
DLB	Demence s Lewyho tělísky
HD	Huntingtonova chorea
MID	Multiinfarktová demence
MMSE	Mini Mental State Examination
MR	Magnetic Resonance, magnetická resonance
PET	Positron Emission Tomography, pozitronová emisní tomografie
PN	Parkinsonova nemoc
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography, jednofotová emisní počítačová tomografie



## MOTTO

*„Chci jednat sám, nejsem bezmocný,  
možná jen trošku bezradný a váhavý,  
ale nejsem neschopný.  
Když pro mě děláš něco,  
co mohu a potřebuji udělat sám,  
přispíváš k mému strachu, zvyšuješ moji neschopnost.  
Když však přijímáš jako holou skutečnost,  
že cítím to, co cítím (rozum jde stranou),  
mohu přestat s přesvědčováním,  
a mohu se pokusit pochopit,  
co se skrývá za těmi iracionálními city.  
Prosím Tě tedy, poslouchej a vyslyš mě.  
A jestliže chceš mluvit, počkej chvíličku a já Tě budu poslouchat.“*

Neznámý indický autor  
(PICHAUD, THAREAUOVÁ, 1998, s. 88)

## ÚVOD

K výběru tématu této diplomové práce mě inspirovala má dvouletá zkušenosti v České alzheimerovské společnosti, kde jsem měla možnost se intenzivně setkávat s problematikou stáří, zoufalství, nemoci, naslouchat pečujícím snažícím se pomoci a postarat se o svého bližního, který trpí demencí. Celou dobu jsem se setkávala s jejich osudy - často smutnými, každodenními problémy a starostmi. Byla jsem vtažena do kontextu a začala si uvědomovat, jak problematika stáří a nemoc demence ovlivňuje nejenom život nemocných, ale především život pečovatелů a lidí blízkých, kteří mají snahu pomoci. Z praxe jsem viděla, jak je důležité komunikovat s takovými lidmi, nenechat je uvíznuté ve vlastním zmateném světě, umět jim podat pomocnou ruku a vtáhnout je zpátky do smysluplného života. Dát jim najevo respekt a uznání a podpořit jejich kvalitu života. V nemoci jsou lidé křehčí a potřebují pomoci daleko více, než jak společnost i jejich okolí předpokládá. To platí u Alzheimerovy choroby dvojnásob.

Tato diplomová práce není rozdělena na část teoretickou a empirickou, neboť způsob pojetí této práce mě vedl k tomu, abych jednotlivé popisující jevy či úryvky ze života prokládala průběžně empirickými poznatky. Díky tomu se mohou navzájem prolínat a dokreslovat.

V úvodních kapitolách se budu věnovat problematice demencí, jejich rozlišení se zaměřením na demenci Alzheimerova typu. Za cíl si kladu ukázat, jak Alzheimerova choroba mění osobnost člověka, jak postihuje jeho komunikační dovednosti a jaké důsledky přináší do každodenního života.

V této návaznosti přejdu ke kapitole Komunikace, vysvětlím, jak komunikace funguje, jaké má formy a jak důležité ji bude přizpůsobit osobě s demencí. Tomu se také budu věnovat v samostatné kapitole s názvem Komunikace s člověkem trpícím demencí. Zde se soustředí na jednotlivé fáze komunikace, na principy efektivní komunikace, uvádím obecné rady pro dobrou komunikaci a specifika v komunikaci s člověkem s Alzheimerovou chorobou.

Po uvedení specifík v komunikaci poukážu na fakt, jak je nezbytné zacházet s člověkem s demencí jako se sobě rovným, podporovat jeho důstojnost a validovat ho. Proto uvádím validační techniky a jejich následné využití při Validační terapii. S tím souvisí i Reminiscenční terapie, která napomáhá zlepšit naši komunikaci a potvrzuje nejen vlastní identitu člověka, ale i kontinuitu jeho života. Stejně tak důležitý koncept shledávám v Bazální stimulaci, kterou využíváme v praxi tehdy, když člověk trpící demencí již není schopen verbálně komunikovat. I přesto, díky Bazální stimulaci, můžeme uspokojit lidské potřeby a podporovat jeho osobnost.

Proto je Bazální stimulaci věnována samostatná kapitola a jsou zde uvedeny jednotlivé komunikační strategie.

V další části jsem věnovala pozornost kazuistikám, které považuji za nezbytné, aby nám dokreslily nejenom samotné onemocnění, ale také aby detailně odkryly život lidí, kteří byli postiženi tímto syndromem. Uvádím jednotlivé změny v jejich životě, plíživý začátek nemoci, reakce okolí, komunikační bariéry, postup onemocnění a následný život s touto chorobou. Cílem této diplomové práce je podat ucelený obraz o této nemoci, zachytit poruchy a následky mozkové výkonnosti se zaměřením na komunikaci, uvést strategie, které pomohou nejlépe navázat kvalitní komunikaci s člověkem s Alzheimerovou chorobou, uvést metody a terapie, které zlepší jeho kvalitu života a které budou vážně podporovat člověka jako hodnotnou bytost, i s jeho demencí a všemi zvláštnostmi.

V závěrečné části práce si dovoluji navrhnout doporučené metody komunikace s klientem. Vycházím z uvedených kazuistik, z pozorování, ze studia literatury. Jako praktickou přílohu představuji „Reminiscenční kufřík“, který vznikl na základě vzpomínek paní Z. R.

# 1 DEMENCE: DEFINICE A ROZDĚLENÍ

V posledních letech se stále častěji setkáváme se slovem demence. Tento pojem se objevuje nejen v médiích, ale také je možnost ho zaslechnout v ordinacích i mezi běžnou veřejností. V minulosti se mnoho lidí domnívalo, a stále mnoho neinformovaných „laiků“ domnívá, že demence je jakýsi běžný projev stáří. Nikoli. Je dokázáno, že demence se může vyskytovat i v dospělém věku. S přibývajícím věkem se pouze zvyšuje pravděpodobnost onemocnění demencí. K tomu se dostaneme později.

Proto se v dnešní době o této problematice hovoří. Je to způsobeno možná i tím, že populace stárne a slovo demence se nám stává tichou hrozbou. Copak víme, jestli toto onemocnění jednou nezasáhne i nás? Chtěla bych poukázat na širší společenské souvislosti. Pravdou je, že populace stárne a tím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění demencí. Je také velmi důležité poznamenat, že nejenom my jako lidé stárneme, ale i náš životní styl může mít dopad na rizikové faktory, které se podílejí na vzniku demence. Pokud jim předejdeme, můžeme oddálit rozvoj poruch kognitivních funkcí. Jako primární prevenci lze doporučit některá režimová opatření jako je zdravý způsob života, dostatek pohybu, trénování paměti, zákaz kouření a nadměrné konzumace alkoholu, terapie hypertenze atd. Zkrátka nežít jen konzumním životem, ale žít především v harmonii, aby všechny složky lidského života byly vyváženy. Mnohým věcem se dá předejít, proto poukazuji, že je na každém z nás, jak se ke svému životu postaví. V dnešní době je téma demence hojně rozebíráno z pohledu veřejnosti, která se zaměřuje na zlepšení, kvalitu a zútulnění specializovaných zařízení, na LDN a jiné krátkodobé či dlouhodobé zařízení pro klienty s demencí. Otázkou ale je, zda by pozornost neměla být věnována především prevenci a širší informovanosti veřejnosti o syndromu demence, o jeho rizikových faktorech a důležitosti včasné diagnózy. Podle mého názoru by tato pozornost neměla být věnována jenom hezkým specializovaným zařízením, kde lidé s demencí mohou dožít, ale hlavně na skutečnost, že se syndrom demence stane tichou hrozbou budoucnosti.

## 1.1 Vymezení pojmu demence<sup>1</sup>

*„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého*

---

<sup>1</sup> Z latinského „demens“, de = mimo, mens = duch – „ten, kdo ztratil ducha“

onemocnění mozku. Demence je **syndrom**<sup>2</sup>, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.“ (sec. cit. JIRÁK, KOUKOLÍK, 2004 in HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, 2007, s. 9 – 10 )

„Demence se může vyskytovat již od dvou let života, tedy v době, kdy se předpokládá rozvoj intelektových schopností. Porucha vzniklá před druhým rokem života se nazývá oligofrenie.“ (BAŠTECKÝ a kol., 1994, s. 239). V této práci se ale budeme zabývat jen demencemi vyskytujícími se v průběhu stárnutí a stáří.

Demence je vždy důsledkem chorobného procesu. Není normální součástí stárnutí, jak jsem již naznačila v úvodu. Řadí se mezi tzv. organická poškození mozku. Jedná se o onemocnění, která mozkovou tkáň různým způsobem poškozují. Může se jednat o degenerativní proces, jak je tomu u Alzheimerovy choroby, nebo o důsledek vaskulárních, metabolických, traumatických změn apod. (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, 2007, s. 9 - 10). Bohužel lidé s demencí nemají stejné příznaky ve stejném pořadí. Je to tím, že demence je syndrom, jenž nemá pokaždé stejný vývojový postup. Závisí na příčině poruchy a na poškozeném místě v mozku.

## 1.2 Typy demence

Existuje několik typů demence. Podle různých pramenů demence zpravidla dělíme na:

- Atroficko-degenerativní demence
- Ischemicko-vaskulární demence
- Sekundární demence

Zde bych si dovolila malou změnu pořadí jednotlivých typů demencí. O jednotlivých typech a kategorizaci se pouze krátce zmíním. Začala bych ischemicko-vaskulárními, dále sekundárními a v poslední řadě poukážu na demenci AD<sup>3</sup> typu.

---

<sup>2</sup> **Mezi symptomy patří:** ztráta paměti, poruchy jazykových funkcí, neschopnost myslet abstraktně, neschopnost vytvářet si úsudky, neschopnost provádět komplexnější úkoly, ztráta orientace v prostoru, poruchy pozornosti, celková změna osobnosti.

<sup>3</sup> Alzheimerova demence

### 1.2.1 Ischemicko-vaskulární demence

„Dle studií ze Spojených států, Evropy a Číny se tento typ demence považuje za druhý nejčastější typ“. (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1998, s. 129) Je důležité si uvědomit, že se jedná o celou řadu onemocnění, proto vaskulární demence nemají zcela typický obraz, ale je možné vymezit určité společné rysy. Poměrně dlouho bývá u nemocného zachován náhled a úsudek, zhoršování kognitivních funkcí není většinou rovnoměrné, typická jsou také další kardiovaskulární nebo cerebrovaskulární onemocnění.

Holmerová (2007) rozlišuje tradiční klasifikaci vaskulární demence na několik typů:

- Kortikální vaskulární demence (multiinfarktová, MID)
- Subkortikální demenci, onemocnění malých cév (Binswangerova)
- Demence v důsledku mozkového infarktu
- Demence z hypoperfuze
- Demence v důsledku mozkové příhody
- Další typy vaskulární nebo kombinované demence  
(HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, 2007, s. 41)

### 1.2.2 Sekundární demence

Vznikají nejčastěji po úrazech, tumorech CNS, vzniku hydrocefalu, po zánětlivých onemocněních mozku, při epilepsii, z důvodu polékového (př. barbituráty...) díky toxickým vlivům. Dle R. Jiráka do této skupiny řadíme nejčastěji demence při těchto onemocněních:

- Demence spojené s maligními tumory
- Demence při epilepsii (vyskytuje se při delším trvání choroby)
- Demence při AIDS (má převážně podkorové projevy)
- Creutzfeldt-Jacobova choroba (/CJD/ je způsobena vysoce neobvyklým infekčním činitelem, který se nazývá prion (infekční bílkovina, která se reprodukuje v živém systému). Pro zajímavost, priony způsobují také BSE = bovinní spongiformní encefalopatii
- Intoxikační demence (jde např. o farmakogenní demence a způsobují reverzibilní demence)
- Demence při jaterních encefalopatiích (heparocerebrální syndrom, vzniká při onemocnění jater, kdy se v mozku koncentruje amoniak).

### 1.2.3 Atroficko-degenerativní demence

Do této skupiny demencí řadíme:

- Demence smíšeného typu (Pickova choroba, Parkinsonova nemoc /PN/, Huntingtonova chorea /HD/, Demence s Lewyho tělísky /DLB/)
- Demence Alzheimerova typu /DAT/

### 1.2.4 Demence smíšeného typu

Smíšené formy demence představují 10-20 %. Klinický obraz se podobá spíše Alzheimerově chorobě, nalezneme zde však větší zastoupení ložiskových příznaků, které jsou typické pro vaskulární demenci. F. Koukolík do této skupiny zahrnuje:

- **Pickova choroba** (je geneticky podmíněná, je pro ni příznačná mozková atrofie; od ACH<sup>4</sup> se liší histologicky. Rozvoj nemoci se počítá mezi 50. a 60. rokem, typická je emoční otupělost, nevhodné vtipkování, netaktnost. Mohou být i poruchy sexuality jako hypersexualita, exhibicionismus apod., specifická léčba neexistuje)
- **Demence při Parkinsonově nemoci** (progrese bývá pomalá, pacient ztrácí náhled na chorobu. Příznačné je celkové zpomalení až apatie, deprese, porucha kognitivních funkcí, váhavost v řeči...)
- **Huntingtonova chorea**<sup>5</sup> (/HD/ je progresivní onemocnění kombinující choreu s poruchami chování a demencí. Je to dědičná nemoc, která napadá stejně muže a ženy. Každé dítě rodiče trpícího touto chorobou má 50% riziko jejího zdědění. Symptomy HD se obvykle vyskytují ve věku třiceti až padesáti let, ale mohou začít i dříve nebo později. Rané příznaky nemoci mohou zahrnovat jemné, nekontrolovatelné pohyby, nemotornost, problémy s krátkodobou pamětí, koncentrací a depresí. V pozdějších stádiích mohou dodatečné symptomy zahrnovat mimovolní pohyby, problémy s řečí, polykáním a úbytek na hmotnosti.)
- **Demence s Lewyho tělísky** (/Dementia with Lewy Bodies –DLB/, ta je považována po Alzheimerově chorobě za druhou nebo třetí nejčastější formu demence ve věkové skupině nad 65 let. Tato forma demence často začíná poměrně náhle, ze začátku rychle progreduje, později se trochu stabilizuje. DLB sdílí určité stejné známky jako Alzheimerova a Parkinsonova nemoc. Např. lidé s DLB často trpí ztrátou paměti,

---

<sup>4</sup> Alzheimerova choroba

<sup>5</sup> nekontrolované pohyby těla

prostorovou dezorientací a komunikačními problémy. Na druhou stranu se u nich stále částečně udržuje normální funkce paměti. U Parkinsonovy nemoci mohou pacienti trpět také pomalostí, ztuhlostí svalů, třesoucími se končetinami, tendencí šoupání nohou při chůzi atd. Další symptomy zahrnují halucinace, poruchy spánku, riziko upadnutí a tendence usínat přes den. Schopnosti lidí trpícími DLB kolísají ze dne na den, někdy dokonce z hodiny na hodinu). (Alzheimer's Disease; After the diagnosis; What next?, s. 86, interní materiály ČALS)

### **1.2.5 Demence Alzheimerova typu (dále jen DAT)**

V dnešní době je známo, že nejčastější příčinou demence, poruchy kognitivních funkcí, myšlení, paměti, orientace v čase a prostoru, soustředění, řeči, schopnosti koncentrace, je právě Alzheimerova choroba. (BAŠTECKÝ a kol., 1994, s. 239)

### **1.3 Co je Alzheimerova choroba?**

Alzheimerova choroba (ACH) je nevratné degenerativní onemocnění, které pomalu a postupně zničí mozkové buňky. Hlavním projevem je narůstání ztráty paměti. To postihuje krátkodobou paměť a duševní činnost jako je myšlení, řeč, orientaci v čase a prostoru atd. Stejně tak postihuje kondici, pohyblivost a chování. Alzheimerova choroba je nazvána podle německého neurologa, Aloise Alzheimer<sup>6</sup>, který jako první popsal v roce 1906 příznaky této choroby a také charakteristické znaky, jako jsou neuritické plaky a klubka (tangles)<sup>7</sup>, které mohou být nalezeny v mozku u lidí trpících Alzheimerovou chorobou.

---

<sup>6</sup> Alois Alzheimer se narodil 14. června 1864 v Markbreitu. Studoval na univerzitách v Berlíně, Tübingenu a Würzburgu. V dubnu 1894 se oženil s Nathalií Geisenheimerovou a z jejich manželství vzešly tři děti. Roku 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingen Alois Alzheimer demonstroval případ 51leté pacientky, paní Augusty D., která byla přijata do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem se známkami demence v listopadu roku 1901. Alzheimer kazuistiku publikoval v roce 1907 pod názvem „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ (O svérázném onemocnění kůry mozkové). Tato publikace je základním kamenem pojmu Alzheimerovy nemoci. Alzheimer při vyšetřování mozku paní Auguste D., která zemřela s diagnózou těžké demence, zjistil „seniliární ohniska“ neboli senilní plaky. Jeho vlastním objevem byly právě „změny neurofibril“ neuronální klubka (ang. tangles), které našel až ve třetině neuronů. On a jeho spolupracovníci považovali toto pozorování za odlišné od „běžné“ v pozdějším věku se vyskytující senilní demence. Navrhli, aby byla nazvána Alzheimerovým jménem. (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1998, s. 11)

<sup>7</sup> Medicínský termín; označuje tzv. Alzheimerovy změny neurofibril, které charakterizují patologické změny v mozku typické právě pro Alzheimerovu chorobu. (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1999, s. 33)



## 1.4 Prevalence DAT

„Stárnutí společnosti má za následek, prodlužování délky života. V České republice (v roce 2005 byla průměrná délka života u mužů 72,88 let a u žen 79,10 let.“ (Zdravotnická ročenka 2005 in HOLMEROVÁ, 2008, s. 199). ČSÚ<sup>8</sup> uvádí, že se loni průměrná doba dožití protáhla zhruba o 2,4 měsíce oproti roku 2006. V roce 2007 doba dožití mužů činila 73,7 roku a žen 79,9 roku. Od listopadu 1989 se tak prodloužila u mužů celkem o 5,6 roku a u žen o 4,5 roku. Vyplývá to z údajů<sup>9</sup>, které zveřejnil Český statistický úřad. (*Naděje dožití a průměrný věk* [online]. 2009 [cit.2009-01-20]. Dostupný z WWW: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje\\_doziti\\_a\\_prumerny\\_vek](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_doziti_a_prumerny_vek))

S narůstajícím věkem roste i prevalence, (jež nám udává poměr nemocných z vybrané populace k určitému datu). Podle Koukolíka jsou ženy ve vysokém věku více ohroženy než muži. „Riziko jakékoli demence u žen je 1,9krát vyšší než u mužů, riziko výskytu Alzheimerovy choroby je u žen 3,1krát vyšší než u mužů. Ve věkové skupině 65-75 let je přibližně 3%, ve věkové skupině 75-84 let je 18,7%, ve věkové skupině 85 a více let je 47,2%“ (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1998, s. 15-16).

Sečteno a podtrženo: prevalence Alzheimerovy choroby roste s věkem.

## 1.5 Dělení Alzheimerovy choroby

U Alzheimerovy choroby, dále jen ACH se rozeznávají dvě formy - raná (early-onset AD) neboli familiární forma a forma pozdní (late-onset AD).

Není jisté, zda je ACH dědičná. Ale v rodinách, kde se většinou vyskytuje, je její pravděpodobnost vyšší. Pokud se ACH vyskytuje u více členů v rodině (většinou se jedná o nejbližší příbuzné) je tedy možné, že zde je jistá genetická dispozice (podmíněnost s genovými poruchami na chromozomu 21, 14 a 1) nebo se zjistí ovlivňující faktor, který ACH způsobuje. Proto je tato forma nazývána familiární. „Postihuje osobnost velmi časně do 60 let a probíhá šest až osm let.“ (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1998, s. 67)

Druhá forma - pozdní ACH vzniká po 60. roce, nejčastěji však po 80. roce věku. Průběh je obvykle delší, velmi individuální, často trvá více než deset let a počáteční příznaky jsou velmi nenápadné, přicházejí postupně a pozvolna.

---

<sup>8</sup> Český statistický úřad

<sup>9</sup> Viz příloha č. 1

## 1.6 Rizikové faktory ACH

V dnešní době stále neznáme přesné příčiny vzniku ACH, ale již jsme schopni určit, díky poznatkům, mnoho existujících rizikových faktorů, které se mohou na ACH i jiných formách demence podílet. Mezi ně řadíme např.: věk, pohlaví, genové mutace nebo poranění hlavy. Vztah mezi ACH a nižším vzděláním<sup>10</sup>, kouřením cigaret, hliníkem, zinkem a protizánětlivými léky není vyjasněn. (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1998, s. 11)

## 1.7 Klinický obraz DAT

Jak už jsem naznačila výše, pro toto onemocnění je charakteristický plíživý, pozvolný začátek. Nenápadně se objevují symptomy, které působí pozvolna, zato ale pomalu a jistě mění člověka a jeho celou osobnost, i když každá postižená osobnost je pociťuje individuálně. Tento začátek může být tak nenápadný, že si okolí, příbuzní ani přátelé nemusí zpočátku vůbec všimnout, že je něco v nepořádku. Pozorují podivné odchylky v chování člověka až s odstupem času. Většinou v praxi zaznamenáváme, že pokud se jedná o osobu starší, její okolí se domnívá, že symptomy jsou běžnou součástí stáří. Nemoc však postupuje.

Např.: *Stav muže - 56 let, původně stavební inženýr, trpěl DAT, několik měsíců beze změn a známek progresu, po 6 měsících nastal propad, během krátké doby už neví, jak držet tužku (nedávno ještě rýsoval projekty, aby se doma zaměstnal), není schopen komunikovat, před několika měsíci se pokoušel vysvětlit, jak spadl na stavbě do jámy a nemohl posoudit příčinu nehody. Telefonát s ním proběhl takto:*

*„Dobrý den, pane inženýre, mohla bych hovořit s Vaší manželkou?“*

*On: „Ano...já...hledám...“*

*Chvilí pauza a pak razantně a mechanicky dodal:*

*„Děkuji, na shledanou“ a v okamžiku zavěsil.“*

(JAROLÍMOVÁ, 2002, s. 126)

Na počátku této nemoci se vyskytují nejprve drobné změny osobnosti a chování. Nejčastěji to bývá ztráta motivace a ztráta zájmu o své dosavadní záliby a aktivity. Pro nemocného je obtížné si pamatovat pravidla hry, udržovat konverzaci nebo se orientovat v událostech. Kontakt s ostatními může být matoucí a lidé s demencí se mohou bát, aby nedělali chyby. Nicméně, s trochou podpory okolí se dá všechno zvládat. Jinak člověk ztrácí přátele, vyhýbá se kontaktu s nimi a jeho myšlení je jednotvárné. Dochází u něj k celkovému zanedbávání vlastní osoby.

Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek osobní i sociální, dochází u něj k mnohým ztrátám jako např. soběstačnosti. Začíná být často dezorientovaný v čase i prostoru.

---

<sup>10</sup> Mám na mysli “nižší míra mozkové rezervy“

Nemocný se např. ztrácí na známých místech, netrefí domů, neumí jezdit MHD, někdy se nevyzná ani ve svém vlastním bytě.

Př.: Tento rozhovor jsem vedla po telefonu v ČALS během své služby.

*„Česká alzheimerská společnost, dobrý den, jak Vám mohu pomoci.“*

... *„Dobrý den, někdo od Vás mi volal, nebo já jsem volala? Nevím, někdo říkal něco o pětce, jsem se k Vám objednala, ale nevím proč.“*

*„A promiňte paní P., kam jste se k nám objednávala – na testy paměti?“*

Paní P. se do telefonu směje. *„Myslím, že pětka tam byla.“*

Mezitím vyhledávám formuláře na objednání testů paměti, klientku jsem zatím nenašla, hledám dál a aktivně udržuji kontakt po telefonu. (Nalezám správný formulář, ano pětka seděla. Bylo to 5.3 – paní P. objednaná na vyšetření paměti k paní doktorce.) Ujišťuji paní P. a opakuji jí datum sjednané schůzky a vyzývám jí, aby si ho zapsala. Poté se ptám: *„Je všechno v pořádku? Pro jistotu mi prosím zopakujte, co jste si poznamenala?“*

Odpověď byla správná.

*„Víte kde je naše centrum? Trefíte k nám? Adrese je Šimůnkova 1600.“*

Paní P.: *„Mám někde jet? Netrefím. Bydlím na Vinohradech.“*

Proto jí detailně popíšu cestu a opět vyzvu paní P., aby si vše důkladně zapsala. Poté jí požádám, aby mi postup cesty zopakovala. Velmi zmateně se o to pokoušela,... v polovině se zastavila, mlčela, a řekla, že neumí jezdit metrem. V zápětí se začala opět smát a řekla, že se omlouvá, že má moc malý papírek.

*„Já si to přepíšu ještě jednou na větší papír a pak Vám paní Šimůnková zavolám, jste moc hodná, děkuji nashledanou...“*

Nemoc zachvátí i kognitivní funkce, které u některých nemocných dominují od začátku nemoci. S poruchou osobnosti se často pojí poruchy kognice, ty se pak stávají vedoucími příznaky. Bývá porušena krátkodobá paměť, tzn., to co je uloženo v dlouhodobé paměti zůstává uchováno. Největší potíž je uchovat novou naučenou informaci v paměti, to je pro člověka s demencí prakticky nemožné. V pokročilejším stadiu nahrazují lidé s kognitivní poruchou tyto paměťové výpadky konfabulacemi, které považují za pravdu.<sup>11</sup> Brzy potom přichází poruchy úsudku a racionálního uvažování, myšlení přestává být konkrétní i abstraktní, projeví se chudoba v řeči, ve slovní zásobě. Časté je komolení slov, používání vlastních výrazů, může docházet až k produkci slabik a slov, jež nedávají smysl, nenavazují obsahově. U některých lidí s demencí se rovněž objevují korové výpadky jako je afázie, agnózie, apraxie. Vyskytují se poruchy myšlení, především ve formě paranoidních bludů (pocit, že jim např. někdo krade peníze, stříbrné přebory po mamince, jídlo z ledničky atd.)

Nesmíme opomenout ani na změnu emoční stability, zaniká sociabilita, především schopnost navazovat, udržovat a prohlubovat vztah s okolím. Člověk bývá netečný vůči prostředí, trpí

---

<sup>11</sup> Konfabulace např.: Dcera přišla navštívit maminku, strávila u ní dvě hodiny, povídaly si, šly společně na procházku. Pak se maminky někdo zeptal, jestli u ní dnes byla dcera na návštěvě. Oповіděla že za ní byl akorát bratranec.

poruchou spánku. Velmi časté jsou poruchy nálady – nejčastěji deprese, úzkost, poruchy afektu, prudké výbuchy vzteku. Osobnost člověka upadá, nemocní bývají apatičtí, podezíraví, bývají neupravení, ztrácejí zájem o hygienu. Nemoc je tak neúprosná a zákeřná, že se nakonec člověk jen stěží podobá tomu člověku, jímž byl na začátku.

## 1.8 Důraz na správnou a včasnou diagnózu

Včasná a hlavně správná diagnóza je důležitým východiskem pro další opatření, která mohou významným způsobem ovlivnit kvalitu života pacientů s demencí a jejich rodinných příslušníků. Z praxe ale víme, že diagnostikovat ACH nemusí být vždy jednoduché. Právě naopak - stává se, že prvotní symptomy nemoci jsou přehlédnuty, buď ze strany pečujících, okolí nebo dokonce i lékaře. Tento fakt je způsobem jednak nechotou samotného pacienta, který si nechce přiznat, že by jeho zapomínání, které tak důsledně skrývá, mohlo mít souvislost s vážnou chorobou. Další zpoždění nastává v rodinách, které často příznaky u svých blízkých přehlížejí, nebo jim dokonce nepřikládají velký význam, stydí se za ně atd. Další časová prodleva může nastat i ze stran lékařů, kteří často první příznaky demence při rozhovoru přehlédnou. Je to způsobeno i tím, že jednoduché testy na určení diagnózy demence, nejsou často schopny odhalit právě počáteční stadium. K tomu přispívá i fakt, že pacient při vyšetření mnohdy mobilizuje veškeré své zbylé síly a podá „maximální výkon“<sup>12</sup>, než jaký můžeme sledovat v běžném životě.

Včasná a správná diagnóza je podmínkou správné léčby, která má největší význam právě v počínajících fázích onemocnění, kdy farmakoterapie může zpomalit a hlavně oddálit průběh demence. *„Účinnost léků totiž klesá u pokročilého onemocnění a nakonec léčba je bez odezvy na finální stadium choroby.“* (OBENBERGER, 2005, s. 24)

## 1.9 Metody diagnózy Alzheimerovy choroby

*„Pro určení přesné diagnózy potřebujeme několik vyšetření, která jednak odpoví na otázku, jaká je příčina pozorovaných změn či zda jsou tyto změny skutečně důsledkem ACH.“* (HOLMEROVÁ, 2002, s. 7) Diagnózu provádíme především na podkladě psychiatrického vyšetření a typického klinického obrazu i anamnézy (JIRÁK, OBENBERGER, PREISS, 1998).

---

<sup>12</sup> Od rodinných příslušníků víme, že většinou tito lidé si po návštěvě lékaře jdou odpočinout, usnou a nebo jen sbírají zpět své již vynaložené síly.

**Anamnéza** musí obsahovat všechny symptomy nejenom tělesné, ale také všechny, které mohou mít nějaký vztah k onemocnění mozku. Je nezbytné pátrat po tom, jaké byly schopnosti pacienta před onemocněním a posoudit jeho přítomný i minulý tělesný a duševní stav. Měli by být zapojeni i rodinní příslušníci, kteří informace sdělí, popř. doplní. Především je nutné zjistit začátek, délku trvání a průběh příznaků, zejména pak o jaký druh deficitu paměti jde. Zda má problémy s vyjadřováním, mluvením, čtením nebo psaním. Má-li potíže se soustředěním, s prováděním praktických činností a rozpoznáváním věcí. Má-li halucinace a bludy, má-li příznaky deprese a úzkosti aj. (REBAN, 2000)

**Fyzikální vyšetření**, u kterého je nezbytné orientační interní, neurologické a psychiatrické vyšetření (deprese, úzkost, bludy).

**Neuropsychologické standardizované testy**<sup>13</sup> – MMSE<sup>14</sup> a Test hodin se používají k objektivnímu hodnocení kognitivního deficitu a funkčních schopností. Potvrdí a upřesní postižení paměti a dalších kognitivních funkcí. Pro přesnost se doporučuje provádět oba testy současně. (KOUKOLÍK, JIRÁK, 1998)

**Zobrazovací metody** jako CT/ MR<sup>15</sup>; SPECT<sup>16</sup>/ PET<sup>17</sup>. Dle Holmerové (2007) očekáváme od zobrazovacích metod vyloučení jiné patologie a potvrzení podezření na degenerativní proces v mozku.

---

<sup>13</sup> Viz příloha č.: 3 - 7

<sup>14</sup> Mini Mental State Examination

<sup>15</sup> „Americká asociace Neurologů (AAN) doporučuje zobrazení pomocí CT (Computerized Tomography, výpočetní tomografie) nebo MR (Magnetic Resonance, magnetická resonance) u všech případů demence.“ (sec.cit. KNOPMAN, 2001 in REBAN, 2000, s. 24)

<sup>16</sup> „SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography, jednofotová emisní počítačová tomografie), na rozdíl od PET je u nás dostupné a výrazně levnější vyšetření. Gama kamera vleže snímá 10-15min aktivitu z hlavy pacienta, který leží v klidu na lůžku. Výsledkem vyšetření jsou volumová 3D-data. Cílené studie prokázaly o 15 až 20 % menší přesnost SPECT v porovnání s PET

<sup>17</sup> Vyšetření PET (Positron Emission Tomography, pozitivní emisní tomografie) je nákladné (cca 60 000 Kč) a pro větší počty pacientů v našich podmínkách nedostupné (prozatím je nedostatek přístrojů)“ (REBAN, 2000, s. 25-27)

## 1.10 Fáze ACH a jejich charakteristika

V průběhu DAT můžeme rozlišit tři fáze, které jsou charakteristické postupným úpadkem kognitivních funkcí. Je nesmírně důležité mít na paměti, že tato nemoc se netýká jen osoby diagnostikované. Vždy je to boj i jejího pečovatele, rodiny a blízkých. Žije-li osoba trpící demencí v některých ze specializovaných zařízení, podílí se na jeho péči i ošetrovatelský personál. Je důležité si uvědomit, že pokud budeme lépe rozumět člověku s demencí, budeme si moci snadněji vysvětlit některé jeho jednání, které nám připadá nepřijatelné či nepochopitelné. Budeme schopni nemocného lépe chápat, porozumět mu, vcítit se do něho, mít s ním soucit a trpělivost.

Proto bych ráda v následujících řádkách poukázala na příznačné specifické obtíže, které nastávají v každé fázi nemoci. Jednotlivé fáze mohou u různých lidí trvat různě dlouho a průběh nemusí být vždy stejný. Každý člověk je jedinečný a to se ukazuje i v tomto případě.

**Počáteční stadium** trvá obvykle 2-4 roky a můžeme ho velmi snadno přehlédnout díky tomu, že ho dáváme do kontextu s přibývajícím věkem. */Věděl jsem, že něco bylo špatně, ale nemohl jsem přijít na to, co to bylo. Když mi lékař sdělil, že trpím demencí, bylo to jako by mi někdo dal poslední chybějící kousek do skládačky.(H.)/* U nemocných se projevuje obtíž s krátkodobou pamětí – zapomínají události, které se staly v nedávné i současné době. Oproti tomu si velmi dobře vybaví události, vzpomínky, fakta z dětství a mládí. V tuto chvíli si většinou člověk trpící počáteční formou demence uvědomuje, že je něco v nepořádku. Je si vědom, že mu přestává sloužit paměť a může na to reagovat úzkostně, se snahou vše zakrýt. Mohou se objevit problémy s vyjadřováním – člověk si nemůže vybavit správný název, slovo apod. */„Jsem plný úzkosti, když si nemůžu vzpomenout na nějakou nedávnou událost nebo na jméno někoho, koho jsem potkal během posledních několika měsíců, nebo na název nějakého známého předmětu. Mám pocit, jako by se celá moje osobnost najednou rozpadla. Jsem posedlý, nemůžu myslet na nic jiného, a přece všechno mé úsilí a můj hněv nikam nevedou. Zmizím snad úplně? Povinnost najít metaforu, abych popsal „stůl“, je příšerný pocit, ale utěšuji se tím, že je ještě něco horšího – být naživu, ale nepoznávat se, už nevědět, kdo jste. Musíte začít ztrácet paměť po kouskách, abyste si uvědomili, že paměť je to, co tvoří náš život. Život bez paměti není žádný život, stejně jako inteligence bez možnosti vyjádření se ve skutečnosti není inteligence. Naše paměť je náš tmel, náš rozum, naše pocity, dokonce naše aktivita. Bez ní nejsme nic.“* (sec. cit. BUÑUEL, 2003 in BUIJSSEN, 2006 s. 43-44)/ Často se setkáváme i s poruchou orientace v čase a prostoru – nemocný se těžko orientuje v nových situacích, není schopen si zapamatovat novou cestu, ztrácí orientační smysl. Jako důsledek může mít snahu o sociální uzavřenost, která se jednoznačně projevuje v mezilidských vztazích.

Přestože je člověk stále soběstačný, díky malým deficitům se dostává do konfliktu s lidmi v jeho okolí, zejména s partnerem nebo někým blízkým, kdo s ním sdílí domov. Mnoho lidí si nechce přiznat, že s něčím začíná mít problém. V hloubi duše to ví, ale svému okolí nechtějí nic přiznat. Tato fáze je charakteristická obrovskou schopností používat pestrou zásobu různých triků, malých lží a lstí, výmluv, aby milosrdně oklamal sebe i druhé. Snaží se ujistit, že realita není tak zlá, jak vypadá. Svému okolí proto tvrdí, že se cítí skvěle a je všechno jako dřív. Sám v sobě pocítuje nezvládnutelný chaos. /„Někdy jsem předstírala, že rozumím lidem, kteří se se mnou bavili. Bojím se, že až zjistí, že jim úplně nerozumím, přestanou se jednou ptát na můj názor.“ Fiona (Alzheimer's Disease; After the diagnosis; What next?, s. 32, interní materiály ČALS)/ V praxi takové jednání moc nepomáhá ke zlepšení celkové situace. Dochází k časové prodlevě a tím ACH získává převahu a postupně se vkrádá a plíží. Má prostor, aby pohltila nemocného člověka. Proto je tak důležitá včasná diagnóza, aby se díky správné léčbě docílilo zpomalení jejího procesu.

**Střední stádium** bývá nejdelší, „obvykle trvá 2-10 let“ (KOBĚRSKÁ, 2003 s. 8) a dochází v něm k prohlubování všech obtíží, které jsem popsala v první fázi. Nemoc začíná ovlivňovat souznění mezi člověkem nemocným a jeho blízkými. Bortí se mu iluze ze života, který si vysnil a který se objevoval v jeho představách. Jeho život začíná nabírat úplně jiný směr. Nastává velká propast, kdy se ze soběstačného člověka stává člověk částečně závislý na druhých a kdy od nich potřebuje podporu, pochopení a pomoc. Zaznamenáváme jeho potíže s každodenními činnostmi jako je vaření, úklid, nakupování, oblékání nebo osobní hygiena. Prohlubují se obtíže s orientací v čase a prostoru. Člověk neví, co je za rok, den, kde se nachází, kde žije. Může se ztráct, utíkat nebo bloudit na místech, které dobře zná. Jeho byt se mu může zdát cizí a tím se ocitne v situacích, kdy bude hledat koupelnu, toaletu či vlastní postel. Člověk v tomto stadiu je schopen zaměňovat minulost za přítomnost. Díky všem takovým překážkám, které se mu staví do cesty, u něho dochází k velmi špatné analýze situace, k nepochopení a neporozumění. K tomu nepřispívá ani zhoršující se schopnost vyjadřovat své pocity, potřeby, sdělit informace a také podněty, ale zároveň informace a slova druhých přijímat a chápat. /„... Chtěla bych tu hrací věc.“ „Myslíš rádio?“ „Ne, zpívá to písničky.“ „Můžeš mi zkusit říct, jak to vypadá?“ „Vypadá to jako obruč.“ Manžel se na chvilku zarazil a zeptal se: „Máš na mysli, že je to kulaté? Myslíš céděčko?“ „Ano, to je ono!!!“/ V tuto chvíli je situace náročná pro člověka pečujícího, který se snaží pomoci a porozumět osobě trpící demencí. Pro pečovatele je velmi důležité si uvědomit, že mnoho dovedností u osoby s DAT již nebude obnoveno, že se vytratily z jejího života a jsou nenávratně pryč. Mnoho dovedností přesto zbylo a je potřeba je co nejdéle uchovat. Je proto důležité přizpůsobit komunikaci a vyjít osobě s demencí vstříc, aby při „běhu

přes překážky“ nebyla sama. /„Je to jak v té písničce 'Me and my shadow'<sup>18</sup>. Říká paní K.: „Manžel za mnou chodí úplně všude, jde se mnou i do koupelny, na toaletu... Asi se bojí, že mě ztratí, když se mu vzdálím z dohledu.“/

**Pozdní stadium** neboli těžká forma demence se projevuje vysokým stupněm závislosti na pomoci ostatních. Nemocný už není schopný se o sebe postarat. Je potřeba mu zajistit celodenní péči. Nemoc způsobuje celkově výrazné zhoršení tělesného stavu. Pacienti bývají upoutáni na lůžko, nebo se stávají závislými na vozíku. Objevují se u nich problémy s příjmem potravy, vytrácí se schopnost polykání. Objevuje se u nich inkontinence a s tím vyvstávají nové potíže, především pro pečovatele. Ztráta paměti je v tomto stadiu tak rozlehlá, že člověk nepoznává přátele a příbuzné, není schopen udržovat oční kontakt, komunikaci. Člověk bývá velmi apatický. Není již orientovaný v čase a prostoru, ztratil nit' s okolím, nedokáže se vyjádřit a porozumět ostatním. Jeho identita se rozpadla na tolik kousků, že už téměř neexistuje a s tou původní nemá co dočinění. To může být velmi smutný pohled pro lidi blízké, kteří se musí s touto realitou vypořádat. Měli by nalézt řešení, jak se nejlépe chovat, komunikovat, porozumět a pomoci takovému člověku. „*Jeho vnímání okolních věcí je v této fázi života možná stejné jako u kojence. Jako u malého dítěte, zranitelného a závislého na druhých, se i pacientův život v tomto stadiu točí kolem uspokojování jeho základních fyzických potřeb, jídla, pití, odpočinku a tepla, a také emočních potřeb ve formě bezpečí a důvěry. Všechny projevy komunikace z jeho strany, jako fyzický neklid, panický křik, volání, aby si ho někdo všiml, a vzlyky, směřují k uspokojení těchto potřeb.*“ (BUIJSSEN, 2006 s. 56-57)

Dostáváme se do momentu, kdy narážíme na význam komunikace. Sami víme, jak je důležitá v našem životě. Komunikujeme již od narození, celý život se snažíme zlepšovat komunikační dovednosti, vždyť je to prostředek, jak udržovat kontakt s lidmi a okolím. Bez ní by člověk jako sociální bytost zahynul. A co teprve člověk s demencí? Již výše jsem nastínila, jak se zhoršují kognitivní funkce, o jaké dovednosti přichází a jak se mění jeho osobnost. Nesmíme ale zapomínat, že i on si zaslouží vyjádřit své pocity a v poslední fázi především potřeby. Má právo být námi pochopen.

V následující kapitole bych chtěla objasnit komunikaci, důvod proč se jí zabývat, určit definici, význam, formy a následně se zaměřit na komunikační bariéry u člověka trpící demencí.

---

<sup>18</sup> V překladu – Já a můj stín



## 2 KOMUNIKACE

### 2.1 Proč se zabývat komunikací

Každý člověk je jedinečnou sociální bytostí a je obecně známo, že se rodí jako nezralý jedinec. Pro svůj vývoj potřebuje dlouhou dobu. Z psychologického hlediska jde o celoživotní vývojový proces. Člověk potřebuje mluvit, potřebuje, aby ho někdo slyšel, poslouchal, rozuměl mu, aby měl pocit sounáležitosti s ostatními lidmi a mohl tak existovat. Proto má komunikace nesmírný vliv na celý život jedince, je základem sociální interakce a bez komunikace se člověk ocitá osamocen, bez možnosti vyjádřit své pocity, touhy, potřeby a bez schopnosti navazovat a udržovat mezilidské vztahy.

### 2.2 Objasnění pojmu komunikace

*„Slovo komunikace vzniklo z latinského *communicare* – radit se s někým, dorozumívat se, termín označuje i styk, spojení, souvislost.“ (VYMĚTAL, 2008, s. 22)* V současné době a praxi můžeme říci, že komunikace představuje základní spojovací článek mezi lidmi. Stala se podstatou veškerých mezilidských vztahů a součástí každé společné lidské činnosti. Je to umění zformulovat informaci tak, aby si byl člověk jistý, že mu bylo rozuměno. Komunikace vyvolává reakci, která se následně projevuje v chování.

### 2.3 Vývoj komunikačních dovedností a osvojení jazyka

Komunikační dovednosti jsou podmíněny a ovlivňovány u každého jedince jak geneticky, tak i prostředím. Skoro všechny děti se rodí se schopností naučit se mluvit. Základní podmínkou je dosažení určitého neurologického vývoje a zahrnutí dostatečným množstvím podnětů.

*„Piaget na základě svých výzkumů stanovil čtyři základní vývojová stadia kognitivního vývoje. **Senzomotorické stadium**, zahrnující období od narození do dvou let věku, kdy dochází k rozvoji komunikace, prvně na neverbální, pak na verbální úrovni.*

***Předoperační stadium** – období od 2 do 7 let věku. Dítě se učí jazyk a vytváří objektivní prezentace pomocí představ a slov. Z hlediska začátku používání řeči je důležité období od 1,5 do 2 let. Slova mu symbolizují věci nebo skupiny věcí, ve věku kolem tří let začíná také porozumění morálním pravidlům a sociálním konvencím. Kolem pěti let je schopno sociální komunikace.*

**Stadium konkrétních operací** – od 7 do 12 let, děti jsou schopny používat logické operace, umí používat abstraktní pojmy, ale pouze ve vztahu ke konkrétnímu objektu. Z hlediska sociální komunikace je důležitá schopnost samostatně vytvářet určitá pravidla a uzavírat dohody o jejich dodržování. Poslední stadium se nazývá Stadium **formálních operací**, které nastává po období 12. roku a děti v tomto věku dosahují stejného způsobu myšlení jako dospělí, tzn., jsou schopni uvažovat logicky i abstraktně, zabývají se budoucností, širšími sociálními problémy, které se vyskytují i mimo jejich osobní a interpersonální situace.“ (sec. cit. PIAGET, 1996, s. 70-83 in VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 62-63)

Děti mají velmi náročný úkol – zvládnout komunikaci na všech úrovních jazyka, tj. vyslovovat zvuky řeči (fonémy), slova, části slov nesoucí význam (morfémy), ty pospojovat ve větné jednotky vyjadřující myšlenky. Řeči však nelze porozumět bez znalosti kontextu. Nejvýznamnější částí kontextu je druhá osoba v komunikaci. Porozumění větě nevyžaduje pouze analýzu, ale rovněž porozumění záměru mluvčího. „Russell uvádí čtyři základní schopnosti, které si dítě musí v raném vývoji osvojit v tomto pořadí:

1. Porozumět slyšenému slovu za přítomnosti objektu;
2. Porozumět slovu za nepřítomnosti objektu;
3. Promluvit slovo za přítomnosti objektu;
4. Promluvit slovo za nepřítomnosti objektu.“ (VYBÍRAL, 2002, s. 92-94)

Osvojování jazyka je velmi obtížný proces. Děti se učí jazyk pomocí napodobování, což je snaha zopakovat slova řečená dospělým. Kromě aktivní slovní zásoby si vytvářejí i pasivní, obsahující značné množství slov, které nepoužívají, ale rozumí jim. (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 64-65)

Důležitou roli při komunikaci hrají faktory jako charakter, vrozené vlastnosti, schopnosti, znalosti, zkušenosti, nálada, hodnoty, normy, stereotypy nebo záměry komunikace.

## **2.4 Formy komunikace**

S lidmi komunikujeme různým způsobem. Je na místě si uvědomit, že komunikace musíme vnímat jako celek a mluvíme v ní slovy, tělem a činy.

### **2.4.1 Verbální komunikace**

Verbální komunikace se uskutečňuje prostřednictvím slov příslušného jazyka, zaměřuje se více na logické vazby a na objekty. Volba vhodných slov ovlivňuje naše myšlení, jednání,

pochopení i atmosféru, na druhou stranu špatně zvolená slova mohou komunikaci brzdit, demotivovat zúčastněné. Proto je velmi důležité při snaze o úspěšnou komunikaci volit pečlivě každé slovo.

Co se týče vývoje, řadíme verbální komunikaci do vývojově mladší v porovnání s komunikací nonverbální. V širším pojetí se sem zařazuje komunikace ústní a písemná, přímá nebo zprostředkovaná, živá nebo reprodukováná. Hlavním aspektem verbální komunikace je zejména způsob, jak daný člověk formuluje myšlenky. Důležitá je jasnost vyjadřování, schopnost slovně vyjádřit a popsat své city a pocity, zároveň sladit verbální i neverbální projev, schopnost aktivně naslouchat a být empatický. (JAROLÍMOVÁ, HOLÁ, 2007, s. 23)

Pojďme poukázat na výhody a nevýhody ústní komunikace. Výhody (pokud se tedy nejedná o akustický záznam) můžeme spatřovat v pružnosti komunikace a v okamžité zpětné vazbě. Nevýhodou ústní komunikace je náročnost na čas, ovlivnění komunikačních šumů, bariér atd.

*„Ve verbální komunikaci se obvykle rozeznávají:*

- *Dvě úrovně komunikační roviny – racionální a emocionální,*
- *Dva druhy komunikace – formální a neformální,*
- *Řadu komunikačních stylů – koncepční, konverzační, operativní, vyjednávací a ostatní.*

*Rozdíl mezi komunikačními rovinami, druhy a styly jsou dány účelem komunikace, společenským postavením, emocemi, množstvím a časovou periodou kontaktů mezi lidmi.“*

*Mezi základní pravidla pro verbální komunikaci lze zařadit tato:*

- *Budte připraveni a mějte jasno v tom, co chcete říci a především čeho chcete dosáhnout;*
- *Budte struční a věcní;*
- *Budte klidní, svět se nezastaví kvůli tomu, co chcete říci;*
- *Budte přístupní a vnímaví ve svých odpovědích*
- *Uděláte-li chybu, přiznejte to, ale nesnažte se z toho udělat ctnost;*
- *Udržujte neustále kontakt s lidmi;*
- *Nepoužívejte zkratky nebo fundované termíny, které neznají všichni zúčastnění;“*

(VYMĚTAL, 2008, s. 113-115)

Vhodné je, se i zaměřit na mimojazykový faktor, který dokresluje verbální komunikační projev a často charakterizuje i osobnost mluvčího. „Nazýváme tím **paralingvistiku** – vědní obor, jehož předmětem je zkoumání doprovodných rysů verbální komunikace, mezi které se nejčastěji řadí:

- *Hlasitost projevu;*
- *Kvalita řeči, věcnost hovoru;*

- *Výška tónu hlasu;*
- *Barva hlasu, intonace;*
- *Emoční zabarvení projevu;*
- *Pomlky;*
- *Plynulost řeči;*
- *Frázování, členění řeči;*
- *Rychlost řeči;*
- *Chyby v projevu.*“ (VYMĚTAL, 2008, s. 115)

## 2.4.2 Neverbální komunikace

Jedná se o mimoslovní (nonverbální) projev, do kterého můžeme zahrnout pohledy, gesta, mimiku obličeje. Obecně můžeme do neverbální komunikace zahrnout signály řeči těla – podtrhnout význam pohybu těla, prstů, víček, obočí, doteků, význam vzdálenosti, postojů a pozice celého těla. Můžeme říci, že i přesto, že člověk mlčí – neznamená to, že by nic neříkal, neznamená to, že by nekomunikoval.

Na neverbální komunikaci je založeno výtvarné, hudební umění, tanec (jako je balet, výrazový tanec, pantomima) a do jisté míry i dramatické umění (herectví). Přenos informací a sdělení je závislý i na takových faktorech, jaký je celkový vzhled osobnosti, jeho chování i oblečení, všímáme si významu barev, vůní a jejich vnímání. (VYMĚTAL, 2008, s. 54)

*„Pokud se setkáme s neverbálním sdělením, které nebude v souladu se sdělením verbálním, je pravděpodobnost, že uvěříme neverbálnímu signálu, pětkrát vyšší!“* (VYMĚTAL, 2008, s. 54)

*„Nabízí se otázka, proč by měly být neverbální projevy pravdivější. Řeč lidského těla je z velké části záležitostí instinktu. I když existuje mnoho návodů a manažerských příruček, jak ji ovládat, tak jakmile se jedná o odhalení lži, dozvíme se, že je nutno tělo schovat a neverbální projevy minimalizovat. Základní gesta a mimika jsou podle výzkumů stejné pro všechny obyvatele planety. Ostatní jsme se mimovolně naučili od lidí kolem sebe s kulturně sociálním podtextem. Neverbální projevy jsou tedy společný světový jazyk, ale mají svá nářečí, ta mohou být někdy velmi odlišná.“* (sec. cit. THIEL, 1993 in VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 39)

*„Výzkumné studie prokázaly, že stejně jako mluvená řeč, jsou i neverbální projevy plynulým jazykem se svým zvláštním tempem, rytmem, slovníkem a gramatikou.“* (sec. cit. LEWIS, 1989 in VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 39)

Nonverbální komunikace má také několik funkcí. Používáme ji k tomu, abychom její pomocí podpořili řeč nebo jí zcela nahradili. Její pomocí vyjadřujeme emoce, své interpersonální postoje, proto můžeme říci, že čím více jsou v komunikaci zastoupeny city a pocity, tím narůstá její význam.

### 2.4.3 Součásti neverbální komunikace a využití neverbálních dovedností

„V neverbální komunikaci jde o to, co si sdělujeme:

- Výrazem obličeje – mimika;
- Přiblížením a oddálením – proxemika;
- Dotekem – haptika;
- Fyzickým postojem – posturologie;
- Pohybem – kinezika;
- Gesty;
- Pohledy;
- Úpravou zevnějšku.“ (KŘIVOHLAVÝ, 1993, s. 18)

„Vahlston řadí mezi způsoby neverbální komunikace také:

- Zacházení s časem – chronemika;
- Zacházení s předměty – to, jak řídíme auto, pořádek na pracovním stole apod.“

(sec. cit. VYBÍRAL, 2000 in VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 41)

**Mimika**, jde o výraz obličeje, z kterého můžeme jasně a čitelně vyčíst mnoho emoci, jako je např. pocit štěstí – neštěstí; strach – pocit jistoty; radost – smutek; spokojenost – nespokojenost; klid- rozčilení; libost- nelibost aj. „Podle Paula Romana existuje na sedm tisíc mimických výrazů. Mezi časté patří hněv, panika, rozpaky, agresivita, nejistota, smutek, lítost, pohrdání, výraz bolesti.“ (JAROLÍMOVÁ, HOLÁ, 2007, s. 24) Vyznat se v obličeji druhého není vždy tak lehké, jak se na první pohled může zdát. Za nejvýraznější neverbální projevy považujeme smích a pláč. Jsou nejen výrazem emocionálního vztahu, mají také symbolický ráz a komunikační charakter. (sec. cit. KŘIVOHLAVÝ, 1988 in VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 42) Úsměv můžeme obecně považovat za přátelské gesto, ale v některých situacích může být pochopen i jako výsměch. Jindy lidé maskují své emoce a úsměv používají právě k tomu, aby skryli své emoce, když jim je nejhůř.

V obličeji existují mimické zóny:

- Oblast čela a obočí;

- Oblast očí – považována za nejdůležitější – zahrnujeme sem délku, záměr pohledu, četost pohledů, pootevření víček, mrkání atd.;
- Dolní část obličeje – tváře, nos, ústa. (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 42)

**Proxemikou** můžeme definovat vzdálenost, kterou mezi sebou mají lidé, kteří spolu hovoří, jednají či spolu jednoduše něco dělají. Přitom nejde pouze o vzdálenost, jak daleko od sebe lidé stojí, ale i o celkovou dynamiku pohybu. „Významný americký antropolog E. T. Hall (1967) se zabýval optimální vzdáleností mezi lidmi v různých situacích.“ (PLAŇAVA, 1996, s. 22)

Přehled optimálních distancí (tabulka podle E. T. Halla, upravena)

SFÉRA	OPTIMÁLNÍ DISTANCE (v cm)	POPIS (příklady)
Veřejná:	větší: 750-900	Vnímáme několik osob, skupinu, gestikulaci, pozice těla (veřejný proslov)
	Menší: 350-750	V zorném poli i více osob (přednáška, diskuze)
Společenská:	Větší: 200-350	Vnímají se detaily, pleť, vlasy, mimika
	Menší: 120-200	Zaměřenost na detaily tváře, zejména na oči
Osobní:	Větší: 75-120	Jasně vnímáme detaily tváře, vzdálenost na délku paže
	Menší: 45-75	Ke kontaktu očí se připojuje čich, vnímáme parfém, sdělování důvěrných informací
Intimní:	Větší: 15-45	Přidávají se dotyky; partneři jsou plně zaujati jeden druhým (spol. tanec, ve zdravotnictví se sestra často nachází v této zóně)
	Menší: 0-15	Doteky dominují, velkou roli hraje čich, oči jsou přivřené či zavřené, mluví se šeptem, často se mlčí (líbání, mazlení, sex)

Zdroj: PLAŇAVA, 1996, s. 23

V proxemice hraje roli také výškový rozdíl mezi dvěma nebo více komunikujícími lidmi. Důležitá je úroveň očí tj. pozice, ve které se oči setkávají – díky které se dá určit dominantní, vyrovnané či submisivní pozice.

**Haptika** (dotyky) – díky ní se dostáváme do různých rolí. Můžeme být aktivní nebo pasivní příjemci, dochází k nim v intimním i veřejném prostředí. Nejběžnější veřejný styk je podání ruky. Tělesný dotyk je vlastní všem savcům. Dotyk jako prostředek neverbální komunikace se

dostává do popředí např. ve zdravotnictví (u pacientů), dotyky mohou mít terapeutický účinek atd. (JAROLÍMOVÁ, HOLÁ, 2007, s. 25)

„Nejčastější místa dotyků:

- *Dlaně;*
- *Hřbet ruky;*
- *Ramena;*
- *Hlava.*“ (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 44)

**Posturologii** rozumíme řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. Poloha, kterou člověk v sociální interakci zaujímá, do určité míry vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se kolem děje.

**Kinetika** je široká oblast neverbální komunikace zahrnující veškeré pohyby těla a jeho částí. Zabývá se především rychlostí, trváním, ohraničením, souladem pohybu, prostorovostí atd.

**Gesta** mají významný sdělovací účel. Naznačují, co by mohlo být řečeno slovem, ale je považováno za srozumitelnější, když se to ukáže. Gesto může i doplnit verbální projev a tím ho posílit. Existuje vědomé i nevědomé používání gest.

**Pohledy** - už jsem zmínila výše, jak naše oči mluví. Zaměřením pohledu, jeho délkou, četností, sledem, objemem atd. Sice se snažíme na jednotlivé prvky neverbální komunikace nahlížet odděleně, ale ve skutečnosti se vzájemně prolínají. Některé pohledy jsou vnímány příjemně, jiné nepříjemně. (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 45-49) „*Obecně platí, že nepříjemné je dlouhé „civění“ i situace, kdy se na nás druhý člověk „ani nepodíval“.* Nevhodný je pohled vzhůru, vyjadřující nezáměr či opovržení. Příznivým pohybem zájmu je letmé povytažení obočí.“ (sec. cit. LEWIS, 1989 in VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006, s. 49). „*Pohled z očí do očí může být projev přátelství, v jiné situaci se z nepřátelství do sebe umí oči zabodnout jako dva šípy. Oční kontakt je tedy důležitý, můžeme z něho velmi dobře přečíst a ukázat postoj a emoce.*“ (KŘIVOHLAVÝ, 1988, s. 82). Do **úpravy zevnějšku** můžeme zařadit jak vzhled jednotlivce, tak úpravu prostředí. Každé naše oblečení, upravenost odráží naši osobnost.

## 2.5 Sdělování činy

Sdělování činy představuje tu stránku komunikace, která je zaměřena na to, co děláme, jak se chováme, jak jednáme. Někdy může být řeč o konativní složce komunikace. Jak už jsem zmínila výše - v úvodu kapitoly komunikace, nelze nekomunikovat, nelze nic nedělat, nevysílat žádné signály nebo se nijak nechovat. I ten, kdo je v rohu, nebo pouze mlčí a stojí, něco dělá a určitým způsobem se chová. Svým chováním pak přímo ovlivňuje dění kolem sebe.

## 2.6 Komunikační proces

V rámci komunikace hovoříme o tzv. komunikačním procesu, při kterém bereme na vědomí, že každý mluvčí je zároveň i posluchačem a naopak; je tedy jak komunikujícím, tak sdělujícím. (PICHAUD, THAREAUOVÁ, 1998, s. 82-83)

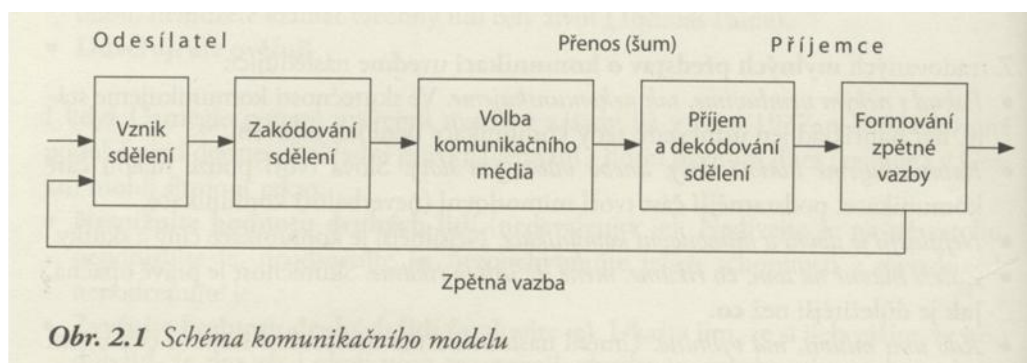
Proto je v dnešní době **komunikační model** považován za samozřejmý základ popisu komunikačního procesu. Základní schéma komunikačního modelu je znázorněno níže. Schéma zobrazuje obecný model přenosu sdělení (komuniké, zprávy, informace atd.) ve formě signálu (akustického, řečového, hmatového, optického apod.) od odesílatele (vysílače, podavatele, mluvčího) k příjemci (posluchači). Odvysílaný signál prochází po zakódování komunikačním kanálem (hlasem), který je zatížen určitým šumem k příjemci. Ten jej dekóduje a na sdělení reaguje ve formě zpětné vazby. Je nezbytné podotknout, že komunikační proces je zcela úspěšný jen tehdy, pokud příjemce získá dekódováním to samé sdělení, které chtěl odesílatel sdělit. (VYMĚTAL, 2008, s. 31)

Do jisté míry záleží také na postavení osobnosti v komunikačním procesu. Pro lepší orientaci bude vhodné si načrtnout dva typy postavení v komunikačním procesu.

Chování v komunikaci může být **symetrické**, kdy je zdůrazněna rovnost mezi komunikujícími – tzn., že mají stejná práva, možnost a svobodu projevu, aktivitu v komunikaci, usměrňování i kritizování. **Nesymentrické**, tzn. komplementární chování, jež zdůrazňuje nerovnost v komunikaci – jeden komunikující je aktivnější, dává příkazy, udílí rady a prezentuje svoji převahu. Je to v tomto ohledu komunikace silnějšího se slabším. (JAROLÍMOVÁ, HOLÁ, 2007, s. 23)



Schéma komunikačního modelu:



Obr. 2.1 Schéma komunikačního modelu

(Zdroj: VYMĚTAL, 2008, s. 30, obr. 2.1)

**Vznik sdělení** – je podmíněn motivem, že mluvčí má potřebu nebo chuť sdělit informaci příjemci. Dále dochází k **zakódování sdělení**, což znamená převedení sdělení do smysluplné formy. Hlavní formou kódování je kódovací jazyk, ale může být zvolena i jiná forma jako obrázkový kód (př. Dopravní značky, piktogramy), dotykový vjem (pohlazení). Výsledkem procesu kódování je verbální nebo neverbální sdělení (to se odvíjí od zvolení typu kódu). „Základním předpokladem správného zakódování je požadavek, aby sdělení bylo správné, stručné a zřetelné.“ (VYMĚTAL, 2008, s. 31) Toto sdělení se posílá ke komunikačnímu partnerovi skrz vhodné **komunikační médium**. Za takové komunikační médium můžeme považovat sdělení z očí do očí, rozhovor, sdělení přes telefon nebo e-mail, ale i neverbální komunikační prvky. Naše sdělení je vždy doprovázeno **komunikačním šumem**. Tím se myslí jakýkoli rušivý vliv na přenos sdělení, který ovlivňuje, deformuje, zkresluje či znesnadňuje pochopit původní informaci nebo mění obsah sdělení, který odesílatel zakódoval. Rozlišujeme čtyři typy komunikačního šumu: **fyzický** (př. hluk projíždějících aut, hlasitá hudba, sluneční brýle), **fyzilogický** (vada zraku, sluchu, výslovnosti, ztráta paměti, demence), **psychologický** (klamně úsudky o odesílateli či příjemci, mylné naděje, extrémní emoce – hněv, nenávisť, láska), **sémantický** (odlišné jazyky, používání slangu nebo žargonu). (VYMĚTAL, 2008, s. 34) Pokud příjemce obdrží sdělení, musí ho **dekódovat** – díky svému způsobu myšlení, který obsah interpretuje na základě svých zkušeností a určitých pravidel (díky přístupu aktivního naslouchání, projevení zájmu př. očním kontaktem, přitakáním, akceptací – přijetí a respektování odesílatele v komunikaci, empatií – vcítění se do prožívání partnera, snaha o pochopení, verifikaci sdělení). Proces dekódování může být velmi náročný, zvláště pokud komunikační proces je doprovázen značným komunikačním šumem. (př. při demenci). Z výše uvedeného obrázku vyplývá, že ve většině případů je proces komunikace oboustranný, to je potvrzeno **zpětnou vazbou**. „Ta může mít funkci regulační, poznávací, sociální, podpůrnou, inspirující až provokující. Charakter zpětné vazby závisí na druhu sdělení.“ (VYMĚTAL,

2008, s. 35). Díky zpětné vazbě odesílatel získává odpověď nebo jen informaci o tom, zda příjemce správně a dostatečně porozuměl sdělení.

Právě jsem vysvětlila, jak funguje model komunikace. V další kapitole se budu zabývat situací, která nastává při komunikaci s člověkem s demencí. Jak už jsem uvedla v první kapitole, Alzheimerova choroba vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních, a tím narušuje i vztah mezi okolím a postiženou osobou. Samozřejmě, že míra postihu komunikace se odvíjí od stadia ACH. Protože kvalita života obou, jak postiženého, tak i pečovatele závisí na povaze jejich vztahu. Je podstatné, aby během nemoci udržovali co nejlepší možnou komunikaci. Pokud toho chce pečovatel dosáhnout, je nutné, aby porozuměl povaze komunikačních bariér, které s sebou demence přináší. „*Komunikace je víc než jen schopnost výměny slov. Je to schopnost spojit se s někým.*“ (ZGOLA, 1998, s. 14)

### 3 KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM TRPÍCÍM DEMENCÍ

*„Bylo pro mě obtížné udržet téma konverzace, přestala jsem rozumět svým vnoučatům, která mi vždycky tak živě popisovala věci a vyprávěla... Uzavřela jsem se do sebe a nechtěla jsem mluvit s lidmi. Bylo to pro mě hodně frustrující, kdysi jsem bývala tak společenská.“ Paní K., trpící demencí.*

*„Když mluvím k Františkovi, snažím se mluvit pomalu a v kratších větách, koukám se mu do očí. Taky se snažím používat víc jména a častěji ho vyzývám ke konverzaci. Někdy vidím, že mi nerozumí. Někdy vidím, že se ani nesnaží... je jinde. Ale já se nevzdávám, ta nejdůležitější věc je, že trávíme čas spolu.“ Františkova manželka, paní Z.*

Tím, jak se u postižené osoby vytrácí schopnost komunikovat, rodinní příslušníci, přátelé a blízké osoby zažívají pocit, jako by se vytrácel i samotný vztah mezi nimi. Prožívají ztrátu milovaného člověka, i když fyzicky ten člověk s nimi ještě stále je. Je důležité si uvědomit, naučit se anebo se jen přizpůsobit v komunikaci s takovým člověkem. V této kapitole se pokusím nastínit problémy, jež by při komunikaci mohly zažívat obě strany.

#### 3.1 Komunikace ve třech fázích ACH

Pokud budeme ACH nadále dělit do stadií, zachováme tím lepší orientaci a budeme si moci lépe představit, jak ACH člověka mění a do jaké komunikační svízele ho dostává.

**V prvním stadiu**, ve fázi počáteční - člověk má často potíže nalézt ta správná slova a nedokáže už mluvit o nedávných událostech. Často používá tzv. „prázdná slova“ (BUIJSSEN, 2006, s. 60) – která nám nesdělují nic konkrétního a člověk je používá čím dál častěji. Mezi taková slova patří např.: „to“, „někde“, „něco“, „oni“, „lidé“, „věci“. V konkrétní situaci to může, vypadat následovně: „*Někde to musí být, nemůžu tu věc najít*“. Stává se, že člověk začne zaměňovat výrazy, většinou si splete slova sobě blízká. Jako např. „panák“ za „padák“, „nůžky“ za „pušky“. Kromě toho lidé s demencí zapomínají, co chtěli říci nebo co jiní lidé řekli.

**Ve středním stadiu**, ve fázi potřeby péče - je pro člověka s demencí stále obtížnější a bere mu stále více energie, aby se zapojil do jakékoli komunikace, aby udržel téma hovoru. Proto se komunikace straní a nevyhledává ji tak často, jak měl kdysi ve zvyku. Není schopen pochopit abstraktní pojmy, jako je láska, inteligence, politika apod. V jeho mysli se prohlubuje propast mezi minulostí a přítomností, kterou už není schopen rozlišovat. Většinou už ani není schopen vyprávět plynulý příběh, jeho vyprávění je zmatené, útržkovité, nenavazující. Důležité je vědět, že člověk s ACH může mít problém sestavit větu se správným slovosledem, nebo ztrácí

schopnost najít správná slova pro vyjádření své myšlenky, to však nutně neznamená, že tu myšlenku nemá. On ji jen neumí vyjádřit.<sup>19</sup>

Dále můžeme sledovat, že člověk v tomto stadiu demence často používá fráze nebo hojně používané věty z minulosti, které se pro něho staly automatickými. „Bydlela jsem vedle pani Z. přes dvacet let a byly jsme skvělé kamarádky a sousedky. Vždy jsme si dávaly odpolední kávu a sušenky a povídaly si nejnovější drby. Nyní je to jiné. Zdá se mi, že si už nejsme tolik blízké a nemůžeme si povídat tak, jak jsme bývaly zvyklé. Vidím, jak jí dělá problémy složit větu dohromady, i když je zvláštní, že když mi otevře dveře, zeptá se mě s naprostou jistotou: „Jak se dneska máte?“ nebo pronese větu o počasí: „Co říkáte tomu dnešnímu počasí?“ Pak se ale stáhne a mlčí. Říkám, je už to jiné, ale pravidelně ji navštěvuji a kontroluji, jestli je v pořádku. Stále je pro mě velice důležitá.“ (Sousedka, paní T.)

**V posledním stadiu** demence, ve fázi potřeby 24hodinového dohledu a péče, přestává člověk s ACH zcela mluvit. Nedokáže pronést už žádnou ze svých zautomatizovaných vět. Jeho vyjadřovací schopnosti zmizely, zbyla jen schopnost neartikulovaných zvuků. Už většinou nereaguje na jakoukoli položenou otázku, reaguje pouze na fyzické impulzy jako je bolest, teplo, chlad. Proto je nezbytné hledat jiné formy komunikace, protože je zde stále možnost, že osoba s demencí rozpozná postoje nebo pohyby.

### 3.2 Principy efektivní komunikace

Čím více bariér je v komunikaci, tím více člověk s demencí potřebuje vědět, že je přijímán, respektován, milován, že je tu někdo, komu může důvěřovat a cítit se v bezpečí. Chceme-li efektivně komunikovat s člověkem s demencí, je potřeba do toho investovat mnohem více energie. Čím pokročilejší je stadium demence, tím víc bude potřeba vynaložené energie, abychom dosáhli jistého stupně opravdové komunikace.

K navázání a hlavně udržení efektivní komunikace s osobou postiženou kognitivní poruchou je třeba mít na mysli následující principy:

- **Zodpovědnost** za to, zda osoba s kognitivní poruchou nám porozumí, spočívá na nás - na pečovateli, na manželovi, zkrátka na osobě zdravé, která s osobou komunikuje.

---

<sup>19</sup> Tipy pro osobu s demencí:

- Snažte se mluvit s lidmi.
- Nespěchejte.
- Dovolte ostatním lidem, aby Vám pomohli (pokud je potřeba).
- Nebuďte vystrašení.
- Vyhněte se velkým hromadným diskuzím, pokud shledáte, že je pro Vás obtížné udržet konverzaci.
- Jako alternativu zkuste utvořit menší skupinu, pokud je to možné a žádoucí.
- Zajistěte, abyste chodili čas od času na kontrolu zraku a sluchu.
- Jestliže máte potíže porozumět cizím lidem (např. listonošce, požádejte, aby kontaktovali daného příbuzného, přítele nebo souseda.

- **Důvěra, porozumění, úcta** k člověku a podpora partnerství je to nejdůležitější, co se buď snažíme udržet anebo ve vztahu vybudovat.
- Osoba s kognitivní poruchou **potřebuje zvláštní komunikaci**, která se stala důsledkem její emocionální závislosti, neschopnosti úsudku, vzhledu na situaci, přizpůsobení se.
- Jednat „**tady a teď**“. Člověk s kognitivní poruchou prožívá věci ve chvíli, kdy se dějí. Protože si kvůli poruše paměti nedokáže zapamatovat všechny souvislosti ani dobře analyzovat situaci, je velmi citlivý na to, co je mu sdělováno „tady a teď“. Proto je pro něho jednodušší mluvit o tom, co může zrovna vidět nebo co zrovna dělá, než o tom, co se stalo v minulosti. Je nutné mluvit pomalu, srozumitelně, stále si ověřovat, zda je ještě schopen druhého vnímat. Srozumitelnosti sdělení velmi pomůže, když člověk s demencí bude moci slova nejen slyšet, ale také vidět. Např. to o čem se zrovna mluví nebo se toho dokonce dotýkat či to cítit.
- Musíme brát v potaz a mít na paměti, že osoba s **kognitivní poruchou je nemocná**. Je to nemoc, která přinesla tyto problémy v každodenním životě a v komunikaci. Nesmíme si myslet, že nám osoba s demencí dělá cokoli naschvál.

### 3.3 Obecné tipy pro dobrou komunikaci s člověkem s demencí

Českou alzheimerovskou společností byly vytvořeny tyto obecné tipy pro dobrou komunikaci:

- Zjistěte si údaje o životě člověka s demencí, o důležitých obdobích a situacích, ke kterým se může vztahovat jeho řeč.
- Nesnažte se pacienta nutit, aby řekl to správné slovo. Jestli rozumíte, co tím míní, nechte ho přitom.
- Ve všem, co děláte, se snažte posílit pacientovu sebeúctu a sebedůvěru.
- Nacházejte význam ve všem, co dělá a říká, nebo si buďte alespoň vědom, že v tom nějaký význam je.
- Poznejte a využijte všech zbývajících dovedností. Někdy jsou nejužitečnější dovednosti přehlíženy nebo skryty. Například schopnost být zdvořilý.
- Pamatujte, že člověk s demencí je stále schopen rozumět řeči Vašeho těla, Vaší náladě a upřímnosti. Nikdy nepředpokládejte, že nerozumí tomu, co se říká a děje kolem něho.
- To, co říkáte, podporujte vhodnými gesty a výrazem.
- Užívejte krátké, jednoduché věty zaměřené na jedno téma.
- Vyhněte se otázkám a příkazům, které nabízejí více možností volby nebo vyžadují více kroků.

- Ke klientovi s demencí přistupujte vždy otevřeně, přátelsky a laskavě. A to i v případě, že situace je naléhavá, nebo i když jste rozčileni. Pokud pociťujete úzkost nebo určité napětí, přenesete je na osobu s kognitivní poruchou.
- Na počátku rozhovoru oslovte člověka s demencí vždy jménem. Podle jeho reakce na oslovení zjistíte, zda Vám věnuje pozornost. Ovšem i Vy sami musíte věnovat rozhovoru svou veškerou pozornost.
- Jestliže Vám nemocný nepodá jasný důkaz, že si pamatuje, kdo jste a že Vás vnímá ve správných souvislostech, nespolehejte na to, že Vás poznává. Nejlepší je pokaždé, když se setkáte, představit se a naznačit dalšími prostředky, kdo jste. Ke svému jménu můžete navíc připojit svůj vztah k němu, cíl své návštěvy a jak je to dlouho, co jste se naposledy viděli.
- Mluvte klidně, nižším tónem hlasu. Vysoký tón či hlasitý hovor vyvolává úzkost a napětí. Mluvte pomalu, vyhněte se monotónnímu uspávajícímu rytmu.
- To, co říkáte, podporujte řečí těla. Například chcete-li po pacientovi, aby si sedl, ukažte na určitou židli, požádejte ho, aby si sedl a gestem vyzvěte k usednutí.
- Používejte krátké jednoduché věty, zaměřujte se vždy jen na jedno téma. Vyhýbejte se pokynům a otázkám, které vyžadují více kroků nebo nabízejí více možností volby.
- Používejte hojně nonverbální (fyzické) vyjadřovací prostředky, např. jemný dotyk, držení za ruku, předvedení pohybu apod. - ale ne dříve, než se ujistíte, že máte svolení proniknout do osobního prostoru druhého. Někteří lidé více chrání svou soukromou sféru a cítili by jako urážku, kdybyste do ní náhle vstoupili.
- Pokuste se vyloučit z prostředí rušivé prvky. Nesnažte se vést jakýkoli důležitý rozhovor v prostředí, kde je člověk s demencí rozptylován a špatně se orientuje.
- Jestliže nemocný reaguje negativně nebo s nervozitou, nezačínajte spor a vyhněte se domluvám. Místo toho se k pocitům (neklid, úzkost, strach), o kterých se domníváte, že pacient vyjadřuje, stavte s účastí a klidně ho směřujte na pohodlné místo nebo k činnosti, jež ho uklidní. Je důležité, aby Vás nechápal jako protivníka, ale spíše jako zdroj pohody a bezpečí.

(JANEČKOVÁ, HOLMEROVÁ, 2000)

## 3.4 Specifika v komunikačních potřebách člověka s ACH

ZGOLA, J.M. (2003) si všímá a vyzdvihuje tyto zvláštnosti:

### 3.4.1 ACH a emocionální závislost

Osoba, která trpí špatnou pamětí nebo již žádnou paměť nemá, osoba nerozumí situacím, nedokáže reagovat, situace si analyzovat, a tím se stává závislá na okolí nejenom fyzicky, ale především emocionálně. Tím mám na mysli, že záleží, jak osobě vysvětlíme danou situaci nebo informaci, protože jakékoli sdělení, které osobě s demencí dáme, bude na ní nějakým způsobem působit a podle toho se také bude cítit. „*Pro osobu s vadou paměti je každé setkání novým zážitkem.*“ ( ZGOLA, 2003, s. 125 ) Proto záleží na pečovateli, jak se osoba s demencí bude cítit při každém jejich setkání. Pokud bude sdělení vřelé, řečené klidným teplým hlasem a bude budit dojem, že je osoba respektována, v bezpečí, milována, pak se pravděpodobně tak i bude cítit a bude v klidu. Na druhou stranu, pokud zprávu řekneme znepokojivě, hrubým podrážděným tónem, osoba s demencí je citlivá a pozná, že se něco děje a rozhodně se v tuto chvíli nebude cítit v bezpečí. Naopak se může cítit nepohodlně, v nejistotě a podrážděně.

### 3.4.2 Porucha schopnosti přizpůsobit se

Porucha má za následek, že člověk s ACH je méně schopný tolerovat omyly v komunikaci a různá opomenutí. V běžné komunikaci se učíme tolerovat naše chyby navzájem, učíme se odpouštět jeden druhému. Tím, že člověk s ACH ztrácí náhled na věc a přestává chápat abstraktní úroveň myšlení, nedokáže pochopit smysl nebo záměr v komunikaci. Tím může docházet k mnoha nedorozuměním a problémům.

### 3.4.3 Pochopit a být pochopen

*„Ať řekne osoba s demencí cokoli, je za tím nějaký význam. Osoba postižená demencí již nemá sklon říkat více nesmyslů, než říkala dříve. To, co se nám může jevit nesmyslné, není nesmyslné pro jedince, který to říká. Dělá vše pro to, aby nám sdělil něco, co má pro něho nějaký význam, a je na nás, abychom mu porozuměli.“* (ZGOLA, 2003, s. 127)

Proto by člověk komunikující s osobou s ACH měl přijmout zodpovědnost za tok konverzace a tím určovat její směr. V praxi to znamená např. pokládat jasné uzavřené otázky, na které se dá odpovídat jen ano/ne. Pro lepší porozumění používání názorných předmětů atd. To osobě s demencí ulehčí situaci a zároveň podpoří její důstojnost, protože se osoba trpící ACH bude

moci snadno rozhodnout, jestli odpoví na otázku ano nebo ne a nebude se muset cítit frustrována z toho, že není schopna poskládat odpověď. To se projeví i do nálady a celkově uvolněnější atmosféry. Dále by pečovatel neměl očekávat od osoby s demencí žádné závěry, nebo rozhodnutí.

### **3.5 Zásady pro komunikaci s člověkem s ACH**

Uvádím tyto zásady, které by nám mohly ulehčit komunikaci s člověkem trpícím ACH:

- Prostředí – vytvořte si správné podmínky, tzn., omezte zdroje hluku, zajistěte, aby se osoba s demencí v daném prostředí cítila dobře, aby se mohla soustředit, aby na vás dobře viděla (tzn., pokud sedí, přikrčte se na její úroveň atd.)
- Než navážeme kontakt, zjistíme, co daná osoba dělá a nebudeme ji vytrhávat z jejího kontextu. Nejprve se ujistíme, že nás daná osoba vnímá a pak navážeme kontakt.
- Při sdělení, častěji používejte lidská jména, vyvarujte se zájmenům (on/ ona). Buďte upřímní, mluvte spisovně.
- Dejte osobě s demencí hodně času, aby mohla přemýšlet a reagovat.
- Používejte více komunikačních kanálů najednou, abyste si byli jisti, že vaše sdělení bude srozumitelné. Všechno co říkáte, doprovázejte ještě gestikulací, pokud je to vhodné, tak dotykem, mluvte pomalu a hlubším klidným hlasem, volným tempem a dopřejte člověku s ACH, aby na vás dobře viděl a mohl si všimnout a číst z vaší tváře.
- Pokud vám člověk s ACH nerozumí, buďte trpěliví a řekněte to jiným způsobem. Obsah sdělení zjednodušte. Pokud to samé sdělení budete opakovat stále dokola a víc nahlas – to nepomůže. Parafrázuje to, čemu člověk s DAT nerozuměl.
- Nezapomínejte chválit všechno, co člověk s demencí dělá správně. Povzbuzujte, podporujte. I maličkosti potěší a podpoří vzájemný vztah a zároveň pomáhá člověku s demencí si uvědomit činnosti a jejich provedení.
- Vyzorujte, stále sledujte a naučte se slova, které dotyčný používá místo jiných slov. Pokud použije nějaké slovo nesprávným způsobem, neopravujte ho, ani ho nenuťte, aby se opravil. Důležité na tom je, že vy rozumíte a víte, co tím myslel. Normálně pokračujte v rozhovoru. Pokud je potřeba, pomozte mu nalézt to správné hledané slovo. Berte na vědomí také fakt, že lidé s demencí často používají nesprávně a nevhodně slova a mohou neúmyslně urážet ostatní lidi.
- Snažte se dokončit větu, pokud s tím má člověk s demencí problém. Naopak nepřerušujte ho, pokud to není nezbytné. Bedlivě poslouchajte.



- Používejte krátké, jednoduché, střízlivé věty bez abstraktních výrazů. Vyvarujte se metaforám jako např. „počkej minutku“. Raději řekněte „vydrž“. Říkejte vždy jednu myšlenku nebo pokyn v jeden okamžik. I během rozhovoru se držte jen jednoho tématu. Hlavně, aby nedošlo k zahlcení osoby s demencí, tzn., nekladte příliš mnoho otázek nebo návrhů ani pokynů.
- Při společných aktivitách pojmenovávejte, co právě děláte – pomáhá to pro lepší orientaci. Při činnostech mluvíte o tom, co se zrovna děje teď a tady, nespolehejte na krátkodobou paměť.
- Využívejte dlouhodobou paměť, protože díky ní se znovu vrátíte k člověku, jakým byl bez demence. Člověku s ACH se vybaví jeho dovednosti a bude se cítit dobře.
- Pokud to jde, ignorujte nevhodné chování a zároveň se vyhněte podnětům, které by nevhodné chování mohly vyvolat.
- Komunikujte raději kratší dobu a opakovaně. Díky tomu člověk s demencí nebude tolik unaven a budete mít větší šanci, že vám porozuměl.
- Kontrolujte verbální porozumění, ale i skutečné reakce. Velkou pozornost dejte neverbální komunikaci.
- Pokud si domlouváte schůzku po telefonu, po ukončení hovoru to dejte černé na bílém nebo potvrďte e-mailem, pokud je to možné.
- Soustřeďte se, jak člověk s demencí komunikuje, všimněte si jeho očí a řeči těla.
- Buďte připraveni, že budete poslouchat již několikrát vyslechnuté příběhy, odpovídat na otázky, na které jste už často odpovídali, nebo opakovat ty samé informace.
- Nechovejte se k člověku s demencí jako k dítěti.<sup>20</sup> Myslete na jeho důstojnost, oslovujte ho příjmením, pokud to sám nedovolil, nepoužívejte zdvořiliny slov.
- Nemluvte o člověku s ACH v jeho přítomnosti, nemluvte o něm ve třetí osobě. Přistupujte k němu s úctou.

### **3.6 Komunikace prakticky**

Pokud je člověk s demencí schopen verbální komunikace, můžeme nalézt společnou řeč. Pozorujeme ze zpětné reakce, že stále je možné se s osobou s ACH dorozumět slovy. Někdy je to obtížné, náročné na čas a trpělivost, ale vím, že to funguje.

---

<sup>20</sup> Lidé o sobě mají představu jako o dospělém člověku, ale ztrácejí schopnost fungovat dospěle.

Rozhovor vedeme tak, aby byl stručný a jasný. „*Máte se dobře paní H.?* „*Ano, tak.*“ „*Pojďte, bude svačina.*“ A povedeme nebo nasměrujeme dotyčnou osobu ke stolu. „*Dáte si k pití mléko nebo čaj?*“<sup>21</sup> „*Čaj.*“ „*Já vám ho naliji.*“ A podáváme ho osobě.

Kvalita rozhovoru obvykle určuje celkový charakter návštěvy, protože pro osobu s ACH je to jedinečné setkání. Z praxe víme, že velmi dobře funguje směřovat téma rozhovoru do minulosti. Lidé si velmi dobře pamatují své dětství a mládí, vybaví si básničky nebo písničky, které zpívali a pravděpodobně jim evokují příjemné zážitky a emoce. Tento pohled do minulosti odborně nazýváme reminiscencí, což je jedna z mnoha validačních technik, kterými se budu zabývat později.

### 3.6.1 Reminiscence

Reminiscence je přístup, který se zaměřuje na dlouhodobou paměť, jež v případě Alzheimerovy choroby, ale i u některých jiných forem demence, zůstává méně porušená než krátkodobá paměť. Reminiscence zahrnuje rozpomínání se různými prostředky, které připomínají situace v životě a mohou být prováděny formou konverzace či bez mluvení, o samotě či ve společnosti jiných lidí. Nápomocné mohou být podněty, pokud jsou vhodné pro věk dané osoby s ACH. Při prohlížení svatebních fotografií, se paní I. rozzářila a řekla: „*Tak krásný časy, a ty šaty.*“ V její tváři jsem mohla pozorovat klid a radost, prstem sahala na fotku a usmívala se. Pokud se např. díváme na fotku společně s člověkem s ACH, události a fakta se možná vynoří z jejich paměti, ale pokud ne, alespoň jsme společně strávili čas nad vzpomínáním a osoba s demencí necítila, že něco nezvládla, nebo že udělala chybu.

Vzpomínání má tedy v duševním životě člověka své nezastupitelné místo. Díky vzpomínkám si člověk uvědomuje sám sebe. Vybavují se mu zážitky a události, se kterými pracuje, přehodnocuje je, a které si uvědomuje. To pomáhá v jeho určení nalézt kontakt se sebou samým i s okolním světem až do samého konce života.

„*Reminiscence je definována jako hlasité nebo tiché (vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou, nebo se skupinou lidí.*“ (sec. cit. WOODS a kol., 1992, in JANEČKOVÁ, 2007, s. 138)

K rozvíjení reminiscence a další využití této metody jako Reminiscenční terapie se budu zabývat v samostatné kapitole Validace.

---

<sup>21</sup> Pokud to jde, možnost volby je velmi důležitá, zachovává pocit důstojnosti a práva.

### 3.6.2 Pokud řeč už nestačí aneb využití nonverbální komunikace

Pokud se řekne komunikace, máme většinou na mysli pouze jeden její prostředek, jímž je řeč. Není ale jediný. Je možné vyvolat mnoho emocí pouhou přítomností, pohlazením, vůní. Přeci „*v komunikaci jde o mnohem víc než jen o pouhou výměnu informací. Komunikace znamená být v kontaktu, ale slova nejsou jediným způsobem, jak kontakt vytvářet. Ve skutečnosti je i mezi lidmi s bohatou výřečností možné sledovat, že ani poté, co si vyměnili milion slov, nenaváží skutečné spojení, že nedojde k žádné skutečné komunikaci. Přesto v jiných chvílích stačí pohled, dotek ruky nebo úsměv a vznikne takové setkání, že všechna slova jsou zbytečná.*“ (ZGOLA, 2003, s. 139) Je to díky tomu, že je přítomno naše „já“.

„*Nevím, jakým způsobem nám demence ovlivní náš vztah, ale vím, že se můžu vždy spolehnout na úsměv, jemný dotek a milé slovo Dany.*“ (Pan J.)

Obecné pravidlo, které můžeme přidat do sbírky, zní: udržujte s člověkem s ACH co nejvíc oční kontakt a neodvracejte od něho své tělo. Pokud to zvládnete tak, abyste zůstali v jeho zorném poli, když s ním mluvíte, uvidíte, že bude reagovat mnohem lépe a pružněji.

Při naší komunikaci je lepší soustředit se a zároveň obklopovat člověka s ACH věcmi a předměty, které může hned názorně vidět, cítit, ohmatat. Je důležité využít zbylé smysly a podporovat je /chuť, sluch, čich, zrak, hmat/.

„*Porozumět psanému je pro mě těžký. Symboly jsou jednodušší, ale někdy i symboly na dveřích záchodu jsou pro mě nepochopitelné. Jsou moc...ehmmm...abstraktní.*“ (paní B.)

Objímejte nemocného často, dávejte mu najevo, že ho máte rádi, i když vašim slovům už nerozumí. Mějme na mysli, že osoba s ACH rozpozná postoje nebo pohyby, zároveň se soustřeďte a rozkódujte „řeč těla“ nemocného. „...*Tyto oči se usmívají jako odpověď na pouhý pozdrav... Tato noha si náhle poklepává, když slyší zvuk klavíru... Tyto rty najednou vysloví zapomenutá slova... Všechny tyto obličejové pohledy, ruce mužů a žen mohou ještě vidět, smát se, cítit, vychutnávat radost i starosti a vyměňovat si s druhými něžnosti. Mnohaleté zkušenosti nás přesvědčily, že lidská komunikace se neomezuje pouze na slova a že za lidským rozumem je ještě rozum srdce.*“ (PICHAUD, THAREAUOVÁ, 1998, s. 98-99) Očekávejte jednoduchý rozhovor, skládající se z jednotlivých gest nebo slov. Zkuste odhadovat tělesné potřeby člověka s DAT. Pokud se osoba s ACH začne svlékat, rozepínat si oblečení – je pravděpodobné, že potřebuje na toaletu, chce jít do postele nebo je mu zima či teplo. Zároveň vytvořte příjemnou atmosféru pomocí obrázků, hezkých barev, či zvuků – zpřijemněte prostředí hudbou. I když osoba s ACH již není schopna mluvit, může ji těšit, naslouchat jemným zvukům.

V následující kapitole se soustředím na využití dosavadních poznatků. Budeme brát člověka s demencí jako plnohodnotného člověka, ke kterému budeme přistupovat individuálním přístupem. Cílem individuálního přístupu ke klientům s ACH a jiným typem demence je podporovat jejich nezávislost jak jen to bude možné, podporovat jejich důstojnost, zachovávat klid a vyrovnanost, snažit se klientům věci zjednodušit, nenutit je, aby se museli rozhodovat a vybírat si. (PICHAUD, THAREAUOVÁ, 1998, s. 18-20) Podle toho budeme i komunikovat. Je třeba se snažit bizarnímu světu nemocných porozumět a umožnit jim, aby alespoň v rámci dostupných mezí zažívali klid, akceptaci, jistotu a pochopení. *„Je třeba nemocné s ACH brát takové, jací jsou, včetně jejich změn, výpadků a problémů, dát jim srozumitelně na vědomí, že jsou nadále přijímáni, nikoli doživotně léčeni, kontrolováni a trénováni.“* (KALVACH et al., 2004, s. 445) K tomu využijeme představení Validace a validačních technik.

*„Přál bych si, aby demenci nenazývali chorobou. Pro mě je toto slovo spojeno s hroznými věcmi, jako je svinstvo, válka nebo chudoba. Ale její život přeci není takový...“* (Muž, jehož žena má alzheimerovu chorobu)

## 4 VALIDACE

Přístup vycházející z humanistické psychologie, o jehož rozšíření v geriatрии se zasloužila americká sociální pracovníce Naomi Feil<sup>22</sup>. Filosofie její metody vychází z teorie: „*Každý člověk má svou cenu bez ohledu na svoji odlišnost a duševní stav. Každé životní období má svůj specifický smysl a lidské chování má své příčiny.*“ (RHEINWALDOVÁ, 1999, s. 42) Validace by se měla uplatňovat především v práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí. Její základní východiska jsou empatický přístup, tolerance, vcítění, empatické naslouchání a holistický individuální přístup k člověku s demencí. Předpokládá, že i tito lidé se potřebují smířit sami se sebou, potřebují se vyrovnat se svým údělem v životě, bilancovat, nakonec ospravedlnit a uzavřít svou minulost. Bere se na vědomí, že projevy chování a změny v psychice a emocích u lidí s demencí, jsou přirozenou součástí prožitého života, zároveň přiměřeným výrazem vnitřního prožitku. Validace znamená přijetí reality druhého člověka, je to právě způsob komunikace, který má lidi vzájemně přiblížit jeden k druhému. Validovat tedy znamená potvrzovat a brát na vědomí city druhých jako pravdivé, přijímat vzpomínky a realitu klientů (jejich čas, emoce, prostředí, zážitky), umět se pohybovat v „jejich vnitřním světě“, rozvíjet a sledovat jejich myšlenky, aby se cítili spokojenější. (KALVACH et al., 2004, s. 449)

„*Validace vede k tomu, že se oslabuje neklidné a útočné chování, obviňování a nařikání, obnovuje se pocit rovnováhy a klidu*“ (MATOUŠEK, 2005, s. 186). Díky takovému přístupu

---

<sup>22</sup> Naomi Feil se narodila r. 1932 v Mnichově. Po ukončení studií na Columbia University v New Yorku – obor: Sociální práce, začala pracovat v oboru geriatрии. Mezi roky 1963 – 1980 rozvinula Validaci jako reakci na neuspokojivé tradiční metody, doposud používané při práci s trpícími neorientovanými starými lidmi. V r. 1982 vydala svoji první knihu, *Validation: The Feil Method*, jež byla upravena v r. 1992. Druhá kniha, *The Validation Breakthrough*, byla publikována v r. 1992, aktualizována a rozšířena v r. 2002. Společně se svým manželem natočili mnoho filmů a videí o stárnutí a Validaci. Naomi Feilová je nyní výkonnou ředitelkou Validation Training Institute a je oblíbenou přednášející jak v Severní Americe, tak v Evropě. Od r. 1989 pořádá každoročně workshopy o Validaci účastníkům v Holandsku, Skandinávii, Francii, Belgii, Velké Británii a Rakousku. Její publikace byly přeloženy do francouzštiny, němčiny, holandštiny, italštiny, finštiny, dánštiny a švédštiny. (*About Naomi Feil : Naomi Feil, M.S., A.C.S.W., is the developer of Validation* [online]. 2003 [cit. 2009-02-13]. Dostupný z WWW: <http://www.vfvalidation.org/feilcv.html>).

dochází k zlepšování kvality života, člověk trpící ACH má možnost pocítit sám sebe, vlastní hodnotu a zároveň se u něho snižuje pocit depresivity, strachu a úzkosti.

*„Jde tedy o emoční komunikaci, tedy přijetí momentální emoce či myšlenky, kterou má v sobě člověk s demencí, její sledování a rozvíjení. Chování a řeč jsou snahou vyjádřit vnitřní pocity, emoce, starosti, které pronikají do přítomnosti z minulého života. Terapeut nebo pečovatel se snaží pochopit a validovat, tj. učinit je platnými. I zde je vnímána minulost jako něco, co vstupuje do přítomnosti člověka. Komunikuje s člověkem o tématu, které vyjádří on (nekoriguje, nekritizuje, nekonfrontuje, nebagatelizuje).“ (JANEČKOVÁ, 2007, s. 13)*

N. Feil (1993) rozlišuje několik myšlenek a hodnot, které podtrhují validační přístup. Těmi jsou především:

- Všichni lidé jsou jedineční a musí se k nim přistupovat individuálním přístupem.
- Všichni lidé jsou hodnotní, nezáleží na tom, jak moc jsou dezorientováni.
- Vždy je zde důvod, proč se dezorientovaný starý člověk nějak chová.
- Chování ve stáří není jen činností anatomických změn v mozku, ale reflektuje kombinaci fyzických, sociálních a psychologických změn, které probíhaly během celého života.
- Staří lidé nemohou být nuceni k tomu, aby změnilí své chování. Osoba může změnit své chování, jen pokud sama chce.
- Staří lidé musí být přijímáni, ne souzeni.
- Určité životní úkony jsou spojeny s jednotlivými stadii života. Jejich nesplnění v dané fázi života může vést k psychologickým problémům.
- Pokud selhává krátkodobá paměť, staří lidé mají tendence ji nahradit vzpomínkami z dřívějšíka. Pokud selhává zrak, užívají svoji paměť, aby viděli. Pokud je opouští sluch, užívají k poslouchání zvuky z minulosti.
- Bolestivé pocity, se zmírní, pokud jsou validovány osobou, jež důvěryhodně naslouchá. Pocity, které jsou vyjádřeny a starý člověk si je uvědomuje. Naopak pocity, které jsou ignorovány nebo potlačeny, získají na síle.
- Empatie posiluje a buduje důvěru, minimalizuje úzkost a obnovuje důstojnost.

(FEIL, Naomi. *Validation therapy for dementia* [online]. 1999-2009 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001394/frame.html>>.)

Dále ve své teorii N. Feil rozlišuje lidi dezorientované od lidí špatně orientovaných. Verbální validační techniky se především využívají u lidí, kteří se nacházejí v prvním stadiu špatné

orientace. Tzn., osoby jsou částečně orientovány v čase a prostoru, verbálně komunikují, neustále opakují věci, říkají, co není pravda v současné době. Často obviňují ostatní a projektují si svoji frustraci. Nařikají si, žijí vzpomínkami z mládí, snaží si udržet kontrolu, což se projevuje v jejich chůzi, rychlém dechu, chování. Špatná orientace může být zapříčiněna i tím, že tito lidé nechtějí přijmout zodpovědnost za svůj minulý život. Neumějí truchlit pro ztráty, a proto je popírají a skrývají své city. Celý život žili v popírání této skutečnosti. Ve stáří však dochází k jejich vynořování, na povrch vyplouvají city, jako je hněv, vina, zoufalství apod., které byly během celého života potlačovány. (RHEINWALDOVÁ, 1999, s. 44)

*„Žena vyrůstající v chudé rodině, zažila válku a jako malá byla donucena krást, aby přežila. Nyní je umístěna v dlouhodobém zařízení pro klienty s ACH a stěžuje si personálu, že jí pacienti z vedlejšího pokoje kradou jídlo.“*

V druhém stadiu špatné orientace se lidem často přestane dařit popírat životní ztráty. Je to způsobeno tím, že přestanou mít přehled o čase a prostoru, ztrácí schopnost komunikace, kontrolu nad situací. Začnou se uchýlovat do vlastního světa, vytvoří si vlastní vnitřní realitu – fantazii, nebo se přemostí do své minulosti a raději žijí ze vzpomínek. (RHEINWALDOVÁ, 1999, s. 44)

Dezorientovaní staří lidé žijí ve sférách osobních emocí. Nastává u nich regrese, lidově řečeno „druhé dětství“. Tzn., že se vytratila schopnost metaforického myšlení, používají předměty k reprezentaci lidí. Příklad: „Žena, pro kterou byla role matky hlavní životní náplní, si hladí ruku. Chce být užitečná. Vnitřním zrakem vidí své dítě.“ (RHEINWALDOVÁ, 1999, s. 46). U dezorientovaných lidí vidíme projevující se egocentrismus, stahují vše na sebe. Proto při komunikaci musíme být velmi opatrní, abychom je nezranili a nerozzlobili. Dále užívají nezvyklé kombinace slov vytržené z kontextu, vyjadřují vnitřní hluboké city. Uchylují do období dětství, aby unikli přítomnosti. „Pokud v životě nenašli intimní vztah, lpěli strnule na starých zvyklostech, obviňovali věčně druhé a byli frustrováni, cítí se ve stáří zoufalí.“ (RHEINWALDOVÁ, 1999, s. 46)

Naomi Feil uvádí teorii, která sice nenahlíží na člověka jako na bio-fyzicko-psycho- sociální bytost, zaměřuje se pouze na psychologicko-sociální příčiny, přesto mi přijde tato hypotéza velmi zajímavá. Zaobírala se otázkou, proč existují staří lidé, kteří jsou do vysokého věku produktivní a nezávislí a na druhé straně lidé s kognitivními poruchami. „Vidí příčinu dezorientace v popírání ztrát během života. Lidé, kteří přežívali životní krize tím, že je popírali, nebyli již ve stáří schopni tímto způsobem čelit dalším krizím a ztrátám, a proto utekli z reality do fantazie. Propadli panice a úzkosti z osamělosti, a důsledkem bylo, že ztratili motivaci zůstat v přítomnosti. Vyžadovalo by to příliš energie, kterou už neměli.“ (RHEINWALDOVÁ, 1999, s. 47)

Validační teorie vysvětluje, že mnoho dezorientovaných lidí, kterým byla diagnostikována DAT a kteří se nacházejí v konečném stadiu života, mají snahu vyřešit nedořešené problémy. Chtějí se vyrovnat se životem, aby mohli v klidu zemřít. Aby svůj život ospravedlnili, musí přehodnotit a uzavřít svoji minulost. Konečný boj je důležitý a my jako pečující, jim můžeme pomoci. Díky validačním technikám dáváme neorientovaným lidem příležitost, aby vyjádřili svá přání. Je důležité se snažit porozumět i tomu, co se zdá nelogické a nerealistické. Zakladatelka N. Feil říká, že emoční vzpomínky z raného dětství nahrazují u dezorientovaných lidí intelektuální myšlení. I když víme, že podvědomí má svou realitu a logiku zcela odlišnou od naší, přijímáme i fantazie, protože ty mají také svou platnost a smysl. Jsou často založeny na vzpomínkách a jejich osobním viděním světa. Je to vnitřní realita viděna očima mysli. Tím, že tyto fantazie neodsoudíme a pomáháme je začlenit, vracíme dezorientovaným lidem vážnost a důstojnost. K tomu nám dopomáhají validační techniky.

## **4.1 Validační techniky užívané pro Validační terapii**

Základem validačních technik je princip, že emoce, které jsou potlačovány, mohou bolet a ovládat tělo. Díky potlačením pocitů, dochází k popírání sama sebe. Pokud jsou emoce vyjádřeny a někdo jim naslouchá s porozuměním (validuje je), osoba s ACH je uvolní. Validační terapie užívá 15 verbálních a neverbálních technik při komunikaci s lidmi, kterým byla diagnostikována ACH. Validační terapie předpokládá respekt k nemocnému člověku. Validation Training Institute uvádí tyto validační techniky, které si opět pro lepší znázornění rozdělím na verbální a neverbální validační techniky:

### **4.1.1 Verbální validační techniky**

1. Soustředte se na těžiště „Střed“, najděte si svůj střed (dýchejte zhluboka, nádech nosem a výdech přes „střed“ (místo cca 8 cm pod pasem)
2. Používejte otázky typu: Kdo? Co? Kde? Kdy? Jak? Vyvarujte se otázce „Proč?“
3. Parafrázuje, opakujte jejich slova, která byla stěžejní, udržujte jejich tempo
4. Udržujte oční kontakt
5. Naslouchejte tomu, co říkají. Stimulujte jejich upřednostňovaný smysl vnímání, mluvte jejich řečí, užívejte jejich slovník.
6. Ptejte se na míru: „Jak špatně?“ „Jak často?“
7. Využívejte vzpomínek (Reminiscence)
8. Pomozte osobě nalézt tu nejvhodnější metodu, jak zvládat problém.



(FEIL, Naomi. *Validation Therapy* [online]. 2003 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <http://www.vfvalidation.org/article-encyclopedia.html> )

Pro lepší znázornění verbální validační techniky uvádím zkrácený překlad rozhovoru, jenž je zveřejněn na oficiálních webových stránkách Validation Training Institute:

Devadesátiletá paní není fyzicky zraněná, ale neustále si stěžuje: „*Bolí mě záda.*“ „*Mám bolest na hrudi.*“ „*Bolí mě koleno.*“ „*Přála bych si, abych zemřela.*“

Zdravotní sestra využívá validaci, aby pomohla staré paní vyjádřit její psychickou bolest. Žena je vystrašená z toho, že zemře opuštěná, sama. Sestra se ptá: „*Bolí Vás hlava jako střep, nebo je to spíše tupá bolest?*“

Žena odpovídá: (a zároveň přestane sestru tak pevně svírat, pomáhá jí představa, že nachází pochopení): „*Ano, jako střep. Tak to je.*“

Sestra (zjišťuje míru): „*Kdy je ta bolest nejhorší?*“

Žena odpovídá: „*Pořád to bolí, ale v noci, když jsem sama, tak ta bolest je strašlivá.*“

(Sestra parafrázuje a využívá reminiscenci): „*Když nikdo není s Vámi, tak ta bolest je horší? Už jste někdy předtím měla takovou bolest?*“

Paní začíná sestře důvěřovat. To se projevuje i v jejím hlase, který přestal být tak pronikavý a ostrý. „*Když můj manžel zemřel, měla jsem ty samé strašné bolesti hlavy.*“

Poté se sestra snaží najít nejvhodnější zvládající metodu: „*Jak jste to zvládala, když Váš manžel zemřel? Co jste dělala?*“

Žena odpovídá: „*Poslouchala jsem valčík od Johanna Strausse. Milovali jsme tanec. Díky tomu jsem přečkala noc.*“

Sestra dává nabídku: „*Můžu Vám přinést Straussův valčík, jestli chcete. A když ta bolest se zhorší, zapnete si přehrávač. Pokud mě budete potřebovat, budu tady.*“

Žena odpovídá: „*Jste zlatá, sestřičko. Můžete jít. Víím, že jsou tady i jiní lidé, o které se musíte postarat. Ale přijdete pak nazpět i s valčíkem?*“

Sestra dodržela svůj slib a tato paní si stěžovala méně. Není vyléčená, ale navázala důvěru a věří sestře, takže už se tolik nebojí být sama. Proto se její bolesti zmenšily. Tato validační komunikace nezabere déle než pět minut. Není náročná na čas, ale je potřeba vynaložit energii, úsilí a starost. Tato technika byla zaznamenána ve video dokumentu. (FEIL, Naomi. *Validation Therapy* [online]. 2003 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <http://www.vfvalidation.org/article-encyclopedia.html> )

#### **4.1.2 Neverbální validační techniky**

1. *„Všímejte si emocí, buďte empatičtí“*
2. *Přijímejte jejich emoce za své. (Porozumění)*
3. *Neméně vážně si všímejte jejich pohybů, využijte techniku zrcadlení*
4. *Blízký upřímný oční kontakt*
5. *Dotek (něžné dotýkání, např. pohlazení po tváři)*

## 6. Hudba

## 7. Intuice“

(FEIL, Naomi. *Validation Therapy* [online]. 2003 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <http://www.vfvalidation.org/article-encyclopedia.html> )

Neverbální Validace zahrnuje aktivity, které je možné si ukázat na následující interakci:

88letá paní křičí: „*Jdi mi z cesty!!! Musím vidět mámu.*“

Terapeutka, která zaznamenala rozzlobení ženy, se k ní přibližuje a ptá se: „*Stalo se něco Vaší matce?*“ Paní odpovídá: „*Ano, je nemocná. Je sama a musím jí pomoci.*“

Terapeutka se jí jemně dotkne, pohladí jí po tváři, dívá se na ni, udržuje oční kontakt zrcadlící její strach – odpovídá: „*Bojíte se, že jí ztratíte?*“

Žena strnula, upřeně se podívala na terapeutku, kývla hlavou a rozplakala se: „*Ztratila jsem jí, zemřela.*“

V hloubi duše žena věděla, že její matka zemřela. Ale tuto informaci vytěsnila. Nyní, ve stáří se vynořil její smutek ze ztráty matky a terapeutka jí pomohla sdílet tento zármutek. Pláč přináší úlevu. Během pěti minut se špatně orientovaná žena smála na terapeutku, „*Mám Vás ráda.*“

Pokaždé, když špatně orientovaná žena potřebovala vidět svojí matku, byla validována. Po třech týdnech, se po matce už nesháněla. Její pocity již byly vyjádřeny a ona se od toho oprostila. (FEIL, Naomi. *Validation Therapy* [online]. 2003 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <http://www.vfvalidation.org/article-encyclopedia.html> )

Cíl neverbální techniky validace jako je „hudba“ a „zrcadlení“ často obnovují důstojnost a pocit pohody. Lidé neorientovaní, tzn. v pokročilém stadiu demence, nepotřebují být orientováni zpět do reality, ale potřebují vnímat a potřebují vědět, že jsou vnímáni. Vyjadřují své city často namísto mizejících slov pomocí pohybů rtů, jazyka, čelisti, celého těla, výrazu očí, zabarvení hlasu, grimasami. Bez stimulace a vnímání dochází pouze k přežívání a následuje smrt. Proto v této fázi je potřeba validačních technik, jako je zrcadlení, hudba, verbální i neverbální vyjadřování, intuice atd.

## 4.2 Validační technika se špatně orientovanými lidmi – Validace ve skupině

Zatímco s dezorientovanými lidmi pracujeme především individuálně, špatně orientované staré lidi můžeme zařadit do validačních skupin. Validační skupinou se zabývá autorka Rheinwaldová, která vyzdvihuje pozitiva, jako jsou: porozumění ve skupině. Lidé se zde učí navzájem komunikovat, rozeznávat polaritu (rozlišují „co je dobré a co je špatné? Jak dobré a jak špatné?“), skupina se pod terapeutickým dohledem stimuluje, motivuje.

Terapeut je empatický, trpělivý, tolerantní, chová se s respektem, zjistí si, jaký smysl kdo nejvíce používá – auditivní, vizuální, či dominuje komunikace pohybem a dle toho volí způsob komunikace. Je si vědom slabostí jednotlivců a zároveň jejich kladů, na kterých staví. Drží se

otázek: Kdo? Jak? Kdy? Kde? Co? Zkoumá fakta a vyhýbá se citům, city nevyhodnocuje. Klienty nepřetěžuje a dbá na udržení pozornosti, dovede improvizovat a dodávat všem energii. Svým chováním jim dává uznání a vážnost. (RHEINWALDOVÁ, 1999, s. 45)

### **4.3 Validační technika s dezorientovanými lidmi – individuální přístup**

Využívá individuálního přístupu. Doba kontaktu se zkrátí a doporučuje se na 10 – 20 min, vzhledem k rychlé ztrátě energie a pozornosti. Pro začátek je výhodné seznámit se s minulostí osoby. Přistupujeme k lidem zepředu. Ze strany či zezadu ne, mohlo by dojít k tomu, že se vyděsí. Vzhledem k poškozenému zraku a sluchu přistupujeme tak blízko, jak je potřeba. V tomto stadiu lidé potřebují fyzický kontakt – vhodný je dotek! Upřímný, delší pohled z očí do očí, proto se skloníme na úroveň osoby, se kterou hovoříme klidným, pomalým, hlubším hlasem plným citu. Hrubý hlas může evokovat hněv, oproti tomu vysoký tichý hlas je často ignorován, protože je těžko slyšitelný. Nejlepší kombinací je spojit slova, dotek, pohled a empatické jednání. Nepoužíváme racionální myšlení, nesoudíme, ale cítíme. Hledáme souvislosti mezi chováním a pocity. *Př: „Osoba se houpe. Houpání vzbuzuje vzpomínky na bezpečí a lásku. Houpe se, protože postrádá matku. Cítí se sama. Houpání utěšuje, snižuje úzkost.“* (RHEINWALDOVÁ, 1999, s. 49). Proto je nezbytné potvrzovat pravdivost pocitů a zapomenout na fakta a realitu.

### **4.4 Validační technika u lidí dezorientovaných v posledním stadiu ACH – individuální přístup**

U lidí v posledním fázi ACH validujeme hudbou a to jen velmi krátkou dobu, cca 5 – 10 min, protože pozornost je minimální. Hudbou či zpěvem písní potvrzujeme, že uznáváme pocity tím, že se pohybujeme ve stejném rytmu. (RHEINWALDOVÁ, 1999, s. 49)

### **4.5 Pozitivní efekty Validace**

Podle Validation Training Institute můžeme účinky validačních technik hodnotit = měřit. Např. mezi měřitelné výsledky zařazuje: nemocný sedí více vzpřímeně, oči jsou klidné a více otevřené, agrese ustupuje a projevuje se větší míra sociální kontroly, zmírňuje se bušení srdce, tempo i pláč. Dochází k zlepšení verbální a neverbální komunikace, zlepšení držení těla nebo chůze. Do neměřitelných výsledků řadí např. schopnost nemocného vyřešit své životní otázky, ustupuje u nich úzkost, zlepšuje se smysl pro hodnotu sebe sama. Ve skupinách může dojít k

převzetí rodinné sociální role, lepší uvědomění reality. (*Benefits of Validation* [online]. 2003 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.vfvalidation.org/benefits.html>>).

„Feil (1996) uvádí, že po šesti týdnech validační terapie užívající příslušné techniky včetně reminiscence lze porozovat u osob s demencí:

- *Návraty do minulosti jsou méně časté a méně naléhavé*
- *Vyjadřované pocity jsou přiměřenější*
- *Bolestné nařikání a obviňování ustává*

*Efekt Validace se projeví i na fyzickém vzhledu, který naznačuje, že se úzkost člověka s demencí snížila:*

- *Spodní ret se uvolní*
- *Hlas se stane pevnějším*
- *Dech je stejnoměrný*
- *Svaly se uvolní*
- *Oči jsou klidné*
- *Obviňování a útočnost se zastaví nebo zmírní.“* (JANEČKOVÁ, 2007, s. 14)

Mezi hodnotící přístupy můžeme řadit i reminiscenci – jednu z validačních technik, jež se stala východiskem pro Reminiscenční terapii. Ta se stejně jako Validace opírá o hodnoty člověka. Přijímá člověka i s jeho nesplněnými životními úkoly, navazuje kontakt a buduje vztah. Ukazuje, jak Reminiscenční terapie může pomoci starému člověku vyrovnat se s obtížnými fázemi života.

## 5 REMINISCENČNÍ TERAPIE

Jde o aktivizační a validační metodu. Využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Její součástí je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s nemocným člověkem, vhodného prostředí a nezbytná je také dobrá komunikace s rodinnými pečovateli. (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, 2007, s. 181 - 183)

Reminiscenční terapie je založena na poznání toho, že v mozku zůstávají nejdéle zachovány ty vědomosti, vzpomínky a návyky, které jsou fixovány v dlouhodobé paměti. Terapie je založena na tom, že nemocný mozek stále pracuje a nejlépe reaguje na známé podněty, které má uloženy v dlouhodobé paměti.

Ve stručnosti budu definovat jednotlivé přístupy Reminiscenční terapie, mezi které patří přístup narativní (life story), reflektující (life review) a expresivní. Terapie může být prováděna individuálně nebo ve skupině. Cílem je nejen zlepšení stavu nemocného, ale především posílit jeho důstojnost, zlepšit komunikaci a pomoci rodinným pečujícím. (JANEČKOVÁ, 2007, s. 10 - 15)

*„Narativní přístup (life story) je založen na nestrukturované rozpravě členů reminiscenční skupiny. Jeho základem jsou volně, spontánně vyjadřované vzpomínky; probíhá buď mezi dvěma lidmi, nebo ve skupině. Může jít o tiché individuální vzpomínání nebo psané vzpomínky, autobiografie, knihy života. Nejčastěji jde o vyprávění příběhů ze života.“* (JANEČKOVÁ, 2007, s. 10)

Reflektující přístupy (life review), mezi které patří především životní rekapitulace Roberta Butlera (1963). *„Jde o vybavování vzpomínek v rozhovoru tváří v tvář mezi terapeutem a jedním účastníkem nebo malou skupinou za účelem celkové reflexe života, hledání jeho smyslu, porozumění vlastnímu životu i s jeho traumaty a konflikty a konečné přijetí vlastního života takového, jaký byl.“* (JANEČKOVÁ, 2007, s. 12)

Expresivní přístupy využívají metodu expresivního vyjádření emocí, otevření minulosti (disclosure), kterou popsal psycholog James Pennebaker. *„Jde o práci s těžkými vzpomínkami, o odkrytí složitých témat, která člověk nosí dlouho v sobě, odhalení traumat, způsobeným dávnými událostmi.“* (JANEČKOVÁ, 2007, s. 14)

## 5.1 Jaké pomůcky jsou užitečné a které tématické okruhy jimi můžeme evokovat

Především záleží na kreativitě, mohou se použít různé pomůcky, které přirozeně stimulují naše vnímání, probouzejí paměťové stopy a spouštějí reakce. To se nám stává i v běžném životě, každodenně to zažíváme. Spontánně se setkáváme s podněty, které v nás probouzejí vzpomínky. Je to stejné. Je to i u osoby s DAT, smyslové vnímání zůstává u těchto osob dlouho zachováno. Hmat, čich, zrak, sluch mohou být proto dobře využity pro kognitivní aktivaci právě prostřednictvím vzpomínek.

Spouštěče vzpomínek a témata př.:

- staré fotografie – rodina, škola, svatba, narození dětí, sousedé, přátele
- oblíbené knihy, tiskopisy – které mohou vybavit minulou dobu
- hudební nahrávky – taneční kroky, mohou naladit na příjemnou dobu spojenou s danou hudbou
- staré předměty (těžítka, kabelka, záleží na tom, co kdo měl ve svém životě rád a co si vybaví)
- výlety na stará místa – zážitky, dětství,...
- známá oblíbená jídla – vybaví se spojitost, kdo jídlo uměl uvařit
- čich – vůně (lepší používat přirozené čichové podněty než vonné esence, např. vůně česneku, smažených topinek, květin, majoránky, čerstvě posekané trávy, hub, vůně vypraného prádla)
- hmat – jde o neverbální podněty, které mohou být spojené s určitými vzpomínkami z dětství a mládí, může se vybavit blízký člověk, věc, která osobě kdysi patřila, nebo místo, kde kdysi žila, dotek, pohazení, houpání, ale také činnosti jako jsou přebírání korálků, motání klubka
- sluch – zvonek, hudba, melodie, přátelský milý lidský hlas, zvuk deště, větru, zpěv ptáků, smích to všechno může lidem připomenout lidi kolem nich, známá místa z minulosti nebo části jejich života spolu s emocemi a vzpomínkami
- chuť – ať jde o jídlo nebo o nápoje, vždycky jsou spojeny se vzpomínkami, nejčastěji z dětství (kakao, sladké, zmrzlina, bramboráky atd.)
- pohyb – houpání, tleskání, tanec, podupování – vzpomínka může být vyprovokována z jednoduchého pohybu, který měl člověk spojen se známým rituálem nebo s prací.

## 5.2 Osvědčená témata Reminiscenční terapie

Jednotlivá témata je třeba volit individuálně s ohledem na biografii nemocného či podle složení skupin. Vhodné je vybírat takové události a taková témata, která jsou spojena s pozitivními emocemi jako např.: první lásky, kamarádi z dětství, různé příhody z mládí, svatba, taneční hodiny a plesy, škola, zájmové kroužky, příběhy ze školy a vojny. Dále také písničky, cestování, dovolená, koníčky, dřívější móda, vaření, recepty, vnoučata či děti, když byly malé a jiné. (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, 2007, s. 186 - 189)

Každý máme místo, kam ukrýváme důležité věci ze svého života (tajnou skříňku). Reminiscenční terapií můžeme pomoci lidem vytvořit si to samé místo pomocí kufříku, krabičky, kam si mohou skrýt své vzpomínky.<sup>23</sup> Vzpomínky na prožitý život klientů nebo jejich blízkých sepisujeme a jsou součástí právě kufříků i celé terapie. Čerpáme z nich informace o našich klientech a můžeme tak mnohem efektivněji s nimi pracovat, protože historii jejich života alespoň trochu známe. Je to dobrý prostředek komunikace i v době, kdy komunikace vážně, kdy to už nejde jako dřív. (*Reminiscenční terapie* [online]. [cit. 2009-01-03]. Dostupný z WWW: <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/reminiscenční-terapie/>)

## 5.3 Pozitivní efekt Reminiscenční terapie

*„U lidí, kteří se zúčastnili Reminiscenční terapie, byly pozorovány tyto pozitivní účinky: zlepšení nálady, zvýšená bdělost a reakce, celková interakce.“* (Alzheimer's Disease; After the diagnosis; What next?, s. 77, interní materiály ČALS)

V následující kapitole postupně přejdu k Bazální stimulaci. Ta stejně tak dává důraz na člověka, respektuje ho a chce posilovat jeho důstojnost. Navazuje na důležitost vzpomínek a za cíl si klade uspokojit všechny lidské potřeby a posílit komunikaci. Tento koncept je velmi blízko Validaci, skoro si troufám říci, že by se do validačních technik mohl zařadit, ale autoři Bazální stimulaci vyčleňují a berou ji jako samostatný celek.

---

<sup>23</sup> Dokládám to kufříkem se vzpomínkami a předměty paní Z. R., který slouží jako názorná ukázka a dopněk k této diplomové práci.

## 6 BAZÁLNÍ STIMULACE

Je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept<sup>24</sup>, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimuluje ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Její využití je různorodé, ale nás bude zajímat především využití u osob s demencí. Zjednodušeně řečeno, její koncept vychází z myšlenky Jeana Piageta, který tvrdí, že život je možný pouze ve vztahu. Při Bazální stimulaci jde o práci s kvalitou doteku a cílenou stimulaci smyslových orgánů. Využíváme toho, že lidský mozek má neuvěřitelné schopnosti uchovávat své životní zvyky a návyky v tzv. paměťových drahách, což nám dává velkou šanci k tomu, abychom donutili mozek, aby si vybavil něco, co již zná. Pokud bylo spojení z nějakých příčin přerušeno, stimulací se vytváří nová dendritická spojení, po kterých se k informaci uložené v mozku dostaneme. Tento koncept dává ošetrovatelské péči terapeutickou relevanci. (*Bazální stimulace* [online]. 2000 [cit. 2009-01-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/>>.)

I když někteří lidé nevnímají nebo jsou dementní, můžeme u nich koncept Bazální stimulace uplatnit. Platí pravidlo, že vnímám tak dlouho, dokud dýchám. Každý nemocný člověk vnímá. Je jen na nás, jak vhodnou komunikační formu zvolíme. Konkrétně to znamená, že musíme rozlišit jakoukoliv, sebemenší reakci nemocného člověka a dát jí náležitý význam. Nemalou úlohu hraje v Bazální stimulaci intuice.

Nejnáročnějším úkolem ošetrovatelské péče je pochopit potřeby nemocné osoby, poznat a porozumět stylu její komunikace a na základě toho jí poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj její osobnosti. To je cesta, po které jsme se pustili. Opouštíme cestu dosud u nás

---

<sup>24</sup> Zakladatelem konceptu byl v 70. letech speciální pedagog, doktor, profesor Andreas Frölich, který v té době pracoval s dětmi, které trpěly těžkým psychosomatickým postižením. Profesor je chtěl naučit tomu, jak jsou veliké, jak objemné, jak těžké...chtěl s nimi navázat kontakt. Toho dosáhl speciálními doteky a masážemi – tedy Bazální stimulací. Děti brzy začaly vnímat své okolí a došlo u nich k výraznému pokroku a rozvoji osobnosti. Do intenzivní ošetrovatelské péče přenesla koncept BS zdravotní sestra - dnes profesorka Christel Bienstein. Teprve v roce 2004 se koncept dostal do náplně práce zdravotních sester v ČR díky PhDr. Karolíně Friedlové. Ta je jedinou certifikovanou lektorkou konceptu Bazální stimulace v České republice a zároveň ředitelkou Institutu Bazální stimulace ve Frýdku Místku. (OBRUČNÍKOVÁ, Jana. Význam komunikace z pohledu bazální stimulace. *Zdravotnické noviny* [online]. 2008 [cit. 2009-02-15])



běžné konzervační péče a pouštíme se na cestu kompetencí a kreativity. Při uplatňování konceptu Bazální stimulace musí být do péče zapojeni příbuzní a rodiny osob s demencí, aby poskytli veškeré informace o tom, co daný člověk má rád, co rád dělal, jakou hudbu miloval k poslechu, jestli preferuje kávu před čajem apod. Tyto informace jsou pak využity při naší komunikaci s ním. (*Bazální stimulace* [online]. 2004-2008 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <[http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php)>.)

## 6.1 Komunikace při Bazální stimulaci

Především musíme zajistit komunikaci s klientem na vhodné úrovni. U některých klientů je schopnost vyjadřovat své potřeby omezená nebo žádná. Je velmi důležité komunikovat s klientem na jeho úrovni tak, aby porozuměl. Vyžaduje to nejen znalost dané problematiky, ale i značnou dávku vlastního citu, zaznamenávat reakce nemocného, protože ty se mohou projevat v zcela nepatrných niancích. Dotek je nejjednodušší formou komunikace beze slov, poskytuje vjemy z povrchu těla a vnitřního prostředí organismu. Dotek utváří vztahy a dává jim význam. Poskytuje klientovi jistotu, umožňuje orientaci a navozuje příjemný pocit.

Nejnáročnějším úkolem ošetrovatelské péče je pochopit potřeby pacienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti. Nejčastější formy komunikace z pohledu Bazální stimulace je tzv. trilogie. Do této kategorie řadíme pohyb, komunikaci a vnímání. Dále jsou v konceptu Bazální stimulace využívány následující **možnosti komunikace**:

Základní:

- **„Somatická komunikace** (*informace o vlastním těle, mohou se provádět různé koupele, celková koupel zklidňující, osvěžující, dále je vhodné polohování, mikropolohování, hnízdo, masáž stimulující dýchání*)
- **Vibrační komunikace**
- **Vestibulární komunikace** (*vnímání rovnováhy a změny polohy; před každou změnou polohy těla nejprve otočíme hlavu v příslušném směru (tím podáme informaci o tom, kam se točí tělo)*)

Nadstandardní:

- **Olfaktorická komunikace** (*čichová; jakékoli přivonění, např. přivonění ke kávě či čaji po ránu, cítit vůni jídla, vůni vlastních prostředků k hygienické péči (mýdla, tělová mléka, parfémy – vlastní, manžela apod.)*)

- **Orální komunikace** (ošetření rtů, vlastní balzám, čištění zubů – vlastní zubní kartáček, zubní pasta, např. do čaje, kávy namočíme štětičku, vkládáme do úst, ovocné čaje, džusy, limonády, polévky, kaše, ovoce, čokoláda atd.)
- **Optická komunikace** (oblíbený film, seriál, prohlížení obrázků, fotek, časopisů, sledování hodin, rozeznávání dne a noci - žaluzie)
- **Auditivní komunikace** (poslech oblíbené hudby, skladby, zvuk filmu, vyprávění – personál, rodina)
- **Taktilní komunikace** (schopnost hmatu a úchopu, dotýkání věcí s různým povrchem – hladký, hrbolatý, studený, měkký + předměty denní potřeby)“.

(OBRUČNÍKOVÁ, Jana. Význam komunikace z pohledu bazální stimulace. *Zdravotnické noviny* [online]. 2008 [cit. 2009-02-15] a *Bazální stimulace* [online]. 2000 [cit. 2009-01-03]. Dostupný z WWW: <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/>)

#### **„Desatero Bazální stimulace:**

- 1) *Přivítat a rozloučit se s klientem vždy stejnými slovy.*
- 2) *Dodržovat iniciální dotek<sup>25</sup>.*
- 3) *Hovořit zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
- 4) *Nezvyšovat hlas a hovořit přirozeným tónem.*
- 5) *Dbát, aby naše mimika, tón našeho hlasu a gestikulace odpovídaly významu našich slov.*
- 6) *Používat takovou formu komunikace, na kterou byl klient zvyklý.*
- 7) *Nepoužívat v řeči zdvořiliny.*
- 8) *Nehovořit s více osobami najednou.*
- 9) *Při komunikaci redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.*
- 10) *Umožnit reagovat pacientovi na naše slova.“*

---

<sup>25</sup> INICIÁLNÍ DOTEK neboli cílený dotek, kterým dáváme najevo osobě s demencí, kdy naše přítomnost a komunikace začíná a kdy končí. Jde o nejjednodušší přirozenou komunikaci - komunikaci beze slov. Proto se stejným dotekem i loučíme. Nečekané doteky nebo necílené doteky mohou u osob se sníženým stupněm vnímání vyvolávat pocit strachu a nejistoty. Dotek je jasný, zřetelný a přiměřeného tlaku. Nejčastěji bývá na rameno, paži či ruku. „Je nutné jej podpořit i verbálně a musí ho všichni, kteří přijdou s osobou do styku respektovat a poskytovat. Pokud je člověk umístěn v některém ze specializovaných zařízení, každý přichodí včetně návštěv, uklízeček apod. o něm musí být informován, což zajišťuje cedulka na viditelném místě u postele, kde je označeno místo iniciálního doteku a verbální projev“. (Doteky [online]. 2000 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/doteky/>.)

(FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům. *Komfort* [online]. 2006, č. 3 [cit. 2009-02-20]. Dostupný z WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/komfort-3-2006.pdf>)

## 6.2 Na co hlavně zaměřit svoji pozornost při komunikaci a manipulaci s nemocným člověkem?

- *„dýchání: změnu rytmu, hloubku dechu, kašel, chrčení, zívání...*
- *svalový tonus: uvolnění mimických svalů, pokles ramen, uvolnění spazmů končetin, břicha, otevření úst... To vše může znamenat, že naše činnost u nemocného mu nevadí, nebo je mu dokonce příjemná. Při opačné reakci si můžeme být jisti, že naše zacházení s klientem je mu nepříjemné, nebo dokonce bolestivé.*
- *minimální pohyby: otevření dlaně, pohyby očí, mrkání, pohyb obočím*
- *oběhové změny: změna tepové frekvence, krevního tlaku, periferního prokrvení...  
hlasové projevy: sténání, křik, pláč, bručení...“*

(OBRUČNÍKOVÁ, Jana. Význam komunikace z pohledu bazální stimulace. *Zdravotnické noviny* [online]. 2008 [cit. 2009-02-15]).

Nyní bych ráda demonstrovala tři příběhy lidí, kteří byli postiženi ACH. Tyto kazuistiky mi poskytla PhDr. Eva Jarolímová a díky nim můžeme nahlédnout do života pacientů. Uvidíme, jak se jim nemoc vplížila do životů, jakou změnu jim přinesla, s jakými útrapami se setkávali oni i jejich rodinní příslušníci. Kazuistiky jsou strukturované pro přehlednost na rodinnou anamnézu, průběh nemoci, diagnostiku nemoci a další průběh onemocnění.

## 7 KAZUISTIKA

### 7.1 Ia

Nyní bych chtěla uvést příběh muže, který onemocněl Alzheimerovou chorobou. Tato nemoc byla diagnostikována, když mu bylo 74 let. První symptomy nemoci již byly patrné zhruba o 4 roky dříve. Zemřel v 78 letech. Tento příběh poskytla paní E.

#### *Rodinná anamnéza*

Jedná se o muže, který po celý život duševně pracoval v krkonošském podhůří. Pan V. byl původním povoláním ekonom, vystudoval Vysokou školu ekonomickou. Později byl rovněž zaměstnán jako ekonom. Nejdéle však v jednom podkrkonošském energetickém podniku, kde pracoval až do důchodového věku. Do důchodu odešel v 62 letech, a ještě asi po dva roky s účetnictvím občas vypomáhal.

Jeho zájmy byly široké - zabýval se historií, zejména dějinami národa českého. Jeho domácí knihovnu tvořily knihy s ekonomickým zaměřením, zejména pak knihy s historickou a válečnou tematikou. Ve městě, kde žil, si sám nastudoval dějiny, jak tohoto města, tak jeho okolí. Na tato témata také pořádal přednášky. Často se až rozvášnil, když někdo z jeho okolí byl ochoten mu naslouchat, nebo s ním na jeho téma diskutovat. Středem jeho zájmu byly i otázky politické, události domácí i světové.

Byl také milovníkem vážné hudby, obdivoval např. R. Schumanna, Z. Fibicha, J. S. Bacha, A. Dvořáka - často ho paní E. zastihla, jak poslouchá „Biblické písně“ apod.

Patřil také k zakladatelům tělovýchovné jednoty „Sokol“ ve městě, kde žil. Se svou manželkou organizovali turistický oddíl a vymezovali i značili nové trasy přírodními scenériemi v širokém okolí i jinde v podkrkonošském kraji.

Pan V. se narodil jako nejmladší ze tří sourozenců. Ti již ale zemřeli. Nejstarší sestra ve věku dvaceti let zemřela na onemocnění tuberkulózou, bratr ve věku 45 let na rakovinu plic.

Matka zemřela ve věku 50 let na cévní onemocnění, když bylo panu V. 17 let. K matce měl silnou citovou vazbu. Pokud jeho porucha paměti byla ještě mírná, často o ní hovořil. Později v pokročilém stadiu demence, kdy už trpěl těžkou agnózií, často matku volal. Ostatní rodinné příslušníky také nepoznával. Dokonce někdy paní E. v některých chvílích, zejména v terminálním stadiu, považoval za svou matku a oslovoval ji jejím jménem.

Jeho otec o deset let později podlehl rakovině tlustého střeva. Otec byl autoritativní a dominantní člověk, přísný a nesmlouvavý právník. S ním byl pan V. v časté rozepři, neměl rád,

když mu otec stále přikazoval a on ho musel na slovo poslouchat. Matka byla žena v domácnosti, v manželství měla spíše submisivní postavení. Byla mírné a láskyplné povahy. Kompenzovala otcovu striktnost a racionalitu, ale i ona měla smysl pro morálku a poslušnost. Matka z matčiny strany se dožila asi 80 let a dle výpovědi některých rodinných příslušníků trpěla silnou „sklerózou“ - tak se stařecké zapomnětlivosti nebo poruchám paměti spojeným s dezorientací ve stáří dříve říkalo. Jinak příslušníci jeho širší rodiny si nejsou vědomi, že by někdo z předchozích generací trpěl obdobnou poruchou. Jeho strýc (bratr matky) snad trpěl schizofrenií.

Pan V. se oženil ve věku 32 let. Oženil se s učitelkou, která vyučovala na základní škole na druhém stupni fyziku a chemii. Zůstali bezdětní. Manželka mu deset let před vypuknutím jeho nemoci náhle zemřela.

Pan V. její ztrátu zpočátku těžce nesl, ale situaci kompenzovala častými návštěvami neteř (dcera jeho bratra), a to zejména v době, kdy ovdověl. Snažila se mu všemožně pomáhat.

Pečovala o něho také ve chvílích, kdy onemocněl Alzheimerovou chorobou. Později se ale rozhodla a souhlasila, aby byl strýc umístěn do domova důchodců, specializovaného na nemocné s demencemi. Sama již byla velmi vyčerpaná a celou situaci stále méně zvládala.

### ***Průběh nemoci***

Primární premorbidní symptomy se dle jeho neteře a její dcery začaly projevovat pomalu a plíživě v době, kdy ovdověl a přestal pracovat i „vypomáhat“, tj. v době, kdy pobýval stále častěji sám. Psychická nebo fyzická zátěž bývá často určitým spouštěcím faktorem této nemoci (samozřejmě ne jediným) tak, jak je možné pozorovat v praxi i u jiných nemocných. Mezi tyto symptomy se řadila především stále se prohlubující porucha paměti. Rodina takového člověka zpočátku usuzuje na běžné stařecké zapomínání. Benigní stařecká zapomnětlivost se ale liší od patologického zapomínání. Nepamatoval si, co se dělo před chvílí, neustále něco hledal, nevěděl, kam to schoval, od dokladů přes běžné předměty až po finance. Stále u něho narůstala podezřívavost, která přerůstala v blud, že u něho v bytě někdo něco odcizuje, protože stále něco hledal. Když např. peníze našel, uschoval je „pro jistotu na jiné místo“. Druhý den peníze opět nenašel, neboť si nepamatoval, kam je uschoval. Tyto chvíle zapomínání se zpočátku objevovaly občas. Přicházela i období, kdy věci měl na stálém místě a celkem dobře věděl, kde jsou. Propady v paměti a podezřívavost se ale objevovaly stále častěji. Jeho premorbidní osobnost vykazovala občas známky zloby a agrese. Ty se takovými situacemi a nedorozuměními zesilovaly. Někdy i při sebemenším odporu vůči němu byl během chvíle podrážděný. Zesiloval hlas, celé jeho tělo se roztřásl, jakoby se mu zakalil zrak a zeslábl sluch. */Pokud v takové chvíli nezměníme strategii přístupu, jen těžko a pomalu se takový člověk uklidňuje. Ve*

*chvíli, kdy došlo k nedorozumění, z vlastní zkušenosti vím, že je dobré zpomalit pohyby i rychlost řeči, zůstat klidný, naladit příjemně hlas a postupně odvádět pozornost od konfliktní situace jiným směrem. Velmi záleží na tom, jak se v takové situaci zachováme, neboť tento člověk dobře ví a cítí, jak to s ním myslíme/.*

Postupně byla patrná i ztráta motivace. Nebyl již tak aktivní, omezil turistické výlety, přestával číst, poslouchal jen pasivně televizi nebo rádio naladěné na hudební stanici. Zpočátku četl, ale nevěděl co. Později to byly jen titulky a nadpisy článků, až ztratil zcela zájem o četbu.

Začal být anxiozní, měl obavy jít si koupit něco do obchodu, jít pro noviny, pro léky apod., neboť se domníval, že už danou situaci nezvládne. Když nakupoval s neteří, dával do košíku vše, co uviděl, bez rozmýšlení, co mu pod ruku přišlo. Přestal pravidelně užívat léky (na hypertenzi, na odvodnění), protože je zapomínal užívat, přičemž ale byl přesvědčen, že si je bral. Někdy si jich naopak vzal více, než byla předepsaná denní dávka. V takovém případě vykazoval prvky zmateného chování, případně byl apatický. Tyto deficity paměti pak bagatelizoval, kamufloval se slovy: „*Vždyť se nic nestalo*“ nebo „*To není pravda*“ apod.

Z počátku byly ku pomoci lístečky s návody, kdy, co a jak má dělat. Vzkazy se týkaly léků, snídaně, oběda, večeře apod. Občas na ně reagoval a učinil, co bylo třeba. Později lístky nečetl, situaci neulehčilo ani zavěšování vzkazů nad jeho postel, dokonce ani kontrola po telefonu. Vždy odpověděl kladně na danou otázku, ale nikdy tak neučinil, protože vzápětí vše zapomněl. Nedokázal sčítat, ztratil přehled o vlastním hospodaření s penězi. Občas také luštil křížovky. Zpočátku zapsal správné slovo do příslušného řádku nebo sloupce. Později jen bezděčně zapisoval do čtverečků písmena, tak jak ho napadla. Když se k tomu jiný den vrátil a měl „světlou chvíli“, byl velmi překvapen, co tam napsal. Později ale zájem o luštění ustal.

V komunikaci se stále opakoval. Vyptával se několikrát za sebou na jednu a tutéž věc. Chtěl něco důležitého říci, řekl první dvě až tři slova např.: „*ráno jsem viděl...co jsem....něco chtěl...*“ a začal se zlobit, protože si už nemohl vzpomenout, co vlastně chtěl sdělit. V takové chvíli vždy býval bezradný, bezmocný a nešťastný. Postupně také klesal zájem o hygienické návyky, což bývá častým jevem u takto nemocných. Když se pan V. měl mýt, silně odmítal, odporoval a projevoval averzi. Neteř se ho jednoho dne snažila násilím zavléci do koupelny, on se ale silně bránil, až jí udeřil rukou do zad.

Veškerou aktivitu postupně vnímal jako „nucení“ k činnosti a „spiknutí se“ proti němu. Tento stav byl střídán stavem senzitivity a úzkosti. V tomto případě se rozplakal a chvějícím se hlasem řekl: „*Nemáte to se mnou jednoduché, pomozte...*“

U tohoto nemocného byla velmi zřejmá a častá emoční instabilita. Stále méně zvládal denní činnosti a základní aktivity, rozhodla se jeho neteř vyžádat pomoc u lékaře a později u pečovatelské služby. Na lékaře se jeho rodina obrátila až v době, kdy jeho stav byl dost

pokročilý. Neteř přiznala, že důvodem byl nedostatek informací o této chorobě a také fakt, že se za strýce styděla.

Do té doby byl pan V. léčen pouze pro hypertenzi. Celý život byl celkem zdravý až na apendektomii asi ve 30 letech. *Mnoho rodin včas nevyhledává lékařskou pomoc, protože se za nemocného stydí. Dokonce jej mohou i skrývat - zejména v menších městech a na venkově, kde se všichni lidé dobře znají. Další důvod bývá ten, že se rodina domnívá, že tyto symptomy patří ke stárnutí a stáří, přestože se jedná o tak náhlou proměnu blízkého/*

### **Určení diagnózy**

Pan V. byl vyšetřen na neurologii v roce 1996, 4 roky od propuknutí primárních symptomů demence. V testu Mini-Mental State dosahoval 17 bodů, což svědčilo pro závažnou poruchu kognitivních funkcí. V testu na aktivity denních činností již vykazoval značnou závislost na druhých osobách. CT mozku prokázalo atrofii mozkové kůry, SPECT nebyl proveden, laboratorní vyšetření bylo v normě a vyloučilo sekundární příčinu demence.

### **Další průběh onemocnění**

Pacient v tuto dobu užíval Selegilin a Piracetam. Stav se nezměnil, pan V. byl po ránu spavý, nezlepšoval se ani nezhoršoval. Za rok došlo k další progresi. To byl již v péči nejen neteře, ale i domova, který byl pobočkou České alzheimerovské společnosti.

Stále bydlel ještě ve svém bytě. Ve spodním prádle bloudil kolem domu, v centru města, které 50 let dobře znal. Netrefil domů, známí lidé jej přiváděli zpět. Vyšel si polonahý do prudkého deště, bez deštníku, když ho neteř našla pod stromem ve spodním prádle schouleného a třásl se zimou. Odvedla ho do domů, dveře jeho bytu byly jen lehce pootevřené, klíče pevně svíral v ruce. Chvilí je odmítal vydat. To už se ale pan V. nebránil. Vstoupili dovnitř, pan V. byl opět ve známém prostředí, nabyl pocitu jistoty a zredukovala se obava z ohrožení. Neteř ho teple oblékla a během několika minut v křesle bez jediného vzdoru a slova usnul. Z prochladnutí neonemocněl. Poté se neteř k němu nastěhovala, přestala chodit do práce. Sama se v minulosti léčila pro středně těžkou depresi po autohavárii. Péče o strýce ji velmi vyčerpávala, neboť on se v noci často budil, mluvil a nahlas vykřikoval. To už se projevovaly halucinace a bludy. Hovořil k lidem, kteří tam nebyli přítomni. Většinou zaznívala jména jeho bývalých přátel nebo zcela neznámá. Celé hodiny dokázal ťukat na zeď, někdy močil na zeď či na zem, kdekoliv se nalézal. Neteř byla stále více vyčerpána, trpěla ztrátou smyslu a pocitu bezmoci z nelepšící se strýcovy situace.

Paranoidní blud se opět vynořil ve větší intenzitě a míře. Byl přesvědčen, že ho neteř okrádá, že se domlouvá s cizími lidmi na postupu, jak mu odcizit majetek, zejména peníze a vkladní knížky. Vše co nemohl najít, přičítal spiknutím „jistých neznámých osob“ nebo přímo neteři. V rozhovorech si neteř nejvíce stěžovala na to, jak je těžké nést závislost druhého člověka, která

ji bere mnoho energie. Bytostně se jí dotýkala napadení a obviňování z krádeže nemocným strýcem. Nakonec se rozhodla ho umístit do specializovaného domova. V té době byl tento člověk dezorientovaný i ve vlastním bytě, trpěl občasnou inkontinencí, halucinacemi, paranoiou. Pokud pobýval doma sám, musel mít byt zabezpečen, např. mít vypnutý plynový spotřebič, aby si nezačal ohřívat třeba vodu na kávu. Tuto aktivitu občas ještě zvládal, neboť rutinní činnosti a dovednosti zůstávají dlouho zachovány.

Jeho řeč byla jednoduchá, ale stále užíval spisovný jazyk tak, jak dříve hovořil. Věty ale byly nesouvislé. Myšlení často inkohorentní. /Tito lidé ale mají občas „světlé chvílky“ a překvapí naprosto zdravým racionálním úsudkem./ Někdy se snažil vyprávět a něco sdělit o dějinách křesťanství v podkrkonoší, ale význam a obsah sdělení nebyl srozumitelný. Jindy si prohlížel např. fotografie hradů a zámků. Když před ním byla fotografie Hrádku u Nechanic ve východních Čechách, rozzářil se a zvolal: *“To je....to... naše škola!”*

Při poslechu vážné hudby býval často dojatý, někdy silně emočně reagoval např. pláčem. Stávalo se, že někdy ve světlé chvílce děkoval se slzou v očích a za odměnu v prosinci posílal paní E. na jeho zahradu, aby si natrhala třešně, s komentářem, že je v tomto roce mimořádně silná úroda, aby si natrhala, co unese.

Jeho stav byl velmi kolísavý. /*Průběh této demence není u všech pacientů identický. Je sice popsán průběh nemoci tak, jak byl uveden v předchozích kapitolách, ale průběh nemoci se individuálně liší. Křivka propadu nemoci se různí, u někoho často nastává propad, u jiného je průběh konstantnějšího charakteru. Jiný je dlouho stabilizován a po několika letech dojde k prudké nebo jen mírné progresi.*

U pana V. navíc byla poměrně dlouho zachována verbální složka oproti ostatním deficitům kognitivních funkcí, jež stále progredovaly. Agresivní ataky začaly střídat apatie, stav nečinnosti a potřeba spánku během dne. V noci naopak trpěl nespavostí (i přes podávání léků na spaní). Nedokázal se sám obsloužit, často ani nevěděl, k čemu slouží lžice nebo ručník. Bloudil i ve vlastním bytě, začal nepoznávat lidi kolem sebe včetně těch, které důvěrně a dlouho znal. Nepamatoval si, kdo ho dnes navštívil, co dělal, co jedl, ale dobře vnímal to, jak s ním lidé hovořili a jakou měli náladu. Pokud přišli s úsměvem, nepřiměřeně reagoval. Měl intenzivní emocionální reakci, usmíval se a nepřiměřeně dlouho tiskl ruku.

*/Je vhodné upozornit a informovat rodinu o adekvátním přístupu k nemocnému, jak s takovým člověkem jednat a komunikovat. Pokud je v silném obranném postoji jako tento klient a nechce-li spolupracovat např. při vykonávání základní hygieny, je vhodné hygienu odložit a po chvíli v pozitivním přístupu pokračovat. Neboť tím, jak ubývá verbální schopnost klienta, je stále více „nastaven“ na nonverbální projevy komunikace, s tím se dá dobře pracovat, ale u všech pacientů nemůžeme používat identický model přístupu./*

*/Např. u jiného takto nemocného člověka, který trpí ztrátou zábrán a vzhledem k premorbidní tendenci k hypersexualitě, tento přístup, který využívá pohazení, stisku, laskavosti a tím snižování pocitu úzkosti nemocného, může evokovat erotické tendence, obzvláště, je-li pečovatelem žena.*



V roce 1998 byl na žádost neteře převezen do domova pro obyvatele s demencí. Při převozu automobilem byl značně rozrušený. Byla to pro něho zátěž vzhledem ke snížené adaptabilitě. Nemocný žil v nestrukturovaném světě, plném informací a podnětů. Nebyl schopen toto vše zpracovat a třídit, proto mu vyhovovalo známé, stálé, jednoduché a strukturované prostředí, kde pocítil bezpečí a jistotu, nikoli ohrožení. Potřeboval, aby se denní situace pravidelně strukturovaně opakovaly, aby se alespoň s tím, co mu ještě „zbylo“, dokázal adaptovat a nepocíťoval úzkost.

Při převozu a při vstupu do budovy, kudy vcházel podpírán holí, vykřikoval nesouvisle, že jede na exkurzi do pivovaru, ačkoli nikdy před tím nijak zvlášť alkoholu neholdoval. Odmítal se převléknout s tím, že mu bylo přislíbeno pivo. Zaměstnanci domova mu nakonec doručili skleničku piva a od této chvíle, kdy dosáhl svého, se uvolnil a byl zcela apatický. V novém domově měl zpočátku tendenci odcházet a utíkat. Záhy ale došlo k propadu v motorické složce osobnosti, stále obtížněji se pohyboval. Během několika měsíců zůstal upoután na vozík. Celé hodiny apaticky hleděl z okna do jednoho místa. Nedokázal již přečíst, kolik je hodin, v Testu hodin nebyl schopen zakreslit ručičky ani čísla, namaloval pouze několik nesouvislých čar přes část papíru. Na dotaz kolik mu je let odpověděl: „*To už ani nevím*“ a netrápil se tím, že to neví, neboť již dávno ztratil náhled na svou nemoc. Jindy ale odpověděl, že mu je asi 40 let. Pokaždé býval překvapen, když mu bylo sděleno, jaký se píše letopočet. To byl plný údivu a úžasu. Bylo zcela jasně registrovatelné, jak je nad tímto faktem udiven, jakoby se mu nechtělo věřit, že se již píše rok 1999. Nemohl pochopit, jak je to možné. Vzápětí ale zapomněl. V tuto chvíli člověk nabýval pocitu, jakoby chtěl říci - tak to jsem se dožil tak vysokého letopočtu. Stejným údivem reagoval vždy, když se k této otázce opět dostal.

Někdy míval neklidný spánek (i přes den) a ze spánku volal matku nebo souvisle vykřikoval, že ho všichni zaměstnanci musí poslouchat. Přitom s sebou házel a rozhazoval rukama.

Byl dezorientovaný v čase, prostoru, nečetl, plně inkontinentní, porušené bylo též konkrétní i abstraktní myšlení. Stále častěji se objevovaly halucinace.

Jednoho dne byl velmi agitovaný, podrážděný a nechtěl spolupracovat, tj. jíst, vzít léky atd. Začal nesouvisle a s emočním zaujetím hovořit, že pod okny leží zástupy raněných, protože je válka (kterou on zažil). Dokud nebudou ranění ošetřeni a někdo mu nepodá zprávu, jak se jim daří, odmítal spolupracovat a stále se opakoval. Byl rozrušený, neklidný a intenzívně zaměřený na „ubohé raněné“. Když mu jeden z hochů, který byl zaměstnán jako pracovník civilní služby, „podal zprávu“, tak se pan V. uklidnil. Po takovýchto obdobných situacích, kdy ho toto vypětí stálo mnoho úsilí i energie, usnul a po zbytek dne byl apatický. Často také používal neologismy, ale později spíše převládala tendence nekomunikovat.

Přestával rozumět okolí, i když se s ním hovořilo krátce, výstižně a opakovaně. Sám se nenajedl, musel být krmen, zůstal upoután na lůžko, tvořily se mu dekubity (zejména na patách), stále více spal, méně jedl, později přestal přijímat i tekutiny.

Po dvou letech pobytu v domově a po 8 letech od vzniku primárních symptomů nemoci - zemřel.

## **7.2 Ib**

V další kazuistice se jedná o muže pana K., který onemocněl Alzheimerovou chorobou zhruba před čtyřmi roky, ve věku 58 let.

### ***Rodinná anamnéze***

Matka pana K. trpěla demencí (dříve laicky řečenou „sklerózou“), ale až ve vyšším věku - 78 let. Otec poruchou paměti nebo orientace netrpěl, zemřel ve věku 65 let na cévní mozkovou příhodu. Jediná sestra pana K. je zcela zdravá.

Nyní je mu 62 let, ženatý, dvě děti - syn a dcera ve věku 30 a 32 let, vzdělání středoškolské. Zaměstnán byl jako vedoucí pracovník jednoho velkokapacitního kravína, kde mu bylo podřízeno zhruba 20 pracovníků. Toto pracoviště bylo poněkud rizikovým, neboť mnoho zaměstnanců zde odcházelo do předčasného invalidního důchodu. Pracovištěm se linul charakteristický zápach čpavku.

### ***Vznik nemoci***

Zhoršení jeho somatického i psychického stavu předcházela důležitý moment - v březnu prvního roku nemoci. Náplní práce pana K. mimo jiné bylo čerpat dezinfekční prostředky pro dojící zařízení, kde se používají dva přípravky. V jedné lahvi ale byl ještě zbytek jedné tekutiny a on ji dolil tou druhou – nesprávnou. Posléze došlo k chemické reakci s následným výparem, který pan. V. několikrát vdechl. Nadýchal se v podstatě toxických zplodin. Po následné intoxikaci byl hospitalizován pro nauseu, silné bolesti hlavy a plicní edém. Byl hospitalizován na JIP ve městě nedaleko Prahy, kde žije. Již v nemocnici se začal chovat velmi podivně, sděloval lékařům, že ví, že se jedná o rakovinu. Neustále domněnku opakoval a také se choval, jakoby prožil šok.

Po propuštění z nemocniční léčby se jeho stav stabilizoval, avšak byl na určitou dobu v pracovní neschopnosti. Po nějakém čase opět začal docházet do práce.

Primární symptomy choroby poměrně prudce nastoupily poprvé před 4 lety, a projevíly se právě v době, kdy jeli společně se svou (o pět let mladší) manželkou na dovolenou. V neděli před pondělním odjezdem se rozhodovali, zda je vhodné vůbec odjet, neboť matka pana K. byla v těžkém zdravotním stavu. Přesto ale nakonec pan K. s manželkou odjeli. Nebyla to

první společná dovolená v Itálii. Nejednalo se ani o první dovolenou na tomto místě, tedy se nešlo o pobyt ve zcela neznámém prostředí.

Podivné způsoby chování se začaly projevovat již během jízdy v autobuse. Jeho manželka při jízdě podřimovala a kdykoliv se probudila, seděl s „vytřeštěnými“ očima, jevil známky nejistoty, strachu a obav, přestože se jednalo o klidnou, nestresující jízdu. Když se po příjezdu na místo ubytovali ve stanu, začal být pan K. silně dezorientovaný. Netrefil do vlastního stanu, byl zmatený, vnikal do stanů okolních sousedů, zapomínal věci, choval se jako podnapilý. Okolní lidé se velmi podivovali jeho neobvyklému způsobu chování. I jeho manželka si zpočátku myslela, že se někde napil. Posléze se ale ukázalo, že je zcela střízlivý a že jeho neobvyklé způsoby chování nemá na svědomí alkohol.

Na dovolené mu manželka musela stále něco ukazovat a opakovat, zejména kde se nachází běžné věci, protože vše opakovaně zapomínal.

Tímto rychlým nástupem symptomů je odstartován počáteční rozvoj jeho nemoci.

### ***Průběh nemoci***

Po návratu z dovolené se dozvěděli, že matka nemocného pana K. zemřela. Pan K. šel po tomto oznámení do garáže pro automobil. Manželka čekala, tak jak se domluvili, až pro ni přijede a pojedou spolu k příbuzným. Po půl hodině čekání zavolala synovi pana K., že na ni manžel zapomněl a s největší pravděpodobností bez ní odjel. Syn ji následně odvezl k příbuzným. Když přijeli se synem do vedlejší vesnice, setkali se tam již s panem K., který na domluvu s manželkou skutečně zapomněl. Zpáteční společná cesta automobilem byla až nebezpečná, neboť pan K. autem smýkal ze strany do středu vozovky, neakceptoval pravidla silničního provozu, jeho reakce byly zpomalené, nepředjížděl a řídil celkově velmi nejistým a ohrožujícím způsobem. Při této zpáteční cestě měl pan K. zastavit u domu, kde bydlí jejich syn. On ale zastavil u zcela jiného, o mnoho domů dál. To už syn vystoupil ze svého vozu, zaparkoval jej před domem a nabídl otci, že ho v řízení vozu vystřídá.

Doma a při pobytu ve známém prostředí se opět „zklidnil“ a po nějaký čas opět chodil do zaměstnání. Často ale něco zapomínal, nevěděl, kam danou věc položil. Manželka pana K. to považovala za stav, kdy je přepracován a každý je dle jejího mínění někdy „popleta“, neboť on často a dlouho pracoval. Jeho zapomnětlivosti se občas zasmáli, brali ji jako „příspěvek k pobavení“ při setkávání s přáteli nebo s rodinou.

### ***Určení diagnózy***

Mnestické obtíže se ale postupně zhoršovaly, proto vyhledal pan K. na doporučení manželky praktického lékaře. Lékař zhodnotil jeho stav jako normu. Po zprávě, že je pan K. zdravý, se jeho manželka začala obviňovat, že je ona viníkem celé situace a že je to ona, která na něm

stále něco vidí. Nikdo jiný zatím změny pana K. nepozoroval. Dlouho se s jeho problémy konfrontovala, až dospěla k závěru, že jeho zdravotní stav není a nemůže být v pořádku. S postupem času jí změny v chování pana K. už potvrdili sousedé i přátelé. Tentokrát vyhledala osobně praktickou lékařku a ta následovně poslala pana K. na neurologické vyšetření. Na neurologickém vyšetření byla zjištěna atrofie mozkové tkáně a závěrečná diagnóza zněla - organický psychosyndrom.

### ***Další průběh onemocnění***

Pan K. později stále více selhával i v pracovní profesi, kdy jako účetní nedokázal přesně počítat. V pracovní době odjel domů, zabloudil a objevil se u rodinné přítelkyně. Situaci vysvětlil pan K. tím, že ji přece přišel pozdravit. Pan K. začínal trpět strachem a nejistotou např., když kdy ho manželka posílala nakoupit do nedalekého obchodu. V takovém případě měl v očích výraz strachu a obav. Manželka pana K. si začala klást otázku, jak může zvládat svou profesi, když řídí a rozhoduje o tolika zaměstnancích? V zaměstnání totiž chyboval v dokumentaci, účetnictví, nezajistil dovoz materiálu, který se vůbec nedovezl, nebyl ani zapsán v evidenční listině atd.

Později - zhruba po pěti letech práce v zemědělském družstvu si vzpomínal na konflikty. Bylo to v době, kdy byl nemocný a jeho podřízení ho přestávali respektovat. Velice těžce to nesl, protože vzhledem k mnestickým obtížím nechápal příčinu, ale dobře percipoval chování spolupracovníků vůči sobě. Tyto konflikty se často promítaly v jeho snech. Jeho pracoviště bylo pak vždy spojováno s negativním obsahem. Možná také proto, že tam prožil onu intoxikaci spojenou s nepříjemným zdravotním stavem a zážitkem.

Dva roky docházel pan K. v doprovodu své manželky na občasné kontroly k praktickému lékaři a neurologovi. Žádná specifická léčba však zahájena nebyla. Zdravotní stav pana K. (tak jako u ostatních pacientů s Alzheimerovou chorobou) kolísal.

Po dvou letech získala manželka pana K. kontakt na Českou alzheimerovskou společnost (dále jen ČALS) v Praze. Kontakt získala manželka od své psychiatricky, u které se léčila pro mírnou depresi. V informačních brožurách ČALS se dočetla, jak se chová pacient s Alzheimerovou chorobou. Do té doby takové informace velmi postrádala. Získala náhled na situace, které nechápala (např. když její manžel není schopen se obléknout nebo když si v koupelně bere její ručník) a zjistila, že je to součástí nemoci. Prostřednictvím poradny a konzultací s odborníky v ČALS se dozvěděla, že její podezření vůči manželovi jsou oprávněná. Tím se zmírnily její pocity viny a uvědomila si, co vše je součástí nemoci jejího manžela.

V této době byl již pan K. v plném invalidním důchodu. V ČALS dostala manželka pana K. kontakt na prof. P. Zvolského, který po sérii vyšetření potvrdil, že se jedná o Alzheimerovu

demenci. Pak začala docházet paní K. do svépomocné skupiny, kde získávala cenné informace o průběhu nemoci a jak o svého manžela pečovat. Zde se mohla přesvědčit, že takto nepečuje jen ona sama, ale i jiní lidé. Naučila se i se svým mužem vycházet na procházky v okolí domova, aniž by ji tolik zraňovaly reakce okolí, zejména v menším městečku, kde se všichni dobře znají. Naučila se nevyvracet manželovi představy, že ona není jeho manželka nebo ho nekárat za neustálé zapomínání atd. Zpočátku se domnívala, že když něco 30 let vykonával, tak že to musí vědět i nyní, že je to jen jeho pohodlnost, ale posléze pochopila, že situaci musí vidět z jiného úhlu a přesvědčila se o nesprávnosti svých dosavadních úvah.

Po následném vyšetření neurologem a psychiatrem byla zahájena léčba pana K. Do současné doby užívá Geratam, Tanakan a Aricept. Zpočátku užíval Excelon, ale po určitém čase přešel na léčbu Ariceptem, neboť při užívání Excelonu ho trápily nežádavé účinky.

Jeden rok byl pan K. v pracovní neschopnosti, poté mu byl přiznán plný invalidní důchod. V tomto období se poměrně zklidnil, neboť dojíždění do zaměstnání a konflikty na pracovišti jej vysilovaly, byl ještě více úzkostný a trpěl obavami ze všech úkolů a povinností, které jej čekaly. Domov je pro něho známé prostředí a není zde tolik vystaven rozhodování, které je pro takto nemocné velmi nesnadné, a ještě více je činí nejistými. Z pracovní činnosti měl evidentně strach vzhledem k nesnadnému rozhodování, konfliktům spojených s vydáváním, často pro podřízené, nesmyslných příkazů, tak jak již výše bylo uvedeno navzdory tomu, že v premorbidním období byl uznávanou autoritou. Později se zcela přestal zajímat o informace kolem jeho bývalého pracoviště (např. co kdo dělá, zda kravín vůbec stojí a je v provozu atd.). Tento muž již od mládí vášnivě luštil křížovky a schopnost luštit mu ze všech jeho schopností a dovedností zůstala nejdéle zachována. První tři roky nemoci luštil téměř bez obtíží, i když už bloudil, nepamatoval si, co jedl k obědu, přestal poznávat přátele i příbuzné. Teprve od listopadu loňského roku se tato schopnost luštit zhoršila. Nejprve se to projevilo tak, že měl stále nižší motivaci k luštění. Na druhou stranu on sám viděl, že se mu tato činnost nedaří, proto od ní začal ustupovat, aby nevyšlo najevo, že už ani luštit neumí. Křížovky vypadaly tak, že zpočátku vyluštil celou křížovku, později jen její některé části. Poté doplnil správně již jen některá slova, postupně doplňoval slova beze smyslu, nevhodná a neodpovídající zadání. Dále do jednotlivých čtverečků zaznamenával jen písmena zcela nahodile, tak jak ho v tu chvíli napadla. Nakonec do jednoho čtverečku napsal dvě i tři písmena současně, další řádek zůstal prázdný a opět náhodná písmena nebo slova bez významu. Pokud se jeho stav aktuálně přechodně vylepšil, občas se trefil správným slovíčkem, ale tato schopnost zdárně doplnit správné slovo se snižovala, až se z luštění stala určitá „mechanicita“ s doplňováním jakýchkoliv písmen náhodně zapsaných do okének. Jeho zájem o luštění v současné době zcela

poklesl. Navíc vnímal tuto skutečnost jako sníženou schopnost vidění. Stěžoval si, že dobře nevidí a proto nemůže luštit. Vyšetření u očního lékaře ale nepotvrdilo zrakovou vadu.

Podobně je to i se čtením hodin. V minulosti nosil náramkové hodinky vždy na ruce, obvykle je neodepínal ani v noci. Zhruba před rokem a půl je sundal z ruky a odmítl je nosit. Než aby se traumatizoval tím, že není schopen přečíst aktuální čas, raději hodinky odložil, aby se vyhnul nepříjemným situacím. V současné době na dotaz „kolik je hodin“ odpoví cokoliv za hodinu, která jej napadne. Pokud by ho dotazovatel upozornil na chybu, velmi by zneklidnil a byl by celý nesvůj.

První oblast, kterou brzy po vzniku nemoci nezvládl, bylo řízení motorového vozidla. Protože věděl, že je to něco, co už nezvládá, nepokoušel se i přesto automobil řídit. Fakt, že řízení nezvládal, mu byl krajně nepříjemný a nechtěl si přiznat, že to již nezvládá. A proto již tuto aktivitu včetně dalších podobných aktivit nevyhledával.

Další nezvládnutou činností, během prvního roku nemoci, bylo čtení novin, které v minulosti s pravidelností pacient četl. Zaměřoval se zejména na informace o sportu. Během jednoho roku klesl zájem o čtení z novin, protože přestával číst a poznávat písmena, nerozuměl obsahu a nic si nepamatoval. Nejdéle dokázal luštit křížovky, neboť zde se mohl dlouho opírat o informace uložené v dlouhodobé paměti.

Po roce trvání nemoci již nebyl schopen sám vycházet z domova, neboť by zabloudil a nevěděl kudy zpět.

V současné době je v péči jednoho pražského denního stacionáře, jeho manželka péči o něho těžko zvládá, sama se léčí pro depresi a dochází na psychoterapii.

V současné době má pan K. test MMSE 10 bodů, je silně mnestický, dezorientován, trpí fatickou poruchou. Nepoznává prostředí i známé osoby. Jeho velkou jistotou je však jeho manželka, která o něho po čtyři roky pečuje a to ponejvíce sama.

### **7.3 Ic**

V této kazuistice uvádím příběh ženy, která onemocněla smíšenou formou demence, tj. demencí vaskulární a demencí Alzheimerova typu.

#### ***Rodinná anamnéza***

Jedná se o ženu, paní O., která onemocněla demencí v 70 letech. Povoláním účetní, vykonávala administrativní práce. Vystudovala nejprve rodinnou školu, později obchodní akademii. Pocházela z 5 dětí, přičemž matka a dva sourozenci též onemocněli demencí (dříve nazývanou „sklerózou“), provázenou poruchou paměti, zmateností a dezorientací. Paní O. byla vdaná za středoškolského profesora, z tohoto manželství vzešlo jedno dítě.

Její premorbidní osobnost vykazovala prvky dominance, autoritativnosti a výraznější temperament.

Její dcera uvádí, že když bylo matce padesát pět let, tak jí přivázela o prázdninách děti (2 vnoučata) za účelem hlídání. Matka ji vždy vítala se slovy: „*To jsem ráda, že už jsi tady*“, neboť péče o děti ji velmi unavovala a zatěžovala. S hlídáním jí musel pomáhat manžel. Ten se dětem věnoval, připravoval pro ně rozličné hry a činnosti.

### ***Vznik a průběh nemoci***

Paní O. a manžel se pravidelně setkávali s přáteli. V této době se stávalo, že společně hovořili na různá témata, např. o filmu, který proběhl v televizi. Paní O. se začala nepřesně vyjadřovat a zkresleně interpretovat události. Manžel ji proto stále - i když elegantně a jemně opravoval. Příslušné události uváděl na pravou míru. To ale ona těžce nesla a vznikaly konflikty.

Zdravotní stav paní O. se zhoršil, když jí bylo sedmdesát let. Přestože již nerespektovala pravidla silničního provozu, požadovala, aby jí rodina k narozeninám zakoupila malý motocykl. Domnívala se, že když ji ostatní účastníci silničního provozu vidí, tak se nemůže nic stát. Dosud jezdili s manželem často na cyklistické výlety a sportovali, takže byla v celkově zdatné fyzické kondici. Rodina jí tento motocykl odmítla koupit, což jim nemohla zapomenout. Do doby, co jí paměť ještě sloužila, jim to vyčítala.

Dokud žila společně se svým manželem, mobilizovala své síly. Za pomoci manžela zvládala činnosti v kuchyni. Když ale manžel onemocněl rakovinou, nebyla schopná se o něho postarat. Do této doby jí manžel hlídal, radil a dohlížel na finance, poštu atd. Když ulehl, volal na ni z postele, aby se podívala např. na maso, zda už bude hotové. Co jí manžel řekl, to udělala. Většinou se rady týkaly činností v kuchyni a domácnosti. Když ale dcera chtěla naučit paní O. jak má s otcem na lůžku zacházet, nikdy se to nenaučila a nic si z toho nezapamatovala. */Činnost v kuchyni byla totiž záležitostí dlouhodobé paměti, kdežto péče o manžela se týkala využívání krátkodobé paměti. /*

Po smrti manžela její choroba progredovala. Tím, že manžel hospodařil s financemi, platil nájem, vedl v evidenci poštu, platby atd., nedokázala z těchto záležitostí nic vyřídit. Byla železná neděle a paní O. dala do železa novou pračku, vyhazovala vše co ji „přišlo pod ruku“.

*/V této fázi je zcela zřejmé, že se jednalo o poruchu úsudku. S rozhodováním o záležitostech a o tom - co se hodí a nehodí - měla problém již v mladším věku, nyní však tato problematika nabyla zřetelnější povahy./*

*/Do popředí vystupuje problém, se kterým se členové rodiny různě dlouhou dobu vyrovnávají. Jde o změnu v citovém vztahu k členovi rodiny, jenž onemocněl demencí. U dcery se začíná vytrácet prvek rodičovské autority spojený s úctou a zvykem poslouchat a přijímat rady. Místo toho u ní vzniká soucit a lítost nad degradující lidskou osobností matky. /*

Po smrti otce k ní dojížděla dcera, zpočátku jednou týdně, poté stále častěji. Před dcerou vždy paní O. zmobilizovala veškeré své síly, po jejím odjezdu se vždy její zdravotní stav zhoršil.

### ***Určení diagnózy***

Paní O.: dle rentgenu srdce a plic se ukázalo, že jde o sklerotické změny v cévách. Při pobytu v gerontologickém centru a dle dalších vyšetření se prokázalo, že se jedná o kombinovanou formu demence vaskulární a Alzheimerovy demence. Paní O. odmítala jakoukoli medikamentózní léčbu. Na mnoho léků, které během svého života brala, byla alergická. Trpěla také varikózními komplexy a léčbu Cilkanolem či Anavenolem odmítala, zejména po manželově smrti. Měla též obavy, že bude mít na lék alergickou reakci a s ní spojené nepříjemné stavy.

Fyzicky byla vždy velmi zdatná, nemoci se týkaly spíše nějakého úrazu (např. úraz obličeje, infrakce stydké kosti). Prodělala lehkou cévní mozkovou příhodu. Cévní obtíže ji neomezovaly a nebyly tak veliké, aby s nimi byla nucena něco dělat.

Ještě v 70 letech chodila do bazénu plavat a také na turistické výlety. Racionální úsudek byl v této chvíli nadále narušen, neboť vycházela např. za velmi horkého nebo mrazivého počasí. Za nevhodného počasí vycházela i na velké vzdálenosti a vracela se unavená. Např. za horkého letního dne se vypravila k přátelům vzdáleným 12 km od jejího bydliště přes pole a lesy. Když k nim došla, dostala tekutiny a přátelé ji odvezli autem zpět domů. Stále více se vydávala na nepřiměřené vzdálenosti do okolí. Její akční radius se ale stále zmenšoval.

Čas, po který mohla být sama, se stále zkracoval. Občas pobývala u své dcery nebo ve svém bytě. Pokud bydlela ještě ve svém bytě, docházely k ní zpočátku dvě sousedky. Jedné z nich ale řekla, že nic nepotřebuje, se druhou došlo ke konfliktu ohledně financí. Přesto na ni dva roky dohlížela další sousedka. Ta jí v poledne podávala oběd, pokud někam paní O. odešla, pozorně sledovala její návrat domů.

Zdravotní stav paní O. se ale postupně zhoršoval, takže když se stalo, že byla dezorientována a netrefila domů, vždy ji někdo ze sousedů nebo okolních lidí přivedl zpět. Bydlela v menším městečku, kde jí většina lidí dobře znala. Celkový stav paní O. se i nadále zhoršoval. Několikrát se stalo, že ji hledala městská policie. Po jednom z těchto incidentů se paní O. přes její nesouhlas přestěhovala ke své dceři do velkoměsta. Fyzický stav paní O. byl ale do poslední chvíle na velmi dobré úrovni. Ještě několik měsíců před smrtí, rodině stále utíkala. Zpočátku tyto úniky směřovaly do jejího vlastního bytu. To už obvykle telefonovala sousedka, že se paní O. objevila ve svém bytě bez klíčů. Sousedka ale pro takový případ vlastnila klíče od jejího bytu, takže ji po telefonické domluvě s dcerou na chvíli v bytě uzamkla do doby, než si pro ni rodina přijela.

Dcera s ní chodila na pěší procházky, zejména do míst, kam chodívali společně paní O. se svým manželem. Posléze se stávalo, že tato místa přestávala poznávat. Sdělovala, že tam



nechce být a tak se vracely s dcerou zpět domů. Později stále více na dceru naléhala, že chce navštívit svou matku. Toto přání ale nebylo možné realizovat, neboť místo, kde paní O. s rodiči žila, bylo zcela k nepoznání změněné.

Dcera uvádí, že v této době v devadesátých letech bylo velmi nesnadné si něco o této nemoci přečíst, případně získat informace o tom, jak pečovat o nemocného člověka.

Paní O. trpěla poruchou krátkodobé paměti, později postupně i paměti dlouhodobé. Vybavovala si již jen útržky vzpomínek. Dlouho zůstala nedotčena rutinní činnost v kuchyni. Když se k obědu připravovaly např. švestkové knedlíky, hrála si s těstem a nebyla již schopna švestku do knedlíku zabalit. Co zvládala dlouho dobře, bylo loupání jablek k přípravě jablečných kompotů. Nejdříve loupání jablek zvládala, pak přestávala vykrajovat jádřince, později oloupala pouze kus jablka, a nakonec jablko vůbec neoloupala a hodila ho i se slupkou do vody. Dokázala též skládat ručníky nebo hadříky. Hrála si s knoflíky, bavlnkami a klubíčky. Bavlnky, klubíčka nebo tužky rozřazovala podle barev, ačkoliv barvy nedokázala pojmenovat. Dále také často párala vše, co se jí podařilo. Např. u kalhot v pase hledala tak dlouho nit, až se jí podařilo jí zachytit a pak už jen párala. Takovým způsobem dokázala některé druhy oblečení zcela zlikvidovat. Případně si rozstříhala šaty, protože se jí nelíbily vycpávky na ramenou. Brala poštu ze schránky a likvidovala ji tím způsobem, že ji buď vyhazovala, nebo roztrhala na malé kousky. V bytě stále něco hledala, vše prohledávala, přenášela, zastrkávala a schovávala na neobvyklá místa. Všechny spotřebiče po odchodu z bytu musela rodina zabezpečit a vypnout. Tak byl byt vždy zabezpečen, aby nedošlo k úrazu paní O. nebo k požáru bytu. Vodu měla v umyvadle, aby ji nenechala po celý den téct případně nevyplavila byt.

Protože tendence utíkat z bytu se stupňovaly, paní O. pobývala na zahrádce. Branka do domu i zahrádky byla trvale uzamčena. Na zahrádce trhala nejen plevel, ale všechny květiny. Tak jí rodina posléze nechala, ať si dělá, co uzná za vhodné, neboť pro ni to byla činnost, pohyb a zábava. Ze zahrádky nezbylo téměř nic, protože vytrhávala i travičku. */Jakékoliv logické zdůvodňování a vysvětlování nemá význam nebo efekt. Je to jen plýtvání energií těch, kteří o nemocného pečují. Pro nemocného nemá toto zdůvodňování význam jednak proto, že tuto informaci zapomene, dále proto, že jí nerozumí. Navíc vnímá dobře to, že je kárán nebo že je poukazováno na jeho určitou nedostatečnost, což má negativní vliv na jeho osobnost. To dokáže ještě umocnit jeho úzkost, obavy a sníží to spolupráci s pečovatelem/.*

Odmítala se i převlékat, proto jí rodina nakoupila bavlněné a jednoduché oděvy, na gumu, bez tkaniček a knoflíků. Pokud jí něco bolelo, např. zuby - nedala to žádným způsobem najevo. Rodina tento stav poznala pouze podle toho, že jí otekla tvář. Každá sebemenší zátěž se ale projevila zmateností, neklidem a celkovým zhoršením kognitivních funkcí.

*/Pro pečovatele může být úleva, když progresse nemoci postoupí natolik, že dotyčný již není schopen sám o sobě či o okolních záležitostech rozhodovat. Pečovatel může nyní rozhodovat a organizovat sám. /*

### ***Další průběh onemocnění***

Po dalším čase již paní O. nevěděla kdo je ona, kdo je její rodina, přestávala komunikovat. Když se jí něco nelíbilo, ohradila se agresivní reakcí - např. udeřila rukou do nejbližšího předmětu. Také trpěla poruchou spánku, proto jí lékař předepsal lék Minithixen, velmi malé růžové tablety. Ty ale ona odmítala užívat. Když se lék přidal do jídla nebo kaše a ona to odhalila, odmítala pak i večerní jídlo, takže situace byla poměrně nesnadná. Často také předstírala, že jej spolkla, přitom jej zahodila pod stůl, zastrčila do kapsy, do povlečení, polštáře apod. Učinila tak velmi rafinovaně, aby to nikdo z rodiny či pečujících nezpozoroval.

Jinak paní O. neměla problémy se zažíváním, měla chuť k jídlu, poměrně silnější postavy. Jedla ráda sladké pokrmy, takže v bytě musely být neustále k dispozici sušenky a jiné sladkosti. Když už někdy vše sladké snědla, hledala cukr a vždy jej našla. /To odpovídá naší zkušenosti, že mnoho lidí s demencí zejména Alzheimerovou chorobou, mají velkou potřebu jíst často něco sladkého, tedy doplňovat energii, jakoby je tato nemoc nadměrně energeticky vyčerpávala. /

Hygienu nerada vykonávala, a když trpěla inkontinencí, odmítala nosit plenkové kalhotky.

Dcera s rodinou velmi bojovaly, aby paní O. nemusela ulehnout. Proto se do poslední chvíle snažila, aby cestou k toaletě mohla využít několik židlí k odpočinku nebo jako opěry. To se rodině skutečně podařilo. Do poslední chvíle byla matka pohyblivá. I když později většinu dne seděla, byla schopná na toaletu dojít.

Když už členy rodiny nepoznávala, často vlastní dceru posílala pryč s tím, že jí danou činnost vykoná „její dcera“.

Chování paní O. – byla v podstatě klidná a usmívala se, pokud se po ní nic nevyžadovalo. Seděla a usmívala se, byla u ní přítomna tzv. tupá euforie. Byla-li vyzvána, aby se šla vykoupat, vždy odpověděla, že se již dnes nebo dokonce před chvílí vykoukala. /*V takových chvílích je vhodné využít jiné osoby, na kterou nemocná osoba „dá“.* / V této situaci to byl vnuk, kterého paní O. vždy poslechla a při zajišťování hygieny lépe spolupracovala. On pro ni byl jistou autoritou, neboť jí připomínal jejího manžela. Večerní hygienu ji přiblížili tak, že otevřeli dveře do koupelny, rozsvítili, pustili vodu a názorně tak naznačili, co se bude konat. Tím jí situaci lépe přiblížili a ona dobře spolupracovala.

*/Lidé s demencí velmi citlivě reagují na okolní atmosféru a náladu. Velmi intenzivně reagují na každé napětí a naopak jsou klidnější a spokojeni, pokud je vedle nich veselo, pohoda a dobrá nálada. I když nechápou vtip nebo veselou situaci, rádi se smějí. /*

Postupně přestávala mít zájem i o ty nejjednodušší aktivity v domácnosti a jevila zájem jen o televizi, zejména o rychlý sport jako je hokej. Rychlý a barevný, nebo jak ho v jedné chvíli charakterizovala: „*Je to je pořád sem a tam a nic..*“.

Posléze rodina zjistila, že na všechny dotazy odpovídá záporně. Zřejmě proto, že nerozuměla již některým dotazům a také proto, že měla obavu ze situací, kterým nerozumí a které jí svou neznámostí zneklidňovaly. Ona vlastně při každém dotazu neví, co to může obnášet. To jí přinášelo velkou nejistotu a úzkost, proto reagovala záporně.

Později rodina využila pomoci gerontologického centra, kdy jí pečovatelská služba zajišťovala obědy a docházela k ní rehabilitační sestra. Odpoledne se rodina střídala v dohledu nad ní. Někdy byli členové rodiny po návratu domů překvapeni. Paní O. např. po obědě, kdy nedojedla polévku, počala namáčet části novin ve zbytku polévky a sušit je po domácnosti. Proto se členové rodiny vždy obávali, co se bude doma dít, v jakém stavu ji po návratu naleznou.

Také její chůze již byla méně koordinovaná, např. při cestě k lékaři v doprovodu vnuka klopýtla a vykloubila si rameno. Trpěla halucinacemi a bludy, např. opakovaně tvrdila, že pod stolem je velký černý pes. Stále více posedávala a méně se pohybovala.

Jednou v noci se vzbudila a tloukla na dveře dceřina pokoje. Volala, že jí není dobře a že umře. Velmi ztěžka dýchala, a proto byla poté sanitkou rychlé pomoci dopravena do nemocnice. Po léčbě v nemocnici se její stav přechodně zlepšil a po 3 týdnech na srdeční selhání zemřela.

Zemřela v roce 1996, zhruba 10 let po nástupu zřetelných symptomů této demence. Některé symptomy nemoci se sporadicky vyskytovaly již o několik let dříve, tak jak je v kazuistice blíže uvedeno.

## 8 DOPORUČENÉ METODY KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM S DEMENCÍ

Na základě kazuistik, pozorování a studia literatury mi přišlo reálně navrhnout metody komunikace s osobou trpící DAT. Samozřejmě, že každý člověk je individuální a proto nelze napsat jednotnou strategii pro komunikaci s ním a následně ji plošně využívat. V praxi je nutné metody ověřovat, přizpůsobovat se dané situaci a daným klientům. Zde jsou uvedeny jen příklady z praxe, které mohou pomoci. Ne všechny se však mohou užít v této práci z důvodu ochrany dat klienta, ale i toto málo nám pomůže přejít do reality.

Ukážu to přímo na modelové situaci, se kterou se můžeme velmi často setkat v praxi. V rozhovoru mluví babička se svojí vnučkou. Babička - 86 let, diagnóza ACH ve středním stadiu. Vnučka Marcela, 21 let.

Dochází k tomu, že *babička již není orientována v čase. Vybavují se jí vzpomínky z minulosti, vidí jasně osoby, které velmi milovala. Z rozhovoru je patrné, že babička potřebuje validovat své potřeby.* Nedokáže se vyrovnat s přítomností a čelit jí. Je velmi bolestivé být starým a osamělým člověkem. Babička potřebuje cítit, že je důležitá. Proto je vhodné přistoupit k ní na jednu loď, pokusit se vidět svět jejíma očima, pomoci jí ve vyprávění, aby měla šanci pocítit svojí vlastní hodnotu.

Celá situace je znázorněna v tabulce. První sloupec obsahuje modelovou situaci, rozhovor babičky a vnučky. Vnučka v uvedeném případě nereaguje nejlepším způsobem. V druhém sloupci nastiňuji možné pocity a reakce osoby s kognitivní poruchou, které díky nevhodné reakci mohou být vyvolány a ona je může vnitřně prožívat. Třetí sloupec vypovídá o možných technikách, které by mohly být použity. Tím by bylo dosaženo mnohem efektivnější a snadnější komunikace s osobou s DAT. Osobu s demencí bychom tím povzbudili, validovali její pocity a podpořili její důstojnost. Ve čtvrtém sloupci navrhuji možnou reakci, jak by vnučka mohla lépe reagovat na babičku. Osoby babička a vnučka jsou uvedeny názorně, pro snadnější orientaci.

MODELOVÁ SITUACE	JAKÉ POCITY BY MOHLA OSOBA S DEMENCÍ ZAŽÍVAT	UŽITÉ TECHNIKY	NAVRHOVANÁ VHODNÁ REAKCE
<p>Babička, 86 let: „Alice, dovol mi, abych ti upravila vlasy. Koukni, jak jsi rozčuchaná.“</p> <p>Marcela, 21 let: „Babi, já nejsem Alice. Já jsem Marcela. Alice je moje máma přeci.“</p> <p>B: „Alice, já přeci vím, kdo je moje vlastní dcera. Přestaň dělat hlouposti! Nebo ti dám pár facek. Pojď sem! Upravím ti ty vlasy. Za chvíli přijde tvůj otec domu a přeci nechceš, aby tě takhle viděl.“</p> <p>M: „Babi! Ty si nepamatuješ? Děda přeci umřel, už je to dlouho!“</p>	<p>Pokud se zachováme takto, babička se buď naštvě, nebo se uzavře a přestane s námi komunikovat.</p>	<p>Parafrázování →</p> <p>Pochvala →</p> <p>Validace →</p>	<p>M: „Jsou moje vlasy tak rozčuchané? Aha, tak mi je prosím uprav tak, aby vypadaly dobře.“ (Marcela se sklání k babičce a podává jí hřeben) „Ty opravdu vždycky víš, jak mi to sluší nejvíc. Kde ses to naučila?“</p>
	<p>Babička vidí ve své vnučce Marcelce její matku. Babička má potřebu být matkou. Být matkou byla ta nejdůležitější věc v jejím životě. Být matkou dává babičce pocit identity jako plnohodnotnému člověku.</p>	<p>Empatické naslouchání →</p>	<p>B: (jemně rozčesává Marceliny vlasy): „Moje maminka mě to naučila.“</p>
		<p>Reminiscence →</p>	<p>M: „Jak tvoje maminka vypadala? Byla mi podobná?“</p> <p>B: „Ano, měla krásné modré oči jako studánky. A tak milý hlas.“</p> <p>M: „A zpívala ti třeba někdy?“</p>
	<p>Validace babiččiny pocitů - být matkou, ji vrátilo do přítomnosti</p>	<p>Dotek →</p>	<p>M. přibrukuje a navzájem se obejmou.</p> <p>B: „Marcelo, ty jsi tak podobná tvojí matce, víš to?“</p>

## 9 ZÁVĚR

Demence rozhodně není projevem zdravého fyziologického stárnutí. Avšak stárnutí a stáří je samo o sobě největším rizikovým faktorem pro vznik demence.

Demence je důsledkem patologických změn v mozku a projevuje se hlubokými změnami v osobnosti člověka. Tato choroba mimo jiné postihuje i komunikaci a to na všech úrovních, a tím ovlivňuje i vzájemné vztahy mezi nemocným a jeho rodinou. Kvalita života všech zúčastněných záleží na povaze jejich vzájemného vztahu, a proto je velmi důležité s člověkem s demencí udržovat co nejlepší možnou komunikaci. Rodinní příslušníci, ale i pečovatelé či profesionální zdravotníci by měli znát, a především v praxi užívat, zásady správné komunikace s člověkem trpícím DAT, ve které nejde jen o pouhou výměnu slov, ale spíše o schopnost vyladit se se svými blízkými nebo s pacienty na stejnou strunu.

Forma a celý průběh nemoci závisí také na premorbidní osobnosti nemocného, na včasné diagnóze, na jeho životním stylu, na jeho sociálních vztazích, na kvalitě charakteru péče a na adekvátním přístupu k nemocnému. Pokud se člověku s DAT nedostává vhodného přístupu a zaléčení, jeho nemoc progreduje rychlejším tempem a některé symptomy nemoci mívají rychlejší a výraznější projev.

Tato práce měla za cíl především ukázat možné formy komunikace s člověkem s kognitivní poruchou, jak verbální tak i neverbální. Soustředila se na nejvhodnější přístup - na přístup lidský, který je obsažen ve validačních technikách. Ale důraz se dává i na jiné přístupy, jako je Bazální stimulace či Reminiscenční terapie. Za tímto účelem byl sestaven „vzpomínkový kufřík“, který slouží jako názorná příloha k této diplomové práci.

## SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ

- Alzheimer's disease; After the diagnosis; What next?* 86 s. interní materiály ČALS
- Alzheimerova nemoc v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocného pečují.* 1. vyd. [s.l.] : Pfizer, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.
- BAŠTECKÝ, Jaroslav, et al. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8
- BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným.* 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3.
- BRUCE, Errollyn, HODGSON, Sarah, SCHWEITZER, Pam. *Reminiscing with people with dementia.* London : Age Exchange, 1999. 104 s. ISBN 0947-860-25-8.
- BUIJSSEN, Huub. *Demence : Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele.* 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
- CALLONE, Patricia R., et al. *Alzheimerova nemoc : 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2006. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
- DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
- DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské : učebnice psychiatrie a psychoterapie.* Mgr. Klára Bodláková. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5.
- HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologie.* 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 165 s. ISBN 80-7178-198-3.
- HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* 1. vyd. Praha : EV public relation, spol. s. r. o., 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Jde o Alzheimerovu chorobu?* 1. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2002. 24 s. ISBN 80-86541-06-1.
- HOLMEROVÁ, Iva. *The Ageing Society and its Health and Social Services : The Ageing Society and Basis for Health and Social Services.* [s.l.], 2008. 199 s. Habilitační práce.
- JANEČKOVÁ, Hana, HOLMEROVA, Iva. *Tipy pro dobrou komunikaci s pacientem postiženým demencí.* Praha: Česká alzheimerovská společnost za podpory MZ ČR, 2000. Listy.

- JANEČKOVÁ, Hana. *"Jsem to pořád já": Využití vzpomínek v práci se seniory - reminiscence a životní příběh.* Praha : Česká alzheimerská společnost, 2007. 56 s. ISBN 80-86541-20-7.
- JAROLÍMOVÁ, Eva, HOLÁ, Miroslava. *Psychologie pro praxi ve zdravotně sociální péči.* 1. vyd. Praha : EV public relation, spol. s. r. o., 2007. 69 s. ISBN 978-80-2540178-1.
- JAROLÍMOVÁ, Eva. *Vybrané psychologické aspekty stárnutí a stáří se zaměřením na demence Alzheimerova typu.* [s.l.], 2002. 176 s. Universita Karlova v Praze Filosofická fakulta. Diplomová práce.
- Jde o Alzheimerovu chorobu? : Tipy a informace pro příbuzné a další zájemce.* 1. vyd. Praha : Česká alzheimerská společnost, 2002. 24 s. ISBN 80-85800-88-8.
- JIRÁK , Roman, KOUKOLÍK, František. *Demence : Neurobiologie, klinický obraz, terapie.* 1. vyd. Praha : Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
- KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric a Gerontologie.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KLIMPL, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 168 s. ISBN 80-7169-324-3.
- KOBĚRSKÁ, Petra, et al. *Společnou cestou : Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí.* Praha : Portál, 2003. 38 s. ISBN 80-7178-851-1.
- KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
- KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman: *Diagnostika a léčení syndromu demence.* Praha: Grada 1999. 156 s. ISBN 80 – 7169-716-8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme : kapitoly z psychologie sociální komunikace.* 1. vyd. Praha : Svoboda, 1988. 235 s.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách.* Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
- LARKIN, Marilyn. *When Someone You Love Has Alzheimer's : What you must know, what you can do what you should expect....* 1st edition. New York : Lynn Sonberg Book Associates, 1994. 246 s. ISBN 0-440-21660-5.
- MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi.*



- OBENBERGER, Jiří. Využití zobrazovacích metod v diagnostice demencí a kognitivních poruch . *Česká geriatrická revue : Odborný časopis České gerontologické a geriatrické společnosti*. 1.1.2005, č. 3, s. 24-33.
- PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi : Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- PLAŇAVA, Ivo. *Jak (to) spolu mluvíme : psychologie dorozumívání i nedorozumívání mezi lidmi*. 1. vyd. Brno : Vydavatelství MU, 1996. 120 s. ISBN 80-210-0412-6.
- POWELL, Jannie. *Hilfen zur kommunikation bei Demenz*. 1. Auflage. London : Hawker Publications Ltd., 2000. 100 s. ISBN 3-935299-26-5.
- REBAN, Jan. *Demence v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha : Maxdorf s.r.o., 2000. 48 s. ISBN 80-85912-28-7.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. P : Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
- ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Brno : Paido, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
- SCAMMELL, Barbara. *Communication skills*. 1st edition. London : MacMillan Education Ltd, 1990. 121 s. ISBN 0-333-48567-X.
- VALÍŠOVÁ, Hana. *Komunikace a vzájemné porozumění : hry pro dospívající*. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2005. 140 s. ISBN 80-247-0842-6.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Co, čím, jak a s kým komunikujeme? : přednášky o lidské komunikaci ve formě esejů*. Hradec Králové : Gaudeamus, 1999. 91 s. ISBN 8070411236.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
- WATZLAWICK, Paul, BEVELASOVÁ, Janet Beavin, DON. D., Jackson. *Pragmatika lidské komunikace*. Hradec Králové : KONFRONTACE, 1999. 243 s. ISBN 80-86088-04-9.
- Who cares? : Information and support for the carers of confused people*. 1st edition. London : Health Education Authority, 1997. 63 s. ISBN 0-7521-0905-7.
- ZGOLA, Jitka M. *Práce s demencí : Průvodce pro pečovatele*. Praha : Česká alzheimerovská společnost, 1998. 39 s.
- ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

*About Naomi Feil : Naomi Feil, M.S., A.C.S.W., is the developer of Validation* [online]. 2003 [cit. 2009-02-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.vfvalidation.org/feilcv.html>>.

*Bazalni stimulace : Desatero bazalni stimulace* [online]. 2004-2008 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.bazalni-stimulace.cz/desatero.php>>.

*Bazalni stimulace* [online]. 2000 [cit. 2009-01-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/>>.

*Bazalni stimulace* [online]. 2004-2008 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <[http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php)>.

*Benefits of Validation* [online]. 2003 [cit. 2009-02-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.vfvalidation.org/benefits.html>>.

*Benefits of Validation* [online]. 2003 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.vfvalidation.org/benefits.html>>.

*Doteky* [online]. 2000 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/doteky/>>.

FEIL, Naomi. *Communicating with Cognitively Impaired Elderly : Part I - Validation with Verbal "Alzheimer-type" Populations* [online]. 2007 [cit. 2009-02-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.vfvalidation.org/article6.html>>.

FEIL, Naomi. *Validation Therapy* [online]. 2003 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.vfvalidation.org/article-encyclopedia.html>>.

FEIL, Naomi. *Validation therapy for dementia* [online]. 1999-2009 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001394/frame.html>>.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazalni stimulace* [online]. 2004-2008 [cit. 2009-03-01]. Dostupný z WWW: <[http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php)>.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům. *Komfort* [online]. 2006, č. 3 [cit. 2009-02-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/komfort-3-2006.pdf>>.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Historie konceptu* [online]. 2004-2008 [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.bazalni-stimulace.cz/historie.php>>.

*Naděje dožití a průměrný věk* [online]. 2009 [cit. 2009-01-20]. Dostupný z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje\\_doziti\\_a\\_prumerny\\_vek](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_doziti_a_prumerny_vek)>.

OBRUČNÍKOVÁ, Jana. Význam komunikace z pohledu bazální stimulace. *Zdravotnické noviny* [online]. 2008 [cit. 2009-02-15].

*Reminiscenci terapie* [online]. 2000 [cit. 2009-01-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/reminiscenci-terapie/>>.

Sec. cit. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetřovatelství. Olomouc: 2002, s. 80 - 83. ISBN 80-247-0536-2 in FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace, pojetí konceptu* [online]. 2004-2008 [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW: <[http://www.bazalni-stimulace.cz/cl\\_bs\\_koncept.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/cl_bs_koncept.php)>.

*What is validation* [online]. 2007 [cit. 2009-02-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.vfvalidation.org/whatis.html>>.

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha č. 1: Naděje dožití při narození od roku 1993 – 2007 (Tabulka)</b> .....	85
<b>Příloha č. 2: Vzpomínka paní Z. R (Kazuistika)</b> .....	86
<b>Příloha č. 3: MMSE, strana 1/ 2 (Test)</b> .....	87-88
<b>Příloha č. 4: Test hodin, strana 1/ 1 (Test)</b> .....	89
<b>Příloha č. 5: Addenbrookský kognitivní test, strana 1/ 8 (Test)</b> .....	90-97
<b>Příloha č. 6: Dotazník zpětné vazby od specialisty, strana 1/ 4 (Test)</b> .....	98-101
<b>Příloha č. 7: Dotazník pro poruchy chování u ACH, strana 1/ 2 (Test)</b> .....	102-103

## PŘÍLOHY

### Příloha č. 1: Naděje dožití při narození od roku 1993 – 2007

V roce:		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Naděje dožití při narození (v letech)	muži	69,2	69,5	70,0	70,4	70,5	71,1	71,4	71,7	72,1	72,1	72	72,6	72,9	73,4	<b>73,7</b>
	ženy	76,4	76,6	76,6	77,3	77,5	78,1	78,1	78,4	78,4	78,5	78,5	79,0	79,1	79,7	<b>79,9</b>

## **Příloha č. 2: Vzpomínka paní Z. R. (Kazuistika)**

**(Na základě této výpovědi byl sestaven „Vzpomínkový kufřík“)**

Paní Z. R., nar. ██████ 1924, vyprávěla: „narodila jsem se v ██████, kde jsem bydlela s bratrem a rodiči. Byla jsem vždycky vychovávána dle bontonu. Učitel mamince řekl, že mám čestné vystupování.

*Tatínek byl cukrář a také vášnivý fotograf. Maminka mu v cukrárně vypomáhala. S bratrem jsme v dětství jezdili na tábory, měli jsme rádi skauting. Tatínek mě naučil mít kladný vztah k přírodě, chodívala jsem s ním na výlety a fotili jsme. Taky jsem moc ráda četla, doma jsem měla velkou knihovnu. Taky hodně alb s fotkami, ráda si je prohlížím.*

*Má maminka byla krásná, taky velká dáma a oba nás s bratrem učila, abychom byli vždy upravení, asi proto se dalším mým koníčkem stala móda. Hrozně ráda jsem pletla, i na sebe. Šila jsem na stroji, donedávna, když děti byly malé, tak jsem na ně pletla, šila na vnoučata a dřív na děti a syna jsem obšila. Teďka už o to nikdo nestojí. Mé šaty mají vždy nějaký příběh. Měla jsem velké štěstí, že mě můj manžel podporoval. Provdala jsem se za něho a bydleli jsme ve vile na Letné, pak taky na Vyšehradě. Manžel byl úředník a já jsem pracovala jako účetní. Někdy mě rozpláče vzpomínání, ale vždy si vzpomenu, že jsem zažila i krásné věci. Stýská se mi po manželovi. Ale měla jsem hezký život, byla jsem obklopená hodnými lidmi.“*

Osobní setkání s paní Z. R. (ACH diagnostikována, počáteční stadium), vzpomínka sepsána 7. 2. 2009.

# Orientační test kognitivních funkcí

## MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Jméno pacienta.....Datum ..... Test provedl .....

### A. Orientace

(na každou odpověď čkejte cca 10 vteřin) (max. 10 bodů)

- Který je nyní rok?
- Které je nyní roční období?
- Můžete mi říci dnešní datum?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc (v prvním dnu měsíce hodnotte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce hodnotte jako správný i následující měsíc)
- Ve které jsme zemi?
- Ve kterém jsme okrese (krají)?
- Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení) - název nemusí být přesný
- Ve kterém jsme poschodí

### B. Zapamatování

"Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, protože se Vás na ně zeptám znovu za několik minut." *Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy:*

- lopata
- šátek
- váza

"Prosím, opakujte tato slova"

*Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte bod za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Tím končí hodnocení tohoto bodu.*

(pozn. Pro hodnocení další je důležité, jestliže pacient nezopakuje všechny tři pojmy, abyste je opakovali, než se to nemocný naučí, nanejvýše pětkrát. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost").

### C. Pozornost a počítání

"Začněte od 100 a odečítejte po 7, prosím". Skončete po 5 odečtech. Jestliže se nemocný zmýlí a výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu (pokud neudělá další).

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65

*Jestliže nemocný nemůže nebo nechce počítat, požádejte, aby zpětně hláskoval slovo POKRM. Skóre představuje počet písmen ve správném pořadí.*

### D. Výbavnost

"Teď, prosím, řekněte ta tři slova, která jste si měli zapamatovat!" (na odpověď cca 10 vteřin).

- lopata
- šátek
- váza

### E. Pojmenování předmětu

- "Jak se to jmenuje?" (ukážete náramkové hodinky)
- "Co to je?" (ukážete tužku)

### F. Opakování

"Opakujte to, co nyní řeknu"

- "Žádná kdyby nebo ale" (na odpověď dejte 10 vteřin, bod dejte jen za celou větu a jen na první pokus)

### G. Třístupňový příkaz

*Přečtete vyšetřovanému následující příkaz a dejte mu do ruky kus (čtvrtku) prázdného papíru.*

"Vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu". Čas na tento úkol: cca 30 vteřin. Hodnotíme bodem

- pravá ruka
- složení na polovinu
- položení na podlahu

### H. Čtení a vykonání psaného příkazu.

Ukažte vyšetřovanému kartu s nápisem "Zavřete oči". "Přečtete pokyn na papíru a udělejte, co žádá."

- přiřďte bod, pokud pokyn vykoná po maximálně třech výzvěch

### I. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej: "Napište jakoukoli větu"

- Za třicet vteřin zhodnoťte, zda má smysl, podmět i přísudek. Pravopisné chyby nevadí.

### J. Obkreslování

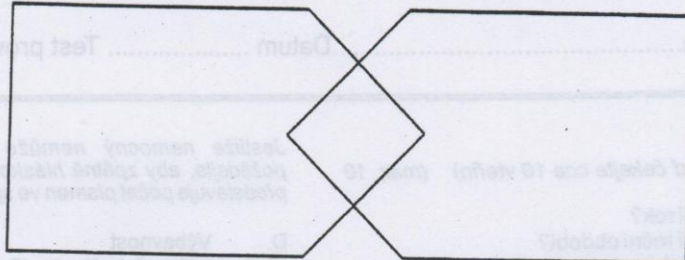
Dejte vyšetřovanému papír a tužku. Požádejte jej, aby obkreslil obrazec. Ponechte několik pokusů během 1 minuty

- Hodnoťte jako správné, pokud se obrazce prolínají.

Testovník 2002



ZAUŘETE OČI



Zatrhávejte tečky u správných odpovědí.

HODNOCENÍ TESTU:

Počet bodů(zatrhnutých teček)...../30 maximum

(Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R.: Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiat. Res. 12, 1975: 196-198)



---

# Test hodin

---

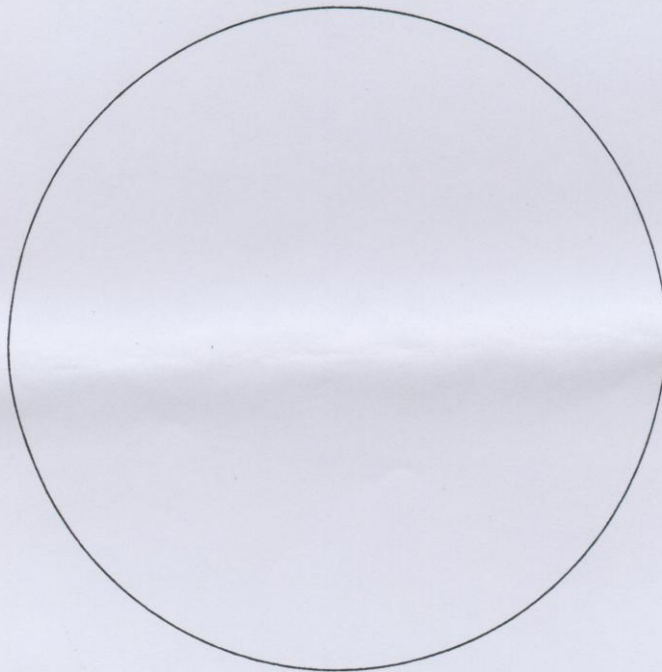
Jméno pacienta..... Datum ..... Test provedl .....

---

## TEST HODIN

Je používán jako relativně citlivý test pro Alzheimerovu chorobu a jiné typy demence, které se zejména v počátečních stádiích projevují poruchami prostorového citění

Test je jednoduchý. Požádáte pacienta, aby nakreslil do vyznačeného kruhu ciferník hodin a vyznačil určitou hodinu (například tři čtvrtě na tři).



Bodové hodnocení v tomto případě není nutné, protože normou je správný ciferník a správně vyznačená hodina. Jakékoli odchylky, které nebyly pacientem opraveny je třeba považovat jako minimálně hraniční, ale spíše již patologický nález. Významné je zejména sledování vývoje tohoto testu.

(Shulman, K. I. - Gold, D. P.; 1983)

---

Testovník 2002



**Příloha č. 5: Addenbrookský kognitivní test, strana 1/ 8 (Test)**

## ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST

Jméno a příjmení  Datum vyšetření

Datum narození  Administrátor

Délka vzdělání (roky)

Dosažený stupeň vzdělání  Lateralita pravák  levák  ambidexter

### 1. ORIENTACE

Zeptejte se pacienta:

Který je dnes den v týdnu?	<input type="text"/>	Jaké je roční období?	<input type="text"/>	(Skóre 0–10)
Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>	Jak se jmenuje budova, ve které jsme?	<input type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Který máme nyní měsíc?	<input type="text"/>	V kolikátém jsme poschodí?	<input type="text"/>	ACE MMSE
Který máme nyní rok?	<input type="text"/>	V jakém jsme kraji?	<input type="text"/>	
		V jaké jsme zemi?	<input type="text"/>	

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

### 2. PAMĚT – ZAPAMATOVÁNÍ

Řekněte pacientovi:  
„Nyní vám řeknu tři slova a vaším úkolem bude je zopakovat“:

jablko  klíč  balón

Poté, co je pacient zopakuje, řekněte další instrukci:  
„Pokuste se zapamatovat si tato slova, protože se vás na ně budu později ptát.“  
Po pacientovi požadujeme, aby si tato tři slova 3× zopakoval pro lepší zapamatování, avšak bodově hodnotíme pouze první pokus o opakování (příčemž nezáleží na tom, v jakém pořadí pacient slova zopakuje).  
Za každé správné zopakované slovo z prvního pokusu přidělíme 1 bod. Počet opakování

(Skóre 0–3)

ACE MMSE

### 3. POZORNOST A POČTY

Požádejte pacienta:  
„Nyní odečtete číslo 7 od čísla 100“:

100 A | 93  T | 86  S | 79  E | 72  C | 65

Poté, co pacient odpoví, ho požádáme, aby takto odečetl 7 ještě 4× za sebou (tedy celkem 5×).  
Pokud pacient udělá chybu, necháme ho pokračovat a počítáme následující správné odpovědi (např. 93, 84, 77, 70, 63 – celkové skóre 4 body). Skončíme po pěti odečtech (93, 86, 79, 72, 65).  
Za každý správný výpočet přidělíme 1 bod.

Pokud pacient nechce nebo není schopen počítat, požádejte jej:  
„Hláskujte slovo CESTA“. Pak požádejte pacienta: „Hláskujte slovo CESTA pozpátku.“  
Za každé správné písmeno přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–5)

ACE MMSE

### 4. PAMĚT – VYBAVENÍ

Zeptejte se pacienta:  
„Která tři slova jste si před chvílí opakoval(a) a měl(a) si je zapamatovat?“

jablko  klíč  balón

Za každé správné vybavené slovo přidělíme 1 bod, přičemž nezáleží na pořadí vybavení slov.

(Skóre 0–3)

ACE MMSE

### 5. PAMĚT – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

Řekněte pacientovi:  
„Nyní vám řeknu jméno a adresu a vaším úkolem bude tyto údaje zopakovat. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se je naučit. Později se vás na ně budu ptát.“  
Do bodování započítáváme pouze třetí pokus, za každou správnou část odpovědi přidělíme 1 bod.

	1. pokus	2. pokus	3. pokus	
Martin Dvořák	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	(Skóre 0–7) <input style="width: 30px;" type="text"/> ACE
Sadová ulice 73	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
Hostěnice	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
Liberec	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	

POZORNOST A ORIENTACE

PAMĚŤ

Final Revised Version A – 2005 © Pfizer, 2007 T005\_001P © 2005 – A nemesi bevezetési lap 1

**Příloha č. 5: Addenbrookský kognitivní test, strana 2/ 8 (Test)**

<p><b>6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ</b></p> <p>■ Zeptejte se pacienta:</p> <p>Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?</p> <p>Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?</p> <p>Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?</p> <p>Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?</p> <p>Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.</p>		<p>(Skóre 0–4)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p>	PAMĚŤ																															
<p><b>7. VERBÁLNÍ FLUENCE – slova začínající písmenem „P“ a zvířata</b></p> <p><b>7a Písmena</b></p> <p>■ Řekněte pacientovi:</p> <p>„Nyní vám řeknu jedno písmeno z abecedy a vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají tímto písmenem. Slova, která budete říkat, nesmí začínat velkým písmenem, to znamená, že to nesmí být názvy, vlastní jména a nesmí jít o slova se stejným slovním základem. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte nyní jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“.“</p> <p>Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>8</td><td>15</td><td>22</td></tr> <tr><td>2</td><td>9</td><td>16</td><td>23</td></tr> <tr><td>3</td><td>10</td><td>17</td><td>24</td></tr> <tr><td>4</td><td>11</td><td>18</td><td>25</td></tr> <tr><td>5</td><td>12</td><td>19</td><td>26</td></tr> <tr><td>6</td><td>13</td><td>20</td><td>27</td></tr> <tr><td>7</td><td>14</td><td>21</td><td>28</td></tr> </table>		1		8	15	22	2	9	16	23	3	10	17	24	4	11	18	25	5	12	19	26	6	13	20	27	7	14	21	28	<p>Počet slov</p> <p>Odpovídá skóre</p> <p>&gt;17 7</p> <p>14–17 6</p> <p>11–13 5</p> <p>8–10 4</p> <p>6–7 3</p> <p>4–5 2</p> <p>2–3 1</p> <p>&lt;2 0</p> <p>(Skóre 0–7)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p>	VERBÁLNÍ FLUENCE		
1	8	15	22																															
2	9	16	23																															
3	10	17	24																															
4	11	18	25																															
5	12	19	26																															
6	13	20	27																															
7	14	21	28																															
<p><b>7b Zvířata</b></p> <p>■ Řekněte pacientovi:</p> <p>„Nyní je vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte nyní jednu minutu.“</p> <p>Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>9</td><td>17</td><td>25</td></tr> <tr><td>2</td><td>10</td><td>18</td><td>26</td></tr> <tr><td>3</td><td>11</td><td>19</td><td>27</td></tr> <tr><td>4</td><td>12</td><td>20</td><td>28</td></tr> <tr><td>5</td><td>13</td><td>21</td><td>29</td></tr> <tr><td>6</td><td>14</td><td>22</td><td>30</td></tr> <tr><td>7</td><td>15</td><td>23</td><td>31</td></tr> <tr><td>8</td><td>16</td><td>24</td><td>32</td></tr> </table>		1	9	17	25	2	10	18	26	3	11	19	27	4	12	20	28	5	13	21	29	6	14	22	30	7	15	23	31	8	16	24	32	<p>Počet slov</p> <p>Odpovídá skóre</p> <p>&gt;21 7</p> <p>17–21 6</p> <p>14–16 5</p> <p>11–13 4</p> <p>9–10 3</p> <p>7–8 2</p> <p>5–6 1</p> <p>&lt;5 0</p> <p>(Skóre 0–7)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p>
1	9	17	25																															
2	10	18	26																															
3	11	19	27																															
4	12	20	28																															
5	13	21	29																															
6	14	22	30																															
7	15	23	31																															
8	16	24	32																															
<p><b>8. JAZYK – POROZUMĚNÍ</b></p> <p><b>8a</b> Pacientovi ukažte napsanou větu „Zavřete oči“ na Listu pro pacienta a požádejte ho/ji:</p> <p>„Přečtěte nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to.“</p> <p>Přidělíme 1 bod za správné vykonání příkazu.</p>		<p>(Skóre 0–1)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p> <p>MMSE</p>	JAZYK																															
<p><b>8b</b> Dejte pacientovi list papíru a požádejte ho:</p> <p>„Vezměte tento list papíru do vaší pravé ruky. Přeložte ho na půl. Položte ho na zem.“</p> <p>Přidělíme 1 bod za každou správně vykonanou část požadavku.</p>		<p>(Skóre 0–3)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p> <p>MMSE</p>																																

**Příloha č. 5: Addenbrookský kognitivní test, strana 3/ 8 (Test)**

<p><b>9. JAZYK – PSANÍ</b></p> <p>■ Požádejte pacienta: „Nyní napište jakoukoliv větu do volného prostoru listu.“ Použijte List pro pacienta.</p> <p>Přidělíme 1 bod, pokud věta obsahuje podmět a přísudek a je logicky koherentní.</p>		<p>(Skóre 0–1)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ACE MMSE</p>
<p><b>10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ</b></p> <p>■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“</p> <p><b>10a</b> nosorožec <input type="checkbox"/> výstřednost <input type="checkbox"/> nesrozumitelný <input type="checkbox"/> statistik <input type="checkbox"/></p> <p>Hodnotíme: 2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně 1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně 0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě slova nebo méně slov</p> <p><b>10b</b> „Více než, naopak a podobně.“</p> <p><b>10c</b> „Ne jestliže, pokud nebo ale.“</p> <p>Přidělíme 1 bod za každou správně zopakovanou větu.</p>		<p>(Skóre 0–2)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p> <p>(Skóre 0–1)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ACE MMSE</p> <p>(Skóre 0–1)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p>
<p><b>11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ</b></p> <p>■ Požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“ Použijte List pro pacienta. Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný předmět.</p>		<p>tužka + hodinky (Skóre 0–2)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MMSE</p> <p>všech 12 obrázků (Skóre 0–12)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p>
<p><b>12. JAZYK – POROZUMĚNÍ</b></p> <p>■ Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:</p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Afrikou. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím. <input type="checkbox"/></p> <p>Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.</p>		<p>(Skóre 0–4)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p>
<p><b>13. JAZYK – ČTENÍ</b></p> <p>■ Požádejte pacienta: „Nyní přečtete následující slova.“ Použijte List pro pacienta.</p> <p><b>šít litr saze těsto výška</b></p> <p>Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně všechna slova.</p>		<p>(Skóre 0–1)</p> <p><input type="text"/></p> <p>ACE</p>

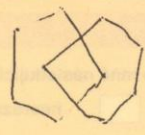
JAZYK

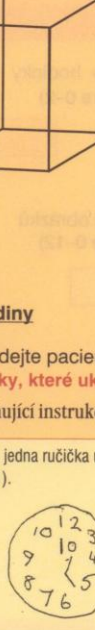
**Příloha č. 5: Addenbrookský kognitivní test, strana 4/ 8 (Test)**

**14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI**

**14a Překrývající se pětiúhelníky** (Skóre 0–1)

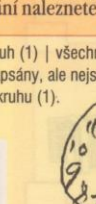
■ Požádejte pacienta: „**Překreslete následující dvourozměrný obrázek.**“  
U pětiúhelníků by mělo být jasně rozpoznatelných jejich pět stran a překřížení.  
Použijte List pro pacienta.

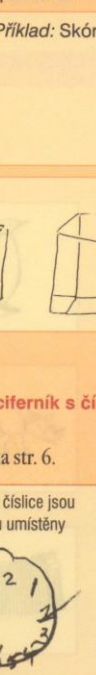
Příklad: Správně = skóre 1 

Příklad: Špatně = skóre 0 

**14b Kostka** (Skóre 0–2)

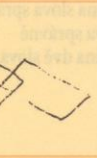

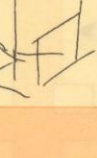
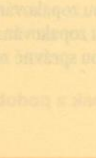
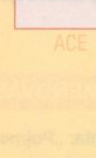

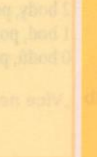


■ Požádejte pacienta: „**Nyní překreslete daný trojrozměrný obrázek.**“  
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeníh. Použijte List pro pacienta.

Příklad: Skóre 2 

Příklad: Skóre 1 

**14c Hodiny** (Skóre 0–5)

■ Požádejte pacienta: „**Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.**“  
Doplňující instrukce pro skórování naleznete na str. 6.

<p>Skóre 2</p> <p>Kruh (1)   jedna ručička umístěná správně (1).</p> 	<p>Skóre 2</p> <p>Kruh (1)   všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).</p> 	<p>Skóre 3</p> <p>Kruh (1)   všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).</p> 
<p>Skóre 3</p> <p>Kruh (1)   všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).</p> 	<p>Skóre 3</p> <p>Kruh (1)   číslice nejsou umístěné v kruhu, 2x číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).</p> 	<p>Skóre 4</p> <p>Kruh (1)   číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).</p> 
<p>Skóre 4</p> <p>Kruh (1)   všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).</p> 	<p>Skóre 4</p> <p>Kruh (1)   číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).</p> 	<p>Skóre 5</p> <p>Kruh (1)   číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).</p> 

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

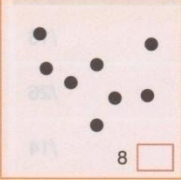
**Příloha č. 5: Addenbrookský kognitivní test, strana 5/ 8 (Test)**

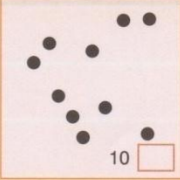
**15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI**

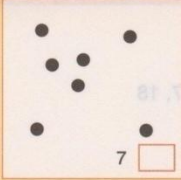
■ Požádejte pacienta:  
 „Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.“  
 Použijte List pro pacienta.

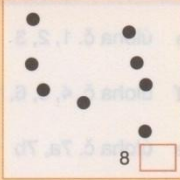
(Skóre 0–4)

Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

  
8

  
10

  
7


  
8


**16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI**


■ Požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“  
 Použijte List pro pacienta.


(Skóre 0–4)

Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.









**17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚŤOVÝCH INFORMACÍ**

■ Řekněte pacientovi:  
 „Před nějakou chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat adresu. Zkuste mi ji nyní zopakovat.“

(Skóre 0–7)

Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>
Sadová	<input type="checkbox"/>	ulice	<input type="checkbox"/>
Hostěnice	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>		

**18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)**

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 bodů. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky.

(Skóre 0–5)

■ Pacientovi řekněte:  
 „Dobře, nyní vám budu trochu napovídat. Například, řeknu vám tři jména a vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“

Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Hostěnice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>	Plzeň	<input type="checkbox"/>	Olomouc	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

Final Revised Version A – 2005 © Pfizer, 2007
9

**Příloha č. 5: Addenbrookský kognitivní test, strana 6/ 8 (Test)**

CELKOVÉ SKÓRE		
ACE-R	/100	MMSE
SUBSKÓRE		
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3	/18
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	/26
Verbální fluence	úloha č. 7a, 7b	/14
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a–c, 11, 12, 13	/26
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a–c, 15, 16	/16

SKÓRE

Normativní hodnoty jsou stanoveny na souboru demenčních pacientů ve věku 46–86 let a kontrolní skupině ve věku 52–75 let.

**VÝZNAM TESTU aneb Co jsme testem zjistili?**

**I. Význam testu pro záchyt syndromu demence**  
 Skóruje-li pacient 88 bodů a méně je senzitivita pro demenci 94 % a specifita 89 %.  
 (Pokud zvolíme přísnější kritérium, tzn. hranici 82 bodů a méně je senzitivita 84 % a specifita 100 %).

**II. Význam pro odlišení Alzheimerovy choroby (ACH) a frontotemporální demence (FTD)**  
 Pro výpočet poměru použijeme výsledky dosažené v uvedených oblastech – viz subskóre, přičemž za paměť dosadíme pouze skóre získané v úloze č. 17 (vybavení – recall).

(nevládají pacienti s FTD)

POMĚR	Verbální fluence <small>(viz subskóre)</small>	+ Jazyk <small>(viz subskóre)</small>	=	Jestliže < 2.2 = FTD Jestliže > 3.2 = ACH
	Orientace <small>(viz subskóre)</small>	+ Paměť <small>(pouze úloha č. 17)</small>		

(nevládají pacienti s ACH)

**III. Demence s Lewyho tělísky**  
 Pacienti trpící demencí s Lewyho tělísky často selhávají ve zrakově-prostorových schopnostech (úlohy 14a–c, 15, 16).

**IV. Vaskulární demence**  
 Typický je vícečetný různě vyjádřený defekt ve všech úlohách.

**Doplňující pravidla pro skórování hodin (úloha 14c, str. 4)**

Hodnotíme bodově odděleně provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček.

**Kruh**  
 1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

**Číslice**  
 2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny  
 1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěné

**Umístění ručiček**  
 2 body – obě ručičky jsou správně umístěné, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)  
 1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku  
 nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku  
 nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

INSTRUKCE

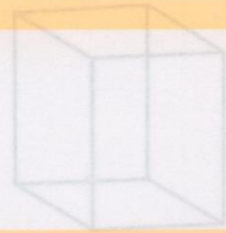
Final Revised Version A – 2005 © Pfizer, 2007 6

## List pro pacienta

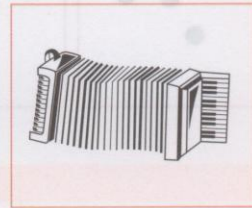
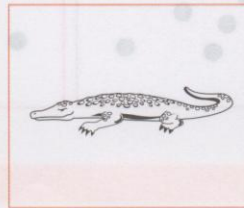
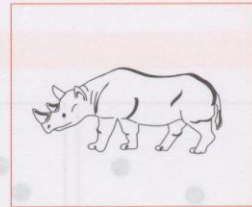
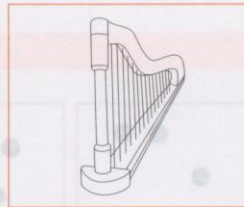
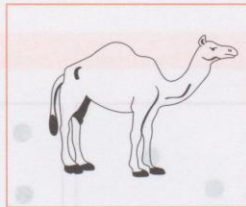
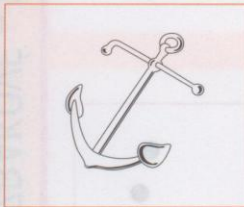
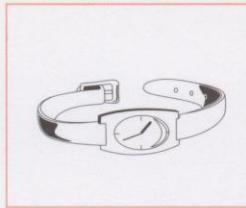
8.

# ZAVŘETE OČI

9.



11.



13.

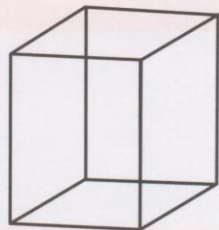
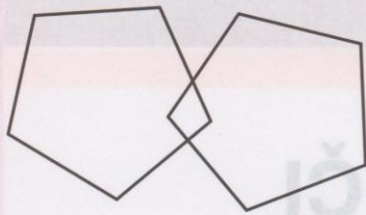
šít    litr    těsto    výška  
saze

JAZYK



Příloha č. 5: Addenbrookský kognitivní test, strana 8/8 (Test)

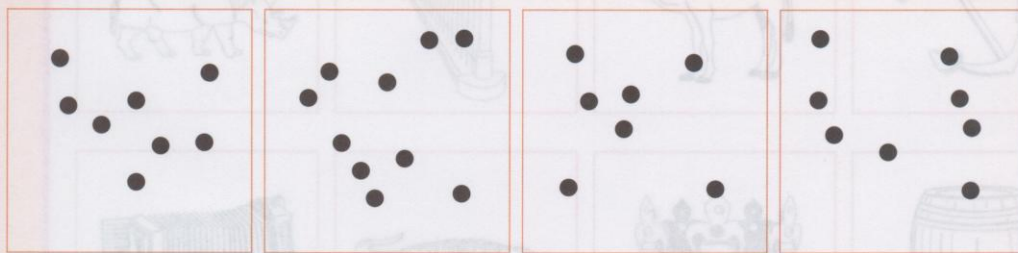
14.



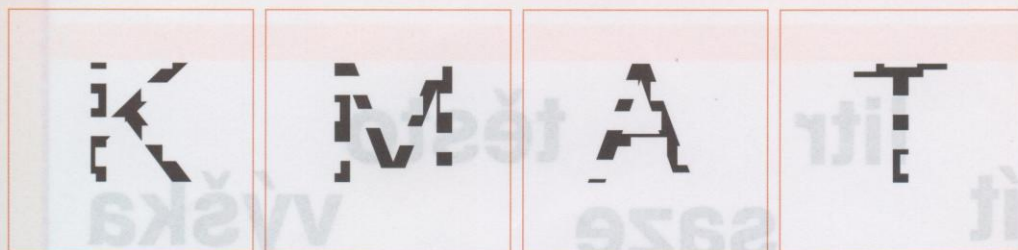
Hodiny



15.



16.



ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

## Dotazník zpětné vazby od specialisty v projektu DNY PAMĚTI

Věříme, že oceňujete vyhledávání osob s kognitivními poruchami a demencemi v projektu Dny paměti, aniž by Vás to časově nebo finančně zatěžovalo. Náročné vybírání vhodných pacientů probíhá v kontaktním místě České alzheimerovské společnosti (ČALS). K Vám se dostává nejen pacient s možnou kognitivní poruchou nebo demencí, ale automaticky také mnoho klíčových klinických informací o osobě zdarma a bez námahy.

Dovolujeme si Vás požádat o spolupráci při zpětné vazbě o osudu osob, které se obrátily na Vaši ambulanci z kontaktního místa ČALS. Jedná se o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, který nám poslouží při analyzování údajů z projektu. Na základě těchto podkladů budeme moci vyhodnotit kvalitu testování, senzitivitu a specificitu vybraných dotazníků a následně zachyt pacientů kvalitativně vylepšovat. Současně bychom Vám rádi usnadnili spolehlivou diagnózu demence obecně a její nejčastější formu Alzheimerovu nemoc podle vodítek mezinárodních kritérií.

**Nejdůležitější údaje, které potřebujeme znát, jsou klinická diagnóza osoby** (kódovaná v bodě 5 dotazníku) a identifikační číslo osoby v projektu Dny paměti.

Identifikační číslo osoby v projektu Dny paměti:

Odpovídající dopověď zakroužkujte.

### 1. Diagnóza demence

Kritéria demence podle DSM-IV (zakroužkujte)

1. Zhoršila se paměť?			ano	ne
Došlo k poklesu v nějaké další kognitivní funkci?	a) komunikace (afázie)	ano	ne	
	b) pohybové stereotypy (apraxie)	ano	ne	
	c) poznávací funkce (agnózie)	ano	ne	
	d) exekutivní funkce (dysexekutivní syndrom)	ano	ne	
2. Zhoršila se alespoň jedna z těchto kognitivních oblastí?			ano	ne
3. Způsobují kognitivní deficity podle kritérií 1.+ 2. zřetelné zhoršení výkonu sociálních a pracovních funkcí v porovnání s předcházející úrovní?			ano	ne
<b>1. Jsou splněna kritéria demence?</b> (ve všech modrých políčkách zakroužkováno „ano“)			ANO – 1	NE – 0

Pokračování dotazníku na další straně

1/4

**Příloha č. 6: Dotazník zpětné vazby od specialisty, strana 2/ 4 (Test)**

TEMA 1: DNY PAMĚTI		Projekt DNY PAMĚTI	
<b>2. Diagnóza amnestické mírné kognitivní poruchy</b>			
<b>Kritéria amnestické mírné kognitivní poruchy (zakroužkujte)</b>			
Jsou přítomny <b>subjektivní</b> stížnosti na poruchu paměti pacientem a nejlépe potvrzené věrohodným svědkem?	ano	ne	
Je <b>objektivně</b> potvrzená izolovaná porucha paměti?	ano	ne	
Jsou <b>obecné kognitivní funkce</b> kromě paměti normální?	ano	ne	
Je uchována <b>soběstačnost</b> a normální sociální zařazení?	ano	ne	
Je normální schopnost <b>řeči</b> a komunikace?	ano	ne	
Je zachována <b>praxie</b> ?	ano	ne	
Jsou normální <b>gnostické funkce</b> ?	ano	ne	
Jsou normální <b>exekutivní funkce</b> ?	ano	ne	
Osoba netrpí demencí (podle tabulky 1.). Je tvrzení pravdivé?	ano	ne	
<b>2. Jsou splněna kritéria amnestické mírné kognitivní poruchy?</b> (ve všech políčkách je zakroužkováno „ano“)		ANO – 1	NE – 0
<b>3. Diagnóza pravděpodobné Alzheimerovy nemoci podle NINCDS-ADRDA</b>			
<b>Kritéria pravděpodobné Alzheimerovy nemoci podle NINCDS-ADRDA (zakroužkujte)</b>			
Je přítomna <b>demence</b> stanovená klinickým vyšetřením a ověřená testováním kognitivních funkcí a potvrzená neuropsychologickými zkouškami?	ano	ne	
Je zhoršena <b>paměť</b> ?	ano	ne	
Je zhoršena jedna z uvedených kognitivních oblastí?	kommunikace (afázie)	ano	ne
	pohybové stereotypy (apraxie)	ano	ne
	poznávací funkce (agnózie)	ano	ne
Je zhoršena alespoň jedna <b>další kognitivní oblast</b> ?	ano	ne	
Je <b>progresivní zhoršování</b> jedné nebo více kognitivních funkcí?	ano	ne	
Začalo onemocnění mezi <b>40. – 90. rokem</b> věku?	ano	ne	
Jsou vyloučeny <b>jiné příčiny</b> demence, zejména • hypotyreóza, • iontový rozvrat, • nitrolební expanze či jiné změny mozku na CT/MR, • hydrocefalus.	ano	ne	
Je <b>vědomí</b> normálně zachované?	ano	ne	
Nezvládá běžné <b>každodenní aktivity</b> (z rozhovoru nebo podle dotazníku oFAQ)?	ano	ne	
Jsou přítomny poruchy <b>chování</b> ?	ano	ne	
Je <b>pozitivní rodinná anamnéza</b> podobného onemocnění?	ano	ne	
Byl náhlý <b>začátek</b> ?	ano	ne	
Vyskytly se <b>časné</b> poruchy chůze, epileptické záchvaty nebo změny chování?	ano	ne	
Jsou přítomny <b>ložiskové neurologické příznaky</b> (např. hemiparéza, poruchy čítí, defekty v zorném poli apod.)?	ano	ne	
<b>3. Jsou splněna kritéria pravděpodobné Alzheimerovy nemoci?</b> (odpověď je zakroužkována ve všech modrých políčkách)		ANO – 1	NE – 0
Pokračování dotazníku na další straně			

4. Diagnostické postupy		
Pomocná vyšetření (zakroužkujte)	ANO	NE
<b>Zobrazovací vyšetření mozku</b>		
401. Měl pacient CT mozku?	1	0
402. Měl pacient MR mozku?	1	0
403. Měl pacient SPECT mozku?	1	0
404. Byl mozek zcela bez ložiskových změn (např. lakuny, ikty, tumory)?	1	0
405. Byly přítomny lakuny v mozku?	1	0
406. Byla přítomna leukoaraióza mozku (splývající změny denzity/signálu v bílé hmotě hemisfér cévního charakteru)?	1	0
407. Byla hodnocena atrofie hipokampu nebo alespoň pokus o hodnocení jakýmkoli přístupem?	1	0
408. Byla přítomna atrofie hipokampu na MR mozku?	1	0
409. Jiné popisované změny (uveďte také v jakém typu vyšetření mozku CT/MR/SPECT/PET): .....	1	0
<b>Vyšetření likvoru</b>		
410. Bylo provedeno základní vyšetření likvoru?	1	0
411. Bylo provedeno speciální vyšetření likvoru na triplet tau, fosfotau a beta-amyloid?	1	0
412. Byla alespoň jedna bílkovina z trojice beta-amyloid, fosfotau a tau v patologických koncentracích v mozkomíšním moku? neprovedeno – <b>NA</b>	1	0
<b>Vyšetření krve</b>		
413. Má pacient vyšetřen krevní obraz?	1	0
414. Má pacient vyšetřen základní biochemický soubor?	1	0
415. Má pacient vyloučenu hypotyreózu stanovením fT4 a TSH?	1	0

5. Závěrečná klinická diagnóza (zakroužkujte) NEJDŮLEŽITĚJŠÍ INFORMACE	
0	zdravý senior
1	subjektivní stížnost na paměť bez objektivního průkazu kognitivního deficitu
2	amnestická mírná kognitivní porucha (aMCI)
3	jiná než amnestická mírná kognitivní porucha (naMCI)
4	Alzheimerova nemoc na základě mé vlastní rozvahy a zkušeností
5	Alzheimerova nemoc na základě kritérií NINCDS-ADRDA
6	vaskulární kognitivní postižení (dříve vaskulární nebo multiinfarktová demence)
7	smíšená demence (Alzheimerova a vaskulární demence) na základě klinického posouzení (kritéria neexistují)
8	anxiózní nebo depresivní syndrom, deprese (pseudodemence)
9	demence s Lewyho tělísky (Lewy body disease)
10	frontotemporální demence
11	jiná demence (vypište slovy):
12	neurčitelná demence
13	jiné určité onemocnění (vypište slovy):
14	neurčitelné onemocnění



## Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby (a jiných demencí) Behavioral Pathology in Alzheimer s Disease Rating Scale (BEHAVE - AD)

Jméno pacienta ..... Datum ..... Test provedl .....

Vyznačte, co odpovídá stavu pacienta

### A. Detekce bludů a paranoidního chování

#### I. "Lidé mi kradou věci"

- 0 b - nikdy se neobjevuje
- 1 b - domnívá se, že mu/jí lidé naschvál ukrývají věci
- 2 b - domnívá se, že někdo přichází k němu domů a skrývá věci
- 3 b - s těmi, co přicházejí hovoří a/nebo je slyší

#### II. "Tady nejsem doma"

- 0 b - nevyskytuje se
- 1 b - je přesvědčen/a, že není doma a chová se podle toho (chystá se k odjezdu, balí si věci, žádá "vezměte mne domů"...)
- 2 b - pokusy o odchod "domů"
- 3 b - neklid nebo agresivita při pokusech mu/jí v těchto pokusech zabránit

#### III. "Manžel/ka je cizí, neznám jej/ji"

- 0 b - nevyskytuje se
- 1 b - pacient je přesvědčen, že je to cizí člověk
- 2 b - zlost na něj/ni, protože je cizí a obtěžuje
- 3 b - agresivita ze stejného důvodu, vyhánění

#### IV. "Chystají se mne opustit, někde umístit, zavřít"

- 0 b - nevyskytuje se
- 1 b - přesvědčení, že se jej snaží v tomto podvést
- 2 b - zlost na blízké
- 3 b - agresivita z tohoto důvodu

#### V. Podezřavost / paranoidní chování

- 0 b - nepřítomno
  - 1 b - podezřavost (schovávání věcí, "stejně ti nevěřím"....)
  - 2 Výrazně paranoidní chování, zlost, vztek
  - 3 Agresivita z důvodů podezírání okolí
- Popište.....

#### VI. Ostatní bludy (neparanoidní)

- 0 b - nepřítomné
  - 1 b - přítomné bludné myšlení
  - 2 b - zlost a vztek jako důsledek bludů
  - 3 b - násilné a agresivní chování z důvodů bludů
- Popište.....

(A celkem bodů.....)

### B. Halucinace

#### I. Vizuální halucinace

- 0 b - nepřítomny
- 1 b - nevýrazné, přesně nedefinovatelné
- 2 b - zcela jasné a zřetelné halucinace věci osob
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

#### II. Sluchové halucinace

- 0 b - nepřítomné
- 1 b - nevýrazné, přesně nedefinované
- 2 b - jasné definované halucinace slov, vět, určitých zvuků
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

#### III. Čichové halucinace

- 0 b - nepřítomné
- 1 b - nejasné, nepřesně definované
- 2 b - jasné definované ("pach kouře", "něco hoří")
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

#### IV. Taktilní halucinace

- 0 b - nepřítomné
- 1 b - nejasné, nepřesně definované
- 2 b - jasné definované ("někdo na mne sahá")
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

#### V. Ostatní halucinace

- 0 b - nepřítomné
- 1 b - nejasné, nepřesně definované
- 2 b - jasné definované ("někdo na mne sahá")
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

(B celkem bodů.....)

### C. Poruchy chování

#### I. Odcházení z domova

- 0 b - ne
- 1 b - někdy, ale nejsou nutná zvláštní opatření
- 2 b - dosti časté, takže jsou nutná zvláštní opatření (zamykání, dohled...)
- 4 b - nespokojenost, agresivita jiné poruchy chování v souvislosti s pokusem odejít, ničení překážek

#### II. Bezcílné činnosti

- 0 b - nevyskytují se
- 1 b - opakované neúčelné aktivity (opakované dotazování, přesouvání věcí, zapínání a rozepínání...)
- 2 b - toto chování je výrazné a překážející, vyžaduje určitá opatření

Testovník 2002



## Příloha č. 7: Dotazník pro poruchy chování u ACH, strana 2/ 2 (Test)

4 b - toto chování pacienta ohrožuje a/ nebo způsobuje drobná poranění

### III. Nepřiměřené chování a aktivity

0 b - nevyskytují se

1 b - jsou přítomny (dávání věcí na chybná místa, nepřiměřená sexuální odbrzděnost..)

2 b - jsou přítomny v takové míře, že vyžadují určitá opatření či omezení

4 b - toto chování je navíc doprovázeno neklidem či agresivitou popište.....

(C celkem bodů .....)

### D. Agresivita

#### I. Verbální výlevy

0 b - nepřítomny

1 b - přítomny a obsahují nezvykle primitivní či vulgární jazyk

2 b - přítomny a doprovázeny zlostí či vztekem

3 b - přítomny, doprovázeny zlostí či vztekem a jsou zcela jasně zaměřené vůči konkrétním osobám

#### II. Výhrůžky, hrozba fyzickým násilím

0 b - nepřítomny

1 b - pacient/ka vyhrožuje

2 b - fyzická agrese

4 b - značně intenzivní fyzická agrese

#### III. Neklid, agitace (ještě jiného typu než bylo uvedeno v předešlém textu)

0 b - nepřítomny

1 b - přítomny

2 b - přítomny a jsou výrazně emočně zabarvené

3 b - jsou přítomné, výrazně emočně zabarvené, doprovázené neklidným chováním, pohybovým doprovodem

(D celkem bodů ....)

### E. Poruchy diurnálního rytmu

0 b - nepřítomné

1 b - opakované buzení v noci, které není vynucené potřebou jít na záchod

2 b - jen 50% - 75% z původního spánku spí pacient v noci

3 b - jen méně než 50% původního spánku spí pacient v noci (spánková inverze)

(E celkem bodů .....)

### F. Afektivní poruchy

#### I. Trhání, škrubání

0 b - nepřítomny

1 b - přítomny

2 b - přítomny, výrazně afektivní komponenta

4 b - přítomny a doprovázeny dalšími afektivními či fyzickými projevy (mačkání rukou, jiná gesta)

#### II. Depresivní nálada

0 b - nepřítomna

1 b - přítomna (například občasné výroky "kdybych tu raději nebyl", "raději bych s tím skoncoval"....)

2 b - přítomna, doprovázena výraznými projevy - časté myšlenky na smrt a podobně

3 b - přítomna a doprovázena snahou či náznaky suicidálního jednání

nelze specifikovat?

Popište.....

(F celkem bodů.....)

### G. Úzkost a fobie

#### I. Úzkost a obavy z nastávajících událostí (Godotův syndrom)

0 b - nepřítomny

1 b - občas přítomny (opakované dotazy např. "kam to jdeme?")

2 b - často přítomny a představují již pro pečovatele obtíž

3 b - často přítomny a jsou pro pečující již velmi obtížné tolerovatelné

#### III. Ostatní obavy (například ohledně peněz, budoucnosti, nepřítomnosti doma, paměti atd. nebo generalizované, například "všechno stejně dopadne špatně"....)

0 b nepřítomny

1 b - přítomny

2 b - přítomny a jsou pro pečovatele již obtížné

3 b - přítomny a pro pečovatele jsou již nesnesitelné

#### IV Strach z opuštění

0 b - není přítomen

1 b - pacient hovoří o obavě, že bude sám

2 b - pacient hovoří o obavě, že zůstane sám, a vyžaduje pozornost a odpověď pečovatele

3 b - totéž, ale velmi naléhavě, takže to představuje již neúnosnou zátěž pro pečujícího

#### IV. Ostatní obavy

(například strach z mnoha lidí, cestování, cizích lidí, koupání atd.)

0 b - nejsou přítomny

1 b - jsou přítomny

2 b - jsou přítomny a pečující je nucen se jimi zabývat

3 b - přítomny a představují výrazné omezení pro pacienta a/nebo neúnosnou zátěž pro pečujícího

(G celkem bodů.....)

### Celkový součet bodů .....

### TOTAL SEVERITY SCORE

#### Celkové vyhodnocení:

Zatrhnete jednu z možností

Výše popsané příznaky a poruchy chování jsou celkově následující:

0. V žádném případě neohrožují pacienta a nepředstavují zátěž pro pečujícího

1. Jsou již poněkud obtížné pro pečujícího a/nebo omezují či ohrožují pacienta

2. Jsou již dosti obtížné pro pečujícího a/nebo dosti omezují či ohrožují pacienta

3. Jsou velmi závažné: výrazně stresují pečujícího a/nebo omezují či ohrožují pacienta

Jaké jsou příznaky, které považuje pečující za nejobtížnější a/nebo nejzávažnější:

Popište:

# **SUMMARY**

## **Komunikační strategie v odborné práci s člověkem s demencí AD typu**

### **Communication Strategy for Professional Work with People suffering from Alzheimer's Disease**

**Klára Tilkovská**

The aim of this Thesis was to approach the substance of the problem of aging people suffering from Alzheimer's Disease. Several issues which are caused by this disease were described. The aim was to think deeply of what people suffering from this disease and their carers feel. This Thesis tried to offer some attitudes and methods of communication that can help to manage all these difficulties in the daily life.

The whole Thesis is not divided into the theoretical and empirical parts because individual theories and considerations were being enriched by empirical data and by my own experience. The Thesis consists of ten chapters.

In chapter one the term of dementia was defined, there was given a survey of dementia too, one of which – the atrophic-degenerative type (Alzheimer's Disease) – is the main topic of the whole Thesis. The second chapter described the term of communication in general. Following chapters characterized the problems of communication with people suffering from Alzheimer's Disease and talked about the best attitudes to people who were diagnosed. Chapters four, five and six focused on the most convenient approaches to ill old people. That included Validation techniques, Basal Stimulation as well as Reminiscence therapy. In chapter seven were publicized three case reports of patients. Stories showed their life before they had been diagnosed with DAT, their course of mental disorder, family relationships, etc. Therefore in the next chapter were offered and described methods of available communication to the clients suffering from dementia. Because, as we know, the Alzheimer's Disease affects and slowly changes the personal behaviour that is why the centre of gravity of this study laid exactly there. The Thesis is ended by a conclusion. Additions were enclosed as well. Table giving numbers of increasing life expectancy was used, as well as the memories (of one patient) that were useful for Reminiscence therapy and were basis for the „Reminiscence Box“. Several psychological tests used when diagnosing dementia were contained.