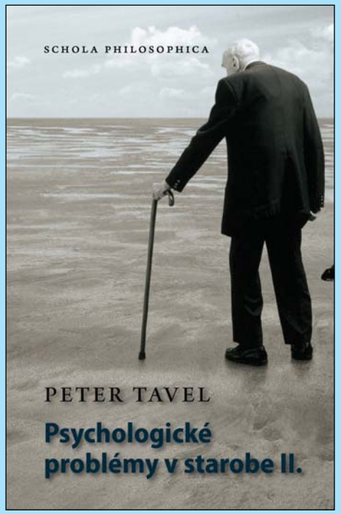
PETER TAVEL
Psychologické
problémy v starobe II.

Druhá časť knihy sa bude venovať ďalším psychologickým témam, ktoré sú v starobe aktuálne. Patria medzi ne napríklad obvyklé psychické poruchy, problémy spojené s nadmerný užívaním liekov a alkoholu, problémy so sexualitou, kriminalitou alebo aj s umieraním a smrťou. Kniha prinesie tak teoretické poznatky, ako aj praktické rady.



Kniha jakoby rozvíjela známý aforismus „Důležitější než prodlužovat léta života je prohlubovat život v rozmezí daných let“. Na základě výzkumných dat i vlastního étosu autor zasvěceně rekonstruuje nosné myšlenky teorií kvality života a úspěšného stárnutí. Přináší nejen rekonstrukci a interpretaci známých poznatků, ale rovněž vyvozuje náměty pro další výzkum a aplikaci, které mohou být využitelné nejen v kritických výzkumech, ale i v komplexní terapii a poradenství pro seniory. Knihu považuji za cenný příspěvek k teoretickým otázkám péče o seniory i k praktické metodice péče o kvalitu života seniorů.

Prof. PhDr. Vladimír Smékal, CSc.

Autor sa dôkladne venuje problematike depresie a demencie v starobe. Toto rozhodnutie možno z klinického hľadiska považovať za optimálne, pretože odzrkadľuje významnosť týchto syndrómov. Zo spôsobu podania problematiky oboch klinických okruhov je zrejmé, že má bohaté praktické skúsenosti. Autor v práci načrtol metodologický postup pri psychoterapii formou kognitívno-behaviorálnej terapie, z ktorého možno získať predstavu o štruktúre tohto krátkodobého psychoterapeutického postupu. Knihu hodnotím ako vynikajúcu, s výborne zvolenou témou, s bravúrnym zvládnutím teoretickej i výskumnej časti. Práca sa dotýka problematiky, s ktorou sa potýka vo svojom živote každý človek, čo ešte viac zvyšuje jej užitočnosť.

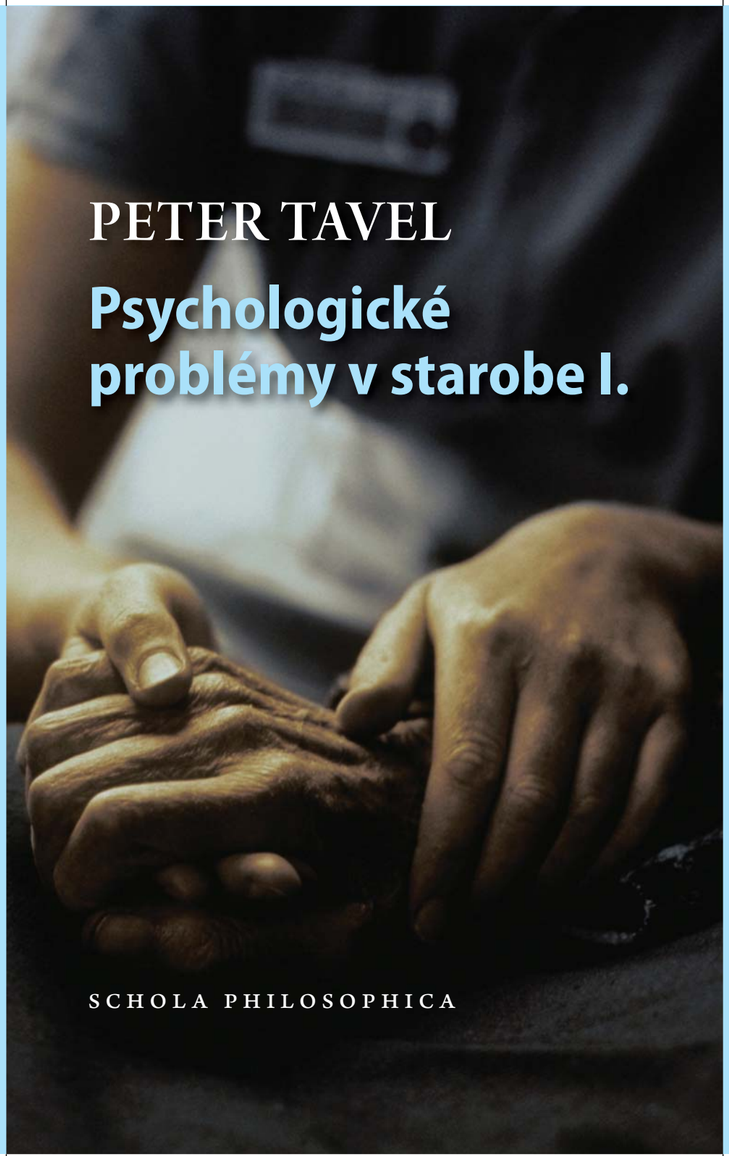
Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.

Považujeme za dosť unikátne, že sa autor v pomerne mladom veku dobrovoľne, s intenzívnym záujmom, dlhodobo venuje tejto oblasti. Upozorňuje, že dnešná západná spoločnosť nedoceňuje prínos starého človeka. Prezentuje podrobný prehľad, dôkladne analyzuje teórie starnutia a konštatuje nejednotnosť v prijímaní kritérií úspešného starnutia. Kapitolu venovanú depresiám považujem za osobitne dôležitú vzhľadom na rastúci výskyt afektívnych porúch v Európe, na špecifiká depresie v starobe a na ťažkosti v oblasti diferenciačnej diagnostiky. Erudovanosť a osobná angažovanosť autora v tejto problematike je zrejmá aj z popisu skúseností zo svojej psychoterapeutickej praxe s klientmi v domove dôchodcov.

Doc. PhDr. Zdenka Macková, PhD.

ISBN 978-80-969823-7-0

PETER TAVEL Psychologické problémy v starobe I.





Ing. Mgr. Mgr. Peter Tavel, PhD. (1966) prednáša psychológiu na Univerzite Palackého v Olomouci a na Pražskej psychoterapeutickej fakulte v Prahe. Žije a pracuje v rakúskom meste Retz. V rámci hospicu a domova dôchodcov sa venuje paliatívnym, starým a umierajúcim pacientom – podieľa sa na supervízii v Mobile Hospic Niederösterreich. Poskytuje psychologické poradenstvo pre Centrum poradenskej služby na CMTF UP v Olomouci. Je senior researcher v centre excelentnosti *Kosice Institute for Society and Health* na UPJŠ v Košiciach, člen redakčného kolégia internetového časopisu *Ostium* (www.ostium.sk) a zástupca editora internetového časopisu *Paidagogos* (www.paidagogos.net). Jeho doterajšia publikačná činnosť obsahuje viac než šesťdesiat prác publikovaných v domácich i zahraničných odborných periodikách.

Bez názvu-2 1
20. 9. 2009 18:45:55

Copyright © 2009 by Peter Tavel
Cover photo © Tessa Codrington / Getty Images
Cover design © 2009 by Martin Vydra
Slovak edition © 2009 by Schola Philosophica

ISBN 978-80-969823-7-0

OBSAH

Úvod 11

Starnutie obyvateľstva 13
Postoj dnešnej spoločnosti k starobe 16

Teórie starnutia 19

1. Teórie starnutia zdôrazňujúce biologický aspekt 19
1.1 Teória deficitu 19
1.2 Teória opotrebovania 21
1.3 Teória voľných radikálov 21
1.4 Teória telomérov 21
2. Kvalitatívne modely starnutia 22
2.1 Teória životných etáp E. Eriksona 22
2.2 Teória vývojových úloh R. J. Havighursta 23
2.3 Gutmannova teória zvyšovania podobností pohlaví 24
2.4 Gerodynamická teória staroby 24
3. Teórie rastu 25
4. Kognitívne teórie 26
4.1 Kognitívna teória Bonnskej školy 28
5. Teória kontinuity 28
6. Kultúrno-antropologické teórie 28
7. Interakčný model dlhovekosti a pocitu spokojnosti v starobe 29
8. Teórie úspešného starnutia 30
8.1 Problém zjednotenia kritérií úspešného starnutia 31
8.2 Teórie úspešného starnutia 40

Depresia 53

1. Klasifikácia 53
2. Zvláštnosti depresie v starobe 55
3. Diagnostika 56
3.1 Príznaky depresie v starobe 56
3.2 Diferenciálna diagnostika 57

3.3 Diagnostické nástroje ... 61
4. Výskyt depresie v starobe ... 66
5. Prognóza a priebeh ... 67
6. Psychoterapia depresie v starobe ... 68
6.1 Špecifiká terapie depresie v starobe ... 69
6.2 Najčastejšie rizikové faktory vedúce k depresii ... 70
6.3 Terapeutické ciele ... 72
6.4 Zásady pri terapii ... 72
6.5 Teoretické východiská psychoterapeutických prístupov k starému človeku s depresiou ... 73
7. Programy kognitívno-behaviorálnej psychoterapie depresie v starobe ... 79
7.1 Program skupinovej kognitívno-behaviorálnej psychoterapie depresie v starobe ... 80
7.2 Program individuálnej kognitívno-behaviorálnej psychoterapie depresie v starobe (program VEDIA) ... 85

Demencia ... 129

1. Diagnostické kritériá ... 129
1.1 Zhoršenie pamäti pri demencii ... 130
1.2 Pokles ďalších kognitívnych schopností ... 130
1.3 Poznámky k diagnostike ... 131
2. Klasifikácia ... 132
2.1 Demencia pri Alzheimerovej chorobe (F00) ... 132
2.2 Vaskulárna demencia (F01) ... 133
2.3 Demencia pri chorobách klasifikovaných inde (F02) ... 134
2.4 Príznaky nastupujúcej demencie ... 134
3. Terapia demencie ... 135
4. Širší kontext psychologického prístupu k pacientovi s demenciou ... 136
4.1 Postoje, hodnoty a princípy prístupu ... 137
4.2 Individuálny prístup ... 138
4.3 Predpoklad schopnosti učiť sa v demencii ... 139
4.4 Správny výber cieľov ... 140
4.5 Stálosť pozitívnych zmien ... 141
4.6 Účinky na opatrovateľov ... 141
4.7 Reálnosť očakávaní ... 142
4.8 Plánovanie individuálneho programu ... 143

4.9 Organizačné opatrenia ... 144
5. Psychologické terapie pri demencii ... 144
5.1 Terapia zameraná na kognitívne schopnosti pacienta s demenciou ... 145
5.2 Terapia zameraná na správanie pacienta s demenciou ... 160
5.3 Terapia zameraná na emocionalitu pacienta s demenciou ... 161
5.4 Ďalšie terapeutické prístupy k pacientovi s demenciou ... 186
6. Rezervy a možnosti rozvoja prístupov ... 192

Úloha starého rodiča ... 193

1. Osoba starého rodiča ... 194
1.1 Osoba starej matky ... 194
1.2 Osoba starého otca ... 194
2. Osoba vnúčaťa ... 195
2.1 Vnímanie starých rodičov vnúčatami ... 196
3. Rodinný systém ... 196
3.1 Rodičia ... 196
3.2 Širšia rodina ... 197
3.3 Kultúrne pozadie a pôvod starých rodičov ... 198
3.4 Výchovné metódy ... 198
3.5 Vplyv rozvodu ... 199
4. Intenzita kontaktu ... 200
5. Význam starých rodičov pre vnúčatá ... 200
5.1 Kultúrne odlišnosti ... 203
5.2 Prarodičia ... 204
5.3 Negatívny vplyv starého rodiča na vnúča ... 204
6. Vzájomný obraz generácií ... 205
6.1 Obraz spoločnosti o súčasnej mládeži ... 205
6.2 Obraz starých ľudí v spoločnosti ... 207
6.3 Pozitívne stereotypy staroby ... 209
7. Výskum vplyvu sociálnej opory starých rodičov na vnúčatá ... 210
7.1 Výsledky výskumu ... 211
7.2 Diskusia o výsledkoch ... 212

Zhrnutie ... 215

Summary 219

Literatúra 223

Prílohy 251

Príloha č. 1: Stupnica depresie pre starých ľudí (GDS) 251
Príloha č. 2: Montgomery-Asbergovej škála (MADRS) 252
Príloha č. 3: S-O-R-K tabuľka 256
Príloha č. 4: Mini Mental state examination (MMSE) 257
Príloha č. 5: Barthelov index 260
Príloha č. 6: Test inštrumentálnych každodenných činností (IADL) 262
Príloha č. 7: Mannheimerský inventár životných podmienok v starobe (MILVA) 264
Príloha č. 8: Dotazník na zisťovanie miesta kontroly 268
Príloha č. 9: Ciele terapie 270
Príloha č. 10: Týždenný plán 271
Príloha č. 11: Self-Rating Anxiety Scale (SAS) 272
Príloha č. 12: Hamiltonova škála úzkosti (HAMA) 274
Príloha č. 13: Zoznam príjemných činností 276
Príloha č. 14: Týždenný plán na obdobie po terapii 278

+1
0
-1

ÚVOD

V zahraničí existuje množstvo literatúry o starnutí a starobe. V dostupných prameňoch sa miestami i ťažko orientuje. V Českej republike a na Slovensku je však takejto literatúry nedostatok. Istý nezáujem o tému staroby sa dá pozorovať aj na rôznych tunajších vedeckých sympóziách. Počet predniesených príspevkov v posledných rokoch v Českej a Slovenskej republike predstavoval iba okolo 4 percent. Spracovanie akejkoľvek témy z oblasti psychológie staroby je teda pre našu vedeckú obec prínosné a obohacujúce.

Slabý záujem o túto tému u nás je do určitej miery pochopiteľný. Aj takmer 20 rokov po nežnej revolúcii ešte vždy doznieva totalitná spoločenská atmosféra, stereotypné myslenie a vnímanie starého človeka ako „neproduktívneho". Iným dôvodom je, že naše spoločnosti nepociťujú problém starnúceho obyvateľstva tak intenzívne, ako je to v krajinách západnej Európy. Význam tejto knihy by mohol byť aj v tom, že aspoň nepatrne prispeje do diskusie o starobe v našich krajinách v čase, keď problém ešte nie je taký akútny.

Kniha *Psychologické problémy staroby I.* obsahuje témy, ktoré sme považovali za nosné pre uvedenie do problematiky. Na začiatku predstavujeme psychologický rozmer staroby zasadený do širšieho spoločenského rámca. Poukazujeme na to, že obyvateľstvo vo vyspelých štátoch západnej Európy starne a že sa negatíva tohto fenoménu časom objavia s najväčšou pravdepodobnosťou aj u nás. Uvedené prognózy, ktoré majú možno pesimistické zafarbenie, hovoria o realite, v ktorej sa podľa všetkého môžeme v blízkej budúcnosti ocitnúť. Otvorená diskusia je predpokladom na to, aby sa spoločnosť mohla dobre pripraviť na starnutie svojich obyvateľov.

Ďalšia časť knihy sa venuje teóriám starnutia. Je to dôležité preto, lebo teórie predstavujú širší psychologický a teoretický rámec, z ktorého potom vychádzajú konkrétne psychoterapeutické modely. Teórie sa pokúšajú vytvoriť model úspešného, respektíve dobrého starnutia. Kladú si dôležité otázky ako napríklad: Čo znamená úspešne starnúť? Čo je kritériom dobrej staroby? Čo možno v staršom veku považovať za normu? Čo by si mala prípadná intervencia u starého človeka dávať za cieľ? Hoci predkladané modely nedávajú jednoznačné odpovede, sú dôležitým východiskom pre ďalšiu psychoterapeutickú prácu.

Dve najobsiahlejšie kapitoly sa zaoberajú depresiou a demenciou. Sú to choroby, ktoré sa popri paranoidnom stave a delíriu v starobe radia medzi najčastejšie. Pre úplnosť problematiky by sa ešte dalo hovoriť aj o senilnej neuróze, o problémoch v oblasti psychosomatiky, o špecifikách závislosti od alkoholu a liekov u starých ľudí, o problematike smrti a umierania a o mnohých ďalších problémoch.

V kapitole o depresii sa pomerne veľká pozornosť venuje kognitívno-behaviorálnemu prístupu. Kvôli praktickému využitiu tejto publikácie sme dali prednosť podrobnému opisu dvoch konkrétnych psychoterapeutických programov pred prehľadom rôznych prístupov. Jeden z programov je zameraný na skupinovú a druhý na individuálnu kognitívno-behaviorálnu terapiu starého človeka s depresiou. Keďže podobné programy sa u nás viac-menej nevyskytujú, program individuálnej terapie sme opísali do tej miery, aby poslúžil aj ako praktická pomôcka pri práci so starým človekom s depresiou.

Ďalšia kapitola ponúka prehľad psychologických prístupov pri práci s človekom s demenciou. Keďže sa informácie o nefarmakologických prístupoch k dementnému človeku v českých a slovenských publikáciách objavujú iba sporadicky a publikovaniu v tejto oblasti sa venuje málo odborníkov, je táto kapitola najrozsiahlejšia. V porovnaní s ostatnými prístupmi sme pomerne veľký priestor vymedzili psychoterapeutickému prístupu nazvanému validácia. Okrem toho, že tento prístup u nás zatiaľ nikto podrobnejšie neanalyzoval, bolo naším zámerom, podobne ako pri depresii, ponúknuť a opísať aspoň jeden prístup tak, aby mohol poslúžiť na praktické využitie pri práci s človekom s demenciou.

Poslednou témou, ktorou sa v knihe zaoberáme teoreticky aj výskumne, je starý človek v role starého rodiča. Na túto problematiku sme sa zamerali z dvoch dôvodov. Prvým je snaha hľadať pozitíva, ktoré starý človek do spoločnosti a konkrétne do rodinného systému prináša. V odbornej diskusii sa totiž občas objavujú hlasy zdôrazňujúce negatíva, skúma sa napríklad to, či starý človek rodine neškodí, či prítomnosť starého človeka nepôsobí na iných členov rodiny depresívne alebo sa diskutuje o tom, či starý človek neodčerpáva zdroje a rodinu nezaťažuje. Teoretická časť a rozsiahly výskum preto rozoberá vplyv starého rodiča na vnúča a ukazuje, že ak má starý rodič na vnúča v období dospievania vplyv, tak je pozitívny. Tým dávame pozitívnu odpoveď na pesimistickejšie ladené otázky z úvodu knihy. Druhým dôvodom tohto výskumu bola snaha o určitú rovnováhu v rozdieloch

medzi kultúrami. Uvedomujeme si totiž, že väčšina prameňov, z ktorých vychádzame, pochádza zo západnej Európy alebo USA. Okrem toho, že pri aplikácii poznatkov v našich krajinách je potrebná určitá opatrnosť, výskum robený na Slovensku, konkrétne v Košiciach, navyše prináša odpovede v rámci nášho kultúrneho kontextu.

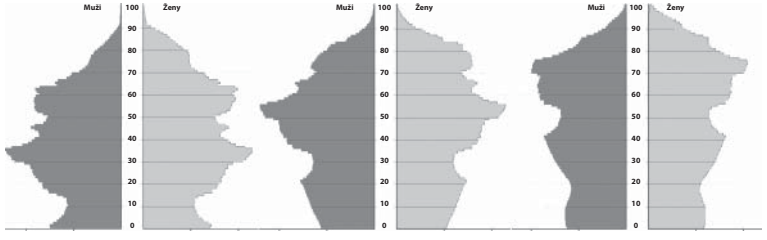
Staroba je vyvrcholením životnej etapy človeka. Vyvrcholenie, v ktorom sa spája minulosť, prítomnosť a budúcnosť života jedinca. Človek má potrebu, aby to, čo prežil v minulosti, to, čo zakúša v prítomnosti, a to, čo od budúcnosti očakáva, tvorilo zmysluplný celok. Minulosť sa stáva v starobe dôležitou bohatou studňou, z ktorej sa čerpá v prítomnosti. V pohľade do budúcnosti starnúci človek postupne rozpoznáva pominuteľnosť vízie, že tu bude ešte prebývať dlho, lepšie, šťastnejšie, výkonnejšie a zdravšie. Pred jeho zrakom sa vynára horizont konečnosti, záver životného dobrodružstva na zemi. Záleží od toho, či smrť vníma ako bodku, za ktorou už neočakáva nič, alebo či smrť vníma ako tri bodky, za ktorými azda príde nejaké pokračovanie, alebo či smrť vníma ako dvojbodku, za ktorou príde to hlavné, na čo bol život tu na zemi iba prípravou.

Problém staroby je nielen problémom spoločnosti, ale aj konkrétneho človeka. Hoci človek ľahko verí ilúzii vlastnej nesmrteľnosti a dlho dokáže tvrdiť, že ešte nie je taký starý, prvé uvedomovanie si nastupujúcej staroby sa začína v 50. roku života, jeho intenzita sa zosilňuje v 60. roku a po 70. roku si už človek starobu definitívne uvedomuje naplno. Ako je múdre myslieť na starobu vo veku, keď je ešte ďaleko, je múdre uvažovať nad problémami starnutia v spoločnosti s predstihom, v čase, keď sú ešte ľahšie riešiteľné.

STARNUTIE OBYVATEĽSTVA

Starnutie je aktuálnym problémom Európy. Vek obyvateľstva rastie aj historicky, aj s rastúcou životnou úrovňou. Vekové rozloženie obyvateľstva v spoločnosti vytváralo v minulosti tvar pyramídy – s pribúdajúcim vekom ubúda počet obyvateľov. V súčasnosti sa v krajinách stredoeurópskeho regiónu pyramída zúžila a v budúcnosti nadobudne rozloženie tvar huby alebo stromu. Na obrázkoch č. 1 a č. 2 je vyznačený odhad rastu počtu obyvateľov v rokoch 2010, 2030 a 2050 v Českej republike a na porovnanie zároveň v Nemecku. Takéto populačné rozloženie obyvateľstva spoločnosť vo svojej histórii ešte nezažila. Ozývajú

sa hlasy, že v budúcnosti možno očakávať udalosti, ktoré v minulosti nemali obdobu (Schmidbauer, 2003, 7).



Obrázok č. 1: Predpoklad rastu počtu obyvateľov v Českej republike. Prvý graf zľava ukazuje odhad počtu obyvateľov v roku 2010, druhý v roku 2030 a tretí v roku 2050.[1]



Obrázok č. 2: Predpoklad rastu počtu obyvateľov v Nemecku. Prvý graf zľava ukazuje odhad počtu obyvateľov v roku 2010, druhý v roku 2030 a tretí v roku 2050.[2]

V súvislosti s historickým rastom priemerného veku obyvateľstva uvádza D. Kováč (2002, 6), že pred 200 rokmi pripadalo na jedného obyvateľa nad 65 rokov 7 obyvateľov vo veku pod 15 rokov. Začiatkom 20. storočia bol tento pomer 1 : 6, v súčasnosti je tento pomer 1 : 1. V takzvanej predpriemyselnej spoločnosti bol podiel ľudí nad 65 rokov len 5 percent. V roku 1995 pripadalo na 100 obyvateľov vo veku od 24 do 65 rokov 24 obyvateľov nad 65 rokov. Predpokladá sa, že v rozvinutých krajinách Európy bude v roku 2030 na jedného pracujúceho pripadať jeden dôchodca (Schmidbauer, 2003, 7 – 8).

Vek obyvateľstva sa zvyšuje aj s rastúcou životnou úrovňou. Priemerná dĺžka života stúpa s vyspelosťou krajiny. Priemerný vek, kto-

[1] Zdroj: *Věková skladba obyvatelstva v roce 2010, 2030 a 2050. Grafy projekce obyvatelstva do roku 2050*. Český statisticky uřad.

[2] Zdroj: *Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Statistisches Bundesamt Deutschland.

rého sa dožívalo obyvateľstvo vo vybraných krajinách Európy v roku 2004, ukazuje nasledujúca tabuľka č. 1 (Neuer Grosser Atlas, 2004, 171 – 216):

Krajina	Priemerný vek
Švajčiarsko a Švédsko	80 rokov
Francúzsko a Taliansko	79 rokov
Rakúsko	78 rokov
Anglicko, Fínsko a Nemecko	77 rokov
Česká republika a Slovinsko	75 rokov
Slovenská republika	73 rokov
Bulharsko	72 rokov
Rumunsko	70 rokov
Bielorusko a Ukrajina	68 rokov
Rusko	65 rokov

Tabuľka č. 1: Priemerný vek, ktorého sa dožívalo obyvateľstvo vo vybraných krajinách Európy v roku 2004.

Skupina dôchodcov sa zväčšuje preto, lebo vekové rozpätie „starosby" sa rozširuje nielen smerom hore, ale i smerom dole. Zvyšuje sa počet prípadov 45-ročných ľudí, ktorí si nevedia nájsť prácu, pretože sú pre zamestnávateľa príliš starí. Napríklad v Nemecku ide 90 percent ľudí na predčasný dôchodok. Stáva sa, že ľudia odchádzajú na dôchodok predčasne preto, aby dochovali svojich rodičov (Schmidbauer, 2003, 15). V Českej republike a na Slovensku nie je situácia s odchádzaním na predčasný dôchodok až taká ako v Nemecku, ale ťažkosti s hľadaním práce vo vyššom veku sú rovnaké (Kusá in Kullová, 2008).

K starnutiu obyvateľstva prispieva aj to, že sa znižuje počet narodených detí. U. Lehr (2003, 30) hovorí o Európe ako o *„šedivejúcom svete"*. *„Ešte nikdy v histórii ľudstva,"* ako uvádza W. Schmidbauer (2005, 126 – 127), *„nebol taký sociálny svet, v ktorom by žilo viac starých ako mladých. Rastú prípady, keď človek nemusí vychovávať iba svoje deti, ale musí sa starať aj o starých rodičov. Doba starostlivosti o starých rodičov je dlhšia ako o deti. Ľuďom, ktorí svojich rodičov s láskou doopatrovali, sa môže ľahko stať, že im to nebude mať kto odplatiť, lebo vlastné deti nemajú."*

POSTOJ DNEŠNEJ SPOLOČNOSTI K STAROBE

Bolo by zaujímavé sledovať, ako sa postoj k starému človeku vyvíjal v *histórii* ľudstva. Výrazná zmena nastala za posledné storočia. V 19. storočí patrili do rodiny tak deti, ako aj starí ľudia. Keďže sa v tom čase človek nedožíval vysokého veku, boli starí ľudia vzácnosťou a predmetom úcty. V 20. storočí sa obraz rodiny v prostredí strednej Európy zmenil (Borscheid, 1994, 35 – 61). Dnes sa *„všeobecne uznáva, že rodina je ideálnym prostredím pre deti a opakuje sa klišé, že je nespravodlivé starých ľudí odsúvať do domova dôchodcov. V skutočnosti sa však v tichosti očakáva, že starý človek sám pochopí, že je na ťarchu a odíde do domova dôchodcov, aby nerušil pohodlie iných,“* dodáva kriticky Schmidbauer (2003, 9 – 10).

Staroba sa *vytráca* zo spoločenského života. Stúpajúca životná úroveň prináša čím ďalej tým viac ponúk, ako sa počas produktívneho života finančne zabezpečiť na starobu. Po 65. roku života má človek relatívne dosť voľného času. V médiách sa objavujú väčšinou mladí ľudia a všeobecne sa prijíma názor, že človek je natoľko starý, nakoľko sa cíti. Takáto spoločenská atmosféra potláča skutočnosť, že k životu patrí aj choroba, chátranie, úpadok a smrť. Spoločnosť ponúka kultúru príchodu, nie však kultúru odchodu a rozlúčky (Schmidbauer, 2003, 11 – 12; Hytych, 2002, 465 – 466; Přidalová, 1998, 347 – 361).

Staroba sa dnes neidealizuje a nezbožšťuje. Naopak, spoločnosť sa pýta: „Človek žije stále dlhšie a kto to má platiť?“ V roku 1989 napísal sociológ R. Gronemeyer (1989) rozprávku, v ktorej zobrazil víziu, ako to bude vyzerať v Nemecku v roku 2030. Popisuje v nej vojnu mladých proti starým. V roku 2030 bude podľa niektorých odhadov rovnaký počet pracujúcich ako ľudí na dôchodku. Vo voľbách bude každý druhý hlas hlasom starého človeka. Treba poznamenať, že už dnes sa v západných krajinách ozývajú názory, že pomer hlasov je neuspokojivý. V spoločnosti sa bude objavovať mienka: *„Starí stoja veľa a majú príliš veľa moci, nie je ďalej možné ich financovať. Okrem toho starí ešte vo svojej mladosti zničili prírodu a mladí musia teraz znášať následky“* (Gronemeyer, 1989, 130). Kolínska lekárka a politička H. Schüllerová (Schmidbauer, 2003, 13) hovorí, že ak je iba tretina obyvateľstva produktívna, spoločnosť nemôže prežiť. Vychádza zo západoeurópskeho modelu, kde človek takmer do 30. rokov študuje a už od 60. rokov poberá starobný dôchodok. Navyše možno predpokladať aj ďalšie zmeny v spoločnosti. Nastane úbytok fosílnych

palív a zhoršenie v ekológii. Podobnú víziu budúcnosti predstavuje aj M. Houellebecq (1999).

Niektorí považujú za znak súčasnej doby oddeľovanie generácií. Spoločnosť sa vďaka formovaniu nového systému hodnôt nachádza na pokraji hlbokých a vážnych zmien. Dostáva sa do bodu, v ktorom môže dôjsť k odcudzeniu a vzdialeniu mladých od starých. J. Powel (1995, 27 – 28) hovorí: *„Už šesťdesiate a sedemdesiate roky priniesli novú odlišnú generáciu. Človek sa začal jasne vyjadrovať, je kritickejší a angažovanejší. Nová generácia sa nechce podobať tej starej.“* K. Lorenz vo svojej dobe napísal: *„Industrializácia, ktorá prevažuje vo všetkých sektoroch ľudského života, zväčšuje vzdialenosť medzi generáciami, ktoré nie sú kompenzované rodinnými putami… Takto v našej kultúre dochádza k alarmujúcemu rozpadu tradičnej kontinuity medzi generáciou narodenou okolo roku 1900 a generáciou nasledujúcou“* (Powel, 1995, 29).

Hovorí sa o ľuďoch *novej a starej kultúry.* Človek starej kultúry zbrojil, bol ochotný odložiť uspokojenie potrieb, *„vyjadrovanie svojich pocitov považoval za luxus, bol umiernený v obliekaní a vo farbách a obával sa rozmarnosti“*. Stará kultúra bola založená na tvrdej práci a snahe o veci, ktoré boli mimo dosah. Človek novej kultúry považuje uspokojenie za podstatný prvok života a navyše za ľahko dosiahnuteľný. *„Nebojí sa podnetov, ktoré dráždia, a skúša ich. Zmysly sú vystavované farbám, korenenej strave, zosilneným zvukom, filmom a knihám, ktoré nemajú zábrany. Častejšie sa používajú silné slová a neúctivá satira“* (Powel, 1995, 31). Možno spomenúť aj rozdielne prežívanie a rozdielne ciele mladého a starého človeka (Feil, 2002, 25, 35), zmenený vzťah medzi generáciami (Lehr, 2003, 41). Diskutuje sa aj o tom, ako zmenený „životný cyklus“ dnešného človeka vplýva na postavenie a vnímanie starého človeka v spoločnosti (Lehr, 2003, 43).

V spoločnosti sa mení počet starších ľudí, ktorí žijú so svojimi partnermi, mení sa aj počet detí a vnúčat. Pri hodnotení sociálnej politiky vo Veľkej Británii sa skonštatovalo, že sociálna mobilita a zmeny v rodinnej štruktúre vedú k poklesu počtu detí, ktoré bývajú blízko svojich rodičov. Zmenšuje sa tak pravdepodobnosť, že by deti svojim rodičom mohli poskytnúť potrebnú starostlivosť a podporu. Treba dodať, že politici nereagujú na nárast starnúcej populácie a na súčasné zmeny v rodine dostatočne rýchlo (Britton, Woods, 2006, 2).

V Amerike sa dokonca prejavuje určité oddeľovanie starých ľudí. Vznikajú *getá pre starých.* Starší človek si môže prenajať byt v klimaticky výhodných miestach za výhodné ceny. Najčastejšie to býva v Mexiku,

kde je relatívne lacná pracovná sila. Fenoménom v tejto oblasti je takzvaný granny dumping, keď polícia hľadá pomätených starých ľudí (Schmidbauer, 2003, 14).

V byrokraticky kontrolovanej, technicky sa rozvíjajúcej a konzumnej spoločnosti je človek vystavený nebezpečenstvu, že stratí vlastné korene. V médiách sa prezentuje idealizované dokonalé telo, estetická erotika a kultúra mladých ľudí. Prednosti staroby, ktorými sú bohaté skúsenosti, rozvaha a múdrosť sa zatláčajú do úzadia. Spoločnosť *nedoceňuje prínos starého človeka,* ktorým je schopnosť relativizovať súčasnú dominujúcu módu a ideológiu. Existujú však aj výnimky. Francúzsky premiér A. Briand svojho času odpovedal na otázku, prečo vzal do vlády toľko 80-ročných členov: *„Preto, lebo 90-ročných nebolo dosť“* (Bibring, 1969, 278).

+1
0
-1

TEÓRIE STARNUTIA

Starobu a starnutie skúmajú rôzne prístupy a z rôznych uhlov pohľadu, no v popredí je biologický, psychický a sociálny aspekt. Teórie staroby a starnutia sa dajú rozdeliť aj podľa predmetu záujmu. Niektoré sa sústreďujú na starobu, snažia sa teda odpovedať predovšetkým na otázky, prečo sa človek dožíva vysokého veku, niektoré teórie sa zas sústreďujú viac na starnutie, zaoberajú sa priebehom samotného procesu starnutia a hľadajú kritériá dobrého či úspešného starnutia (Baltes, Mittelstraß, Staudinger, 1994, 9). Uvádzame stručný prehľad niektorých teórií.

1. TEÓRIE STARNUTIA ZDÔRAZŇUJÚCE BIOLOGICKÝ ASPEKT

Väčšina výskumov sa v minulosti v určitom časovom období zameriavala na biologické faktory starnutia. Napríklad H. Kay vo svojej práci z roku 1959 vidí dôvod zmien v starobe v biologických procesoch a H. E. Jones hovorí, že k poklesu inteligencie dochádza následkom poškodenia štruktúr a funkcií nervového systému. Uvažuje sa tak o vplyve biologických a genetických faktorov, ako aj o sociálnych a ekonomických faktoroch. Skúma sa vplyv nedostatočnej hygieny, výživy, lekárskej starostlivosti alebo nedostatku stimulácie (Lehr, 2007, 52).

1.1 Teória deficitu

Medzi teóriami zameranými na biologický aspekt má výrazné postavenie teória deficitu. Je založená na záveroch výskumu profesora anatómie a priekopníka v oblasti skúmania staroby L. Hayflicka, ktorý pred viac než 30 rokmi vo Filadelfii objavil, že väzivové bunky (fibroblasty) majú stabilnú, ohraničenú životnosť a ohraničenú schopnosť delenia. To viedlo k záveru, že všetky procesy ľudského života majú ohraničené trvanie a degenerujú. Tým sa vysvetľoval aj pokles výkonnosti. Staroba tak bola definovaná ako permanentný úbytok telesných, duševných a duchovných síl. Jedinec dosahuje vrchol výkonnosti vo veku okolo 20 rokov a toto maximum si dokáže pár rokov udržať. E. B. Thorndike

v roku 1928 dokázal, že medzi 20. a 30. rokom života sa dosahuje aj maximálna schopnosť učiť sa (Nigg, Steidl, 2005, 32).

Teóriu deficitu podporil aj výskum *vplyvu veku na inteligenciu.* Medzníkom bol začiatok používania Bellevue-Wechslerovej škály inteligencie a iných inteligenčných testov, ktoré umožnili porovnať inteligenciu rôznych vekových skupín. Potvrdilo sa, že jedinec dosahuje vrchol intelektuálnej výkonnosti v treťom decéniu života. Po tomto vrchole prichádza znižovanie výkonnosti. So zvyšujúcim sa vekom sú vo Bellevue-Wechslerovej škále stabilné tieto subtesty: 1. informácie, 2. porozumenie, 7. doplňovanie obrázkov, 9. skladanie a 11. slovník. Nestabilné subtesty sú: 3. čísla, 4. počty, 5. podobnosti, 6. usporiadanie obrázkov, 8. blok (kocky), 10. symboly. Vekom sa teda nestrácajú vedomosti, schopnosť riešiť praktické úlohy (týkajúce sa problémov každodenného života), rečové schopnosti, schopnosť koncentrácie a schopnosť rozlišovať podstatné od nepodstatného. Vekom sa, naopak, znižuje schopnosť pamätať si, postreh, psychická pohotovosť, pružnosť, abstraktné a logické myslenie, psychomotorická rýchlosť a schopnosť kombinovať. Viditeľný úpadok celkového skóre testu, a teda inteligencie, je v polovici piateho decénia (Lehr, 2007, 50 – 51).

Teóriu deficitu spochybňuje fakt, že pokles výkonu u starých ľudí nemožno generalizovať – nie je ani všeobecný, ani univerzálny. Viaceré neskoršie štúdie vyvracajú model deficitu a poukazujú na to, že degenerácia a pokles výkonnosti v starobe boli často nesprávne preceňované. Treba spomenúť aj to, že starému človeku nejde iba o snahu čo najdlhšie si zachovať kompetencie, sociálne vzťahy, materiálne hodnoty ani o snahu vyhnúť sa ich úbytku – nejde len o to, aby si čo najdlhšie konzervoval daný stav, ale ide mu aj o životný štýl, v ktorom sa využíva nový potenciál a získavajú sa nové schopnosti (Nigg, Steidl, 2005, 33).

Už C. C. Milles (1934, 208 – 210) namietal, že v starobe síce merateľná inteligencia klesá, ale človek s vysokou inteligenciou dokáže jej pokles do určitej miery kompenzovať svojimi skúsenosťami, istotou a technikami učenia. Jedinec s nízkou inteligenciou dokáže pokles kompenzovať len málokedy.

Voči záverom výskumu E. B. Thorndika sa dá namietať, že schopnosť učiť sa nezávisí len od veku a nedá sa merať v každom veku rovnakými metódami. Dôsledky teórie deficitu prispievajú k vytváraniu rôznych nesprávnych stereotypov o starobe (Nigg, Steidl, 2005, 32).

1.2 Teória opotrebovania

K teórii deficitu sa radí aj teória opotrebovania, ktorej autorom je R. Pearl a ktorej pozornosť sa sústreďuje na nárast telesných zmien v starobe. Vychádza z predpokladu, že fungovaním orgánov a vôbec každým životným dejom či udalosťou sa organizmus postupne opotrebováva. Vekom dochádza k opotrebovanniu organizmu a nakoniec k smrti. Čím hýrivejšie a menej zdravo človek žije, tým väčšie je opotrebovanie.

K teórii treba dodať, že telo sa dokáže do určitej miery regenerovať. Pravdou je však aj to, že schopnosť regenerácie sa vekom znižuje a starší ľudia majú často iba minimálnu schopnosť prispôsobiť sa. Starí ľudia na rozdiel od mladých citlivejšie reagujú na zvýšenú životnú záťaž a extrémnejšie podmienky. Zaťaženie jednotlivých orgánov je rozdielne a rozdiel je aj v tom, ako jednotlivci reagujú na záťaž. Porovnanie 75 až 80-ročných s 30-ročnými ukazuje, že pokles funkcií, respektíve rezerv organizmu je 40 až 80 percent (Andreae, Von Hayek, Weniger, 2001, 22).

1.3 Teória voľných radikálov

Táto teória vznikla na základe objavov v oblasti medicíny. Sformuloval ju D. Harman, ktorý spojil starnutie buniek s procesom dýchania. Pri procese dýchania dočasne vznikajú voľné radikály, čiže agresívne zlúčeniny kyslíka, ktoré môžu napádať, poškodzovať alebo znefunkčňovať štruktúry buniek, molekuly bielkovín alebo dedičnú výbavu. Nadbytok voľných radikálov spôsobuje vznik chorôb, ako je napríklad arterioskleróza, srdcový infarkt, autoimúnne procesy či rakovina. Voľné radikály spôsobujú aj predčasné starnutie, pretože majú vplyv na zánik štruktúr, ktoré sú organizmu vlastné. Treba dodať, že voľné radikály môžu mať aj pozitívny efekt a ako nevyhnutnú súčasť látkovej výmeny ich nájdeme v každej bunke. Okrem toho niektoré bunky imunitného systému produkujú voľné radikály, aby ničili bunky napadnuté baktériami a vírusmi. Voľné radikály môžeme považovať aj za dôležitú súčasť obrany organizmu (Nigg, Steidl, 2005, 36).

1.4 Teória telomérov

Na univerzite v Hamiltone v Ontáriu bola v roku 1973 vyvinutá priekopnícka teória staroby. Zistilo sa, že náš dedičný základ je uložený

v chromozómoch. Pri delení buniek sa chromozómy štiepia a telomé-ry, koncové časti chromozómov, sa skracujú. V roku 1984 bol objave-ný enzým telomeráza, ktorý obnovuje opotrebované telomérové za-končenie. Rakovinové bunky, ako aj bunky vajíčka a spermie dokážu produkovať telomerázu, čím dokážu neustále obnovovať zakončenie chromozómov, ktoré vďaka tomu ostávajú stále mladé. V prípade akti-vácie telomerázy by boli telové bunky prakticky nesmrteľné, čo sa v la-boratórnych podmienkach v skúmavke aj potvrdilo. Telomeráza sa tak začala považovať za zdroj mladosti (Nigg, Steidl, 2005, 37).

2. KVALITATÍVNE MODELY STARNUTIA

Biologické modely starnutia vznikali najmä v období, keď v gerontológii ešte nebol dostatok psychologických výskumov. Ak ide len o biologický pohľad na starobu, je človek vnímaný „mechanisticky" (Weinert, 1994, 180 – 203). Kvalitatívne modely na rozdiel od modelu deficitu alebo iných modelov vychádzajú z kvalitatívnych zmien spojených so starobou. Zmeny sa považujú za možné príčiny starnutia.

2.1 Teória životných etáp E. Eriksona

Príkladom kvalitatívneho modelu je prístup E. Eriksona, ktorý si všíma významné kvalitatívne zmeny štruktúry v určitých štádiách alebo psychických krízach počas života. V období staroby ide predovšetkým o dosiahnutie integrity ja. Pre starnúceho jedinca je to najdôležitejšia úloha. Keď sa nepodarí dosiahnuť integritu, pri hodnotení svojho živo-ta nemá človek pocit dobre vykonanej práce, nastupuje pocit zúfalstva. Erikson (1950, 133) zároveň pozoruje vzťah medzi detskou dôverou a dospelou integritou. Ak človek v starobe dospeje k integrite, nadobud-ne podľa neho cnosť múdrosti, ktorá je výsledkom celého vývojového cyklu človeka. Integrita ja je kritériom, podľa ktorého sa posudzuje to, či jedinec dosiahol, alebo nedosiahol osobnú zrelosť. Podľa toho by po-tom väčšina ľudí s „priemerným životným príbehom" nezodpovedala kritériám „zrelej" osobnosti a bola by označovaná za „nezrelú". Model životných etáp predstavujú aj iní autori. R. Guardini napríklad hovorí, že každá fáza celku života človeka má svoje nezastupiteľné miesto. Platí to ja pre starobu. R. Guardini (1997, 99 – 100) ju považuje za *„cenný článok života, ktorým môže byť životný oblúk privedený do dokonalosti"*.

2.2 Teória vývojových úloh R. J. Havighursta

R. J. Havighurst navrhuje analýzu života na základe splnenia takzva-ných „vývojových úloh". Vývoj človeka závisí od spôsobu, ako sa s nimi vyrovná. Vývojovou úlohou je každá životná situácia, ktorá pri-chádza v určitej etape života a vyvoláva nejaký rozpor alebo krízu. Keď je úloha zvládnutá úspešne, človek prežíva spokojnosť a smeruje k úspešnému riešeniu ďalších úloh. Nesprávne riešenie a nesplnenie úlohy vedie k nespokojnosti, spoločnosť kritizuje alebo až odmie-ta jedinca. Človek má takisto ťažkosti so splnením a riešením úloh v ďalšej fáze života (Merriam, Mullins, 1981, 9 – 22; Trautner, 1992, 140 – 141).

Vývojové úlohy vznikajú na základe:

- telesného vývoja, telesnej situácie, fyziologických a biologických daností,
- kultúrnych pravidiel a očakávaní od spoločnosti,
- individuálnych očakávaní a predstáv o hodnotách.

Vývoj nie je podmienený iba endogénnymi alebo biologickými faktormi a nie je závislý iba od prostredia alebo od snahy o sebarealizá-ciu. Vývoj je výsledok interakcie:

- rozvíjajúceho sa organizmu,
- rozvíjajúceho sa individuálneho „self" s jeho predstavami o hod-notách,
- uprostred danej špecifickej sociálnej situácie.

Človek sa tak v určitom bode svojho vývoja, v súlade s predstavami a hodnotovým nasmerovaním, usiluje nejako konať a vytvárať vzťahy. Očakáva aj určitú reakciu od spoločnosti. R. J. Havighurst určuje vý-vojové úlohy pre každé vývojové obdobie. V etape života po 60. roku sú tieto vývojové obdobia (Bellack, Edlund, 1992, 318):

- prispôsobenie sa úbytku fyzickej sily a zdravia,
- prispôsobenie sa dôchodku a redukovanému príjmu,
- prispôsobenie sa smrti partnera,
- prijatie a zaradenie sa do vekovo primeranej skupiny,
- prijatie a pružné prispôsobenie sa novej sociálnej role,
- príprava na smrť.

Človek je v priebehu života postavený pred rôzne zmeny. V kaž-dej takejto situácii sa musí preorientovať, prispôsobiť sa novej situá-cii. Je tak postavený pred novú úlohu a je vystavený stresu. Výskumy stresu ukazujú, že ak mierny stres vplýva na neurofyziologický systém

podnecujúco, silný stres pôsobí naopak paralyzujúco (Edwards a kol., 2002, 1 – 19).

2.3 Gutmannova teória zvyšovania podobností pohlaví

R. Gutmann vo svojich medzikultúrnych výskumoch zistil, že s vekom pribúdajú znaky, ktoré sú u muža a ženy spoločné. Podobnú myšlienku vyslovil už C. G. Jung, ktorý povedal, že *„muži sa stávajú v starobe zženštilými a ženy agresívnymi“* (Jacobi, 1992, 64). R. Gutmann zistil, že ženy sa vekom stávajú aktívnymi a muži pasívnymi. Zastáva názor, že tieto zmeny sú univerzálne a že súvisia s rodičovskou kontrolou. Žena chce poskytnúť emocionálnu podporu dieťaťu, a preto v mladšom veku potláča agresívne impulzy. Od muža sa očakáva, že bude aktívny, materiálne zabezpečí svoje dieťa, že preň bude oporou, a preto v mladšom veku potláča potrebu spoľahnúť sa na iných. Keď dieťa vyrastie, stane sa samostatným a vysťahuje sa z rodičovského domu, ukážu sa osobnostné črty muža aj ženy, ktoré boli predtým potláčané.

Táto teória však čelí aj kritike. U. Lehr (2007, 55) napríklad zastáva názor, že je špekulatívna. Navyše chýbajú výskumy zaoberajúce sa zmenami správania bezdetných starších mužov a žien.

2.4 Gerodynamická teória staroby

Schrootsova (1995, 44 – 66) gerodynamická teória staroby patrí medzi moderné kvalitatívne modely staroby. Proces života a staroby vysvetľuje na základe prírodovedeckého myslenia. Odvoláva sa na teóriu chaosu a hovorí, že so zvyšujúcim sa vekom pribúda v životnom systéme entropia a neporiadok, čo nakoniec vedie k zániku systému.

Teória aplikuje na život človeka takzvaný „princíp rozdvojenia“. Hovorí, že v priebehu života človek často prežíva kritické stavy, pri ktorých sa tento princíp uplatňuje. Udalosti v štruktúrach alebo procesoch môžu dospieť k vyššiemu alebo nižšiemu poriadku. K procesom nižšieho poriadku patria také, ktoré vedú k zvýšenej chorobnosti, poruchám, postihnutiu, dysfunkcii alebo smrti. Procesmi vyššieho poriadku sú udalosti, ktoré spôsobujú rozvoj spokojnosti, blaha človeka a upevňujú zdravie. Traumatický zážitok nemusí automaticky viesť k procesu nižšieho poriadku, ale v kombinácii so zdravým životným štýlom sa môže stať procesom vyššieho poriadku. Stáva sa preto, lebo

človek reaguje rôzne napríklad na chorobu. Niekto je z nej psychicky zničený a iného zasa môže posilniť. Podobne môže mať aj rozvod na jedného pozitívny, na iného negatívny účinok.

3. TEÓRIE RASTU

Popri teóriách, ktoré zdôrazňujú deficit, treba spomenúť teórie, ktoré sú založené na tom, že sa človek starnutím stáva zrelším a múdrym. Otcom tejto myšlienky je C. G. Jung, ktorý hovorí, že človek vďaka kríze, ktorá so starnutím prichádza, integruje emocionalitu a motívy, čím sa mu otvárajú nové možnosti. Starnúci človek už vie, že *„… život nestúpa, nerozširuje sa, ale že si neúprosný vnútorný proces vynucuje súženie života… je preňho (človeka) povinnosťou a nevyhnutnosťou, aby sa vážne zaoberal svojím úplným bytostným ja“* (Jung, 1994, 103). H. Thomae (1951, 111) hovorí, že človek v starobe reviduje svoje zlyhania, sklamania, ideály, záľuby, zvyky, reviduje svoje bytie. K ďalším, ktorí rozvíjali túto teóriu, patrili E. Rothacker, K. Goldstein, A. Maslow, R. N. Butler a P. Coleman (Lehr, 2007, 67; Clayton, 1982, 315 – 321).

C. D. Ryffová prišla s novou koncepciou, podľa ktorej je pre zdravie a ďalší rozvoj v starobe nevyhnutné splniť päť podmienok: treba akceptovať seba samého, budovať pozitívne vzťahy s inými ľuďmi, mať autonómiu, mať kontrolu nad prostredím a mať pocit zmysluplnosti života. Rozvoj človeka spočíva v snahe dosiahnuť týchto päť kvalít. Predbežné štúdie ukazujú, že starí ľudia majú reálny odhad „self“ a jednotu medzi ideálmi a realitou. Iný výskum zameraný na psychologické zdravie žien rok nato, ako sa odsťahovali z vlastného bytu do bytu so zabezpečeným opatrovaním, ukázal, že ženy, ktoré to prijali negatívne, mali hodnoty psychického zdravia nižšie než tie, ktorým sa presťahovaním splnilo ich prianie. Možnosť rozhodovať o vlastnom bývaní sa ukazuje ako významný faktor rozvoja človeka vo vyššom veku (Ryff, Essex, 1991, 167).

K teóriám rastu možno priradiť aj všetky snahy dosiahnuť v starobe zvláštny druh múdrosti, špecifický druh poznania (Ardelt, 2003, 275). Táto múdrosť sa odzrkadľuje tak v bežnom živote, ako aj v hľadaní jeho zmyslu. J. E. Birren definuje múdrosť staroby ako spojenie medzi dlhodobo zbieranými skúsenosťami a tendenciou automaticky, impulzívne reagovať na podnety alebo ohrozenie. Múdrosť považuje za výsledok

evolúcie, čo napomáha prežitiu potomkov, kmeňa či klanu. L. Orwoll a M. Perlmutter považovali starých ľudí za múdrych vďaka ich vysokému stupňu integrity ja v Eriksonovom ponímaní a vďaka najvyššiemu stupňu zrelosti osobnosti. Vzťah medzi integritou a múdrosťou zdôrazňoval aj J. D. Sinnott, ktorý definuje múdrosť ako schopnosť dosiahnuť harmóniu medzi rôznymi požiadavkami a dimenziami individuálneho sveta (Lehr, 2007, 68).

P. B. Baltes a U. M. Staudinger (1993, 75 – 80) spájajú starobu s múdrosťou súvisiacou so životom, vedomosťami v praktickom živote, relativizáciou hodnôt a umením narábať s nevedomosťou. Stupeň *stareckej múdrosti* skúmajú otázkami: „Predstavte si, že vám zavolá priateľka a povie, že chce spáchať samovraždu. Ako sa má človek správať, aký postoj má zaujať?“ Respondent si pri odpovedi môže vybrať z piatich ponúkaných možností („multiple choice“). Podobné otázky sú: „Stojíte na autobusovej zastávke a prejde auto, ktoré vás ostrieka. Ako zareagujete?“ Múdrosť staroby je spojená so špecifickým spôsobom myslenia. M. Ardeltová vyvinula a overila 14-položkovú trojdimenzionálnu škálu múdrosti (škála 3D-WS) pri meraní múdrosti staroby. Škála obsahuje aj poznávacie, aj emocionálne komponenty múdrosti. M. Ardeltová testovala touto škálou 180 ľudí nad 52 rokov a považovala ju za spoľahlivý nástroj na meranie stareckej múdrosti (Ardelt, 2003, 275).

Rôzne štúdie skúmajú *špecifickosť myslenia starého človeka*. Na Duke University v Arizone sa vedci zaoberali rozdielnosťou myslenia medzi 299 študentmi vo veku od 17 do 25 rokov (priemer 18,8 rokov) a medzi 189 seniormi vo veku od 58 do 79 rokov (priemer 69 rokov). Vo výskume si respondenti mali najprv vybrať z troch možností A, B, C. Predpokladalo sa, že keď si respondent vyberie napríklad B, tak si aj z nasledujúcich dvoch možností A, B vyberie opäť B. Závery ukázali, že seniori sa rozhodujú rozumnejšie než študenti. Tieto výsledky potvrdila aj štúdia v Miláne medzi 250 študentmi a 120 seniormi a opakovaná štúdia medzi 128 študentmi a 121 seniormi. Autori štúdie interpretovali výsledky jednoznačne priaznivo pre seniorov (Tentori a kol., 2001, 87 – 96).

Keď sa porovnávajú kultúry, je múdrosť starých ľudí vnímaná v závislosti od tradičného kódexu alebo modelov, a nie na základe múdrosti získanej na individuálnej úrovni (Rosenmayr 1990, 250). Môžeme teda povedať, že hoci je múdrosť atribútom staroby, zatiaľ nedošlo k vytvoreniu objektívneho konceptu múdrosti v starobe (Ardeltová 2003, 275).

K teóriám rastu patria aj teórie *„gerotranscendencie“*, ktoré zdôrazňujú vývoj človeka v neskorom veku a vyznačujú sa orientáciou na „transcendentno“ alebo „kozmos“ (Wadensten 2007a, 289 – 294; 2007b, 295 – 301; 2007c, 302 – 314). Vývoj sa prejavuje zmenami osoby v chápaní času a priestoru, zvyšovaním zjednocovania minulých a budúcich generácií, úbytkom strachu zo smrti a zväčšovaním „dimenzie tajomstva“ v živote. Na osobnej úrovni dochádza k úbytku koncentrácie na seba a k zvyšovaniu altruizmu a integrácie vlastného ja v duchu Eriksonovho prístupu. Na sociálnej úrovni dochádza k zanedbávaniu povrchných kontaktov, znižovaniu záujmu o materiálne veci, zvyšovaniu sebareflexie a sťahovaniu sa do seba. Doterajšie štúdie ukazujú, že kultúrny kontext má vplyv na vývoj gerotranscendencie. Podľa medzikultúrnych výskumov súčasná kultúra, ktorá sa vyznačuje sekularizáciou a individualizmom, nepraje rozvoju gerotranscendencie a nezastáva názor, že rast človeka vrcholí v starobe (Ahmadi, 2001, 395 – 415).

4. KOGNITÍVNE TEÓRIE

V posledných desaťročiach vznikajú početné modifikácie „kognitívnych“ teórií správania a emócií, prípadne sociálnej interakcie. Ich spoločným znakom je to, že určujúcim nie je podnet alebo „objektívna“ kvalita situácie, ale subjektívna percepcia, interpretácia alebo „reprezentácia“. V psychogerontológii je v tejto oblasti najznámejšou *teória generalizovaných očakávaní,* ktorá skúma vplyv takýchto očakávaní na správanie človeka (Rotter, 1975, 56 – 67).

Pri skúmaní problémov staroby sa považuje za rozhodujúcu kogníciа (uvedomenie si pocitu alebo zážitku) „osobnej kontroly“ (Rodin, Timko, Harris, 1985, 3 – 55). Posilňovanie presvedčenia a kontroly aspoň nad niektorými aspektmi mentálnej situácie môže naplniť naliehavú potrebu pomoci a prispieť k zlepšeniu psychického stavu. Zážitok kontroly nad situáciou môže zvyšovať pocit kompetencie. Pre pocit pohody je rozhodujúcou aj kognitívna reprezentácia situácie (Heckhausen, Schulz 1995, 284 – 304). Výskum obyvateľov domova dôchodcov uskutočnený v roku 1977 na univerzite v Bonne I. Schickom neukázal nijaký vzťah medzi pocitom pohody a objektívnymi kvalitami domova (ako to určili experti), ale medzi kognitívnymi reprezentáciami.

4.1 Kognitívna teória Bonnskej školy

U. Lehr a H. Thomae tvrdia, že v starnutí nie je rozhodujúci ani tak vek, ako skôr úlohy, ktoré má človek v priebehu života splniť a vďaka ktorým sa rozvíja. Rozvoj je celoživotnou úlohou človeka a nezávisí od veku. Okrem prostredia tu zohrávajú jedinečnú úlohu aj osobnostné črty. Optimálna súhra všetkých faktorov umožňuje riešiť neustále vznikajúce konflikty. *„Starnutie znamená neustále sa vyrovnávanie s novými situáciami a neustále preorientovávanie sa človeka“* (M. Krohn cit. in Otto, 1994, 31). Pojem „preorientovať sa“ má v tejto teórii dôležitý význam a vyjadruje schopnosť prispôsobiť sa meniacej sa situácii. Ľudia, ktorí túto schopnosť nemajú dostatočne rozvinutú, prežívajú v procese starnutia ťažkosti. Zmena sa však nevyžaduje len od starého jedinca, ale aj od spoločenského a kultúrneho prostredia, ktoré má vytvárať podmienky na to, aby sa aj starí ľudia mohli v rámci svojich možností ľahšie prispôsobiť novým situáciám. Starobu možno žiť úspešne vtedy, keď starý človek pociťuje harmonický súlad medzi svojimi potrebami a skutočnosťou (Nigg, Steidl, 2005, 35 – 36).

5. TEÓRIA KONTINUITY

Sociológ R. C. Atchley (1989, 183 – 190) sformuloval teóriu kontinuity. Hovorí, že najistejšia cesta ako zvládnuť prechod do staroby, je zachovanie vnútornej a vonkajšej štruktúry. Používa pritom osvedčené stratégie a prostredie. Motiváciou je vlastná iniciatíva, ako aj tlak prostredia. Vnútorná kontinuita sa vzťahuje na zachovanie psychického naladenia, na idey, temperament, afektivitu, skúsenosti, záľuby a schopnosti. Vonkajšia kontinuita sa vzťahuje na zachovanie sociálneho sveta, osvedčeného okolia, správania sa a interakcie so známymi ľuďmi. Tieto faktory sú dôležité, lebo ich jedinec prežíva ako súčasť vlastnej identity. V spojitosti so zmenami v starobe sa kontinuita nedobrovoľne stráca, čo má vplyv aj na identitu.

6. KULTÚRNO-ANTROPOLOGICKÉ TEÓRIE

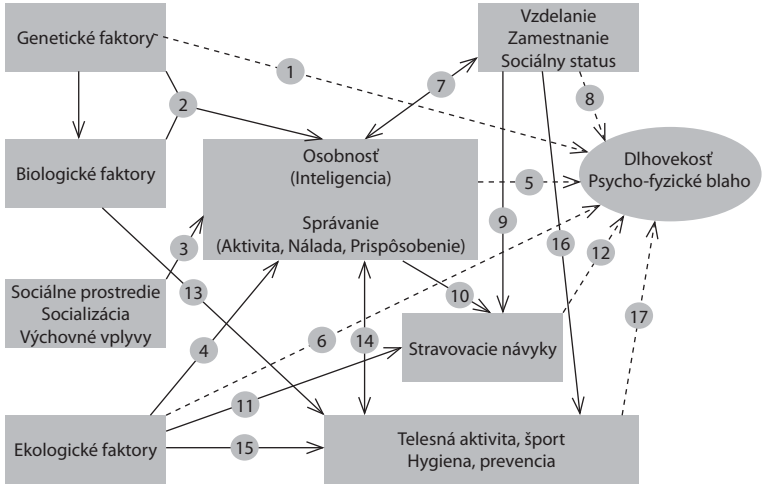
Na psychiku starého človeka majú vplyv aj etnologické a sociologické faktory, čo zohľadňujú niektoré teórie. Patrí k nim predovšetkým *teória*

modernity D. O. Cowgilla a C. D. Holmesa (Martin, Kinsella, 1994, 356), ktorá tvrdí, že postavenie starého človeka a starostlivosť oňho je tým horšia, čím je spoločnosť modernejšia. Stupeň modernizácie tu určuje stupeň industrializácie a urbanizácie. Demografické a ekonomické faktory, lekárska technológia, sociálna organizácia, urbanizácia, vzdelanie, náboženstvo a klimatické zmeny súvisia podľa Cowgillovho modelu so znižovaním statusu starého človeka. Obraz človeka v modernej spoločnosti je tak veľmi negatívny. Vlastné predstavy a očakávania spojené so starobou sú pritom pozitívnejšie než v menej rozvinutej spoločnosti. Niektorí autori túto teóriu kritizujú a uvádzajú, že napríklad v Japonsku je obraz staroby i napriek rozvinutej modernej spoločnosti veľmi pozitívny (Bengston a kol., 1975, 688 – 695). Bez ohľadu na platnosť tohto prístupu treba priznať, že vďaka štúdii interkulturálnych rozdielov sa začala venovať väčšia pozornosť vzťahu medzi kogníciou a starobou.

7. INTERAKČNÝ MODEL DLHOVEKOSTI A POCITU SPOKOJNOSTI V STAROBE

Viaceré teórie sa zhodujú v tom, že spokojná staroba a dlhovekosť sú výsledkom mnohých fyzických, psychických a sociálnych faktorov. V širšom kontexte vplývajú na dlhovekosť aj genetické, fyziologické a ekologické faktory. No nič z toho samo osebe neprináša dlhovekosť a spokojnú starobu. U. Lehr (1982, 102 – 147) predkladá výsledky medzinárodného výskumu, ktorý odhalil zaujímavé vzťahy (obrázok č. 3).

Ako je na obrázku č. 2 vidieť, genetické, fyziologické a biologické faktory priamo vplývajú na dlhovekosť (1) a na osobný rozvoj jedinca (2). Na rozvoj vplýva aj proces socializácie – výchova, rodičia, škola, sociálne prostredie (3) a ekologické faktory – miera stimulácie prostredia, klimatické podmienky (4). Viaceré výskumy potvrdili, že dlhovekosť priamo ovplyvňujú aj ekologické činitele (6). Osobnosť má vplyv na vzdelanie a zamestnanie, a tým aj na sociálny status (7), čo spätne vplýva na rozvoj jedinca. Štatistika a výskum potvrdzujú vplyv sociálneho statusu na dlhovekosť (8). Sociálny status (9), osobnosť (10) a ekologické faktory (11) majú vplyv na stravovacie návyky. Predpokladá sa, že stravovacie návyky majú vplyv na dlhovekosť (12). Na dlhovekosť vplýva životný štýl a zdravý život – telesná aktivita, hygiena,



Obrázok č. 3: Faktory dlhovekosti a vzťahy medzi nimi (Lehr, 2007, 73).

prevencia (17). Životný štýl (zdravý život) sa navzájom ovplyvňuje s genetickými a biologickými faktormi (13) a osobnosťou (14). Na zdravý životný štýl vplýva aj ekológia (15), vzdelanie a sociálny status (16). Predložený model určite nezohľadňuje všetky vplyvy a vzťahy a ďalší výskum prinesie nové modifikácie a diferenciácie.

8. TEÓRIE ÚSPEŠNÉHO STARNUTIA

Úspešným starnutím alebo dobrou starobou sa gerontológia zaoberá už niekoľko desaťročí. Pod dobrým starnutím sa v teórii aj v praxi chápe také, ktoré je „optimálne", „pozitívne" alebo „úspešné" (Baltes, Mittelstraß, Staudinger, 1994, 24). Na základe skúmania procesu starnutia a staroby vznikajú rôzne teórie, definujú sa kritériá a hľadajú sa tie faktory, ktoré prispievajú k porozumeniu procesu starnutia.

Niektorí autori vidia v koncepcii dobrého alebo úspešného starnutia sociálny darvinizmus alebo nebezpečnú mentalitu konkurencie, respektíve západo-kapitalistického tradičného myslenia (Baltes, Mittelstraß, Staudinger, 1994, 24). Spájanie staroby s úspechom pôsobí na prvý pohľad protirečivo a paradoxne. So starobou sa bežne spája strata, úbytok a blížiaca sa smrť a s úspechom sa, naopak, spája zisk, výhra

a pozitívna bilancia. Hlbší pohľad však ukazuje, že protirečenie je iba zdanlivé a že táto koncepcia sa opiera o analýzu bytia a prirodzenosti existencie človeka v starobe. Nejde o to, aby si človek robil zo starnutia starosti, ani aby ho pasívne prijímal ako prirodzený jav, ale o to, aby doňho vstupoval aktívne a snažil sa dosiahnuť to, čo je ešte možné. „Úspech" v starobe sa meria na základe iných kritérií než v mladom veku (Baltes, Baltes, 1989b, 85 – 105).

Pojem *úspešné starnutie* („successful aging") opísal R. J. Havighurst ako stav vnútornej spokojnosti a šťastia. Vychádzal z toho, že starnutím dochádza k určitej vonkajšej alebo vnútornej destabilizácii. S prechodom na dôchodok, s odchodom detí, so stratou blízkych a s prichádzajúcimi chorobami sa životná situácia viac-menej mení a dochádza k fyzickej a psychickej nerovnováhe. Spokojnosť so životom je v tomto kontexte indikátorom toho, ako sa s tým človek vyrovná (Lehr, 2007, 56 – 57).

Koncepcia úspešného starnutia je založená na realistickom vnímaní životného zážitku staroby, no za prirodzené považuje aj to, že sa organizmus v úsilí o životnú spokojnosť snaží o reguláciu nerovnováhy. Životná spokojnosť je najlepším indikátorom prispôsobenia sa na jednej strane osobným potrebám a očakávaniam a na druhej strane sociálnej a biografickej situácii (Lehr, 2007, 57). Vydarenosť alebo úspech starnutia na základe miery spokojnosti sleduje aj W. Zapf, podľa ktorého pozostáva spokojnosť z dvoch zložiek, ktorých vzájomné spolupôsobenie určuje celkovú životnú spokojnosť jednotlivca. Jednu zložku tvoria objektívne životné podmienky a druhú subjektívny pocit zdravia, blaha a spokojnosti. K takzvanému „paradoxu spokojnosti" dochádza vtedy, keď človek i napriek zlým objektívnym životným podmienkam vyjadruje a prežíva subjektívny pocit šťastia a blaha. Protipólom je „dilema nespokojnosti", keď človek i napriek objektívne dobrým životným podmienkam, v ktorých žije, prežíva negatívny pocit (Zapf, 1984, 25). Niektorí autori sa preto snažia doplniť alebo nahradiť toto subjektívne kritérium objektívnym.

8.1 Problém zjednotenia kritérií úspešného starnutia

Dodnes neexistujú jasne vymedzené a všeobecne prijímané kritériá úspešného starnutia. V gerontológii bola ako indikátor úspešnej staroby často propagovaná dlhovekosť. Niekedy sa v tejto súvislosti (nie najšťastnejšie) spomína „prežitie najsilnejšieho jedinca", ktorý si zaslu-

huje medailu za svetový rekord v dlhovekosti, ako sa s tým stretávame v darvinizme. Dlhovekosť je však spojená s chorobami a so stratou väčšiny priateľov a blízkych, čo poukazuje na to, že problém určenia indikátorov je komplexnejší.

Medzi indikátory sa popri dlhovekosti zvykli radiť aj zdravie, psychosociálne možnosti, kontrola správania a životná spokojnosť (Rowe, Kahn, 1987, 143 – 149). R. J. Havighurst hovorí, že autori majú tendenciu posudzovať úspešnosť starnutia podľa schopnosti prispôsobiť sa zmenám, ktoré staroba prináša. M. P. Lawton, L. Nahemow a H. E. Thomae zdôrazňujú dôležitosť rovnováhy medzi tým, aké má starý človek potreby, a tým, čoho je ešte schopný. V diskusii zaznieva názor, že kritériá dobrého starnutia by nemali zahŕňať iba faktory, ktoré sledujú výlučne vnútro osoby (napríklad spokojnosť), ale malo by sa brať do úvahy aj to, do akej miery sa človeku v danom prostredí darí (napríklad život v domove dôchodcov). Potom sa zdôrazňuje rovnováha medzi nárokmi, ktoré na starého človeka kladie prostredie, a možnosťami alebo príležitosťami, ktoré má. Novšie prístupy zdôrazňujú vývoj jedinca počas celého života a dôležitosť vzájomného nepretržitého a dynamického pôsobenia osoby a jej prostredia (Freund, Riedger, 2003, 609).

8.1.1 Subjektívne a objektívne kritériá úspešného starnutia

Prvým krokom pri stanovovaní kritérií je uvedomenie si mnohovrstevnatosti problému, zohľadnenie všetkých aspektov existencie človeka. Medzi jednotlivými kritériami je pozitívny vzťah a nemožno vyzdvihovať jedno na úkor druhého. Popri multidimenzionalite a diskusii o dôležitosti jednotlivých kritérií ostáva najvýznamnejším rozdelenie kritérií na *subjektívne* a *objektívne*.

Pre definovanie úspešného starnutia je nevyhnutné zohľadniť subjektívne kritériá. Výskum subjektívnych kritérií (napríklad spokojnosť so životom, sebaobraz, sebahodnota) patrí aj v psychologickej a sociálno-spoločenskej oblasti medzi najvýznamnejšie. Plasticita, prispôsobivosť a schopnosť kompenzácie psychiky spôsobujú, že človek hodnotí svoju životnú situáciu a starobu rozdielne. Subjektívne kritériá sú teda dôležité, no nedostačujúce, a preto treba sledovať aj objektívnu stránku (Baltes, Baltes, 1989b, 85 – 105).

Objektívne kritériá kvality života sa rozdeľujú do dvoch skupín. Prvou sú takzvané *normatívne kritériá*. Ide o porovnanie s ideálnym stavom zodpovedajúcim danému stupňu vývoja (napríklad psychické zdravie) a s cieľmi (napríklad so životnými cieľmi, ktoré môžu slúžiť ako vzorový model). Príkladom môže byť Eriksonov model životných etáp. Ako problém sa však objavuje to, že normy sú často spojené s normatizovaným priebehom života a spoločenskou situáciou, ktoré reprezentujú hodnoty strednej a vyššej vrstvy obyvateľstva.

Druhou skupinou sú kritériá založené na schopnosti *adaptácie*, teda na plasticite, schopnosti organizmu prispôsobiť sa. Výhoda týchto kritérií spočíva v tom, že nie sú také determinujúce, keďže nesledujú iba jedinú možnosť vývoja alebo iba jeden cieľ, ale zdôrazňujú mieru efektivity celého systému. Ide o to, ako človek dokáže uvažovať, ako si pamätá alebo ako si poradí so stresovou situáciou. Kritériá úspešného starnutia teda musia zohľadňovať kultúrny kontext, sociálne prostredie, medicínsky, psychologický a sociálny aspekt, ako aj subjektívne vnímanie kvality a zmyslu života (Baltes, Baltes, 1989b, 85 – 105).

8.1.2 Subjektívne kritériá úspešného starnutia

V období od roku 1985 až do roku 1995 sa v súvislosti s úspešným starnutím skúmali najmä subjektívne premenné zdravotného stavu. Podľa R. Leinonena závisí zdravotný stav predovšetkým od schopnosti zachovania telesnej aktivity. E. L. Idler a S. Kasl hľadali vzťah medzi vlastným vnímaním zdravotného stavu a mortalitou, čo potvrdili aj autori, ako sú V. H. Menec, J. G. Chipperfield a R. P. Perry. Účastníci výskumu, ktorí hodnotili svoj zdravotný stav ako „zlý“ alebo „neúnosný“, mali v nasledujúcich 3 – 5 rokoch úmrtnosť 3,5-krát väčšiu než tí, ktorí ho hodnotili ako „dobrý“. I keď sa v Idlerovej a Kaslovej štúdii neobjavil vzťah medzi objektívnym zdravotným stavom a mortalitou, výskum V. H. Meneca tento vzťah objavil. Medzi subjektívnym a objektívnym zdravotným stavom sa ukázala zanedbateľná zhoda (Lehr, 2007, 73 – 74).

8.1.3 Úspešné starnutie posudzované na základe subjektívneho pocitu pohody

Prístupy, ktoré sledujú vzájomné spolupôsobenie osoby a prostredia a mieru prispôsobenia sa problémom spojeným so starnutím, považujú za kritérium dobrého a úspešného starnutia subjektívny pocit pohody („well-being“). Hoci sa subjektívny pocit pohody zdá byť najvýznamnejším kritériom dobrého starnutia, je sporné, či je aj dostatočným. Subjektívny pocit pohody sa najčastejšie spája so životnou spokojnosťou, s prítomnosťou pozitívnej, respektíve absenciou negatívnej emócie.

Ide o komplexné hodnotenie kvality života samotným človekom. Predpokladá sa, že ak starý človek prežíva pocit pohody, zvláda svoj život a starobu dobre a úspešne. Niekedy sa chápanie subjektívneho pocitu pohody zužuje a stotožňuje s afektívnymi reakciami na životnú skúsenosť, pričom pod pocitom šťastia sa rozumie prevaha pozitívneho afektu nad negatívnym. Inokedy sa dôraz kladie na kognitívnu stránku (Freund, Riedger, 2003, 609).

Vplyv veku na pocit pohody

Jednou zo základných otázok gerontológie je to, či má vek vplyv na subjektívny pocit pohody. Predpokladá sa, že vekom by sa mal znižovať pocit pohody (Brandtstädter, Greve, 1994, 52 – 80), čo vychádza z predpokladu, že staroba je obdobím strát, ako sú odchod zo zamestnania, pokles fyzických schopností alebo zhoršenie zdravia. Redukujú sa aj emocionálne vzťahy s blízkymi ľuďmi, ako to na vzorke 126 starých ľudí vo veku od 70 do 104 rokov skúmali a opísali F. R. Lang a L. L. Carstensen (1994, 315 – 324). Skutočnosť, že staroba je spojená viac so stratami ako so ziskami, sa odráža aj v sociálnych očakávaniach starého človeka (Heckhausen a kol., 1989, 109 – 121). Z toho vyplýva, že človek by mal byť v starobe skôr nešťastný a nespokojný so životom.

Zmeny v pocite životnej spokojnosti v závislosti od veku

Výsledky longitudinálnej štúdie (*Duke Longitudinal Study*) nasvedčujú, že neexistujú prierezové ani longitudinálne rozdiely v životnej spokojnosti medzi dospelými stredného veku a starými ľuďmi, teda že neexistujú rozdiely súvisiace s vekom. Zdá sa, že to platí aj v pokročilej starobe. Výsledky berlínskej štúdie starnutia (*Berlin Aging Study*) ukázali, že vek iba minimálne negatívne ovplyvňuje spokojnosť so starnutím a vôbec nevplýva na životnú spokojnosť. Niektoré výskumy poukazujú na fakt, že hoci početnosť pozitívnych citov v pokročilom veku klesá, vplyv veku na emocionalitu je v skutočnosti malý (Ferring, Filipp, 1995, 32).

Rozdiely vo výsledkoch rôznych štúdií môžu byť spôsobené rozdielmi v metodológii, výberom rozdielnych vekových kategórií alebo sú dôsledkom toho, či bol výskum longitudinálny alebo prierezový. I keď sú závery nejednotné (Lawton, Kleban, Dean, 1993, 165 – 175), empirické výsledky naznačujú väčšiu stabilitu pohody v starobe než jej pokles. Možno teda povedať, že i napriek tomu, že sa jedinec v starobe

musí vyrovnávať so stratami a poklesom zdrojov (tak vnútorných, ako aj vonkajších), pocit jeho subjektívnej pohody je pomerne stabilný. Tento jav sa považuje za *paradox* (Brandtstädter, Greve, 1994, 52 – 80), lebo straty súvisiace s vekom by mali podľa predpokladu znižovať pocit pohody. Je to podnet na zamyslenie. A. M. Freund a M. Riedger (2003, 610) dodávajú, že súčasný výskum subjektívneho pocitu pohody ukazuje, že prítomnosť či neprítomnosť priaznivých životných podmienok, ako sú napríklad bohatstvo či zdravie, nemá silný ani dlhotrvajúci vplyv na subjektívny pocit pohody.

Podľa S. E. Hobfolla (2001, 337 – 421) je jedno z vysvetlení paradoxu to, že na pocit pohody človeka má väčší vplyv zmena životných podmienok než ich absolútna kvalita. Podľa modelu hedonickej adaptácie sa človek dokáže citovo veľmi rýchlo prispôsobiť zmenám vo svojom živote tým, že si stanoví nové štandardy. Deje sa to aj vtedy, keď nastanú zásadné zmeny v jeho životných podmienkach. P. Brickman, D. Coates a R. Janoff-Bulman (1978, 917 – 927) zisťovali, ako vrcholné životné udalosti ovplyvnia pocit šťastia, respektíve nešťastia. Skúmali 22 výhercov v lotérii a 29 invalidov, ktorí boli paralyzovaní následkom úrazu. Víťazi lotérie sa v pocite šťastia nelíšili od kontrolnej skupiny a po výhre prežívali bežné veci dňa s menším potešením. Paralyzovaní sa nelíšili v pocite šťastia, avšak idealizovali si svoju minulosť. Skúmané osoby sa teda dokázali prispôsobiť zmenám rýchlo. A. M. Freund a M. Riedger (2003, 610) hovoria, že na subjektívny pocit pohody sa človek dokáže adaptovať prekvapujúco rýchlo. Nie je dôvod očakávať, že aj straty, ku ktorým dochádza v starobe, by mali mať dlhodobý negatívny vplyv na subjektívny pocit pohody. Možno teda povedať, že subjektívny pocit pohody nie je dostatočným kritériom dobrého a úspešného starnutia. Novšie prístupy preto nesledujú iba jedno kritérium. Nasledujúca časť je venovaná najvýznamnejším teóriám, ktoré skúmajú úspešné starnutie na základe viacerých kritérií.

8.1.4 Úspešné starnutie posudzované na základe komplexných prístupov

Model pozitívneho duševného fungovania C. D. Ryffovej

Tento model je jedným z novších pokusov o komplexnejší prístup (Ryff, 1989, 1 069 – 1 081; 1995, 99 – 104). C. D. Ryffová rozlišuje šesť okruhov, ktoré sú dôležité pre prežívanie dobrej staroby: samostatnosť, ovládnutie prostredia, osobný rast, pozitívne vzťahy, zmysel života a prijatie seba samého. Model čiastočne vychádza zo

subjektívnej predstavy pozitívneho spôsobu života jedinca v strednom dospelom alebo staršom veku. C. D. Ryffová zistila, že starší človek nedefinuje zážitok dobrého života ani tak výrazmi rôznych pozitívnych emócií, ako skôr slovami pocitov naplnenia, radosti zo života ako aj slovami citového záujmu o iných ľudí. Tento prístup teda nepostihuje výlučne citovú stránku životnej pohody a spokojnosti, ale je komplexnejší – hoci je subjektívny, lebo sa spolieha iba na informácie od starého človeka.

Model P. B. Baltesa a M. M. Baltesovej

Títo autori (1990, 1 – 34) zašli ešte ďalej než C. D. Ryffová. Do modelu dobrého a úspešného starnutia sa snažili začleniť aj objektívne (pozorovateľné), aj subjektívne (subjektom udávané) kritériá. Zhromaždili zoznam objektívnych a subjektívnych kritérií, ktoré sa v literatúre o úspešnom starnutí uvádzajú najčastejšie: dlhovekosť, telesné a duševné zdravie, kognitívne schopnosti, sociálna spôsobilosť, produktivita, pociťovaná osobná kontrola a životná spokojnosť. Podľa Baltesových je spojenie objektívnych a subjektívnych kritérií dôležité preto, lebo na jednej strane by zohľadnenie iba subjektívnych kritérií (ako je napríklad udávaný pocit pohody) mohlo viesť k podceneniu optimalizujúcich podmienok, ktoré v danom prostredí podporujú dobré a úspešné starnutie, na druhej strane by výlučne objektívne kritériá dobrého a úspešného starnutia mohli vychádzať len zo špecifického systému hodnôt vedeckej obce, a ten by nemusel zodpovedať hodnotám konkrétneho starého človeka. Otázkou je, či sa má človek, ktorý má problémy so zdravím, čo je v starobe takmer pravidlom, a pritom je šťastný a spokojný so životom, považovať za osobu, ktorá starne úspešne alebo neúspešne.

Model rozlišujúci medzi úspešným a bežným starnutím

J. W. Rowe a R. L. Kahn rozlišujú medzi úspešným a bežným starnutím. Bežné starnutie definujú ako schopnosť dobre fungovať v bežnom živote, čo so sebou nesie aj riziko choroby alebo invalidity. Úspešné starnutie vyjadruje *„schopnosť udržiavať si tri kľúčové spôsoby správania alebo vlastnosti: 1. nízke riziko chorobnosti a s chorobou súvisiaceho hendikepu, 2. veľmi dobré duševné a telesné fungovanie a 3. aktívne zapojenie sa do života“* (Rowe, Kahn, 1998, 38). J. W. Rowe s R. L. Kahnom zdôrazňujú, že predpokladom dobrého a úspešného starnutia je kombinácia uvedených hlavných faktorov.

M. W. Riley (1998, 151) tento prístup kritizoval a argumentoval, že model zabúda na sociálne štruktúry ako na významné hľadisko, ktoré podporuje úspešné starnutie. *„Úspešné starnutie predstavuje súhru rôznych oblastí života a komplementárnu dynamiku štrukturálnych zmien… To, na čo doktori Rowe a Kahn zabúdajú, je závislosť úspešného starnutia od štrukturálnych príležitostí v školách, úradoch, domovoch dôchodcov, rodinách, obciach, sociálnej sieti a v spoločnosti ako celku“* (Riley, 1998, 151). Podobná kritika sa vzniesla aj na adresu starších teórií, ktoré definovali úspešné starnutie ako prispôsobenie sa špecifickým podmienkam v starobe (Freund, Riedger, 2003, 611).

Model zohľadňujúci prostredie podľa M. P. Lawtona

Prístupy, o ktorých sme sa doteraz zmienili, nevenujú dostatočnú pozornosť aktívnej úlohe starého človeka pri vzájomnom spolupôsobení s prostredím. Podľa M. P. Lawtona (1983, 349 – 357) sa človek iba pasívne neprispôsobuje podmienkam prostredia, ale prostredie, v ktorom žije, aktívne utvára. Aktívne rozhodnutie (ako napríklad naplánované presťahovanie sa do iného bytu) môže mať dlhodobý vplyv na to, ako dané prostredie vyhovuje jeho osobným požiadavkám. Jedným z dôsledkov takéhoto uspokojivého spolupôsobenia je podľa neho subjektívny pocit pohody a životná spokojnosť. V súlade s tým definuje „dobrý život“ (alebo v gerontologickom kontexte úspešné starnutie) na základe štyroch oblastí, ktoré zohľadňujú tak subjektívne, ako aj objektívne kritériá: 1. vnímaná kvalita života – subjektívna spokojnosť s rôznymi oblasťami života, ako sú napríklad rodina, priatelia, bývanie a iné, 2. duševná pohoda – šťastie, optimizmus, súlad medzi plánovanými a dosiahnutými cieľmi, 3. behaviorálna zručnosť – zdravie, motorické správanie, poznávanie a 4. objektívne prostredie – príjem, životné podmienky a podobne.

K tomuto prístupu treba povedať, že kvalita života tu nie je chápaná ako komplexné hodnotenie života danej osoby ako celku, ale ako hodnotenie spokojnosti v rôznych čiastočných oblastiach. E. Diener však upozorňuje na to, že komplexná životná spokojnosť nie je iba priemernou spokojnosťou s rôznymi oblasťami života. Podľa všetkého sa zdá, že je to skôr celkový dojem predstavujúci to, ako sa človeku darí – pod čo sa napríklad podpisuje aj momentálne prežívaná nálada. Komplexná životná spokojnosť nie je výsledkom výpočtu celkového priemerného skóre v niekoľkých oblastiach života. Sledovanie spokojnosti v konkrétnych situáciách je užitočné vtedy, keď ide o snahu

skúmať, ako sa staršiemu človeku darí v tej či onej oblasti života (Freund, Riedger, 2003, 611).

Treba povedať, že pojem duševná pohoda chápe M. P. Lawton širšie než pojem citová pohoda. Duševná pohoda nezahŕňa len pozitívne emócie (šťastia), ale aj optimizmus, teda *„celkové očakávanie, že v budúcnosti bude veľa dobrých vecí a málo zlých“* (Peterson, 2000, 47). Výskumy ukazujú, že optimizmus je pozitívne spojený s faktormi, ako sú pozitívne emócie, vysoký výkon, zdravie, pružnosť, odpustenie, viera a nádej. Podľa M. E. P. Seligmana je optimizmus zovšeobecneným očakávaním, že človek má udalosti pod kontrolou. To môže viesť ľudí k tomu, aby nad svojím životom skutočne prevzali väčšiu kontrolu a aktívne utvárali svoje prostredie spôsobom, ktorý zodpovedá ich potrebám. Optimizmus tak prispieva k procesu, ktorý podporuje dobré a úspešné starnutie a je jedným z jeho kritérií (Freund, Riedger, 2003, 611 – 612).

Hoci tak M. P. Lawton, ako aj J. W. Rowe s R. L. Kahnom považujú zdravie za jedno z kritérií úspešného starnutia, rozhodujúce je vzájomné pôsobenie osoby a prostredia. Aj chorý a oslabený starý človek môže dobre starnúť. Vďaka aktívnej snahe zmeniť prostredie, alebo svoje činnosti, alebo oboje sa medzi ním a prostredím zvyšuje súlad (Freund, Riedger, 2003, 612).

M. P. Lawton prichádza aj s pojmom *„stredisko kontroly“*. Hendikepovaný starý človek si upraví najbližšie prostredie tak, aby mal čo najväčší pocit kontroly. Snaží sa maximalizovať podnety, vedomosti a bezpečie. V obývacej izbe sa tak strediskom kontroly stane miesto, kde umiestni kreslo, z ktorého môže sledovať ulicu, dosiahnuť na lieky a knihy alebo si udržuje kontakt s vonkajším svetom prostredníctvom telefónu, rozhlasu a televízie (Lawton, 1985, 501 – 519).

Inou dôležitou premennou predikujúcou mortalitu v neskoršej starobe je podľa výsledkov *Berlínskej štúdie* úbytok psychických schopností v spojitosti s úbytkom psychického pocitu pohody. Pri predpovedaní objektívnych a subjektívnych indikátorov úspešného starnutia v psychosociálnej gerontológii našli široké miesto aj interakčné modely (Lehr, 2007, 74).

Objektívnymi kritériami dlhovekosti sa zaoberala aj longitudinálna štúdia zo Seattlu, ktorá zohľadňovala faktor inteligencie, sociodemografické faktory (vek, pohlavie, vzdelanie), schopnosti týkajúce sa numerických, priestorových schopností, ďalej pamäť a psychomotorickú rýchlosť. Nezávislou premennou bol čas, respektíve počet mesiacov zotrvania v štúdii. Štúdia ukázala, že pokles kognitívnych schopností respondentov, ktorí zomreli, bol väčší ako tých, ktorí žili až do konca štúdie. Výsledky ukázali, že medzi rizikové faktory smrti patria predovšetkým pokles kryštalickej inteligencie, zníženie skóre vizuálnych testov a testov slovnej pamäti a zníženie percepčnej rýchlosti. Keďže zhoršenie kognitívnych schopností bolo spojené so zhoršením zdravotného stavu, štúdia ukázala prepojenie fyzických a psychických zmien pri skúmaní úspešnosti starnutia (Bosworth, Schaie, Willis, 1999, 273 – 282).

Autori okolo Mc Arthura zvolili vo svojej štúdii za kritérium namiesto veku psychofyzický funkčný stav, ktorý pozorovali na 850 respondentoch počas 7 rokov. Popri bežných demografických údajoch sledovali aj tie, ktoré boli spojené so sociálnou podporou („social support“), sociálnou sieťou aj fyzickým, psychickým a zdravotným stavom. Výsledky ukázali, že zhoršenie funkčného stavu bolo spojené so znížením intenzity sociálnych kontaktov. Zvýšenie sociálnych kontaktov korelovalo so zlepšením funkčného stavu iba u mužov, ktorí na začiatku výskumu vykazovali relatívne zlé funkčné schopnosti (Unger a kol., 1999, 245 – 251).

Subjektívne kritériá úspešného starnutia a všeobecná spokojnosť so životom boli predmetom longitudinálneho výskumu z Lúnd (Švédsko) z roku 1988. Výskum trval tri roky a boli doň zahrnutí respondenti narodení v roku 1908. Tí, ktorí sa dožili konca výskumu, vykazovali na začiatku výskumu lepší zdravotný stav (tak subjektívne, ako aj podľa nálezu lekára) a takisto vyššiu životnú spokojnosť než tí, ktorí sa konca štúdie nedožili, alebo ktorí z výskumu odstúpili („drop-outs“). Autori skúmali vzťah medzi sociálnou podporou a spokojnosťou so životom. Išlo predovšetkým o sociálnu podporu zo strany detí a priateľov na začiatku a na konci výskumu. Na konci štúdie korelovala spokojnosť s kontaktmi s deťmi so všeobecnou spokojnosťou viac než na začiatku (Mc Camish-Svensson a kol., 1999, 301 – 324).

Životná spokojnosť úzko korelovala so zdravotným stavom, a preto je jasné, že úspešné starnutie môžu predikovať aj „subjektívne“ kritériá. C. Rott (1999, 246 – 254) analyzoval údaje z viacerých rozhovorov, v ktorých zistil, do akej miery je sociálna interakcia kritériom úspešného starnutia.

Jeho štúdia ukázala, že do interakčného modelu úspešného starnutia treba zaradiť aj kognitívne reprezentácie a formy reakcie. Ústredné okruhy kritérií úspešného starnutia a príklad z dvoch okruhov fungo-

vania, ktoré sa považujú za dôležité pre úspešné starnutie, sú uvedené v nasledujúcej tabuľke č. 2.

Okruhy	Pocit pohody	Zdravie
Objektívne	Príjem domácnosti	Počet chorôb
Subjektívne	Spokojnosť s finančnou situáciou	Subjektívne telesné zdravie
Krátkodobé	Pocit šťastia v poslednom týždni	Uzdravenie po operácii kĺba
Dlhodobé	Zmysel života	Postup choroby (roztrúsenej sklerózy)
Všeobecné	Životná spokojnosť	Všeobecná funkčná schopnosť
Špecifické	Spokojnosť v manželstve	Krvný tlak
Statické	Jednorazové posúdenie životnej spokojnosti	Zdravotný stav v danom okamihu
Dynamické	Zmeny v životnej spokojnosti v čase	Zdravý životný štýl (cvičenie, vyvážená strava)

Tabuľka č. 2: Ústredné okruhy kritérií úspešného starnutia (Freund, Riedger, 2003, 612).

Pokusy o vymedzenie kritérií dobrého starnutia na základe sledovania iba jedného kritéria sa vo výskume postupne posunuli k prístupu, ktorý sleduje viac kritérií. V súčasnosti sa skôr zohľadňuje komplexný pohľad. Nové prístupy sa snažia sledovať tak subjektívne, ako aj objektívne, tak krátkodobé, ako aj dlhodobé, tak špecifické, ako aj všeobecné, tak statické, ako aj dynamické kritériá. Diskutuje sa aj o dôležitosti a nevyhnutnosti jednotlivých kritérií. Doteraz však nebola dosiahnutá zhoda v otázke dobrého a úspešného starnutia a gerontopsychológia nie je tak ďaleko, aby vedela jednoznačne definovať rizikové faktory a prevenciu.

8.2 Teórie úspešného starnutia

Životná spokojnosť ako subjektívne kritérium úspešného starnutia je najviac zdôrazňovaná v dvoch teóriách: v teórii aktivity a v teórii disengagement (neangažovania sa, odpútania sa, uvoľnenia). Pri otázke, ktorá forma staroby je pre ľudí optimálna, najpozitívnejšia, najúspešnejšia a ktorá prináša najviac spokojnosti, na seba narážajú dva

protirečivé pohľady (Lehr, 2007, 57). Okrem teórií aktivity a disengagement existujú ešte ďalšie teórie a pohľady na dobré a úspešné starnutie, ako sú: teórie rastu, kognitívne teórie, dynamické teórie, SOK-model, kultúrno-antropologické teórie a interakčný model dlhovekosti. V nasledujúcich častiach uvádzame stručný prehľad najvýznamnejších teórií dobrého starnutia.

8.2.1 Teória aktivity

Teóriu aktivity sformuloval v 60. rokoch R. Tartler, ktorý tvrdil, že aktivita prináša výkon, ktorý plní nejakú funkciu pre spoločnosť. Dôležitým sú preto aktívny život a tréning schopností. Tartler hovorí, že *„kto nepracuje, ten zhrdzavie“*, no na druhej strane hovorí, že *„kto neoddychuje, ten sa vyčerpá“*. Ľudia by teda mali v spoločnosti plniť úlohy a zároveň by v nej mali mať adekvátny priestor na oddych a pohodu (Tartler 1961 in Nigg, Steidl, 2005, 34).

Východiskom teórie aktivity je predpoklad, že šťastie a spokojnosť človeka v starobe závisia od toho, ako dokáže ovplyvniť dianie vo svojom okolí a ako môže byť pre iných užitočný. K šťastiu a spokojnosti v starobe teda patrí aktivita a pocit človeka, že je pre druhých potrebný. Ak má pocit, že už z neho nie je úžitok, že už v spoločnosti nemá nijakú funkciu, je nešťastný a nespokojný. Aktivita spomaľuje starnutie a spôsobuje, že človek je so svojím životom spokojný, preto by si mal aktívnu fázu života zachovať čo najdlhšie (Nigg, Steidl, 2005, 34).

Zvláštny význam majú aj sociálne vzťahy, ktoré sú spojené s preberaním sociálnych úloh a pozícií. Sociálny život predpokladá výkon a prináša uznanie. R. J. Havighurst hovorí, že okrem aktívneho životného štýlu je optimálna staroba spojená aj so snahou človeka vzoprieť sa obmedzeniam, ktoré vznikajú pre slabnúce sociálne kontakty. Človek sa má snažiť nájsť náhradu za priateľov a milujúcich ľudí, ktorých stratil (Lehr, 2007, 57).

S prichádzajúcou starobou človek odchádza z pracovného života na dôchodok, s čím je spojená strata sociálnych vzťahov a úloh. Optimálne starnúci človek sa i napriek týmto zmenám snaží udržať si čo najdlhšie aktivity z predchádzajúceho života a tie, ktoré musel opustiť, dokáže nahradiť inými. K stratám sa stavia aktívne a snaží sa ich korigovať. Pravidelný výkon povolania dokáže nahradiť aktivitami vo voľnom čase, novými sociálnymi vzťahmi a úlohami. V opačnom prípade je človek vystavený riziku, že bude prežívať osamelosť (Schulz, Heckhausen, 1996, 702 – 714).

B. W. Lemon, V. L. Bengtson a J. A. Petersen (1972, 511 – 523) tvrdia, že aktivity v rôznych sociálnych rolách majú vplyv na sebaobraz starého človeka. Pozitívny sebaobraz je najdôležitejší predpoklad spokojnosti, a tým aj úspešnej staroby. C. F. Longino a C. S. Kart (1982, 713 – 722) sa vo svojom výskume zaoberali Lemonovou teóriou a odporúčajú rozlišovať aktivity: 1. neformálne, teda kontakty s priateľmi, príbuznými a susedmi, 2. formálne, napríklad aktivity v rámci nejakého spolku a 3. „samotárske", aktivity spojené s koníčkami alebo domácimi prácami vykonávanými väčšinou doma a v samote. Výskum ukázal, že najväčšiu životnú spokojnosť prinášajú neformálne, potom formálne a nakoniec aktivity v samote, teda že najdôležitejšie sú kontakty s najbližšími (vrátane susedov), čím sa potvrdila aj Havighurstova teória. Existuje však aj kritika tohto prístupu, ktorá hovorí, že nie každý starý človek má blízke osoby alebo že po ich strate nemá motiváciu hľadať iné (Atchley, 1989, 183 – 190).

Jeden z možných dôsledkov preceňovania aktivity v starobe je nesprávne stotožňovanie odchodu na dôchodok so začiatkom staroby. Dnešná spoločnosť ponúka možnosti, aby starý človek mohol pružne meniť sociálne roly, prijímať nové úlohy a nadväzovať nové sociálne vzťahy. Odchod zo zamestnania, ktoré bolo zaťažujúce, môže dať dokonca priestor pre nové aktivity a mobilizáciu novej energie (Nigg, Steidl, 2005, 34).

8.2.2 Teória disengagement (odpútania sa, uvoľnenia, neangažovanosti)

Staroba so sebou prináša prirodzený ústup aktivít a povinností. Starý človek je pripravený rozviazať väzby so sociálnym prostredím a rovnako tak je prostredie pripravené rozviazať vzťahy so starým človekom. Strata a rozväzovanie väzieb predstavuje prirodzený, potrebný a neodvratný proces. Je prípravou na konečné rozlúčenie sa so životom. V spoločnosti sa tým otvára priestor pre neustály vznik nových vzťahov, rolí, funkcií a výkonov. Staroba je tak súčasťou plynulej sociálnej premeny (Nigg, Steidl, 2005, 34 – 35).

Teória disengagement na rozdiel od teórie aktivity vychádza z toho, že ak sa od ľudí v starobe nevyžaduje aktivita a výkon, ľudia sú šťastnejší a spokojnejší. Sociológovia spochybňujú, že množstvo aktivít starších ľudí v spoločnosti zaručuje ich spokojnosť. Starý človek je pod tlakom toho, čo sa od neho v spoločnosti očakáva. Je pod vplyvom stereotypov, ktoré v spoločnosti o starobe existujú, čo má

značný vplyv na to, či svoju starobu prežíva pozitívne alebo negatívne. Starý človek sa niekedy odvoláva na starobu aj preto, aby mal zámienku opustiť činnosti, ktoré mu spôsobujú ťažkosti. Treba však dodať, že nie je pravdou, že starý človek automaticky stráca schopnosť výkonu a aktivity (Nigg, Steidl, 2005, 35).

Základom pre sformulovanie teórie disengagement bola analýza 172 rozhovorov s ľuďmi vo veku od 50 do 70 rokov v USA. Východiskom tejto teórie je nevyhnutnosť procesu odpútania sa a ukončovania vzťahov medzi starnúcim človekom a členmi spoločnosti. Tie vzťahy, ktoré v starobe ostávajú a pretrvávajú, podliehajú kvalitatívnym zmenám. Redukovaním sociálnych kontaktov, interakcií a vymaňovaním sa zo spoločenských noriem sa starnúcemu človeku otvára priestor slobody (Cumming, Henry, 1979, 211).

Teória disengagement sa zakladá na predpoklade, že niektorí ľudia si prajú určitú formu sociálnej izolácie, redukciu sociálnych kontaktov a tak sa cítia šťastní a spokojní. O teórii aktivity sa tvrdí, že je viac orientovaná na stredný vek, lebo práve v tomto období sú náplňou a zmyslom života vzťahy. H. D. Schneider hovorí, že predstava aktívneho života nie je zlučiteľná s koncom života, umieraním a so smrťou, ktorá je, naopak, teóriou disengagement vnímaná ako niečo samozrejmé. Človek povzbudzovaný k aktivite musí zákonite dospieť ku konfliktu, keď sa jeho život bude schyľovať ku koncu (Lehr, 2007, 59). Človek však nemôže poprieť fakt smrti. Môže ju oddaľovať, vyhýbať sa jej alebo jej vzdorovať, ale so smrteľnosťou ako takou nemôže urobiť nič. Môže aktívne predísť infarktu, vysokému tlaku alebo rakovine. Môže chudnúť, prestať fajčiť, cvičiť, no napriek všetkým týmto aktivitám starne a raz bude musieť, nech by bol akokoľvek zdravý, zomrieť. Z. Bauman hovorí, že to, že sa človek snaží predĺžiť si život, ešte neznamená, že možno prekročiť smrť ako takú (Přidalová, 1998, 351). Teória disengagement zohľadňuje všetky danosti indivídua a spoločnosti, teda aj univerzálnu danosť, ktorou je skutočnosť smrti.

E. Cumming a W. E. Henry pochybujú, že „mať funkciu" alebo „byť užitočný" prispieva k spokojnosti starého človeka. W. Simmons uvádza, že pocit potrebnosti navodzuje človeku pocit istoty a zmierňuje strach, že bude „odložený" a bezmocný. Ak okolie dokáže garantovať starému človeku istotu a dostatok starostlivosti, potom sa človek nemusí angažovať a stiahne sa. Niektoré výskumy ukazujú, že ľudia, ktorí ukončili sociálne kontakty, sú spokojnejší než tí, ktorí sú ešte pevne zakotvení v sociálnej sieti (Lehr, 2007, 59).

8.2.3 Modifikácie a variácie teórie disengagement a teórie aktivity

Od sformulovania teórie disengagement uplynulo vyše 40 rokov a postupom času sa objavovali ďalšie diskusie, jej modifikácie a variácie. Už napríklad v roku 1964 W. E. Henry nepovažoval proces disengagement za nič iné než za výmenný proces medzi indivíduom a okolím. Zdôrazňoval vnútornú podmienenosť pri úbytku aktivity v plnení sociálnych rolí. Objavujú sa aj ďalšie modifikácie, ktoré prehľadne uvádzajú U. Lehr (2007, 60 – 63), E. Dreher (2008, 31 – 35), B. Nigg a S. Steidl (2005, 34 – 35) a ďalší.

8.2.3.1 Hypotéza kompenzujúcej angažovanosti

Gerontológ R. J. Havighurst sa pokúsil o integráciu oboch teórií a vytvoril nový prístup, ktorý sa volá *„hypotéza kompenzujúcej angažovanosti“* („compensatory-engagement hypothesis“) (Nigg, Steidl, 2005, 35). Podľa nej je spokojnosť v starobe subjektívnym pocitom, ktorý vzniká slobodným rozhodnutím tak pre aktivitu, ako aj pre pasivitu. K reálnemu obrazu dobrej staroby teda nepatrí spoločnosťou nanútená pasivita ani neustále hektické vyhľadávanie nových aktivít. R. J. Havighurst zdôrazňoval kvalitatívne aspekty teórie disengagement. Hovoril, že so zvyšujúcim sa vekom nie je podstatné kvantitatívne znižovanie počtu kontaktov, ale dôležité sú kvalitatívne zmeny. Ide o zmenu v angažovaní, zmenu miery vnútornej aktivity v plnení sociálnych rolí. Pozitívna, úspešná staroba je výsledkom spokojnosti so súčasnou situáciou aj s uplynulým životom. V procese dobrého starnutia sú dôležité individuálne faktory. Záleží na každom indivíduu a štruktúre osobnosti, či sa niekto zo sociálneho sveta sťahuje, alebo v ňom ostáva integrovaný. Ľudia, ktorí boli už aj predtým pasívni a orientovaní viac na domáci životný štýl, sú vďační, keď sa im vo vyššom veku umožní stiahnuť sa zo sociálneho života. Redukciu kontaktov a sociálnych povinností potom prežívajú ako úľavu. Naopak, pre ľudí osobnostne vybavených viac pre sociálne aktívny životný štýl je dôležité, že si svoj životný štýl a roly môžu udržať aj vo vyššom veku. Havighurst hovorí aj o kompenzačnom aspekte („compensatory engagements“), čo znamená, že redukcia aktivít v jednej oblasti – napríklad v zamestnaní – môže zvýšiť aktivitu v inej – napríklad v rodine (Havighurst, Neugarten, Tobin, 1964, 24).

8.2.3.2 Prechodný alebo dočasný disengagement

Závery výskumu Bonnského psychologického inštitútu ukázali vyššiu spokojnosť tých ľudí, ktorí preukazujú menej intenzívne sociálne kontakty. Začal sa používať pojem *„prechodný alebo dočasný disengagement“* („vorübergehendes Disengagement“) (Lehr, 2007, 61), čo znamená, že starý človek môže reagovať na záťaž aj tým, že má tendenciu prechodne sa stiahnuť. Tendencia byť v starobe aktívny alebo sa stiahnuť závisí od stratégie zvládania konfliktu. K podobným záverom prichádza aj J. M. A. Munnichs, ktorý hovorí, že vyrovnávanie sa s konečnosťou života človeka je s vysokou pravdepodobnosťou spojené s obnovenou angažovanosťou. Vedú sa diskusie aj o tom, či teória neangažovanosti nie je viac aktuálna pre krátke životné obdobie než pre celé starnutie. Výskumy naznačujú napríklad to, že ženy v piatom decéniu života obmedzujú sociálne kontakty, no v šiestom prežívajú ich expanziu. Podobne môže reagovať človek pri odchode na dôchodok tak, že sa na istý čas stiahne (Lehr, 2007, 61; Nigg, Steidl, 2005, 35).

8.2.3.3 Výskum popierajúci teóriu disengagement

Na 6. medzinárodnom kongrese gerontológie, ktorý bol v roku 1963 v Kodani, bola intenzívna diskusia zameraná na teóriu disengagement. Na jej základe sa zrodila myšlienka urobiť výskum v Nemecku, Anglicku, Francúzsku, Holandsku, Taliansku, Rakúsku, Poľsku a v USA (Fröhlich a kol. 1969, 18 – 34), ktorý sa venoval sociálnym rolám, ako sú zamestnanec, kolega, manželský partner, rodič, starý rodič, sused, známy, správca, priateľ, člen spolku a občan. Výsledky výskumu ukázali rozdiely v aktivite v jednotlivých sociálnych rolách medzi jednotlivými štátmi. Ukázala sa aj vysoká korelácia medzi vyššou aktivitou a vyššou mierou spokojnosti, ale aj vzťah medzi nízkou aktivitou v jednotlivých sociálnych rolách a vyššou mierou nespokojnosti. Tento výskum je jednoznačne v rozpore s postulovaním teórie disengagement (Schrank, Riley, 1971, 1 176 – 1 178).

8.2.3.4 Kritika teórie disengagement

G. L. Maddox (1965, 117 – 130; 1970, 17 – 27) kritizuje túto teóriu a považuje ju za umelú. Sám analyzuje výsledky longitudinálnej štúdie staroby, na ktorej sa zúčastnilo 182 respondentov vo veku nad 60 rokov na univerzite v Duke *(The Duke First Longitudinal Study of Aging)*. Maddox poukazuje na koreláciu medzi nízkou sociálnou aktivitou a pozitívnou náladou iba v 11 – 15 percentách respondentov a medzi vyššou sociálnou aktivitou a negatívnym naladením iba v 15 percentách. Správnosť teórie disengagement sa teda potvrdila iba v 26 – 30 percentách. Teóriu aktivity, naopak, potvrdilo až 70 – 74 percent

respondentov (45 percent respondentov potvrdilo koreláciu medzi vysokou aktivitou a pozitívnou náladou a 26 percent respondentov koreláciu medzi nízkou aktivitou a negatívnym naladením). Ukázalo sa, že vekom aktivita respondentov klesala, pričom spokojnosť ostávala na relatívne stabilnej úrovni (Maddox, Eisdorfer, 1972, 235 – 252). Treba povedať, že diskusii o teórii disengagement je nevyhnutné rozumieť v historickom kontexte. V 50. rokoch bola situácia starých ľudí v USA oveľa horšia v oblasti príjmu a verejnej mienky, preto mohla byť filozofia disengagement ľuďom vtedajšej doby bližšia, než je dnes.

8.2.3.5 Závislosť platnosti oboch teórií od osobnosti jedinca a od konkrétnej sociálnej situácie

Bonnský gerontologický longitudinálny výskum BOLSA *(Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie)*, ktorý trval 15 rokov, ukázal, že platnosť oboch teórií závisí od špecifík daného jedinca a konkrétnej sociálnej roly. Tak predchádzajúci, ako aj tento výskum poukázali na znižovanie aktivity so zvyšovaním veku, pričom znižovaním aktivity sa nezniţovala spokojnosť. To by skôr smerovalo k teórii disengagement, potvrdzovanej aj skupinou respondentov, ktorí vysokú aktivitu spájali s nízkou spokojnosťou. V inej skupine respondentov sa, naopak, ukazuje spojitosť medzi vysokou aktivitou a vysokou spokojnosťou. To by zasa potvrdzovalo teóriu aktivity. Aj z iných zistení sa ukazuje, že nemožno zovšeobecniť, že spokojnosť jednoznačne závisí od aktivity. Napríklad vo vzťahoch k deťom alebo vnúčatám sú až tri štvrtiny respondentov spokojnejšie pri vyššej aktivite. Naopak, osoby vzdelané, kvalifikované a zdravé majú v role rodiča tendenciu znižovať aktivitu. Asi polovica respondentov potvrdzovala disengagement teóriu v úlohe starého rodiča, druhá polovica podporovala teóriu aktivity. V sociálnych rolách mimo rodiny podporovala prevažná väčšina teóriu aktivity, najmä keď išlo o vzťahy k priateľom, známym a susedom. Vo vzťahoch ku kolegom z rôznych spolkov polovica respondentov podporovala teóriu aktivity a ostatní zase disengagement. Jedinci aktívnejší, inteligentnejší, s väčším okruhom záujmov a dobrým zdravotným stavom boli spokojnejší, keď mali menší počet kontaktov v rodine a viac kontaktov mimo rodiny – teda v rodine sa správali v duchu teórie disengagement, mimo rodiny v duchu teórie aktivity. Naopak, jedinci pasívnejší, menej inteligentní, s menším okruhom záujmov, s horším zdravotným stavom a finančnými problémami sa v rodine správali v duchu teórie aktivity a mimo rodiny v duchu teórie

disengagement. Kritika teórií aktivity a disengagement je založená na tom, že sa nedajú zovšeobecniť na každého jedinca. Dá sa povedať, že reakcia starého človeka závisí od štruktúry osobnosti a jeho životnej situácie (Lehr, Minnemann, 1987, 91).

8.2.4 Dynamické teórie

Do diskusie o modeli dobrého starnutia vstupujú aj prístupy, ktoré posudzujú životnú spokojnosť („well-being“) na základe toho, ako starý človek vníma dosiahnutie svojich cieľov alebo do akej miery k nim smeruje (Lawton 1985, 501 – 519). Jung (1994, 105) hovorí: *„Spozoroval som totiž, že život zameraný na cieľ je všeobecne lepší, bohatší a zdravší než život bezcieľny.“* Nejde len o dosiahnutie dlhodobých cieľov, ale aj o samotný proces dosahovania. Dlhodobejší cieľ má pozitívnu funkciu pre človeka jednak tým, že dlhšie obdobie a v rôznych situáciách organizuje a ovplyvňuje jeho správanie, a jednak tým, že dáva životu zmysel (Frankl, 1985, 110; Tavel, 2004, 574; Tavel, 2007, 26 – 29). Dobré správanie nemožno posudzovať iba na základe statických kritérií (nejde len o konečný stav), ale na základe dynamického procesu.

Keďže cieľ ovplyvňuje správanie človeka a prispieva k pocitu zmysluplnosti, je pre dobré starnutie dôležitý samotný fakt, že človek má osobné ciele a že sa snaží o ich dosiahnutie bez ohľadu na to, či to dokáže. To vnáša do pohľadu na dobré starnutie nový aspekt – statický rozmer sa mení na dynamický. Nejde teda len o to, či starý človek dosiahol pozitívne výsledky, ako sú zdravie alebo dobré životné podmienky, ale aj o to, či jeho snaha maximalizuje zisky a minimalizuje straty a či je vyvážená ziskami (Freund, Li, Baltes 1999, 401 – 434).

Dobré starnutie sa netýka len konkrétneho konečného bodu alebo stavu, ale aj toho, ako je dosiahnutý. Ak dosiahnutie niektorých cieľov stojí neprimerané úsilie, je otázne, či je to úspech – príkladom môže byť snaha o finančné zaistenie za cenu dlhoročného utrpenia v neuspokojivom a nudnom zamestnaní. Dynamický prístup poukazuje na ďalšiu doteraz nevyriešenú otázku, ktorou je časový rámec (Freund, Riedger, 2003, 612).

E. Diener hovorí, že dobrý život nestačí posudzovať iba na základe životných podmienok a pocitu pohody v danom okamihu a jednorazovo, ako to robí statický prístup. Nezáleží len na tom, či sa starému človeku v určitom okamihu darí, ide o dlhodobejší stav v rôznych životných oblastiach. Vypitie fľaše vína síce človeku pomôže uvoľniť sa

a krátkodobo sa cítiť dobre, pri každodennom pití však straty v telesnom a duševnom zdraví budú pravdepodobne prevažovať nad krátkodobými ziskami (Freund, Riedger, 2003, 612).

8.2.4.1 Dôležitosť správneho stanovenia cieľov

Správne nastavenie životných cieľov je zásadným ochranným faktom aj pred depresiou v starobe. S postupujúcim vekom si človek uvedomuje, že niektoré ciele už preňho nie sú dosiahnuteľné. Na emocionálnej úrovni to môže vyvolať sklamanie, nespokojnosť až depresiu, a to najmä vtedy, keď je nedosiahnuteľný cieľ stále atraktívny. Človeka to v určitom zmysle blokuje a frustruje, najmä ak sa cieľa príliš drží. Ilustruje to vyjadrenie istého pacienta s depresiou: „Nemôžem to ďalej robiť, ale i napriek tomu to robiť chcem“ (Melges, Bowlby, 1969, 694). Jednou z možností, ako sa z tejto situácie dostať, je znehodnotenie týchto cieľov. Druhou možnosťou je nahradiť ich inými, čo možno nepriamo dosiahnuť posunom v prioritách. Zmena cieľov je často lepším riešením i za cenu toho, že dochádza k obmedzeniu možností a voľby (Brandtstädter, Greve, 1994, 62).

8.2.5 SOK-model P. B. Baltesa a M. M. Baltesovej

Podľa tohto modelu (Baltes, Baltes 1989a, 6) sa spokojnosť nepovažuje za dostačujúci indikátor úspešného starnutia. Subjektívne kritériá by sa mali doplniť objektívnymi, pretože subjektívne kritérium je často klamné a nedokáže postihnúť ani stav núdze jedinca a spoločnosti, ani potenciál pre rozvoj.

8.2.5.1 Východiskové tézy úspešného starnutia

P. B. Baltes a M. M. Baltesová (1989b, 85 – 105) vychádzajú vo svojom modeli úspešného starnutia z nasledujúcich téz.

1. téza: Je rozdiel medzi normálnym, optimálnym a chorým starnutím.

I keď tento rozdiel nie je jednoznačný, je takéto rozdelenie užitočné. Normálne starnutie znamená starnutie bez ťažkých duševných a telesných chorôb. Obraz normálneho procesu starnutia je spoločensky podmienený. Optimálne starnutie nie je utópiou, ale je určené podmienkami, ktoré mu napomáhajú a ktoré sú k starobe ústretové. Choré starnutie je podstatne ovplyvnené chorobou. Je však otázne, či je starnutie bez chorôb vôbec možné.

2. téza: Rôznorodosť procesu starnutia ovplyvňujú interindividuálne rozdiely počas života.

Dlhodobé štúdie tohto problému potvrdzujú veľkú interindividuálnu rôznorodosť alebo heterogenitu v procese starnutia. Všetky sa zhodujú v jednom – staroba nie je nijaký jednotný a rovnako prebiehajúci dej, ale silne individuálny proces, ktorý môže celkom odlišne prebiehať tak v duševnej a psychickej oblasti, ako aj v správaní a sociálnom cítení. Biologické vybavenie človeka a jeho kultúra tvoria také genotypické pozadie, podľa ktorého existuje množstvo prejavov individuality a variability. V tejto súvislosti pôsobí počas života niekoľko faktorov: faktory súvisiace s ontogenézou, teda rozdiely v genetickom vybavení, to, ako sa jednotlivec v priebehu života vyvíja, a rozdiel je aj v tom, či ide o bežný priebeh starnutia, alebo je poznačované množstvom rozličných chorôb.

3. téza: V procese starnutia existuje značná „skrytá rezerva“.

Výskumy ukazujú, že väčšina starších ľudí má značné rezervy, ktoré sa môžu rozvinúť a aktivovať vďaka učeniu, cvičeniu a cielenému tréningu. Výskumy ukazujú, že starí ľudia majú určitú mieru plasticity a mnohé nežiaduce procesy sú v rôznej miere reverzibilné. Ukazuje sa dokonca, že učenie je možné i pri niektorých formách demencie (viac v časti o demencii). Výskum sa zameriava na efektivitu rôznych prístupov a intervencií.

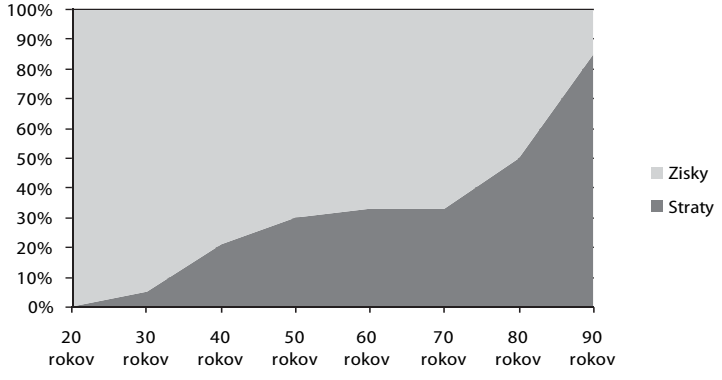
4. téza: Kapacita možného rozvoja je obmedzená stratami spojenými so starobou.

Kľúčovou otázkou je, či sú starí ľudia pri tých istých výhodných podmienkach schopní podať taký výkon ako mladí ľudia. Výskumy ukazujú, že to tak nie je a že staroba prináša zmeny, ktoré kapacitu možného rozvoja obmedzujú.

5. téza: S postupujúcim procesom starnutia je bilancia ziskov a strát negatívna.

Na každom vývojovom stupni jedinca zohráva významnú úlohu bilancia ziskov a strát, robená na základe subjektívnych aj objektívnych kritérií. Každá vývojová fáza so sebou prináša nielen zisky, ale aj straty (obrázok č. 4). Napríklad postup človeka v kariére na vyššiu pozíciu je preňho ziskom, ale zároveň aj znížením šancí na ostatné pozície. V starobe sa znižuje schopnosť adaptácie, klesá výkonnosť a narastajú straty

na úkor ziskov, negatívne zmeny prevažujú nad pozitívnymi. Výskumy ukazujú aj očakávanie negatívnej bilancie v starobe.



Obrázok č. 4: Očakávané zisky a straty v priebehu života v percentách (Baltes, Baltes, 1989b, 85 – 105).

Očakáva sa, že staroba prinesie nechcené a nekontrolované zmeny, ale aj to, že so starobou prichádza múdrosť, vážnosť a dôstojnosť.

6. téza: Sebaobraz ostáva aj vo vysokom veku nedotknutý.

Subjektívne vyjadrenia starých ľudí o spokojnosti so životom a o možnosti kontroly alebo sebarealizácie sa v porovnaní s mladými ľuďmi vôbec nelíšia. Existujú na to tri dôvody:

Prvým je fenomén „mnohorakých sebaobrazov". Výskumy ukazujú, že každý človek má viac než jeden sebaobraz a že všetci máme veľké množstvo predstáv o tom, kým sme, kým sme boli, kým chceme alebo sme mali možnosť byť. Existencia týchto sebaobrazov je s dávkou fantázie účinným mechanizmom pre prispôsobenie sa rozličným životným situáciám.

Druhým dôvodom je možnosť zmeny cieľov a stupňa náročnosti ich dosiahnutia. Vďaka skúsenosti úspechu a neúspechu sú ľudia schopní svoje očakávané postoje prispôsobiť potrebnej úrovni.

Tretím dôvodom je sociálne porovnanie. Znamená to prispôsobenie sa novým cieľom a očakávaniam, ktoré sú pri mnohých významných životných zmenách nevyhnutné. Porovnávanie je pozitívne

ovplyvňované tým, že sa často mení na základe zážitku alebo vplyvu skupiny. Následkom toho dochádza k vytváraniu nových úsudkov, ktoré dokážu vidieť životnú situáciu a seba v inom svetle.

P. B. Baltes a M. M. Baltesová (1989b, 85 – 105) navrhujú na základe týchto téz všeobecné zásady úspešného starnutia. Človek sa snaží o zdravý a zmysluplný spôsob života a takisto sa snaží predísť chorobe v starobe (1. téza). Zodpovedajúcej variabilite podôb staroby by mala zodpovedať rozmanitosť ponúk, ktoré spoločnosť starému človeku dáva. Ide o to, aby mal možnosť prejaviť sa individuálne (2. téza). Prostredníctvom vzdelávania, motivácie, tvorby a snahy o sociálny kontakt by sa mal snažiť o zväčšovanie kapacitných rezerv. Čím väčšie sú telesné, duševné a sociálne rezervy vo výkonnosti, tým úspešnejší je proces staroby (3. téza). Kde starnúci človek naráža na obmedzenosť kapacity, tam by sa mal snažiť nachádzať spôsob kompenzácie (4. téza). Negatívna bilancia ziskov a strát je preňho výzvou na prijatie svojej reality (5. téza) bez toho, aby stratil svoju identitu (6. téza). Otázkou je, kedy má človek prijať straty a zmeniť orientáciu svojho života.

8.2.5.2 Selekcia, optimalizácia a kompenzácia (SOK-model)

Baltesovci (1989b, 96 – 100) sformulovali model úspešného starnutia opisujúci všeobecný priebeh adaptácie. V modeli sú prítomné tri elementy, ktoré na seba vzájomne pôsobia: selekcia, optimalizácia a kompenzácia (SOK-model). Selekcia znamená, že starý človek sa koncentruje na tie oblasti, ktoré preňho majú vysokú prioritu a v ktorých dochádza k úbytku. Ide o určitý výber, lebo starý človek sa nemôže sústrediť na všetky oblasti. Pri optimalizácii človek zoptimalizuje život, objaví rezervy a vďaka tomu zvýši príjmy, ktoré mu pomôžu kvantitatívne aj kvalitatívne zlepšiť život, a odhalí oblasti, v ktorých je ešte možný vývoj. Kompenzáciou sa myslí to, že sa obmedzenia a úbytky dokážu nahradiť niečím iným. Predpokladá to určitú pružnosť. Príkladom je kompenzačná snaha zlepšovať pamäť rôznymi pomôckami alebo nahradiť slabnúci sluch prístrojom pre nepočujúcich.

V jednom televíznom rozhovore uviedol americký klavirista A. Rubinstein, ako sa pri hre na klavíri dokáže vyrovnať s prichádzajúcou starobou. Svoj repertoár zredukoval a hrá menej skladieb (selekcia). Vybrané skladby cvičí viac ako doteraz (optimalizácia). Pred rýchlymi, technicky náročnými pasážami mierne zrýchli, aby nasledujúca časť vyznela dostatočne rýchlo (kompenzácia).

K SOK-modelu existujú aj výhrady. Jednou z nich je pripomienka, že tento model podceňuje subjektívne faktory, ktoré sa považujú za „klamlivé“ a „nedostačujúce“ (Baltes, Baltes, 1989a, 6). Pre dobré starnutie nestačí sledovať objektívne testy, nálezy lekára alebo výkony v šachu. To dokazuje aj štúdia, v ktorej sa pýtali starých ľudí, čo rozumejú pod pojmom úspešné starnutie. Odpovede ukázali, že 92,7 percenta respondentov tento pojem chápe ako pozitívne naladenie a pocit šťastia. Hranice postihnutia, chronickej choroby, ktoré staroba často prináša, sa tým prekračujú. Duševná sila, ktorá i napriek nedostatkom dokáže nájsť životnú harmóniu a šťastie, sa pre úspešné starnutie považuje za rovnako dôležitú ako psychické a intelektuálne kompetencie (Lehr, 2007, 66).

Na abstraktnej a všeobecnej úrovni možno dobré starnutie definovať ako snahu o čo najväčšie zisky a súčasne o čo najmenšie straty. Je však ťažké stanoviť kritériá dobrého starnutia, ktoré by boli konkrétne, univerzálne a všeobecne prijímané. Snaha vytvoriť teóriu, ktorá by vysvetľovala všetky procesy a následky staroby, je teda nereálna. V skúmaní staroby sa dá obmedziť iba na pozorovanie jednotlivých faktorov, ktoré sú: objektívne alebo subjektívne, krátkodobé alebo dlhodobé, špecifické alebo všeobecné a statické alebo dynamické. Hoci sa tým nevysvetlí celkový fenomén starnutia, prispeje sa k jeho objasneniu (Freund, Riedger, 2003, 612).

Úspešný vývoj v starobe môže mať mnoho rôznych výrazov, ako hovorí L. Pulkkinen (2000, 278): *„… úspešný vývoj nie je uniformný, ale polyformný.“* Môžeme teda povedať, že ani jednej teórii sa nepodarilo predstaviť uspokojujúci obraz staroby a starnutia. Ak je podľa K. Pop-pera teória sieťou, v ktorej sa pokúšame zachytiť svet, je teória starnutia sieťou deravou (Freund, Riedger, 2003, 612).

+1
0
-1

DEPRESIA

Depresie sú psychické poruchy, ktoré sa prejavujú zhoršovaním nálady, stratou radosti, emocionálnou prázdnotou, stratou motivácie, záujmu a početnými telesnými príznakmi. V starobe sú jej prejavy podobné ako v mladšom veku (Hautzinger, 2002, 142).

1. KLASIFIKÁCIA

Depresívne stavy patria do skupiny afektívnych porúch (F30 – F39). 10. medzinárodná klasifikácia chorôb nevyčleňuje nijaký špecifický obraz pre vekovú kategóriu afektívnych porúch v starobe. Depresia je klasifikovaná buď ako depresívna epizóda (F32), bipolárna afektívna porucha (F31), alebo ako trvalá porucha nálady (F34). Depresia môže byť určená aj ako afektívna psychóza (F25) (Smolík, 2002, 224).

Základným prejavom depresívnej poruchy je *depresívna epizóda.* Pre jej diagnózu stačí jedna epizóda, ktorá je zreteľná a časovo ohraničená. Súčasťou klinického obrazu môže byť somatický syndróm vyznačujúci sa aspoň štyrmi z nasledujúcich kritérií:

- zreteľná strata záujmu alebo potešenia pri aktivitách,
- nedostatok emočných reakcií na udalosť alebo aktivity, ktoré normálne vyvolávajú emočnú odpoveď,
- ranné prebudenie najmenej dve hodiny pred obvyklou dobou,
- depresia je ťažšia ráno,
- psychomotorická retardácia alebo agitovanosť (popísané inými osobami),
- výrazná strata chuti do jedla,
- úbytok hmotnosti,
- výrazná strata libida.

K ďalším charakteristickým prejavom patrí: pokles energie alebo zvýšená unaviteľnosť, strata sebadôvery alebo sebaúcty, pocity viny alebo neopodstatnené výčitky, myšlienky na smrť alebo samovraždu, sťažovanie sa na neschopnosť myslieť, sústrediť sa, rozhodnúť sa, celkové spomalenie, poruchy spánku všetkého druhu a zmena chuti do jedla. Podľa počtu splnených kritérií možno hovoriť o ľahkej (F32.0), strednej (F32.1) a ťažkej (F32.2) depresívnej epizóde. Ak sa do klinic-

kého obrazu pridružia aj bludy a halucinácie (väčšinou depresívne, sebaobviňujúce, hypochondrické, nihilistické, paranoidné, perzekučné) alebo depresívny stupor, klasifikuje sa depresia ako ťažká depresívna epizóda s psychotickými príznakmi (F32.3). Ak sa objavia stavy, ktoré síce nespĺňajú kritériá, ale ich klinický dojem svedčí o depresívnej podstate (zlostnosť, nespokojnosť, únava a podobne), sú klasifikované ako iné depresívne epizódy (F32.8) (Smolík, 2002, 225 – 229).

Ďalšie poruchy, ktoré uvádza P. Smolík (2002, 102; 214 – 218; 238 – 242; 230; 246; 279) alebo J. Baštecký a kol. (1994, 214) sú:

Bipolárna afektívna porucha (F31) sa vyznačuje epizódami mánie (respektíve hypománie), ktorým predchádzajú, alebo po ktorých nasledujú depresívne epizódy. Môže byť klasifikovaná ako bipolárna afektívna porucha, súčasná epizóda stredne ťažkej alebo ľahkej depresie (F31.3), bipolárna afektívna porucha, súčasná epizóda ťažkej depresie bez psychotických príznakov (F31.4), bipolárna afektívna porucha, súčasná epizóda ťažkej depresie s psychotickými príznakmi (F31.5), bipolárna afektívna porucha, súčasná epizóda zmiešaná (F31.6) alebo bipolárna afektívna porucha, v súčasnej dobe v remisii (F31.7).

Trvalá porucha nálady (F34) sa vyskytuje viac než dva roky obvykle s premenlivou závažnosťou. Patrí sem cyklotymia (F34.0) a dystymia (F34.1). Tieto poruchy obyčajne nastupujú medzi 30. a 50. rokom života a nasledujú po afektívnej epizóde. Charakteristickými znakmi vracajúcej sa depresívnej nálady sú: pokles energie a aktivity, insomnia, strata sebadôvery, problémy s koncentráciou, sociálne stiahnutie, strata záujmu o sexuálne alebo iné príjemné aktivity, menšia zhovorčivosť, pesimistický pohľad, častá plačlivosť, zúfalstvo a neschopnosť vyrovnať sa s bežnou zodpovednosťou.

Dysthymická porucha (F34.1) trvá najmenej dva roky alebo je to neustále sa vracajúca depresívna nálada, ktorá však nedosahuje psychotickú hĺbku. Problémy často trvajú niekoľko rokov, ich rozvoj je pomalý, nenápadný a prechádzajú až do staroby. Vyskytujú sa obvykle u psychopatických osobností so sklonom k zneužívaniu psychofarmák. Vplyv má aj chronické ochorenie a psychosociálna záťaž.

Rekurentná depresívna porucha (F33) je porucha charakterizovaná opakovanými depresívnymi epizódami bez nezávislých epizód mánie v anamnéze, ale nevylučuje krátke epizódy hypománie, ktoré nasledujú bezprostredne po depresívnej epizóde. Ťažšie formy rekurentnej poruchy majú veľa spoločných vlastností s pôvodnými koncepciami, ako sú maniodepresívna psychóza, depresívny typ, melanchólia, vitálna depresia, endogénna depresia. Predpokladá sa u nich výskyt „somatického syndrómu“ („melancholických čŕt“).

Rekurentná krátka depresívna porucha (F38.1) spĺňa príznakové kritériá ľahkej (F32.0), stredne ťažkej (F32.1) alebo ťažkej depresívnej epizódy (F32.2). Depresívne epizódy sa pritom vyskytujú aspoň jedenkrát mesačne v priebehu posledného roku, trvajú najmenej dva dni, pričom sa nevyskytujú v súvislosti s menštruačným cyklom.

Organická afektívna porucha (F06.3) je charakterizovaná zmenou nálady alebo afektivity (depresívna, hypomanická, manická alebo bipolárna), obvykle je sprevádzaná zmenou všeobecnej úrovne aktivity. Táto porucha zrejme súvisí s nezávisle diagnostikovanou organickou mozgovou poruchou alebo s iným somatickým postihnutím. Pacienti s postihnutím pravej hemisféry prežívajú zmenu schopnosti vyjadriť alebo pochopiť emócie.

Adaptačná porucha (F43.2) predstavuje stavy subjektívne pociťovaných problémov a emočnej poruchy, ktoré sú obvykle prekážkou v spoločenskom styku, v sociálnom konaní a výkonnosti. Vznikajú v čase adaptácie na závažné životné zmeny alebo na stresovú životnú situáciu. Prevládajúcim príznakom môže byť krátka alebo dlhšia depresívna reakcia, prípadne porucha iných emócií a správania.

2. ZVLÁŠTNOSTI DEPRESIE V STAROBE

V minulosti sa diskutovalo o *špecifikách depresivity v starobe.* V tejto súvislosti používali niektoré psychiatrické školy na označenie endogénnej depresie v starobe termín *„involučná depresia“* (Smolík, 2002, 224). Hoci podrobné štúdie nepotvrdili špecifickú odlišnosť depresií v starobe, predsa len možno hovoriť o určitých zvláštnostiach, ktoré by sme mohli zhrnúť nasledovne (Reynolds, Kupfer, 1999, 1 167 – 1 172; Vojtěchovský, 1994, 206, 210):

- Depresia v starobe sa odlišuje od depresie v strednom veku závažnejším priebehom, netypickou symptomatológiou, výraznejšou tendenciou k relapsom a k chronicite.
- Prejavy depresie aj znaky zlepšenia sa v staršom veku rozoznávajú horšie.
- Lieky u starého človeka zaberajú po dlhšej latencii.
- Depresívna epizóda má v staršom veku iný charakter. Mení sa dĺžka cyklu a trvanie epizód. Medzi autormi však v tejto oblasti

nie je jednotný názor. Niektoré optimistickejšie štúdie hovoria, že sa pri depresiách v staršom veku skracujú epizódy a predlžujú sa intervaly cyklov. Iné štúdie sú pesimistickejšie a hovoria o skracovaní intervalov cyklov a sklone k chronicite a recidívam. S depresiou v starobe často súvisí aj zvýšený počet samovrážd.

3. DIAGNOSTIKA

Diagnostiku depresie v staršom veku sťažuje súčasný výskyt iného telesného ochorenia a úbytok duševných síl, prípadne sa prejavy depresívnej symptomatológie považujú za prejavy „normálnej" staroby.

3.1 Príznaky depresie v starobe

Starší pacienti s depresiou majú príznaky, ktoré sme rozdelili na oblasť telesnú, kognitívnu a emocionálnu. Príznaky ďalej delíme na typické a ďalšie (Hautzinger, 2002, 142; Hautzinger, 2000, 5; Vojtěchovský, 1994, 209).

3.1.1 Príznaky v telesnej oblasti

- Typickými telesnými príznakmi sú:
  - poruchy spánku – skoré prebudenie a potom ospalosť cez deň (so zaspávaním nemusí byť problém),
  - gastrointestinálne poruchy – zápcha, zlé trávenie, časté hnačky, nechutenstvo, chudnutie.
- Ďalšími telesnými príznakmi môžu byť:
  - pocity únavy aj pri malej pracovnej záťaži a dostatočnom odpočinku,
  - dlhodobé a tupé bolesti hlavy – hlava je akoby stiahnutá pancierom,
  - bolesti chrbta, brucha alebo aj bolesť na inom mieste, pričom lekárske nálezy sú negatívne,
  - nezáujem o sexuálny život,
  - zanedbávanie zovňajšku.

3.1.2 Príznaky v kognitívnej oblasti

+1 0 -1

- Typickou kognitívnou poruchou je sťažovanie sa na zlú pamäť.
- Ďalšími kognitívnymi príznakmi môžu byť:

  - neschopnosť rozhodovať sa,
  - neschopnosť sústrediť sa,
  - neschopnosť čítať a študovať.

3.1.3 Príznaky v emocionálnej oblasti

- Typickými emocionálnymi príznakmi sú:
  - pocit strachu,
  - starosti rôzneho druhu,
  - úzkostné stavy,
  - poruchy nálady,
  - pesimizmus,
  - nezapríčinený smútok, plač – smútok nemusí automaticky znamenať depresívnu symptomatológiu.
- Ďalšími emocionálymi príznakmi môžu byť:
  - podráždenosť pre maličkosti, čo sa predtým nestávalo,
  - strata záujmu, človek sa nedokáže pre nič nadchnúť, nevedia ho potešiť ani veci, ktoré ho predtým tešili,
  - doterajší život považuje za bezcenný, má pocity viny a pocity, že nestojí za to žiť, rozmýšľa nad ukončením života.

Depresívne pocity sa vyskytujú častejšie doobeda. Pacient vníma, že sa s ním deje niečo neobvyklé, ale často sa bojí vyhľadať pomoc, aby nebol označený za duševne chorého. Pochybuje, že jeho stav je liečiteľný (Vojtěchovský, 1994, 209).

3.2 Diferenciálna diagnostika

3.2.1 Vplyv spolupôsobenia telesného stavu a depresie

Viaceré štúdie ukazujú, že depresie v staršom veku sú často kombinované s inými telesnými chorobami a kognitívnymi poruchami. Odhaduje sa, že viac než polovica starých osôb trpiacich depresiami má súčasne najmenej ešte jednu telesnú chorobu, ktorá modifikuje klinický psychický obraz depresie. Vzájomný vplyv telesných a psychických problémov so zvyšujúcim sa vekom navyše rastie. Rastie aj vplyv depresie na celkový somatický a duševný stav a naopak. Keďže predpokladom dobrej prognózy depresívneho stavu je dobrý celkový stav, telesné choroby prognózu zhoršujú (Reynolds, Kupfer, 1999, 1 167 – 1 172; Ernst, Angst, 1995, 272 – 287).

+1 0 -1

Medzi najčastejšie ochorenia, ktoré depresie sprevádzajú alebo sú k nej pridružené, patria niektoré telesné ochorenia, endokrinné

a imunologické poruchy alebo neurologické ochorenia. M. Vojtěchovský (Vojtěchovský, 1994, 214) uvádza, že je to hlavne cukrovka, znížená funkcia štítnej žľazy, srdcová slabosť, ischemická srdcová choroba, syndróm angíny pectoris, vysoký krvný tlak, anémia, endokrinné choroby a metabolické choroby. Pri diagnostike je dôležité oddeliť afektívnu symptomatológiu od javov somatického ochorenia. Tento typ afektívnej choroby sa zvykne klasifikovať ako *iná špecifická porucha nálady (afektívna porucha)* (F38.8) (Smolík, 2002, 246).

Odhaduje sa, že najmä pre pridružené somatické choroby sa až v 30 alebo 40 percentách pacientov s depresiou ich depresívne ochorenie nediagnostikuje alebo nelieči u všeobecného lekára ako depresia, čo spôsobuje zhoršovanie alebo chronickosť ochorenia (Hautzinger, 2002, 142; Hautzinger, 2000, 10). Pri depresii v starobe často prevládajú somatické prejavy nad psychickými. Somatické a fyziologické príznaky zatieňujú subjektívny psychický pocit, ktorý treba odhaliť. V tejto súvislosti sa používa pojem *„larvovaná depresia“* (Smolík, 2002, 223). Prejavuje sa telesnými problémami, pri ktorých nie je pozorovateľná zmena nálady. Priebeh, prognóza a odpoveď na liečbu však pripomínajú depresiu.

3.2.2 Depresia spôsobená telesným ochorením

V rámci diferenciálnej diagnostiky treba rozoznávať depresívnu náladu spôsobenú telesným ochorením, ako je napríklad organické poškodenie mozgu alebo nádor, čo si vyžaduje neurologické vyšetrenie. V ďalšom postupe sa vylúčia následky liekov a návykových látok. V staršom veku si treba všímať aj užívanie liekov (napríklad antihypertenzíva). V tomto zmysle sa potom zvykne hovoriť o sekundárnych depresiách a o kategórii *nešpecifikovaná porucha nálady (afektívna porucha)* (F39) (Smolík, 2002, 428). Sem patrí takzvaná *farmakogénna depresia* spôsobená depresogénnymi liekmi (hypotenzíva, kancerostatiká, imunosupresíva a podobne) alebo sekundárna depresia pri chorobách CNS, kde je depresia popisovaná až v 20 percentách primárne degeneratívnych demencií. Sekundárna depresia vzniká aj pri fronto-temporálnych tumoroch, pri cerebrovaskulárnej chorobe a v 20 – 30 percentách po cievnej mozgovej porážke (Vojtěchovský, 1994, 214 – 215).

Na somatické ochorenie v starobe prichádza psychická reakcia často aj v podobe reaktívnej depresie. Výskyt depresívnych pacientov sa pohybuje od 30 do 60 percent. Náchylnejší sú viac muži než ženy a ľudia bez spoločenskej opory. Výskum kolektívu okolo H. G. Koeniga

(1988, 1 929 – 1 936) na 130 mužoch nad 70 rokov, ale aj ďalšie výskumy ukazujú vzťah medzi závažnosťou depresie a závažnosťou diagnózy somatickej choroby, množstvom ordinovaných liekov, stupňom deteriorácie intelektuálnych funkcií, výskytom bolesti a stupňom obmedzenej hybnosti. Depresia býva takisto súčasťou finálnej fázy fatálneho priebehu choroby najmä v prípade mužov, kde ide skôr o pocity beznádeje než o pocity viny.

Asi pätina depresií v starobe je spojená s hypochondriou, respektíve s *hypochondrickou poruchou* (F45.2) (Smolík, 2002, 297 – 299). Pacient má neprimeranú starosť o svoje zdravie a je presvedčený o závažnej telesnej chorobe. Sťažuje sa na trvalé telesné ťažkosti alebo je neustále zaujatý vlastným telesným a duševným stavom. Vyšetrenie je negatívne, čo v pacientovi vzbudzuje nedôveru, bezmocnosť a negatívny pocit ku každému, kto jeho problémy zľahčuje. Nadobudne presvedčenie, že mu lekár neverí, jeho problémy prehliada a nevie ho vyliečiť. Dostáva sa do bludného kruhu. Podstupuje tak vyšetrenia u všetkých možných odborníkov. M. Vojtěchovský (1994, 213) spomína výskumy, ktoré ukazujú, že hypochondria je podmienená selektívnou percepciou vegetatívnych symptómov v určitej oblasti tela pri celkovej hypersenzitivite. U hypochondrov je zistený nižší prah bolesti. Bežné fyziologické príznaky sú nesprávne interpretované, napríklad zrýchlená srdcová činnosť sa považuje za infarkt. Niekedy ide aj o zisky z choroby, najmä v konfliktných životných situáciách. Niektoré teórie vysvetľujú, že hypochondria je agresivita voči iným prenesená na časti vlastného tela a že postihnuté orgány môžu mať symbolický význam.

K diagnostickému hodnoteniu hypochondrického syndrómu treba dodať, že ak sa vyskytuje len s depresívnou poruchou, dáva sa podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10 prednosť diagnostike depresie. Ako samostatná diagnostická kategória sa uvádza len vtedy, ak sa vyskytuje aj nezávisle od depresie.

Liečba depresie spojenej s hypochondriou je ťažká. Obyčajne spočíva v podávaní anxiolytík a antidepresív. V psychoterapii ide hlavne o získanie nadhľadu. Na relaxáciu sa používa hypnóza a behaviorálna terapia. Pre možné somatické komplikácie chronického priebehu choroby nemožno liečbu podceňovať (Smolík, 2002, 299).

3.2.3 Rozlišovanie medzi demenciou a depresiou

Asi najobsiahlejšou, najdôležitejšou a často nie najľahšou problematikou diagnostiky starého pacienta je rozlíšenie medzi začínajúcou de-

generatívnou demenciou a depresiou (Hautzinger, 2002, 143 – 144; Hautzinger, 2000, 11 – 12; Srnec, 1994, 70 – 71).

Pre depresívnu poruchu hovorí:

- počet depresívnych epizód v minulosti,
- negatívny neurologický nález,
- obyčajne možno určiť začiatok deficitu,
- stála depresívna, respektíve úzkostná nálada,
- sťažovanie sa a zdôrazňovanie kognitívnych deficitov,
- dobrá pozornosť, chápavosť a orientácia,
- rôzna výkonnosť pri testovaní,
- pri testovaní pacient neskrýva deficit mentálnej výkonnosti, neprejavuje snahu a často odpovedá „neviem“,
- skoré ranné vstávanie s pesimistickým myslením,
- kolísanie nálady počas dňa,
- slabá motivácia,
- poruchy chuti do jedla,
- myšlienky na samovraždu.

Pre demenciu hovorí:

- pozvoľnejší nástup,
- nespolupracujúce, nedôverčivé, nedružné správanie,
- pozitívny neurologický nález,
- redukovaná bdelosť,
- zhoršená koncentrácia a pozornosť,
- dezorientácia a zmätenosť,
- zhoršenie krátkodobej pamäti,
- snaha zakryť kognitívne deficity,
- plochá afektivita, respektíve emocionálna labilita,
- kolísavé emocionálne stavy,
- prevrátený rytmus spánku a bdenia,
- nijaké príznaky predchádzajúcej psychopatológie a depresie,
- stabilne zlá výkonnosť pri testovaní,
- pri testovaní pacient skrýva deficit mentálnej výkonnosti, prejavuje snahu a často odpovedá nesprávne.

P. Smolík (2002, 70 – 71) uvádza, že pri depresii je postihnutá pamäť tak pre súčasné udalosti (recentná pamäť), ako aj pre udalosti zo staršej doby (staropamäť). Pri demencii je recentná pamäť postihnutá viac než staropamäť. Depresia je väčšinou reverzibilná, pričom 80 percent prípadov demencie je ireverzibilných.

3.3 Diagnostické nástroje

Aj napriek zvláštnostiam a problémom, ktoré depresia v starobe prináša, je možné ju úspešne diagnostikovať a liečiť. Za posledných 20 rokov sa urobilo veľa výskumov v oblasti skorej diagnostiky, liečby i prevencie (Reynolds, Kupfer, 1999, 1 167 – 1 172). V diagnostike sa treba orientovať na tri oblasti: depresívny zážitok a jeho kvantifikácia, zmeny v správaní a telesné prejavy.

Ak je pacient schopný hovoriť, môže prejaviť svoje pocity a zážitky. Ak nedokáže hovoriť, používajú sa dotazníkové metódy alebo hodnotiace škály správania zamerané na symptómy choroby. Možno použiť *Beckovu subjektívnu stupnicu depresie (Beck Depression Inventory – BDI), Zungovu subjektívnu stupnicu depresie (Zung Self-rating Depression Scale – SDS)* (Svoboda, 1999, 306 – 307) alebo *Hamiltonovu škálu depresie (Hamilton Rating Scale for Depression – HAM-D)* (Hamilton, 1960, 56 – 62). Niektoré z týchto alebo nasledujúcich diagnostických nástrojov sú súčasťou komplexnejších terapeutických postupov, ako je napríklad program VEDIA, ktorému sa venujeme v ďalšej časti knihy.

Beckova subjektívna stupnica depresie má 21 škál. Pacient označí 1 zo 4 možných variantov pri každej stupnici.

Príklad

Nálada:

0 – nemám smutnú náladu
1 – mám smutnú náladu
2a – som stále smutný a nemôžem sa smútku zbaviť
2b – som taký smutný a nešťastný, že ma to veľmi trápi
3 – som taký smutný a nešťastný, že to už nemôžem zniesť

Metóda je citlivá na zmeny psychického stavu v priebehu terapie (Svoboda, 1999, 306).

Zungova subjektívna stupnica depresie pozostáva z 20 bežných charakteristík depresie, ktorým je prisudzované skóre 1 – 4.

Príklad (Svoboda, 1999, 306 – 307):

Som smutný a mám zlú náladu. +1
Najlepšie sa cítim ešte tak ráno. 0
Unavím sa bez toho, aby som na to mal dôvod. -1

Pre geriatrických pacientov je vhodná *Montgomery-Asbergovej škála (Montgomery-Asberg Depression Scale – MADRS)* (Montgomery, Asberg, 1979, 382 – 389; Davidson a kol., 1986, 544 – 548) alebo špeciálne konštruovaná škála *Stupnica depresie pre starých ľudí (Geriatric Depression Scale – GDS)*.

Stupnicu depresie pre starých ľudí vyvinul v roku 1982 J. A. Yesavage so svojimi spolupracovníkmi. Je zjednodušenou formou iných škál zameraných na afektivitu, ako sú *Beckova subjektívna stupnica depresie, Zungova subjektívna stupnica depresie* alebo *Hamiltonova škála depresie.* V USA býva *Stupnica depresie pre starých ľudí* často súčasťou komplexného geriatrického vyšetrenia (Yesavage, Brink, Rose, 1983, 37 – 49). U nás zatiaľ nie je štandardizovaná.

Pri zostavovaní *Stupnice depresie pre starých ľudí* vybral J. A. Yesavage so svojimi spolupracovníkmi 100 položiek, ktoré potom zoradil do 7 spoločných charakteristík depresie starých ľudí (Yesavage, Brink, Rose, 1983, 37 – 49):

I. somatická zložka,
II. znížená afektivita (afektivita sa chápe ako vonkajší prejav emócie),
III. zníženie kognitívnych schopností,
IV. pociťovanie rozdielu,
V. znížená motivácia,
VI. nedostatok orientácie do budúcnosti,
VII. nedostatok sebaúcty.

Na základe ďalších výskumov a štatistickej procedúry sa 100 položiek zredukovalo na 30.

Na 30 položiek stupnice respondent odpovedá áno alebo nie. Respondent môže stupnicu vypĺňať samostatne a písomne, alebo sú otázky súčasťou diagnostického rozhovoru. Oba spôsoby majú svoje prednosti. Samostatné vypĺňovanie je pre administratívu jednoduchšie, rozhovor je zase osobnejší a dáva možnosť postrehnúť viac prejavov na určenie správnej diagnózy. Pri zadávaní otázok treba špecifikovať časové obdobie, napríklad sa možno spýtať: *„Odpovedzte, prosím, ako ste sa cítili za posledné dva týždne“* (Yesavage, Brink, Rose, 1983, 37 – 49).

Jedným z predmetov diskusie je, nakoľko sa dá stupnica použiť v prípade pacientov s ľahkou alebo stredne ťažkou depresiou. Dementný pacient môže depresívnu symptomatológiu poprieť. Pri menej vzdelaných pacientoch sa odporúča používať skrátenú 15-položkovú verziu stupnice (Yesavage, Brink, Rose, 1983, 37 – 49).

Dodajme, že diagnostika depresie geriatrických pacientov nie je jednoduchá a nemôže byť postavená iba na výsledkoch stupnice alebo iných psychometrických testoch. Diagnostiku preto treba doplniť aj rozhovorom s členmi rodiny alebo ľuďmi z pacientovho okolia (Yesavage, Brink, Rose, 1983, 37 – 49).

Keďže sa u nás preklad *Stupnice depresie pre starých ľudí* nevyskytuje, uvádzame v tabuľke č. 3 jej celé znenie.[3]

Otázky *Stupnice depresie pre starých ľudí*	Odpovede	Skrátená verzia
1. Ste so svojím životom celkovo spokojný/á?	áno/**nie**	•
2. Ukončili ste veľa aktivít a záujmov?	**áno**/nie	•
3. Myslíte si, že je váš život prázdny?	**áno**/nie	•
4. Ste často znudený/á?	**áno**/nie	•
5. Pozeráte do budúcnosti s nádejou?	áno/**nie**	
6. Znepokojujú vás myšlienky, ktorých sa nemôžete zbaviť (ktoré nejdú preč z vašej hlavy)?	**áno**/nie	
7. Máte väčšinou dobrú náladu?	áno/**nie**	•
8. Bojíte sa, že sa vám môže stať niečo zlé?	**áno**/nie	•
9. Cítite sa väčšinou šťastný/á?	áno/**nie**	•
10. Cítite sa často bezmocný/á?	**áno**/nie	•
11. Ste často nepokojný/á a nervózny/a?	**áno**/nie	
12. Ste radšej doma namiesto vychádzania von a objavovania nových vecí?	**áno**/nie	•
13. Robíte si často starosti o budúcnosť?	**áno**/nie	
14. Myslíte si, že máte s pamäťou viac ťažkostí než iní ľudia?	**áno**/nie	•
15. Myslíte si, že je krásne teraz žiť?	áno/**nie**	•
16. Ste často skleslý/á a smutný/á?	**áno**/nie	
17. Cítite sa v súčasnosti bezcenný/á?	**áno**/nie	•
18. Znepokojuje vás minulosť?	**áno**/nie	

[3] Verzie *Geriatric Depression Scale* sa v rôznych jazykoch nachádzajú na webových stránkach Stanfordskej univerzity, URL: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>.

19. Pripadá vám život vzrušujúci?	áno/**nie**	
20. Pripadá vám ťažké začínať nové veci?	**áno**/nie	
21. Cítite sa plný/á energie?	áno/**nie**	•
22. Považujete svoju situáciu za beznádejnú?	**áno**/nie	•
23. Myslíte si, že je väčšine ľudí lepšie než vám?	**áno**/nie	•
24. Rozčuľujete sa často kvôli maličkostiam?	**áno**/nie	
25. Je vám často do plaču?	**áno**/nie	
26. Ťažko sa koncentrujete?	**áno**/nie	
27. Tešíte sa pri rannom vstávaní?	áno/**nie**	
28. Vyhýbate sa spoločenským akciám?	**áno**/nie	
29. Dokážete sa ľahko rozhodnúť?	áno/**nie**	
30. Ste duševne svieži/a ako predtým? (Máte takú jasnú myseľ ako predtým?)	áno/**nie**	
Legenda: Zvýraznené odpovede indikujú depresiu. Čierne body v treťom stĺpci označujú položky skrátenej verzie stupnice.		

Tabuľka č. 3: Otázky *Stupnice depresie pre starých ľudí.*

Zvýraznené odpovede v tabuľke indikujú depresiu. Pri vyhodnotení sa započítava bod, ak respondent odpovedal na položky takto:

1. nie	6. áno	11. áno	16. áno	21. nie	26. áno
2. áno	7. nie	12. áno	17. áno	22. áno	27. nie
3. áno	8. áno	13. áno	18. áno	23. áno	28. áno
4. áno	9. nie	14. áno	19. nie	24. áno	29. nie
5. nie	10. áno	15. nie	20. áno	25. áno	30. nie

Pri skóre od 0 do 9 bodov sa respondent nepovažuje za depresívneho.

Pri skóre od 10 do 19 bodov sa respondent považuje za ľahko depresívneho.

Pri skóre od 20 do 30 bodov sa respondent považuje za ťažko depresívneho.

Skrátená verzia stupnice (Yesavage, Brink, Rose, 1983, 37 – 49) má iba 15 položiek: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 21, 22 a 23. Pri skóre väčšom než 5 by mal nasledovať rozhovor pre potvrdenie alebo
+1 ___ vyvrátenie depresie. Skóre nad 10 bodov takmer s istotou znamená
0 ___ depresiu.
-1 ___

Skrátená verzia *Stupnice depresie pre starých ľudí*:

1. Ste so svojím životom v celku spokojný/á? áno/**nie**
2. Ukončili ste veľa aktivít a záujmov? **áno**/nie
3. Myslíte, že je váš život prázdny? **áno**/nie
4. Ste často znudený/á? **áno**/nie
5. Máte väčšinou dobrú náladu? áno/**nie**
6. Bojíte sa, že sa vám môže stať niečo zlé? **áno**/nie
7. Cítite sa väčšinou šťastný/á? áno/**nie**
8. Cítite sa často bezmocný/á? **áno**/nie
9. Ste radšej doma namiesto vychádzania von a objavovania nových vecí? **áno**/nie
10. Myslíte si, že máte s pamäťou viac ťažkostí než iní ľudia? **áno**/nie
11. Myslíte si, že je krásne teraz žiť? áno/**nie**
12. Cítite sa v súčasnosti bezcenný/á? **áno**/nie
13. Cítite sa plný/á energie? áno/**nie**
14. Považujete svoju situáciu za beznádejnú? **áno**/nie
15. Myslíte si, že je väčšine ľudí lepšie než vám? **áno**/nie

Ďalšou možnosťou je skúmať sprievodné fyziologické znaky emócií spojených s depresiou, ktoré sú pozorovateľné pri rozhovore, ako je napríklad plač, vzdychanie, vzlykanie, tichá monotónna reč alebo znaky, na ktoré sa treba opýtať a ktoré sú súčasťou dotazníkov: znížená chuť do jedla, poruchy spánku, unaviteľnosť. Rozoznanie somatických a fyziologických príznakov, ktoré zatieňujú subjektívny psychický pocit, je dôležité aj pre diagnostikovanie larvovanej depresie (Smolík, 2002, 223 – 224). Depresia sa potom diagnostikuje i napriek tomu, že sa pacient nesťažuje na absenciu radosti a na pocit smútku. Depresia spomaľuje orgánové funkcie a mentálne pochody a pacient má zvláštny zážitok, že dni trvajú neúmerne dlho. Útlm kognitívnych funkcií pripomína demenciu a niekedy sa v tejto súvislosti používa pojem *„pseudodemencia“* (Smolík, 2002, 224).

Ďalšími somatickými sprievodnými javmi depresie sú utlmené slinné žľazy (hlavne ráno a doobeda), zvýšený bazálny kožný odpor, zvýšená tepová frekvencia, vyšší systolický krvný tlak, abnormálne výkyvy teploty, zvýšený svalový tonus, utlmenie gastrotestinálneho systému (po sekretorickej i motorickej stránke). Tieto pochody môžu
+1 ___ viesť k ďalším komplikáciám, ako sú napríklad podvýživa, anorexia, zá-
0 ___ pal v ústnej dutine, zápcha alebo nočné prejedanie sa. Zvýšený tonus
-1 ___

svalstva spôsobuje bolesti hlavy a atypické neuralgie v oblasti tváre. Depresia má špecifickú patológiu v noci, čo je celkom spoľahlivá diagnostická pomôcka. Poruchy spánku majú základ v patológii regulácie spánkových cyklov. Latencia snového spánku je skrátená, cykly snového spánku sú fragmentované a na rozdiel do zdravých osôb sa vyskytujú v prvej polovici noci (Vojtěchovský, 1994, 211 – 212).

Zdrojom informácií pri diagnostikovaní afektívnej poruchy v starobe je aj posudzovanie správania pri rozhovore a v nemocnici. Pozoruje sa mimika, gestá, psychomotorika pacienta (Vojtěchovský, 1994, 212). Behaviorálne škály zamerané na správanie starého pacienta sú napríklad *Gottfriesova škála (Gottfries Scale)* alebo *Reisbergova škála (Reisberg Scale)*, ktorá sa nazýva aj *Global Deterioration Scale (GDS)* (Reisberg a kol., 1982, 1 136 – 1 139).

4. VÝSKYT DEPRESIE V STAROBE

Depresia patrí medzi najčastejšie psychické choroby v starobe. Určiť prevalenciu depresívnych porúch komplikuje rozdielny spôsob diagnostiky a rôznosť posudzovacích kritérií (Vojtěchovský, 1994, 16). Jednotliví autori uvádzajú rôzne údaje o prevalencii u staršej populácie. M. Vojtěchovský (1994, 206) uvádza výskyt depresie starších ľudí od 15 do 20 percent, B. Bojack (2003, 12) uvádza výskyt 18 percent u ľudí nad 65 rokov, G. Adler (2005, 3) zase v rovnakej vekovej kategórii 9 – 11 percent. K. Enzell zistil, že v Štokholme sa medzi ľuďmi nad 69 rokov vyskytujú 4 percentá mužov a 7 percent žien s depresívnymi symptómami. Výskum v Kentucky ukázal pozitívne depresívne nálezy v prípade 14 percent mužov a 18 percent žien (Kümpel, 1994, 27).

M. Hautzinger (2000, 144) uvádza, že sa dlho predpokladalo, že výskyt depresie je vyšší v starobe než v mladšom veku – porovnateľné sú napríklad aj Vojtěchovského údaje (1994, 206), ktoré sa odvolávajú na výskum v USA z roku 1987. Posledné výsledky však ukazujú nižšiu prevalenciu, ktorá sa v staršom veku pohybuje od 2 do 5 percent, pričom u dospelých osôb sa pohybuje medzi 2 až 7 percentami (Hautzinger, 2002, 144). Podobne sa vyjadruje aj P. Smolík (2002, 232), ktorý hovorí, že percento depresií, ktoré vznikajú vo veku nad 65 rokov, je nižšie ako vo veku medzi 25 a 44 rokov.

Pre doplnenie uveďme, že depresia je pomerne častá choroba, ktorou sú v posledných rokoch v rozvinutých krajinách postihnuté čoraz viac všetky vekové kategórie. Dospelé osoby v rozvinutých krajinách trpia depresívnymi poruchami približne od 2 do 7 percent (Hautzinger, 2002, 144), pričom ženy od 5 do 9 percent a muži od 2 do 3 percent (Smolík, 2002, 232). Niektoré štúdie hovoria o celkovej prevalencii depresie obyvateľstva od 9 do 20 percent. Celoživotné riziko vzniku depresívnej poruchy je v prípade žien 10 až 25 percent a v prípade mužov zase 5 až 12 percent. Prevalencia nesúvisí s etnickým pôvodom, vzdelaním, príjmom alebo manželským stavom (Smolík, 2002, 232).

Pri výskume rôznych skupín sa zistilo, že výskyt depresie starších osôb žijúcich doma je zhruba štyrikrát vyšší než v strednom veku. Asi každý šiesty starší pacient prichádzajúci do kontaktu s lekárom je depresívny, pričom starí ľudia umiestnení v nemocniciach a sanatóriách sú depresiou postihnutí ešte viac – výskyt depresívneho syndrómu sa v inštitúciách odhaduje od 30 do 50 percent (Reynolds, Kupfer, 1999, 1 167 – 1 172). Niektoré štúdie uvádzajú výskyt depresií v domovoch dôchodcov a iných inštitúciách pre starých od 30 do 70 percent (Vojtěchovský, 1994, 216). Depresia sa pritom častejšie objavuje v prvých fázach pobytu a vďaka adaptácii neskôr ustupuje.

M. Hautzinger (2002, 144) hovorí, že analýza diagnóz starých ľudí na internom a chirurgickom oddelení nemocníc ukázala, že hlavnou chorobou je v prípade 14 percent pacientov depresívna porucha a v 33 percentách pacientov depresívna symptomatológia. Odhady prevalencie depresie starých ľudí, ktorí žijú v iných inštitúciách, sa pohybujú medzi 15 a 25 percentami.

V odbornej literatúre sa čím ďalej tým viac spomína rozšírenie „subsyndromálnej depresie“. Potvrdzuje to aj Berlínska štúdia, na ktorej sa zúčastnilo 516 starých ľudí od 70 do 100 rokov a z ktorých 4,8 percenta trpelo aktuálnou depresívnou epizódou. Zohľadnením všetkých foriem depresívnych chorobných prejavov potom stúpa prevalencia až na 27 percent (Hautzinger, 2000, 13 – 14).

5. PROGNÓZA A PRIEBEH

B. Baldwin (Hautzinger, 2002, 144) zdôrazňuje, že neexistujú nijaké dôkazy o tom, že vo vysokom veku je prognóza afektívnych porúch negatívnejšia než v iných životných obdobiach. Rozdielna metodológia výskumov v tejto oblasti neumožňuje dôjsť k jednoznačným

záverom, ale odhaduje sa, že pre asi polovicu pacientov predstavuje terapia zlepšenie. Pacienti po nej opäť nadobudnú predchádzajúcu úroveň výkonu svojich schopností, i keď niektoré jednotlivé ťažkosti môžu pretrvávať. Asi pätina ľudí aj napriek ustupujúcej depresii ostáva s reziduálnymi symptómami. Pre 7 až 10 percent ľudí je depresívna choroba chronickou.

Riziko depresie starších pacientov sa zvyšuje (Yaffe, 1999, 425 – 430):

- ak pacient už predtým prežil depresívnu epizódu,
- ak bol pacient v mladšom veku často chorý,
- ak pacient ochorie na nejaké telesné ochorenie, prípadne ak existuje nejaké chronické funkčné obmedzenie alebo choroba,
- ak pacient prežije nejaký zásah do organizmu, napríklad operáciu,
- ak musí byť pacient hospitalizovaný.

Lieky, ktoré zvyšujú riziko depresie, sú:

- antihypertenzíva,
- hormóny,
- kortikosteroidy,
- lieky na liečenie Parkinsonovej choroby.

Depresiu môžu vyvolávať aj straty, ktoré sa udiali v blízkej minulosti, ako sú napríklad odchod blízkej osoby, strata sociálneho postavenia, úloh a funkcií. K depresii sú náchylné skôr osoby s malým počtom záujmov, cieľov, aktivít. Viac ohrození sú aj ľudia s pevnými a rigidnými predstavami, vysokými požiadavkami a perfekcionizmom, osoby orientované na neúspech a s fatalistickým videním sveta alebo upnuté na nemeniteľný cieľ, čo im často prináša sklamanie a bezmocnosť.

6. PSYCHOTERAPIA DEPRESIE V STAROBE

Intervencia pri depresii, ktorá má v mladšom veku obvykle pozitívnu reakciu – napríklad lieky alebo psychoterapia –, je v starobe často neúčinná. Hoci sa pri liečení depresie v starobe ponúka viacero postupov, treba povedať, že tento fenomén ešte nie je dostatočne preskúmaný (Häfner, 2005, III). Preto je ešte pre pomoc mnohým starým ľuďom súčasný stav vedomostí nedostačujúci a musia bremeno depresie znášať.

6.1 Špecifiká terapie depresie v starobe

Liečba depresie starších pacientov má niekoľko špecifík. Po prvé väčšina pacientov nie je hospitalizovaná, ale liečbu podstupuje v domácom prostredí (Cooper, Sosna, 1983, 239 – 249). Po druhé depresia sa v prípade staršieho človeka diagnostikuje a lieči len zriedka (Lebowitz a kol., 1997, 1 186 – 1 190). V psychoterapeutickej starostlivosti sa stretávame aj s pasivitou, nedostatkami a rezervami (Arolt, Schmidt, 1992, 17 – 24).

Problémy zo strany pacienta i terapeuta

Starší pacient s depresiou je veľmi osobitý. V prvom rade menej ochotne podstupuje terapiu, s čím súvisí jeho slabá motivácia a časté výhrady k liečbe. Výhrady sa však nachádzajú aj na strane terapeuta. Pacientom sa často vyčíta nedostatočná schopnosť učiť sa, obmedzené životné očakávania a predstavy, ako aj nedostatok nádeje na úspešnosť terapie (Adler, 2005, 5).

Negatívne pôsobenie stereotypov

Problémy pri terapii spôsobujú aj stereotypy, ktoré zdôrazňujú úbytok duševných, telesných a spoločenských schopností. Je pravdou, že k primárnym znakom staroby patria handicapy, straty a choroby, no okrem rizík prináša staroba aj nové výzvy tak pre pacienta, ako aj pre spoločnosť (Lehr, 2007, 207; Adler, 2005, 5).

Úzkosť ako sprievodný symptóm

Starí ľudia trpia úzkosťami viac než mladí. Úzkosť je najčastejším sprievodným symptómom pri liečení depresií (Baldwin, Tomenson, 1995, 649 – 652). Až takmer polovica pacientov vo veku nad 60 rokov pociťuje psychickú úzkosť (Adler a kol., 2000, 12), a práve títo pacienti sú nespokojní so zaobchádzaním a zväčša si vyžadujú dlhšiu starostlivosť.

Telesné symptómy

Q. Kümpel (1994, 27) hovorí, že liečba depresie v starobe je ťažšie ovplyvniteľná. Starší ľudia majú tendenciu projikovať depresívne problémy do telesných oblastí, s čím súvisí neschopnosť formulovať svoje duševné prežívanie. Štvrtina somatických porúch sa zhoršuje psychickou poruchou a somatická choroba často, naopak, ovplyvňuje

psychiatrickú liečbu. Úprava somatického stavu tak súvisí s úpravou psychického stavu.

Starí ľudia sa často sťažujú aj na rôzne telesné symptómy – najčastejšie na slabosť (29 percent), bolesť hlavy (25 percent), ťažkosti so srdcom (17 percent), otupenosť (12 percent), bolesti brucha (11 percent), problémy s dýchaním (10 percent) (Tebbs, Martin, 1987, 17 – 21). Tieto symptómy a nerešpektovanie komplexnosti ochorenia môžu byť prvou prekážkou podstúpenia úspešnej psychoterapie.

6.2 Najčastejšie rizikové faktory vedúce k depresii

Spoločenská situácia

Starý človek žije často sám, pasívne a jednotvárne. Prežíva stratu moci a vplyvu, jeho spoločenská prestíž klesá (Kalvach, 2008, 32). Obmedzenie sociálneho kontaktu je v prípade starých ľudí často spojené s nízkou životnou spokojnosťou a so zvýšením rizika depresie (Henderson a kol., 1980, 574 – 583). Depresia v starobe je teda viac pochopiteľná než v mladšom veku. Starnúci človek postupne stráca zdroje radosti a uspokojenia zo života. M. Vojtěchovský (1994, 208) hovorí, že starý človek už nemá toľko úspechov v práci, má menej spoločenského uznania, ubúda počet dôležitých osobných vzťahov, napríklad *„… ženy strácajú pôvab a príťažlivosť, postupne prichádza ovdovenie, deti odchádzajú z domu a prichádza samota“*.

V anamnéze 70 až 80 percent starých depresívnych osôb je možné vystopovať závažné životné udalosti, vyskytujúce sa niekoľko dní až mesiacov pred rozvojom depresie. Ide o stratu zdrojov a absenciu spoločenskej opory. Medzi najčastejšie udalosti patrí choroba, úmrtie v rodine, odchod detí, presťahovanie a manželské nezhody. Ďalšími sú silné pripútanie sa na domov, nedostatok návštev priateľov, spoločenská izolácia. Najvážnejší stresor je smrť člena rodiny (Hirsch a kol., 2007, 533 – 546; Baldwin, Jolley, 1986, 574 – 583). Vzťah medzi týmito závažnými životnými udalosťami a depresiami je, zdá sa, nezávislý od demografických faktorov (Muhwezi a kol., 2008, 144 – 163).

Problémy v kognitívnej oblasti

Tieto problémy takisto prispievajú k depresii (Magni a kol., 1996, 517 – 522). Zníženie intelektovej výkonnosti v starobe spôsobuje prakticky všetky funkčné psychiatrické poruchy, najmä poruchy nálady (hlavne depresie), poruchy sebahodnotenia a zníženú výkonovú motiváciu (Srnec, 1994, 80 – 81).

Telesné ochorenie

Rizikovou je aj telesná choroba (Beekman, Kriegsman, Deeg, 1995, 32 – 38; Rapp, Parisi, Wallace, 1991, 124 – 131), predovšetkým chronické ochorenie (Ormel a kol., 1998, 39 – 49) a pokles telesnej výkonnosti (Fenton a kol., 1994, 279 – 284). J. Srnec (1994, 78) hovorí, že úbytok zraku a sluchu môže vyvolávať depresiu a ďalšie emočné problémy, ako sú zvýšenie úzkosti alebo výbušnosť.

Riziko depresie starého človeka rapídne rastie pri telesnom postihnutí (Cole, Bellavance, 1997, 4 – 14). Výskumy ukazujú, že na depresiu obyvateľov domovov dôchodcov má väčší vplyv stupeň telesného postihnutia než vek, pohlavie alebo sociálny pôvod. Depresiou sú najviac ohrození pacienti s poškodeným zrakom a inkontinenciou. Niektorí z nich tak predčasne umierajú, iní prechádzajú do chronickej formy depresie (Vojtěchovský, 1994, 216).

Obavy zo strát a z poklesu sebestačnosti

Nárast depresivity spôsobuje aj obava z hroziacich strát a z poklesu sebestačnosti, obavy zo straty istôt, sociálneho statusu a pokles ekonomického štandardu, ako aj obava zo straty atraktivity, sexuálnej výkonnosti, z úbytku telesných a duševných schopností a z hroziacej smrti (Kalvach, 2008, 31; Vojtěchovský, 1994, 117).

Spomienky na krízové situácie

Vojtěchovský (1994, 122) hovorí, že pri starých ľuďoch depresie niekedy sprevádzajú aj krízové situácie z minulosti. Psychoterapeut asistujúci pri spomínaní pomáha pacientovi spracovať ich obsah a emočný akcent, čo umožňuje úpravu symptómov a osobnostnú integráciu chorého. Cieľom liečby je prepojiť významné udalosti z minulosti s prítomnosťou a nasmerovať nové korektné skúsenosti a postoje do najbližšej budúcnosti.

Ďalšie rizikové faktory

Na vznik depresie vplýva aj strata zmysluplnosti života starého človeka. Potreba integrity a zmyslu býva zachovaná až do najvyššej staroby, ak nedochádza k narušeniu kognitívnych funkcií (Kalvach, 2008, 31).

Častejší vznik depresií spôsobujú podľa M. Vojtěchovského (1994, 125) aj dôsledky dnešného postavenia smrti v spoločnosti. Mnohé osobnosti geriatrickej psychiatrie a psychológie upozorňujú, že odsunutie problematiky smrti do neskorej staroby, jej tabuizovanie a narastajúca náboženská vlažnosť podmieňujú okrem depresie aj častejší vznik úzkostí, samovrážd a iných duševných porúch a chorôb. Vojtěchovský (1994, 117) spomína, že v literatúre sa nezriedka objavuje zmienka o tom, že depresiu môže okrem iných nežiaducich účinkov spôsobovať aj psychoterapia. F. W. Bronisch (1980, 163 – 167) hovorí, že depresívny stav môže v starobe zhoršiť aj udalosť, ktorá by v inom období nehrala takú dôležitú úlohu, napríklad úmrtie domáceho zvieraťa.

6.3 Terapeutické ciele

Cieľom terapie je – podľa možností a s ohľadom na špecifická staroby – neustále zlepšovanie a odstraňovanie depresívnych syndrómov, ktorými sú (Adler, 2005, 8):

- samota, stiahnutie sa zo spoločnosti a izolácia,
- chorobnosť, obmedzená telesná výkonnosť,
- nedostatok hedonizmu, neprimerané myslenie,
- neuspokojivé narábanie s voľným časom,
- strata blízkej osoby,
- zmena spoločenských rolí – strata moci a funkcie,
- zmena bydliska,
- obmedzenie vlastného životného štýlu,
- obmedzenie kognitívnych schopností.

Dosahovanie týchto cieľov znemožňuje tak nedostatok pochopenia a ignorovanie špecifík starého pacienta, ako aj to, že nevnímame komplexnosť jeho choroby.

6.4 Zásady pri terapii

Špecifikám starého pacienta zodpovedajú aj špecifiká a modifikácie terapeutického prístupu.

Vedenie rozhovoru a výber tém

+1 Na úvod terapie sa odporúča opatrnosť, vecnosť a priateľskosť. Nie
0 je rozumné priskoro prechádzať k intenzívnej diskusii a kritickým
-1

témam. Pacient na to môže zareagovať aj emocionálnym výbuchom. Reč terapeuta má byť jasná, zrozumiteľná a jednoduchá. Odporúčajú sa konkrétne príklady a zrozumiteľná metaforickosť. Vhodné je použiť opakovanie, a to najmä pri pacientoch s poruchami pamäti. Nie je dobré pacienta preťažovať, aby nebol demotivovaný. Platí to hlavne pri zadávaní rôznych úloh (Adler, 2005, 7). Odporúča sa pravidelnosť stretnutí.

Osoba terapeuta

Terapeut by mal mať potrebné vedomosti nielen o depresii, ale aj o traumách, ktoré staroba prináša, ako sú osamelosť, vážne choroby, umieranie a smrť. Mal by byť tolerantný. Špecifickým problémom je to, že pacient je často viac než o 10 rokov starší od terapeuta. Vekový rozdiel môže byť dôvodom vytvárania prenosu a protiprenosu, čo môže aktivovať neželané vzorce správania a zastávania rolí, a tým vážne narušiť terapeutickú prácu. V takejto situácii je najlepším prostriedkom kompetentná supervízia (Adler, 2005, 7).

6.5 Teoretické východiská psychoterapeutických prístupov k starému človeku s depresiou

Teoretickým zdôvodnením psychologickej intervencie sú modely, ktoré vychádzajú z rôznych psychoterapeutických škôl alebo z modelov úspešného starnutia. Budeme sa venovať kognitívnemu (Heckhausen, Schulz, 1995, 284 – 304; Schulz, Heckhausen, 1996, 702 – 714), behaviorálnemu (Gallagher, Thomson, 1981; Lewinsohn, 1992, 241 – 244; Durham, 2006, 599 – 604), kognitívno-behaviorálnemu (Hautzinger, 2002; Adler, 2005) a biosociálnemu modelu (Akiskal, McKinney, 1975, 285 – 305; Aldenhoff, 1997, 379 – 389) vzniku depresie a SOK-modelu (model selektívnej optimalizácie a kompenzácie) (Baltes, Baltes, 1990, 1 – 34), ktorý vychádza z teórií starnutia.

6.5.1 Kognitívny prístup

Kognitívny model R. Schulza a J. Heckhausena (Heckhausen, Schulz, 1995, 284 – 304; Schulz, Heckhausen, 1996, 702 – 714) vychádza hlavne z dvoch teoretických modelov. Jedným je model naučenej bezmocnosti a druhým je model disfunkčných kognitívnych schém.

+1 *Model naučenej bezmocnosti* M. E. Seligmanna (1983) považuje za
0 patologický činiteľ podnecujúci vznik depresie pocit a názor človeka,
-1

že nedokáže kontrolovať výsledky svojho konania, a to ani vtedy, keby to bolo možné. Má pocit, že sa naňho kladie záťaž a že nemá pod kontrolou udalosti, ktoré majú preňho dôležitý význam. Tento stav môže prežívať ako vlastné zlyhanie, čo môže viesť k pocitu bezmocnosti (Abramson, 1978, 49 – 74). Nejde len o stratu kontroly nad situáciou, ale aj o nevhodný spôsob prežívania, spôsob subjektívneho spracovania udalosti, čo človeka emocionálne, motivačne, somaticko-vegetatívne a kognitívne blokuje. Ak pacient už niekedy v živote prežíval pocit naučenej bezmocnosti, treba analyzovať, ktoré podnety tento pocit vyvolávajú, napríklad zážitky, neúspechy, zhoršenie situácie a podobne. Depresia prichádza vtedy, ak starý človek nadobúda pocit, že sa táto situácia opakuje, a myslí si, že stráca kontrolu a nedokáže to prekonať. Bezmocným vydaním sa podnetom a vplyvom dochádza u pacientov k neadekvátnemu správaniu, ako je úzkosť, rezignácia a nakoniec prijatie úlohy chorého. Terapeutická intervencia je preto zameraná na odbúravanie úzkosti systematickou desenzibilizáciou a tréningom asertivity (Lazarus, 1968).

Pocit naučenej bezmocnosti v človeku vyvoláva adekvátne (negatívne) očakávania týkajúce sa nových situácií a zážitkov. Vytvára sa tak kognitívny depresívny model, ktorého súčasťou sú zdeformované generalizácie, nesprávne závery a skreslená percepcia. A. T. Beck (1974, 3 – 28) považuje tento kognitívny model v rozvoji depresie za kľúčový. Hovorí o *disfunkčných kognitívnych schémach*, čím má na mysli skreslené automatické usudzovanie vo vzťahu ku konkrétnym súvislostiam bežného života. Pre vznik a rozvoj depresie je teda kľúčové skreslené vnímanie, ktoré vzniká následkom selektívnej abstrakcie a prehnaného zovšeobecnenia. Disfunkčné kognitívne schémy vedú potom človeka k nedostatočnému sociálnemu kontaktu, čím sa prehlbuje jeho negatívny pohľad na svet. Dostáva sa tak opäť do takzvanej „negatívnej špirály" vedúcej k zosilneniu depresívnych symptómov.

Terapeutická intervencia sa snaží o (Hautzinger, 2002, 152):

- korekciu disfunkčných kognitívnych schém,
- kognitívnu reštrukturalizáciu a kognitívny prerod jedinca,
- vhodné usporiadanie a plánovanie denných činností,
- podporu a vytváranie sociálnych kontaktov,
- rozumnú selekciu, kompenzáciu a sprístupnenie zdrojov (podľa SOK-modelu).

V kognitívnej terapii ide o krízovú intervenciu, podporu, aktiváciu alebo motiváciu. Môže mať rôznu formu a trvanie – od krátkodobej až

po dlhodobú. Môže to byť stretnutie, v ktorom ide o podanie informácií, objasnenie alebo plánovanie bežného behu dňa. Terapia môže mať aj formu dlhodobej individuálnej alebo skupinovej psychoterapeutickej opatery v rámci inštitúcie alebo mimo nej. Výskum i prax ukazujú, že tento model intervencie je účinný (Hollon a kol., 1992, 774 – 781).

6.5.2 Behaviorálny prístup

Behaviorálny prístup P. M. Lewinsohna zameraný na depresie preniesli do geriatrickej oblasti D. Gallagher a L. W. Thomson (1981). V terapii ide o zvyšovanie počtu a intenzity pôsobenia pozitívne posilňujúcich udalostí a redukciu negatívnych udalostí. V živote pacienta sa hľadajú okolnosti, podmienky a situácie, ktoré jeho depresívne správanie zosilňujú. Analýza životných podmienok starého pacienta pomáha odhaliť, ako sa jeho depresívne syndrómy vyvíjali. Skúmanie by malo zároveň ukázať, že depresia je spojená so zvyšovaním záťaže, vytrácaním pozitívnych posilňujúcich skúseností a zvyšovaním deficitov v schopnostiach. Terapia preto smeruje pacienta k pozitívne posilňujúcim aktivitám, k tomu, aby redukoval vo svojom živote záťaž a aby sa snažil získať inštrumentálne schopnosti, najmä v sociálnej a komunikačnej oblasti.

Z podobného modelu vzniku depresie vychádza aj P. Lewinsohn (Gotlib, Lewinsohn, 1992, 241 – 244; Durham, 2006, 599 – 604). Podľa tejto teórie je rozhodujúca *strata pozitívneho posilňovania.* Pacient nežije aktívny spoločenský život, jeho správanie nie je teda posilňované a oslabuje sa. Redukciou pozitívneho posilňovania sa človek dostáva do „negatívnej špirály". Ťažisko terapie by potom malo predstavovať obnovenie strateného posilňovania, čiže aktívnych spoločenských vzťahov. Terapeutické intervencie sú zamerané na systematické posilňovanie a samoposilňovanie prostredníctvom naučeného správania, a to pomocou plnenia úloh týkajúcich sa správania. Účinnosť tejto intervencie potvrdzuje výskum i prax.

6.5.3 Kognitívno-behaviorálny prístup

Kognitívno-behaviorálny prístup vychádza hlavne z troch psychologických modelov, na ktorých stavia psychoterapeutickú intervenciu starého pacienta s depresiou. Sú nimi: model straty pozitívneho posilňovania, model naučenej bezmocnosti a model disfunkčných kognitívnych schém.

Podľa kogitívno-behaviorálneho prístupu depresiu spôsobuje (Hautzinger, 2002, 151):

- ak sa starý človek rigidne drží cieľov, ktoré už nedokáže naplniť,
- ak na seba kladie požiadavky, ktoré nevie naplniť pre zmenené schopnosti,
- ak sa nevhodne správa, nemá primerané schopnosti, nedokáže riešiť problémové situácie a keď mu chýba sociálna podpora,
- ak pociťuje, že nad svojím okolím stráca kontrolu.

Podľa názoru viacerých autorov je pri liečení depresií v starobe najúčinnejšia kognitívno-behaviorálna terapia (Gallagher, Thompson, 1983, 707 – 712; Gloaguen a kol., 1998, 59 – 72; Walker a Clarke, 2001, 197 – 199). Jej účinnosť stúpa, ak je kombinovaná s farmakologickou liečbou (Anderson, 2001, 13 – 17; Lenze a kol., 2002, 466 – 468; Miller a kol., 1999, 228 – 234; Reynolds a kol., 1999, 64 – 69).

Ciele kognitívno-behaviorálnej psychoterapie

Kognitívno-behaviorálna psychoterapia starého človeka s depresiou sa snaží o jeho pochopenie a zmenu jeho správania. Je zameraná na to, aby pacient vnímal reálne ciele, priania, životné podmienky (telesné postihnutie) a aby sa tak predchádzalo sklamaniu a zraneniam. Ďalej sa snaží odstrániť faktory, ktoré vyvolávajú depresiu, ako sú izolácia, nevhodné bývanie a životné podmienky. Pacienta povzbudzuje k nedepresívnemu správaniu. Konkrétne ide o (Hautzinger, 2000, 46):

- prekonanie pasivity pacienta pomocou aktivácie, stupňovanej pozitívnej skúsenosti, redukcie negatívnych denných skúseností a vytvorenia štruktúry dňa,
- zvyšovanie istoty a kompetencie pacienta pomocou zlepšenia a zintenzívnenia sociálnych kontaktov, pomocou prekonania deficitov, cvičenia v správaní a spracovania rodinných konfliktov,
- nahradenie pesimistického a negatívneho zmýšľania zmýšľaním pozitívnym, altruistickým, snaha o zmenu negatívnych postojov,
- spracovanie minulosti pacienta, uvedomenie si, ktoré ciele v jeho živote boli alebo neboli dosiahnuté, spracovanie nedosiahnutých cieľov a zaoberanie sa tým, na čo môže byť pacient hrdý,
- pomocou iných sa snaží prekonať reálne ťažkosti každodenného života,
- dokázať pri krízach a pri zhoršení stavu opakovať naučené metódy a vedieť vyhľadať pomoc.

Ďalej uvedieme aj dva konkrétne programy kognitívno-behaviorálnej psychoterapie starého človeka s depresiou. Prvým je program skupinovej terapie, ktorý vo svojej publikácii uvádza Hautzinger (2000). Druhým je program individuálnej terapie VEDIA, ktorý sa nachádza u Adlera (2005).

6.5.4 SOK-model

Pri terapii depresie starých ľudí možno vychádzať aj zo SOK-modelu úspešného starnutia (Baltes, Baltes, 1990, 1 – 34; Baltes, Carstensen, 1996, 199 – 215; Forstmeier, Maercker, 2008, 26 – 32). Model pomáha úspešne sa prispôsobiť životným zmenám a záťažiam, ktoré prináša starnutie. Ako sme už spomenuli pri opise teoretického východiska modelu v časti o teóriách starnutia, model je postavený na troch komponentoch. Prvým je selekcia, druhým je optimalizácia a tretím kompenzácia. Intervencia starých ľudí s depresiou by mala obsahovať všetky tri komponenty SOK-modelu.

Selekcia

Selekcia tu znamená výber, prípadne zmenu cieľov. Cieľu sa má prispôsobiť aj správanie. Pre starého človeka je to správny výber alebo zrieknutie sa, odstránenie niečoho – prispôsobenie sa novému štandardu, novým cieľom aj umenie prispôsobiť očakávania. Prispôsobiť sa je nevyhnutné najmä pri strate partnera, odchode zo zamestnania, strate funkcie a pri postihnutí. Výber a zmena cieľov je aktuálna, ak sa starý človek presťahuje do zariadenia pre starých ľudí, čím sa musí vzdať sveta, v ktorom doteraz žil. Selekcia vyžaduje ochotu pacienta, jeho pripravenosť, motiváciu, kognitívnu flexibilitu a schopnosť orientovať sa v konaní. Pri selekcii je vhodný kognitívny prístup a reminiscenčná terapia. Pacientovi pomáha, keď cíti podporu a solidaritu. Ako veľmi dobrá sa javí podpora ľudí s podobnou skúsenosťou.

Optimalizácia

Intervencia sa snaží o optimalizáciu existujúcich zdrojov. Znamená to ich vylepšenie a lepšie využitie. Vychádza sa z predpokladu, že starí ľudia sa ešte môžu vyvíjať, mať ciele, aktivovať a posilňovať telesné a duševné schopnosti. Môžu sa tak kvalitatívne a kvantitatívne obohatiť. Optimalizácia je zameraná na prispôsobenie okolia v dvoch oblastiach:

- zmenu fyzického, materiálneho sveta (stvárnenie domácnosti),
- zlepšenie služieb zo strany partnera, rodiny a spoločnosti (opatrovateľská služba, jedenie, pomoc pri nákupoch).

Kompenzácia

Koncepcia kompenzácie vychádza z predpokladu, že využívanie schopností človeka prispieva k ich rozvoju a nevyužívanie zase vedie k chradnutiu. Výskumy v oblasti gerontológie ukazujú značnú mentálnu rezervu väčšiny starých ľudí, ktorá sa môže pomocou učenia a rôznych cvičení aktivovať. Vďaka cvičeniam a tréningu sa schopnosti a zručnosti zlepšujú v každej vekovej skupine a platí to aj pre starších ľudí. Ak sa schopnosti a zručnosti nepoužívajú, upadajú a ochabujú (Baltes, Baltes, 1989b, 85 – 105). Komponent kompenzácie v intervencii potom predstavuje tvorbu, tréning a využitie nových zdrojov. V starobe je kompenzácia nevyhnutná najmä preto, lebo mnohé schopnosti a zručnosti sa starnutím oslabujú. Ak má byť zachovaný cieľ, je na jeho dosiahnutie potrebné siahnuť po nových možnostiach.

Pri kompenzácii ide o aktívnu snahu vytvoriť a používať nové schopnosti, prostriedky a spôsoby ako niečo dosiahnuť, ako využiť učenie, tréning a cvičenie. Pomocou tréningu jednotlivých kompetencií – ako sú cvičenie komunikácie, varenie, nákupy, používanie dopravných prostriedkov, snaha o samostatné bývanie, plánovanie dňa, zlepšenie sociálnych vzťahov, cvičenie relaxácie, denné plánovanie, zlepšovanie sociálnych schopností a podobne – sa vyrovnávajú deficity, prekonávajú prekážky a rozširuje sa priestor každodenného života. Výskum vplyvu cvičení a tréningu ukázal možné zlepšenie v týchto oblastiach (Baltes a Lindenberger 1988):

- inteligencia,
- pamäť,
- sociálne kompetencie,
- sexuálne správanie,
- aktivity v dennom živote,
- depresia,
- chronické choroby,
- úzkosti,
- poruchy spánku.

Podľa SOK-modelu depresiu spôsobuje to, ak človek nedokáže nájsť alebo rozvinúť nové ciele, ak nedokáže urobiť selekciu životných oblastí a aktivít, ak nedokáže využívať zdroje, ktoré mu ponúka prostredie, či už je to následkom malej podpory prostredia alebo jej nedostatočným využívaním, ak nedochádza k rozvoju schopností starého človeka. Terapia sa potom snaží, aby boli pre starého človeka prístupné zdroje a aby mal na ich využívanie adekvátne kompetencie. Snaží sa, aby skúšaním a testovaním reality dosahoval nové ciele a záujmy. A nakoniec sa orientuje na optimalizáciu sociálnych kontaktov a na správny výber životných oblastí.

6.5.5 Biosociálny model

H. S. Akiskal a W. T. McKinney (1975, 285 – 305) navrhli multifaktorový integrovaný model depresie pre všetky vekové skupiny, vrátane starých ľudí. Model integruje biologické, sociálne a psychologické vplyvy podobne, ako to navrhuje aj J. Aldenhoff (1997, 379 – 389) a ďalší autori. Na vzniku depresie sa podieľajú mnohé heterogénne vplyvy. Rôzne genetické, organické, psychosociálne, kognitívne, psychofyziologické faktory spôsobujú biochemické a neurále zmeny, ktoré vedú k depresii. Z tohto predpokladu potom vyplýva aj psychoterapia, farmakoterapia a iná antidepresívna intervencia.

6.5.6 Ďalšie prístupy

V tejto časti o psychoterapii a socioterapii sústreďujeme pozornosť hlavne na kognitívno-terapeutický, respektíve kognitívno-behaviorálny prístup. Je však nevyhnutné dodať, ako hovorí J. Hašto, že týmto prístupom úspešne konkuruje napríklad interpersonálna terapia či psychodynamické terapie. Novšia metaanalýza K. Graweho a jeho spolupracovníkov a ďalšie štúdie nás nútia zrelativizovať doterajšie hodnotenie efektivity psychoterapie pri depresiách.

7. PROGRAMY KOGNITÍVNO-BEHAVIORÁLNEJ PSYCHOTERAPIE DEPRESIE V STAROBE

Na liečenie depresií v starobe sa často chybne používajú manuály určené pre mladých ľudí, ktoré nerešpektujú rozdielnu mentalitu, multimorbiditu, kognitívne obmedzenia a handicapy v pohybe starého človeka. Preto ďalej predstavíme programy kognitívno-behaviorálnej psychoterapie depresie, ktoré sú určené špeciálne pre starých ľudí. Skupinovú formu takéhoto programu rozvinul M. Hautzinger (2000), individuálnu formu zase G. Adler (2005).

7.1 Program skupinovej kognitívno-behaviorálnej psychoterapie depresie v starobe

Program trvá 12 alebo 16 týždňov a je využiteľný pre prácu so seniormi v nemocnici, v rehabilitačných centrách alebo v ambulancii.

Skupinu by mali viesť 2 terapeuti. Ideálny počet členov skupiny je od 6 do 8. Skúsenosti ukazujú, že skupiny môžu byť aj menšie (4 členovia), aj väčšie (12 členov). Všetci členovia skupiny by mali vykazovať depresívnu symptomatológiu – od ľahkej až po ťažkú. Adler (2005, 10) hovorí, že skupinová forma práce je oproti individuálnej náročnejšia kvôli organizácii a heterogenite pacientov, prejavuje sa tu rôznosť závažnosti choroby, rôznosť symptómov a životného štýlu jednotlivých členov.

Väčšie problémy a ťažkosti sa vyskytujú v prípade ľudí nad 60 rokov, ktorí sú buď ešte v zamestnaní, alebo tesne po ňom, než pri ľuďoch nad 80 rokov. Rozdiel vo veku členov by mal byť maximálne do 10 rokov, ak je rozdiel menší, uľahčuje to prácu v skupine. Na začiatku terapie by mali byť účastníci vyšetrení, diagnostikovaní a dobre pripravení na skupinový program. Výhodou skupiny je, že v nej dochádza k výmene skúseností, členovia majú možnosť kontaktu a navzájom si poskytujú sociálnu podporu.

7.1.1 Prvé sedenie

Na prvom sedení terapeut pozdraví ľudí, účastníci sa vzájomne spoznajú a terapeut sprostredkuje základné informácie. Sedenie obsahuje tieto body:

- pozdravenie a predstavenie sa,
- vysvetlenie skupinových pravidiel,
- na základe skúseností účastníkov snaha o pochopenie depresie,
- vysvetlenie princípu depresívnej špirály,
- na príkladoch sa ukáže, ako choroba vplýva na myslenie, prežívanie a konanie,
- vyzdvihne sa dôležitosť cvičení počas sedení i mimo nich,
- stanovenie prvej domácej úlohy: vedenie protokolu nálad, identifikovanie problémov, urobenie zoznamu príjemných aktivít a činností.

7.1.2 Druhé sedenie

Na druhom sedení sa analyzujú problémy a ciele terapie:

- diskusia o domácich úlohách,
- zopakovanie a zhodnotenie prvého sedenia,
- vypracovanie zoznamu problémov každého účastníka,
- učenie sa, vymedzenie problémov,
- sformulovanie cieľov pre skupinovú terapiu,
- stanovenie domácej úlohy: vedenie protokolu podnetov a protokolu denných aktivít, doplnenie zoznamu problémov a cieľov.

7.1.3 Tretie sedenie

Ďalej sa hovorí o význame príjemných činností a ich vplyve na náladu:

- diskusia o domácich úlohách,
- zopakovanie a zhodnotenie druhého sedenia,
- výmena skúseností z vedenia protokolu podnetov a protokolu denných aktivít,
- úvod do témy „konanie a cítenie“ a vysvetlenie významu príjemných činností,
- vyhodnotenie zoznamu príjemných aktivít a činností,
- zapracovanie niektorej z príjemných činností do všedného dňa,
- stanovenie domácej úlohy: vedenie protokolu podnetov a protokolu denných aktivít.

7.1.4 Štvrté sedenie

Tu sa hovorí o zaradení príjemných činností do týždenného plánu:

- diskusia o domácich úlohách,
- zopakovanie a zhodnotenie tretieho sedenia,
- zaoberanie sa príjemnými činnosťami a povinnosťami bežného dňa,
- objavenie podnetov, ktoré spôsobujú zlú náladu,
- návrh na vytvorenie „nevšedného“ dňa, v ktorom by neboli len bežné povinnosti a bežné príjemné činnosti,
- plánovanie týždenného plánu,
- stanovenie domácej úlohy: dodržanie týždenného plánu, snaha o pochválenie seba samého za jeho plnenie, vedenie protokolu podnetov.

7.1.5 Piate sedenie

Na piatom sedení sa hovorí o vzťahu medzi príjemnými činnosťami a zdravotným stavom pacienta. Pacient si má viesť protokol príjemných činností. Sedenie obsahuje:

- diskusiu o domácich úlohách,
- zopakovanie a zhodnotenie štvrtého sedenia,
- plánovanie týždenného plánu,
- predloženie zoznamu príjemných činností,
- v protokole denných aktivít zvyšovanie počtu príjemných činností a aktivít,
- úvod do témy „myslenie a cítenie“
- domáce úlohy: dodržanie týždenného plánu, vypracovanie protokolu nálad, vedenie protokolu denných aktivít.

7.1.6 Šieste sedenie

Šieste sedenie poukazuje na vplyv pozitívneho a negatívneho myslenia na zdravotný stav pacienta:

- diskusia o domácich úlohách,
- opakovanie a pokračovanie v téme „myslenie a cítenie“,
- snaha o rozpoznanie a pomenovanie negatívneho myslenia,
- snaha nájsť pozitívne myslenie,
- osobný myšlienkový vzor,
- technika kontroly myslenia:
  - zastavenie negatívneho myslenia („Stop-technika“),
  - zosilňovanie pozitívneho myslenia,
- domáce úlohy: vedenie protokolu nálad a protokolu denných aktivít, používanie techniky kontroly myšlienok.

7.1.7 Siedme sedenie

Na siedmom sedení sa pacientovi predstavia techniky na zmenu myslenia:

- diskusia o domácich úlohách,
- zopakovanie a zhodnotenie posledného sedenia,
- predstavenie techniky analýzy myslenia a cítenia,
- cvičenia analýzy myslenia a cítenia s vedením protokolu,
- učenie alternatívneho myslenia a pozorovanie jeho vplyvu na stav pacienta,
- rozpoznávanie správneho okamihu a situácie, kedy robiť analýzu myslenia a cítenia,
- cvičenie analýzy myslenia a cítenia,
- domáce úlohy: vedenie protokolu nálad a protokolu denných aktivít, cvičenie a vedenie protokolu analýzy myslenia a cítenia.

+1___
0 ___
-1___

7.1.8 Ôsme sedenie

Ďalšia snaha sa koncentruje na reštrukturalizáciu myslenia pacienta:

- diskusia o domácich úlohách,
- zopakovanie a zhodnotenie posledného sedenia,
- vyhodnotenie skúseností s technikou analýzy myslenia a cítenia,
- ďalšie príklady a cvičenia k tomuto bodu,
- úvod do témy „sociálne kompetencie a zdravotný stav“,
- vysvetlenie rozdielu medzi sebavedomým a nesebavedomým správaním,
- rozoznávanie medzi istým a neistým správaním,
- spoznanie nedostatkov týkajúcich sa kompetentného správania,
- domáce úlohy: vedenie protokolu nálad a protokolu denných aktivít, cvičenie a vedenie protokolu analýzy myslenia a cítenia, sebapozorovanie a všímanie si vlastného neistého správania.

7.1.9 Deviate sedenie

Na deviatom sedení sa vyhodnocuje protokol denných aktivít a cvičí sa sociálne kompetentné správanie:

- vyhodnotenie protokolu denných aktivít,
- opätovné vypracovanie vzájomnej súvislosti medzi príjemnými činnosťami a naladením,
- grafické vyznačenie súvislosti medzi krivkou nálad a krivkou jednotlivých činností,
- diskusia o domácich úlohách, hlavne o sebapozorovaní a o postrehoch vlastného neistého správania,
- spätná väzba za účelom zlepšovania správania,
- zopakovanie a zhodnotenie posledného sedenia,
- práca na zlepšení typických sociálnych situácií, kde sa pacient cíti neistý,
- hranie rolí v rámci nácviku týchto situácií,
- spätná väzba terapeuta na nácvik pacienta, cvičenie zlepšenia,
- domáce úlohy: vedenie protokolu nálad, cvičenie sebaistého správania.

7.1.10 Desiate sedenie

Tu sa pacient učí sebavedomiu a sociálnym kompetenciám:

+1___
0 ___
-1___

- diskusia o domácich úlohách,
- zopakovanie a zhodnotenie posledného sedenia,

- vďaka cvičeniam sa učí sebaistote a umeniu sociálnych kompetencií,
- v rámci nácviku hranie rolí,
- spätná väzba za účelom zlepšovania správania,
- domáce úlohy: vedenie protokolu nálad, cvičenie sebaistého správania v konkrétnych situáciách.

7.1.11 Jedenáste sedenie

Na jedenástom sedení sa pacient venuje sociálnym kompetenciám a učí sa získavať sociálne kontakty:

- diskusia o domácich úlohách,
- zopakovanie a zhrnutie poslednej hodiny,
- učí sa, ako nadväzovať nové kontakty,
- učí sa, ako si získavať sympatie,
- v rámci nácviku hranie rolí,
- domáce úlohy: vedenie protokolu nálad, cvičenie sebaistého správania v konkrétnych situáciách, nadväzovanie nových kontaktov.

7.1.12 Dvanáste sedenie

Na dvanástom sedení terapeut ukončí program a snaží sa, aby boli jednotlivé prvky terapie v živote pacienta zachované. Sedenie obsahuje tieto body:

- diskusia o domácich úlohách a skúsenostiach,
- zopakovanie a zhrnutie poslednej hodiny,
- reflexia terapie,
- zhodnotenie dosiahnutých cieľov a pokrokov,
- upozornenie na to, že treba zachovať naučené pokroky a úspechy,
- zaobchádzanie s krízami,
- príprava na možnú krízu (krízový plán),
- spätná väzba a hodnotenie skupinovej práce,
- samostatné vedenie skupiny pacientmi, ak je o to záujem,
- rozlúčka.

7.1.13 Rozšírený cyklus

12-týždenný cyklus stretnutí sa môže rozšíriť ešte o ďalšie 4 stretnutia, v ktorých by bol priestor pre nové témy, úlohy, cvičenia a prehĺbenie doterajších sedení.

Hautzinger (2002, 158) uvádza témy a priebeh modifikovaného 16-týždenného cyklu:

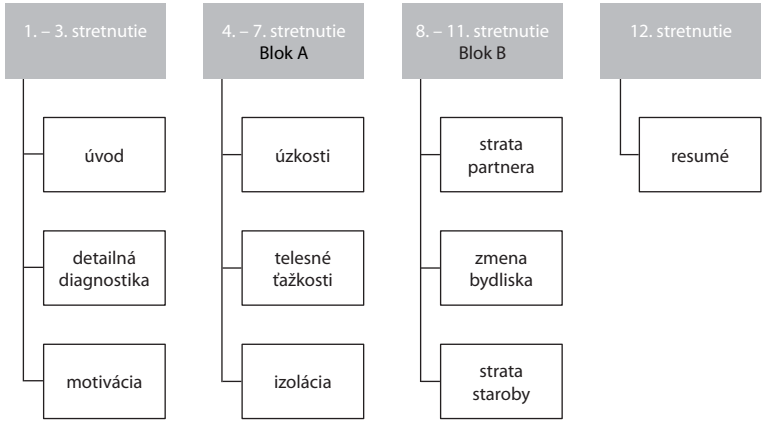
1. úvod, depresívna špirála, pochopenie depresie, dôležitosť myslenia, správania a emócií,
2. analýza problému a cieľov, vedenie protokolu nálad a protokolu denných aktivít,
3. prehĺbenie a pokračovanie analýzy problému a cieľa,
4. príjemné aktivity a činnosti a ich vplyv na dobrú náladu,
5. plánovanie príjemných aktivít a týždenného plánu,
6. príjemné činnosti, kontrola zdravotného stavu, protokol denných aktivít a činností,
7. pokračovanie v rozvrhnutí denných aktivít a týždenného plánu,
8. vplyv negatívneho a pozitívneho myslenia na náladu,
9. kontrola myslenia: technika redukovania negatívnych myšlienok,
10. analýza myslenia a cítenia, reštrukturalizácia,
11. prehĺbenie a pokračovanie kognitívnych metód,
12. sociálne správanie a zdravotný stav, sociálne kompetencie všedného dňa,
13. učenie a cvičenie v sebavedomom konaní a v sociálnych kompetenciách,
14. nadväzovanie nových kontaktov, rozvoj vzťahov,
15. pokračovanie v cvičeniach, úlohách a hraní rolí,
16. snaha o pretrvanie pokroku a úspechov, krízový plán.

7.2 Program individuálnej kognitívno-behaviorálnej psychoterapie depresie v starobe (program VEDIA)

Adlerov terapeutický manuál na liečenie depresie rozvíja a dopĺňa Hautzingerov program skupinovej terapie pre starších ľudí, ktorý je vhodnejší pre ľahko chorých alebo ako prevencia. Vychádza jednak z vlastnej skúsenosti na dennej klinike a v nemocnici, jednak z teórií P. Lewinsohna (Gotlib, Lewinsohn, 1992, 241 – 244), A. T. Becka (1974, 3 – 28) a M. E. Seligmann (1983).

Intervencia sa skladá z 12 stretnutí, ktoré môžu byť raz až dvakrát týždenne. Trvanie jedného stretnutia je okolo 45 minút. Stretnutie má štruktúrovaný program. Začína sa s reflexiou, počas ktorej pacient re-

feruje o svojich fyzických ťažkostiach a bolestiach, čím sa hodnotí jeho subjektívny aj objektívny stav a schopnosti.



Tabuľka č. 4: Členenie programu VEDIA.

V priebehu prvých troch hodín sa robí prevažne diagnostika. Pacient hovorí o dôvodoch svojho rozhodnutia pre terapiu a terapeut si vytvára úsudok o jeho ochote spolupracovať. Na tretej hodine sa navrhne pacientovi konkrétny postup. Na úvod, minimálne pri prvom stretnutí, sa odporúča stanoviť pacientovi vyššie nároky. Ďalších 6 až 7 stretnutí sa venuje patologickým príznakom, somatizácii a objektívnym telesným handicapom. Druhá terapeutická fáza sa sústreďuje na biografické, sociálne a ekonomické aspekty. Program sa snaží aplikovať princípy rozhovoru, ktoré navrhol K. Rogers (2000), a to hlavne: pravdivosť, úcta a empatia.

Vznik a overenie

Program vznikol v prostredí gerontopsychiatrickej dennej kliniky. Pacienti mohli počas dňa využívať terapeutické okolie a možnosti dennej kliniky s ambulantným ošetrením. Po večeroch a cez víkendy sa zase pohybovali vo svojom domácom prostredí. Program sa prakticky overil na gerontopsychiatrickej klinike Centrálneho inštitútu pre psychické zdravie v Mannheime a bol predstavený v roku 2003 v Berlíne na výročnom kongrese Nemeckej spoločnosti pre psychiatriu, psychoterapiu a neurológiu (Adler a kol., 2003, 92).

Pacienti, pre ktorých je program určený

Program VEDIA je určený pre starých ľudí s depresiou, ktorí spĺňajú diagnostické kritériá pre depresívnu epizódu (F32), rekurentnú depresívnu poruchu (F33), trvalú poruchu nálady (F34) alebo pre zmiešanú úzkostne-depresívnu poruchu (F41.2). Osobitne sa osvedčil tam, kde sa depresívne symptómy objavili vo vysokom veku prvýkrát (*late-onset depression*).

Program nie je určený pre pacientov:

- s prejavujúcou sa kognitívnou poruchou (najmä s poruchou pamäti),
- s prejavujúcimi sa paranoidnými symptómami,
- so závislosťou (ktorá stojí v popredí),
- bez dostatočnej motivácie pre terapiu a bez ochoty spolupracovať.

Osoba oprávnená viesť program

Program môže viesť lekár a psychológ, ktorý má primerané znalosti z psychoterapie a vyžaduje sa predovšetkým základná znalosť štandardných behaviorálnych metód.

Členenie programu

Zvláštnym znakom programu je flexibilita – program umožňuje výber 2 zo 6 základných prvkov, ktoré sa týkajú najčastejších symptómov, respektíve situácií, v ktorých sa starý pacient s depresiou nachádza. Program sa tak môže prispôsobiť individuálnym požiadavkám pacienta. Blok A sa týka symptómov a blok B situácií, pričom bloky sa navzájom prelínajú.

Rozsah hodín	Náplň programu
1. – 3. hodina	Úvod: detailná diagnostika, motivácia
4. – 7. hodina	Blok A (symptómy): úzkosť, sťažnosti na telesný stav, pasivita
8. – 11. hodina	Blok B (situácia): strata partnera, zmena bydliska, zmeny v starobe
12. hodina	Zhrnutie

Tabuľka č. 5: Členenie programu VEDIA.

Materiál
Materiál, ktorý je na program potrebný (tabuľky a stupnice), je uvedený v prílohe. Pri vypĺňaní sa ešte odporúča používať farebné zvýrazňovanie modrou, červenou, žltou, oranžovou a zelenou farbou.

7.2.1 Úvod

7.2.1.1 Prvá hodina

Predstavenie
Terapeut sa na úvod pozdraví a predstaví sa (meno, priezvisko, povolanie, funkcia). Prvé stretnutie je smerodajné pre ďalší kontakt, preto je veľmi dôležité prispôsobiť sa potrebám pacienta v tempe reči a výbere slov. Vybudovanie dobrého a priateľského vzťahu je dôležité. Je vhodné, aby terapeut pripomenul pacientovi svoju povinnosť zachovať mlčanie.

Terapeut sa pacienta pýta na dôvod, prečo sa rozhodol pre terapiu. Použije napríklad tieto otvorené otázky: *„Čo vás sem priviedlo?“*, *„Čo vás trápi?“*, *„Čo sa má zmeniť vo vašom živote?“* Pacient je nabádaný k čo možno najpresnejším formuláciám svojich problémov. Vychádzajúc z opisu problémov ho má terapeut v nasledujúcich rozhovoroch viesť k tomu, aby tento rozhovor a nadväzujúcu psychoterapiu chápal ako zmysluplné a ako možnosť, ktorá sa mu ponúka. Diskusia o psychiatrickej diagnóze môže byť v úvode aj kontraproduktívna.

Zistenie závažnosti symptómov
Keď pacient opíše chorobu, vyžadujú sa od neho ešte upresňujúce informácie. Dostáva otázky o depresívnych symptómoch a o dĺžke ich trvania: *„Odkedy?“*, *„Odkedy sa to zhoršilo?“* U starších pacientov sú v popredí najčastejšie tieto symptómy: poruchy spánku, úzkosť, nepokoj, telesné ťažkosti, neschopnosť prežívať kladné emócie, pasivita, znížená výkonnosť a vyčerpanosť.

Na diagnostikovanie depresie sa používajú štandardné pomôcky – *Stupnica depresie pre starých ľudí (GDS)*. Inštrukciou pri zadávaní stupnice je: *„Skúste podľa možností čo najpresnejšie uviesť, ako sa vám v minulom týždni vodilo.“*

Dotazník, ktorý je uvedený ako príloha č. 1.1 medzi materiálom na prvú hodinu, sa pacientovi pri vypĺňaní predčítava s úvodnými slovami: *„Aby sme vedeli lepšie určiť vaše telesné ťažkosti, chceme vás veľmi pekne poprosiť, aby ste vyplnili tento dotazník.“* K odpovediam sa uvedie: *„Vyberte si, prosím, odpoveď, ktorá sa na vás najlepšie hodí.“* Na konci hodiny

sa môže s pacientmi spočítať skóre. Terapeutická intervencia je vhodná pri dosiahnutom skóre 7 a viac. Na záver sa zhodnotí závažnosť depresívnych symptómov pomocou *Montgomery-Asbergovej škály (MADRS)* (Montgomery, Asberg, 1979, 382 – 389). MADRS má oproti často používanej *Hamiltonovej škále depresie* výhodu v tom, že neobsahuje telesné symptómy, ktoré často nepatria jednoznačne k depresii. S pomocou MADRS sa potom terapeut rozpráva o pacientových symptómoch, až kým si ich neujasní. Skóre sa pohybuje od 0 do 60. Dotazník MADRS sa nachádza v prílohe č. 1.2 medzi materiálom na prvú hodinu.

Zvláštnu pozornosť si vyžadujú suicidné sklony alebo paranoidné symptómy. Pri ich zisťovaní je vhodné najprv vyjadriť pochopenie s pacientovým utrpením a potom môže prísť otázka: *„Nepomyslíte si niekedy: Keby som sa už zajtra nemusel prebudiť?“* Ak pacient reaguje súhlasne, môže nasledovať otázka: *„Nepremýšľali ste niekedy o tom, aké by to bolo, keby ste zomreli?“* alebo *„Bola by pre vás smrť niekedy vyslobodením?“* Ak pacient opäť reaguje súhlasne, je možné otvorene sa spýtať na suicidné myšlienky. Terapeut sa rovnako opatrne snaží zistiť paranoidné sklony pacienta otázkami o jeho starostiach, obavách a následne o tom, či sa s ním nedeje niečo neobvyklé. Suicidné sklony a bludy podstatne ovplyvňujú ďalšiu terapeutickú prácu.

Prvú hodinu zakončíme tak, aby sa na jednej strane prejavil záujem o pacienta a na druhej strane aby sa nevzbudili neprimerané očakávania. Možno ju uzavrieť slovami: *„Myslím, že začínam spoznávať vašu životnú situáciu.“* Keďže sa ďalšie hodiny budú venovať diagnostike, terapeut môže povedať: *„Musím vás ešte lepšie spoznať.“*

Domáca úloha
Na domácu úlohu má pacient doniesť všetky užívané lieky, nálezy lekára a plán liečby.

7.2.1.2 Druhá hodina

Na začiatku hodiny sa prediskutujú domáce úlohy – hovorí sa o užívaných liekoch, nálezoch lekára a plánoch liečby. Pacient by mal povedať, čo sa mu na minulom stretnutí páčilo a či sa jeho zdravotný stav odvtedy zmenil.

Zisťovanie psychickej a biografickej anamnézy
V ďalšej časti sa zisťuje rozvoj a časový priebeh symptómov, pričom zvláštna pozornosť sa venuje tým, ktoré sa objavili ako prvé. Je možné,

že sú pre depresiu kľúčové. Zisťujú sa disfunkčné kognitívne schémy, teda skreslené vnímanie (negatívne starecké stereotypy) a iné súvislosti, ktoré sú s tým spojené (strach z kontaktu s deťmi, kontrola rodiny a podobne). Je vhodné využiť model S-O-R-K (Kanfer, 1989, 1 – 13), ktorý zobrazuje reťaz následností: stimul (S), organizmus (O), reakcia (R) a konzekvencia (K). V nasledujúcej tabuľke č. 6 je uvedený príklad. Medzi materiálom na druhú hodinu je ako príloha č. 1.3 uvedená tabuľka, ktorú možno aplikovať.

Stimul	Organizmus	Reakcia	Konzekvencia
Podnet (vonkajší, vnútorný)	Predpoklady zo strany organizmu	Prejavenie sa syndrómu	Následky, ktoré symptóm vyvolá
Byť sám v dome	Vyčerpanie po fyzickej námahe	Búšenie srdca, nepokoj, úzkosť	Návšteva dcéry pri volaní o pomoc
…	…	…	…

Tabuľka č. 6: S-O-R-K model.

Diagnostika kognitívneho výkonu

Diagnostika kognitívneho výkonu sa má pacientovi predstaviť ako súčasť klinickej rutiny. Zisťuje sa, či má niekedy pocit, že sa jeho pamäť alebo duševný stav zmenili. Možno poukázať na to, že pre starších ľudí sú takéto obmedzenia bežné. Na diagnostiku kognitívneho výkonu používame dotazník *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein, Folstein, McHugh, 1990; Adler, 2005, 23). Pri dosiahnutom skóre 24 a menej možno hovoriť o závažných kognitívnych nedostatkoch. Dotazník je uvedený ako príloha č. 1.4 medzi materiálom na druhú hodinu.

Zisťovanie telesnej morbidity

V tomto bode sa pozornosť venuje diagnóze a prebiehajúcim lekárskym vyšetreniam. Terapeut sa orientuje najmä na zmyslové handicapy, sťažnosti na telesné choroby (bolesti, funkčné obmedzenia, prognóza, znižovanie životných očakávaní) a overuje sa aj užívanie liekov – ich eventuálne použitie je zoradené v nasledujúcej tabuľke č. 7, ktorú uvádzame podľa L. Janů a S. Rackovej (2007, 26). Diagnostiku kognitívneho výkonu je možné robiť aj inými diagnostickými nástrojmi. Okrem metód, ktoré sú určené špeciálne pre starých ľudí, sa dajú použiť vhodne modifikované metódy pre dospelých.

Názov	Firemné názvy	Dop. dávky mg/deň
Fluoxetin	Apo-fluoxetin, Deprex, Floret, Flumirex, Fluoxetin, Fluoxim, Fluzac, Magrilan, Portal, Prozac	20 – 80 mg
Fluvoxamin	Fevarin	100 – 300 mg
Citalopram	Apo-citalopram, Cerotor, Cipram, Cita, Citalopram, Citalec, Citalon, Dalsan, Pram, Seropram, Zyloram	20 – 60 mg
Escitalopram	Cipralex	10 – 20 mg
Paroxetin	Apo-parox, Parolex, Paroxat, Paroxetin, Remood, Seroxat	20 mg (50 – 60 mg u F40, F42)
Sertralin	Adjuvin, Apo-sertral, Asentra, Serlift, Sertralin, Stimuloton, Zoloft	50 – 200 mg
Moklobemid	Aurorix, Apo-moclob	300 – 600 mg
Mirtazapin	Calixta, Esprital, Mirtastad, Mirtawin, Mirtazapin, Mirzaten, Remeron	15 – 45 mg
Trazodon	Trittico	75 – 600 mg
Bupropion	Wellbutrin, Zyban	150 – 300 mg
hyperici ext	Felis, Helarium, Jarsin, Klosterfrau, Myrall, Remotiv	Indiv. podľa preparátu
amisulprid	Deniban	50 mg
tianeptin	Coaxil	37,5 mg

Tabuľka č. 7: Potenciálne lieky (prehľad antidepresív).

Antidepresíva sa v gerontopsychiatrii používajú predovšetkým pri involučných formách endogénnych depresií, symptomatických depresiách a depresívnych syndrómoch vyskytujúcich sa v rámci demencie. Antidepresíva však môžu zhoršiť pamäť, spôsobiť anticholinergné delírium alebo spôsobiť kardiotoxický efekt. V geriatrii sa používajú tricyklické antidepresíva (v malých dávkach), antidepresíva II. generácie (výhodou sú menšie anticholinergné účinky) a antidepresíva III. generácie (hlavne na liečbu úzkostných depresií) (Jirák, 1994, 90).

Zisťovanie telesnej funkčnosti

Pri zisťovaní telesnej funkčnosti sa používa *Barthelov Index* (Mahoney, Barthel, 1965; Adler, 2005, 24) a *Test inštrumentálnych všedných činností* (IADL) od M. P. Lawtona a E. M. Brodieho (1969, 179 – 186;

Adler, 2005, 24). Dotazníky sú uvedené ako príloha č. 1.5 a 1.6 medzi materiálom na druhú hodinu. Údaje je vhodné doplniť informáciami od lekára, príbuzných a podobne.

Zisťovanie sociálnej situácie
Sociálna situácia sa zisťuje dotazníkom *Mannheimský inventár životných podmienok v starobe (Mannheimer Inventar der Lebensverhälnisse im Alter (MILVA)* (Adler, Brassen, 2002, 12 – 16; Adler, 2005, 24). Dotazník, ktorý je uvedený ako príloha č. 1.7 medzi materiálom na druhú hodinu, skúma aktivity, kontakty, rodinnú a finančnú situáciu. Pacienti sú na rozdiel od zdravých ľudí menej aktívni. Je dôležité, aby sa pri rozhovoroch vytvorila atmosféra akceptovania a uznania.

Domáca úloha
Pacient sa má zamyslieť nad tým, kde môžu mať počiatok jeho ťažkosti, a uvedomiť si, čo s tým môže urobiť. Svoje myšlienky, nápady a objavy si má zapísať. Terapeut sa snaží stanoviť diagnózu a overiť indikáciu pre terapiu. Terapia sa vylúči, ak má pacient závažnú kognitívnu poruchu, hlavne vtedy, keď má postihnutú pamäť – skóre v MMSE by nemalo byť pod 24 –, keď je pacient bez potrebnej motivácie pre terapiu, ak nie je ochotný spolupracovať alebo vtedy, keď terapiu znemožňuje ďalšie sekundárne ochorenie.

7.2.1.3 Tretia hodina
Na začiatku tretej hodiny sa terapeut spýta pacienta, či chce niečo povedať alebo doplniť k predchádzajúcej hodine a či sa jeho zdravotný stav od posledného stretnutia zmenil.

Zisťovanie miesta kontroly
J. B. Rotter (1966, 1 – 28; Adler, 2005, 24) hovorí, že správanie človeka ovplyvňuje to, ako vníma situáciu, aké má očakávania od svojho správania a akú hodnotu mu prikladá. Miesto kontroly je spojené s tým, ako vníma príčiny udalostí, predstavuje to jeho očakávanie alebo vieru v to, v čom spočíva kontrola nad výsledkami jeho správania. V prípade pacienta je to presvedčenie o tom, ktoré faktory sú rozhodujúce pre vznik a priebeh jeho choroby. Ak si myslí, že je schopný ovplyvniť priebeh svojej choroby, že dokáže riešiť problémy a ak aktívne hľadá pomoc alebo radu, je jeho miesto kontroly interné. Ak je presvedčený, že situáciu nemá pod kontrolou, že je pod vplyvom

vonkajších faktorov, jeho miesto kontroly je externé. Pacient verí, že má na svoj život len malý vplyv, že je obeťou osudu, smoly, nešťastia, náhody, vplyvných ľudí alebo ošetrujúcich lekárov. Správa sa fatalisticky a o uzdravenie sa snaží len málo, čo uňho vyvoláva pasivitu, bezradnosť a depresiu.

V tomto prípade sa používa *Dotazník na zisťovanie miesta kontroly (Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit KKG)* (Lohaus, Schmitt, 1989; Adler, 2005, 26), ktorý je uvedený ako príloha č. 1.8 medzi materiálom na tretiu hodinu. Po ňom nasleduje diskusia o tom, čo si pacient myslí o príčinách svojej choroby v kontexte konceptu miesta kontroly. Diskusia je prípravou na nasledujúcu analýzu jeho správania.

Analýza správania
Bio-psycho-sociálny model G. L. Engela (Adler, 2005, 26) uvádza tieto faktory choroby:

- zmena telesných funkcií je pre určenie choroby nevyhnutná, ale nie dostatočná,
- verbálne vyjadrenie pacienta je dôležité pre nájdenie vzťahu medzi telesnými procesmi a klinickými nálezmi,
- existuje spojitosť medzi somatickými a psychickými faktormi,
- na to, či sa pacient považuje za chorého, vplývajú tak psychologické, ako aj sociálne faktory,
- výsledok liečby ovplyvňujú aj psychologické, aj sociálne faktory,
- výsledok liečby ovplyvňuje vzťah pacienta s terapeutom.

O všetkých týchto faktoroch sa s pacientom vedie diskusia. To mu pomáha pochopiť príčinu vlastnej choroby. Model musí byť pre pacienta akceptovateľný. Môžu pomôcť otázky typu:

- Sú ťažkosti stále rovnaké?
- Kedy sa prejavujú?
- Aké faktory ovplyvňujú ich intenzitu?
- Čo môže zmierniť tieto ťažkosti?
- O čo ste sa pokúsili, aby ste si pomohli?

Vypracovanie cieľov
Na vypracovanie cieľov sa používa *Goal Attainment Scaling* (GAS) (Kiresuk, Thomas, 1994; Schmith, 1976). Stanovia sa dva, maximálne tri ciele, ktoré sa formulujú v diskusii s pacientom. Príklad stanovených cieľov opisuje tabuľka č. 8:

Príklad stanovených cieľov pre ležiaceho pacienta					
	Cieľ 1	**Cieľ 2**	**Cieľ 3**	**Cieľ 4**	**Cieľ 5**
	Zlepšiť nočný spánok	**Upokojiť sa**	**Znášať bolesť**	**Znášať závrat**	**Prekonávať úzkosti**
Veľmi zlé	Byť dlho hore. Do 2. hod. v noci nevedieť zaspať. Pred 5. hod. ráno sa zobúdzať a nevedieť zaspať.	Prežívať neustály nepokoj. Neschopnosť nájsť pokoj.	Mať neznesiteľné bolesti. Nevyhnutnosť brať lieky.	Mať závraty. Neschopnosť prejsť dlhšie úseky cesty.	Prežívať pocit neustálej úzkosti.
Zlé	Zaspať do polnoci. V priebehu noci sa viackrát zobudiť a ostať dlho hore. Ráno okolo 6. hod. sa zobudiť.		Mať stále trvajúce silné bolesti.	Nevoľnosť. Mať potrebu držať sa niečoho pevného.	
Uspokojivé	Zaspať do 23. hod. V noci sa na krátko maximálne dvakrát zobudiť a bez problému znova zaspať. Zobudiť sa medzi 5. a 6. hod.	Prežívať nepokoj občas a krátko.	Mať znesiteľné bolesti, s „ktorými sa dá žiť“.	Prežívať pocit neistoty. Mať menšie problémy pri krátkych prechádzkach so sprievodom.	Krátko a občas prežívať pocit úzkosti.
Veľmi dobré	Zaspať do 23. hod. V noci sa na krátko maximálne dvakrát zobudiť a bez problému znova zaspať. Zobudiť sa najskôr o 6. hod.	Prežívať príležitostne nepokoj.	Mať občasné bolesti.	Schopnosť prejsť dlhšie úseky cesty bez pomoci.	Príležitostne prežívať pocit slabej úzkosti.
Ideálne	Zaspať do 23. hod. a spať do 6. hod.	Prežívanie pokoja.	Nemať žiadne bolesti.	Mať istotu pri chodení.	Neprežívať žiadnu úzkosť.

Tabuľka č. 8: Príklad stanovených cieľov pre ležiaceho pacienta.

Ciele majú byť konkrétne a detailné, ich uskutočnenie sa preskúma v polovici a na konci terapie. Ciele a očakávania nemajú byť príliš veľké, je lepšie, keď sú menšie. Pacient je upozornený, že pri ich plnení je

potrebná spolupráca terapeuta, pacienta a lekára a že záleží aj na motivácii. Formulár pre stanovenie cieľov je uvedený ako príloha č. 1.9 medzi materiálom na tretiu hodinu.

Týždenný plán

Pre priebeh terapie je užitočný týždenný plán, v ktorom sa zapisujú aktivity pacienta. Predstavuje to dôležitý zdroj informácií. V prípade aktívnych pacientov môže slúžiť ako protokol o ich aktivitách a činnostiach, pre neaktívnych je to podnet na aktivitu. Formulár pre týždenný plán je uvedený ako príloha č. 1.10 medzi materiálom na tretiu hodinu.

Motivácia

Na konci hodiny predloží terapeut pacientovi výsledky detailnej diagnózy. Opis má byť zrozumiteľný a akceptovateľný. Pre pacienta je často ťažké prijať, že jeho problémy majú „čisto psychický“ pôvod. Pripomenie sa zmysel a ciele terapie. Nehovorí sa: *„Terapia odstráni vašu úzkosť,“* ale skôr: *„Pokúsime sa, aby ste s úzkosťou vedeli zaobchádzať lepšie.“* Terapeut pripomenie nevyhnutnosť motivácie a dá pacientovi formulár pre stanovenie cieľov (GAS) a pre týždenný plán terapie.

Domáca úloha

Pacient si má premyslieť ciele terapie a čo najpodrobnejšie si viesť týždenný plán. Terapeut sa rozhodne o ďalšom postupe – vyberie si jeden z variantov základu z Bloku A.

7.2.2 Blok A – Téma: „Úzkosť“

7.2.2.1 Štvrtá hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom

Na začiatku prebehne detailná diskusia o týždennom pláne, označia sa splnené aktivity a terapeut za ne pacienta pochváli. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách, prečo sa ich nepodarilo splniť. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Diagnostika úzkosti

Na diagnostiku úzkosti sa používa *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS), ktorej autorom je W. W. Zung (1971, 371 – 379; Adler, 2005, 33). Pacient hodnotí 20 príznakov na štvorbodovej škále (Svoboda, 1999, 306). Hodnota skóre nad 36 prezrádza vysoký stupeň úzkostnej symp-

tomatológie. Škála je uvedená ako príloha č. 1.11 medzi materiálom na štvrtú hodinu.

Symptomatológia z predchádzajúceho týždňa sa potom hodnotí ešte škálou *Hamilton Anxiety Scal* (HAMA) (Hamilton, 1976, 56 – 62; Adler, 2005, 34). Vyplnenie škály trvá asi 20 minút. 15 položiek je zlúčených do 2 faktorov: prvým je somatická a druhým psychotická úzkosť (Svoboda, 1999, 306). Hodnota skóre nad 16 znamená vysoký stupeň úzkostnej symptomatológie. Škála je uvedená ako príloha č. 1.12 medzi materiálom na štvrtú hodinu.

Modely vzniku úzkosti

S pacientom sa preberú faktory, ktoré sa podieľajú na vzniku úzkosti. Treba:

- identifikovať príčiny vzniku úzkosti,
- vysvetliť dôsledky príčin a usporiadať ich do oblastí (kognitívna, emocionálna, somatická),
- vysvetliť funkciu a význam úzkosti v živote,
- diskutovať o dôsledkoch úzkostného správania (krátkodobé, dlhodobé, negatívne a pozitívne posilňovanie).

Pri diagnostikovaní úzkosti starého človeka sa objavujú zvláštnosti:

- Úzkosť pacienta je často zastretá telesným syndrómom.
- Pacient nehovorí o úzkosti priamo, ale skôr nepriamo. Hovorí o pocite nepokoja, zlom spánku, častom premýšľaní v noci, bezradnosti, rezignácii.
- V jeho živote sa dejú konkrétne zmeny. Pacient o nich hovorí bez toho, aby spomenul úzkosť.
- Úzkosť nadväzuje na konkrétnu situáciu (zmena životných podmienok).

Vznik úzkosti vysvetľujú dve teórie: 2-faktorový model O. H. Mowrera (1960; Adler, 2005, 35) a psychofyziologický model panickej poruchy S. Schneidera a J. Margrafa (1998; Adler, 2005, 35).

Mowrerov 2-faktorový model možno vysvetliť na príklade: Človek spadne na schodoch a zraní sa. Schody sa preňho stanú podnetom, ktorý vyvoláva strach. Hoci sa v budúcnosti bude vyhýbať chodeniu po schodoch, pocit úzkosti uňho pretrvá. Pacient si musí uvedomiť, že popri konkrétnom strachu (zo schodov) prežíva úzkosť, ktorá nie je spôsobená schodmi.

+1 0 -1 *Psychofyziologický model panickej poruchy* hovorí o tom, že vonkajšie alebo vnútorné podnety spôsobujú u pacienta kognitívne alebo somatické zmeny, ktoré vníma ako nebezpečné. Pacient začne prežívať úzkosť a paniku, čo spôsobuje, že sa zmeny ešte prehĺbia a príznaky zintenzívnia. Dochádza tak k spätnej väzbe medzi úzkosťou a telesnými zmenami. Uveďme príklad: Výkon pri prechádzke sprevádza únava, potenie a zvýšený srdcový tep. Pacient to vníma ako nebezpečné signály a reaguje na ne úzkosťou a panikou. Úzkosť a panika zosilňujú telesnú reakciu, čo spôsobuje ešte väčšiu úzkosť.

Všeobecné informácie o úzkosti

Podľa H. U. Wittchena (Adler, 2005, 35 – 36) sa dá o úzkosti povedať nasledovné:

- Úzkosť ako ochorenie je pomerne široko rozšírená. Aspoň raz počas života trpelo dlhší čas úzkosťou asi 20 percent všetkých ľudí.
- Úzkosť sa dá pomerne dobre liečiť. S terapiou však treba začať čím skôr. Úzkosť a strach sú dôležité súčasti života, ktoré varujú pred nešťastím (oheň, hĺbka). Človek na úzkosť reaguje pocitmi, myšlienkami i telesne.
- Každý človek reaguje individuálne. Líši sa druhom reakcie na rôzne situácie.
- Podnety môžu byť rôzne: nečakaný silný zvuk, nebezpečná dopravná situácia, ťažká skúška, strach pred bolesťou.
- S úzkosťou môže byť spojená aj telesná záťaž alebo ochorenie: problém s dýchaním, so srdcom a podobne.

Relaxácia

Pri problémoch s úzkosťou sa odporúčajú predovšetkým také relaxačné techniky, pri ktorých sa znižuje napätie vo svaloch. Pri starých ľuďoch sa ukazuje, že relaxačné cvičenia sú účinnejšie než autogénny tréning. Pri technike sa postupuje takto:

- krátke vysvetlenie a uvedenie – koncentrovať sa na svoje telo, pozornosť upriamiť do vnútra, snaha o upokojenie a uvoľnenie,
- situácia v miestnosti má byť primerane upravená – tlmené svetlo, odsunutie od stola,
- sedenie má byť pohodlné,
- oči majú byť zatvorené – pri nosení okuliarov sa odporúča dať ich dole,

+1 0 -1 - čas na uvoľnenie je 5 až 10 sekúnd, v uvoľnenom stave sa zotrvá 30 sekúnd,

- je dobré poukázať na sprievodné znaky uvoľnenia – škŕkanie v žalúdku,
- pacienta treba pripraviť na eventuálne vonkajšie rušivé podnety,
- terapeut hovorí jasne a pokojne, robí prestávky,
- postup pri uvoľňovaní: pravá ruka, ľavá ruka, plecia, trup (brucho, chrbtové svaly), pravá noha, ľavá noha,
- cvičenie má trvať asi 7 minút.

Špecifiká starého pacienta

Pri relaxačných technikách pre starého pacienta sa odporúča dodržiavať nasledovné zásady:

- Zaťažovať pacienta je možné iba do určitej miery. Treba sa vyvarovať preťaženia.
- Ak sa pacient sťažuje na niektoré partie tela, je dôležité sa im vyhnúť.
- Treba dôkladne zvážiť, či je terapia vhodná pre pacienta s ochorením pohybového aparátu a s neurologickým alebo kardiovaskulárnym ochorením.
- Ak má pacient slabý sluch, treba s ním hovoriť primerane hlasno.
- Neodporúča sa vyvíjať napätie. Tempo postupu pri sedeniach sa prispôsobí pacientovi.
- Je dôležité postupovať trpezlivo, krok za krokom a opatrne skončiť.

Terapeut vedie pacienta k tomu, aby si takéto cvičenia robil aj sám doma, a môže mu odporučiť relaxačnú hudbu.

Príklad cvičenia

(Tri bodky znamenajú chvíľku ticha)

Pohodlne sa usaďte, prosím. Vystrite si nohy. Ruky si položte do lona. Zavrite oči… O malú chvíľu vám poviem, ktoré svaly máte uvoľniť. Všetko, čo vám budem hovoriť, robte len do takej miery, aby vám to neuškodilo. Sami si určujte, do akej miery jednotlivé veci budete robiť…

Môžeme začať. Sústreďte sa na svoju pravú ruku… Čo cítite? Akú má teplotu? Zovrite ruku v päsť a pritom ju celú napnite. Môžete pritom rukou otáčať… Ruku skúste uvoľniť. Skúste si uvedomiť rozdiel. Uvedomte si, ako sa postupne uvoľňuje napätie z dlane…, ruky…, ramena. Dajte tomu čas a preciťte to dôkladne… Sústreďte sa teraz na druhú ruku. Uvedomte si, čo v nej cítite… Zovrite ruku v päsť a napnite pritom celú ruku, môžete pri-

+1
0
-1

tom rukou otáčať… Ruku môžete uvoľniť a postupne cítite, ako sa napätie uvoľňuje z dlane…, ruky…, ramena…

Teraz prejdeme k ramenám… Aký z nich máte pocit? … Pokrčte plecami hore a uvedomte si napätie, ktoré je v pleciach a na chrbte… Klesajte pomaly ramenami dole a uvedomte si, ako sa uvoľňuje krk…, plecia…, chrbát… Vychutnajte si ten pocit a nechajte ich iba tak visieť… Presvedčte sa, či sú plecia úplne uvoľnené…

Sústreďte sa teraz na trup. Ako sa cíti váš chrbát a brucho? … Ako je to s vašimi brušnými svalmi? Cítite, ako sa pri dýchaní naťahujú? Skúste teraz napnúť chrbát tak, že ramená sťahujte vzadu k chrbtici. Zároveň pri tom napínajte aj brušné svaly… Preciťte to napätie… Napätie v bruchu…, napätie na chrbte… Vráťte ramená do pôvodnej polohy. Uvoľnite postupne chrbát a brucho. Sústreďte sa na pocit, ako sa napätie vytráca… Uvedomte si ten príjemný pocit, keď je napätie preč…

Teraz prejdeme k nohám. Ako sa cíti vaša pravá noha? … Cítite, ako stojí na zemi? … Napnite teraz svaly na zadku, stehenný sval pravej nohy…, sval na lýtku… Prsty na pravej nohe ťahajte smerom hore… Cítite napätie v celej nohe, od prstov na nohe po bedrá… A teraz zase pomaly svaly na nohe uvoľnite. Krok za krokom. Kúsok po kúsku. Najprv prsty, potom celú nohu. Uvedomte si a vychutnajte ten príjemný pocit, keď napätie pomaly odchádza…

Ako je na tom vaša ľavá noha? Cítite v nej nejaký rozdiel oproti pravej? … Napnite teraz svaly na zadku, stehenný sval ľavej nohy… sval na lýtku… Prsty na ľavej nohe ťahajte smerom hore… Cítite napätie v celej nohe, od prstov na nohe po bedrá… A teraz zase pomaly svaly na nohe uvoľnite. Uvedomte si a vychutnajte ten príjemný pocit, keď napätie pomaly odchádza… Cíti sa ešte aj teraz táto noha inak ako tá druhá? …

Teraz cvičenie pomaly zakončíme. Natiahnite ruky smerom hore. Môžete sa pretiahnuť tak, ako keby ste sa práve zobudili… Vystrite nohy a trochu s nimi zacvičte. Dýchajte zhlboka. Môžete pri tom pomaly otvoriť oči.

Rozhovor po cvičení

Po skončení cvičenia pacient dostane otázky:

Ako ste to vnímali?

Cítite, že sú vaše ruky a nohy ľahšie alebo ťažšie? Je vám teplejšie alebo chladnejšie?

+1 *Čo sa ešte zmenilo?*
0 *Mali ste ťažkosti pri niektorom cvičení?*
-1

Ak sa v priebehu cvičenia vyskytli nejaké problémy, nasleduje diskusia, v ktorej sa o nich môže hovoriť. Pacientovi sa môže odporučiť, aby v budúcnosti niektoré cviky vynechal.

Domáca úloha
Pacient by mal čo najpodrobnejšie plniť týždenný plán a cvičiť relaxačné cvičenia. Kým sa pacient naučí relaxáciu naspamäť, návod, ktorý je uvedený ako príklad cvičenia v predchádzajúcom texte, si môže nahrať na magnetofónovú pásku, ktorú si potom pustí, alebo mu text môže predčítavať iná osoba: ošetrovateľ, príbuzný a podobne. Terapeut si premyslí, ako pacient prežíva úzkosť, čo ju vyvoláva a aký to bude mať dosah na ďalšiu terapiu.

7.2.2.2 Piata hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Detailne sa diskutuje o aktivitách, ktoré sa na minulom stretnutí naplánovali. Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách. Pacient sa za ne nepochváli. Hľadajú sa príčiny, prečo nie sú splnené. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Aktivácia pacienta
Terapeut uvažuje o miere zasahovania a direktívnosti pri vytváraní týždenného plánu. Na identifikáciu záujmov a aktivít slúži dotazník, ktorý je uvedený ako príloha č. 1.13 medzi materiálom na piatu až siedmu hodinu. Dotazník rozdeľuje aktivity do 4 oblastí: spoločenské kontakty, telesná aktivita, pôžitok a individuálne záľuby. Uvedené príklady aktivít nemusí pacient vykonávať – sú to iba inšpirácie a podnety. Bolo by lepšie, keby si vytvoril vlastný zoznam, ktorý zodpovedá jeho individualite. V tomto zmysle sa môže upraviť aj týždenný plán.

Prekonávanie úzkosti
Behaviorálna terapia používa metódy, ako sú prekonávanie úzkosti, systematická desenzibilizácia, expozícia, metóda presýtenia a podobne. Program sa orientuje na metódu prekonávania úzkosti. Tu je dôležité si uvedomiť, že ide o naučené správanie, ktorého sa človek vie pomocou cviku zbaviť. Úzkosť sa redukuje opakovaním cvikov, ktorým sa človek učí novému druhu reakcie namiesto úzkosti.

Pri práci s pacientom sa postupuje nasledovne:
- Vysvetlenie teoretického pozadia pacientovi.
- Čo najdetailnejšie vysvetlenie ďalšieho postupu. Použitie príkladov konkrétnych situácií.
- Situácie vyvolávajúce úzkosť sa evokujú pomocou sugescie.
- Pozorovať symptómy a myslenie, ktoré úzkosť sprevádzajú.
- Pod dohľadom terapeuta sa zostane v situácii, ktorá úzkosť vyvoláva, až kým sa jej intenzita nezníži alebo sa aspoň neustáli.
- Urobiť relaxačné cvičenie.
- Hneď po dokončení cvičenia sa diskutuje o pociťovaných zmenách.
- Pochváliť za odvahu a nasadenie.

V závere sa zhodnotí hodina a cvičenia a prediskutuje sa pozitívny vplyv metódy PMR.

Domáca úloha
Pacient má praktizovať relaxačné cvičenia, zameria sa na prekonávanie úzkosti a čo najdôslednejšie plnenie plánu.

7.2.2.3 Šiesta hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom a aktivácia
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí boli aktivity detailne naplánované a teraz sa diskutuje o ich plnení. Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách, hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň. Terapeut sa rozhoduje pre mieru zasahovania pri vytváraní týždenného plánu. Všíma si najmä pozitívne následky terapie. Terapeut sa opýta pacienta, či praktizoval relaxačné cvičenia a povzbudí jeho motiváciu pre ďalšie pokračovanie. V prvých fázach je motiváciou pochvala terapeuta: *„Som na vás hrdý“* alebo *„Môžete byť na seba hrdý“*. Postupne bude pacienta motivovať samotný prínos cvičení.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa prejde k relaxačnému cvičeniu, ktoré je zamerané na ťažkosti spomenuté v predchádzajúcom rozhovore.

Domáca úloha
Pacient má pokračovať s relaxačnými cvičeniami s cieľom prekonávať úzkosti a má čo najdôslednejšie plniť plán.

7.2.2.4 Siedma hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom a aktivácia
Náplň tohto bodu je podobná ako pri šiestej hodine.

Kontrola plnenia cieľov
Pacient predloží svoj plán a ciele terapie (GAS). Zhodnotí sa jeho stav, poukazuje sa aj na malé úspechy. Terapeut sa snaží pacienta na tomto mieste motivovať.

Myslenie vedúce k úzkosti
V hľadaní príčin úzkosti hrajú dôležitú úlohu aj disfunkčné kognitívne schémy. V prípade pacienta, ktorý trpí úzkosťou, sú to katastrofické myšlienky. Pacient sa vedie k tomu, aby ich sformuloval a čo najkonkrétnejšie a najdetailnejšie opísal a aby dokázal vyjadriť svoje problémy.

Terapeut potom rekapituluje poznatky o disfunkčných schémach, ktoré sa považujú za súčasť pacientových symptómov úzkosti. V sokratovskom dialógu je preskúmaná ich racionálnosť a realita. Terapeut sa pacienta opýta: *„Odkiaľ to viete?“*, *„Naozaj je to tak?“* Treba sa usilovať o to, aby pacient nahradil mylné myslenie novým.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa praktizuje relaxačné cvičenie, ktoré je zamerané na ťažkosti spomenuté v predchádzajúcom rozhovore.

Domáca úloha
Pacient má vykonávať relaxačné cvičenia s cieľom prekonávať úzkosti a má čo najdôslednejšie plniť plán. Terapeut sa rozhodne, ktorú z troch tém Bloku B použije v ďalšej terapii.

7.2.3 Blok A – Téma: „Telesné ťažkosti“

7.2.3.1 Štvrtá hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí boli aktivity detailne naplánované a teraz sa diskutuje o ich plnení. Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje pochvala. Diskutuje sa aj o nesplnených aktivitách, za ktoré pacient nie je pochválený. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Kontrola plnenia cieľov
Pacient predloží svoj plán a ciele terapie (GAS). Zhodnotí sa jeho stav, poukáže sa aj na malé úspechy. Spresňuje sa týždenný plán. Pozornosť sa koncentruje hlavne na telesné ťažkosti.

Model práce s telesnými ťažkosťami
Pri vypracovaní tohto modelu sa skúma vznik symptómov a ich vzájomné pôsobenie. Ide hlavne o tieto faktory:

- telesné ochorenie,
- vedľajšie účinky liekov používaných pri telesných ťažkostiach,
- senzorická deprivácia, predovšetkým porucha zraku a sluchu,
- nečinnosť – často spôsobená telesnými ťažkosťami,
- prehnané sebapozorovanie,
- depresia spôsobujúca citlivé vnímanie telesných ťažkostí a somatizovanie,
- vyplývajúce dôsledky, ktoré sa prejavujú sekundárnym ochorením.

Model vychádza z nasledovnej schémy:

- identifikovať príčiny vzniku ťažkostí,
- vysvetliť dôsledky príčin a usporiadať ich do oblastí (kognitívna, emocionálna, somatická),
- vysvetliť funkciu a význam telesných ťažkostí v živote,
- krok za krokom vysvetliť funkciu a význam strachu a prediskutovať to,
- diskutovať o dôsledkoch ťažkostí (krátkodobé, dlhodobé, negatívne a pozitívne posilňovanie).

Všeobecné informácie k telesným ťažkostiam
Ak sa počas rozhovoru objavili otázky týkajúce sa medicíny, je dobré na ne, pokiaľ je to možné, zodpovedať. Ak na tieto otázky terapeut nie je schopný dať adekvátnu odpoveď, urobí tak po konzultácii s odborníkom alebo ak to uzná za vhodné, pacienta za ním pošle.

Relaxácia
Pri telesných ťažkostiach sa odporúčajú relaxačné cvičenia. Sú zamerané na telesné prejavy, ktoré sú spôsobené úzkosťou. Pri cvičeniach postupujeme ako v prípade úzkosti (Blok A, téma „Úzkosť“, štvrtá hodina). Aj tu nasleduje po cvičení rozhovor.

Domáca úloha
Pacient by mal premýšľať o faktoroch, ktoré vplývajú na jeho telesné ťažkosti. Má si odpovedať na otázky: *„Kedy sa zlepšujú, zhoršujú?“*, *„Čo môže k ťažkostiam viesť?“* Pacient pokračuje v plnení týždenného plánu a cvičí relaxačné cvičenia.

7.2.3.2 Piata hodina
Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Detailne sa diskutuje o aktivitách, ktoré sa na minulom stretnutí naplánovali. Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Podrobne sa hovorí o priebehu telesných ťažkostí: *„Akú súvislosť ste vnímali medzi vašimi telesnými ťažkosťami a aktivitami?“* Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Aktivácia pacienta
Nakoniec sa naplánujú aktivity na ďalšie dni až do ďalšieho sedenia. Terapeut rozhoduje o miere zasahovania a direktívnosti pri vytváraní týždenného plánu. K identifikácii záujmov a aktivít slúži dotazník, ktorý je uvedený ako príloha č. 1.13 medzi materiálom na piatu až siedmu hodinu. Dotazník rozdeľuje aktivity do 4 oblastí: spoločenské kontakty, telesná aktivita, pôžitok a individuálne záľuby. Uvedené aktivity sú iba príklady, inšpirácia a podnety. Bolo by žiaducejšie, keby si pacient vytvoril zoznam vlastných aktivít, ktoré zodpovedajú jeho individualite. V takomto duchu sa môže upraviť aj týždenný plán.

Prekonávanie telesných ťažkostí
Nasleduje rozhovor o vyrovnávaní sa s telesnými ťažkosťami. Prehlbuje sa to, čo bolo povedané na predchádzajúcej hodine. Na záver sa uskutočňuje relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Pacient má premýšľať o faktoroch, ktoré ovplyvňujú telesné ťažkosti. Odpovedá na otázky: *„Kedy sa zlepšujú, zhoršujú?“*, *„Čo k tomu vedie?“* Ďalej má robiť relaxačné cvičenia. Terapeut si premyslí individuálne faktory telesných ťažkostí, ako v pacientovom prípade funguje model aktivácia, kompenzácia, selektovanie a optimalizácia, ktorými sa bude zaoberať šiesta a siedma hodina.

7.2.3.3 Šiesta hodina
Zaoberanie sa týždenným plánom a aktivácia
Pri zaoberaní sa týždenným plánom a aktiváciou sa postupuje tak ako pri piatej hodine.

Zmena myslenia: selektívna optimalizácia a kompenzácia
Pri práci s telesnými ťažkosťami sa pracuje aj so zmenou myslenia pacienta. S vekom pribúdajú disfunkčné kognitívne schémy vo forme rôznych stereotypov spojených so starobou. Pri terapii ich treba odhaliť a odpovedať na otázky: *„Ako sa dokážem vyrovnať so svojimi obmedzeniami?“*, *„Čo znamenajú telesné ťažkosti pre mňa?“* Pacient sa má učiť identifikovať svoje základné postoje a očakávania (najmä tie, ktoré smerujú k negatívnym postojom) a vyvodiť z nich dôsledky.

Pacient sa učí pozerať na veci z iného uhla pohľadu. Má si uvedomiť, že na svoje konanie má veľký vplyv. Má sa naučiť čo najlepšie vychádzať so svojím stavom a akceptovať ho, snažiť sa myslieť pozitívne – aj napriek artróze ramien sa dajú robiť ešte pekné vychádzky, aj napriek zlému sluchu človek nemusí prestať plávať alebo sa venovať iným koníčkom.

Terapeut sa snaží pacientovi ukázať, čoho je ešte schopný, zdôrazňuje jeho kompetencie. Pacientovi v každej situácii ešte ostáva nejaká miera samostatnosti a kontroly nad vecami, čo má povzbudiť jeho sebadôveru.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa s pacientom robí relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Pacient má premýšľať o faktoroch, ktoré ovplyvňujú jeho telesné ťažkosti, a odpovie si na otázky: *„Kedy sa zlepšujú, zhoršujú?“*, *„Čo k tomu vedie?“* Vypracuje sa týždenný plán, ďalej sa majú robiť relaxačné cvičenia. Terapeut si premyslí individuálne faktory telesných ťažkostí, ako v pacientovom prípade funguje model aktivácia, kompenzácia, selektovanie a optimalizácia.

7.2.3.4 Siedma hodina
Zaoberanie sa týždenným plánom a aktivácia
Pri zaoberaní sa týždenným plánom a aktivácii sa postupuje tak ako pri predchádzajúcich dvoch hodinách.

Preverenie cieľov terapie GAS
Pacient predloží svoj plán terapie. Preverí sa aktuálny stav a ciele terapie. Nasleduje rozhovor, vyhodnotenie aktuálneho stavu, terapeut vyzdvihne dosiahnuté výsledky. Dôležité je motivovať pacienta do ďalšej práce. Najbližšie preverenie bude na záver terapie na konci 12. hodiny.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa s pacientom robí relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Pacient si má premyslieť, ktoré faktory ovplyvňujú telesné ťažkosti a vypracuje si týždenný plán. Ďalej pokračuje s relaxačnými cvičeniami. Terapeut si naplánuje, ktorú tému z Bloku B zvolí.

7.2.4 Blok A – Téma: „Pasivita“

7.2.4.1 Štvrtá hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí boli aktivity detailne naplánované a teraz sa diskutuje o ich plnení. Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách. Pacient sa za ne nepochváli. Hľadajú sa ich príčiny. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Preverovanie aktivít a možností v tomto smere
Na začiatku sa vyzdvihne pozitívny vplyv aktivity. Urobí sa sumár pacientových predchádzajúcich aktivít, ako sú koníčky, záujmy a podobne a zapíšu sa do týždenného plánu. Pacient zodpovedá napríklad na otázky: *„Hrali ste na nejakom hudobnom nástroji?“*, *„Aké koníčky ste mali?“*, *„Boli ste v nejakom spolku?“* Informácie môžu slúžiť na identifikáciu záujmov a aktivít a pri zostavovaní dotazníka, ktorý je uvedený ako príloha č. 1.13 medzi materiálom na piatu až siedmu hodinu. Predpokladá sa, že tieto aktivity by mohli byť pre pacienta príjemné.

Kontrola plnenia cieľov
Pacient predloží svoj plán a ciele terapie (GAS). Zhodnotí sa jeho stav, poukazuje sa aj na malé úspechy. Upresňuje sa týždenný plán. Pozornosť sa koncentruje hlavne na telesné ťažkosti.

Relaxácia
Na prekonanie pasivity sa odporúča relaxácia. Pasivita je spojená s úzkosťou, na ktorú pôsobí cvičenie pozitívne. Pri relaxačných cvičeniach postupujeme rovnako ako v prípade úzkosti (Blok A, téma „Úzkosť“, štvrtá hodina) a za nimi nasleduje rozhovor.

Domáca úloha
Pacient by mal plniť týždenný plán a cvičiť relaxačné cvičenia. Terapeut má premýšľať o možnostiach aktivity pre pacienta.

7.2.4.2 Piata hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí boli aktivity detailne naplánované a teraz sa o nich diskutuje. Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách, za ktoré sa pacient nepochváli. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia.

Modely pasivity
S pacientom sa preberú faktory, ktoré sa podieľajú na pasivite. Treba:

- identifikovať príčiny vzniku pasivity,
- vysvetliť dôsledky príčin a usporiadať ich do oblastí (kognitívna, emocionálna, somatická),
- vysvetliť funkciu a význam pasivity v živote,
- diskutovať o dôsledkoch pasívneho správania (krátkodobé, dlhodobé, negatívne a pozitívne posilňovanie).

Pri diagnostikovaní úzkosti starého človeka sa objavujú zvláštnosti súvisiace s pasivitou:

- Pasivita je často zastretá telesným syndrómom.
- Pacient zdôvodňuje pasivitu objektívnymi faktormi, ktoré prináša staroba (smrť partnera alebo priateľa).
- Pacient zdôvodňuje pasivitu subjektívnymi faktormi (*„To nie je pre starých ľudí.“*).
- Prípadné aktivity sa v tomto veku považujú za bezcenné alebo nezmyselné.
- Pacient má pocit, že niektoré aktivity už nedokáže vykonávať.
- Zmenami v živote (napríklad presťahovaním sa do domova dôchodcov, stratou sluchu) sa pacientovi zdajú niektoré aktivity nereálne alebo nezmyselné.

Pasivita nadväzuje na konkrétnu situáciu (zmena životných podmienok).

Prekonávanie pasivity
Pri prekonávaní pasivity sú dôležité biografické aspekty identity pacienta. Treba zachovať nasledovné zásady:

- aktivácia by nemala pacientovi spôsobovať napätie,
- dôležitá je precízna príprava aktivít,
- sprevádzanie pacienta pri plnení aktivít,
- dávať pozor na preťaženie pacienta,
- zachovať postupnosť a stupňovanie aktivít.

Do terapie sa to premietne takto:

- plánovanie aktivít,
- plnenie týždenného plánu,
- stanovenie aktivít,
- náročnejšie úlohy,
- cvičenie iného myslenia.

Plánovanie aktivít

- Stanovia sa úrovne aktivity.
- Výber príjemných činností.
- Pomoc pri konkretizovaní.
- Usporiadanie jednotlivých aktivít od najľahších po najťažšie.
- Za odvahu a aktivitu je nevyhnutné pochváliť.
- Nie je dobré, keď sa pacienti cítia hneď od začiatku preťažovaní. Najmä starší, ale aj mladší pacienti sa zvyknú sťažovať, preto je dôležité zvoliť gradujúce, stupňujúce sa úlohy.
- Na záver prichádza stanovenie plánu pre nasledujúce sedenie, ktoré závisí od úrovne aktivity. Terapeut rozhodne, do akej miery bude do plánu zasahovať.

Stupňujúce sa úlohy
Ako sme už uviedli, je dôležité, aby pacient nebol preťažovaný, preto je nevyhnutné voliť aktivity s ohľadom na obmedzenia a stav pacienta.

Aktivizácia
Na konci nasleduje plánovanie dní do ďalšieho sedenia. Ako pomoc slúži dotazník, ktorý je uvedený ako príloha č. 1.13 medzi materiálom na piatu až siedmu hodinu.

Relaxácia
Na prekonanie pasivity sa odporúčajú relaxačné cvičenia. Pasivita je spojená s úzkosťou, na ktorú pôsobí cvičenie pozitívne. Postupujeme rovnako ako pri úzkosti (Blok A, téma „Úzkosť“, štvrtá hodina). Po cvičení nasleduje rozhovor.

Domáca úloha
Pacient by mal plniť týždenný plán a cvičiť relaxačné cvičenia. Terapeut má premýšľať o možnostiach aktivity pre pacienta podľa toho, čo sa o pacientovi počas terapie dozvedel.

7.2.4.3 Šiesta hodina
Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí sa naplánovali aktivity a teraz sa o nich diskutuje. Terapeut sa napríklad opýta: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené činnosti, za ktoré terapeut pacienta pochváli. Bez pochvaly sa diskutuje o nesplnených aktivitách. Hľadajú sa ich príčiny. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Kontrola následkov
V rozhovore sa upriami pozornosť na následky terapie a rôznych aktivít.

Relaxácia
Vykoná sa relaxačné cvičenie. Po cvičení nasleduje rozhovor.

Domáca úloha
Pacient by mal plniť týždenný plán a cvičiť relaxačné cvičenia. Terapeut má premýšľať o možnostiach aktivity pre pacienta podľa toho, čo sa o pacientovi počas terapie dozvedel.

7.2.4.4 Siedma hodina
Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí boli aktivity detailne naplánované a teraz prebieha diskusia o ich plnení. Terapeut sa môže opýtať: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa aj o nesplnených aktivitách, a to bez pochvaly.

Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Preverenie cieľov terapie GAS
Pacient predloží svoj plán terapie. Preverí sa jej aktuálny stav a ciele. Nasleduje rozhovor s pacientom a vyhodnotenie, pri ktorom terapeut vyzdvihne dosiahnuté výsledky. Dôležité je motivovať pacienta do ďalšej práce. Najbližšie preverenie bude na konci terapie – na záver 12. hodiny.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Plniť týždenný plán. Ďalej robiť relaxačné cvičenia. Terapeut si má premyslieť, ktorú tému z bloku B je vhodné zvoliť.

7.2.5 Blok B – Téma: „Straty“

7.2.5.1 Ôsma hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Diskutuje sa o aktivitách naplánovaných na poslednom stretnutí. Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách bez pochvaly pacienta. Hľadajú sa ich príčiny. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Terapeutická práca s emocionalitou
Na začiatku terapeutickej práce na spracovávaní smútku má terapeut pacienta povzbudiť, aby dokázal prejaviť svoje negatívne pocity súvisiace napríklad so smrťou partnera alebo s inými stratami spojenými so zmenami v jeho živote. Rozhovor má byť vedený nedirektívne, pacient sa má cítiť chránený – cíti, že má priestor, aby vyjadril a pomenoval svoje problémy, keď je to nevyhnutné. Terapeut sa môže napríklad pýtať: *„Ako zomrel váš manžel?“*, *„Zmenilo sa niečo po jeho smrti?“*, *„Na čo myslíte, keď si spomínate na svoj spoločne strávený čas?“*
Pacient má mať pocit, že môže bez problémov vyjadriť a povedať, čo má na srdci, preto by mal terapeut naplánovať dostatok času na rozhovor. Je niekoľko možných tém, ktoré sú vhodné na komunikáciu o emocionalite.

- Strata – partnera, telesných schopností.
- Samota.
- Úzkosť – zo smrti.
- Pocit viny – zo smrti partnera, priateľov: „Keby som k nemu nebol taký tvrdý, možno by sme sa nerozhádali.“
- Bezmocnosť – napríklad v preberaní rôznych činností po partnerovi, ktorý zomrel.
- Strata hodnôt a zmyslu života – napríklad po dlhom opatrovaní partnera, ktorý zomrel.

Informácie o smútku
Pacientovi treba v primeranej a zrozumiteľnej forme vysvetliť, ako človek v smútku reaguje. Vďaka tomu môže pochopiť aj svoju reakciu v rámci depresie, ktorú prežíva. Nemá mať pocit, že sa jeho problémy neberú vážne. Pacient si môže uvedomiť, že smútok zo straty blízkeho človeka je prirodzená vec a že sa za to nemusí hanbiť. Úlohou terapeuta je vysvetliť, že smútok prežíva každý človek individuálne. V rozhovore možno s pacientom prebrať fázy smútku:

- fáza šoku – psychické zrútenie, afektívne výbuchy, potreba stiahnuť sa,
- fáza pochybností a žiaľu – intenzívne pocity smútku zmiešané s pocitom viny, strachom a agresivitou, časté iracionálne hľadanie toho, čo je stratené,
- fáza prispôsobenia sa a odpočinku – snaha vyznať sa a zorientovať v novej situácii, uzavrieť nové vzťahy.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Plniť týždenný plán. Pacient má ďalej robiť relaxačné cvičenia.

7.2.5.2 Deviata hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacienti predložia terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí sa aktivity detailne naplánovali a teraz sa o nich diskutuje. Terapeut sa môže opýtať: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách, ale pacient nie je pochválený. Hľadajú sa

príčiny, prečo nie sú splnené. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Podnety a reakcie spojené s prežívaným smútkom
Pacientovi treba poskytnúť priestor, aby hovoril o svojom smútku a pocitoch. Úlohou terapeuta je poukázať na možné spôsoby prekonania smútku a ako fungujú obranné mechanizmy. Možno pomôcť otázkou: *„Čo to pre vás znamená?“* Je dôležité dôkladne hovoriť o podnetoch, následkoch a možnej kontrole v súvislosti so smútkom. Identifikuje sa nežiaduce správanie po smrti blízkej osoby, čo takéto správanie podnecuje a aký má priebeh. Pacient sa snaží o opätovnú prítomnosť zosnulého. Ako najčastejší prejav sa uvádza vystavenie fotografie zosnulého na určité miesto. Fotografie vyplňujú vnútornú prázdnotu. V snahe o prítomnosť zosnulého však musí existovať určitá miera a počas terapie by sa mala táto potreba zmierňovať. Pri smútku sa vyskytujú určité typické reakcie:

- stiahnutie sa zo sociálneho okolia,
- zmena každodenného života (dlhšie ranné zotrvávanie v posteli, nepravidelná strava),
- zanedbanie vlastnej osoby (oblečenie, pranie),
- rituály (opätovné kladenie novín na stôl, aj keď už manžel nie je prítomný),
- vystavovanie „kultových predmetov“, ktoré symbolizujú partnera,
- prehnané navštevovanie cintorína.

Problém spočíva v tom, že časť tohto správania je a časť nie je kontraproduktívna. Úlohou terapeuta je rozlíšiť to a nájsť individuálny prístup. Dá sa spýtať aj na predchádzajúce podobné skúsenosti: *„Ako ste sa cítili, keď zomrela vaša matka?“*, *„Zažili ste už niekedy niečo podobné?“* Toto a posledné stretnutie slúžia na zozbieranie dostatočných informácií potrebných na ďalší postup.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Pacient si má všímať seba a uvedomovať si vlastnú stratégiu vyrovnávania sa so žiaľom. Má plniť týždenný plán a ďalej robiť relaxačné cvičenia. Terapeut vypracuje model, ako by mohol pacient prekonať

problém žiaľu. Na lepšie pochopenie modelu si môže urobiť pomocné náčrty alebo poznámky. Medzi materiálom na druhú hodinu úvodu ako príloha č. 1.3 je uvedená tabuľka modelu S-O-R-K, ktorá sa môže použiť.

Príklad
S: časté návštevy cintorína
nasledujú
O: depresívne nálady
nasleduje
R: zameranie sa na smútok, zosilnenie smútku, stiesnenie v myslení a vnímaní
nasleduje
K: stiahnutie sa zo sociálneho prostredia, strata záujmov a aktivít

7.2.5.3 Desiata hodina
Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí boli aktivity detailne naplánované a teraz je diskusia o ich plnení. Terapeut sa napríklad opýta: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách bez pochvaly a hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Model vzniku smútku
Keď sa terapeut venoval dve hodiny opisu prežívania smútku pacienta, navrhne mu model, ako sa vyrovnať so smútkom. Model formuluje spolu s pacientom: *„Myslíte si, že vám to robí dobre?“*, *„Viete si predstaviť, že by ste to robili aj inak?“* Pacientovi sa môže odporúčať, aby viac nenavštevoval cintorín alebo návštevy zredukoval na maximálne dvakrát za týždeň namiesto doterajšieho chodenia niekoľkokrát za deň. Dá sa pritom odvolať na zomretého: *„To by si váš manžel určite neprial.“* Podobne postupujeme aj pri inom nežiaducom správaní. Dôležité je pacientovi ponúknuť namiesto tohto správania iné hodnotné aktivity. Závery sa potom zakomponujú do týždenného plánu. Je dôležité vyvarovať sa poučovania. Do centra pozornosti dávame pacienta: *„Necítili by ste sa lepšie, keby… ?“* Dôležité je, aby pacient pochopil súvislosti a aby to prijal, preto sa treba upriamiť na spôsob komunikácie a argumentácie.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Pacient sa má zamýšľať nad modelom vyrovnávania sa so žiaľom, plniť týždenný plán a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Terapeut sa znova zamyslí nad modelom vyrovnávania sa so žiaľom a nad perspektívami do budúcnosti.

7.2.5.4 Jedenásta hodina
Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí sa aktivity detailne naplánovali a teraz sa o nich diskutuje. Terapeut sa napríklad opýta: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách, no bez pochvaly. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Perspektíva
V rámci štvrtého sedenia sa preberajú pacientove zmeny v správaní a postojoch a má sa hovoriť aj o perspektíve. Najdôležitejšie je prijatie reality. Pacienta pritom treba povzbudiť k odvahe, pripomenúť mu, že kvôli smútku nie je možné prežívať iné krásne veci. Terapeut sa snaží odviesť pozornosť od straty a povzbudzuje k produktívnemu životu. Spolu s pacientom spravia zhrnutie a reflexiu predchádzajúcich sedení.

Je dôležité citlivo pripomenúť, že pričasté návštevy cintorína nie sú znakom smútku, ale depresie. Ideálne je návštevy redukovať a nakoniec ostať pri dvoch návštevách za mesiac. Musí to byť však pre pacienta prijateľné. Je vhodné napríklad pripomenúť: *„Skúste sa opäť stretávať so svojimi priateľmi.“*

Je dôležité, aby pacient vnímal terapiu ako pomôcku na naštartovanie. V terapii sa dajú urobiť iba malé kroky a potom musí pokračovať pacient sám. Nedochádza ku kompletnej terapii problémov, ktoré sú spojené so smútkom, ale pacientovi sa má otvoriť perspektíva do budúcnosti, aby po inicializácii pokračoval v terapii samostatne.

+1 *Relaxačné cvičenie*
0 Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.
-1

Domáca úloha
Uviesť do života to, čo sa na sedení povedalo, zanechať nežiaduce správanie a cvičiť zmysluplné stratégie na vyrovnanie sa so žiaľom, napríklad kúpiť si nejakú milú vec. Pacient má plniť týždenný plán a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Terapeut sa pripraví na záverečné sedenie.

7.2.6 Blok B – Téma: „Zmena bydliska“
7.2.6.1 Ôsma hodina
Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí boli aktivity detailne naplánované a teraz prebieha diskusia o ich plnení. Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje pochvala. O nesplnených aktivitách sa diskutuje bez pochvaly. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Zvláštna pozornosť sa venuje ponukám domova dôchodcov, v ktorom pacient býva alebo v blízkej budúcnosti bude bývať. Pacient má zistiť, aké aktivity ponúka inštitúcia, a informácie prinesie na najbližšie sedenie.

Pozadie problému zmeny bydliska
Zmenou bydliska sa myslí presťahovanie k príbuzným, do domova dôchodcov alebo do opatrovateľského domu. Ďalej sa budeme zaoberať hlavne dvoma prípadmi:

- Pacient už v domove dôchodcov je a má zmenu bydliska za sebou.
- Pacient je v situácii, keď sa má presťahovať do domova dôchodcov.

Takáto zmena je pre ďalšie usporiadanie života pacienta rozhodujúca vec. Na začiatku bloku by mal mať pacient priestor na vyjadrenie všetkých svojich starostí a pocitov, ktoré sa spájajú so zmenou bydliska. Pacient môže byť zasiahnutý, smutný alebo prežívať zlosť. Dôležité je konkretizovať problém: *„Aké ste mali problémy spojené so zmenou bydliska?, Aké boli dôvody na presťahovanie?, Čo sa zmení vaším presťahovaním?, Čoho sa musíte zrieknuť?, Čo bude novým?“* Možnými témami sú:

+1 - prijať alebo vziať na vedomie straty autonómie,
- strach z budúcnosti,
0 - strata perspektívy a chuti plánovať budúcnosť,
-1

- strata záujmu nadväzovať sociálne kontakty,
- samota, hlavne po zmene prostredia,
- strata hodnôt a zmyslu, strata pocitu hodnoty vlastného života,
- strata všetkých povinností,
- pocit zlosti alebo nenávisti k vlastným deťom,
- negatívna životná bilancia.

Pozitíva pri zmene bydliska
Na sedení sa ukáže aj to, že vďaka presťahovaniu do domova dôchodcov má pacient možnosť byť v spoločnosti, kde môže nadviazať kontakt s mnohými ľuďmi, a že už nie je viac doma osamotený. Len málokedy sa po presťahovaní zhoršia vonkajšie životné podmienky – zlepšujú sa predovšetkým objektívne, nie subjektívne podmienky. Dôvodom presťahovania môže byť lepšie opatrovanie. Pacientovi sa vysvetlí, že sa nachádza v procese vyrovnávania sa s danou situáciou. Neznamená to, že je v nejakej bezvýchodiskovej situácii, hoci to tak môže interpretovať.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Pacient má plniť týždenný plán a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Má priniesť ponuky domova dôchodcov. Terapeut si má premyslieť situáciu spojenú s bývaním pacienta.

7.2.6.2 Deviata hodina
Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí detailne naplánovali aktivity a teraz o nich diskutujú. Terapeut sa napríklad opýta: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách bez pochvaly. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Podnety a reakcie spojené so zmenou bydliska
Počas tejto hodiny má pacient opäť možnosť vyjadriť sa k svojej situácii spojenej s bývaním. Terapeut vyjadrí pochopenie. Treba sa zamerať na obranné mechanizmy a spôsoby vyrovnávania sa s touto situáciou.

+1
0
-1

Terapeut sa môže spýtať: *„Ako sa s tým vyrovnávate?“*, *„Čo to pre vás znamená?“*

Terapeut sa snaží urobiť štruktúrovanú analýzu novej životnej situácie – nachádza podnety a depresívne reakcie, ktoré sú spojené s procesom presťahovania. Nová situácia a nové okolie môžu pacienta pri niektorom konaní brzdiť a sťažovať proces adaptácie. Často sa stáva, že vyčíta svojím deťom: *„Keby si mi chodil na nákupy, nemusel by som byť tu“*, *„Keby si ma zobral k sebe, neocitol by som sa tu.“* Na základe takýchto reakcií sa potom mladí ešte viac stránia starých rodičov.

Treba odhaliť, pre aké dôvody sa pacient sťahuje do izolácie, a rozlíšiť, ktoré správanie v jeho živote je kontraproduktívne a ktoré nie. Napríklad častejšie prechádzky môžu byť veľmi užitočné, no môžu byť aj možnosťou úniku.

Terapeut sa pýta aj na predchádzajúci život: *„Aké to bolo pre vás, keď ste sa niekedy predtým presťahovali do iného mesta?“*, *„Prežili ste už niečo podobné?“* Táto hodina slúži na zber informácií, aby sa na budúcej hodine dal vytvoriť model, ako sa s týmto problémom vyrovnať.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Pacient má premýšľať, čo sa v jeho živote presťahovaním zmenilo alebo môže zmeniť. Má sa pozorovať, plniť týždenný plán a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Terapeut má vypracovať model, ako by pacient mohol prekonať problém presťahovania. Na lepšie pochopenie modelu si môže urobiť pomocné náčrty alebo poznámky. Medzi materiálom na druhú hodinu úvodu ako príloha č. 1.3 je uvedená tabuľka modelu S-O-R-K.

Príklad
S: iné zariadenie, teda iní obyvatelia, iný ošetrovateľský personál, iná opatera
nasledujú
O: telesné ťažkosti, negatívne očakávania
nasleduje
R: strach z budúcnosti, pocit straty hodnoty a zmyslu
nasleduje
K: stiahnutie sa zo sociálneho prostredia, strata záujmov a aktivít

+1
0
-1

7.2.6.3 Desiata hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom

Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí sa aktivity detailne naplánovali a teraz sa diskutuje o ich plnení. Terapeut sa môže opýtať: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách a pacient za ne nepochváli. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Vytvorenie modelu vyrovnania sa s presťahovaním

Keď pacient pri poslednom sedení vysvetlil terapeutovi, ako prežíva svoje presťahovanie, je úlohou terapeuta po analýze zostaviť model, ako sa vyrovnať s novou situáciou. Má vychádzať z pacientovho opisu: *„Hovorili ste, že odkedy ste v domove dôchodcov, nevychádzate z izby“*, *„Hovorili ste, že sa bojíte, že budete vyzerať ako iní obyvatelia domova.“* Pacienta potom treba priviesť k zisteniu toho, čo takéto prežívanie v jeho živote spôsobuje: *„Myslíte si, že vám to pomáha?“*, *„Viete si predstaviť, že by ste to robili nejako inak?“* Terapeut postupne navrhuje pacientovi iné spôsoby správania: *„Váš spolubývajúci by sa určite potešil, keby ste si s ním občas vypili kávu.“* Postupne sa objavujú nežiaduce formy správania. Dôležité je pacientovi ponúknuť namiesto tohto správania iné hodnotné aktivity. Závery sa potom zakomponujú do týždenného plánu. Treba sa vyvarovať poučovania. Do centra pozornosti dávame pacienta: *„Necítili by ste sa lepšie, keby… ?“* Pacient má pochopiť súvislosti a prijať ich. Dôležitý je spôsob komunikácie a argumentácie.

Relaxačné cvičenie

Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha

Pacient má premýšľať nad modelom vyrovnávania sa so svojou situáciou, plniť týždenný plán, do ktorého má zapracovať rôzne aktivity, a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Terapeut sa má zamyslieť nad modelom vyrovnávania sa so zmenami a premyslieť perspektívy do budúcnosti.

7.2.6.4 Jedenásta hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom

+1 Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí
0 boli aktivity detailne naplánované a teraz sa o tom diskutuje. Tera-
-1

peut sa napríklad opýta: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách bez pochvaly. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Perspektíva

Cieľom terapie je prijatie, a tým i uľahčenie pacientovej životnej situácie. Terapeut ho má povzbudiť a prebrať s ním konkrétne možnosti Asi najdôležitejšie je odvrátiť pozornosť od faktu presťahovania sa a pacientovu pozornosť sústrediť na užitočnejšie aktivity.

Častou témou je aj smútok nad stratou sociálnych vzťahov, ktorú presťahovanie spôsobilo. Smútok vedie k pasivite, sociálnej izolácii a depresívnej symptomatológii. Je dobré pacientovi odporúčať iné formy správania. Musia však byť preňho prijateľné: *„Ako by to bolo, keby ste niekedy prišli na návštevu na kávu? Váš kolega by sa z toho určite tešil.“* Alebo: *„Skúste občas ísť do hudobného krúžku.“*

Dôležité je, aby pacient vnímal terapiu ako pomôcku na naštartovanie. V terapii je možné urobiť iba malé kroky, potom musí pokračovať pacient sám. Nejde o úplné zvládnutie problému presťahovania. Pacientovi sa má otvoriť perspektíva do budúcnosti, aby po inicializácii pokračoval v terapii sám.

Relaxačné cvičenie

Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha

Pacient má uviesť do života rôzne druhy aktivity, plniť týždenný plán a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Terapeut sa pripraví na záverečné sedenie.

7.2.7 Blok B – Téma: „Problematicky prežívané zmeny v starobe“

7.2.7.1 Ôsma hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom

Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí si naplánovali aktivity a teraz o nich diskutujú. Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. O nesplnených aktivitách sa
+1 diskutuje bez pochvaly. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver
0 sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň. Zvláštna pozornosť sa venuje
-1

ponukám domova dôchodcov, v ktorom pacient býva alebo v blízkej budúcnosti bude bývať. Pacient má zistiť, aké aktivity ponúka inštitúcia, a informácie donesie na najbližšie sedenie.

Zmeny v starobe a ich prežívanie

Vo vyššom veku človek stráca sociálne funkcie. E. Tews (1994, 30 – 74; Adler, 2005, 99) hovorí, že dochádza k strate povinností v povolaní, k zmene úloh v rodine, k zmene postavenia v spoločenskom živote, ako sú spolky, priatelia, cirkev, komunita. So starobou prichádza pocit, že človek prekáža, je zbytočný alebo nepotrebný. Je konfrontovaný so stratou statusu. Čelí poklesu výkonu v rôznych oblastiach, najmä v motorickej, senzorickej alebo telesnej schopnosti. Keď toto všetko človek zakúša, je vystavený riziku, že stratí zmysel života, začne pociťovať pominuteľnosť života a že sa uňho rozvinie depresívna symptomatológia.

J. H. Barett a R. J. Havighurst (Adler, 2005, 99) charakterizujú starobu ako zvládnutie vývojových úloh, respektíve opustenie úloh, ktoré sa splnili v predchádzajúcom období, a angažovanie sa v oblastiach a úlohách, ktoré v starobe prichádzajú. Vývojové úlohy sú nasledovné:

- prispôsobenie sa dôchodku a zníženému príjmu,
- prispôsobenie sa poklesu telesnej výkonnosti,
- prispôsobenie sa zmene úloh v rodine,
- akceptácia statusu starého človeka a prijatie príslušnej sociálnej skupiny,
- prispôsobenie sa zmene v oblasti sexuality,
- preorientovanie sa v dimenzii závislosti – nezávislosť od roly dávajúceho k role prijímajúceho.

V odbornej literatúre sa vedie diskusia o vývojových úlohách. Niektorí autori namietajú a hovoria, že úlohy sú pre každého individuálne a neplatia pre každého v rovnakej miere.

J. Wittkowski hovorí, že pacient si postupne môže uvedomovať, že smrť je čoraz bližšie, čo J. E. Birren spája s tým, že to vedie starnúcich ľudí k bilancii života. Ak je bilancia prežitého negatívna a pacient nie je spokojný s tým, čo prežil a dosiahol, nevie akceptovať ani konečnosť života (Adler, 2005, 99).

Na tomto sedení treba zhodnotiť zmeny spojené so starobou a nájsť súvislosti s depresívnymi symptómami. Ak je to aktuálne, možno hovoriť aj o vývojových úlohách a probléme smrti. Pacientovi sa dá priestor na vyjadrenie prežitých negatívnych skúseností a všetkých

ostatných negatívnych pocitov spojených so zmenami v starobe. Terapeut v tom pacienta podporí:

„Čo sa u vás zmenilo odchodom na dôchodok?“

„Čo pre vás znamená to, že vám ubúda síl?“

„Aké je vaše postavenie v rodine a ako sa čo zmenilo?“

„Čo sa zmenilo odvtedy, čo sa váš syn/dcéra oženil/vydala?“

„Zmenilo sa niečo odvtedy, ako sa vám narodilo vnúča?“

„Aké zmeny prinieslo do vášho života, keď sa vysťahovali vaše deti a postavili sa na vlastné nohy?“

„Čo pre vás znamená byť starým?“

„Zmenila sa vaša sexualita?“

„Pýta od vás niekto radu?“

„Aké to je, keď už od vás nepotrebujú tak veľa pomoci?“

„Ste spokojný so svojím životom?“

„Zaoberáte sa niekedy myšlienkou na vlastnú smrť alebo na umieranie?“

Terapeut sa má snažiť zhodnotiť myšlienky a obavy pacienta, pričom je dôležité nájsť vysvetlenie alebo protiargumenty.

Relaxačné cvičenie

Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha

Pacient si má premyslieť, čo sa v jeho živote starnutím stalo problematické. Má sa pozorovať, plniť týždenný plán a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Terapeut má identifikovať problematické témy pacientovho života.

7.2.7.2 Deviata hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom

Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí boli aktivity detailne naplánované a teraz sa diskutuje o ich plnení. Terapeut sa opýta: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Bez pochvaly sa zase diskutuje o nesplnených aktivitách. Hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Podnety a reakcie spojené so zmenami v starobe

Deviate sedenie je zamerané na negatívne kognície. Pacient má byť povzbudzovaný, aby vyjadril všetky svoje negatívne myšlienky a emócie

spojené so zmenami v starobe. Terapeut sa ho spýta, ktoré zmeny sú preňho problematické. Na tomto sedení sa pozornosť upriamuje na spôsob zvládania a obranné mechanizmy. Pacientovi preto možno položiť otázku: *„Ako s tým dokážete žiť?“* alebo so zameraním na kogníciu: *„Čo to pre vás znamená?“* Príkladmi ďalších otázok sú:

„Ako sa dokážete vyrovnať s tým, že vaše rady už nikoho nezaujímajú?“

„Na svojom predošlom pracovisku ste vydávali rozkazy, teraz ich musíte plniť. Ako to znášate?“

„Čo vás najviac obmedzuje v súvislosti s telesnosťou?“

„Ako sa staviate k svojim vráskam?“

„Ako prijímate fakt, že o dianí v rodine teraz rozhoduje vaša nevesta a že vašim deťom sú iní ľudia vzácnejší než vy?“

„Ako sa dokážete vyrovnať s tým, že váš partner chce častejšie pohlavný styk než vy?“

„Ako sa vyrovnávate s myšlienkou na smrť?“

Treba odhaliť tie podnety, ktoré podporujú depresívne prežívanie. Vďaka rozhovoru môže pacient lepšie porozumieť svojim problémom.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Pacient sa má pozorovať, plniť týždenný plán a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Terapeut si zase má uvedomiť problematické témy týkajúce sa starnutia pacienta a vypracovať model, ako by ich pacient mohol prekonať. Na lepšie pochopenie modelu si môže urobiť pomocné náčrty alebo poznámky. Medzi materiálom na druhú hodinu úvodu ako príloha č. 1.3 je uvedená tabuľka modelu S-O-R-K, ktorá sa môže použiť.

Príklad
S: prečítanie si nekrológu v novinách
nasledujú
O: telesné ťažkosti
nasleduje
R: „Aj ja čoskoro takto zomriem“
+1 nasleduje
0 K: „Takže už nepotrebujem nič podnikať“, pasivita
-1

7.2.7.3 Desiata hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom
Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí si naplánovali aktivity, o ktorých teraz diskutujú. Terapeut sa napríklad opýta: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Bez pochvaly sa diskutuje o nesplnených aktivitách a hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Vytvorenie modelu vyrovnania sa s problematickými zmenami v starobe
Keď pacient pri poslednom sedení vysvetlil terapeutovi, ako prežíva svoje zmeny v starobe, treba zostaviť model, ako sa vyrovnať s problematickými zmenami. Je dôležité vychádzať z pacientových vyjadrení: *„Odkedy som na dôchodku, nikto sa o mňa nezaujíma“*, *„Ako stará mama nemám žiadne slovo v rodine.“* Model sa vypracuje v dialógu s pacientom napríklad pomocou otázok: *„Myslíte, že je vaše správanie v danej situácii prospešné?“*, *„Viete si predstaviť, že by ste to robili aj inak?“*

Príklad
Neustále zaoberanie sa myšlienkou na smrť napríklad čítaním nekrológov v novinách vedie k tomu, že pacienta táto myšlienka pohltí. Stiahne sa a „zahrabáva sa“ vo svojom príbytku. Jeho pasivita má negatívne následky. Nie je to zmysluplný prístup k fenoménu smrti. Pacientovi sa dá poskytnúť aj iná alternatíva, ako môže k realite smrti pristupovať. Závery sa potom zakomponujú do týždenného plánu. Treba sa vyvarovať poučovania. Do centra pozornosti dávame pacienta: *„Necítili by ste sa lepšie, keby… ?“* Je dôležité, aby pacient pochopil súvislosti a aby to prijal, preto je podstatný spôsob komunikácie a argumentácie.

Relaxačné cvičenie
Na konci hodiny sa s pacientom robí relaxačné cvičenie.

Domáca úloha
Pacient sa má cvičiť v inom správaní, plniť týždenný plán a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Terapeut sa zamyslí nad modelom vyrov-
+1 návania sa pacienta s problematickými zmenami v starobe a navrhne
0 perspektívy do budúcnosti.
-1

7.2.7.4 Jedenásta hodina

Zaoberanie sa týždenným plánom

Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí boli aktivity detailne naplánované a teraz sa diskutuje o ich plnení. Terapeut sa opýta: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách – bez pochvaly – a hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity na ďalší týždeň.

Perspektíva

Témou tohto sedenia je zmenené správanie a perspektíva. V centre stojí predovšetkým akceptácia a súhlas s realitou, teda prijatie zmien, ktoré staroba prináša. Pacient si má všímať aj pozitívne aspekty staroby, ako sú menšia zodpovednosť v rodine, menší stres, viac času na príjemnejšie aktivity, bezstarostný život, vnúčatá ako príjemné rozptýlenie. W. Saup hovorí, že terapia má hľadať spôsoby rozumného a aktívneho využitia týchto pozitív, poukázať na to, že staroba je šanca prežiť život konštruktívne. Pri nespokojnosti s vlastnou situáciou a s konečnosťou života sa terapia snaží o akceptáciu vlastného života. Pomáha pacientovi vnímať pekne prežité okamihy alebo zdôrazňovať, že úspech detí alebo vnúčat je aj úspech starého rodiča. Väčšia spokojnosť so životom uľahčuje prijatie konečnosti života (Adler, 2005, 108).

Zhrnú sa sedenia o problematických zmenách v starobe s cieľom motivovať pacienta k novému spôsobu správania. Dôležitá je aj snaha o zmenu disfunkčného myslenia a stanovenie cieľov, ktoré sú reálne. Pacient by mal vnímať terapiu ako pomôcku na naštartovanie, pretože v terapii je možné urobiť iba malé kroky a potom musí pokračovať pacient sám. Nejde o úplné zvládnutie všetkých problémov spojených so starobou. Pacientovi sa má otvoriť perspektíva do budúcnosti, aby po inicializácii pokračoval v terapii sám.

Relaxačné cvičenie

Na konci hodiny sa robí s pacientom relaxačné cvičenie.

Domáca úloha

Pacient sa má cvičiť v inom správaní, plniť týždenný plán a pokračovať v relaxačných cvičeniach. Terapeut si má premyslieť priebeh záverečného sedenia.

7.2.8 Záver

7.2.8.1 Dvanásta hodina

Pri dvanástom sedení sa prechádza k rekapitulácii a zhrnutiu poznatkov, k čomu patrí aj formulovanie plánov a predsavzatí, hovorí sa o ďalšej medikácii a profylaxii. Termín ďalšej kontroly je o 6 mesiacov.

Zaoberanie sa týždenným plánom

Pacient predloží terapeutovi týždenný plán. Pri poslednom stretnutí si detailne naplánovali aktivity a teraz sa diskutuje o ich plnení. Terapeut sa opýta: *„Aké ste mali problémy v súvislosti s týmito aktivitami?“* Perom sa označia splnené aktivity a nasleduje za ne pochvala. Diskutuje sa o nesplnených aktivitách, pacient za ne nie je pochválený a hľadajú sa príčiny ich nesplnenia. Na záver sa naplánujú aktivity, ku ktorým je pacient ešte raz povzbudzovaný. Pacient a terapeut spoločne zostavia tabuľku týždenných aktivít pre nasledujúce obdobie. Medzi materiálom na dvanástu hodinu je ako príloha č. 1.14 uvedená tabuľka, ktorá sa môže použiť. Príklad vyplnenia sa nachádza v nasledujúcej tabuľke č. 9.

Pri kontrole po 6 mesiacoch sa terapeut zaoberá plnením plánu. V týždni pred kontrolou je dobré pacientovi zavolať a pripomenúť mu, aby nezabudol prísť na kontrolu.

Záverečná diagnostika

Zrekapituluje sa prítomná symptomatológia, pričom sa použije *Stupnica depresie pre starých ľudí* (príloha č. 1.1), *Montgomery-Asbergová škála* (príloha č. 1.2), *Self-Rating Anxiety Scale* (príloha č. 1.11) alebo *Hamilton Anxiety Scal* (príloha č. 1.12).

Pacient vyplní kontrolný dotazník, ktorý je uvedený ako príloha č. 1.15. Nakoniec sa s pacientom diskutuje o zmenách zaznamenaných počas terapie – terapeut pacienta pochváli za dosiahnuté úspechy a ďalej ho motivuje.

Vyhodnotenie úspešnosti terapie

Pomocou formulára cieľov (GAS) sa preverí aktuálny stav úspechov a splnených cieľov terapie. Stanovia sa konkrétne plány na budúce obdobie, plánuje sa ďalšia aktivita a starostlivosť, ako je napríklad užívanie liekov alebo eventuálna intervencia v dennom stacionári. Pacient sa vedie k preberaniu zodpovednosti za seba samého.

Čas	Pondelok	Utorok	Streda	Štvrtok	Piatok	Sobota	Nedeľa	Možné aktivity
06.00								Prechádzka v okolí
09.00								Zavolať známej
10.00	Denný stacionár		Denný stacionár			Pranie		Ísť s niekým do kina
11.00						Upratovanie domu		Ísť s niekým na kávu
12.00					Opatrovanie vnúčat		Obed u dcéry	Ísť na večeru
13.00				Káva s Jozefom				
14.00		Cvičenie pre seniorov				Žehlenie bielizne		
15.00				Spev v spevokole				
16.00								
17.00								
18.00								
19.00								
20.00								
Najbližšie stretnutie v stredu 1. októbra 2009 o 14.00.								

Tabuľka č. 9: Príklad týždenného plánu po ukončení terapie.

Vyhliadka

S pacientom sa preberie plán ďalšej etapy jeho života:

- aktivity,
- ďalšia starostlivosť, riziko opätovného zhoršenia stavu, spôsob prevencie a správanie sa pri opätovnom zhoršení,
- spôsoby vyrovnávania sa so symptómami, ako sú strach alebo telesné ťažkosti.

+1___
0 ___
-1___

Nasleduje rozlúčka s pacientom a vyjadrenie vďaky. Je dobré poukázať na pacientovu snahu: *„To podstatné ste zvládli sami!“*, pochváliť jeho výkon: *„Určite to pre vás nebolo ľahké!“* Tým sa posilňuje sebavedomie pacienta. Je dobré vyjadriť pacientovi aj sympatie: *„Bolo pre mňa radosťou, že s vami môžem spolupracovať, že som mohol byť nápomocný.“* Dôležitý je prísľub, že v prípade otázok je terapeut k dispozícii aj naďalej. Naplánovaním nasledujúceho termínu sa program terapie končí.

+1___
0 ___
-1___

DEMENCIA

Demencia patrí medzi štyri najčastejšie duševné choroby v starobe (Vojtěchovský, 1994, 16). Vyskytuje sa v 5 percentách populácie nad 65 rokov a v 25 percentách nad 80 rokov (Smolík, 2002, 67). Prevalencia demencie po 60. roku života exponenciálne rastie – každých 5 rokov je približne dvojnásobná (Jirák, Koukolík, 2004, 20). Vďaka nárastu dlhovekosti v Európe je počet starých ľudí s demenciou v spoločnosti v súčasnosti taký vysoký, aký ešte doteraz v histórii nikdy nebol. Napríklad v Nemecku je postihnutých asi milión ľudí, v Českej republike je to asi stotisíc (Holmerová a kol., 2004, 17). Je paradoxné, že i napriek takým vysokým číslam neexistuje dostatok kvalitných vedeckých štúdií o starobe (Feil, Sutton, Johnson, 2001, 30).

1. DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ

Senilnú demenciu definoval v roku 1838 vo svojej monografii *Duševné choroby* francúzsky psychiater J. E. D. Esquirol (1989). K diagnostike senilnej demencie prispel v roku 1910 aj nemecký psychiater E. Kraepelin (Nascher, 2006, 12).

Demencia je syndróm, ktorý vzniká následkom choroby mozgu. Dochádza k narušeniu kôrových funkcií vrátane pamäti, myslenia, orientácie, chápania, uvažovania, schopnosti učiť sa, reči a úsudku, no vedomie nie je zastreté. Zhoršenie kognitívnych funkcií je niekedy sprevádzané zhoršením kontroly emócií (emocionálna labilita, podráždenosť, apatia), zhoršením sociálneho správania (hrubosť) a oslabením motivácie. Na pacientoch s demenciou možno často pozorovať zvýraznenie premorbídnych charakterových čŕt. Napríklad kedysi podozrievavý jedinec nadobúda s postupujúcim rozvojom demencie paranoidné črty alebo predtým distingvovaný slušný pán vykladá na verejnosti obscénne historky, prípadne sexuálne obťažuje (Schandry, 2006, 438; Smolík, 2002, 64 – 66).

1.1 Zhoršenie pamäti pri demencii

Pacient je zábudlivý. Zhoršenie pamäti je najviac pozorovateľné pri učení nových informácií. V ťažších prípadoch dochádza k narušeniu aj skôr naučeného verbálneho a neverbálneho obsahu. Krátkodobá pamäť býva zhoršená viac ako dlhodobá (staropamäť). Pacient si nedokáže vybaviť názvy troch vecí po uplynutí piatich minút, ale môže si úplne bezchybne vybaviť udalosti z detstva. No niekedy býva zhoršená aj staropamäť – pacient si nevybavuje dôležité údaje, ktoré predtým vedel bez problémov (Smolík, 2002, 64, 96).

Pri demencii sa rozlišuje trojaká miera úbytku pamäti: mierna, stredná a ťažká. *Mierny úbytok* prekáža v denných činnostiach, no nie je taký závažný, aby pacient nebol sebestačný. Postihnutá je najmä schopnosť učiť sa novú látku. Pacient má problém vybaviť si veci bežného života, napríklad kde odložil veci alebo aký má program. *Stredne ťažký úbytok pamäti* znamená vážny handicap pre sebestačný život. V pamäti zostáva uchovaná dobre známa látka. Zapamätať si nové informácie je pacient schopný len príležitostne alebo na krátku dobu. Nevie si vybaviť základné informácie, napríklad o mieste, kde sa nachádza, o tom, čo nedávno robil alebo mená známych ľudí. *Ťažký úbytok pamäti* charakterizuje neschopnosť naučiť sa nové informácie. V pamäti ostávajú iba fragmenty skôr získaných informácií. Pacient nie je schopný rozpoznať ani blízkych príbuzných (Smolík, 2002, 65).

1.2 Pokles ďalších kognitívnych schopností

Pokles ďalších kognitívnych schopností sa vyznačuje úpadkom úsudku a myslenia (najmä abstraktného). Zhoršenie úsudku sa prejavuje neschopnosťou účelne plánovať, takže pacient sa nedokáže vyrovnať s bežnými medziľudskými, rodinnými alebo pracovnými problémami (Smolík, 2002, 65).

Aj pri demencii sa rozlišuje trojaká miera poklesu kognitívnych schopností. *Mierny pokles* spôsobuje zhoršenie výkonu v dennom živote. Pacient dokáže byť nezávislý od druhých. *Stredne ťažký pokles kognitívnych schopností* nedovoľuje jedincovi samostatne fungovať v bežnom živote. Nedokáže nakupovať a narábať s peniazmi a vykonáva len jednoduché práce. *Ťažký pokles kognitívnych schopností* súvisí s nedostatkom alebo absenciou zrozumiteľných predstáv. Celkovú závažnosť demencie určuje tá oblasť kognitívnej funkcie, ktorá je najviac postihnutá. Napríklad mierny úbytok pamäti a stredný úbytok kognitívnych schopností sa klasifikuje ako demencia strednej závažnosti. Pre klasifikovanie demencie musia príznaky trvať aspoň 6 mesiacov (Smolík, 2002, 65).

Zhoršenie abstraktného myslenia sa môže testovať napríklad tak, že sa pacienta opýtame na rozdiel medzi stolom a stoličkou, mačkou a psom, riekou a rybníkom alebo ho požiadame, aby vysvetlil zmysel nejakého známeho príslovia. Ďalšie poruchy kôrových funkcií, ako je *afázia*, *apraxia* a *agnózia* možno zistiť tak, že pacientovi dáme namaľovať ciferník hodín s určitým časom alebo mu dáme nakresliť kópiu jednoduchých obrázkov (Smolík, 2002, 69).

1.3 Poznámky k diagnostike

Pacient sa snaží minimalizovať alebo celkom potlačiť deficit v kognitívnej oblasti (Yesavage, Brink, Rose, 1983, 37 – 49; Smolík, 2002, 69), preto by mal byť pri diagnostike tento úbytok objektivizovaný údajmi od inej osoby. Pokiaľ je to možné, diagnostiku dopĺňajú neuropsychologické testy alebo kvantifikované vyhodnotenie kognitívnych funkcií (Smolík, 2002, 64 – 65). Štandardizované testové metódy sú dôležité predovšetkým na zachytenie patologických zmien v počiatočných štádiách choroby (napríklad pri nenápadne nastupujúcej demencii).

Pri diagnostikovaní demencie je dôležitá určitá rozvážnosť a opatrnosť. Treba rozlišovať medzi demenciou a zabúdaním, ktoré patrí k normálnemu starnutiu. Bežné poruchy pamäti pri normálnom starnutí sú iba ľahké a nenarušujú dennú činnosť. S demenciou sa môžu nesprávne zamieňať aj príznaky zneužívania alkoholu (Shahpesandy, 2005, 40 – 47). Niekedy je problematické odlíšiť demenciu od depresie. Pri vyšetrení intelektu podáva pacient s depresiou slabý výkon, čo pripomína demenciu. Naopak, pacient s demenciou sa môže javiť ako depresívny. Syndróm pripomínajúci demenciu spôsobený depresiou sa v americkej literatúre nazýva *„pseudodemencia“* (Smolík, 2002, 71, 224). U nás sa pseudodemencia chápe ako účelová reaktivita vyskytujúca sa v ťažkých životných situáciách (výkon trestu) bez vedomého zámeru predstierať poruchu.

Rozlíšeniu depresie a demencie pomáha niekoľko diagnostických znakov. Pri depresii zvyčajne možno určiť začiatok deficitu, pričom pri demencii býva pozvoľný. Pri depresii – na rozdiel od demencie – sú častejšie vegetatívne príznaky a porušenie fyziologických funkcií, ako je chuť do jedla a spánok. Pacient s depresiou – na rozdiel od pacienta

s demenciou – neskrýva deficit mentálnej výkonnosti. Pacient s depresiou neprejavuje pri testovaní snahu a často odpovedá „neviem". Pacient s demenciou snahu prejavuje a často odpovedá nesprávne. Pri depresii je postihnutá pamäť tak aktuálne udalosti (pamäť recentná), aj pre udalosti zo staršej doby (staropamäť). Pri demencii je recentná pamäť postihnutá viac ako staropamäť. Orientácia je pri depresii – na rozdiel od demencie – zachovaná a nevyskytujú sa stavy zmätenosti. Depresia je väčšinou reverzibilná, pričom 80 percent prípadov demencie je ireverzibilných (Smolík, 2002, 70 – 71). Viac uvádzame v časti o depresii.

2. KLASIFIKÁCIA

10. medzinárodná klasifikácia chorôb uvádza najvýznamnejšie organické duševné poruchy pre gerontopsychiatriu, vrátane symptomatických (F00 – F09), ktoré v sebe obsahujú tieto druhy demencií (Smolík, 2002, 74 – 86):

- demencia pri Alzheimerovej chorobe (F00),
- vaskulárna demencia (F01),
- demencia pri chorobách klasifikovaných inde (F02),
- nešpecifikovaná demencia (F03).

2.1 Demencia pri Alzheimerovej chorobe (F00)

Demencia pri Alzheimerovej chorobe (Alzheimerova choroba) patrí medzi najčastejšie formy demencie ľudí nad 60 rokov. Tvorí asi 65 percent všetkých demencií vo veku nad 65 rokov. Postihuje asi 10 percent populácie nad 65 rokov a 35 percent nad 85 rokov (Pinel, 2007, 319). Začína sa pozvoľným spôsobom v priebehu niekoľkých rokov a progreduje dlhé obdobie. Rizikovým faktorom je vek, ženské pohlavie a pravdepodobne aj úraz hlavy. Alzheimerova choroba je organické, primárne degeneratívne ochorenie mozgu neznámej etiológie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými rysmi. Prejavuje sa poruchami poznávacích funkcií, hlavne pamäti (Schandry, 2006, 439; Smolík, 2002, 74). Demencia bola opísaná už v roku 1906 A. Alzheimerom ako presenilná demencia. V súčasnosti zahŕňa tak presenilnú, ako aj senilnú formu demencie.

Mozog zomretých pacientov s Alzheimerovou chorobou je atrofický. *Atrofia mozgu* je do 80. roku života globálna. Po 80. roku však viac

postihuje spánkové laloky, pričom sa zväčšujú mozgové komory. Nález potvrdzujúci Alzheimerovu chorobu sa opiera o zistenie nadprahového počtu senilného plaku, teda terčovitých útvarov v kôre mozgu (Pinel, 2007, 320; Schandry, 2006, 439).

Jednou z diskutovaných tém je *dedičnosť demencie*. Objavujú sa názory, že demencia Alzheimerovho typu sa prenáša dedične dominantným spôsobom. Výskyt demencie v niekoľkých po sebe idúcich generáciách toto tvrdenie dokazuje. Iné názory hovoria o multifaktoriálnej dedičnosti. Väčšina štúdií potvrdzuje, že familiárny výskyt choroby sa značne zvyšuje vo ôsmom decéniu života. V deviatom sa blíži až k 50 percentám. Teda ak sa v užšej rodine nejakej osoby vyskytoval príbuzný chorý na Alzheimerovu chorobu, s 50 percentnou pravdepodobnosťou na ňu daná osoba ochorie po 80. roku svojho života. Táto diskusia nie je doteraz skončená. P. J. Pinel (2007, 320) hovorí: *„Problém pri skúmaní genetického faktora je v tom, že nositelia ochorenia často zomierajú prirodzeným spôsobom, skôr ako sa ochorenie manifestuje"* (Pinel, 2007, 320 – 321). Podobný názor vyjadruje aj R. Schandry (2006, 441).

2.2 Vaskulárna demencia (F01)

Vaskulárnu demenciu spôsobuje nedostatočné prekrvenie mozgu, teda vaskulárna nekróza mozgu v priebehu cievneho ochorenia. Môže nasledovať po predchádzajúcich ischemických atakoch alebo po mozgových príhodách. Jej začiatok sa obvykle objavuje v staršom veku. Tvorí asi 10 percent všetkých demencií pacientov vo veku nad 65 rokov. Častejšie sa vyskytuje u mužov ako u žien. Rizikovým faktorom sú hypertenzia a srdcové ochorenie (Schandry, 2006, 439). Prehľad vaskulárnych demencií uvádza P. Smolík (2002, 79 – 82). Spomeňme tie, ktoré sa staroby týkajú najviac.

Multifaktorová demencia (F01.1) – tento druh demencie charakterizuje prítomnosť mnohopočetných kôrových a podkôrových infarktov rozličného veku a veľkosti.

Subkortikálna vaskulárna demencia (F01.2) – ak je možné dokázať difúziu demyelinizácie bielej hmoty, používa sa názov *Binswangerova choroba.* Hoci sa najprv myslelo, že ide o chorobu so vzácnym výskytom, v súčasnosti sa ukazuje, že je to jedno z najčastejšie sa vyskytujúcich postihnutí mozgu. Makroskopické zmeny môžu byť nenápadné.

2.3 Demencia pri chorobách klasifikovaných inde (F02)

Do tejto kategórie patria demencie, ktorých rozvoj vyvolali iné príčiny než Alzheimerova choroba alebo cerebrovaskulárne ochorenie. Smolík (2002, 83 – 85) uvádza prehľad demencií pri chorobách klasifikovaných inde.

Demencia pri Pickovej chorobe (F02.0) – začína sa medzi 50. a 60. rokom života a rozvíja sa postupne. Pre chorobu sú charakteristické pomaly postupujúce zmeny charakteru pacienta a jeho spoločenský úpadok. Zhoršuje sa intelekt, pamäť a reč. Neskôr nastupuje apatia alebo eufória. Z hľadiska neuropatológie ide o atrofiu mozgu, konkrétne frontálnych a temporálnych mozgových lalokov. Ďalším typickým nálezom sú zdurené a zväčšené svetlé neuróny. Niektoré štúdie dokazujú úlohu genetického faktora. Väčšie riziko ochorenia je u mužov ako u žien.

Demencia pri Creutzfeldt-Jakobovej chorobe (F02.1) – tento druh demencie sa rozvíja postupne, má rozsiahle neurologické príznaky, ktoré vznikajú na základe neuropatologických zmien. Choroba sa obvykle začína v strednom a neskoršom veku, typický začiatok je v piatej dekáde života a končí sa smrťou za jeden až dva roky.

Demencia pri Huntingtonovej chorobe (F02.2) – vyskytuje sa ako súčasť rozsiahlej degenerácie mozgu v priebehu vzácnej dedičnej poruchy, ktorú opísal G. Huntington. Choroba postihuje mozgové neuróny. Hmotnosť mozgu môže poklesnúť až o 30 percent. Tretina výskytu choroby postihuje ľudí nad 50 rokov.

2.4 Príznaky nastupujúcej demencie

Nástup demencie môže byť nenápadný a jej príznaky sa môžu nesprávne diagnostikovať. Jedným z nenápadných prejavov je pseudoneurastenický syndróm, ktorý demenciu často predchádza a plynulo do nej prechádza. Je to najčastejší prípad nepsychotickej duševnej poruchy v starobe. Syndróm má príznaky neurasténie, ktoré vznikajú na základe postihnutia centrálnej nervovej sústavy rôznymi škodlivinami, chorobnými procesmi alebo fyzikálnymi vplyvmi (Smolík, 2002, 198).

Pre úplnosť uveďme aj príznaky neurasténie. *Neurasténia* (F48.0) prvého alebo druhého typu patrí medzi iné neurotické poruchy. Príznakmi neurasténie prvého typu sú únava pri duševnej práci, zníženie pracovného výkonu, neschopnosť efektívne riešiť problémy. Duševná únava sa objavuje v spojitosti s nepríjemnými, vtieravými a rušivými

spomienkami, s problémami koncentrácie a s neefektívnym myslením. Pri neurasténii druhého typu sa kladie dôraz na pocity telesného oslabenia alebo fyzickej slabosti a vyčerpanosti po minimálnej námahe, ktorá je spojená s bolesťami svalov a neschopnosťou uvoľniť sa. Pacient sa pritom nedokáže zotaviť odpočinkom, relaxáciou alebo zábavou (Smolík, 2002, 304).

Pseudoneurastenický syndróm má niekoľko príznakov: ľahká unaviteľnosť, vyčerpanosť, znižujúca sa duševná pružnosť, poruchy koncentrácie, pozornosti, pocit myšlienkovej prázdnoty, ťažkopádnosť pri riešení úloh, strata koníčkov a záujmov, poruchy pamäti, depresívne nálady, skleslosť a plačlivosť. Dochádza k celkovému splošťovaniu osobnosti alebo zvýrazneniu niektorých predchádzajúcich čŕt. Pseudoneurastenický syndróm sa vyskytuje aj pri ateroskleróze, ktorá je takisto často znakom nastupujúcej demencie. V prvom štádiu sa u pacienta vyskytuje zvýšená dráždivosť, čo lekár neraz považuje za bežný prejav staroby, prepracovanosti alebo prežívania problémov. Pacient má znížený pracovný výkon, znížené organizačné schopnosti a zníženú schopnosť prijímať nové veci. Stáva sa mrzutým, neznášanlivým, podráždeným a pri rozhovore je netrpezlivý. Začína byť egoistický, prestáva dodržiavať spoločenské pravidlá a vyhýba sa spoločnosti. V druhom štádiu prichádzajú bolesti hlavy, závraty a poruchy spánku. Podobne je to aj s pseudoneurastenickým syndrómom pri hypertenzii (Smolík, 2002, 198 – 202). Pri terapii pseudoneurasténie je okrem základnej choroby potrebná aj podporná psychoterapia v kombinácii so systematickým kognitívnym tréningom (Doněk, Doňková, 1994, 202).

3. TERAPIA DEMENCIE

Kauzálna terapia je pri demencii ideálna. Žiaľ, dá sa robiť len u malého počtu demencií, pretože etiológia väčšiny z nich nie je známa. Terapia demencie by sa nemala obmedzovať iba na jeden prístup, ale mala by byť kombinovaná a zohľadňovať tak biologické, ako aj psychologické prístupy. Biologické prístupy sa orientujú predovšetkým na farmakoterapiu, k čomu patrí liečba kognitívnych a nekognitívnych funkcií. Presná hranica medzi nimi však neexistuje. Spomeňme, že farmakologická liečba porúch kognitívnych funkcií je doteraz málo prebádaná a zatiaľ sa v tejto oblasti nedosiahol výrazný úspech s nijakým liekom.

Dlhodobé užívanie (najmä nootropík) môže spomaliť rozvoj kognitívnej poruchy alebo urýchliť uzdravovanie. Demencia so sebou pravidelne prináša úzkosti a depresie. Farmakologická liečba nekognitívnych porúch sa preto zameriava na zníženie úzkosti a liečenie depresie, ale aj na odstránenie nespavosti, na psychotický stav alebo poruchy správania. Často je nevyhnutné liečiť aj somatické ochorenie, ktoré súvisí s demenciou. Dôležitá je prevencia, liečba infekcií a poskytnutie stravy bohatej na vitamíny (Jirák, Koukolík, 2004, 90 – 91; Smolík, 2002, 73 – 74).

Čo sa týka psychologického prístupu, niekedy pacientovi pomôže iba jednoduchá rada, podpora alebo krátka psychoterapia. Pacient by mal byť informovaný o tom, že jeho choroba je tolerovaná. Pri zármutku, ktorý mu spôsobujú straty spojené s demenciou, by mal cítiť podporu a treba podporiť aj jeho podlomené sebavedomie. Často je vhodné poradiť v zmenenej pracovnej a rodinnej situácii, poskytnúť pomoc a radu v tom, ako si môže čo najlepšie udržať zostávajúce schopnosti.

V bežnom živote by mal mať pacient pravidelnú sociálnu stimuláciu a pokiaľ je to možné, maximálne vyťaženú mentálnu kapacitu. Mal by mať možnosť sledovať televíziu, dennú tlač, venovať sa rekreačným aktivitám. Odporúča sa ponechať si obľúbené domáce zviera. Denný program by mal byť štruktúrovaný tak, aby mu pravidelná činnosť uľahčovala časovú a priestorovú orientáciu. Veľmi dôležitý je pravidelný svetelný režim – zabezpečenie expozície bieleho svetla s intenzitou vyše 3 000 luxov počas 4 hodín denne. Dôležitá je aj rodinná intervencia. Aj členovia rodiny často potrebujú rady, môžu mať pocit hanby alebo viny za zlý duševný stav príbuzného. A rovnako aj pacient potrebuje podporu rodiny (Smolík, 2002, 72 – 73).

4. ŠIRŠÍ KONTEXT PSYCHOLOGICKÉHO PRÍSTUPU K PACIENTOVI S DEMENCIOU

Pokrok v zdravotníckej opatere umožňuje robiť osobný život starých ľudí a ľudí s demenciou bohatším. Existujú rôzne terapeutické a rehabilitačné postupy zamerané na rozvoj schopností človeka s demenciou na udržanie jeho aktivity a nezávislosti tak dlho, ako je to možné. Stáva sa však aj to, že sa so starým človekom už neráta alebo sa k nemu pristupuje ako k takzvanému „psychiatrickému prípadu“ (Feilová, Sutton, Johnson, 2001, 30).

Úsilie o hľadanie nefarmakologického prístupu k starému človeku s demenciu trvá už najmenej 40 rokov. Prvými autormi, ktorí sa touto problematikou začali intenzívnejšie zaoberať, boli E. Miller, R. T. Woods a P. G. Britton (Miller, 1977, 77 – 86; Woods, Britton, 1977, 104 – 112).

Skúmanie nefarmakologických prístupov k pacientovi s demenciou nemá takú dlhú históriu ako skúmanie farmakologických prístupov. Všeobecne vládol názor, že popri farmakologickej intervencii je dôležitý aj vľúdny prístup k pacientovi, úprava prostredia alebo snaha o jeho aktiváciu. Čím ďalej tým viac sa však objavujú aj vedecké výskumy zaoberajúce sa rôznymi nefarmakologickými prístupmi, psychologické a psychoterapeutické intervencie. Treba dodať, že ešte stále nie je dostatok výskumov.

Je zásadnou otázkou, či intervencia u pacienta s demenciou je vôbec terapiou. Autori tak u nás (Smolík, 2002, 72 – 73; Vojtěchovský, 1994, 115, 116, 118), ako aj v zahraničí (Woods, 2002, 341) používajú v súvislosti s demenciou pojem psychoterapia. Môžeme povedať, že úsilie nájsť správny prístup k pacientovi s demenciou vychádza z predpokladu, že zlepšenie funkčnosti tejto osoby je možné, a to aj vtedy, keď má terapeutická technika podobu akéhosi manažmentu alebo riadenia. Opodstatnenosť snahy hľadať psychoterapeutický prístup podporuje aj nejasnosť v tom, či je bežne dostupná farmakologická terapia účinnejšia než kvalitná psychoterapia (Orrell, Woods, 1996, 189 – 192). Psychologické prístupy k pacientovi s demenciou hodnotí Americká neurologická asociácia a niektoré jej závery sú prekvapujúce. Napríklad pri farmakologickom liečení Alzheimerovej choroby je hodnotenie väčšiny liekov (okrem kognitív a vitamínu E) skeptické, pričom nefarmakologické prístupy sa ukazujú ako účinné (Holmerová a kol. 2004, 17). Odpovede na otázky psychoterapie i filozofie prístupu k pacientovi s demenciou nie sú iba teoretické, ale majú aj svoj ekonomický dosah. U. P. Holden a R. T. Woods (Woods, 2006, 312 – 317) predstavujú integrovaný prístup, v ktorom psychologický prístup k pacientovi s demenciou umiestňujú do širšieho kontextu. Stručne uvádzame niekoľko oblastí.

4.1 Postoje, hodnoty a princípy prístupu

V prístupe k človeku s demenciou sú kľúčovými postoje a hodnoty, na ktorých je tento prístup postavený. Popri napĺňaní fyzických potrieb

pacienta s demenciou treba napĺňať aj jeho psychické a emocionálne potreby. Musí sa k nemu pristupovať s dôstojnosťou, rešpektom a ako k dospelému, ktorý má možnosť rozhodovať sa a byť nezávislým. T. Kitwood (1990, 177 – 196) opísal chyby, negatívne postoje a praktiky v prístupe k pacientovi s demenciou a nazýva ich *zhubnou sociálnou psychológiou.*[4] Hovorí, že ide o akési odľudštenie, zbavenie hodnoty a jedinečnosti človeka s demenciou, pričom sa z neho stáva objekt. To vedie k obmedzovaniu jeho funkčnosti, k úpadku a k zhoršeniu jeho neurologického stavu. D. R. Buckholdt a J. F. Gubrium (1983, 167 – 181) uvádzajú prípady, ktoré sa udiali počas rôznych terapií. Tendencie k odosobnenému a mechanistickému prístupu sa najčastejšie spájajú s terapiou zameranou na orientáciu pacienta v realite. Nejde pritom ani tak o kritiku personálu ako o hodnotenie samotného prístupu. I keď to väčšina personálu myslí dobre, „zdravý rozum" a dobrý úmysel nestačia. Často chýba porozumenie, vcítenie, fantázia, schopnosť vniknúť do vnútorného sveta človeka s demenciou a schopnosť pozrieť sa na svet z jeho perspektívy. Jednoduché nie je ani zvoliť si intenzitu intervencie. Niektoré príznaky demencie je ťažké rozoznať. Človek s nastupujúcou demenciou sa môže správať rovnako ako predtým. Obavy z ďalšieho postupu demencie môžu viesť k udržiavaniu odstupu a vyhýbaniu sa empatii a blízkosti zo strany terapeuta či opatrovateľa.

4.2 Individuálny prístup

Každý človek je jedinečnou osobou, je indivíduom. Existuje niekoľko typov neurologických poškodení spojených s demenciou. Existuje aj niekoľko typov a podtypov demencie. Existujú aj rôzne fázy demencie. Do priebehu ochorenia vstupujú i rôzne náhodné prvky. Odlišnosti existujú aj v osobných záujmoch, preferenciách, prioritách, charakterových vlastnostiach a v životnom štýle pacienta. Rôzne sú aj skúsenosti, ktoré ho ovplyvňovali a formovali jeho život počas mnohých rokov. Samotná informácia, že človek trpí demenciou, je nedostačujúcou informáciou (Woods, 2006, 313).

M. P. Lawton (1990, 638 – 640) vo svojej *teórii environmentálnej poslušnosti*[5] hovorí, že čím menšie sú kompetencie a miera funkčnosti

[4] *Malignant social psychology* (Kitwood, 1990, 177).
[5] *Environmental docility hypothesis* (Lawton, 1990, 638).

jedinca, tým pravdepodobnejšia je jeho tvarovateľnosť a zraniteľnosť nepredvídanými udalosťami v sociálnom prostredí. Jedinec s demenciou je takmer neschopný prispôsobiť sa svojmu okoliu. Potrebuje „byť nasmerovaný" na svoje individuálne potreby a schopnosti. Má spravidla zníženú toleranciu k obmenám vo svojom jedinečne ideálnom a osobne nastavenom prostredí. Nemá rezervnú kapacitu na adaptáciu. Od tých, ktorí s pacientom s demenciou pracujú, sa vyžaduje „jemné vyladenie" prístupu tak, aby boli podľa možnosti čo najviac v harmónii s jeho osobnosťou.

4.3 Predpoklad schopnosti učiť sa v demencii

Základným problémom väčšiny foriem demencie je znížená schopnosť učiť sa. Je veľa experimentálnych dôkazov o tom, že pri demencii existuje schopnosť učiť sa vtedy, keď na to existujú primerané podmienky. Treba dodať, že táto schopnosť je obmedzená (Davis, 2005, 304 – 314; Miller a Morris, 1993, 113 – 115).

R. T. Woods (2006, 314) hovorí, že učenie u pacienta s demenciou je možné v štyroch oblastiach:

1. Klasické podmieňovanie. Mrknutie oka, pôvodne ako reakcia na fúknutie vzduchu do oka sprevádzané zvukovým signálom, je po opakovaných pokusoch vyvolávané iba zvukovým signálom bez fúknutia.

2. Operantné podmieňovanie. Pacienti s demenciou boli v experimente trénovaní tak, aby reagovali (stláčali gombík) v súvislosti s odmenou. Štyria z piatich pacientov s demenciou sa naučili stláčať gombík tak, aby si pustili hudbu (Burgess a kol., 1992, 219 – 237).

3. Procedurálna a implicitná pamäť. Existuje veľa prípadov zachovania schopnosti učiť sa založenej na mimovoľnom alebo nevedomom zapamätaní si sledu postupov, napríklad používanie otvárača na fľaše. Mimovoľná (implicitná) pamäť ostáva pri demencii relatívne neporušená.

4. Verbálne učenie sa a ukladanie do pamäti. Je to možno prekvapujúce, ale ak je informácia adekvátne zaregistrovaná, je miera zabúdania u ľudí s demenciou po prvých 10 minútach normálna. A. G. Little so spolupracovníkmi (1986, 71 – 72) ukázali uchovanie informácie v pamäti ľudí s ľahkou demenciou aj po viac ako jednom či dvoch mesiacoch. L. Bäckman hovorí, že učeniu sa v demencii treba venovať viac času, je na to potrebných viac podnetov a pokusov a zvláštna pozornosť sa musí venovať vedeniu pri upevňovaní naučeného obsahu v pamäti.

Čo sa týka výskumu vplyvu veku na inteligenciu pri prirodzenom starnutí, medzníkom bol začiatok používania Bellevue-Wechslerovej škály inteligencie a inteligenčných testov, ktoré umožnili porovnať inteligenciu v rôznych vekových skupinách. Potvrdilo sa tak, že jedinec dosahuje vrchol intelektuálnej výkonnosti v 3. decéniu života. Po tomto vrchole prichádza znižovanie výkonnosti. So zvyšujúcim sa vekom sú vo Bellevue-Wechslerovej škále stabilné tieto subtesty: 1. informácie, 2. porozumenie, 7. doplňovanie obrázkov, 9. skladanie a 11. slovník. Nestabilné subtesty sú: 3. čísla, 4. počty, 5. podobnosti, 6. usporiadanie obrázkov, 8. blok (kocky), 10. symboly. Vekom sa teda nestrácajú vedomosti, schopnosť riešiť praktické úlohy (týkajúce sa problémov každodenného života), rečové schopnosti, schopnosť koncentrácie a schopnosť rozlišovať podstatné od nepodstatného. Vekom sa naopak znižuje schopnosť pamätať si, postreh, psychická pohotovosť a pružnosť, abstraktné a logické myslenie, psychomotorická rýchlosť a schopnosť kombinovať. Viditeľný úpadok celkového skóre testu, a teda inteligencie, je v polovici 5. decénia (Lehr, 2007, 50 – 51).

Závery výskumov mali vplyv na spôsob rehabilitácie človeka s demenciou v kognitívnej oblasti. Výskumy vyvracajú predstavu, že v tomto smere nie je možná nijaká zmena. Existujú rôzne špeciálne upravené stratégie, nástroje a podporné komunikačné techniky, ktorými sa dajú využívať zvyšky pamäti a schopností pacienta.

4.4 Správny výber cieľov

Veľmi dôležitý je správny výber cieľov. Mal by byť dôsledný a kreatívny. Pochybuje sa napríklad o cieľoch terapie zameranej na orientáciu pacienta v realite. Často je kritizovaná preto, lebo sa príliš zaoberá verbálnou stránkou. Je diskutabilné aj to, či človek s demenciou naozaj potrebuje poznať dni v týždni alebo meno prezidenta. Keďže takýto pacient má obmedzenú kapacitu adaptácie, zmeny v jeho živote by mali mať rozhodujúci význam pre jeho dobro. Pre jedného pacienta môže byť dôležité naučiť sa zapamätať si, kde je toaleta, pre druhého môže mať význam nadobudnúť zručnosť pri obliekaní. Pre iného zas môže byť dôležité zvýšenie sociálneho kontaktu. Pre pacienta, ktorému sú poskytované rôzne služby v rôzne dni, môže byť dôležité naučiť sa vyznať sa v dňoch a dátumoch. Keďže schopnosť učiť sa je pri demencii špecifická, ciele by sa mali vyberať po dôkladnom zvážení a mali by byť, vzhľadom na daného jedinca, individuálne (Woods, 2006, 314 – 315).

4.5 Stálosť pozitívnych zmien

Ďalším dôležitým faktorom je úsilie o udržanie pozitívnych zmien. Všeobecne vládne mienka, že pri demencii je zápas o udržanie jednotlivých funkcií ťažký. Situáciu sťažuje aj predpoklad, že sa stav bude postupne zhoršovať, aj keď treba dodať, že niektorí pacienti vykazujú pozoruhodnú stabilitu stavu. Očakávanie, že akákoľvek terapia, či už psychologická alebo farmakologická, bude mať bez ďalšieho úsilia a tréningu trvalý efekt, je nereálne. Je potrebná neustála intervencia a vzhľadom na stav pacienta treba neustále prehodnocovať ciele terapie (Woods, 2006, 315).

4.6 Účinky na opatrovateľov

Postoje, životná pohoda a správanie zamestnancov, opatrovateľov, terapeutov a ošetrovateľov majú veľký vplyv na kvalitu života pacienta s demenciou. Výskumy si všímajú aj vplyv jednotlivých prístupov na ošetrovateľov a personál. Pre ošetrovateľov je bezpochyby veľkou oporou vedomie, že ich úsilie má hodnotu. Znižovanie napätia a záťaže ošetrovateľov pozitívne vplýva aj na vzťah medzi nimi a pacientmi. J. G. Greene so spolupracovníkmi (1983, 38 – 43) objavili súvislosť medzi zlepšením nálady personálu nemocnice a účasťami na sedeniach terapie zameranej na orientáciu pacienta v realite. Medzi personálom sa vďaka terapii zvýšilo aj poznanie jednotlivých pacientov. P. Salmon (1993, 14 – 19) zistil, že terapia zlepšuje vzťahy medzi personálom a pacientmi.

Terapeut je jedným z hlavných faktorov, ktorý sa na procese intervencie zúčastňuje. Existuje súvis medzi nastavením terapeuta a stavom pacienta. V skupinovej štúdii A. C. Hinchliffa a kol. (1995, 839 – 847) sa poukazuje na súvislosť medzi zlepšeným správaním pacientov a zvýšením spokojnosti ošetrovateľov. Je to odozva na komplex zmien v ošetrovaní. Zmeny v ošetrovaní spočívali v úsilí o individualizovanejší prístup, o zavedenie jednoduchých psychologických techník (najmä pamäťových pomôcok) a týkali sa aj sociálnych intervencií a medikácie. Ak sa ošetrovateľ zbaví depresívneho nastavenia, začne bezproblémovo vnímať aj situáciu, ktorú predtým vnímal ako neúnosnú.

Ak sa dokáže zbaviť negatívneho myslenia a obmedziť vplyv svojej zlej nálady, zvýši sa jeho schopnosť poradiť si v jednotlivých situáciách. Pohľad ošetrovateľa je dôležitým východiskom pre vyhodnotenie situácie i pre starostlivosť samotnú.

Aj komunikácia medzi členmi opatrovateľského personálu o pacientoch sa ukazuje ako veľmi dôležitá. Ide o vytvorenie takzvaného návodu ako sa starať o pacienta, čo znamená vymieňať si informácie o tom, aký je jeho denný režim, o koľkej zvykne vstávať, ako sa oblieka, v čom potrebuje pomoc, ako vykonáva toaletu, čo je schopný vykonať sám, ako je to s jeho stravovaním, či je schopný použiť príbor, či používa lyžicu, alebo sa stravuje už iba rukou. Tieto veci zohrávajú v živote pacienta s demenciou dôležitú úlohu, aj keď sa na prvý pohľad zdajú drobnosťami. Rešpektovanie dlhodobých zvykov a rituálov uľahčí opateru i život pacienta. Ak sa zvyky a rituály nerešpektujú, môže to pacienta provokovať k agresivite, zmätenosti a zhoršeniu stavu (Holmerová a kol., 2004, 19).

4.7 Reálnosť očakávaní

Reálnosť očakávaní je dôležitá tak pre pacientov, ako aj pre ošetrovateľov. Pozitívne zmeny pri terapii sú spravidla veľmi malé a špecifické, takže stanovením reálnych cieľov sa môže predísť zbytočným sklamaniam. Ak ciele nie sú vopred jasne stanovené, môže dôjsť k znepokojeniu personálu alebo preťažovaniu pacienta. Falošné očakávania a následné sklamania by mohli škodiť. Na jednej strane nie je pravda, že s pacientom s demenciou už nemožno nič robiť, ale na druhej strane je nevyhnutný reálny pohľad na to, čo sa ešte dá dosiahnuť (Woods, 1995, 115 – 124).

Niekedy sa očakáva, že sa pacient začne správať podľa noriem, že bude zreteľnejšie rozprávať, že bude lepšie kontrolovať svoje emócie. Očakáva sa takisto, že na ňom budú viditeľné nejaké zlepšenia každý deň. Tieto očakávania však môžu byť nereálne a terapeut môže mať pocit zlyhania alebo vyhorenia. N. Feilová v súvislosti s validáciou upozorňuje napríklad na to, že pri práci so starými ľuďmi treba mať realistické očakávania a pre každého pacienta individuálne ciele. Pozitívne zmeny majú často podobu drobných detailov, ktoré sa objavujú až po 3 mesiacoch dôslednej práce (Feilová, 2002, 38 – 39).

Pre pacienta môže mať prínos i taká situácia, keď sa aj napriek úsiliu jeho funkcie výrazne nezlepšujú. Aj navzdory tomu môže mať

obohacujúci pocit úspechu a dobrý pocit z kontaktu s inou osobou. T. Kitwood a K. Bredin (1992, 269 – 287) poukazujú na 4 indikátory životnej pohody osôb s demenciou, ktoré sa môžu stať cennými, a pritom reálnymi cieľmi pri terapii. Sú to: 1. pocit osobnej hodnoty a hlbokej sebaúcty, 2. pocit kontroly – pocit, že má pod kontrolou svoj osobný život, keď chce niečo dosiahnuť, 3. pocit sociálnej istoty – pocit, že je v pohode medzi druhými ľuďmi a 4. pocit nádeje – pocit bezpečia, dôvery, že všetko bude v poriadku.

Terapeut by sa mal aktívne brániť voči vyhoreniu. Kvôli vlastnému povzbudeniu by si mal uvedomiť a zaznamenať každý pokrok. Pomocou môže byť aj podpora príbuzných, personálu a spolupracovníkov. Výbornou pomocou a zdrojom podpory je práca v tíme (Feilová, 2002, 38 – 39). Nápomocnými sú aj supervízie a skupiny pre personál; v skupinách sa diagnostikujú vzťahy medzi personálom a pacientmi. Problematiku supervízie práce so starými ľuďmi opisuje R. D. Hirsch (2002).

4.8 Plánovanie individuálneho programu

Do plánovania programu treba zahrnúť všetky aspekty ľudského života, potreby jednotlivca, lekárske podmienky a zmyslové deficity. Ak je to možné, do plánovania by mal byť zapojený tak pacient, ako aj jeho rodina. Nachádzanie potrieb pacienta s demenciou nemusí byť ľahké, obzvlášť vtedy, ak je na nízkej úrovni komunikácia. Informácie od príbuzných a dlhodobých priateľov sú preto veľmi cenné. Je dôležité umiestniť pacienta do kontextu celého jeho života. Značnou pomocou sú aktivity založené na spomienkach z minulosti (Woods, 2006, 316).

Programovanie by malo vychádzať z porozumenia jedinca a z jeho spôsobu správania. Treba hľadať príčiny problémov a zohľadniť neuropsychologické deficity spojené s demenciou. Pri problémoch, ako je napríklad hyperaktivita, pomätenosť či inkontinencia sa špecifikujú presné okolnosti, častosť výskytu a intenzita. Hľadajú sa spôsoby ich prekonania. Identifikujú sa slabé a silné stránky pacienta. Hľadá sa priestor pre intervenciu, vhodná pomoc, stanovujú sa úlohy a ciele. Napríklad úlohou pre inkontinentného pacienta môže byť naučiť sa nájsť toaletu. Terapia takto pomáha človeku samotnému aj jeho okoliu.

4.9 Organizačné opatrenia

V práci s pacientom s demenciou sú užitočné aj organizačné opatrenia zamerané na zlepšenie podmienok jeho života. Vhodné sú jednotky špecializovanej starostlivosti v inštitúciách s dlhodobým pobytom. Ďalej sú vhodné malé zariadenia domáceho typu, ktoré nie sú zriadené podľa spôsobu tradičného modelu opatrovateľského domova. V rámci dlhodobej starostlivosti sa odporúča aj absolvovanie krátkodobých, jeden až trojtýždňových oddychových (respitných) pobytov v zariadeniach. Dôležité sú aj architektonické úpravy prostredia. Zdôrazňuje sa pritom, aby sa prostredie podobalo domácemu prostrediu. Odporúča sa usporiadať hygienické zariadenia tak, aby ich používanie a starostlivosť o pacienta boli čo najľahšie (Holmerová a kol., 2004, 18).

5. PSYCHOLOGICKÉ TERAPIE PRI DEMENCII

Psychologické prístupy majú pri terapii človeka s demenciou rovnaký význam ako biologické prístupy. Ako už bolo povedané, je ideálne ich kombinovať. V zahraničnej literatúre sa uvádza niekoľko nefarmakologických terapeutických prístupov. V Českej republike a na Slovensku sa týmto prístupom venuje pomerne malá pozornosť. R. Jirák a F. Koukolík (2004, 105) im venujú vo svojej monografii *Demence* jednu stranu. I. Holmerová so spolupracovníkmi (2004, 17 – 20) podávajú v časopise *Neurologie pro praxi* na troch stranách ich stručný prehľad. I. Holmerová s J. Suchou (2003, 295 – 297) predstavujú v časopise *Praktický lékař* reminiscenčnú terapiu. V časopise *Psychiatria* predstavujeme prístup validácie (Tavel, 2006, 182 – 191). Okrem toho predniesla I. Holmerová v roku 2006 na Kongrese DE-3-MENTIA v Pardubiciach prednášku o nefarmakologických prístupoch.

Krátky popis prístupu k dementnému pacientovi nájdeme aj v knihe M. Venglářovej a G. Mahrovej *Komunikace pro zdravotní sestry* (2006, 103). Za pozornosť stojí aj kapitola R. Jiráka *Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti* v knihe *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient* (2008, 239 – 240) alebo popis techník neuropsychologickej rehabilitácie použiteľnej i pri kognitívnych defektoch spojených s demenciou, ako ich uvádza P. Kulišťák (2003; Pribišová, 2007, 607 – 617).

V nasledujúcej časti je uvedený prehľad hlavných nefarmakologických terapeutických prístupov k pacientom s demenciou. Prístupu validácie je venovaná najväčšia pozornosť preto, lebo je v Českej republike a na Slovensku pomerne neznáma.

5.1 Terapia zameraná na kognitívne schopnosti pacienta s demenciou

5.1.1 Terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite

Terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite[6] je jeden z najstarších psychologických prístupov k demencii. Patrí k prístupom, ktoré výskumy najlepšie overili. Používa sa už vyše 30 rokov (Woods, 2002, 342). Pre pacientov s ľahkou demenciou, ktorí majú do 80 rokov, môže mať individuálnu alebo skupinovú formu. Pre pacientov s ťažkou demenciou sa skupinová forma neodporúča (Vojtěchovský, 1994, 116). V literatúre sú opísané najmä dve formy alebo komponenty tejto terapie. Sú to *neformálna forma* a *forma „školskej triedy“*.[7] Neformálna forma sa nazýva aj 24-hodinovou terapiou zameranou na orientáciu pacienta v realite, skrátene „24-hodinová RO“. Forma „školskej triedy“ sa nazýva aj sedením v rámci terapie zameranej na orientáciu pacienta v realite, skrátene „RO-sedenia“.

Prvá forma terapie (24-hodinová RO) prebieha počas celého dňa, teda 24 hodín denne. Podporuje orientáciu pacienta s demenciou v okolí. Používa rôzne nápisy, kalendáre, hodiny a informačné tabule (Woods, 2002, 342). Terapia sa usiluje o to, aby pacient registroval aj zmeny v okolí, ktoré sa preto pomenúvajú a umiestnia sa do konkrétneho priestoru a času. Pacient sa ich snaží buď zapamätať, alebo si ich poznačí do zápisníka. V pôvodnej forme terapie sa poskytovala pacientovi orientácia v každej interakcii. V poslednom čase sa opisuje

[6] V angličtine sa tento prístup nazýva *reality orientation* (Woods, 2006, 320). V nemčine sa používa výraz *Realitätsorientierung* (Woods, 2002, 342). R. Jirák požíva výraz *realitně orientovaná terapie* (Jirák, Koukolík, 2004, 105). I. Holmerová používa *orientace v realitě* (Holmerová a kol., 2004, 18) alebo *orientace realitou* (Holemrová, 2006). Najvýstižnejším sa zdá používať pojem *terapia zameraná na orientáciu.*

[7] *Informal reality orientation* a *classroom reality orientation* (Reeve, Ivison, 1985, 119). Názov *forma „školskej triedy“* je odvodený od toho, že terapeutické skupiny pripomínajú vyučovanie v školskej triede.

skôr taká forma terapie, pri ktorej sa orientácia poskytuje iba vtedy, keď o to pacient požiada (Reeve, Ivison, 1985, 119 – 121).

Ako príklad aplikácie prvkov *neformálnej formy* terapie (24-hodinovej RO) zameranej na orientáciu pacienta v realite uvádzame domov dôchodcov v Retzi v Rakúsku. V domove sú umiestení pacienti s rôznym stupňom demencie. Súčasťou každodenného života sú rozličné prvky, ktoré pomáhajú orientácii v realite. Na stenách sú rozmiestnené hodiny s veľkým ciferníkom. Pacientka, ktorá slabo vidí, má na ruke zariadenie, ktoré jej pravidelne akusticky oznamuje čas. Na chodbách visia veľké kalendáre, vývesky s označením dátumu, ročného obdobia a programu. Na osobitnej výveske je oznam, kto má narodeniny alebo meniny, aký sviatok alebo obdobie sa slávi, kto zomrel a podobne. Orientácii v čase pomáha dôsledné slávenie a prežívanie pravidelne sa opakujúcich slávností a období cez rok, ktoré sú v tomto regióne silno spojené s poľnohospodárstvom a s liturgickými obdobiami kresťanstva: adventom, Vianocami, fašiangami, pôstnym obdobím, Veľkou nocou, májovými pobožnosťami, žehnaním úrody, dožinkami, zberom hrozna a žehnaním vína. Tieto udalosti odráža výzdoba domu, ale aj téma časopisu *Jeseň života*, ktorý v domove štvrťročne vychádza. Časopis obsahuje správy a množstvo fotografií zo života domova a regiónu (v časopise je použité písmo nadmernej veľkosti). Priestory v domove sú farebne označené tak, že to pacientovi uľahčuje orientáciu. Na stenách sú umiestnené rôzne označenia, nadpisy a smerovky. Na dverách izieb je okrem vizitky zavesená aj veľká farebná fotografia pacienta, ktorý tam býva. Orientácia sa poskytuje pacientovi na požiadanie. Ak sa pacient pomýli, personál sa ho nesnaží za každú cenu opravovať.

Druhá forma terapie (RO-sedenia) má podobu štruktúrovaných skupinových sedení, ktoré trvajú 30 až 45 minút. Skupiny nie sú početné a stretávajú sa pravidelne niekoľkokrát týždenne. Cieľom je orientácia pacienta, teda udržiavanie kontaktu s okolím a snaha získavať nové aktuálne poznatky a informácie. Na začiatku skupiny sa obvykle venuje pozornosť základným informáciám, akými sú mená členov skupiny, dnešný deň, dnešný dátum, čas a miesto. Po tomto úvode sa diskutuje o nejakej aktuálnej téme, o ktorú je záujem. Ďalej pacienti môžu hrať rôzne hry s číslami a menami. Sedenie skupiny sa môže ukončiť občerstvením. Pri sedeniach sa používa množstvo aktivít a materiál zameraný na tému alebo hru. Používa sa hudba, časopisy, informačné tabule a obrazy. Pacienti môžu skladať puzzle, lúštiť krížovky alebo hrať jednoduché pamäťové hry. Terapeut by si mal viesť denník alebo zápisky z jednotlivých sedení (Woods, 2002, 343).

Výskum týkajúci sa terapie zameranej na orientáciu pacienta v realite bol základom pre vytvorenie *programu kognitívnej stimulácie* (Spector, Orrell, Davies, 2001, 377 – 397). Program pozostáva z 15 sedení. Každé sedenie sa začína 10-minútovou úvodnou fázou, počas ktorej sa hrá hra na zahriatie, napríklad hádzanie loptičkou medzi pacientmi, alebo sa spoločne spieva pieseň. Potom sa prítomní niekoľko minút zaoberajú témou, ako je deň, miesto, ročné obdobie, počasie, aktuálne novinky a podobne. Po tejto úvodnej fáze prichádza hlavná téma, ktorá trvá asi 25 minút. Typickými témami sú jedlo, detstvo, hudba, tóny a aktuálne udalosti. Posledných 10 minút je takzvaných „konsolidačných". V závere sa opäť môže spoločne zaspievať pieseň a skupina sa rozlúči. Pilotná štúdia ukázala, že program zlepšuje kognitívne funkcie a pritom nemá nijaký negatívny vplyv na náladu alebo spokojnosť pacienta (Woods, 2002, 344).

I. Holmerová a kol. (2004, 18) navrhujú trochu *inú modifikáciu RO-sedení.* V ich modeli sa skupina s počtom 3 až 6 ľudí schádza päťkrát týždenne. Jedno sedenie trvá pol hodiny až hodinu. Skupina sa začína zistením stupňa orientácie pacientov, krátkou diskusiou a upresnením. Nasledujú rôzne hry, ktoré zamestnávajú kognitívne funkcie. Pri hrách sa kladie dôraz na zapojenie všetkých zmyslov. Využívajú sa rôzne predmety, obrázky – v diskusii sa upresňuje ich tvar, farba, možnosť použitia a podobne. Dôležité je primerané a príjemné prostredie. Autori upozorňujú, že terapia by mala byť súčasťou komplexného prístupu k pacientovi s demenciou. Priestor a miestnosti by mali byť označené názorne a farebne. V okolí pacienta by mali byť rozmiestnené rôzne nadpisy a smerovky, ktoré by napovedali, pripomínali a pomáhali pacientovi v orientácii. Odporúča sa napríklad umiestniť veľkú tabuľku s aktuálnym dátumom, s informáciami a s označením ročného obdobia na dostatočne viditeľné miesto. Na viditeľné miesto sa má umiestniť aj veľký hodinový ciferník.

5.1.1.1 Vplyv terapie na kognitívne funkcie

Terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite je jeden z mála prístupov, v ktorom je zhromaždených dostatok vedeckých dôkazov o zlepšení kognitívneho stavu pacienta s demenciou. U. P. Holden a R. T. Woods zhromaždili a porovnali 21 štúdií o terapii zameranej na orientáciu pacienta v realite, v ktorých bolo skúmaných spolu 677 pacientov s demenciou. Na základe analýzy urobili autori hodnotenie

a zistili, že medzi štúdiami je veľa rozdielov. Vymenujeme aspoň niektoré (Woods, 2006, 321 – 322; Woods, 2002, 343):

1. Rozdiel v typoch terapie. Iba tretina štúdií zahŕňala aj neformálnu formu (24-hodinovú RO).

2. Rozdiel v miestach výskumu. Výskumy boli robené na rôznych miestach: na oddelení v nemocnici, v sanatóriu, doma alebo v dennom stacionári. Pacienti boli zapojení do jedného alebo viacerých projektov.

3. Rozdiel v druhoch skúmanej demencie. Diagnostické kritériá nie sú pri všetkých výskumoch dostatočne opísané.

4. Rozdiel v použitých kritériách. Pri výskumoch bola použitá široká paleta kognitívnych škál (zamerané hlavne na orientáciu) a škál hodnotiacich správanie.

5. Rozdiel v trvaniach intervencie. Najkratšou dobou výskumu boli 3 týždne, najdlhšou rok. Aj frekvencia sedení bola rôzna – najmenšia frekvencia bola dvakrát za deň, najväčšia frekvencia jedenkrát za týždeň. V mnohých štúdiách bola frekvencia päťkrát za týždeň.

6. Rozdiel v metodológiách. Niektoré štúdie prideľovali pacientov k výskumným skupinám náhodne. Iné zase vytvárali skupiny podľa príslušnosti k oddeleniu alebo inštitúcii. Každé z týchto prideľovaní členov do skupín má svoje slabé miesto. Zvlášť pri skúmaní terapie, ktorá má neformálnu formu (24-hodinovú RO), bol problém s „kontamináciou" cez skupinu. Málo štúdií prideľovalo členstvo k skupine „naslepo".

I napriek všetkým rozdielom medzi výskumami sa potvrdili závery, ktoré sú prekvapujúco zhodné. Zhodnosť v záveroch výskumov je v tom, že terapia má pozitívny vplyv na verbálnu orientáciu. Napríklad R. Williams so spolupracovníkmi (1987, 315 – 318) skúmali 10 pacientov s demenciou oddelenia nemocnice, pričom kontrolnú skupinu tvorilo iné oddelenie. Po 6 až 12 týždňoch intervencie bolo možné pozorovať, že u pacientov v kontrolnej skupine došlo k zhoršeniu kognitívnych schopností a správania, no v skupine, kde prebiehala neformálna terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite, došlo k zlepšeniu orientácie a stavu kognitívnych schopností pacienta, pričom v tejto skupine nedošlo k zhoršeniu správania.

Pozitívny vplyv terapie na verbálnu orientáciu nie je prekvapujúci. Nepresvedčivým je však vplyv terapie na zlepšenie kognitívnych schopností. Niektorí autori sa priklaňajú k názoru, že sa zlepšujú iba tie kognitívne schopnosti, na ktoré je učenie zamerané, iní hovoria, že samotná terapia zameraná na orientáciu v realite kognitívne schopnosti zlepšuje. Pomerne veľa štúdií však potvrdzuje, že na zlepšenie kognitívnych vlastností je potrebná kognitívna stimulácia. K týmto záverom došli vo svojom výskume autori okolo O. Zanettiho (1995, 132 – 138) alebo aj V. Breuil a kol. (1994, 211 – 217), ktorí porovnávali neurologické kritériá 27 pacientov s demenciou kontrolnej skupiny s kritériami 56 pacientov s demenciou, ktorí sa počas 5 týždňov podrobili 10 stimuláciám kognitívnych funkcií. R. Williams a kol. (1987, 315 – 318) vo svojom výskume ukázali zlepšenie kognitívnych schopností po 24-hodinovej RO.

5.1.1.2 Vplyv terapie na správanie

Druhý záver P. Holdena a R. T. Woodsa sa týka vplyvu terapie na správanie pacienta – väčšina výskumov potvrdzuje pozitívny vplyv (Spector a kol., 2000, 206 – 212). Zmeny v správaní sa dajú pozorovať ťažšie než zmeny v kognitívnych funkciách. Ukázalo sa, že ak prostredie podporuje závislosť a nesamostatnosť pacienta, eliminuje to zisky, ktoré prináša práca v skupine. Je sporné aj to, či verbálna orientácia má vplyv na iné funkcie bežného života, ako je napríklad kŕmenie, obliekanie a podobne. Zmenu správania by pravdepodobne bolo potrebné docieliť radšej priamym tréningom jednotlivých schopností.

5.1.1.3 Nejednoznačná klinická skúsenosť

I napriek presvedčivým záverom vedeckých štúdií o pozitívach terapie zameranej na orientáciu pacienta v realite sa v klinickej praxi ukazujú rozdielne skúsenosti. Na jednej strane sa potvrdzujú teoretické vedecké závery o užitočnosti terapie, na druhej strane niektoré skúsenosti ukazujú, že terapia môže zhoršovať psychologické symptómy a správanie pacienta. U niektorých pacientov terapia provokuje agresívne správanie a zvyšuje úzkosť. Pacient sa môže aj stiahnuť a byť nepriateľský (Jones, 1985, 20 – 23). Deje sa to najmä vtedy, keď je terapia aplikovaná intenzívnejšie, alebo keď nie je aplikovaná citlivo. Niektorí autori sú v tomto smere ešte opatrnejší a hovoria, že terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite je užitočná pre zdravých seniorov, nie však pre pacientov s demenciou, hlavne nie v pokročilejšom štádiu choroby (Holmerová a kol., 2004, 18).

Terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite je v posledných rokoch dosť kritizovaná. Najviac sa jej vyčíta sklon k mechanizmu, nepružnosť, necitlivosť, konfrontačná aplikácia a príliš veľký dôraz kladený na kognitívny aspekt (Woods, 2002, 344). N. Feilovej sa zase zdá táto terapia príliš konfliktná. Treba dodať, že problém nemusí byť

v samotnej terapii, ale v nesprávnom prístupe, postojoch a praktikách terapeuta (Kitwood, 1990, 177 – 196).

S terapiou zameranou na orientáciu pacienta v realite je spojených viacero otvorených otázok. No napriek tomu možno povedať, že pri práci s pacientom s demenciou existuje pre kognitívny manažment široký priestor. Výskum bezpochyby ukazuje, že v niektorých oblastiach môže terapia priniesť pozitívne zmeny (Woods, 2002, 344).

5.1.2 Kognitívny manažment

Analýza kognitívnych deficitov v starobe ukazuje, že pravdepodobnosť výskytu problémov v kognitívnej oblasti sa zvyšuje vtedy, ak výkon závisí od epizodickej alebo sémantickej pamäti (Bäckman, 1992, 84 – 89). Ďalej sa ukazuje, že pre zvýšenie funkčnosti kognitívnych schopností je dôležité zníženie kognitívnej záťaže, využitie podnetov pomáhajúcich vyhľadávať v pamäti, zapojenie procedurálnej a implicitnej pamäti a silná podpora kódovania a vyhľadávania informácií v pamäti. Kognitívnym deficitom, ktoré sa netýkajú pamäti a učenia, bola doteraz venovaná iba malá pozornosť.

5.1.2.1 Zníženie kognitívnej záťaže

M. Alberoni a ďalší (1992, 639 – 646) ukázali, že kognitívnu záťaž pacienta s demenciou znižuje viac individuálna práca než práca v skupine. Práca v skupine ukázala niektoré vplyvy na pacienta s demenciou. V skupinovej konverzácii mali pacienti problémy zapamätať si, kto čo povedal, zvlášť vtedy, ak bola skupina väčšia. Pacienti mali sklon pomáhať si priestorovou lokalizáciou. Pacientov preto rušilo najmä to, že si členovia menili miesta. Tieto problémy sa ukázali viac u pacientov, ktorí skupinovú konverzáciu sledovali na videu, než u tých, ktorí sa na nej sami zúčastnili. V konverzácii s blízkymi ľuďmi neboli tieto problémy až také výrazné. R. G. Morris (1994, 85 – 107) hovorí, že tieto deficity by mohli viesť k tomu, že sa skupinová terapia „zdegeneruje“ na monológ medzi jednotlivými členmi skupiny a personálu. R. T. Woods zase postrehol, že pri sedeniach zaoberajúcich sa spomienkami prebiehala väčšina interakcií medzi personálom a pacientmi. Medzi pacientmi prebiehali interakcie častejšie v malej skupine. Aj F. Gibson odporúča malé skupinky pre prácu s pacientom s demenciou. Keďže skupina má aj mnohé prednosti (podpora skupiny, spoločenská atmosféra, delenie zážitkov), treba zvážiť uprednostnenie individuálnej práce pred prácou v malej skupine. Ak sa pri práci využíva skupinová forma, skupiny by mali byť malé a pacienti by si nemali na jednotlivých sedeniach meniť miesta. Treba eliminovať aj rôzne zvukové alebo iné rušivé vplyvy a zaistiť, aby hovoril vždy iba jeden člen skupiny.

Pri cvičeniach v skupine by sa nemal klásť dôraz na úspešnosť a súťaživosť, lebo by sa tým mohol zdôrazňovať pacientov hendikep a mohlo by ho to zbytočne traumatizovať. Vhodné sú napríklad zjednodušené slovné hry, doplňovanie porekadiel, doplňovanie slov podľa prvej slabiky, skladanie obrázkov alebo zjednodušené pexeso. Je možné používať aj rôzny materiál, ako sú karty s obrázkami na pomenovanie alebo zoradenie predmetu, domino s číslami, farbami alebo obrázkami (Holmerová a kol., 2004, 20).

5.1.2.2 Externá podpora pamäti

Pri vybavovaní si spomienok a pri precvičovaní kognitívnych schopností pomáhajú pacientovi s demenciou rôzne druhy povzbudzovania, napomáhania a navádzania (Bäckman, 1992, 84 – 89). Efektivita podpory je vyššia vtedy, keď sú pomocné podnety presné. Nepresné podnety pripomenú pacientovi iba to, že si má na niečo spomenúť. Nedokáže si však vybaviť informáciu z pamäti presne, čo uňho vyvoláva pocit sklamania.

Výskumy ukazujú, že vonkajšia podpora je účinná najmä pri individuálnej práci s pacientom. R. T. Woods (1983, 173 – 175) uvádza prípad 68-ročnej pacientky s vážnym poškodením pamäti, ktorá si dokázala pomocou zápisníka udržiavať vedomie o osobných údajoch preberaných pri individuálnych sedeniach. I. G. Hanley a K. Lusty (1984, 709 – 712) uvádzajú prípad 84-ročného pacienta s demenciou, ktorý bol schopný pomerne dobrej orientácie vďaka používaniu hodiniek a zápisníka, slúžiacich ako podnety, ktoré pomáhajú vybavovaniu v pamäti. Pacient predtým prešiel terapiou a výcvikom zameraným na využitie pomôcok. Ukázalo sa, že terapia mala vplyv i na každodenné správanie. Napríklad pacient dodržiaval termíny počas výcviku viac než predtým.

M. S. Bourgeois (1990, 29 – 42) zhodnotil v niekoľkých štúdiách účinok podporných pamäťových pomôcok na konverzačné schopnosti ľudí s demenciou. Pomôcky pozostávali z fotografií a obrázkov z rôzne dávnej minulosti a fotografií osôb dôležitých pre ich osobný život. Tieto pomôcky používali blízki príbuzní pri návštevách. Výsledky výskumu ukázali, že používanie fotografií a obrázkov zvýšilo presnosť vyjadrovania a zmenšilo počet nejednoznačných vyjadrení pacientov.

Rozhovor mal vďaka používaniu pomôcok celkovo vyššiu kvalitu. Technika je využiteľná aj pri výmene informácií s ľuďmi s demenciou. Podpora pamäti nefunguje iba ako nejaká „náhradná pamäť“, ale pomáha pri vybavovaní spomienok.

S. Josephsson so spolupracovníkmi (1993, 395 – 400) použili pomôcky výhradne na to, aby znížili zaťaženie pacientovej pamäti a aby podporili vybavovanie informácií nevyhnutných na vykonávanie úkonov týkajúcich sa bežného života. Vo svojom výskume hodnotili to, ako štyria pacienti s demenciou dokážu pripraviť a konzumovať nápoj alebo občerstvenie. Zásuvky a police s potrebnými vecami boli označené symbolmi. Pacientovi bol ukázaný postup, ktorý mal potom opakovať. Aj ostatní pacienti dostávali pri postupe pomocné pokyny. Počas experimentu sa tri osoby zlepšili vo vykonávaní úkonov, pričom u dvoch z nich bola potrebná neustála podpora a vedenie, aby si naučené návyky uchovali. U posledného pacienta bol neúspech pripisovaný obavám a strachu, ktoré narušovali proces učenia.

Zapisovanie si poznámok môže slúžiť ako podnet na vybavenie si spomienky. Pacient by sa mal naučiť poznámky používať. Na to je aspoň zo začiatku potrebný aktívny prístup personálu. Personál by sa mal venovať učeniu zapisovania si poznámok v rámci nácvikových sedení a potom by ich mal pripomínať. Viacerí ľudia s demenciou dokážu po nácviku poznámky efektívne využívať.

5.1.2.3 Zvyšovanie schopnosti učiť sa

Ako sme už spomenuli na inom mieste, ak je informácia patrične zaregistrovaná u pacienta s demenciou a uložená v jeho pamäti, rýchlosť zabúdania takého človeka sa v prvých 10 minútach zásadne nelíši od rýchlosti zabúdania zdravého človeka. V literatúre je vysvetlených niekoľko techník učenia sa pacienta s demenciou.

Pri *metóde opakovaného vybavovania* si z pamäti ide o postupný nácvik a učenie sa s cieľom zapamätať si danú informáciu. Napríklad L. A. McKitrick, C. J. Camp a W. Black (1992, 337 – 343) použili metódu tak, že štyria pacienti s Alzheimerovou chorobou mali po čase zopakovať výber farebného žetónu zo skupiny ostatných žetónov. Metóda spočíva v tom, že pri každom nasledujúcom kroku sa upraví doba, po ktorej sa skúšanie opakuje. Prvé opakovanie je po 15 sekundách. Ak si pacient informáciu pamätá, doba, po ktorej dôjde k opakovanému skúšaniu, sa zdvojnásobí (30 sekúnd). Ak si pacient informáciu nepamätá, doba po ktorej dôjde k opakovanému skúšaniu, sa skráti na

polovicu. Zakaždým ide o opakovanie iba jednej veci alebo informácie, ktorú sa pacient snaží naučiť. Ďalšiu informáciu sa učí až vtedy, keď je už predchádzajúca zvládnutá. Vďaka tomuto postupu si pacient informáciu dôkladne zapamätá a zabúda ju v porovnaní s inými oveľa ťažšie. I keď je táto metóda namáhavá, existujú dôkazy, že sa vybavovanie si spomienok z pamäti môže v určitých prípadoch rozšíriť aj na veci, na ktoré nie je učenie priamo zamerané. N. J. Moffat spomína pacientov s Alzheimerovou chorobou, ktorí si v jeho výskume vybavovali najviac názvy obrázkov vecí. C. J. Camp a ďalší (1996, 193 – 210) ukázali, že pacienti s demenciou sa vďaka tejto technike môžu naučiť používať rôzne pomôcky na pamätanie (napríklad zápisky s poznačenými činnosťami, kalendár denných aktivít). Dôležitou súčasťou techniky je aj pomáhať pacientovi pri vybavovaní si spomienok. Ide o to, aby vybavovanie bolo podľa možností bez chyby. Prípadné chyby sťažujú zapamätávanie a znižujú výkonnosť.

L. Bäckman (1992, 84 – 89) hovorí, že pri ťažších štádiách demencie sa osvedčilo zakódovať informácie do podoby motorickej činnosti. Napríklad určité slovo sa môže spojiť s vykonaním pohybu. M. Bird a G. Kinsella (1996, 45 – 46) spojili metódu postupného učenia s motorickým učením a ukázali, že to významne prispieva osvojeniu informácií. C. A. Sandman (1993, 19 – 33) hovorí, že je účinnejšie, ak si pomôcky na vybavenie vytvorí pacient sám. Uvádza zaujímavý príklad poskytovania podpory tak pre kódovanie, ako aj pre vybavovanie. Vo svojom výskume ukazuje, že ľudia s demenciou si ľahšie spomenuli na televízny program, keď si s pomocou svojich blízkych sami sformulovali skúšobné otázky. Počas učenia si tak utvorili vlastné podnety pomáhajúce vybavovať si spomienky z pamäti.

C. A. Sandman (1993, 19 – 33) uvádza ďalší príklad pomoci pre učenie a vybavovanie si z pamäti. Hovorí, že lepšie sa pamätá udalosť, ktorá je výrazná a ľahko zapamätateľná. Uskutočnil experiment, v ktorom opatrovateľ naplánoval významnejšiu akciu s pacientom. Akcia vybočovala z bežných zvyklostí (posedenie v prírode, nezvyčajná vychádzka na obed do reštaurácie a podobne). Po akcii sa pacientovi kládli otázky, ktoré s danou akciou priamo nesúviseli, napríklad aké oblečenie mal na sebe, koho v ten deň stretol a podobne. Pacienti si z týchto udalostí pamätali oveľa viac informácií než z bežných dní všedného života. Hoci sa kvôli zníženiu zaťaženia pamäti všeobecne odporúča zaviesť do života pacienta určitú rutinu, nemalo by sa to diať za tú cenu, že si pacient nebude nič pamätať. Potvrdzuje sa tým, že

vybavovanie si z pamäti nezlepšuje len cielené memorovanie, ale aj okolnosti, ktoré zážitok sprevádzajú. Spomienky sú tým lepšie, čím je zážitok bohatší, výraznejší a živší.

I napriek týmto zisteniam je vzhľadom na učenie dôležité zdôrazniť, že opakujúce sa zvyky a rituály hrajú v živote pacienta s demenciou dôležitú rolu. Zohľadňuje to najmä prístup („*life approach*"), ktorý sa usiluje vytvoriť akýsi „návod na to, ako sa starať o pacienta". Ide o spoznanie dôležitých detailov modelu života pacienta s demenciou. Ako sme už spomínali, ide predovšetkým o zoznámenie sa s jeho denným režimom, s časom vstávania a spánku, spôsobom obliekania a stravovania – či pri jedle dokáže použiť príbor, či používa lyžicu alebo pri jedle používa už iba ruku. Takisto je dôležité poznať, kedy a v čom pacient potrebuje pomoc a kedy dokáže byť samostatný. Znovu je treba zdôrazniť, že i tieto zdanlivo nepodstatné detaily života sú pre pacienta s demenciou dôležité a ohľad na dlhodobé návyky a rituály pacienta môže byť prevenciou agresívneho správania alebo zhoršenia stavu pacienta. Dôležité je aj to, aby si opatrovatelia navzájom vymieňali poznatky o pacientovom živote (Holmerová a kol., 2004, 19).

5.1.2.4 Implicitná a procedurálna pamäť

Procedurálnu pamäť skúmali O. Zanetti a jeho spolupracovníci (1994, 1 006 – 1 007). Pacienti v ich výskume každý deň precvičovali v hodinových lekciách úkony, ktoré bežne počas dňa vykonávajú. Čas na vykonanie týchto úkonov sa po 3 týždňoch zlepšil. K zlepšeniu došlo aj v oblasti precvičovaných aktivít, aj v pozorovaných úlohách nezahrnutých v cvičeniach.

Príkladom využitia implicitnej pamäti je použitie takzvaného „spúšťača". R. G. Morris, J. Wheatley a P. G. Britton (1983, 141 – 142) vo svojej štúdii predkladali pacientom najprv zoznam slov a neskôr začiatočné písmená jednotlivých slov. Pacienti si mali vďaka písmenám spomenúť na predchádzajúce slová. Pacienti s demenciou mali v tomto teste výsledky porovnateľné s normálnymi pacientmi.

Hoci sa odporúča využívať implicitnú pamäť u pacientov s demenciou, nemalo by sa predpokladať, že technika využívajúca implicitnú pamäť pomôže zlepšiť celkovú pamäť. Aj keď pacient slovo uhádne, môže reagovať iba na základe automatických procesov. Implicitnú pamäť využíva aj už spomenutý prístup L. Bäckmana (1992, 84 – 89), ktorý sa orientuje na motorickú činnosť – spájanie určitých pohybov so slovami. Vo svojom výskume ju využívali aj S. Josephsson a ďalší (1993, 395 – 400), ktorí, ako už bolo spomínané, používali symboly na označenie zásuviek a políc. W. C. Heindel so spolupracovníkmi (1989, 586) upozorňujú, že ľudia s Huntingtonovou chorobou majú síce celkovo zhoršenú pamäť, ale nemajú zhoršenú pamäť slovného vyjadrovania. U ľudí s Alzheimerovou chorobou je to skôr naopak. Pacienti s Parkinsonovou chorobou majú zhoršené obidva typy implicitnej pamäti.

5.1.3 Reminiscenčná terapia

Reminiscenčná terapia[8] sa v práci s pacientom s demenciou pomerne často využíva. V terapii sa využívajú spomienky. Pacienti si vybavujú rôzne staré udalosti zo svojho života. Ako podnet na vybavovanie spomienok slúžia rozličné pomôcky, ako sú fotografie či videozáznamy. Terapia je užitočná hlavne preto, lebo pacient s demenciou trpí poruchami krátkodobej pamäti, no udalosti z dávnej minulosti si často pamätá dobre. Spomienky z minulosti sa osvedčili ako výborný prostriedok komunikácie a interakcie (Woods, 2002, 344). Využívajú sa na nadviazanie kontaktu a prebudenie záujmu aj v rámci terapie zameranej na orientáciu pacienta v realite. Práca so spomienkami je pre pacienta väčšinou atraktívna a v literatúre pomerne dobre opísaná. V psychoterapii pomáha zaoberanie sa spomienkami nájsť miesto pacienta v jeho živote a pri jeho adaptácii (Gibson, 1994). Cieľom nie je len zlepšiť stav pacienta, ale aj posilniť pocit ľudskej dôstojnosti a zlepšiť komunikáciu.

Reminiscenčná terapia sa často využíva aj u pacientov s demenciou, aj u pacientov s depresiou, i keď ciele a techniky sa môžu líšiť. S výborným opisom reminiscenčných techník prichádza A. Norris (1986; Bender, Bauckham, Norris, 1999). Vo svojej práci podáva veľké množstvo dôkazov o účinnosti rôznych typov práce so spomienkami, pri ktorých došlo k zníženiu počtu symptómov depresie u starších ľudí.

5.1.3.1 Rozdiel medzi reminiscenciou a live review

Reminiscenčná terapia sa často zamieňa s psychoterapeutickou metódou *live review,* pri ktorej pacient pracuje s minulosťou tak, že životné spomienky hodnotí, reflektuje ich a prehodnocuje minulosť (Haight, Burnside, 1993, 91 – 98). Pri metóde *live review*[9] ide o snahu nájsť vďa-

[8] V nemčine sa reminiscenčná terapia nazýva *Erinnerungstherapie* (Woods, 2002, 344). V slovenčine by sa mohol použiť názov *terapia spomínaním.*

[9] V nemčine sa metóda *live review* nazýva *Lebensrückblick-Therapie* (Woods, 2002, 345).

ka spätnému pohľadu miesto človeka v kontexte jeho života. Osoba sa usiluje rozpamätať sa na udalosti a zážitky zo svojho života a vykladá ich obvykle v rámci individuálneho sedenia s terapeutom, ktorý má úlohu poslucháča. J. Garland (1994, 21 – 31) hovorí, že je to terapia, pri ktorej sa pacient spätne pozerá na svoj život a všíma si najmä ťažké a bolestné spomienky a skúsenosti. Táto práca by mala prebiehať so súhlasom pacienta, po stanovení cieľa, s riadne vyškoleným pracovníkom, ktorý pracuje pod supervíziou. Tento prístup je vhodnejší u starších ľudí bez kognitívnych porúch (Woods, 2002, 345).

Reminiscenčná terapia môže mať rôzne ciele, ako sú zvýšenie schopnosti komunikácie, lepšie zaradenie sa do spoločnosti alebo navodenie pocitu radosti a zábavy. Uskutočňuje sa v rámci individuálnej alebo skupinovej terapie. Sedenia môžu byť štruktúrované alebo voľné. Spomínanie môže byť všeobecnejšie alebo konkrétnejšie. Na naštartovanie spomínania sa využívajú rôzne témy. V terapii potom pacient vykladá staré príbehy, predvádza staré činnosti alebo rozpráva o obrázkoch a fotografiách. Nevyžaduje sa vyhodnocovanie spomienok. Ide skôr o navodenie uvoľnenej a pozitívnej atmosféry. V rámci terapie sa môže napríklad spievať, recitovať alebo tancovať. Pomocou pre vybavenie spomienok môže byť hudba, fotografie, noviny, archívna hudobná alebo filmová nahrávka a iné spomienkové predmety, ktoré pacientovi pripomínajú minulosť. Cieľom nie je diskusia o historických faktoch, ale rozhovor o osobných spomienkach (Woods, 2002, 345).

Ak sa u pacienta objavia smutné spomienky, mala by ho podporiť skupina, vedúci skupiny alebo terapeut pri individuálnom sedení a mali by mu pomôcť spracovať pocity úzkosti alebo bolesť. I napriek vhodnosti práce so spomienkami je u pacientov s demenciou potrebná určitá opatrnosť, rešpektovanie individuálnych rozdielov a nenásilný prístup, ktorý by nenarušil ich súkromie. Pri skupinových sedeniach treba pri vykladaní jednotlivých životných príbehov zabezpečiť dostatočnú podporu. Stáva sa, že niektoré udalosti príbehu majú u iných účastníkov traumatizujúce konotácie.

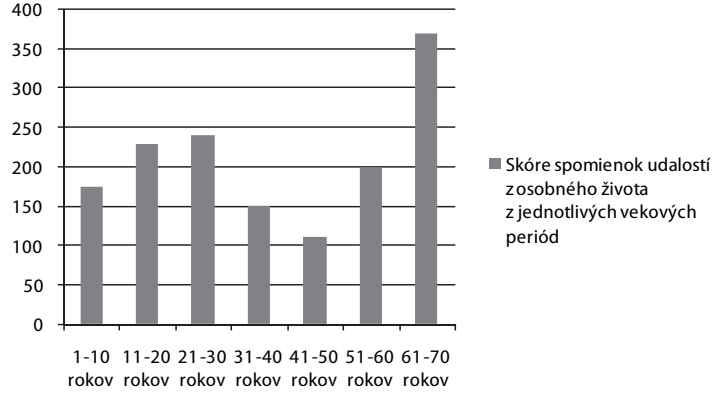
5.1.3.2 Využitie dlhodobej pamäti

Reminiscenčná terapia využíva to, že pri demencii je dlhodobá pamäť zachovaná najdlhšie. Osoba si pamätá udalosti zo svojho detstva, pričom si nedokáže spomenúť, čo jedla na obed. Pri skúmaní tejto problematiky sa však zistilo, že určité spomienky z dávnej minulosti nie sú zachované (Morris, 1994, 85 – 107). S vekom dochádza k vytrácaniu

spomienok na to, čo človek v určitých obdobiach robil. Ľudia s demenciou si tak ako aj iní starší ľudia znovu a znovu spomínajú na rané roky svojho života, čo často v rozhovoroch opakujú. Tieto spomienky majú pre nich emocionálny význam. Obyčajne sa nespomína na stredné roky života. To pacientovi sťažuje orientáciu v prítomnosti.

5.1.3.3 Autobiografické spomienky

Pamäť, v ktorej sú uložené osobné životné spomienky, sa bežnými metódami, ktorými sa pamäť skúma (napríklad pri ktorých sa opakujú slová), merať nedá. Testuje sa pri voľnom spomínaní alebo zisťovaním počtu položiek, ktoré si človek dokáže z minulosti vybaviť z pamäti. Pri testovaní spomienok sa niekedy používal album so starými fotografiami. H. F. Crovitz a H. Schiffman (1974, 517 – 518) zistili, že participanti si vedeli oveľa lepšie spomenúť na spomienky z nedávnej minulosti než na spomienky z dávnejšej minulosti. Zistili, že medzi spomienkami a časom je lineárna závislosť. To však platilo iba pre mladých ľudí. D. C. Rubin, S. E. Wetzler a R. D. Nebes našli odchýlku, ak boli participanti starší. Jedinci okolo 70 rokov mali neobvykle viac spomienok z obdobia medzi 10. a 30. rokom života. Tento fenomén sa nazýva „spomienkový hrbol" (*reminiscence bump*) a znázorňuje ho graf na obrázku č. 5.



Obrázok č. 5: Skóre spomienok udalostí z osobného života z jednotlivých vekových období života. Medzi 10. a 30. rokom života je takzvaný „spomienkový hrbol" (Esgate, Groome, 2004, 40).

Je niekoľko možností, ako tento fenomén vysvetliť. Jednou je, že človek vo svojich mladších rokoch zažíval rušnejšie a príjemnejšie udalosti, na ktoré si potom aj častejšie spomínal, v dôsledku čoho sa pamäťová stopa upevnila. Ak si starší ľudia spomínajú na svoj život, často hovoria práve o tomto období. Je jasné, že neobvyklé zážitky ostávajú v pamäti dlhšie a že mladosť je bohatšia na neobvyklé zážitky. Mnoho ľudí si napríklad pamätá na svoju prvú cestu do zahraničia alebo na prvé stretnutie so svojím životným partnerom (Pillemer a kol., 1988, 709 – 715).

D. C. Rubin, T. A. Rahal a L. W. Poon (1998, 3 – 19) zistili, že zvýšený počet spomienok sa neobjavuje len v súvislosti s osobnými zážitkami, ale aj s udalosťami verejného života, ako sú napríklad dôležité správy, knihy či výhercovia Oscara. M. D. Schulkind, L. K. Hennis a D. C. Rubin (1999, 948 – 955) zas zistili, že starí ľudia si spomínajú na staré populárne piesne lepšie než na súčasné. Staré pesničky boli hodnotené ako emocionálnejšie a ako také, ktoré pomáhali lepšie sa rozpomínať. S. Chu a J. J. Downes (2000, B41 – B50) zistili, že vône môžu slúžiť ako silný podnet na rozpamätanie sa na udalosti z raného života. Hovoria, že z obdobia od 6 do 10 rokov si lepšie pamätáme zážitky spojené s vôňami a z obdobia od 11 do 25 rokov si zasa lepšie pamätáme verbálne zážitky.

R. M. Gilovich a ďalší (2003, 61 – 71) zistili rozdiel v prežívanej ľútosti alebo žiali nad situáciami z minulosti. Ľútosť nad nedávnou minulosťou sa týka aktivity, človeku je ľúto to, čo urobil nesprávne – rozhodnutie alebo krok. Z dávnejšej minulosti je človeku viac ľúto to, čo neurobil a prepásol.

5.1.3.4 Výskumy reminiscencie

Aj keď existuje veľa pozitívnych správ o reminiscencii, ich empirických výskumov u ľudí s demenciou nie je veľa. S. Thorton a J. Brotchie (1987, 93 – 111) analyzovali štúdie o reminiscencii. Štúdie rozdelili do 3 skupín podľa metodológie a výsledkov. Ich záverom bolo, že pozitívny účinok práce so spomienkami tak, ako to používa reminiscenčná terapia, nie je jednoznačný.

A. N. Goldwasser, S. M. Auerbach a S. W. Harkins (1987) porovnali reminiscenciu s podpornými skupinami bez terapeutického vedenia. Výskum prebiehal dvakrát týždenne počas 5 týždňov u 27 pacientov s demenciou. Autori nezaznamenali nijakú zmenu ani v kognitívnych funkciách, ani v správaní. U pacientov v reminiscenčnej skupine došlo k dočasnému zlepšeniu depresívneho stavu – zlepšenie vymizlo za 6 týždňov po intervencii. Ukázalo sa, že menej postihnutí pacienti reagovali najviac.

S. Baines, P. Saxby a K. Ehlert (1987, 222 – 231) porovnávali reminiscenčnú skupinu a skupinu zameranú na orientáciu pacienta v realite. Skúmaní pacienti mali mierne alebo ťažké kognitívne postihnutie. V oboch porovnávaných skupinách sa vďaka terapiám personál lepšie zoznámil s členmi skupiny. Personál, ktorý sa zúčastňoval na skupinách, podobne ako personál, ktorý skupiny pozoroval zvonku, referoval, že členovia skupín prejavovali radosť. Účasť na reminiscenčných skupinách bola počas výskumu veľká. Najlepšie výsledky vďaka reminiscenčnej terapii dosiahlo 5 pacientov, ktorí predtým absolvovali mesačnú terapiu zameranú na orientáciu pacienta v realite. Prejavilo sa u nich zlepšenie kognitívnych funkcií (verbálnej orientácie) a zlepšenie správania (pokles problémového správania).

D. Head, S. Portnoy a R. T. Woods (1990, 295 – 302) porovnávali reminiscenčnú skupinu so skupinou, kde boli iné alternatívne skupinové aktivity. Skupiny boli súčasťou dvoch rozličných stredísk. Výsledky medzi strediskami boli rozdielne – rozdiel medzi skupinami sa prejavil iba v jednom z nich. Dôvodom nevýrazného rozdielu medzi skupinami v druhom stredisku bolo pravdepodobne to, že účastníci strediska mali oveľa viac iných stimulujúcich aktivít. Z toho by sa mohol vyvodiť záver, že výsledky intervencie by mohli byť v nestimulujúcom prostredí väčšie. R. T. Woods a F. McKiernan si u pacientov so stredným a vysokým postihnutím demencie všimli zvýšený záujem o terapiu reminiscencie a hovoria, že táto terapia poskytuje zmysluplnú, vhodnú a stimulujúcu činnosť i pre takto postihnutých ľudí.

F. Gibson (1994, 46 – 60) skúmal rôzne pôsobenie reminiscenčnej terapie na skupiny v dvoch denných centrách pre starých ľudí. V niektorých skupinách boli výlučne pacienti s demenciou a v niektorých boli pacienti zmiešaní. Pacienti s demenciou, ktorí boli členmi zmiešaných skupín, prejavovali radosť. Iba sporadicky sa u nich vyskytli prípady rozrušenia alebo rušivého správania. Zamestnanci referovali o zmiešaných skupinách, že ich členovia boli pokojnejší. Pre skupiny výlučne s pacientmi s demenciou bolo charakteristické, že viac rozhovorov prebiehalo medzi pacientmi a vedúcimi skupín a menej medzi členmi navzájom. V zmiešaných skupinách to nebolo také výrazné.

I keď pre ľudí s demenciou sa v prípade reminiscenčnej terapie zdajú byť najefektívnejšími malé, štruktúrované skupiny, F. Gibson

rozvinul aj *techniku individuálnej reminiscencie*. Pre jeho výskum bolo vybraných 5 najnepokojnejších alebo najproblematickejších obyvateľov hospicu. U každého bol vypracovaný podrobný životopis, životný príbeh, z ktorého potom vychádzal terapeutický plán zahrňujúci špeciálnu reminiscenčnú techniku. Životopis sa mal použiť aj ako nástroj na zlepšenie kvality komunikácie. Výlety a iné aktivity sa plánovali vzhľadom na záujmy a skúsenosti danej osoby. Prostredie bolo pre pacienta osobnejšie a odrážalo jeho štýl a osobné preferencie. Výskum pôsobil na obyvateľov hospicu tak, že u nich došlo k zvýšeniu záujmu o spoločnosť a k zníženiu agresivity a problematického správania. Zamestnanci hospicu ocenili, že mohli osobnejšie poznať každého obyvateľa. Štúdia poukazuje na dôležitosť a hodnotu životných príbehov v práci so starými ľuďmi. Životný príbeh umožňuje personálu vidieť osobu v kontexte života a zlepšiť kvalitu vzťahu s osobou s demenciou.

Výskum reminiscencie stále prebieha. Je nepochybné, že pacienti majú zo sedení prospech. Niekoľko otázok je ešte otvorených. Nepreskúmaným ostáva to, aký vplyv má terapia na okolie. Zatiaľ sa ukazuje, že zamestnanci obyčajne prijímajú terapiu pozitívne. Otvorenou ostáva aj otázka, ako čo najlepšie viesť reminiscenčné skupiny a ako čo najefektívnejšie využiť individuálnu prácu s pacientom. Reminiscencia ponúka široké možnosti terapeutického pôsobenia na pacienta s demenciou. Ukazuje sa tu však naliehavá potreba výskumu účinkov terapie a potreba hľadať ideálny spôsob vedenia terapie. Doterajšie výsledky sú nejednoznačné.

5.2 Terapia zameraná na správanie pacienta s demenciou

5.2.1 Manažment správania

Zatiaľ čo najväčšiu pozornosť výskumov priťahuje kognitívne hľadisko demencie, to, čo najviac ovplyvňuje prístup, spôsob opatrovania a rozhodnutie o umiestnení pacienta, sú zmeny a poruchy správania. Problematické správanie býva zvyčajne takéto: útek z domova, slovná a fyzická agresia, neudržanie moču a stolice, sexuálne problémy, hlučnosť (krik, jačanie), problémy s prijímaním potravy, prehnaný alebo nedostatočný prístup k osobnej hygiene. Čo sa týka rôznosti prejavov, treba povedať, že dvaja pacienti môžu mať prejavy agresivity odlišné alebo môžu agresívne reagovať za iných okolností (Patel, Hope, 1993, 457 – 472). Takisto môžu byť rôzne dôvody a podoby úteku.

Skôr ako sa začne plánovať individuálny plán pacienta, treba získať kompletný popis správania a súvislostí, v ktorých sa správanie vyskytuje. Samotné označenie diagnózy nepodáva dostatočnú informáciu. Popis správania má byť dôsledný a mnohostranný. Podľa R. T. Woodsa (2006, 336) treba zvážiť nasledujúce faktory:

Fyzické zdravie – či má pacient bolesti, ako naňho pôsobia užívané lieky a aké má zmyslové deficity.

Neuropsychologické deficity – či pacient rozpoznáva toaletu ako toaletu, či je schopný samostatne sa obliecť, či si mylne myslí, že udalosti z televízie skutočne existujú, alebo že osoby z televízie sa nachádzajú v jeho izbe.

Faktory prostredia – či sa pacientovi nezdá denná miestnosť príliš hlučná, či je domov dôchodcov útulný a či je usporiadanie priestorov v domove pre pacienta dostatočne zrozumiteľné.

Emotívne faktory – či pacient neprežíva úzkosť, ohrozenie alebo nebezpečenstvo.

Abnormálne zážitky – či pacient nemá halucinácie alebo predstavy, že sa mu ubližuje.

Interpersonálne faktory – do akej miery rozdielne reaguje pacient na rôznych zamestnancov a na rôzne prístupy; či ho provokuje správanie ostatných obyvateľov.

Základom takzvaného „cieleného plánovania“ (*goal-planning*), prístupu, ktorý opísali C. Barrowclough a I. Fleming (1986, 192 – 209), je identifikovať potreby, ktorých nenaplnenie spôsobuje problematické správanie pacienta, a úsilie naplniť ich. G. Stokes hovorí, že vyzývavé a nevhodné správanie pacienta s demenciou môže vyjadrovať jeho potreby, ako sú napríklad potreba zbaviť sa bolesti, byť milovaný, fyzicky sa očistiť, cítiť sa bezpečne, vedieť a podobne. Problém je v tom, že pacient s demenciou nedokáže jasne hovoriť o svojich potrebách, čím sa jeho správanie môže interpretovať nesprávne.

Nevyhnutnou je aj vonkajšia podpora neproblematického správania pacienta s demenciou. J. P. Wherton a A. F. Monk (2008, 571 – 586) zamerali svoj výskum na najdôležitejšie oblasti podpory tohto správania. Pomocou analýzy rozhovorov identifikovali denné aktivity pacienta žijúceho vo vlastnom domove. Deväť rozhovorov bolo vedených s terapeutmi a profesionálnymi ošetrovateľmi. Osem ďalších bolo vedených s pacientmi s ľahkou formou demencie v ich domovoch. Nasledujúcich 10 rozhovorov bolo vedených s neformálnymi ošetrovateľmi. Analýza ukázala potrebu pomoci v týchto

oblastiach: obliekanie, užívanie liekov, osobná hygiena, príprava jedla a socializácia.

Iba niekoľko štúdií sa zaoberá opisom efektivity manažmentu správania v demencii. M. Bird, P. Alexopoulos a J. Adamowicz (1995, 305 – 311) opisujú jednotlivé prípady, kde bol pri rôznom problematickom správaní aplikovaný individualizovaný prístup. Pacient sa vďaka podnetom učí vyžadovanému správaniu. Týmito podnetmi môže byť napríklad značka „zákaz vstupu", značka „toalety", akustická signalizácia a podobne. Cieľom je snaha, aby sa pacient naučil chodiť viac do vlastnej izby než do inej a radšej močiť na záchode než v rohu izby. Pri správaní pacienta, ktoré bolo želané, zaznel príjemný signál. V iných prípadoch pri želanom správaní pacient naopak zastavil poplašný signál – napríklad ak správne použil záchod. Ak učením postupne došlo k upevneniu vyžadovaného správania, počet podnetov sa znižoval.

5.2.2 Vedenie k sebestačnosti

Dôležitým faktorom v terapii a starostlivosti o pacienta je vedenie k sebestačnosti. Na to je potrebná pomerne veľká miera trpezlivosti a primeranosť kladených požiadaviek na pacienta (Holmerová a kol., 2004, 19). Asistencia, vedenie a pozitívna motivácia k samoobslužným činnostiam vedú k zlepšeniu funkčného stavu a sebestačnosti. Vďaka vedeniu zaznamenali C. L. Rinke a ďalší (1978, 873 – 881) zlepšenie v samostatnosti a „samoobsluhe" u šiestich obyvateľov v opatrovateľských domovoch a E. M. Pinkston a N. L. Linsk v rodinnom ošetrovaní. Sebestačnosť môže zlepšiť aj multisenzorická stimulácia spojená s tréningom (Holmerová a kol., 2004, 17).

Pomerne veľa výskumov sa venuje manažmentu inkontinencie. V manažmente pacienta s pomočovaním je vhodné použiť individuálny režim močenia. Efektívnym sa ukázalo pripomínanie. Výskumy ukazujú, že vďaka pripomínaniu vyprázdniť sa je možné znížiť inkontinenciu (Schnelle a kol., 1989, 1 051 – 1 057). Zámerom intervencie pritom nebolo úplne samostatné používanie toalety, ale zníženie počtu prípadov inkontinencie. Pacientovi je pravidelne (asi po dvoch hodinách) kladená otázka, či nepotrebuje ísť na záchod. Ak áno, pomôže sa mu. Pozitívna zmena je pri tomto postupe taká rýchla, že je nepravdepodobné, aby to bolo spôsobené procesom učenia pacienta. Pozitívna zmena je v tomto prípade skôr výsledkom zintenzívnenia opatrovateľskej starostlivosti.

5.3 Terapia zameraná na emocionalitu pacienta s demenciou

5.3.1 Validácia

Validačná terapia[10] sa považuje za jeden z prvých špecifických prístupov k pacientom postihnutým demenciou (Holmerová a kol., 2004, 18). V súčasnosti je terapeutickou metódou používanou u starých, dezorientovaných ľudí a ľudí s demenciou. Validácia je snaha o komunikáciu s pacientom s demenciou, pričom sa jeho pocity v komunikácii uznajú a podporujú, a to i v tom prípade, keď nekorešpondujú s realitou. Jadro techniky spočíva v reakcii na to, čo sa skrýva za bežnou každodennou komunikáciou pacienta. Predpokladá sa, že za bežnými slovami sa nachádza skutočný obsah, čo pacient komunikuje (Jones, 1985, 20 – 23; Woods, 2002, 348).

Autorkou validácie je N. Feilová, ktorá pri formulovaní metódy vychádzala popri teoretických základoch predovšetkým z vlastnej skúsenosti. Medzi starými ľuďmi prežila takmer celý život. Ako dieťa medzi nimi vyrastala a neskôr viac než 40 rokov pracovala s veľmi starými a pomätenými ľuďmi vo veku nad 80 rokov (Feilová, 2002, 9). Metóda validácie vznikla vďaka jej trvalému úsiliu pomôcť týmto ľuďom. N. Feilová nebola spokojná s prístupom zameraným na orientáciu pacienta v realite. Zdal sa jej príliš konfliktný. Vybadala, že pokiaľ je človek s demenciou opakovane privádzaný do reality, môže sa stiahnuť a stať sa nepriateľským. Hoci N. Feilová rozvíjala validáciu už od 60. rokov minulého storočia, väčšiu pozornosť začala vzbudzovať až v 80. rokoch – najprv v USA a neskôr aj inde. Autorka podáva veľmi podrobný opis používaných techník validácie v niekoľkých publikáciách (Feilová, 2001, 2002, 2004). V súčasnosti je o validácii informovaných vyše stotisíc pracovníkov zaoberajúcich sa starými ľuďmi v celej Severnej Amerike, Európe a v Austrálii (Feilová, 2002, 42) a metóda je akceptovaná tak v paliatívnej medicíne, ako aj v gerontológii (Aulber, Zech, 2000, 421; Heuft, Kruse, Radebold, 2006, 302; Kors, Seunke, 1997, 151 – 159; Maercker, 2002, 348 – 349; Woods, 2006, 326 – 330). Na Slovensku a v Českej republike je táto metóda pomerne málo známa.

[10] Po anglicky sa terapia nazýva *validation therapy* a po nemecky *Validationstherapie* (Feilová, 2002).

5.3.1.1 Východiská validácie

N. Feilová hovorí, že starému, dezorientovanému človeku je často pridelená diagnóza demencia alebo demencia typu Alzheimer. V prístupe sa potom postupuje podľa ustálených, jednotných, u každého jednotlivca približne rovnakých metód. Rozdiely, ktoré medzi ľuďmi existujú v každom vekovom období, sa však v starobe zväčšujú. Na psychické a sociálne zmeny prichádzajúce s vekom reaguje každý jedinec individuálne. Východiskom validácie je preto rešpektovanie jedinečnosti a neopakovateľnosti každého jedinca a individuálny prístup k nemu (Feilová, 2002, 30). N. Feilová (2002, 12) hovorí, že teoretické východiská validácie sú v súlade so základnými princípmi behavioristickej, analytickej a humanistickej psychológie.

5.3.1.2 Ciele validácie a jej určenie

Validácia je zameraná na diagnostiku a rozvoj schopností starého človeka v rôznych štádiách demencie. Cieľom terapie je spomaliť rozvoj choroby prostredníctvom empatického, neposudzujúceho načúvania, pri ktorom terapeut prijíma pacientov pohľad na realitu, akceptuje pacienta takého, aký je – s jeho pocitmi a vlastným vnútorným svetom. Prijaté a uznané pacientove bolestné pocity strácajú silu. Nevyjadrené alebo ignorované pocity majú naopak tendenciu naberať na intenzite. Prijatím nadobúda pacient dôveru, istotu a pocit vlastnej hodnoty a dôstojnosti, čím dochádza k redukcii stresu. Ďalšími cieľmi sú: pomoc pri riešení konfliktov z minulosti, redukcia nevyhnutnosti používania chemických a fyzických „donucovacích prostriedkov“, zlepšenie verbálnej a neverbálnej komunikácie, snaha o návrat z vegetatívneho štádia, zlepšenie pohybových schopností a zlepšenie telesného zdravia. Všeobecne možno povedať, že ide o ochranu života (Feilová, 2002, 11).

Validácia pomáha najmä starým ľuďom vo veku nad 80 rokov, ďalej je určená ľuďom, ktorí celý život žili relatívne „šťastne“ a neriešili alebo potláčali vážne životné krízy. Okrem toho je určená ľuďom s obmedzenou možnosťou pohybu (pripútaným na vozíček), ľuďom, u ktorých sa objavujú príznaky poškodenia mozgu, zraku a sluchu, ľuďom s obmedzenou kontrolou emócií a s obmedzenou krátkodobou pamäťou. Validácia pomáha ľuďom, ktorí majú potrebu vyjadriť lásku, vyjadriť vlastnú identitu a vyjadriť neovládateľné emócie pomocou pohybov. Pomáha aj tým, ktorí unikajú pred bolestnou realitou sťahovaním sa do minulosti (Feilová, 2002, 30). Validácia nie je určená

dobre orientovaným, duševne postihnutým, duševne chorým a tým, ktorí utrpeli organickú traumu, napríklad ak trpia afáziou po úraze (Feilová, 2002, 31).

5.3.1.3 Význam minulosti pre starého človeka

Validácia kladie dôraz na minulosť, ktorá ovplyvňuje súčasný stav starého človeka. Pred koncom života sa usiluje vyriešiť „neuzatvorené záležitosti“ z minulosti. V živote mladého človeka nemá minulosť až takú dôležitú úlohu. Jeho prežívanie a ciele sú odlišné. Mladý človek chce myslieť, produkovať, tvoriť, „používať hlavu“, jasne komunikovať a používať konkrétne slová. Chce mať pod kontrolou emócie a čas. Chce s časom hospodáriť a počas dňa sa vyvarovať snenia. Želá si urobiť pauzu pri káve. Chce sa správať podľa sociálnych konvencií – byť „niekým“, dosiahnuť úspech. Prežívanie a ciele starého človeka sú iné. Starý človek sa chce dostať z bolestivej prítomnosti a nepotrebnosti, chce opäť zažívať príjemné zážitky z minulosti, chce prekonávať nudu a riešiť nezvládnuté konflikty (Feilová, 2002, 35).

Pre starého človeka je dôležitá minulosť. Prítomný vonkajší svet sa starému človeku rozplýva a stráca význam. Zhoršuje sa mu zrak a sluch, nemá čo robiť a niet nikoho, kto by sa oňho staral, kto by ho miloval. Zhoršenie krátkodobej pamäti spôsobuje, že si nevie spomenúť na mená z minulosti (Feilová, 2002, 25). V samote sa v spomienkach vracia do čias, keď ešte niekým bol, keď bol milovaný a produktívny. Prežíva minulosť, aby zažil pocit vlastnej hodnoty. Prestáva sa starať o to, čo si myslia iní. V prítomnosti nenachádza uspokojenie a keďže na prežitie potrebuje stimuláciu, nahrádza prítomnosť minulosťou.

Starý človek mení spôsob vnímania sveta, zhoršuje sa uňho rozlišovanie medzi dňom a nocou. Identitu, význam a pochopenie života hľadá v minulosti. Kvôli potrebe „opraviť problematické vzťahy“ sa vracia do pôvodnej rodiny. Za jeho správaním možno nájsť dôvod. Prejavuje 3 základné ľudské potreby: 1. potrebu byť milovaný, cítiť istotu a lásku a byť v niečej opatere, 2. potrebu byť potrebný, produktívny, aktívny a užitočne zaneprázdnený a 3. potrebu byť vypočutý, vyjadriť svoje hlboké a silné pocity empatickému poslucháčovi. Tieto potreby nevyjadruje „tu a teraz“, ale komunikuje s osobami a predmetmi z minulosti. Stáva sa egocentrickým.

J. M. G. Williams (1994, 571 – 579) hovorí, že *teoretickým rámcom pre validáciu* by mohol byť model kognitívnych subsystémov

J. D. Teasdaleho a P. J. Barnarda. Na základe tohto modelu by si starý človek obsahmi z dávnejšej (ešte zachovanej) minulosti kompletizoval fragmenty obsahov z krátkodobej (slabnúcej) pamäti alebo obsahy z prítomnosti. Napríklad pocit osamelosti a opustenosti môže byť interpretovaný otázkou: „Kde je matka?“ Úlohou opatrovateľa je reagovať na pocit, a nie presviedčať pacienta, že jeho matka už nežije.

N. Feilová hovorí, že aby bolo možné pochopiť starých ľudí, treba porozumieť ich symbolom, ktoré nazýva *„cestovnými lístkami do minulosti“*. V tabuľke č. 10 sa nachádzajú typické osobné symboly dezorientovaných ľudí a možné významy týchto symbolov, ako ich uvádza autorka (Feilová, Sutton, Johnson, 2001, 43).

Symboly	Možný význam
Ruka	Dieťa, batoľa
Palec	Otec, matka, noha na chodenie, dieťa, ktoré je vedené
Šatka	Dôležité papiere, cesto na pečenie, oblečenie
Tyč na vozíku	Ulica
Otvorený priestor	Okolie domova, nebo, nádej
Gombík	Potrava, láska
Mľaskavý zvuk	Istota, pôžitok
Kývavý, kolísavý pohyb	Matka, materstvo, istota, pôžitok
Tekutina	Mužská sila
Mohutné kreslo, stolička	Penis, chlap, manžel, sex
Držadlo	Penis
Hlboký hlas	Muž
Lyžica alebo ohnutý predmet	Žena, ženské pohlavie
Ponožka, topánka	Dieťa, obliekať dieťa, sexuálny orgán
Oblečený kus odevu	Pohlavný styk, sloboda, výzva
Oddelenie	Susedia
Chodba	Ulica, susedia
Invalidný vozík	Auto, vozidlo

Tabuľka č. 10: Typické osobné symboly dezorientovaných ľudí a možné významy.

5.3.1.4 Komunikácia

Komunikačné schopnosti starého človeka sa zhoršujú tak pre rôzne organické poškodenia, ako aj pre nedostatok komunikácie. Starý a dezorientovaný človek nevyslovuje slová dôsledne. Má problém identifikovať ľudí, predmety a vzťahy. Nevie vysvetliť pojem. Napríklad keď počuje slovo „matka“, nevie povedať, že je to niekto, kto má dieťa, ale v spomienkach sa vracia k svojej matke. Narušenie analytického myslenia uvoľňuje neverbálnu zložku vyjadrovania. Pri oslabovaní schopnosti logickej a naučenej reči sa jedinec vracia k „primárnym vzorcom komunikácie“ (Feilová, 2002, 26). Nejde pritom o druhé detstvo, ale o oživenie obrazov, zvukov, pachov a emócií, ktoré sú od narodenia uložené v pamäti. J. Piaget hovorí, že neverbálne vyjadrovanie jedinca predchádza verbálne. Dojča napodobňuje pohyby, ktoré zažíva v prítomnosti matky (hojdanie, satie pri kojení), aby si ju v jej neprítomnosti sprítomnilo. Dieťa chápe definíciu pojmu „matka“ až neskôr, keď už dokáže abstraktne myslieť v kategóriách. Ak sa dezorientovaný človek nedokáže verbálne vyjadriť, začne sa pohybovať tak, ako to robil v detstve. Pohybuje perami, komolí slová, vytvára rýmy, kombinuje a vyslovuje zvuky, ktoré sa navzájom podobajú. Mieša hlásky tak, aby mu jazyk, zuby a pery prinášali potešenie. Vracia sa k detským rýmovačkám, básničkám, modlitbičkám a pesničkám. Čím viac sa jeho intelektuálne funkcie zhoršujú, tým viac sa mu rozširuje slovník fantázie, ktorý súvisí s minulosťou. Do vedomia sa mu vracajú dávne spomienky (Feilová, 2002, 27).

5.3.1.5 „Regresia“ a „rodičovská fixácia“

Dezorientovaný jedinec prežíva regresiu, no nemožno povedať, že by bol dieťaťom. Je tu podstatný rozdiel. Dieťa rastie, mení sa, učí sa nové slová, chce nové veci a pri hre dokáže dodržiavať pravidlá. Dieťa rozvíja svoje kognitívne schopnosti. Postupne dokáže usporiadať, porovnávať a rozlišovať veci a osoby a postupne rozlišuje čas. Učí sa uvedomovať si seba a iných, mať pod kontrolou emócie a poslúchať dospelých. Rodičia a dospelí mu pomáhajú pri učení sa a pri rozvoji (Feilová, 2002, 28).

Starý a dezorientovaný človek je na rozdiel od dieťaťa dospelým. Má svoju minulosť a korene. Vďaka múdrosti, skúsenosti a intuícii sa vracia do minulosti, aby si ju usporiadal a uspokojil svoje potreby lásky a identity. Pretože už nie je ochotný riadiť sa spoločenskými konvenciami, vytvára si vlastné pravidlá. Vďaka návratu do minulosti sa

vyhýba bolestivej prítomnosti, pocitu nepotrebnosti a samoty. Nepotrebuje rozlišovať chronologický čas, v ktorom preňho nikto nemá miesto. Starý človek sa vracia k svojim koreňom a ľudí, ktorí mu v jeho svete „nesedia", ignoruje alebo voči nim cíti zlosť. Tak sa stáva, že nereaguje pozitívne na starostlivosť mladej ošetrovateľky, ktorej správanie zodpovedá štandardom súčasnej modernej spoločnosti, lebo mu to neharmonizuje s jeho minulým svetom. Návratom do minulosti sa podvedome bráni tomu, aby skĺzol do stavu vegetácie. Podvedome sa tak usiluje o to, aby dokázal prežiť (Feilová, 2002, 28).

Stáva sa, že človek s demenciou hovorí o svojich rodičoch tak, akoby stále žili. Upozorňovanie na omyl a zdôrazňovanie, že jeho rodičia už nežijú, môže byť chybou. B. M. L. Miesen (1993, 147 – 153) poukázal na dôležitosť potreby človeka s demenciou pripútať sa k niekomu. Je to vyjadrenie jeho potreby ochrany a bezpečia v prostredí, v ktorom sa bojí. Dochádza akoby k „rodičovskej fixácii", k prejavu opätovného pripútania sa k rodičom. Jav by nemal byť vnímaný ako prejav demencie, ale ako prejav potreby človeka.

5.3.1.6 Zásady používania validácie

Validácia nevníma starobu ako diagnózu. Prvoradým je akceptácia zmien, ktoré staroba prináša, a akceptácia starého a pomäteného človeka vracajúceho sa do minulosti. Samotná znalosť a používanie jednotlivých techník sú pri validácii až druhoradé (Feilová, 2002, 35).

Validácia akceptuje a rešpektuje múdrosť starého človeka. Nevyvíja nijaký tlak, aby mu nanútila realitu. Cieľom nie je ani mať s pacientom rovnaký názor. Vo validácii sa rešpektuje svet, v ktorom žije starý a pomätený človek, i keď nezodpovedá skutočnosti. Niekedy sa preto o validácii hovorí, že je *„malým podvodom"*, *„zavádzajúcou terapiou"* alebo *„terapiou nevinných lží"* (Warner, 2000, 27). Validácia však nie je pretvárkou. Dezorientovaný človek by ju rozoznal. Tak ako dokáže rozoznať autentickosť dotykov, dokáže rozoznať aj pravdivosť a autenticitu prístupu (Feilová, 2002, 36).

Ako bolo povedané, vo validácii sa rešpektuje svet pacienta, aj keby nezodpovedal skutočnosti. Nejde o priamu korekciu pacienta, ale o prijatie jeho témy a postupnú prácu s ňou. Napríklad pacient začína byť nepokojný a nechce sa zúčastniť na zamestnaní, pretože chce ísť za bratom (ktorý už nežije). Terapeut hovorí: „Áno, pôjdeme za
+1 ním spolu. Potrebujem tu len niečo dokončiť. Počkajte, prosím, preto
0 chvíľku a potom pôjdeme." S odpoveďou je pacient spokojný, upo-
-1

kojuje sa a postupne sa začne venovať inej téme. Priame odmietnutie pacientovej témy a orientácia v realite napríklad odpoveďou, že brat už desať rokov nežije, by v tomto prípade zbytočne viedli k nepokoju a agresivite (Holmerová a kol., 2004, 18).

Ďalšia úloha validácie spočíva v pomoci starým a dezorientovaným ľuďom splniť ich poslednú životnú úlohu – zomrieť v pokoji a v zmierení. Starý človek na to potrebuje dôveryhodného poslucháča, ktorý jeho pocity rešpektuje, berie vážne, potvrdzuje a verí, že sú pravdivé. Cieľom načúvania nie je rozvíjať pacientovu fantáziu, ale vyplaviť potlačené emócie, a tak zmierniť jeho stres a úzkosť (Feilová, 2002, 36).

Dezorientovaný človek nie je pri validácii vnímaný ako dieťa a terapeut ako rodič. Terapeut sa nevyhráža, netrestá, nespráva sa arogantne, rešpektuje súkromie a nepoužíva autoritatívne slová „mal by si" alebo „musíš". Neuzatvára sa pred pocitmi pacienta a ani ich nevyžaduje. Rešpektuje rozdielnosť v správaní každého jednotlivca. Snaží sa naladiť na jeho rytmus a vnímať jeho verbálne i neverbálne signály. Pocity starého človeka podporuje, potvrdzuje ich a formuluje do slov, čím mu vracia pocit vlastnej dôstojnosti (Feilová, 2002, 36).

Pri validácii je dôležitá i empatia. Spôsob správania sa pacienta, ktorý niekedy môže pôsobiť zvláštne, treba chápať v kontexte jeho životného obdobia. Podobne sa vníma aj adolescencia. Správanie adolescenta sa nehodnotí ako psychotické, ale prihliada sa na špecifikum obdobia. Ak napríklad starý človek sedí na vozíčku a rukou búcha po operadle, je dôležité vedieť, čo za tým je. Dôvodom môže byť to, že bol kedysi stolárom ako jeho otec a starý otec a že teraz vníma svoju ruku ako kladivo, ktoré zatĺka klinec (Feilová, 2002, 36 – 37). Východiská validácie by sa dali zhrnúť takto (Feilová, 2002, 47 – 48; 2004, 47):

- Autentický a empatický poslucháč pomáha pri validácii zmenšovať starému človeku emocionálnu záťaž. Priznané, vyjadrené a potvrdené negatívne emócie sa zoslabujú. Nevyjadrené, ignorované a potlačené bolestivé emócie „kvasia" v skrytosti ďalej a silnejú. Ignorovanie emócií starého človeka neprináša zmenu v jeho správaní. Keď mu nikto nenačúva, jeho stav sa zhoršuje. Môže dôjsť k úplnému stiahnutiu sa do stavu vegetovania.
- I napriek tomu, že krátkodobá pamäť slabne, v pamäti pretrvávajú emocionálne spomienky z minulosti. Z pamäti vystupuje to, čo bolo naučené a ustálené v minulosti. Tým sa starý človek snaží zachovať si homeostázu.
+1
0
-1

- Telesné straty spôsobujú, že starý človek potláča prítomnosť a „nastoľuje“ minulosť. So slabnúcim zrakom mu silnie „vnútorný“ zrak. So slabnúcim sluchom začína počuť zvuky z minulosti.
- Prežívaniu bolestnej prítomnosti sa starý človek bráni tým, že sa z nej sťahuje a snaží sa oživiť si spomienky na minulosť.
- Udalosť v prítomnosti môže vyvolať spomienku z minulosti. Pocity v prítomnosti môžu vyvolať podobné pocity z minulosti. Prítomnosť a minulosť sa tak navzájom miešajú.
- Spomienka z minulosti spojená s emóciou môže aktivovať nejaké telesné poškodenie v prítomnosti. Napríklad spomienka 90-ročnej ženy na silný zážitok, keď bola ako dievča zatvorená v tme, môže spôsobovať zoslabnutie jej zraku.
- Každé životné obdobie má svoje úlohy. Človek sa má k nim v správnom čase postaviť a splniť ich. Málokedy sa mu však podarí splniť ich úplne. Ak človek nejakú úlohu ignoruje, väčšinou sa prihlási neskôr. Ak myšlienku na nesplnenú úlohu potláča až do staroby, môže ju spracovať alebo pred ňou uniknúť do stavu vegetovania. Validácia sa usiluje o to, aby si starý človek priznal nesplnené úlohy, aby sa s nimi vyrovnal a zomrel v pokoji.

5.3.1.7 Výskumy efektivity validácie

Je pomerne málo publikovaných prác, ktoré dokumentujú pozitívny vplyv validácie. Autorka validácie uvádza vo svojich publikáciách množstvo prípadov zo svojej praxe. I. Morton a Ch. Bleathman (1991, 327 – 330) uvádzajú pilotnú štúdiu skúmajúcu vplyv validácie na pacienta s demenciou. Vo svojom výskume hodnotili správanie, emocionalitu a komunikáciu 5 členov skupiny, ktorá absolvovala validáciu v rozsahu jednej hodiny týždenne v období 20 týždňov. Sledovanie pokračovalo aj počas ďalších nasledujúcich 10 týždňov, keď účastníci navštevovali reminiscenčnú skupinu. Všetky sedenia ukončili len 3 účastníci výskumu. U dvoch zo sledovaných účastníkov sa verbálna interakcia počas validácie zlepšila, pričom počas reminiscenčných sedení sa zhoršila. U tretieho klienta sa prejavil opačný efekt. Tí istí autori neskôr publikovali zhrnutie výsledkov výskumu efektivity validácie. Hodnotili aktivitu pacientov v skupine, reakciu na predmety a rozdiel v správaní v skupine a mimo nej a vyvodili záver, že validácia spôsobuje pozitívne zmeny nálady, správania a zlepšuje sociálne prispôsobenie (Bleathman, Morton, 1992, 658 – 666). N. Feilová (2002, 40) uvádza svoj vlastný výskum 30 pacientov z roku 1971, u ktorých prebiehala validácia 5 rokov. Výskum ukázal tieto pozitívne zmeny: zníženie počtu inkontinentných pacientov, zníženie výskytu rušivého správania (krik, údery), zvýšenie výskytu pozitívneho správania (úsmev, pomoc druhým, komunikácia – aj mimo skupiny) a zlepšenie uvedomovania si vonkajšieho sveta.

S. Alprin skúmal v roku 1980 v USA pacientov a personál v 16 domovoch dôchodcov, kde sa validácia praktizovala. Výsledky priniesli pozitívne zistenia tak u pacientov, ako aj medzi personálom. Medzi pacientmi a personálom bola zvýšená dôvera. U pacientov sa vyskytovalo menej agresívneho správania, medzi personálom zase menšia fluktuácia. M. Peoples v roku 1982 skúmal 225 pacientov v domove dôchodcov v meste Akron v štáte Ohio v USA. Výsledky ukázali pozitívny vplyv validácie na správanie pacientov. Zistil aj to, že validácia je efektívnejšou metódou než terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite. V meste Toledo v štáte Ohio skúmal P. A. Fritz pôsobenie validácie na pacientov s kognitívnymi poruchami. Pacienti boli umiestnení v domove dôchodcov. Výskum ukázal zlepšenie rečových schopností – jasnosť a plynulosť reči a počet používaných slov (sledoval sa počet používaných slovies, podstatných mien, prídavných mien) (Feilová, 2002, 41). Väčšiu efektivitu validácie než terapie zameranej na orientáciu pacienta v realite opísal aj J. T. Dietch v roku 1989 v Kalifornii. Zistil, že ošetrovateľský personál oceňuje, keď sa pacient zbaví frustrácie z neúspešnej snahy zlepšiť svoju orientáciu, čo často nie je možné (Dietch, Hewett, Jones, 1989, 974 – 976; Feilová, 2002, 42).

C. Sharp porovnal v roku 1989 dva austrálske domovy dôchodcov. V jednom domove sa používala validácia, v druhom nie. Porovnanie ukázalo, že z validácie profitovali tak pacienti, ako aj personál. K podobným výsledkom dospel na základe štúdie v roku 1991 v Londýne Ch. Bleathman a v tom istom roku na základe vyšetrení v nemocnici Sebastopol in Reims vo Francúzsku aj Ch. Bleathman (Feilová, 2002, 42). J. A. Gemma (1997, 326 – 332) vo svojej štúdii popisuje 12 rôznych systémov prístupu v starostlivosti o ľudí s demenciou. Prístupy delí na staršie a novšie. Validáciu radí medzi novšie a hodnotí ju ako ľudský, praktický a empatický prístup. Medzi publikáciami o validácii možno nájsť aj viaceré kazuistiky (Frei, 2005, 32).

5.3.1.8 Zhrnutie výsledkov výskumov pozitívneho vplyvu validácie

Pozitívny vplyv validácie možno zhrnúť do dvoch skupín: viditeľnejšie a menej viditeľné. Viditeľnejšie sú: normálny sed, otvorené oči,

intenzívnejší sociálny kontakt, menej kriku, menej automatických pohybov, menej agresivity, zníženie potreby chemických a fyzických donucovacích prostriedkov, väčšie bohatstvo verbálnych vyjadrení, zlepšenie chôdze a zníženie počtu prípadov, keď pacienti vstávali a utekali. Menej viditeľné zmeny sú: pomoc pri zvládnutí problému nesplnených životných úloh, zníženie intenzity strachu, zvýšenie pocitu vlastnej hodnoty, zlepšenie vnímania reality, návrat zmyslu pre humor a zvýšenie dôvery v skupine, kde sa validácia praktizuje (Feilová, 2002, 40).

5.3.1.9 Štádiá dezorientácie

Na ľuďoch s demenciou je často vidieť, ako sa ich stav mení. Postupujú určitými fázami. Najčastejšie je možné pozorovať zhoršovanie fyzického stavu a uzatváranie sa do seba. N. Feilová (2002, 49) rozlišuje a opisuje štyri štádiá dezorientácie človeka, pričom všetky súvisia s minulosťou. Sú nimi:

I. nedostatočná alebo „nešťastná“ orientácia,
II. časová zmätenosť,
III. opakované pohyby,
IV. vegetovanie.

I. štádium: Nedostatočná alebo „nešťastná“ orientácia

Starý človek má v prvom štádiu potrebu vyjadriť nevyjadrené negatívne pocity z minulosti. Terapeut nepovažuje tieto prejavy za výplod obrazotvornosti, ale snaží sa zmierňovať bolesť, ktorú starému človeku dávne konflikty spôsobujú. Ďalším okruhom problémov je, že starnúci človek neakceptuje rastúce telesné a sociálne straty, ktoré so sebou prináša vysoký vek. Pociťované straty vyvolávajú spomienky na podobné straty v minulosti.

Jeden asi 70-ročný muž v domove dôchodcov mal problém udržať moč. Keď sa pomočil, hanbil sa za to a snažil sa obviňovať svojho suseda, že vylial na zem vodu. Situácia mu totiž pripomínala spomienku z detstva – na to, ako sa hanbil, keď sa pomočil, a ako bol za to trestaný.

V prvom štádiu dezorientácie sa začínajú z minulosti jedinca vynárať obvinenia, ktoré majú svoj zmysel a účel. Orientácia je zachovaná, ale nie úplne a nie v „šťastnom“ slova zmysle. Dôvodom „nešťastnej“ orientácie je potreba vyriešiť, doplniť nejaký problematický, nedokončený vzťah z minulosti. Na to pacient používa osoby z prítomnosti,

ktorým prejavuje zatiaľ nevyjadrené pocity z minulosti. Vo väčšine oblastí bežného života sa títo jedinci správajú úplne normálne. Iba občas sa stáva, že niečo opakujú bez toho, aby to malo spojitosť s prítomnosťou (Feilová, 2004, 73 – 74).

Telesné príznaky

V tomto štádiu sú oči jasné, svaly prirodzene napäté a brada posunutá dopredu. Sed alebo postoj je so založenými rukami. Pohyby sú účelové. Hlas je prenikavý, nariekavý alebo nevľúdny, reč je jasná a zreteľná, orientácia v čase a priestore je správna. Krátkodobá pamäť je v zásade v poriadku, i keď občas vynecháva. Schopnosť čítať, písať a iné kognitívne schopnosti sú zachované. Občas sa vyskytuje inkontinencia (Feilová, 2004, 74 – 75).

Psychické príznaky

V anamnéze sa nemusí vyskytovať nijaká duševná choroba. Prežitý život je vnímaný ako normálny a relatívne produktívny. Niektoré životné úlohy sú nesplnené a jedinec sa nachádza vo fáze, keď to môže spracovať. Ako sme už uviedli, vyplavujú sa niektoré potláčané pocity z minulosti. Problematický je postoj k prítomnosti, v ktorej pociťuje straty. Človek si v tomto štádiu chráni intimitu a nechce, aby sa ho niekto dotýkal. Sťažuje sa na prítomnosť. Má strach z toho, že stratí kontrolu nad pohybmi tela a nad duševnými funkciami – snaží sa o kontrolu a neprizná sa, keď ju stráca. Má strach zo zmien a ťažko sa prispôsobuje okoliu. Nechce meniť svoje zaužívané správanie. Pri činnostiach používa osvedčené metódy a má odpor k zmenám. Konfrontácia ho vystraší. Nechce nič analyzovať. Nemá potrebu pochopiť svoje vnútro (Feilová, 2004, 75 – 76).

Správanie

Správanie starého človeka je v tomto štádiu ovplyvnené telesnými zmenami a tým, ako sa s touto kritickou situáciou psychicky vyrovnáva. Keď má pocit, že niečo nie je v poriadku, obviňuje okolie, narieka a sťažuje sa, pričom intenzita týchto prejavov sa zvyšuje so zhoršovaním stavu. Obviňuje druhých, že ho okrádajú, chcú otráviť alebo špehujú – pomáha mu to zmierňovať jeho bolesť a hnev. Má strach zo staroby. Veľmi dôležité je preňho mať, vlastniť, hromadiť, odkladať si veci (peňaženku, palicu, noviny). Drží sa týchto vecí tak, ako sa topiaci drží plávacieho kolesa. Zhromažďovaním vecí sa pokúša dostať svoj

život znova pod kontrolu a nahrádzať straty. Napríklad toaletný papier zhromažďuje zo strachu pred inkontinenciou. Zhromažďuje perá a papiere zo strachu, že raz nebude môcť písať. Skrýva kľúč z obavy, že stratí domov alebo že nebude viac šoférovať auto (Feilová, 2004, 76 – 77).

II. štádium: Časová zmätenosť

Starý človek v štádiu časovej zmätenosti je často vo veku nad 70 rokov a trpí pokročilým rozpadom mozgu. Väčšinou už ťažko chodí, počuje alebo vidí. Nie je v stave chápať plynutie času. Čím ďalej tým viac sa sťahuje do seba preto, aby: 1. zvládol stav izolácie a opustenosti, 2. prekonal nudu, 3. opäť prežil pocit, že je potrebný a 4. aby sa mohol zaoberať minulosťou (Feilová, 2004, 86 – 87).

Jeho zrak je často poškodený a používa tú časť mozgu, v ktorej sú uložené spomienky na minulosť: zvuky a pachy z minulosti, hlasy osôb, ktoré v minulosti poznal. Spomienky, ktoré sú najstaršie, sa udržia v pamäti najdlhšie. Má obmedzené logické myslenie (je poškodené Alzheimerovou chorobou, mozgovou príhodou a tak ďalej). Nerozlišuje medzi prítomnosťou a minulosťou, nemá pojem o plynutí času. Nevníma rozdiel medzi časovými určeniami, akými sú minúta, hodina, deň, týždeň alebo mesiac. Namiesto uvedomovania si času si uvedomuje spomienky. Jedna 90-ročná pani zabudla, že práve jedla, ale vďaka svojim spomienkam tvrdila, že má ísť dať jesť svojim deťom (Feilová, 2004, 87).

Problematické je rozlišovanie kategórií. Stôl, stoličku a písací stôl nevie taký človek zaradiť do kategórie „nábytok“. Jablko, pomaranč a hrušku nevie zaradiť pod „ovocie“. Nerozlišuje medzi skutočnosťou a symbolmi. Pre ženu, ktorá by chcela byť matkou, je každá nežná ruka rukou dieťaťa. Pre muža, ktorému chýba jeho mŕtva žena, je manželkou ošetrovateľka (Feilová, 2004, 87).

Telesné príznaky

V tomto štádiu má jedinec uvoľnené svalstvo, pohybuje sa pomaly a ladne a často chodí bezcieľne. Oči má jasné, ale pohľad akoby na nič nezameraný, prázdny. Na opatrovateľa reaguje iba vtedy, keď ho zbadá priamo pred sebou. Dýcha a rozpráva pomaly a ticho. Na vyjadrovanie pocitov často používa ruky. Ramená má ohnuté dopredu, čo spôsobuje „šuchtavú chôdzu“, obyčajne je inkontinentný (Feilová, 2004, 88).

Psychické príznaky

Nepoznáva osoby z personálu a často ani príbuzných – zabúda ich mená a osoby z prítomnosti zamieňa s osobami z minulosti. Osoby niekedy nahrádza vecami. Značne zhoršená je krátkodobá pamäť, ale spomienky z minulosti a z dávnej minulosti ostávajú zachované – človek si pamätá pesničky, hoci ich už nedokáže spievať. Aby prekonal nudu a prítomnosť chudobnú na udalosti, vracia sa do minulosti. Prežíva známe scény a udalosti z minulosti, ktoré sa snaží riešiť. Občas dokáže čítať, ale nedokáže už písať. Pozornosť udrží veľmi krátko, nedokáže hrať hry, ktoré majú pevné pravidlá, no aj napriek tomu má stále akýsi druh intuitívnej múdrosti. Nedokáže kontrolovať pocity. Veľmi slobodne rozpráva o potrebe lásky alebo o iných pocitoch. Reaguje na očný kontakt, dotyk a blízkosť. Nevidí dôvod plniť priania ošetrovateľov a neváži si pravidlá. Rozlišuje serióznu starostlivosť a nemá dôveru k opatrovateľom, ktorí sa s ním hádajú alebo súhlasia len navonok (Feilová, 2004, 88 – 89).

III. štádium: Opakované pohyby

Jedinec sa v štádiu opakovaných pohybov sťahuje z reality a vracia sa do obdobia detstva, keď ešte nepoužíval slová a keď boli dôležité zvuky a pohyb. Pohybmi nahrádza reč. Jeho ústa, pery a brada sa voľne pohybujú a vznikajú nové slová. Je bez sociálnej kontroly. Emócie prejavuje spontánne, i keď to iní môžu považovať za nevhodné. Vyplavujú sa doteraz potlačené emócie. Pacient stráca vedomie seba, má nejasný sebaobraz a v pokročilejšom štádiu sa nespozná v zrkadle (Feilová, 2004, 97 – 98).

Telesné príznaky

Jedinec v tomto štádiu nehovorí zrozumiteľnými vetami. Opakuje zvuky, ktoré sa naučil v detstve, teda aj mľaskot, krik a spev. Pocity vyjadruje pomocou opakujúcich sa pohybov. Odpovedá len vtedy, keď je stimulovaný dotykom, očným kontaktom alebo hlasom. Jeho hlas je pokojný a melodický alebo vysoký, vzrušený a prenikavý. Kričí, klope, chodí tu a tam alebo sa kýve. Oči má privreté alebo otvorené, ale nepozerá na nič konkrétne. Dôstojne sa pohybuje. Je inkontinentný. Nedokáže ani písať, ani čítať, ale niekedy ešte dokáže spievať. Svoj telesný stav si už neuvedomuje (Feilová, 2004, 98 – 99).

Psychické príznaky

V tomto štádiu si jedinec ešte pamätá na svoje najstaršie skúsenosti. Nepamätá si však už ani mená, ani tváre. Pozornosť dokáže udržať

iba veľmi krátko. Pamätá si dotyk alebo hlas. Pocity sú bez kontroly a schopnosť premýšľať o sebe sa úplne vytráca (Feilová, 2004, 99).

IV. štádium: Vegetovanie
Štádium vegetovania je posledným štádiom. Je to totálne stiahnutie sa z vonkajšieho sveta, úplné uzavretie sa do seba. Jedinec v tomto štádiu vzdáva boj o život. Štádium vegetovania prichádza vtedy, keď jedinec nie je dostatočne stimulovaný (aby bol „tu“), alebo vtedy, keď je nadmieru medikovaný. Má zatvorené oči a sliny mu tečú z úst. Nehybné ruky ležia vedľa tela a pripomínajú zbytočné veslá. Iba hruď sa mu pohybuje. Nikto nevie, čo sa v takom človeku odohráva. V tomto štádiu jedinec unikol bolestivej prítomnej skutočnosti. Nesnaží sa o nijaké pohyby alebo zvuky. Pomoc spočíva skôr v prevencii, aby k tomuto štádiu nedošlo. Ak je už jedinec v tomto štádiu, je veľmi ťažko vrátiť ho späť. Niektorí jedinci v štádiu vegetovania (umytí, zaopatrení, starostlivo polohovaní a umelo vyživovaní) žijú aj dlhé roky, iní zomierajú, hneď ako sa do stavu vegetovania dostanú (Feilová, 2004, 105 – 106).

Telesné príznaky
V tomto štádiu má jedinec zatvorené oči, uvoľnené svaly, telo je vpadnuté, nepohyblivé, často v polohe plodu. Nedokáže rozprávať. Dýchanie je ľahké (Feilová, 2004, 106).

Psychické príznaky
Človek v tomto štádiu je stiahnutý do seba, preto nemožno určiť nijaké psychické príznaky. Neprejavuje nijaké vnemy a nie je v stave začať akúkoľvek činnosť. Takmer vôbec nereaguje (Feilová, 2004, 107).

5.3.1.10 Techniky validácie
N. Feilová vypracovala rôzne techniky pre jednotlivé stupne demencie. Ponúka postupy, ktoré by mohli byť v danom stave pre pacienta užitočné. Samotné techniky sú pomerne jednoduché. Nevyžadujú nijaké odborné štúdium. Obsahujú pomerne veľa prvkov neverbálnej komunikácie – dotyk, očný kontakt, tón hlasu, hudba. Nie sú určené iba terapeutom, ale každému, kto sa so starými ľuďmi s demenciou stretáva a pracuje s nimi. V niečom sa podobajú technikám, ktoré používajú aj iné prístupy, v niečom sú značne odlišné. Techniky validácie sa odlišujú od iných terapií v týchto bodoch (Feilová, 2004, 122):

- pri validácii nedochádza k hádkam a konfrontáciám so starým človekom,
- cieľom validácie nie je poskytnúť nadhľad nad správaním,
- validácia sa nesnaží o zlepšenie orientácie v čase, ak o to nie je zo strany starého človeka záujem,
- pri validácii sa nepracuje s pozitívnym alebo negatívnym posilňovaním s cieľom ovplyvňovať správanie,
- pri validácii sa ani pri individuálnej práci, ani pri práci so skupinou nestanovujú pevné pravidlá (napríklad s cieľom orientovať sa v čase),
- terapeut nie je pri validácii vnímaný ako autorita, ale ako starostlivý pomocník.

Základ techník validácie spočíva v rozpoznaní toho, čo a ako človek s demenciou vyjadruje, a v adekvátnej reakcii. Správne reagovať na emócie niekedy znamená odhliadať od reality ako takej.

Účinok validácie je pozorovateľný už aj pri pomerne nízkej intenzite stretnutí – niekoľko minút za týždeň. Jednotlivé prvky validácie sa môžu stať súčasťou komunikácie iných techník alebo súčasťou bežnej komunikácie opatrovateľského personálu. Techniky validácie sa môžu využívať tak pri práci so skupinou, ako aj pri individuálnej terapii. Individuálny prístup vyžadujú najmä pacienti s vyšším stupňom postihnutia. Pri skupinových sedenia treba klásť väčší dôraz na pohodlie a na to, aby každý z prítomných mohol vnímať, že je „jedinečný“. Členovia skupiny sú povzbudzovaní k nejakej zjednocujúcej aktivite, napríklad k spevu, alebo sa v skupine ponúkne spoločné občerstvenie. Životná múdrosť jednotlivých členov sa vyzdvihuje tým, že ich vedúci stavia do úlohy tých, ktorí majú čo ponúknuť zo svojich bohatých životných skúsenosti. Napríklad sa spýta: „Akú radu by ste dali mladému páru, ktorý sa chce vziať?“ Podnety pre diskusiu sú chápané tak, aby reflektovali skutočné problémy a otázky, pričom sa netreba vyhýbať nijakým kontroverzným témam (Woods, 2006, 328).

Nižšie uvádzame techniky validácie podľa N. Feilovej (2004, 49 – 62). Keďže sú vypracované pre jednotlivé štádiá dezorientácie, pri jednotlivých technikách uvádzame štádiá, v ktorých ich autorka odporúča požívať.

Koncentrácia (Určené pre I. – IV. štádium)
Každé validačné stretnutie by sa malo začínať takzvaným „centrovaním“. Pri centrovaní sa terapeut koncentruje sám na seba. Koncentruje

sa na svoj dych a hlbokým dýchaním sa snaží zbaviť svojich vlastných negatívnych pocitov (hnevu a frustrácie). Keď sa zbaví svojich negatívnych pocitov, je pripravený lepšie vnímať pocity ľudí, s ktorými príde do kontaktu. „Predpokladom toho, že niekto vie zúčastnene počúvať iného, je, že dokáže svoje pocity nechať bokom," hovorí N. Feilová (2004, 49). Starí a dezorientovaní ľudia často prežívajú pocity, akými sú zmätenosť, napätie, frustrácia, hnev, smútok a týmto pocitom nechávajú pri validácii voľný priebeh.

Vyjadrenie N. Feilovej sa používa v nemeckých prekladoch výrazom *Zentrieren* (Feilová, 2004, 49, 90, 107), čo by sa v tejto súvislosti mohlo voľne preložiť aj ako „koncentrácia". Pojmom *Zentrierung* sa v gestaltpsychológii mieni rozlíšenie pozadia a figúry, podstatného od nepodstatného, hlavného od vedľajšieho (Wenninger, 2002, 40). V prípade validácie by v tomto zmysle išlo o uvedomenie si (oddelenie a zbavenie sa) vlastných pocitov (čo je vedľajšie, nepodstatné) od pocitov pacienta (čo je hlavné, podstatné), na ktoré sa má terapeut naladiť.

Pri centrovaní odporúča N. Feilová (2004, 52) nasledujúci postup:

1. koncentrovať sa na bod, ktorý je približne v strede tela asi 5 cm pod povrchom,
2. nosom sa nadýchnuť, naplniť telo vzduchom a ústami vydýchnuť,
3. snažiť sa ukončiť každý vnútorný dialóg a pozornosť venovať iba dýchaniu,
4. opakovať tento postup pomalým tempom osemkrát.

Celá technika by nemala trvať viac ako 3 minúty.

Hovoriť jednoznačne a jednoducho (Určené pre I. a II. štádium)
Starý človek, ktorý sa zaoberá svojím životom, väčšinou nemá záujem o porozumenie vlastnm pocitom. Nepociťuje potrebu porozumieť, prečo sa správa tak, ako sa správa. Ak sa ho terapeut usiluje konfrontovať s jeho vlastnými pocitmi, sťahuje sa do seba. Ak s ním chce úspešne komunikovať, mal by sa vyhýbať otázkam, ktoré ho nútia priznávať pocity. Namiesto toho treba klásť vecné otázky *kto, čo, kde, kedy, ako.* Nevhodné je pýtať sa *prečo*, napríklad *Prečo to robíte?* alebo *Prečo sa to stalo?* Jednoduchosť a jednoznačnosť v komunikácii
+1 a kladenie vecných otázok je základom pre vybudovanie vzájomnej
0 dôvery.
-1

Opakovanie (Určené pre I. a II. štádium)
Pre starého človeka, ktorý sa zaoberá svojím životom, je často útechou, že svoje slová počuje zopakované niekým druhým. Terapeut by nemal opakovať obsah doslova, ale prerozprávať ho tak, že použije kľúčové slová a zachová zmysel. Je dôležité naladiť sa na tón hlasu, rýchlosť a melódiu reči. Ak napríklad starý človek hovorí rýchlo, aj terapeut by mal po ňom opakovať slová rýchlo, a naopak.

Ako príklad uvádza N. Feilová (2004, 53) terapeutický rozhovor so 77-ročným pánom Simpsonom. Pán Simpson bol kedysi mechanik a mal auto, ktoré preňho veľa znamenalo.

Pán Simpson: „Na aute ste mi pokazili prevodovku. Je to už tretíkrát, čo ste mi pokazili auto. Teraz za to ja nezaplatím ani korunu. Musíte to dať opraviť. Chcem, aby mi auto fungovalo tak, ako má normálne fungovať."

Terapeut: „Chcete mať auto tip-top. Chcete, aby som ho dal opraviť a aby znova fungovalo."

Pán Simpson: „Áno, správne, presne to chcem a to bezpodmienečne. Prevodovka fungovala posledné týždne bez problémov. Opravte ju, aby tak fungovala znova. Ja nekúpim na to auto už nijaký náhradný diel. To auto je dobré."

Terapeut: „Áno, pán Simpson, to auto je naozaj dobré. Hovoríte, že ho aj v budúcnosti chcete mať v poriadku. Hovoríte, že prevodovka posledný týždeň fungovala bez problémov."

Pán Simpson: „No áno, mal som nejaké problémy, keď som sa v noci vracal naspäť, zle som odbočil."

Predkladanie extrému (Určené pre I. a II. štádium)
Ak sa vyskytne nejaký problém, terapeut navrhne pacientovi, aby myslel na najhoršiu možnú možnosť, ktorá by sa v danom probléme mohla stať. Pri pomyslení na najhoršie vyjadruje pacient svoje pocity intenzívnejšie a dochádza k ich uvoľneniu.

Ak sa napríklad starý pán sťažuje, že sa jedlo nedá jesť, terapeut sa spýta: „Je to to najhoršie kurča, aké ste vôbec kedy jedli?" V tomto prípade sa pacient potrebuje zbaviť svojej frustrácie z toho, že mu jeho zubná protéza dobre nesedí. Potrebuje niekoho, komu by svoju zlosť mohol prejaviť. Ak túto negatívnu emóciu prejaví (tým, že sa posťažuje na jedlo), emócia stratí na svojej pôvodnej intenzite.

+1
0
-1

Predstavenie opaku (Určené pre I. štádium)
Pri problémoch pomáha aj to, ak terapeut navrhne pacientovi, aby si predstavil „opačnú“ situáciu. Predstaviť si opak môže pacientovi pomôcť rozpamätať sa na riešenie situácie, ktorú už predtým zažil. Použiť túto techniku je možné iba za predpokladu, že medzi pacientom a terapeutom je vybudovaná dôvera.

Stará pani v domove dôchodcov sa sťažovala, že k nej každú noc prichádza nejaký muž. Terapeut sa jej spýtal: „Sú aj také noci, keď ten človek nepríde?“ Žena si uvedomila, že ten muž neprichádza každú noc, ale iba vtedy, keď je sama. V ďalšom rozhovore s terapeutom si spomenula na to, že po smrti manžela začala bývať sama. Vďaka tomu si spomenula na podobnú situáciu a na to, ako to vtedy riešila. Nakoniec z rozhovoru vyplynul jej základný problém – strach zo samoty. S tým bolo potom možné ďalej pracovať.

Spomínanie na minulosť (Určené pre I. štádium)
Spomínanie na minulosť nadväzuje na predchádzajúcu techniku. Pri probléme je pre starého človeka ťažké nachádzať nové metódy a spôsoby riešenia. Pracuje sa preto s minulosťou a skúma sa, či už pacient v minulosti niečo podobné nezažil. To môže viesť k nájdeniu nejakej osvedčenej metódy riešenia problému, ktorá pomôže vyriešiť aktuálny problém. Terapeut pomáha spomenúť si na nejakú starú známu osvedčenú metódu vyrovnávania sa so stresom. Na vyplavenie spomienok z minulosti je vhodné v rozhovore použiť otázku so slovom *stále*, respektíve *nikdy*.

Ak sa pacientka sťažuje, že nemôže spávať, položí sa jej otázka: „Bolo to *stále* tak, že ste nemohli spávať?“ Pacientke sa vyplavia zabudnuté spomienky, ako to bolo so spánkom kedysi. Spomenie si na to, čo a ako robila, že spávala dobre. No a o to sa môže pokúsiť aj dnes.

Uprednostňovanie zmyslu (Určené pre I. a II. štádium)
Každý človek uprednostňuje nejaký telesný zmysel. Pre niekoho je to zrak, pre ďalšieho čuch a pre iného zase niektorý ďalší zmysel. Ak je terapeutovi známe, ktorý zmysel pacient uprednostňuje, dá sa mu prihovárať rečou, ktorá je preňho zrozumiteľná a ktorá zasahuje jeho svet. Prispieva to k budovaniu vzájomnej dôvery. K zisteniu, ktorý zmysel to je, treba pozorovať, hľadať a skúšať. Jedna z možností ako ho nájsť, je poprosiť pacienta, aby si spomenul na nejakú udalosť z minulosti a aby ju opísal.

Uprednostňovaný zmysel často odhalí už prvá veta. Napríklad jeden muž začal opisovať výlet do hôr takto: „To bolo nádherné! Keď sme boli hore, videl som vrcholky stromov.“ Z tejto výpovede možno odhadnúť, že uprednostňovaným zmyslom je zrak. K vybudovaniu dôvery prospieva to, ak sa používajú slová, ktoré sa uprednostňovaného zmyslu týkajú.

Držanie úprimného a blízkeho očného kontaktu
(Určené pre II. a III. štádium)
Starý človek v pokročilejšom štádiu demencie cíti lásku a istotu vtedy, keď s ním terapeut udržuje očný kontakt. Pri slabnúcom zraku sa starý človek dokáže koncentrovať iba na to, čo je priamo pred jeho očami. Často mu už chýba zmysel pre čas a jeho myslenie sa stále točí iba okolo hľadania rodičovskej opatery. Ak zbadá, že sa pred jeho očami niekto objaví, zaujme ho to. V osobe, ktorá sa mu pozerá priamo do očí, vidí niečo rodičovské a zažíva pocit istoty a lásky. Jeho strach sa vďaka tomu zmenší a prítomnosť terapeuta začne brať vážne.

Používanie zámen s viacerými možnosťami interpretácie
(Určené pre II. a III. štádium)
Pomätený človek často používa slová, ktoré pre iných nemajú nijaký význam. Často sa snaží dorozumieť bez slov, rôznymi spôsobmi, ktorým je ťažko rozumieť. Ak terapeut dokáže komunikovať i napriek nejasnosti a nepresnosti, ak ponechá vyjadrovaniu viacznačnosť a reaguje neurčito, môže s pomäteným komunikovať, aj keď mu nerozumie úplne. Slovami *on, ona, ono, niekto, niečo, ten, tá, to* môže terapeut nahradiť každé problematické slovo – i také, ktoré sa nenachádza v slovníku. Pomocou takej komunikácie je možné vyhnúť sa zhoršeniu stavu pacienta a prechodu do štádia vegetovania.

Pacienta, ktorý povie: „Tento špicol ma veľmi bolí,“ sa môže terapeut opýtať: „Kde vás *to* bolí?“ Slovo „špicol“ je nahradené slovom „to“ a komunikácia ďalej pokračuje tým, že pacient ukazuje, kde tú bolesť cíti.

Snaha o jasnú, vľúdnu a láskavú komunikáciu
(Určené pre II. a III. štádium)
Ak sa s pomäteným človekom komunikuje netrpezlivo a nevľúdne, vyvoláva to v ňom zlosť alebo úzkosť. Často sa stiahne. Vysoký a tichý hlas počuje slabo. Dôležité je preto prihovárať sa mu jasným, vľúdnym

a láskavým hlasom. Takýto hlas pripomína spomienky na milované osoby a odbúrava stres.

Sledovanie a zrkadlenie pohybov a pocitov
(Určené pre II. a III. štádium)
Starý človek v pokročilejšom štádiu demencie prejavuje svoje pocity často bez zábran. Komunikácii vtedy pomáha, keď terapeut pozná a dokáže zrkadliť typické výrazové gestá pacienta, jeho pohyby a charakteristické výrazy jeho neverbálnej komunikácie. Pacienta musí najprv pozorne sledovať. Všímať si jeho oči, svaly na tvári, dýchanie, zmeny vo farbe pleti, bradu, dolnú peru, ruky, brucho, spôsob sedenia (kde má pritom nohy) a napätie vo svaloch. Ak prejavy a správanie pacienta dobre pozná, mal by ho napodobňovať. Ako si sadá a vstáva pacient, tak by mal sadať a vstávať aj terapeut. Mal by napodobňovať jeho dych. Ak sa zrkadlenie robí s empatiou, pomáha to navodiť atmosféru dôvery. Je to možnosť ako vstúpiť do emocionálneho sveta pacienta s demenciou a budovať s ním vzťah bez slov. Zrkadlenie nezvyčajných pohybov alebo i zrkadlenie vôbec môže byť pre terapeuta problematické, preto túto techniku nepoužívajú všetci.

Bývalá sekretárka ťukala po stole prstami akoby písala na stroji. Šesť mesiacov už vôbec verbálne nekomunikovala. Terapeut ju začal napodobňovať a začal ťukať s ňou. Po čase sa jej spýtal: „Koľko slov napíšete za minútu?“ Pacientka na to hrdo odpovedala: „Deväťdesiatdva“. Vďaka zrkadleniu prehovorila a odvtedy sa jej komunikácia stále zlepšovala.

Nadviazanie kontaktu s nenaplnenými ľudskými potrebami
(Určené pre II. a III. štádium)
Ako už bolo uvedené, človek má 3 základné potreby: 1. byť milovaný, 2. byť potrebný a 3. prejavovať pocity. Prejavy, pohyby a aktivita pacienta, ako je neustále vstávanie a sadanie, škrabanie alebo klopanie často súvisia s týmito tromi základnými ľudskými potrebami, ktoré nie sú naplnené.

Jedna 93-ročná pani s veľkou nežnosťou skladala servítku, ktorú mala pred sebou na stole. Každý okraj dôkladne vyrovnávala, hladkala a servítku skladala veľmi dôsledne. Nepozorná ošetrovateľka jej servítku zobrala, znova ju rozložila a položila nabok. Pani začala kričať: „Pomoc! Pomoc!“ Ošetrovateľka jej chcela podať utišujúci prostriedok. Prítomný terapeut však nesúhlasil, pani vrátil servítku a spolu

s ňou ju opäť začal starostlivo skladať a každú nerovnosť vyrovnávať so slovami: „Cítite pritom istotu a teplo?“ Pani sa usmiala a so vzdychnutím povedala: „Mama, mama, mama. Milujem ťa.“ Pre túto pani bola servítka láskavou matkou a jej skladanie bolo pre ňu spojené s ľudskou potrebou lásky.

Používanie dotyku (Určené pre II. – IV. štádium)
Používanie dotyku je užitočné najmä pri práci s ľuďmi, ktorí nie sú orientovaní v čase a ktorí strácajú zrak a sluch. Títo ľudia strácajú určitú výbavu, pomocou ktorej prichádzali k informáciám a prijímali podnety. Prestávajú rozlišovať čas a nevedia, kde sa nachádzajú. Nerozlišujú ľudí a cudzie osoby z aktuálneho okolia si zamieňajú s osobami zo svojej minulosti. Sú uzavretí do svojho vlastného sveta. Ak chce terapeut s takým človekom komunikovať, musí vstúpiť do jeho sveta dotykmi, a to spôsobom, akým sa ho dotýkali milované osoby v minulosti. Pri prvom dotyku je potrebné pristupovať k pacientovi spredu. Pri dotyku zo strany alebo zozadu by sa mohol zľaknúť. Vďaka dotykom sa pacientovi sprítomnia príjemné zážitky z detstva. Medzi terapeutom a pacientom tak vzniká dôverný vzťah.

N. Feilová (2004, 61) odporúča používať nasledujúce spôsoby dotýkania:

- špičkami prstov jemne krúžiť po hornej častí líc,
- špičkami prstov jednej ruky jemne krúžiť po hornej časti líc a druhou rukou pritom zozadu jemne tlačiť na záhlavie hlavy,
- malíčky oboch rúk položiť na ušné laloky a ostatnými prstami pomaly hladiť líca smerom od uší k brade,
- špičkami prstov oboch rúk jemne krúžiť v zátylku,
- oboma rukami jemne masírovať horné časti ramien,
- špičkami prstov sa jemne dotýkať lýtok.

Treba dodať, že dotýkať sa druhého človeka je intímna vec, preto je pri dotykoch nevyhnutná opatrnosť a treba počítať s tým, že niektorí ľudia alebo ich príbuzní si to neprajú. Bez ohľadu na to, či je človek dementný alebo nie, neustále treba rešpektovať jeho osobný priestor.

Používanie hudby (Určené pre II. – IV. štádium)
Ak človek stráca schopnosť komunikovať slovami, z pamäti sa mu vynárajú dobre známe, kedysi naučené melódie. Stáva sa, že ľudia, ktorí

už nemôžu hovoriť, vedia ešte bez problémov zaspievať celú uspávanku, ktorú si pamätajú z detstva. S ľuďmi, ktorí už normálne nekomunikujú, možno niekedy spievať alebo hovoriť pomocou textu piesne. Stáva sa, že po zaspievaní piesne prehovoria niekoľko slov, aj keď normálne už mlčia. Hudba dodáva starým ľuďom energiu.

5.3.1.11 Kritika validácie

Metóda validácie bola podrobená kritike. Objavili sa nejasnosti v tom, či je to technika určená pre osoby s demenciou (Stokes, Goudie, 1990, l81 – 190). Pochybnosti súvisia s nejasnou terminológiou, ktorú N. Feilová používa. Je pravdou, že N. Feilová vo svojich publikáciách často hovorí o starom, dezorientovanom alebo pomätenom človeku a spojenie dementný človek alebo človek s demenciou používa menej. Sama však tvrdí, že technika validácie je určená ľuďom s demenciou. Uvedomuje si aj to, čo je všeobecne známe, že u ľudí s Alzheimerovou chorobou aj vo veku do 70 rokov dochádza k deteriorácii i napriek použitiu validácie.

T. Kitwood upozorňuje, že prílišným dôrazom na minulý život, na nevyriešené konflikty a problémy sa môžu prehliadať súčasné dôvody zhoršovania situácie. Každé správanie môže mať nejaký vzťah k minulosti, príčina problémov sa však môže nachádzať aj „tu a teraz". Človek s demenciou môže v prítomnom bežnom živote zakúšať rôzne zbytočné a neproduktívne interakcie, ktoré naňho majú rovnako významný vplyv ako konflikty z minulosti. Prílišné zdôrazňovanie významnosti „neukončeného procesu" z minulosti by mohlo viesť k úvahe, že ak sa jedinec dokázal vyrovnávať so životnými problémami, mohol by sa demencii vyhnúť. Z toho by takisto logicky vyplývalo, že človek s demenciou si ju svojím životným štýlom a spôsobom konania privodil sám. Neexistuje dôkaz, ktorý by to potvrdzoval, ale ak sa pôvod demencie bude pripisovať vlastnému konaniu osoby, je tu nebezpečenstvo zvýraznenia rozdelenia na „oni a my", zvýraznenia rozdielu medzi opatrujúcimi a opatrovanými. Treba dodať, že napriek všetkým výhradám a kritike sa metóda validácie naďalej odporúča (Woods, 2006, 329 – 330).

U starých ľudí a zvlášť u ľudí s demenciou dochádza k zmene správania. Metóda validácie, ktorej autorkou je N. Feilová, pomáha s týmito ľuďmi komunikovať. Metóda rešpektuje jedinečnosť a neopakovateľnosť každého jedinca a je zameraná na diagnostiku a rozvoj jeho schopností (respektíve na spomalenie rozvoja choroby), a to v rôznych štádiách demencie. Vychádza z toho, že pre starých ľudí je veľmi dôležitou minulosť, empatické načúvanie, vyriešenie vecí z minulosti a snaha dospieť k dôležitým rozhodnutiam, skôr než zomrú. Ak starý človek nenachádza prijatie a empatiu, stiahne sa do seba. Validácia ponúka konkrétne terapeutické techniky a postupy pri komunikácii so starými ľuďmi a ľuďmi s demenciou.

5.3.2 Terapia rozoznávania (resolution therapy)

Terapiu rozoznávania opísali G. Stokes a F. Goudie (1990, l81 – 190). Je podobná validácii v tom, že jej cieľom je empatické naladenie sa na pacienta pri komunikácii. Dôležitými sú empatické schopnosti terapeuta. Dôraz sa nekladie na nevyriešené otázky z minulosti, ale skôr na pozorné načúvanie s cieľom identifikovať pocity. Pocity objasňujú súčasnú situáciu a sú vyjadrením súčasnej potreby. Nemusí dávať „zmysel" to, čo daná osoba hovorí navonok. Ide skôr o rozoznanie skrytého významu, ktorý pacient vyjadruje pocitmi. Terapeut by mal byť vrúcnym, prijímajúcim, načúvajúcim a zrkadliť pocity pacienta. Centrom záujmu je rozoznať povahu pocitu, nie dôvod, prečo ho osoba pociťuje – nevyžaduje sa vysvetľovanie. Po identifikácii pocitov by malo prísť prijatie a odpoveď – nejde ani tak o verbálnu, ako skôr o neverbálnu odpoveď. Reakciou na objavenie neuspokojených potrieb by mali byť zmeny v prostredí a v modeli starostlivosti.

Podobne ako v poradenstve aj v terapii rozoznávania došlo k vývoju. Na prístup mala najväčší vplyv dynamická psychoterapia a kognitívno-behaviorálna terapia. Neexistujú dôkladné štúdie o tomto prístupe. Otázkou ostáva to, či má terapeutické načúvanie na pacienta s demenciou naozajstný vplyv, alebo či je lepšie považovať ho iba za spôsob, ako zlepšiť komunikáciu s osobou s demenciou. Aj druhá možnosť by bola dostatočným a užitočným cieľom a mohla by uľahčiť dosiahnutie krátkodobých zmien vo fungovaní pacienta a prispieť k jeho životnej spokojnosti. S rastom záujmu o túto oblasť sa otvára aj otázka, do akej miery by sa osobám s demenciou malo o ich stave, diagnóze a prognóze hovoriť. V súčasnej praxi sú informovaní skôr príbuzní než pacient. Výnimku tvorí pacient s ľahkou demenciou (Rice, Warner, 1994, 467 – 471).

5.3.3 Intervencia pri depresívnych a úzkostných symptómoch

Minimálne 40 percent pacientov s demenciou trpí depresiami a úzkosťami. Depresívne a úzkostné symptómy znižujú funkčné schopnosti

pacienta a sú veľkou záťažou aj pre príbuzných. Na znižovanie týchto symptómov pacientov s demenciou sú zamerané niektoré terapeutické prístupy. Úzkostné symptómy je možné redukovať pomocou relaxačných techník, zvlášť pomocou tých, pri ktorých dochádza k uvoľňovaniu svalstva (Woods, 2002, 349). Vplyv relaxačných techník na pacientov s demenciou skúmali S. Welden a J. A. Yesavage (1982, 45 – 49). V rozpätí 3 mesiacov absolvovalo 24 pacientov trikrát do týždňa hodinové relaxačné cvičenia. V porovnaní s kontrolnou skupinou sa u pacientov, ktorí navštevovali relaxačné cvičenia, ukázali lepšie hodnoty správania. Po ukončení relaxačných cvičení prestalo brať lieky na spanie 40 percent pacientov.

5.4 Ďalšie terapeutické prístupy k pacientovi s demenciou

5.4.1 Stimulácia a aktivita

Existujú prístupy, ktoré vychádzajú z názoru, že ľuďom s demenciou chýba stimulácia. Znížená zmyslová stimulácia starého človeka môže byť spôsobená: 1. normálnym poklesom zmyslovej ostrosti, 2. jednotvárnym prostredím a 3. odmietaním podnetov (stiahnutím sa a izoláciou môže unikať pred problémami). Môže tak dôjsť k zmyslovej deprivácii. Myšlienku prístupu stimulácie podporujú aj experimenty, ktoré ukazujú, že aj mladí ľudia, ktorí nemali dostatok zmyslových podnetov, boli po určitom čase dezorientovaní a zmätení (Woods, 2006, 317 – 318).

Niektoré staršie štúdie ukazujú pozitívne účinky telesnej, psychickej a sociálnej stimulácie vrátane pracovnej terapie, domácej a rekreačnej činnosti (Woods, Britton, 1977, 104 – 112). Tieto aktivity sú v praxi obľúbené a všeobecne využívané. Medzi aktivity patria aj rôzne umelecké a kreatívne činnosti aplikované podľa toho, nakoľko to stav pacienta dovoľuje: kreslenie, maľovanie, vytváranie mozaiky, práca s papierom, modelovanie s hlinou, vytváranie rôznych objektov, plastík, tkanie a maľovanie na sklo (Banks, 2000). Pre potreby pacienta s demenciou však treba metódu klasickej ergoterapie modifikovať. Takisto treba modifikovať aj bežnú fyzioterapeutickú či logopedickú terapiu. Ak sa tieto techniky upravia tak, že sa zohľadnia kognitívne funkcie a emocionálny a funkčný stav pacienta, ich účinnosť sa zvyšuje.

V súčasnej dobe sa skúmajú ďalšie spôsoby a možnosti stimulácie a ich účinky na človeka s demenciou. Ukazuje sa napríklad, že použí-

vanie primeraného osvetlenia, hudby a ďalších stimulujúcich zvukov prirodzeného prostredia môže byť užitočné pri jedle. Multisenzorická stimulácia spojená s tréningom zase môžu zlepšiť sebestačnosť (Holmerová a kol., 2004, 17).

5.4.2 Terapeutické účinky hudby

A. Norberg, E. Melin a K. Asplund (1986, 315 – 323; 2003, 473) sledovali účinky pôsobenia rôznych podnetov na zmysly dvoch pacientov s ťažkou demenciou, ktorí už takmer nepreukazovali známky verbálnej komunikácie. Pacienti počúvali hudbu, dotýkali sa kožušiny a voňali seno a chlieb. Výsledky ukázali, že zatiaľ čo na hudbu pacienti reagovali kladne, reakcia na dotyky a iné predkladané predmety nebola nijaká.

Pozitívne výsledky pri práci s hudbou potvrdzuje aj A. A. Clair a B. Bernstein (1990, 299 – 311). Na ich výskume sa zúčastnili traja muži s demenciou Alzheimerovho typu. Počas 15 mesiacov pacienti denne absolvovali 30-minútové hudobné terapeutické sedenie. Pacienti boli vybraní náhodne z celkového počtu 29 obyvateľov opatrovateľského centra v Kansase v USA. Na začiatku výskumu boli pacienti schopní samostatne fungovať len v minimálnej miere a vyžadovali dozor. Po 15 mesiacoch boli pacienti, i napriek chorobám a deteriorácii v kognitívnej, fyzickej a sociálnej oblasti, stále schopní hudobnej aktivity a dokázali fungovať ako hudobná skupina. Ich sedenia boli jedinou príležitosťou, keď boli schopní úspešnej interakcie s inými v prijateľnej forme.

Aj H. C. Gaebler a D. R. Hemsley (1991, 145 – 156) zistili odozvu na hudbu vo väčšine zo 6 skúmaných pacientov s veľmi pokročilou formou demencie, ktorí už neboli schopní verbálnej komunikácie.

T. R. Lord a J. E. Garner (1993, 451 – 455) skúmali pozitívne účinky hudby na pacientov s ľahkou formou demencie Alzheimerovho typu. Vo výskume boli v období 6 mesiacov skúmané tri 20-členné skupiny pacientov sanatória. Pacienti 1. skupiny počúvali pol hodiny denne hudbu z 20. až 30. rokov. Pacienti 2. skupiny riešili rébusy. Pacienti 3. skupiny sa venovali štandardnej rekreačnej činnosti – kreslili, maľovali alebo sledovali televíziu. Výsledky ukázali, že účastníci 1. skupiny, v porovnaní s účastníkmi ostatných dvoch dosahovali lepšie výsledky vo vybavovaní si osobných informácií z pamäti, mali lepšiu náladu a lepšie sociálne interakcie. Pri sedeniach sa stále usmievali alebo smiali, spievali, tancovali a pohvizdovali si. Činnosť v ďalších

dvoch skupinách v porovnaní s prvou nespôsobovala členom také potešenie a nespúšťala také družné interakcie.

5.4.3 Terapeutické účinky zvierat

Ďalším zdrojom stimulácie môžu byť domáce zvieratá. V tejto oblasti sa urobilo niekoľko výskumov (Kogan, 2000, 31 – 45; Elliot, Milne, 1991, 34 – 35). V. Elliot a D. Milne skúmali, ako na psychiatricky liečených pacientov, z ktorých mala väčšina diagnostikovanú demenciu, pôsobí hosť, ktorý prichádzal na návštevu do domova so psom. Výsledky ukázali výrazne zvýšenú interakciu. V nasledujúcom výskume bola použitá iba fotografia psa a návštevníka. Interakcia bola síce menšia než v prvom prípade, ale takisto výrazne zvýšená. Prítomnosť psa mala podľa výpovedí ošetrovateliek pozitívny vplyv na správanie pacientov, konkrétne sa zlepšila ich pohyblivosť a znížila závislosť. Zlepšenie bolo badateľné ešte aj v nasledujúci deň.

K zvýšeniu vzájomnej interakcie a zmien v správaní môžu slúžiť ďalšie podnety. Veľmi dobrým zdrojom podnetov je prítomnosť detí školského veku. Na stretnutie dieťaťa s pacientom s demenciou treba dieťa dôkladne pripraviť (Langford, 1993, 66 – 69).

5.4.4 Terapeutické účinky pohybu

Väčšina aktívnych terapeutických programov obsahuje určitý spôsob fyzického cvičenia. Ide zvyčajne o štruktúrované cviky – ľahké preťahovanie, ohýbanie a napínanie sa v sede na stoličke alebo hádzanie loptičkou, zrážanie kolkov, rýchla chôdza, rytmické pohyby, pohyby podľa hudby a podobne. Všetky aktivity vyžadujú pozornosť pacienta. Ch. F. Emery (1994, 3 – 16) skúmal účinky cvičenia u 64 pacientov s chronickou pľúcnou chorobou s priemerným vekom 67 rokov. Pacienti sa zúčastnili na 30-dennej rehabilitácii, ktorej súčasťou bola chôdza, plávanie a cvičenie na stacionárnom bicykli. Pacienti sa učili, ako zaobchádzať so stresom (*stress management*). Predmetom pozorovania boli fyziologické a kognitívne funkcie, akými sú pamäť, psychomotorická rýchlosť alebo koncentrácia. Výsledky ukázali pozitívne účinky aktivít na fyziologické a kognitívne funkcie (koncentráciu a krátkodobú pamäť) a na pocit životnej pohody. K. Okumiya so spolupracovníkmi (1996, 569 – 572) skúmali účinky cvičenia na 42 zdravých ľudí v Japonsku vo veku od 75 do 87 rokov. Účastníci výskumu cvičili hodinu dvakrát týždenne počas pol roka. Sledovali sa neurobehaviorálne funkcie, index telesnej hmotnosti a krvný tlak. Štúdia potvrdila pozitívne účinky cvičenia na neurobehaviorálne funkcie i v takom vysokom veku.

K. Morgan (1989, 125 – 127) urobil prehľad niektorých štúdií, skúmajúcich terapeutický účinok cvičení na demenciu. Niektoré zo štúdií hovoria iba o obmedzenom účinku na kognitívne funkcie. Napríklad D. W. Molloy, L. D. Richardson a R. G. Crilly (1988, 303 – 310) skúmali účinky trojmesačného cvičenia na neuropsychologické funkcie hospitalizovaných žien v pokročilom veku v Kanade. Testy ukázali, že účinky cvičenia na neuropsychologické funkcie po troch až siedmych dňoch vymizli.

Keďže niektoré štúdie poukazujú na pozitívne účinky a iné zase na účinky zanedbateľné, celkový prínos fyzického cvičenia si vyžaduje ďalšie skúmanie.

5.4.5 Terapia Snoezelen

Zaujímavou je terapia *Snoezelen*, ktorá pochádza z Holandska. V terapii ide o zmyslovú stimuláciu prostredníctvom zmeny farieb svetla a vizuálnych efektov, ale aj pôsobením príjemnej vône, vibráciou podložky a mydlovými bublinami. Pacient pritom sedí v relaxovanom stave v kresle. Techniku kladne opisuje S. Benson (1994, 12 – 14). Hovorí, že počas terapie dochádza k uvoľneniu, zlepšeniu nálady a upokojeniu, aj keď je pretrvávanie účinkov po terapii iba nepatrné. J. C. M. van Weert a ďalší (2005, 24 – 33) skúmali vplyv terapie *Snoezelen* na správanie a emocionalitu u 125 pacientov s demenciou v sanatóriu v Holandsku. Išlo o pacientov, ktorí boli odkázaní na 24-hodinovú starostlivosť. Výsledky ukázali, že terapia mala pozitívny účinok na ich správanie a emocionalitu. Správanie pacientov po terapii bolo slušnejšie, menej agresívne, menej rušivé a menej rebelujúce. Pacienti boli menej apatickí, menej depresívni a menej sa izolovali od prostredia.

R. Baker so spolupracovníkmi (1997, 213 – 218) porovnávali 8 sedení *Snoezelen* s 8 sedeniami, pri ktorých sa vykonávala iná činnosť. U oboch skupín sa objavilo krátkodobé zlepšenie nálady a správania hneď po sedení. V dlhšom časovom horizonte, už v domácom prostredí, vykazovali účastníci terapie *Snoezelen* významné zmiernenie problematického správania. D. Spaull, C. Leach, I. Frampton (1998, 77 – 86) sledovali účinky zmyslových podnetov na správanie 4 starších hospitalizovaných pacientov s demenciou. Výskum zistil zlepšenie interakcie, zlepšenie prispôsobivosti, zvýšenie záujmu počas sedenia a redukciu rušivého správania na ďalších sedeniach.

Aj keď zmyslová stimulácia nezvyšuje pocit životnej spokojnosti, je pre pacienta s demenciou považovaná za cennú a odporúčanú. Ručná masáž, vône alebo iné podobné stimulačné techniky pôsobia relaxačne (West, Brockman, 1994, 20 – 22). D. J. R. Brooker a ďalší (1997, 287 – 296) upozorňujú, že masírovanie a aromaterapia nemusia prospievať každému pacientovi s demenciou. Hovoria, že približne u jedného zo štyroch narastá počas hodiny po masáži alebo aromaterapii nepokoj.

5.4.6 Poznámky k stimulácii pacienta s demenciou

Niektorí autori zastávajú názor, že príliš veľká stimulácia je pre ľudí s demenciou neúčinná. Hovorí sa aj o takzvanej „redukovanej stimulačnej jednotke" (Cleary a kol., 1988, 511 – 514). T. A. Cleary uvádza, že ak je prostredie pacienta príliš hlučné, alebo keď sa okolo neho toho deje veľa, môže sa cítiť preťažený a zmätený. Navrhuje nájsť stimulácie a aktivity, ktoré by na osoby s demenciou nepôsobili dráždivo, ale zamestnávali by ich a upokojovali.

Treba rešpektovať aj individuálne potreby každého jednotlivca. Niekto si nepraje psa alebo deti, niekto bude zase preferovať hudbu. Niektorí pacienti s demenciou pôsobia, akoby boli vzrušení, akoby mali pocity úzkosti a vysokú mieru vnútornej stimulácie.

Napriek všetkým výhradám možno povedať, že i keď sa teória senzorickej deprivácie zdá byť pre zvládnutie stavu pacienta s demenciou príliš jednoduchá a možno aj nedostačujúca, je dobrým štartovacím východiskom.

5.4.7 Prístupy k pacientovi s pokročilou demenciou

Pomerne veľa autorov sa venuje prístupom k pacientovi s pokročilou demenciou. Ide o prístupy, akými sú napríklad pre-terapia, habilitačná terapia, maieutický prístup alebo bazálna stimulácia. V prístupoch sa zdôrazňuje primeranosť podnetov pre všetky zmysly a dôležitosť neverbálnej komunikácie, hlavne dotykov. Dôležitými sú aj láskavosť a individuálny prístup. Predpokladá sa, že pacient vníma viac, než sa terapeutovi môže zdať. Odporúča sa prispôsobiť spôsob komunikácie zmenenej pacientovej schopnosti prijímať a spracovávať informácie. Posilňujú sa tie schopnosti pacienta, ktoré mu ešte zostali. Nemrhá sa energiou pri učení toho, čo sa nenávratne stratilo (Holmerová a kol. 2004, 18).

5.4.8 Edukačné a podporné programy pre rodinných príslušníkov a opatrovateľov

Problém demencie postihuje spravidla veľmi intenzívne rodinu pacienta. Práca s opatrovateľmi a rodinnými príslušníkmi sa preto ukazuje ako veľmi dôležitá. Členovia rodiny často potrebujú radu. Potrebujú spracovať pocity hanby alebo viny za zlý duševný stav príbuzného (Holmerová, 2004, 17; Smolík, 2002, 72 – 73). Hľadajú správny prístup a spôsob pomoci svojmu chorému blízkemu. Veľkým prínosom pre domácu opateru sú uvedené psychologické prístupy k pacientovi s demenciou. To je však spojené s niekoľkými špecifikami. Treba konštatovať, že ich používanie v domácej opatere značne zaostáva. Ďalším špecifikom je, že pri ich používaní príbuzní často nepozorujú nijakú zmenu i napriek tomu, že výskumy ukazujú ich objektívne pokroky a prínos. Je potrebné povedať, že zavádzanie terapeutických princípov do domácej opatery by nemalo zvyšovať napätie, ale prospievať tak pacientovi, ako aj rodine.

Vzdelávanie rodinných príslušníkov a opatrovateľov a práca s nimi sa ukazujú ako užitočné. Výskumy v tomto smere prinášajú niekoľko pozitívnych záverov. Ukazuje sa, že dlhodobé edukačné programy pre rodinných príslušníkov a opatrovateľov oddaľujú inštitucionalizáciu pacienta o rok alebo až o dva. Takisto sa ukazuje, že poradenstvo, svojpomocné skupiny pre opatrovateľov ju oddaľujú o rok. Okrem toho sa ukazuje, že krátkodobé programy pre opatrovateľov zlepšujú ich kvalitu života a spokojnosť. Edukačné programy pre profesionálnych ošetrovateľov zlepšujú zase kvalitu starostlivosti. Zvýšenie starostlivosti sa potom prejavuje zníženým používaním obmedzujúcich prostriedkov, zvlášť neuroleptík. Analýza, ktorá hodnotila 30 výskumov zaoberajúcich sa psychosociálnymi programami, kladne hodnotí krátkodobé edukačné programy, svojpomocné skupiny poradenstva a ďalšie rôzne konzultácie. Z týchto zistení vychádza aj Americká neurologická asociácia, ktorá odporúča krátkodobé edukačné programy, programy pre rodinných príslušníkov a opatrovateľov, telefónne linky pomoci pre rodinných príslušníkov a denné centrá. Ďalej odporúča dlhodobé edukačné podporné programy pre rodinných príslušníkov, svojpomocné skupiny s cieľom čím viac oddialiť inštitucionalizáciu pacienta. Odporúča aj edukačné programy pre ošetrujúci personál (Holmerová a kol, 2004, 17).

6. REZERVY A MOŽNOSTI ROZVOJA PRÍSTUPOV

Pri rozvoji nových prístupov je potrebný komplexný prístup. Treba brať do úvahy kognitívne, emocionálne i behaviorálne aspekty. Je nevyhnutné zohľadniť poruchy v kognitívnej oblasti a rešpektovať celú osobnosť človeka s demenciou. Výskum v oblasti prístupov k človeku s demenciou naráža na metodologické problémy. Je ním upozornenie niektorých autorov, že závery náhodných výskumov môžu byť skresľujúce. Vytvorenie kontrolnej skupiny pri výskume terapie, v ktorej prospech hovoria mnohé klinické skúsenosti, pritom naráža na etické problémy (Holmerová a kol. 2004, 18).

Potešujúcim faktom je, že sa terapeutické prístupy používajú čím ďalej tým viac. Kľúčom k zložitému kognitívnemu subsystému, ktorý u pacienta s demenciou upadá, môže byť pozorné terapeutické načúvanie a vcítenie. Ukazuje sa, že na pociťovanú kvalitu života pacienta má vplyv hlavne citový podsystém.

+1
0
-1

ÚLOHA STARÉHO RODIČA

V súčasnosti sa pomerne veľa výskumov venuje skúmaniu vzťahov v rodine. I. Sobotková (2001, 18) hovorí, že tradičné myslenie o rodine založené na lineárnej kauzalite sa posúva k systémovému mysleniu, ktoré je založené na cirkulárnej kauzalite. Správanie jednotlivých členov rodiny sa vysvetľuje nielen z pohľadu individuálnych psychických procesov alebo emocionálnych problémov jednotlivca, ale aj v interakčnom kontexte.

Systémový pohľad ovplyvnil aj súčasný výskum, ktorý si začal všímať vzťahy medzi generáciami. Ukázalo sa, že na vnúčatá majú počas ich detstva a dospievania vplyv starí rodičia aj širšia rodina. Úloha a význam starých rodičov pre rodinu i pre dnešnú spoločnosť však ešte stále nie sú celkom jasne definované.

Pri analýze interakcie medzi starým rodičom a vnúčaťom si treba všímať niekoľko faktorov:

osobu starého rodiča,
osobu vnúčaťa,
životnú situáciu,
druh vzťahu,
rodinný systém.

Starý rodič. Vo vzťahu starý rodič – vnúča je dôležité to, aký vek má starý rodič a to, či je starým rodičom z otcovej alebo matkinej strany. Na vzťahy má vplyv aj pohlavie starého rodiča. Predpokladá sa, že rozdiely medzi správaním a prežívaním starého otca a správaním a prežívaním starej matky sú príčinou ich rozdielneho vplyvu na rodinu. Pomerne veľa výskumov sa však sústreďuje iba na vplyv starých matiek.

Vnúča. V uvedenom vzťahu je dôležité to, aký je vek a pohlavie vnúčaťa.

Životná situácia. Ďalším dôležitým faktorom je to, v akej životnej situácii sa nachádza starý rodič, jeho deti a vnúčatá. Dôležitými otázkami sú zdravie, partnerstvo, bývanie, financie, povolanie, predstavy a očakávania do budúcnosti. Vzťah ovplyvňuje napríklad to, či je stará matka vydatá (respektíve či je starý otec ženatý), či starý rodič žije sám a či je zdravý alebo chorý, preto je nevyhnutné analyzovať celkovú situáciu aj u starých rodičov, aj u detí, aj u vnúčat.

Druh vzťahu. Je dôležité aj to, o aký druh vzťahu medzi starým rodičom a vnúčaťom ide a ako ho prežívajú, takisto aj to, akú úlohu mali v minulosti v životoch starých rodičov ich deti a vnúčatá.

Rodinný systém. Výskumy ukazujú, že významný vplyv na vzťah starého rodiča a vnúča má aj kultúrne pozadie.

1. OSOBA STARÉHO RODIČA

Osoba starého rodiča je hlavným predmetom skúmania mnohých štúdií. Skúmajú sa faktory, akými sú pohlavie, vek, zdravie starého rodiča a vzťah k vnúčatám. Zistilo sa, že vnúčatá viac inklinujú k starým rodičom, ktorí nemajú vážne zdravotné problémy, a že zdravotný stav starého rodiča môže vážne ovplyvniť ich vzájomný vzťah. Ide napríklad o Alzheimerovu chorobu, problémy s pamäťou, rakovinu, srdcové choroby alebo iné zdravotné problémy, ktoré (hoci len mierne) narušujú denný život starých rodičov (Gary, Koblewski, 1991, 375 – 377).

1.1 Osoba starej matky

Vnúčatá vnímajú rozdielne úlohu starej matky a starého otca. Viac výskumov sa venuje vplyvu starých matiek na vnúčatá než vplyvu starých otcov. Nemecká štúdia ILSE (Lehr, 2007, 276 – 277) ukázala, že staré matky poskytujú vnúčatám viac emocionálnej podpory než starí otcovia. Podobné výsledky prinášajú aj výskumy amerických študentov (Gary, Koblewski, 1991, 373 – 377). Zistilo sa, že vnúčatá mali viac optimálnych vzťahov so starými matkami než so starými otcami. Výskumy ukazujú, že vnúčatá, najmä vnučky, najviac inklinujú k starým matkám z matkinej strany a že vnučky inklinujú k blízkym rozhovorom skôr so starou mamou než so starým otcom. Vnuk zas častejšie ako vnučka hľadá u starého otca konkrétnu pomoc.

1.2 Osoba starého otca

Starí otcovia pomáhajú pri rôznych opravách a prácach v domácnosti dcéry alebo nevesty, ktorá chodí do práce. Riešenie rodinných problémov zas prenechajú starí otcovia svojej manželke (starej matke). Týka sa to najmä otázok, pri ktorých je potrebná psychologická pomoc v podobe sociálnej podpory (Lehr, 2007, 276 – 277).

Spomínaná štúdia ILSE okrem iného ukázala aj niektoré zaujímavé závery o úlohe starého otca. Muži sú veľmi spokojní so svojou úlohou starého otca. Na päťbodovej škále dosahovali skóre až 4,14. Nezáležalo pritom ani na počte a veku vnúčat, ani na tom, v akej vzdialenosti od nich bývajú. Na spokojnosť s rolou starého otca vplýval len ich zdravotný stav (subjektívny aj objektívny). Ich vzťah k vnúčaťu bol silne ovplyvnený aj vzťahom k vlastnému dieťaťu. Možno povedať, že muži, ktorí sa na výskume zúčastnili, boli so vzťahom k svojim deťom a vnúčatám spokojní. Výskum neukázal nijaké problematické medzigeneračné vzťahy. V protiklade s niektorými predošlými výsledkami tak nemožno vo všeobecnosti hovoriť o dištancii u starého otca od vlastného dieťaťa a následne ani od vnúčaťa. Nemožno potvrdiť ani domnienku, že starí otcovia v porovnaní so starými matkami majú menší záujem o vnúčatá, alebo že sú s rolou starého otca menej spokojní (Lehr, Grünendahl, Schmitt, 1999, 127 – 149). Mladší starí otcovia, ktorí sú ešte schopní pracovať, sú pre svoje vnúčatá vzorom a vnúčatá nechcú premeškať zážitky z ich skúseností (Hagestad, 1987, 417 – 428).

2. OSOBA VNÚČAŤA

Výskumy zamerané na osobu vnúčaťa zahŕňajú skúmanie vplyvu veku a pohlavia vnúčaťa na jeho vzťah so starým rodičom. Často sa uvádza, že mladšie vnúčatá sú so starými rodičmi častejšie v kontakte než starší adolescenti. A. Marcoen (1979, 87 – 105) zistil, že existuje vplyv veku vnúčaťa, keď skúmal, ako belgickí školáci vnímajú svojich starých rodičov. Percepcia starého rodiča vnúčaťom sa mení s vekom a pohlavím dieťaťa. Podľa uvedeného výskumu vnímajú vnúčatá inak starého otca a inak starú matku.

Uvádza sa aj to, že vnučky inklinujú viac k starým mamám a vnuci k starým otcom. Vnučky majú v porovnaní s vnukmi bližšie vzťahy, viac staré mamy obdivujú, majú k nim citovejší vzťah a sú nimi viac opatrované (Gary, Koblewski, 1991, 383). Je zaujímavé, že zatiaľ čo fyzický kontakt so starými rodičmi v priebehu života klesá, celkový záujem adolescentov o kontakt so starými rodičmi v priebehu adolescencie neklesá. Staršie deti a adolescenti majú tendenciu tráviť so starými rodičmi menej času, no i napriek tomu ich neprestávajú vnímať ako dôležitú súčasť sociálnej siete.

2.1 Vnímanie starých rodičov vnúčatami

Je dôležité aj to, ako vnúčatá vnímajú svojich starých rodičov. L. C. Gary a P. J. Koblewski (1991, 373 – 387) skúmali, ako adolescenti vnímajú vzťah k svojim starým rodičom. Skúmanú vzorku tvorilo 142 amerických adolescentov, študentov s priemerným vekom 19 rokov. Výskum ukázal, že starí rodičia neboli adolescentmi vnímaní ako dôležité osoby z hľadiska dôvernosti alebo očakávania konkrétnej pomoci. Boli však hodnotení ako dôležití spojenci. Vnučky mali vo všeobecnosti k starým rodičom lepší vzťah než vnuci. Vo všeobecnosti je pozitívnejší vzťah k starým matkám než k starým otcom. Väčšina vnúčat pociťovala zo strany starého rodiča lásku, mala voči nemu rešpekt a nemala so starým rodičom konflikty.

Aj iné výskumy ukazujú, že počas neskoršej adolescencie sú starí rodičia stále vnímaní ako dôležití spojenci. Väčšina adolescentov si retrospektívne uvedomuje, že sa ich vzťah k starým rodičom v priebehu detstva a adolescencie radikálne nezmenil. Je známe, že starší adolescenti majú starých rodičov všeobecne v hlbokej úcte. Dostupná literatúra, žiaľ, neponúka štúdie, ktoré by vysvetľovali, ako sa adolescenti na starých rodičov pozerajú a v čom je ich vzťah špecifický v dôvernosti, v prejavovanej afektivite alebo v konkrétnej pomoci. Jedným z mála v tejto oblasti je už spomenutý príspevok, v ktorom A. Marcoen (1979, 87 – 105) skúmal vnímanie belgických školákov. Analýza a porovnanie kresieb postavy starého človeka a postavy starého rodiča, ktoré školáci kreslili, ukázali, že starému rodičovi sú pripisované typické charakteristiky životného štýlu starého človeka. Treba dodať, že i keď sa vzťah medzi rodičmi a deťmi počas dospievania radikálne mení, priateľstvo medzi starými rodičmi a vnúčatami zostáva aj počas dospievania pomerne stabilné a vnúča vďaka nemu zažíva stálu podporu (Gary, Koblewski, 1991, 377).

3. RODINNÝ SYSTÉM

3.1 Rodičia

Podstatným prvkom rodinného systému, ktorý ovplyvňuje všetky vzťahy v rodine, sú rodičia. Pre celkovú atmosféru v rodine je preto dôležité to, aké sú osobnostné charakteristiky rodičov, aké majú vzdelanie a príjem, aká je kvalita interakcie medzi rodičom a dieťaťom. Zistilo sa napríklad, že na vnúča má veľký vplyv konflikt s rodičom, forma rodičovského dozoru a podobne. Dôležité sú aj tie sociálne stresory v rodine, ktoré zvyšujú riziko negatívneho správania vnúčaťa. Patrí k nim napríklad nestabilná rodinná štruktúra. Deti, ktoré žijú v inej rodinnej štruktúre než s dvoma rodičmi, sú vystavené väčšiemu riziku emocionálnych problémov a problémov v správaní. Mnohí autori zdôrazňujú, že život iba s jedným z rodičov má na dieťa negatívny vplyv (Lamborn, Mounts, Steinberg, 1991, 1 049 – 1 065; Steelman, Powell, 1991, 1 505 – 1 529).

3.2 Širšia rodina

Vplyv širšej rodiny, do ktorej patrí aj starý rodič, je pomerne málo prebádaný. Viac výskumov v tejto oblasti sa venuje vplyvu starých rodičov a menej vplyvu iných členov, ktorí s nimi žijú v jednej domácnosti, a nie sú rodičmi. Jedným z mála príspevkov bol longitudinálny výskum H. A. Hamiltona (2005, 260 – 266), ktorý takmer desať rokov skúmal vplyv prítomnosti členov rodiny na životnú spokojnosť adolescenta. Neskúmal sa vplyv rodičov, ale vplyv iných dospelých členov rodiny, s ktorými adolescent žil v jednej domácnosti. Výskumný súbor pozostával z vyše dvadsaťtisíc adolescentov s priemerným vekom 15 rokov, ktorí bývali v spoločnej domácnosti aspoň s jedným dospelým, za ktorého sa považuje: starý rodič, strýko, teta, bratranec, sesternica alebo nejaký iný príbuzný. Výskum si všímal u adolescentov hlavne dva faktory: depresívne symptómy a deviantné správanie.

Výsledky ukázali, že s prítomnosťou starého rodiča v domácnosti je spojený menší výskyt deviantného správania adolescentov. U adolescentov-černochov sa prítomnosť starého rodiča spájala aj s menším výskytom depresívnych symptómov.

S prítomnosťou iného člena rodiny (teta, strýko, bratranec) je spojený väčší výskyt depresívnych symptómov u všetkých adolescentov a menší výskyt deviantného správania u tých adolescentov, ktorí majú väčší počet súrodencov. Možno všeobecne povedať, že v rodine s väčším počtom súrodencov nie je vplyv iných členov rodiny taký výrazný ako v rodine s menším počtom súrodencov. Výskum vyvrátil občasné predpoklady, že medzi širšou rodinou a životnou spokojnosťou adolescenta existuje priama závislosť. Výskum ukázal aj neopodstatnenosť

obáv, že prítomnosť starého rodiča v kompletnej rodine negatívne vplýva na životnú spokojnosť vnúčaťa. Skutočnosť, že prítomnosť starého rodiča v kompletnej rodine spôsobuje menší výskyt deviantného správania vnúčaťa a prakticky nemá vplyv na výskyt jeho depresívneho správania, sa zhoduje aj s inými výskumami.

3.3 Kultúrne pozadie a pôvod starých rodičov

Na vzťah starého rodiča a vnúčaťa majú vplyv tak rodinný systém, ako aj kultúrne pozadie a rodinná harmónia. Výskumy ukázali napríklad to, že u černochov, amerických Indiánov a mexických Američanov je vzťah medzi generáciami silnejší než u belochov.

Čo sa týka pôvodu starých rodičov, A. R. Nummenmaa a T. Nummenmaa (1997, 1 – 14) na vzorke 235 fínskych adolescentov zistili vzťah medzi neroľníckym pôvodom starého rodiča a úspechom v škole, budúcou realizáciou v živote a netypickou voľbou povolania adolescenta.

3.4 Výchovné metódy

Ďalšie výskumy porovnávajú výchovné metódy medzi generáciami a ich vplyv na deti. Zisťuje sa, že na dieťa a na adolescenta má vplyv to, ako boli jeho rodičia vychovávaní svojimi rodičmi, teda možno povedať, že výchovný štýl a spôsob starostlivosti o dieťa sa prenáša medzigeneračne. S. F. Olsenová skúmala 80 amerických párov matka – stará matka a zistila, že existuje súvislosť medzi obmedzujúcim a starostlivým spôsobom výchovy starých mám a podobným spôsobom výchovy matiek. Tento vzťah bol silnejší pri absencii fungujúceho manželského vzťahu (Olsen, 1999, 457 – 476).

P. Martin a ďalší (1991, 195 – 207) skúmali rozdielne výchovné štýly a výchovné ciele 32 matiek a 28 starých matiek v rodinách v USA. Vo výchovných cieľoch neboli nájdené nijaké rozdiely. Rozdiely medzi matkami a starými matkami sa ukázali vo vnímaní svojej rodičovskej sebestačnosti, v rodičovskom uspokojení a v starostlivosti o rodinu. Staré matky v porovnaní so svojimi dcérami (matkami) vnímali deti ako menej autonómne, zdôrazňovali dôležitosť rodičovstva ako hodnoty a zdôrazňovali dôležitosť starostlivosti o rodinu. H. Keller a B. Lamm (2005, 238 – 346) sa zamýšľajú aj nad súvislosťami medzi predstavami o dobrom materstve matky a starej matky.

Predmetom pozornosti sú aj výchovné metódy, ktoré starí rodičia používajú pri výchove vnúčat. P. O. Oburu a K. Palmérus (2003, 505 – 512) skúmali výchovné metódy a sociálne determinanty starých rodičov pri výchove adoptovaných detí v Keni. Skúmaný súbor tvorilo 113 starých rodičov s čiastočnou a 128 s úplnou adopciou dieťaťa. Adoptované deti boli vo veku od jedného do desať rokov a väčšina z nich bola osirelá kvôli chorobe aids. Autori okrem iného zistili, že slovné donucovacie metódy viac používajú mladšie staré matky a staré matky adoptovaných detí mladších ako šesť rokov.

3.5 Vplyv rozvodu

Štúdie ukázali, že na vzťah starého rodiča a vnúčaťa vplývajú aj manželské nezhody rodičov a to, či je rodina funkčná. Ak dôjde k manželským nezhodám, prípadne k rozvodu, narúša sa vzťah medzi vnúčaťom a starým rodičom najmä z otcovej strany. Hoci výskum tejto problematiky nie je dostatočný, ukazuje sa, že v rodinách, kde sú rodičia rozvedení, poskytujú staré matky deťom a vnúčatám predovšetkým morálnu podporu. Dôsledne rozlišujú medzi jednorazovou pomocou a permanentným prevzatím rodičovskej kontroly. V minulosti síce plnili rolu rodiča, ale medzitým ju už prirodzene prestali plniť a aj naďalej sa snažia ustrážiť si slobodu.

C. L. Johnsonová (1988, 185 – 191) urobila výskum, ktorý trval 40 mesiacov, a ukázala, že počas rozvodového procesu sa úloha starej matky zmenila. Do výskumu bolo zapojených 50 mužov a žien v rozvodovom konaní spolu s ich matkami. Vyšetrenia boli robené 14, 26 a 40 mesiacov po rozvode. Výsledky ukázali, že hneď po rozvode preukazovali staré matky väčšiu mieru podpory, pričom mladšie staré matky mali s vnúčatami väčší kontakt než staršie. Staré matky z otcovej strany mali s vnúčatami menší kontakt než staré matky z matkinej strany. Vlastné dcéry boli podporované viac než rozvedené nevesty. Po 40 mesiacoch bola každá stará matka nespokojná. Neprejavovali pripravenosť prebrať zodpovednosť za vnúča. Odmietali prebrať rolu náhradnej matky. Ukázalo sa aj to, že tie staré matky, ktoré boli na začiatku výskumu aktívnejšie, sa snažili na konci výskumu o odstup. Naopak tie, ktoré sa po rozvode dištancovali, sa postupne začali viac angažovať. U starých matiek z otcovej strany bol odstup väčší než u starých matiek z matkinej strany. Dobrý vzťah k rozvedenému synovi nebol podporovaný vzťahom k vnúčatám, pričom dobrý vzťah k dcéram bol podporovaný aj vzťahom k vnúčatám.

V. Bengtson, C. Rosenthal a L. Burton (1996, 253 – 282) hovoria, že z dôvodu rozvodu svojich detí sú starší členovia rodiny často nútení vrátiť sa do niektorých rolí, z ktorých už predtým vyšli. Stávajú sa náhradnými rodičmi pre vnukov a pravnukov, pretože stredná generácia pre rozvod, chorobu, drogy, aids alebo väzenie neplní funkciu, ktorú plniť má. D. Chalfie uvádza, že v USA sa od roku 1970 zvýšil počet domácností, ktoré vedú starí rodičia, na tri milióny, čo je o 50 percent viac než dovtedy. Z týchto prípadov je 33 percent rodín takých, kde spolu so starým rodičom a vnúčaťom nežije v domácnosti nijaký rodič.

4. INTENZITA KONTAKTU

Bonnský gerontologický longitudinálny výskum (BOLSA) okrem iného ukázal, že vo vzťahoch k vnúčatám sú až tri štvrtiny starých rodičov spokojnejšie pri vyššej aktivite. Vzdelaní, kvalifikovaní a zdraví starí rodičia majú v porovnaní s menej vzdelanými, nekvalifikovanými a chorými starými rodičmi tendenciu znižovať aktivitu v plnení úlohy starého rodiča (Lehr, Minnemann 1987, 91).

E. Stickerová (1987, 269 – 274) takisto analyzovala vzťah medzi starým rodičom a vnúčaťom. Vo výskume viedla viachodinové rozhovory so 175 starými rodičmi vo veku od 44 do 91 rokov, s 122 vnúčatami vo veku do 28 rokov a so 105 rodičmi vo veku od 20 do 50 rokov. Analýza rozhovorov ukázala, že starí rodičia a vnúčatá udržujú medzi sebou kontakt rôzneho druhu. Intenzita kontaktu klesá s pribúdajúcim vekom vnúčaťa. Miera kontaktu ako takého je menej významná ako kontakt „medzi štyrmi očami“, čo platilo najmä pre starých rodičov. Čo sa týka zovšeobecnení, analýzy ukázali, že neexistuje niečo také ako typický starý rodič alebo typické vnúča, ale že vo všeobecnosti existuje väčšia tendencia podceňovať rolu starých rodičov. Ukázalo sa, že pre deti v predškolskom veku a pre malé dievčatá hrá dôležitú úlohu hlavne stará mama.

M. Grünendahl, E. Minnemann a M. Stosberg (1997, 237 – 244) podávajú závery interdisciplinárnej štúdie (*Interdisziplinären Studie über das Erwachsenenalter* – ILSE), ktorá bola robená v roku 1990 v Nemecku. Vo výskumnej vzorke respondentov vo veku od 62 do 64 rokov malo 68,6 percent vnúčatá. Štúdia si všímala denný kontakt, ktorý bol hodnotený na päťstupňovej stupnici a skóre päť znamenalo

každodenný kontakt. V štúdii sa dosiahlo skóre 3,65 na východe Nemecka a 3,74 na západe. Intenzitu kontaktu starých rodičov a vnúčat ukazuje nasledujúca tabuľka č. 11:

Starí rodičia vidia vnúčatá:	
Denne	14,7 %
Minimálne raz za týždeň	36,4 %
Raz za mesiac	12,8 %
Menej ako raz za mesiac	Menej ako tretina
Starí rodičia telefonujú s vnúčatami:	
Viackrát za týždeň	36,6 %
Raz za mesiac	24,2 %

Tabuľka č. 11: Intenzita kontaktu starých rodičov a vnúčat.

5. VÝZNAM STARÝCH RODIČOV PRE VNÚČATÁ

Význam a úloha starých rodičov pre vnúčatá je predmetom mnohých štúdií. Výskum zaoberajúci sa vzťahmi medzi generáciami jasne ukazuje, že starí rodičia majú často veľký vplyv na svoje vnúčatá počas ich detstva a dospievania. Ich vplyv môže mať široký záber a priamy dosah môže byť vo forme dávania rád alebo učenia. M. Barovský poukazuje na to, že vďaka kontaktu so starými rodičmi môžu byť v adolescencii pozitívne ovplyvnené dôležité psychosociálne faktory vývoja a pozitívne sa formuje aj ich identita. Starí rodičia dávajú adolescentovi svojím historickým opisom rodinných a kultúrnych udalostí pocit kontinuity jeho vlastného života, spájajú rodinnú minulosť s budúcnosťou. Vplyv starého rodiča je niekedy nepriamy. Pomáha napríklad zmierovať vnúčatá s rodičmi pri ich nezhodách. Mnohí autori vnímajú starých rodičov ako dôležitú súčasť sociálneho sveta vnúčaťa. Dieťa vidí v starých rodičoch aj vzor. Podľa E. Eriksona (1950, 133) naň vplýva to, či starý rodič dosiahne integritu ja. Ak dieťa vidí, že sa jeho rodič alebo starý rodič nebojí smrti, nebude sa báť ani ono života.

Objavuje sa otázka, aký vplyv má na vnúča prítomnosť starého rodiča alebo iného člena domácnosti, ktorým nie je rodič. Diskutuje sa aj o tom, či by tieto osoby nemohli zastupovať rodiča, či by mohli vykonávať nejakú funkciu, ktorá je normálne rezervovaná rodičovi.

Výskumy ukazujú, že starí rodičia môžu mať pri častejšom kontakte s vnúčatami takmer rodičovské správanie, akým je napríklad úsilie o udržiavanie disciplíny. V rodine, kde dieťa vychováva iba matka, pomáha prítomnosť ďalšieho dospelého zvládať adolescenta. Plní funkciu akéhosi nárazníka. Môže priamo ovplyvňovať emocionálnu zložku životnej spokojnosti adolescenta, môže byť advokátom, zástupcom rodiča a radcom. Nepriamo môže na dieťa vplývať tým, že poskytuje potrebnú emocionálnu podporu rodičom, čo spôsobuje zlepšenie vzťahov medzi rodičmi a adolescentmi. Iní členovia rodiny môžu byť aj zdrojom príjmov tak pre rodiča, ako aj pre dieťa. Starý rodič môže byť dôležitým zdrojom mimoriadneho príjmu, poskytovať bezplatný nájom alebo opateru dieťaťa. To môže byť dôležité zvlášť vtedy, keď je rodina bez jedného z rodičov (DeLeire, Kalil, 2002, 393 – 413; Haurin, 1992, 846 – 860).

J. Hašto (2006, 31) hovorí, že dôležitosť starého rodiča rastie aj v prípadoch, ak matka nemôže dočasne alebo trvale zvládať starostlivosť o dieťa a otec musí pracovať. Pri absencii alebo zlyhaní rodičov sa starý rodič môže stať takzvanou „bezpečnou základňou" alebo „bezpečným prístavom" v zmysle teórie o vzťahovej väzbe J. Bowlbyho. Môže sa stať osobou, ku ktorej sa vnúča pripúta, s ktorou má stabilný a dobrý vzťah a ktorá mu dáva lásku a stabilnú oporu. Tento vzťah je potom pre vnúča významným protektívnym faktorom, zdrojom odolnosti, resiliencie a salutogenézy. Pripútanie sa vyvinie najmä vtedy, keď si vnúča vytvorí tento vzťah k starému rodičovi do prvých deviatich mesiacov života. J. Hašto (2006, 29 – 30) hovorí, že podľa dostupnosti opatrujúcej starej matky, správnosti vyhodnocovania signálov vnúčaťa, naplňovania jeho potrieb a podľa umožňovania jeho autonómnych prejavov môže byť pripútanie: 1. bezpečné – vnúča má v dospelosti pozitívny obraz o sebe, je presvedčené, že je hodné lásky a pozitívne očakáva, že druhí ľudia budú akceptujúci a citliví; 2. neisté; 3. dištancované, odmietajúce, vyhýbavé – vnúča má potom v dospelosti pozitívny obraz o sebe, je presvedčené, že je hodné lásky, ale negatívne očakáva, že druhí ľudia budú požadovační a závislí; 4. úzkostné, ustarostené – vnúča má v dospelosti negatívny obraz o sebe, neverí, že je hodné lásky, pričom druhých hodnotí pozitívne; 5. obávajúce sa, vyhýbavé – vnúča má v dospelosti negatívny obraz o sebe a je skeptické v tom, či možno druhým dôverovať, či budú milujúci dostupní. Rodičovské správanie, ktoré si dieťa zapamätá, je možné merať Dotazníkom zapamätaného rodičovského správania

(E.M.B.U.), ktorého skrátenú formu v slovenskej mutácii spolu so skórovacím kľúčom uvádza M. Poliaková, V. Mojžišová a J. Hašto (2007, 79 – 88).

5.1 Kultúrne odlišnosti

Pozícia starého rodiča je podmienená medzikultúrnymi rozdielmi. A. L. Greene a A. M. Boxter hovoria, že v priemernej americkej rodine je medzi otcom a dospelými deťmi odstup. K zbliženiu dochádza len pri niektorých príležitostiach, akými sú narodenie vnúčaťa alebo choroba. V prípade potrebnej pomoci alebo opatrovania starého rodiča je stará matka pripravená prijať pomoc od vnúčat, avšak starý otec ju odmieta (Bengtson, Rosenthal, Burton, 1990, 263 – 257).

Starí rodičia hrajú centrálnu rolu v tradičnej afroamerickej rodine. L. Burton a P. Martin (1987, 275 – 282) viedli intenzívne rozhovory s viacerými členmi rôznych generácií šesťčlennej rodiny. Pramatka v tejto rodine zohráva úlohu akejsi „ochrankyne rodu". Jedna z jej pravnučiek sa o nej vyjadrila: „Je kotvou rodiny. Je mostom, ktorý spája minulosť a budúcnosť rodiny. Pozná rodinné tajomstvá, o ktorých nikto nevie. Má schopnosť omotať si všetkých okolo prsta. Vlastní antické rodinné starožitnosti a pamiatky a vie veci plánovať. Pri riešení problémov a kríz je jej mienka veľmi dôležitou."

J. F. Robertson tvrdí, že v Amerike sa pozícia starého rodiča v rodine mení. Zmena je napríklad v tom, že pomoc od starých rodičov sa obmedzila na dočasnú a len na prípady, keď sú potrební. Starší ľudia sa držia v úzadí. Majú obavu, aby deti nevnímali ich aktivitu ako vnucovanie sa alebo ako zasahovanie do cudzích záležitostí. Iné štúdie ukazujú na významnú úlohu starých rodičov pri odovzdávaní rodinnej histórie a pri pocite kontinuity rodiny u vnúčat. Vyzdvihuje sa aj to, že starí rodičia držia rodinu pokope. Prežívanie roly starého otca je spoločensky podmienené, na čo poukazuje najmä štúdia so ženami, ktoré sa už vo veku 35 – 38 rokov stali starými matkami, teda s takzvanými *„coloured women"* (Lehr, 2007, 275).

Vzájomnú podporu medzi generáciami v nemeckých rodinách skúmal W. Bien. Jeho výskum prebiehal v 90. rokoch a trval 18 mesiacov. S respondentmi sa robili tri rozhovory. Výsledky ukazujú, že vzájomná podpora je podobná „modelu sendviča". Stredná generácia pomoc aj poskytovala, aj prijímala. Všetky generácie jednotne považovali za dôležitú vyváženosť medzi dávaním a prijímaním. Nejednotná mienka

bola iba v otázke množstva. Človek má pocit, že viac dáva, než dostáva (Lehr, 2007, 277).

5.2 Prarodičia

K. J. Doka a M. E. Mertz (1988, 192 – 197) skúmali úlohu prarodičov. Urobili rozhovory so 40 prarodičmi. Výskum ukázal, že asi u 78 percent prarodičov bol v správaní vo vzťahu k pravnúčatám odstup. Priemerný vek prarodičov bol nad 80 rokov. U zvyšku prarodičov, ktorých priemerný vek bol 78,2 roka, sa ukazoval užší vzťah. Prarodičia, ktorí patrili do druhej skupiny, sa stretávali s pravnúčatami častejšie, minimálne raz za mesiac. S rodičmi pravnukov, teda so svojimi vnukmi si telefonujú, alebo komunikujú viackrát za týždeň. Ak sa respondent staral o vnúča dlhodobejšie (*babysitting*, spoločné nakupovanie), bol aj jeho kontakt s pravnúčaťom intenzívnejší. Aj tu sa ukazuje, že vzťah prastarej mamy z matkinej strany je užší než vzťah z otcovej strany. Okrem toho bola dôležitá aj priestorová vzdialenosť, ktorá mala byť maximálne 25 míľ.

5.3 Negatívny vplyv starého rodiča na vnúča

Prítomnosť starého rodiča, ale aj ďalších členov rodiny môže mať aj negatívny vplyv na životnú spokojnosť vnúčaťa. Môže oslabovať rodičovskú zodpovednosť a negatívne ovplyvňovať dianie doma. Starý rodič môže byť súčasťou sociálneho sveta, ktorý negatívne ovplyvňuje duševné a psychosomatické ochorenie vnúčaťa (Růžička, 2006, 148).

Medzi rodičovským štýlom a štýlom starých rodičov nemusí byť súlad. Najmä chorí starí rodičia môžu vyžadovať ošetrovanie alebo opatrovanie. Tak starí rodičia, ako aj iní členovia môžu odčerpávať peniaze, zaberať priestor v dome alebo narúšať súkromie (Hamilton, 2005, 261).

Súčasný výskum zaoberajúci sa vzťahmi medzi generáciami ukazuje, že starí rodičia majú na vnúčatá vplyv. Je priamy i nepriamy. Priamy môže byť vo forme rád alebo učenia. Kontakt so starým rodičom formuje psychosociálne faktory, identitu a chápanie hodnôt. Starí rodičia spájajú rodinnú minulosť a budúcnosť, čím dávajú vnúčaťu pocit kontinuity vlastného života. Nepriamy vplyv je napríklad v tom, že môže byť dôležitým faktorom pri zmierovaní pri nezhodách vnúčaťa s rodičom. Starý rodič je aj dôležitou súčasťou sociálneho

sveta vnúčaťa. Vo vzťahu medzi starým rodičom a vnúčaťom existujú pohlavné rozdiely a rozdiely medzi kultúrami. Intenzita kontaktu ovplyvňuje vzťah. Špecifickou je aj pozícia starého rodiča pri absencii jedného z rodičov.

6. VZÁJOMNÝ OBRAZ GENERÁCIÍ

Postoj rôznych skupín obyvateľstva k starým ľuďom je v mnohých situáciách nesprávny a niekedy negatívny. Avšak aj obraz, aký majú starí ľudia o mladých, je často zaťažený stereotypmi a ich postoj k mladým ľuďom býva veľa ráz aj negatívny. Táto problematika nie je u nás dostatočne preskúmaná. V ďalšom uvádzame príklad longitudinálnych výskumov z Nemecka, ktoré sa zaoberali tým, aký je obraz spoločnosti o súčasnej mládeži a aký je obraz spoločnosti o starom človeku.

6.1 Obraz spoločnosti o súčasnej mládeži

Bonnská longitudinálna štúdia (BOLSA) v Nemecku, na ktorej sa zúčastnilo 183 ľudí vo veku nad 60 rokov, skúmala, aký majú starí ľudia obraz o mladých (Lehr, 2007, 205). Ukázalo sa, že starí ľudia sa o súčasnej mládeži vyjadrujú, že je „iná než kedysi“. Pomerne silno ju kritizujú, aj keď len málokedy ju považujú za takú, ktorej by nešlo o hodnoty. „Inakosť“ dnešnej mládeže vnímajú viac staršie ženy než muži. Je to zrejme preto, lebo ženy zažili svoju sociálnu rolu kedysi a vidia, ako sa životný štýl dnešnej ženy zmenil – žena môže študovať, má oveľa väčšie možnosti v práci, je nezávislá a podobne. Aj napriek tomu majú ženy pre mládež väčšie pochopenie než muži a kritizujú ju menej.

Negatívnejší pohľad na mládež majú starší ľudia s nižšou inteligenciou, z nižšej spoločenskej vrstvy, ľudia, ktorí sa cítia pod tlakom a neistí. Tí starí ľudia, ktorí sa považujú za prispôsobivých a aktívnych, sa o mládeži vyjadrujú pozitívnejšie. Dôležitým faktorom je aj zdravotný stav, čo platí predovšetkým u mužov. Starší muži, ktorí sa považovali za chorých, sa vyjadrovali o mládeži negatívnejšie. Starší muži, ktorí mali v poslednom roku života plno zážitkov a podujatí, ktorých život bol naplnený úlohami, vnímali mládež pozitívnejšie než tí, ktorí žili monotónne a nudne. U starších žien je vnímanie mládeže pozitívnejšie, ak sa im v rodine darí dosahovať ciele, o ktoré sa snažili.

Vnímanie mládeže starými ľuďmi	
Pozitívnejšie vnímanie majú ľudia:	Negatívnejšie vnímanie majú ľudia:
prispôsobiví aktívni	menej inteligentní z nižšej spoločenskej vrstvy cítiaci sa pod tlakom a neistí
ženy dosahujúce v rodine ciele, o ktoré sa snažia	muži cítiaci sa chorí
muži s životom aktívnym, plným zážitkov a úloh	muži žijúci monotónne a nudne
Ženy vnímajú mládež pozitívnejšie, majú pre ňu väčšie pochopenie než muži.	

Tabuľka č. 12: Zhrnutie niektorých výsledkov bonnskej longitudinálnej štúdie.

Inštitút sociálneho výskumu (INAF) v Nemecku robil výskum, na ktorom sa zúčastnilo 3 000 mužov a žien od 14. roku života (Hess, 1997, 3 – 28). Štúdia ukázala, že negatívnu mienku o súčasnej mládeži majú všetky vekové skupiny obyvateľstva, teda aj starší ľudia. 13 percent ľudí nad 70 rokov a 14 percent vo veku 30 až 39 rokov si myslí, že mládež nemá dostatočný rešpekt. Podobnú mienku má aj 10 percent ľudí vo veku od 60 do 69 rokov a takisto 10 percent vo veku od 14 do 19 rokov. Ešte silnejšia tendencia k negatívnemu posudzovaniu mládeže bola vyjadrená v tom, že mládež sa považovala za ľahkomyseľnú a nezodpovednú. Takto sa vyjadrilo 13 percent ľudí vo veku od 40 do 49 rokov a vo veku od 60 do 69 rokov. Podobnú mienku má aj 10 percent ľudí vo veku nad 70 rokov a 10 percent vo veku od 20 do 29 rokov.

Pozitívne odpovede o mladých sa vyskytovali menej v prípade skupín starších ľudí než u mladších skupín. Vlastnosti ako živosť, aktivitu, spontánnosť a zvedavosť im pripisovalo 25 percent ľudí vo veku od 14 do 19 rokov, 28 percent ľudí vo veku od 50 do 59 rokov, 15 percent vo veku od 60 do 69 rokov a 17 percent ľudí nad 70 rokov. To, že sa mládež teší zo života, si myslí 16 percent ľudí od 14 do 19 rokov, ale iba 8 percent ľudí od 60 do 69 rokov a 8 percent opýtaných nad 70 rokov.

Obrazom, ktoré má o mládeži a o starých ľuďoch súčasná spoločnosť, a takisto ďalej uvedeným stereopytom staroby by bolo vhodné venovať podrobný výskum aj v našom kultúrnom prostredí. Zaujímavé výsledky by priniesol tak kvantitatívny, ako aj kvalitatívny výskum.

Charakteristiky súčasnej mládeže		Počet odpovedajúcich	
		Veková skupina (v rokoch)	v percentách
Negatívne	Mládež je bez rešpektu	14 – 19	10
		30 – 39	14
		60 – 69	10
		70 a viac	13
	Mládež je nezodpovedná a ľahkovážna	20 – 29	10
		40 – 49	13
		60 – 69	13
		70 a viac	10
Pozitívne	Mládež je živá, aktívna, spontánna a zvedavá	14 – 19	25
		50 – 59	28
		60 – 69	15
		70 a viac	17
	Mládež sa teší zo života	14 – 19	16
		60 – 69	8
		70 a viac	8

Tabuľka č. 13: Charakteristiky súčasnej mládeže uvádzané ľuďmi rôznych vekových skupín.

6.2 Obraz starých ľudí v spoločnosti

V spomínanom výskume INAF sa skúmal aj obraz staroby. Analýzy ukázali niekedy negatívny a inokedy pozitívny pohľad ľudí z mladších vekových skupín na starobu. Starých ľudí charakterizuje ako úzkoprsých a netolerantných 19 percent ľudí vo veku od 14 do 19 rokov, 15 percent ľudí vo veku od 20 do 29 rokov, 9 percent ľudí vo veku od 50 do 59 rokov a 7 percent ľudí nad 70 rokov.

Starých ľudí ako neústupných špekulantov charakterizuje 26 percent ľudí vo veku od 14 do 19 rokov, 22 percent ľudí vo veku od 20 do 29 rokov, 24 percent ľudí od 30 do 39 rokov. Až od vekovej kategórie nad 40 rokov sa počet tých, ktorí sa takto vyjadrovali, zmenšoval. Charakterizuje ich tak 16 percent vo veku od 40 do 49 rokov, 13 percent vo veku od 50 do 59 rokov, 11 percent vo veku od 60 do 69 rokov a 5 percent ľudí nad 70 rokov.

Charakteristiky starých ľudí		Počet odpovedajúcich	
		Veková skupina (v rokoch)	v percentách
Negatívne	Starí ľudia sú úzkoprsí a netolerantní	14 – 19	19
		20 – 29	15
		50 – 59	9
		70 a viac	7
	Starí ľudia sú neústupní špekulanti	14 – 19	26
		20 – 29	22
		30 – 39	24
		40 – 49	16
		50 – 59	13
		60 – 69	11
		70 a viac	5
	Starí ľudia sú svojhlaví, tvrdohlaví, nekompromisní	14 – 19	16
		20 – 29	18
		50 – 59	19
		60 – 69	14
		70 a viac	13
Pozitíve	Starí ľudia majú životnú skúsenosť, sú dobrí radcovia	14 – 19	29
		20 – 29	34
		30 – 39	28
		50 – 59	29
		60 – 69	19
		70 a viac	20
	Starí ľudia sú pripravení pomôcť	14 – 19	21
		20 – 29	17
		30 – 39	14
		40 – 49	16
		50 – 59	8
		60 – 69	9
		70 a viac	10
	Starí ľudia sú trpezliví	14 – 19	5
		20 – 29	7
		50 – 59	13
		60 – 69	9
		70 a viac	7

Tabuľka č. 14: Charakteristiky starých ľudí uvádzané ľuďmi rôznych vekových skupín.

Starých ľudí ako svojhlavých, tvrdohlavých a nekompromisných charakterizuje 16 percent ľudí vo veku od 14 do 19 rokov, 18 percent ľudí vo veku od 20 do 29 rokov, 19 percent ľudí vo veku od 50 do 59 rokov, 14 percent vo veku od 60 do 69 rokov a 13 percent nad 70 rokov.

V odpovediach sa vyskytovali aj pozitívne odpovede o starých. To, že starí ľudia majú životnú skúsenosť a že sú dobrí radcovia, si myslí 29 percent ľudí vo veku od 14 do 19 rokov, 34 percent ľudí vo vekovom rozmedzí od 20 do 29 rokov, 28 percent ľudí vo veku od 30 do 39 rokov, 29 percent vo veku od 50 do 59 rokov, 19 percent vo vekovom rozmedzí od 60 do 69 rokov a 20 percent ľudí nad 70 rokov. To, že sú starí ľudia pripravení pomôcť, si myslí 21 percent ľudí od 14 do 19 rokov, 17 percent ľudí vo veku od 20 do 29 rokov, 14 percent ľudí vo veku od 30 do 39 rokov, 16 percent vo veku od 40 do 49 rokov, 8 percent vo vekovom rozmedzí od 50 do 59 rokov, 9 percent vo vekovom rozmedzí od 60 do 69 rokov a 10 percent ľudí nad 70 rokov. To, že sú starí ľudia trpezliví, si myslí 5 percent ľudí vo vekovom rozmedzí od 14 do 19 rokov, 7 percent ľudí vo vekovom rozmedzí od 20 do 29 rokov, 13 percent vo vekovom rozmedzí od 50 do 59 rokov, 9 percent vo vekovom rozmedzí od 60 do 69 rokov a 7 percent ľudí nad 70 rokov.

6.3 Pozitívne stereotypy staroby

E. Palmore hovorí, že tak ako sa zo spoločnosti vytráca rasizmus a predsudky voči ženám, je možné očakávať aj to, že sa v budúcnosti vytratí aj ageizmus, negatívny postoj k starobe. Podľa výskumu inštitútu v Allensbachu v Nemecku z roku 1991 má o starých ľuďoch, ktorí sú vo veku okolo 60 rokov, pozitívnu mienku 70 percent opýtaných vo veku od 30 do 59 rokov a 76 percent opýtaných vo veku nad 60 rokov. Výskum ukázal rozdiel medzi východnou a západnou časťou Nemecka – ľudia z východnej časti mali horšiu mienku než zo západnej časti. K zlepšeniu vnímania starých ľudí prispeli mnohé spoločenské akcie, napríklad takzvaný Viedenský plán v roku 1982 alebo vyhlásenie Európskeho roku starej generácie pre Európsku úniu v roku 1993.

V oblasti pozitívnych stereotypov staroby sa robí málo výskumov. E. Palmore (Lehr, 2007, 207) uvádza, že pred 20 rokmi sa v USA konštatovala pozitívna diskriminácia starých ľudí. Starí ľudia majú napríklad lepšie príjmy a lepšie sociálne a zdravotnícke zabezpečenie. Kritika prehnaného zabezpečenia sa spájala s ekonomikou a starí ľudia

sa považovali za „obetného baránka štátneho zadlženia“ (Binstock, 1983). Táto téma sa stáva aktuálnou aj pre Európu.

Analýzy nemeckého výskumu ukazujú, že starí ľudia majú o mladých pozitívnejší obraz než mladí o starých. V spoločnosti pôsobia negatívne i pozitívne stereotypy o starobe. Postoj mladých k starým je vyhranenejší než naopak. Z analýz nemožno rozhodne usudzovať, že existuje nejaký „ageizmus“ alebo nepriateľské naladenie mladých ľudí voči starým. Možno sa samozrejme pýtať, do akej miery odráža výskum realitu v spoločnosti.

7. VÝSKUM VPLYVU SOCIÁLNEJ OPORY STARÝCH RODIČOV NA VNÚČATÁ

V starobe dochádza k mnohým zmenám, ktoré ovplyvňujú kvalitu života človeka. Dochádza aj k zmene spoločenskej úlohy a v úlohách v rodine. Aj keď sa v súčasnosti nepochybuje o dôležitosti vzťahov medzi jednotlivými členmi rodiny, možno pozorovať, že rastie určitá izolovanosť starých rodičov. Aktuálnou sa stáva otázka úlohy starého rodiča v rodine a to, ako spomínaná izolácia starých rodičov vplýva na kvalitu života tak starých rodičov, ako aj ich detí a vnúčat. Je zaujímavé skúmať, ako často a akým spôsobom sú starí rodičia so svojimi vnúčatami v kontakte. Otázkou je aj to, ako zo vzájomného kontaktu, respektíve prijímanej sociálnej opory starých rodičov vnúčatá profitujú, teda v akom vzťahu je táto sociálna opora s vybranými ukazovateľmi mentálneho zdravia u adolescentov.

V roku 2002 sme urobili výskum zameraný na analýzu vzájomných kontaktov starých rodičov a ich vnúčat, ktoré sú v adolescentnom veku. Sústredili sme sa na sociálnu oporu, ktorú adolescenti pociťujú zo strany starých rodičov. Zvláštna pozornosť sa venovala rozdielom v tejto opore medzi vybranými skupinami adolescentov a jej možnými vplyvmi na vybrané ukazovatele mentálneho zdravia adolescenta. Na výskume sa zúčastnili žiaci 1. a 3. ročníka vybraných stredných odborných škôl, gymnázií a stredných odborných učilíšť v Košiciach. Výskumný súbor tvorilo 1 992 respondentov, z toho 927 (46,5 percent) chlapcov a 1 065 (53,3 percent) dievčat. 1. ročník navštevovalo 1 010 (50,7 percent) respondentov a 3. ročník 982 (49,3 percent) respondentov. Priemerný vek žiakov 1. ročníka bol 15,9 rokov a žiakov 3. ročníka 17,8 rokov. Počet respondentov z jednotlivých typov škôl

nebol rovnaký. Najviac respondentov navštevovalo stredné odborné učilištia, po nich nasledovali žiaci stredných odborných škôl a najmenej žiakov bolo z gymnázií. Respondentom bola administrovaná batéria dotazníkov a škál v rámci medzinárodného projektu Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví, ktorý bol realizovaný Centrom pre vzdelávanie a výskum spoločenských aspektov zdravia (KISH) Ústavu humanitných vied Prírodovedeckej fakulty Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach v spolupráci s Univerzitou v Groningene v Holandsku. Pre ciele nášho výskumu sme z tejto batérie použili len niekoľko vybraných metodík: 1. Dotazník prijímanej sociálnej opory starých rodičov, 2. Škála vitality a škála mentálneho zdravia ako subškály z obsiahlejšej škály RAND-36, 3. Antonovského škála zmyslu pre integritu, 4. Škála pocitu osamelosti a 5. Škála prežívania.

Cieľom nášho výskumu bola, ako sme už spomínali, analýza vzájomných kontaktov starých rodičov a ich vnúčat. Výskumom sme chceli ukázať, aká je častosť a forma kontaktu starých rodičov s ich vnúčatami. Ďalej sme chceli výskumom ukázať to, ako z tohto kontaktu, respektíve prijímanej sociálnej opory starých rodičov vnúčatá profitujú. Konkrétne nám išlo o zistenie, v akom vzťahu je táto sociálna opora k vybraným ukazovateľom mentálneho zdravia u adolescentov.

7.1 Výsledky výskumu

Analýzy ukázali, že medzi skupinami chlapcov a dievčat, rovnako ako medzi skupinami prvákov a tretiakov existujú v prijímanej sociálnej opore starých rodičov štatisticky významné rozdiely. Chlapci a dievčatá teda prijímajú sociálnu oporu starých rodičov v rozdielnej miere, odlišne komunikujú a líšia sa aj v kontakte so starými rodičmi. Dievčatá prijímajú sociálnu oporu viac než chlapci. Podobné rozdiely nachádzame medzi skupinami prvákov a tretiakov, pričom vyššiu mieru sociálnej opory starých rodičov prijímajú mladší adolescenti, teda skupina prvákov.

Ďalšie analýzy ukázali, že prijímaná sociálna opora starých rodičov pozitívne vplýva na mentálne zdravie a duševnú pohodu adolescentov. Treba však dodať, že tento vplyv je len veľmi malý. Možno sa domnievať, že vplyv treba hľadať v súvislosti s inými oblasťami, ako je napríklad sociálna opora rodičov, priateľov, zážitok úspechu, respektíve neúspechu v škole a podobne.

7.2 Diskusia o výsledkoch

Výsledky, ku ktorým sme v našom výskume dospeli, sme porovnali s rôznymi zisteniami a názormi iných autorov, ktoré sme už spomínali vyššie.

Frekvencia kontaktov so starými rodičmi

Jedným z cieľov výskumu bolo zistiť, ako často a akou formou sú spolu v kontakte starí rodičia so svojimi vnúčatami. Výskum ukázal, že adolescenti v našom prípade udržujú pomerne intenzívny kontakt so starým rodičom. Výpovede našich respondentov vo väčšine prípadov svedčia o pozitívnom vzťahu so starými rodičmi. Možno diskutovať o tom, ako vypovedá miera a intenzita kontaktu o kvalite vzťahu. E. Sticker (1987, 269 – 274) uvádza, že miera kontaktu ako takého je pre samotný vzťah menej významná než kontakt „medzi štyrmi očami".

Naše výsledky týkajúce sa kontaktu vnúčat so starými rodičmi sme porovnali s podobným výskumom sledujúcim porovnateľnú skupinu vnúčat v Nemecku (Grünendahl, Minnenann, Stosberg, 1997, 237 – 244), ktorého podrobnejšie výsledky sú uvedené v časti o starých rodičoch. Porovnanie ukázalo, že výsledky sú podobné. Napríklad osobný kontakt so starými rodičmi udržiava aspoň raz za týždeň 50 percent respondentov v našom výskume a 51 percent v nemeckom výskume. Slovenskí respondenti udržiavajú mierne intenzívnejší telefonický kontakt než nemeckí.

Rozdiely medzi prijímanou sociálnou oporou

Vo výskume sme sledovali tak rozdiely v prijímanej sociálnej opore starých rodičov medzi pohlaviami, ako aj medzi 1. a 3. ročníkom stredných škôl. V súlade s podobnými výskumami sme predpokladali, že v prijímanej sociálnej opore starých rodičov budú rozdiely tak medzi pohlaviami, ako aj medzi 1. a 3. ročníkom. To sa potvrdilo. Dievčatá v porovnaní s chlapcami prijímajú viac sociálnej opory starých rodičov prostredníctvom častejších kontaktov a častejších spoločných aktivít. Medzipohlavné rozdiely, ktoré sme zistili, potvrdzujú aj iné štúdie. V časti o starých rodičoch sme podrobnejšie opisovali zistenia výskumov, že vnučky inklinujú skôr k starým matkám a vnuci zasa skôr k starým otcom (Gary, Koblewski, 1991, 375 – 377; Marcoen, 1979, 87 – 105) a že vnučky majú v porovnaní s vnukmi bližšie vzťahy so starými rodičmi (Gary, Koblewski, 1991, 383).

Podobný rozdiel sme postrehli aj medzi žiakmi 1. a 3. ročníkov. Rozdiel medzi ročníkmi svedčí o znižovaní prijímanej sociálnej opory starých rodičov so zvyšujúcim sa vekom. Ide najmä o znižovanie spoločných aktivít a spoločných kontaktov. Rozdiely medzi vekovo rozdielnymi skupinami v sociálnej opore starých rodičov sú v súlade aj so zisteniami E. Stickera (1987, 269 – 274), ktorý konštatoval, že intenzita kontaktu medzi starými rodičmi a vnúčatami klesá s pribúdajúcim vekom vnúčaťa. Aj iní autori konštatujú, že mladšie vnúčatá zažívajú so starými rodičmi viac kontaktu než starší adolescenti. Ďalej sa uvádza, že staršie deti a adolescenti trávia so starými rodičmi menej času. Vekom sa mení aj vnímanie starého rodiča (Marcoen, 1979, 87 – 105). Autori však upozorňujú, že zatiaľ čo fyzický kontakt so starými rodičmi v priebehu života klesá, celkový záujem adolescentov o kontakt neklesá. Iní autori upozorňujú, že na frekvenciu a kvalitu kontaktu, ako aj na záujem vnúčaťa o kontakt nevplýva len vek vnúčaťa, ale aj pohlavie, vek a zdravotný stav starého rodiča (Doka, Mertz, 1988, 192 – 197; Gary, Koblewski, 1991, 375 – 377). O podobných výskumoch je viac uvedené v časti o starých rodičoch.

Vzťah sociálnej opory k ukazovateľom mentálneho zdravia

Ťažiskovým cieľom nášho výskumu bolo skúmať, či a ako vnúčatá z kontaktu so starými rodičmi, respektíve z prijímanej sociálnej opory starých rodičov profitujú. Inými slovami, v akom vzťahu je táto sociálna opora s vybranými ukazovateľmi mentálneho zdravia u adolescentov. Predpokladali sme, že buď vzťah nebude, alebo ak bude, bude pozitívny (ako zistili podobné výskumy).

Napriek nevýrazným výsledkom hierarchickej lineárnej regresnej analýzy sme na základe prítomnosti nelineárnych vzťahov konštatovali, že ak má na mentálne zdravie adolescentov sociálna opora starých rodičov nejaký vplyv, tak je to pozitívny vplyv. Tieto naše zistenia do značnej miery potvrdzujú zistenia iných autorov. M. Barovský poukazuje na to, že vďaka kontaktu so starými rodičmi môžu byť v adolescencii pozitívne ovplyvnené dôležité psychosociálne faktory vývoja a formovanie ich identity. Kontakt so starými rodičmi môže podľa iných priamo ovplyvňovať emocionálnu zložku životnej spokojnosti adolescenta (DeLeire, Kalil, 2002; Haurin, 1992). Ďalšie štúdie poukazujú na významnú úlohu starých rodičov pri odovzdávaní rodinnej histórie a pocitu kontinuity rodiny u vnúčat, čo môže rovnako vplývať na ich psychickú pohodu. Výskum H. A. Hamiltona (2005,

260 – 266) ukazuje, že s prítomnosťou starého rodiča v domácnosti je spojený menší výskyt deviantného správania a depresívnych symptómov u adolescentov. Výskum tak ukázal neopodstatnenosť obáv, že prítomnosť starého rodiča v kompletnej rodine negatívne vplýva na životnú spokojnosť vnúčaťa. Skutočnosť, že prítomnosť starého rodiča v kompletnej rodine spôsobuje menší výskyt deviantného správania vnúčaťa a prakticky nemá vplyv na výskyt jeho depresívneho správania, sa zhoduje aj s inými výskumami.

H. A. Hamilton (2005, 261) však upozorňuje, že vplyv starého rodiča na vnúča môže byť aj negatívny. Môže napríklad oslabovať rodičovskú zodpovednosť a negatívne ovplyvňovať dianie doma. Medzi rodičovským štýlom a štýlom starých rodičov nemusí byť súlad. Tak starí rodičia, ako aj iní členovia rodiny môžu odčerpávať peniaze, zaberať priestor v dome alebo narúšať súkromie.

Ostáva otázkou na zamyslenie, nakoľko vplýva na vnúča zdravotný stav starého rodiča. Výsledky v tejto oblasti nie sú dostatočné. Čo sa týka zdravotných problémov starého rodiča, niektoré výskumy ukazujú, že vnúčatá viac inklinujú k starým rodičom, ktorí nemajú vážne zdravotné problémy. K chorobám, ktoré môžu narúšať vzťahy, patrí napríklad Alzheimerova choroba, problémy s pamäťou, rakovina alebo srdcové choroby (Gary, Koblewski, 1991, 375 – 377). Chorí starí rodičia môžu vyžadovať ošetrovanie alebo opatrovanie, čo môže členov rodiny zaťažovať (Hamilton, 2005, 261). Na druhej strane iné výskumy ukazujú, že zdraví starí rodičia majú v porovnaní s chorými starými rodičmi tendenciu znižovať aktivitu v plnení úlohy starého rodiča (Lehr, Minnemann 1987, 91).

+1
0
-1

ZHRNUTIE

Starnutie je aktuálnym problémom Európy. Vek obyvateľstva rastie aj historicky, aj s rastúcou životnou úrovňou. Vekové rozloženie obyvateľstva bolo v minulosti v spoločnosti v tvare pyramídy – s pribúdajúcim vekom ubúdal počet obyvateľov. V súčasnosti sa v krajinách strednej Európy pyramída stenčila a v budúcnosti nadobudne rozloženie tvar huby alebo stromu. Skupina dôchodcov sa zväčšuje preto, lebo vekové rozpätie „staroby" sa rozširuje nielen smerom hore, ale i smerom dole. Rastie počet ľudí pred päťdesiatkou, ktorí si nevedia nájsť prácu, pretože sú pre zamestnávateľa príliš starí. K starnutiu obyvateľstva prispieva aj to, že sa znižuje počet narodených detí.

Postoj dnešnej spoločnosti k starému človeku sa oproti minulosti postupne mení. Staroba sa vytráca zo spoločenského života. Spoločenská atmosféra potláča skutočnosť, že k životu patrí aj choroba, chátranie, úpadok a smrť. Staroba sa dnes neidealizuje a nezbožšťuje. V západnej spoločnosti sa začína hovoriť o zmenenom vzťahu medzi generáciami, o odcudzovaní mladých a starých a o oddeľovaní generácií. V súčasnej spoločnosti sú nedocenené prednosti starého človeka, ktorými sú bohaté skúsenosti, rozvaha, múdrosť, schopnosť relativizovať módne trendy a ideológiu.

Problematika dobrého a úspešného starnutia je predmetom vedeckého skúmania. Pod úspešným starnutím sa rozumie úsilie o stav vnútornej spokojnosti a šťastia aj napriek negatívnym vplyvom, ktoré staroba prináša. Na abstraktnej a všeobecnej úrovni možno dobré starnutie definovať ako snahu o čo najväčšie zisky pri najmenších stratách. Je ťažké stanoviť kritériá dobrého starnutia, ktoré by boli konkrétne, univerzálne a všeobecne prijímané. Nereálnou je snaha vytvoriť teóriu, ktorá by vysvetľovala všetky procesy a následky staroby. V skúmaní staroby je možné sa obmedziť iba na pozorovanie jednotlivých faktorov, ktoré sú: objektívne alebo subjektívne, krátkodobé alebo dlhodobé, špecifické alebo všeobecné a statické alebo dynamické.

Životná spokojnosť ako subjektívne kritérium úspešného starnutia je najviac zdôrazňovaná v dvoch protirečivých teóriách: v teórii aktivity a teórii disengagement (teórii neangažovanosti). Východiskom teórie aktivity je predpoklad, že šťastie a spokojnosť človeka v starobe sú závislé od toho, ako dokáže ovplyvniť dianie vo svojom okolí

a ako môže byť pre iných užitočný. K šťastiu a spokojnosti v starobe podľa teórie aktivity patrí aktivita a pocit človeka, že je pre druhých potrebný. Teória disengagement na rozdiel od teórie aktivity vychádza z toho, že ak sa od ľudí v starobe nevyžaduje aktivita a výkon, ľudia sú šťastnejší a spokojnejší. Okrem týchto teórií existujú ďalšie, akými sú napríklad teórie rastu, kognitívne teórie, dynamické teórie, SOK-model, kultúrno-antropologické teórie, interakčný model dlhovekosti a podobne. Ani jednej teórii sa však nedarí predstaviť uspokojivý obraz staroby a starnutia.

Depresie sú psychické poruchy, ktoré sa prejavujú zhoršovaním nálady, stratou radosti, emocionálnou prázdnotou, stratou motivácie, stratou záujmu a početnými telesnými príznakmi. V starobe sú jej prejavy podobné prejavom v mladšom veku. Diagnostiku depresie v staršom veku sťažuje súčasný výskyt iného telesného ochorenia a úbytok duševných síl. Diagnostika je sťažená aj vtedy, keď sa prejavy depresívnej symptomatológie považujú za prejavy „normálnej" staroby. Typickými telesnými príznakmi depresie v starobe sú poruchy spánku, gastrointestinálne poruchy, pocity únavy, bolesti chrbta, brucha alebo bolesti na inom mieste, pričom sú lekárske nálezy negatívne. Typickými kognitívnymi prejavmi sú sťažovanie sa na zlú pamäť, neschopnosť rozhodovať sa, sústrediť sa, neschopnosť čítať a študovať. Typickými emocionálnymi príznakmi sú pocit strachu, úzkostné stavy, poruchy nálady, pesimizmus a nezapríčinený smútok. Špecifikom depresie v starobe je, že má v porovnaní s mladším vekom závažnejší priebeh, jej prejavy sú horšie, znaky zlepšenia ťažšie rozoznateľné a lieky zaberajú po dlhšej latencii. Najdôležitejšou problematikou diagnostiky starého pacienta je rozlíšenie medzi začínajúcou degeneratívnou demenciou a depresiou.

Intervencia pri depresii, ktorá je v mladšom veku obvykle účinná, či už sa to týka liekov alebo psychoterapie, je v starobe často neúčinná. Liečba depresie u starších pacientov má niekoľko špecifík. Prvým je, že väčšina pacientov nie je hospitalizovaná, ale liečená doma. Ďalším, že depresia sa u staršieho človeka len zriedka diagnostikuje a lieči. V psychoterapeutickej starostlivosti býva aj pasivita, nedostatky a rezervy. Starší pacient menej ochotne podstupuje terapiu. Najčastejším rizikovým faktorom vedúcim k depresii je spoločenská situácia starého človeka, ktorý často žije sám, pasívne a jednotvárne. K depresii prispieva aj zníženie intelektovej výkonnosti. Rizikovým je aj telesné ochorenie, zvlášť chronické, aj pokles telesnej výkonnosti. Pri telesnom

postihnutí rapídne rastie riziko depresie u starého človeka. Depresiu môže spôsobovať aj obava z hroziacich strát a z poklesu sebestačnosti, obavy zo straty istôt a pokles ekonomického štandardu.

Psychologická intervencia vychádza z rôznych psychoterapeutických škôl alebo z modelov úspešného starnutia. Najúčinnejšími sú kognitívny, behaviorálny, kognitívno-behaviorálny, biosociálny prístup a takisto SOK-model. Cieľom terapie je zlepšiť a odstrániť depresívne syndrómy, ktorými sú: samota, izolácia, chorobnosť, obmedzená telesná výkonnosť, neuspokojivé narábanie s voľným časom, strata blízkej osoby, strata moci a funkcie, zmena bydliska, obmedzenie vlastného životného štýlu a kognitívnych schopností.

Demencia je syndróm, ktorý vzniká následkom choroby mozgu. Dochádza k narušeniu pamäti, myslenia, orientácie, chápania, uvažovania, schopnosti učiť sa, reči a úsudku. Vedomie nie je zastreté. Zhoršenie kognitívnych funkcií je niekedy sprevádzané zhoršením kontroly emócií, zhoršením sociálneho správania a oslabením motivácie. Popri bežnej farmakologickej terapii existujú aj takzvané nefarmakologické prístupy, ktoré sú zamerané na jednotlivé oblasti. O zlepšenie stavu pacienta v kognitívnej oblasti sa snaží terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite, kognitívny manažment a takisto reminiscenčná terapia. Výskum i prax potvrdzujú najväčšiu účinnosť terapie zameranej na orientáciu pacienta v realite. Manažment správania sa zameriava na korekciu problémového správania a na vedenie k sebestačnosti. Na emocionalitu sa zameriava terapia validácie a rozoznávania. Validácia vychádza z toho, že pre starých ľudí je veľmi dôležitou minulosť, empatické načúvanie, vyriešenie vecí z minulosti a úsilie dospieť k dôležitým rozhodnutiam, skôr než zomrú. Vychádza aj z predpokladu, že ak starý človek nenachádza prijatie a empatiu, stiahne sa do seba. Validácia ponúka konkrétne terapeutické techniky a postupy pri komunikácii s ľuďmi s demenciou. Existujú aj také prístupy k pacientovi s demenciou, ktoré využívajú aktivitu a rôzne druhy stimulácie. Nejasnosť v tom, či je bežne dostupná farmakologická terapia demencie účinnejšia než kvalitná psychoterapia, podporuje snahu rozvíjať nefarmakologické prístupy k pacientovi s demenciou. Diskutuje sa o tom, či je intervencia u dementného pacienta vôbec terapiou. Oblasť nefarmakologických prístupov k človeku s demenciou je málo preskúmaná.

Starí rodičia majú na vnúčatá tak priamy, ako aj nepriamy vplyv. Priamy môže byť vo forme dávania rád alebo rôzneho učenia. Kontakt so starým rodičom formuje aj psychosociálne faktory, identitu

a chápanie hodnôt vnúčaťa. Starí rodičia takisto spájajú rodinnú minulosť a budúcnosť, čím dávajú vnúčaťu pocit kontinuity vlastného života. Nepriamy vplyv je napríklad v tom, že je často dôležitým faktorom pri zmierovaní pri nezhodách vnúčaťa s rodičom. Starý rodič je dôležitou súčasťou sociálneho sveta vnúčaťa. Vo vzťahu medzi starým rodičom a vnúčaťom existujú rozdiely v pohlaviach a rozdiely medzi kultúrami. Vzťah ovplyvňuje intenzita kontaktu. Špecifickou je aj úloha starého rodiča pri absencii jedného z rodičov. Výskumy ukazujú, že starí ľudia majú o mladých pozitívnejší obraz než mladí o starých.

Cieľom výskumu bola analýza vzájomných kontaktov starých rodičov a ich vnúčat. Výskum chcel ukázať aj to, ako z tohto kontaktu, respektíve prijímanej sociálnej opory od starých rodičov vnúčatá profitujú. Konkrétne išlo o zistenie, v akom vzťahu je táto sociálna opora k vybraným ukazovateľom mentálneho zdravia u adolescentov.

Analýza ukázala, že chlapci a dievčatá prijímajú sociálnu oporu od starých rodičov v rozdielnej miere, odlišne komunikujú a líšia sa aj v kontakte so starými rodičmi. Dievčatá prijímajú sociálnu oporu viac než chlapci. Rozdiely sa ukázali aj v miere prijímanej sociálnej opory od starých rodičov medzi mladšími a staršími adolescentmi.

Ďalšie analýzy ukázali, že prijímaná sociálna opora od starých rodičov pozitívne vplýva na mentálne zdravie a duševnú pohodou adolescentov. Treba však dodať, že tento vplyv je len veľmi malý. Možno sa domnievať, že vplyv treba hľadať v súvislosti s inými oblasťami, ako sú napríklad sociálna opora od rodičov, priateľov, zážitok úspechu, respektíve neúspechu v škole a podobne.

+1
0
-1

SUMMARY

Ageing is the current problem of Europe. Age of population has been increasing historically as well as due to the growing standard of living. In the past age composition of the population was pyramid-like: the higher the age, the lower the number of population. Today the pyramid is thinning out in central European countries and in the future the composition of the population should resemble the shape of a mushroom or of a tree. The group of pensioners is increasing because the old age spread is increasing not only upwards but also downwards. There is a growing population younger than fifty that is not able to find a job because they are too old to be employed. Ageing of population is supported by decreasing birth rates.

The attitude of modern society to an aged man is changing, compared to the past. Old age is dribbling out of social life. Social atmosphere suppresses the fact that illness, fading away, decline and death belong to life. Nowadays there is nothing glamorous about old age. Western society is beginning to talk about changed relations between generations, about alienation of young and old and about separation of generations.There are underestimated advantages of being old in modern society, such as a lot of experience, ability to judge, wisdom, the ability not to succumb to any foolish fashion or ideology.

The problem of successful ageing is a subject of scientific research. Successful ageing is an aspiration to achieve inner satisfaction and happiness despite negative influences brought by ageing. Successful ageing, on an abstract and general level, could be defined as an aspiration to achieve best possible profits by lowest possible loss. It is difficult to determine criterions of successful ageing that could be current, universal and generally accepted. Attempts to build up a theory that should explain all processes and consequences of ageing are unreal. Research of ageing could be limited only to the examination of particular factors, such as: objective or subjective, short-term or long-term, specific or general, static or dynamic.

Satisfaction with one´s life as a subjective criterion of successful ageing is mostly emphasized in two contradictory theories: the activity theory and the disengagement theory. Starting point of the activity theory is the precondition that happiness and satisfaction of age-

ing man are dependent on how he or she can affect what is going on around them and how he or she can be helpful. Activity and the sense of being needed by others belong to happiness and satisfaction during old age, according to the activity theory. The disengagement theory, on the other hand, starts with the fact that when no activity and exercise is required in old age, people are happier and more satisfied. Apart from these theories there are other theories, e.g.: growth theories, cognitive theories, dynamic theories, the SOK-model, culture-anthropolgical theories, interactive model of long life etc. However, no theory can present a satisfatory image of old age and ageing.

Depressions are psychical disorders that are expressed by losing one´s good mood and joy, by emotional emptiness, loss of motivation and concern and by a number of physical symptoms. Expressions of depression in both old age and younger age groups are similar. Diagnosis of depression in old age is hindered by coincidental prevalance of another physical disease and by a decrease of mental capacities. Diagnosis is also hindered when the expressions of depressive symptomatology are considered to be an expression of a „normal" old age. Typical physical symptoms of depression in old age are sleep disorders(insomnia), gastrointestinal disorders, sense of fatigue, backache, stomachache or pains in other areas, whereby medical examination is negative. Typical cognitive symptoms are complaints of a bad memory, inability to decide, to concentrate, inability to read and to study.

Sense of fear, state of anxiety, mood disorders, pessimism and noninvolved sorrow are typical emotional symptoms. Depression in old age is marked, in comparison with younger age, by more serious progress. Its symptoms are worse, signs of improvement are more difficult to recognize and medicaments operate only after a longer latency period. The most important problem of diagnosis of an old patient is distinction between commencing degenerative dementia and depression.

Treating depression with drugs or psychotherapy is usually successful with younger patients, but inefficient when they are old. Depression treatment of older patients has several particuralities. Firstly, most patients are not hospitalized, but treated at home. Secondly, depression of older patients is very rarely diagnosed and treated.

In such cases psychotherapeutic treatment involves a good deal of passivity, insufficiency and reluctance. Older patients are more reluctant to accept therapy. Among the most frequent risk factors leading to

depression is the social situation of a patient, especially when he lives alone, passively and monotonously. Reduction of intellectual capacity accompanies a depression. Physical diseases, particularly chronical ones, and decrease of physical capacity are also dangerous. Risk of depression of an old patient is considerably increased by a physical disability. Depression could be also caused by a fear of imminent losses and by a decrease of self-sufficiency, by a fear of loss of confidence and decrease of an economic standard.

Psychological intervention has its starting point at different psychotherapeutical schools or models of successful ageing. Most efficient are cognitive, behaviorist, cognitive-behaviorist, biosocial approaches and the SOK model. The goal of therapy is improvement and elimination of depressive syndromes, such as: solitude, isolation, bad health, restricted physical capacities, unsatisfactory freetime handling, loss of a close person, loss of power and function, change of residence, limitation of one´s lifestyle and cognitive abilities.

Dementia is a syndrome that is developed as a consequence of brain disease. The results are failure of memory, mind, orientation, understanding, reasoning, ability of learning, speaking and reasoning. Consciousness is not darkened. Deterioration of cognitive functions is occasionally accompanied with worsening of emotional control, social behavior and with weakening of motivation. In addition to the ordinary pharmacological therapy there are nonpharmacological approaches, too, which are focused on particular fields. Therapies specialized on orientation of a patient, cognitive management and the reminiscence therapy are therapies trying to improve the conditions of a patient. Research and practice have shown that the therapy specialized on orientation of a patient confirms the best effectiveness.

Management of behaviour focuses on the correction of troubleshooting behaviour and on a guidance to self-sufficiency. Therapy of validation and recognition is focused on emotivity. Validation has its starting point in the fact that memory, empathic listening, resolving the problems of the past and an effort to attain the important decisions before death are all very important to old people. Its precondition is that when an old person cannot find acceptation and empathy, he or she withdraws. Validation offers particular therapeutical techniques and procedures in communication with people afflicted with dementia. There are approaches to the patient with dementia that use activity and various types of stimulation. Efforts to develop nonphar-

macological approaches to the patient with dementia are supported by the uncertainty whether readily available nonpharmacological therapy is more effective than quality psychotherapy. It is being discussed whether or to what extent the intervention of a dementic patient can be regarded as a therapy at all. The field of nonpharmacological approaches to the patient with dementia is hardly explored.

Grandparents influence their grandchildren both directly and indirectly. Giving advice or teaching is a form of direct influence. Contact with a grandparent is a contribution to the formation of psychosocial factors, identity and understanding of a grandchild´s values. Grandparents are a connection of the family past with the future, thereby giving a sense of continuity to the life of a grandchild. A grandparent as a factor of reconciliation between a grandchild and his or her parent is an indirect influence. Grandparents are an important part of a grandchild´s social world. There are gender as well as cultural distinctions in the relation between grandparents and grandchildren. Intensity of contact affects the relation. The position of a grandparent becomes very specific when one parent is absent. According to research, old people have a more positive image of young people than vice versa.

Research has been analysing mutual contacts between grandparents and grandchildren. Research intended to demonstrate how this contact, or accepted social support of grandparents could be a profit for grandchildren. It was particularly a determination of the relation between this social support and selected indicators of teenagers´ mental health.

Analysis demonstrated that boys and girls accept their grandparents´ social support to a different extent; there are differences in their communication and various contacts with their grandparents. Social support is more readily accepted by girls than by boys. There were distinctions in the measure of accepted social support of grandparents between younger and older teenageers, too.

Further analysis showed that accepted social support of grandparents has a positive influence on mental health and psychical comfort of teenagers. This influence, however, is very faint. However, other factors such as social support of parents, friends, experience of success or failure at school should be analysed to again further insight into human nature.

+1
0
-1

LITERATÚRA

ABRAMSON, L. Y. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, roč. 87, s. 49 – 74.

ADLER, G. *Verhaltens-Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA)*. Stuttgard/NewYork: Schattauer, 2005. 155 s. ISBN 3-7945-2403-7.

ADLER, G., BRASSEN, S., SCHNITZLER, M., ADOCCHIO, P., BRAMESFELD, A. Angst als Begleitsymptom der Altersdepression. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 2000, roč. 68, s. 12 – 16.

ADLER, G., STIEN, J., CHWALEK, K., TEUFEL, M. Standardisiertes Programm zur kognitiven Einzel-Verhaltenstherapie von Altersdepressionen. *Nervenarzt*, 2003, roč. 74, s. 92.

AHMADI, F. Gerotranscendence and Different Cultural Settings. *Ageing and Society,* 2001, roč. 21, s. 395 – 415.

AKISKAL, H. S., MC KINNEY, W. T. Overview of recent research in depression. *Archives of General Psychiatry*, 1975, roč. 32, s. 285 – 305.

ALBERONI, M., BADDELEY, A., DELLA SALA, S., LOGIE, R. H., SPINNLER, H. Keeping track of a conversation: Impairments in Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1992, roč. 7, s. 639 – 646.

ALDENHOFF, J. Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. *Nervenarzt*, 1997, roč. 68, s. 379 – 389.

ANDERSON, D. N. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age Ageing*, 2001, roč. 30, č. 1, s. 13 – 17.

ANDREAE, S., VON HAYEK, D., WENIGER, J. *Krankheitslehre für Altenpflegeberufe*. Stuttgart: Thieme, 2001. 467 s. ISBN 3-13-127011-X.

ANDREWS, F. Four single item indicators of well-being. In MC DOWELL, I., NEWELL, C. *Measuring health – A guide to Rating Scales and Questionnire.* 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1966. 523 s. ISBN 0-195-10371-8, s. 194 – 198.

ANTONOVSKY, A. *Unraveling the mystery of health: How people manager stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass, 1987. 218 s. ISBN 1-555-42028-1.

ARDELT, M. Empirical Assessment of a Three-Dimensional Wisdom Scale. *Research on Aging*, 2003, roč. 25, č. 3, s. 275 – 324.

AROLT, V., SCHMIDT, E. H. Differentielle Typologie und Psychotherapie depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter – Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung in Nervenarztpraxen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie,* 1992, roč. 5, č. 1, s. 17 – 24.

ATCHLEY, R. C. A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 1989, roč. 29, č. 2, s. 183 – 190.

AULBERT, E., ZECH, D. *Lehrbuch der Palliatimedizin. Mit einem Geleitwort von R. Twycross.* Stuttgart: Schattauer, 2000. 1 043 s. ISBN 3-7945-2078-5.

BAINES, S., SAXBY, P., EHLERT, K. Reality orientation and reminiscence therapy: A controlled cross-over study of elderly confused people. *British Journal of Psychiatry*, 1987, roč. 151, s. 222 – 231.

BAKER, R., DOWLING, Z., WAREING, L. A., DAWSON, J., ASSEY, J. Snoezelen: Its long-term and short-term effects on older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 1997, roč. 60, č. 5, s. 213 – 218.

BALDWIN, R. C., JOLLEY, D. J. The prognosis of depression in old age. *The British Journal of Psychiatry*, 1986, roč. 149, s. 574 – 583.

BALDWIN, R., TOMENSON, B. Depression in late life. A comparison of Symptoms and risk factors in early and late onset cases. *British Journal of Psychiatry*, 1995, roč. 167, s. 649 – 652.

BALTES, M. M., CARSTENSEN, L. L. Gutes Leben im Alter. *Psychologische Rundschau*, 1996, roč. 47, s. 199 – 215.

BALTES, P. B., BALTES, M. M. Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1989a, roč. 2, s. 5 – 10.

BALTES, P. B., BALTES, M. M. Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, 1989b, roč. 35, č. 1, s. 85 – 105.

BALTES, P. B., BALTES, M. M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In BALTES, P. B., BALTES M. M. (Eds.) *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press, 1990. 397 s. ISBN 0-521-37454-5, s. 1 – 34.

BALTES, P. B., BALTES M. M. (Eds.) *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press, 1990. 397 s. ISBN 0-521-37454-5.

BALTES, P. B., LINDENBERGER, U. On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research. *Behavior Therapy*, 1988, roč. 19, s. 283 – 300.

BALTES, P. B., MITTELSTRASS, J., STAUDINGER, U. M. (Eds.) *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie.* Berlin: Walter de Gruyter, 1994. 814 s. ISBN 978-3-11-014408-6.

BALTES, P. B., STAUDINGER, U. M. The search for a psychology of wisdom. *Current Directions in Psychological Science,* 1993, roč. 2, č. 3, s. 75 – 80.

BANKS, B. W. *Activities for Older People in Care. A practical workbook of art and craft projects.* Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000. 256 s. ISBN 0-750-64741-8.

BARROWCLOUGH, C., FLEMING, I. Training a direct care staff in goal-planning with elderly people. *Behavioural Psychotherapy*, 1986, roč. 14, s. 192 – 209.

BAŠTECKÝ, J. a kol. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.

BÄCKMAN, L. Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions. *Acta Neurologica Scandinavica*, 1992, roč. 139, s. 84 – 89.

BECK, A. T. The development of depression: A cognitive model. In FRIEDMAN, R., KATZ, M. (Eds.) *The Psychology of depression; contemporary theory and research.* Washington: Winston, 1974. 318 s. ISBN 0-470-28084-0, s. 3 – 28.

BEEKMAN, A., KRIEGSMAN, D., DEEG, D. The association of physical health and depressive Symptoms in the older population: age and sex differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995, roč. 30, s. 32 – 38.

BELLACK, J. P., EDLUND, B. J. *Nursing Assessment and Diagnosis.* Boston/London: Jones & Bartlett Publishers, 1992. 837 s. ISBN 0-86720-436-2.

BENDER, M., BAUCKHAM, P., NORRIS, A. *The therapeutic purposes of reminiscence.* London/Thousand Oaks: Sage Publications, 1999. 300 s. ISBN 0-803-97641-0.

BENGTSON, V. L., DOWD, J. J., SMITH, D. H., INKELES, A. Modernization, modernity, and perceptions of aging: A cross-cultural study. *Journal of Gerontology*, 1975, roč. 30, č. 6, s. 688 – 695.

BENGTSON, V. L., ROSENTHAL, C., BURTON, L. Families and Aging: Diversity and Heterogeneity. In BINSTOCK, R. H.,

GEORGE, L. K. (Eds.) *Handbook of aging and the social sciences.* 3rd ed. San Diego: Academic Press, 1990. 489 s. ISBN 0-120-99190-X, s. 263 – 257.

BENGTSON, V. L., ROSENTHAL, C., BURTON, L. Paradox of families and aging. In BINSTOCK, R. H., GEORGE, L. K. (Eds.) *Handbook of aging and the social sciences.* 4th ed. San Diego: Academic Press, 1996. 531 s. ISBN 0-120-99193-4. s. 253 – 282.

BENSON, S. Sniff and doze therapy. *Journal of Dementia Care*, 1994, roč. 2, č. 1, s. 12 – 14.

BIBRING, G. L. *Das Hohe Alter. Passiva und Aktiva. Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1969, roč. 23, s. 262 – 279.

BINSTOCK, R. H. The aged as scapegoal. *The Gerontologist*, 1983, roč. 23, s. 136 – 143.

BIRD, M., ALEXOPOULOS, P., ADAMOWICZ, J. Success and failure in five case studies: use of cued recall to ameliorate behaviour problems in senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1995, roč. 10, č. 4, s. 305 – 311.

BIRD, M., KINSELLA, G. Long-term cued recall of tasks in senile dementia. *Psychology and Aging*, 1996, roč. 11, č. 1, s. 45 – 56.

BLEATHMAN, CH., MORTON, I. Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing*, 1992, roč. 17, č. 6. s. 658 – 666.

BOJACK, B. *Depressionen im Alter. Ein Ratgeber für Angehörige.* 1. Auf. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2003, 187 s. ISBN 3-88414-359-X.

BORSCHEID, P. Der alte Mensch in der Vergangenheit. In BALTES, P. B., MITTELSTRASS, J., STAUDINGER, U. M. (Eds.) *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie.* Berlin: Walter de Gruyter, 1994. 814 s. ISBN 978-3-11-014408-6, s. 35 – 61.

BOSWORTH, H. B., SCHAIE, K. W., WILLIS, S. L. Cognitive and sociodemographic risk factors for mortality in the Seattle Longitudinal Study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 1999, roč. 54, č. 5, s. 273 – 282.

BOURGEOIS, M. S. Enhancing conversation skills in patients with Alzheimer's disease using a prosthetic memory aid. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1990, roč. 23, č. 1, s. 29 – 42.

BRANDTSTÄDTER, J., GREVE, W. The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes. *Developmental Review*, 1994, roč. 14, č. 1, s. 52 – 80.

BRANDTSTÄDTER, J., LERNER, R. M. (Eds.) *Action and self-development: Theory and research through the life span.* Thousand Oaks: Sage Publications, 1999. 540 s. ISBN 0-761-91543-5.

BREUIL, V., DE ROTROU, J., FORETTE, F., TORTRAT, D., GANANSIA-GANEM, A., FRAMBOURT, A., MOULIN, F., BOLLER, F. Cognitive stimulation of patients with dementia: Preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1994, roč. 9, č. 3, s. 211 – 217.

BRICKMAN, P., COATES, D., JANOFF-BULMAN, R. Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, roč. 37, s. 917 – 927.

BRONISCH, F. W. Psychological and pathopsychological aspects of aging. *Medizinische Welt,* 1980, roč. 31, č. 5, s. 163 – 167.

BROOKER, D. J. R., SNAPE, M., JOHNSON, E., WARD, D., PAYNE, M. Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behaviour in severe dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 1997, roč. 36, č. 2, s. 287 – 296.

BUCKHOLDT, D. R., GUBRIUM, J. F. Therapeutic pretence in reality orientation. *International Journal of Aging and Human Development*, 1983, roč. 16, s. 167 – 181.

BURGESS, I. S., WEARDEN, J. H., COX, T., RAE, M. Operant conditioning with subjects suffering from dementia. *Behavioural psychotherapy*, 1992, roč. 20, č. 3, s. 219 – 237.

BURTON, L., MARTIN, P. Thematiken der Mehrgenerationenfamilie: Ein Beispiel einer Sechs- bzw. Siebengenerationenfamilie. [Themes of multi-generational families: An example of a six- and seven-generation family]. *Zeitschrift für Gerontologie*, 1987, roč. 20, s. 275 – 282.

CAMP, C. J., FOSS, J. W, O'HANLON, A. M., STEVENS, A. B. Memory interventions for persons with dementia. *Applied Cognitive Psychology,* 1996, roč. 10, č. 3, s. 193 – 210.

CLAIR, A. A., BERNSTEIN, B. A Preliminary Study of Music Therapy Programming for Severely Regressed Persons With Alzheimer's-Type Dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 1990, roč. 9, č. 3, s. 299 – 311.

CLAYTON, V. P. Wisdom and intelligence: The nature and function of knowledge in the later years. *International Journal of Aging and Human Development*, 1982, roč. 15, 315 – 321.

CLEARY, T. A., CLAMON, C., PRICE, M., SHULLAW, G. A Reduced Stimulation Unit: Effects on Patients with Alzheimer's Disease and Related Disorders. *Gerontologist*, 1988, roč. 28, č. 4, s. 511 – 514.

COLE, M., BELLAVANCE, F. The prognosis of depression in old age. *American Journal* of *Geriatric Psychiatry,* 1997, roč. 5, s. 4 – 14.

COOPER, B., SOSNA, U. Psychische Erkrankung in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. *Nervenarzt*, 1983, roč. 54, č. 5, s. 239 – 249.

CROVITZ, H. F., SCHIFFMAN, H. Frequency of episodic memories as a function of their age. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 1974, roč. 4, s. 517 – 518.

CUMMING, E., HENRY, W. E. *Growing Old, the Process of Disengagement*. New York: Basic Books, 1979. 293 s. ISBN 0-405-11814-7.

DAVIDSON, J., TURNBULL, C. D., STRICKLAND, R., MILLER, R., GRAVES, K. The Montgomery-Åsberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 1986, roč. 73, č. 5, s. 544 – 548.

DAVIS, L. A. Educating Individuals With Dementia. *Topics in Geriatric Rehabilitation,* 2005, roč. 21, č. 4, s. 304 – 314.

DE LEIRE, T. C., KALIL, A. Good Things Come in Threes: Single-Parent Multigenerational Family Structure and Adolescent Adjustment. *Demography*, 2002, roč. 39, č. 2, s. 393 – 413.

DIETCH, J. T., HEWETT, L. J., JONES, S. Adverse effects of reality orientation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1989, roč. 37, č. 10, s. 974 – 976.

DOKA, K. J., MERTZ, M. E. The meaning and significance of great-grandparenthood. *The Gerontologist*, 1988, roč. 28, č. 2, s. 192 – 197.

DONĚK, E., DOŇKOVÁ, J. Stresové reakcie ve stáří. Neurózy a pseudoneurastenie. In BAŠTECKÝ, J. a kol. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8, s. 195 – 203.

DREHER, E. *Entwiklungspsychologie III.* Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2008. 74 s. [ISBN neuvedené].

DURHAM, R. C. Lewinsohn's behavioral measures of social skill: Their stability and relationship to mood level and depression among college students. *Journal of Clinical Psychology*, 2006, roč. 35, č. 3, s. 599 – 604.

EDWARDS, T., KINGSTON, K., HARDY, L., GOULD, D. A qualitative analysis of catastrophic performances and the associated thoughts, feelings and emotions. *The Sport Psychologist*, 2002, roč. 16, č. 1, s. 1 – 19.

ELLIOTT, V., MILNE, D. Patient's best friend. *Nursing Times,* 1991, roč. 87, č. 6, s. 34 – 35.

EMERY, CH. F. Effects of Age on Physiological and Psychological Functioning among COPD Patients in an Exercise Program. *Journal of Aging and Health*, 1994, roč. 6, č. 1, s. 3 – 16.

ERIKSON, E. *Childhood and society.* New York: Norton, 1950. 397 s. [ISBN neuvedené].

ERNST, C., ANGST, J. Depression in old age. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience,* 1995, roč. 245, č. 6, s. 272 – 287.

ESGATE, A., GROOME, D. *An Introduction to Applied Cognitive Psychology*. Hove/New York: Psychology Press, 2004. 327 s. ISBN 1-84169-317-0.

ESQUIROL, J. E. D. *Des Maladies Mentales (1838). Reimpression de l'Edition de 1838.* Paris: Frénésie Édition, 1989. 393 s. ISBN 2-906-22518-5.

FEIL, N. *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen.* 7. Auf. München: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG, 2002. 133 s. ISBN 3-497-01633-0.

FEIL, N. *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirten alten Menschen.* 4. Auf. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG, 2004. 262 s. ISBN 3-497-01687-X.

FEIL, N., SUTTON, E., JOHNSON, F. *Trainingsprogramm Validation Baustein 1. Einführung in die Validation.* München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG, 2001. 55 s. ISBN 3-497--01558-X.

FENTON, F., COLE, M., ENGELSMANN, F., MANSOURI, I. Depression in older medical inpatients. *International Journal* of *Geriatric Psychiatry,* 1994, roč. 9, s. 279 – 284.

FERRING, D., FILIPP, S. H. The structure of subjective wellbeing in the elderly: Atest of different models by structural equation modeling. *European Journal of Psychological Assessment*, 1995, roč. 11, s. 32.

FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E., MC HUGH, P. R. *Mini Mental Status Test (MMST)*. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft, 1990.

FORSTMEIER, S., MAERCKER, A. Verhaltenstherapie bei Depression, Angst und Traumafolgen im Alter. *Psychotherapie im Dialog*, 2008, roč. 9, s. 26 – 32.

FRANKL, V. E. *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse.* Ungekürz. Aus. Wien: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1985. 268 s. ISBN 3-596-42157-8.

FRENZ, A. W., CAREY, M. P., JORGENSEN, R. S. Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological assessment*, 1993, roč. 5, č. 2, s. 145 – 153.

FRANZBLAU, A. *A Primer of Statistics for Non-Statisticians.* New York/Harcourt: Brace, 1958. 150 s. [ISBN neuvedené].

FREI, A. Validating Sister Mary's. *Nursing*, 2005, roč. 35, č. 4, s. 32.

FREUND, A. M., LI, K. Z. H., BALTES, P. B. Successful development and aging: The role of selection, optimization, and compensation. In BRANDTSTÄDTER, J., LERNER, R. M. (Eds.) *Action and self-development: Theory and research through the life span.* Thousand Oaks: Sage Publications, 1999. 540 s. ISBN 0-761-91543-5, s. 401 – 434.

FREUND, A. M., RIEDGER, M. Successful Aging. In WEINER, I. B. *Handbook of psychology. Volume 6. Developmental psychology.* New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2003. 665 s. ISBN 0-471-17669-9, s. 605 – 613.

FRÖHLICH, W. D., BECKER, J., BENGTSON, V. L., BIGOT, A. Adjustment to retirement a cross-national study. In HAVIGHURST, R. J. a kol. *Adjustment to Retirement: A Cross-National Study.* Assen: Van Gorcum, 1969, 195 s. [ISBN neuvedené], s. 18 – 34.

GAEBLER, H. C., HEMSLEY, D. R. The assessment and short-term manipulation of affect in the severely demented. *Behavioural Psychotherapy,* 1991, roč. 19, č. 2, s. 145 – 156.

GALLAGHER, D. E., THOMPSON, L. W. *Depression in the elderly: a behavioral treatment manual.* Los Angeles: University of Southern California, 1981. 159 s. ISBN 0-884-74125-7.

GALLAGHER, D. E., THOMPSON, L. W. Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and nonendogenous depression in older adult outpatients. *Journal of Gerontology,* 1983, roč. 38, č. 6, s. 707 – 712.

GARLAND, J. What splendour, it all coheres: Life review therapy with older people. In BORNAT, J. *Reminiscence reviewed: evaluations, achievements, perspectives.* Buckingham/Bristol: Open University Press, 1994. 148 s. ISBN 0-335-19042-1, s. 21 – 31.

GARY, L. C., KOBLEWSKI, P. J. Adolescent grandchildren's relationships with maternal and paternal grandmothers and grandfathers. *Journal of Adolescence,* 1991, roč. 14, s. 373 – 387.

GEMMA, J. A review of Feil's validation method for communicating with and caring for dementia sufferers. *Current Opinion in Psychiatry*, 1997, roč. 10, č. 4, s. 326 – 332.

GIBSON, F. What can reminiscence contribute to people with dementia? In BORNAT, J. *Reminiscence reviewed: evaluations, achievements, perspectives.* Buckingham/Bristol: Open University Press, 1994. 148 s. ISBN 0-335-19042-1, s. 46 – 60.

GILOVICH, T., WANG, R. F., REGAN, D., NISHINA, S. Regrets of action and inaction across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2003, roč. 34, č. 1, s. 61 – 71.

GLATZER, W., ZAPF, W. (Eds.) *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlempfinden.* 1. Aufl. Frankfurt/Main: Campus Verlag, 1984, s. 13 – 26. [ISBN neuvedené].

GLOAGUEN, V., COTTRAUX, J., CUCHERAT, M., BLACKBURN, I. M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders,* 1998, roč. 49, č. 1, s. 59 – 72.

GOLDWASSER, N., AUERBACH, S. M., HARKINS, S. W. Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 1987, roč. 25, č. 3, s. 209 – 222.

GOTLIB, I. H., LEWINSOHN, P. M. Cognitive Models of Depression: Critique and Directions for Future Research. *Psychological Inquiry*, 1992, roč. 3, č. 3, s. 241 – 244.

GREENE, J. G., TIMBURY, G. C., SMITH, R., GARDINER, M. Reality orientation with elderly patients in the community: an empirical evaluation. *Age and Ageing*, 1983, roč. 12, č. 1, s. 38 – 43.

GRONEMEYER, R. *Die Entfernung vom Wolfsrudel. Über den drohendeden Krieg der Jungen gegen die Alten.* Düsseldorf: Claasen, 1989. 174 s. ISBN 3-546-43530-3.

GRÜNENDAHL, M., MINNEMANN, E., STOSBERG, M. Soziale Kontakte und soziales Netzwerk. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1997, roč. 10, č. 4, s. 237 – 244.

HAGESTAD, G. O. Able elderly in the family context: changes, chances, and challenges, *The Gerontologist*, 1987, roč. 27, č. 4, s. 417 – 428.
HAIGHT, B. K., BURNSIDE, I. Reminiscence and life review: Explaining the differences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1993, roč. 7, č. 2, s. 91 – 98.
HAMILTON, H. A. Extended families and adolescent well-being. *Journal of Adolescent Health*, 2005, roč. 36, s. 260 – 266.
HAMILTON, M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 1960, roč. 23, s. 56 – 62.
HAND, I., WITTCHEN, H. U. (Eds) *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlin/Heidelberg: Springer, 1989. 397 s. ISBN 3-540-51093-1.
HANLEY, I. G., LUSTY, K. Memory aids in reality orientation: A single-case study. *Behavior Research and Therapy*, 1984, roč. 22, č. 6, s. 709 – 712.
HAŠTO, J. Vzťahová väzba, pripútavacie správanie a psychiatria – psychoterapia. *Psychiatrie*, 2006, roč. 10, č. 1, s. 36 – 40.
HAURIN, J. Patterns of childhood residence and the relationship to young adult outcomes. *Journal of Marriage and the Family*, 1992, roč. 54, s. 846 – 860.
HAUTZINGER, M. *Depression im Alter. Erkennen, bawältigen, behandeln*. 1. Auf. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 2000. 314 s. ISBN 978-3-621-27468-5.
HAUTZINGER, M. Depressive Störungen. In MAERCKER, A. (Ed.) *Alterspsychotherapie und Klinische Gerontopsychologie*. Heidelberg: Springer, 2002. 389 s. ISBN 3-540-42077-0, s. 142 – 165.
HAYS, R. D., SHERBOURNE, C. D., MAZEL, M. The RAND 36-item health survey 1.0. *Health Economics*, 1993, roč. 2, s. 217 – 227.
HAVIGHURST, R. J., NEUGARTEN, B. L., TOBIN, S. Disengagement and Patterns of Aging. *Journalof Gerontology*, 1964, roč. 4, s. 24.
HÄFNER, H. Alterund Altern: ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. In BALTES, P., MITTELSTRASS, J., STAUDINGER, U. (Eds.) *Psychiatrie des höheren Lebensalters*. Berlin, New York: de Gruyter, 1994. s. 151 – 179.
HÄFNER, H. Geleitwort. In ADLER, G. *Verhaltens-Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA)*. Stuttgard/NewYork: Schattauer, 2005. 155 s. ISBN 3-7945-2403-7, s. III – IV.

HEAD, D. M., PORTNOY, S., WOODS, R. T. The impact of reminiscence groups in two different settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1990, roč. 5, č. 5, s. 295 – 302.
HECKHAUSEN, J., DIXON, R. A., BALTES, P. B. Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 1989, roč. 25, s. 109 – 121.
HECKHAUSEN, J., SCHULZ, R. A life-span theory of control. *Psychological Review*, 1995, roč. 102, s. 284 – 304.
HENDERSON, S., BYRNE, G., DUNCAN-JONES, P., SCOTT, R., ADCOCK, S. Social relationships, adversity and neurosis: a study of associations in a general population sample. *British Journal of Psychiatry*, 1980, roč. 136, s. 574 – 583.
HEINDEL, W. C., SALMON, D. P., SHULTS, C. W., WALICKE, P. A., BUTTERS, N. Neuropsychological evidence for multiple implicit memory systems: a comparison of Alzheimer's, Huntington's, and Parkinson's disease patients. *Journal of Neuroscience*, 1989, roč. 9, č. 2, s. 582 – 587.
HESS, D. *Umfrage zum gegenseitigen Bild der Generationen: Ergebnisse der repräsentativen Befragung 1996*. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1997. 30 s.
HEUFT, G., KRUSE, A., RADEBOLD, H. *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. 2 Auf. München/Basel: E. Reinhardt, 2006. 279 s. ISBN 3-497-01795-7.
HINCHLIFFE, A. C., HYMAN, I. L., BLIZARD, B. Behavioural complications of dementia – can they be treated? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1995, roč. 10, č. 10, s. 839 – 847.
HINKLE, D. E., WIERSMA, W., JURS, S. G. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*, 2nd ed., Boston: Houghton Mifflin Co., 1988. 682 s. ISBN 0-395-36911-8.
HIRSCH, R. D. *Lernen ist immer möglich. Verhaltenstherapie mit Älteren*. 2. aktual. Auf. München – Basel: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG, 2000. 171 s. ISBN 3-497-01633-0.
HIRSCH, R. D. *Supervision, Teamberatung, Balintgruppe. Professionalisierung in der Altenarbeit*. 2. überarb. Auf. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG, 2002. 311 s. ISBN 3-497-01535-0.
HIRSCH, J. K., WOLFORD, K., LALONDE, S. M., BRUNK, L., MORRIS, A. P. Dispositional Optimism as a Moderator of the

Relationship Between Negative Life Events and Suicide Ideation and Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 2007, roč. 31, č. 4, s. 533 – 546.

HOBFOLL, S. E. The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 2001, roč. 50, s. 337 – 421.

HOLLON, S., DE RUBEIS, R., EVANS, M., WIEMER, M., GARVEY, M., GROVE, W., TUATSON, V. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 1992, roč. 49, s. 774 – 781.

HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., SUCHÁ, J., VELETA, P. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. *Neurologie pro praxi*, 2004, roč. 5, č. 1, s. 17 – 20.

HOLMEROVÁ, I., SUCHÁ, J. Reminiscenční terapie. *Praktický lékař*, 2003, roč. 83, č. 5, s. 295 – 297.

HOUELLEBECQ, M. *Elementarteilchen.* Űber. M. Houellebecq. Köln: DuMont, 1999. Űber. vom: Les particules élémentaires. 356 s. ISBN 3-770-14879-7.

HYTYCH, R. Sociální reprezentace smrti u pracovníků onkologického oddělení. *Československá psychologie*, 2002, roč. 46, č. 5, s. 462 – 471.

CHU, S., DOWNES, J. J. Long live Proust: The odour-cued autobiographical memory bump. Cognition, 2000, roč. 75, s. B41 – B50.

JACOBI, J. *Psychologie C. G. Junga.* Přel. L. Menšíková a J. Kocourek. Praha: Psychologické nakladatelství, 1992. Přel. z: Die Psychologie von C. G. Jung. 79 s. [ISBN neuvedené].

JANŮ, L., RACKOVÁ, S. Jak správně poznat a léčit depresi. *Medicína pro praxi*, 2007, roč. 4, č. 1, s. 24 – 27.

JIRÁK, R. Farmakoterapie duševních poruch ve stáří. In BAŠTECKÝ, J. a kol. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8, s. 85-91.

JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

JOHNSON, C. L. Active and Latent Functions of Grandparenting during the Divorce Process. *The Gerontologist*, 1988, roč. 28, č. 2, s. 185 – 191.

JONES, G. Validation therapy: a companion to reality orientation. *Canadian Nurse*, 1985, roč. 81, č. 3, s. 20 – 23.

JOSEPHSSON, S., BÄCKMAN, L., BORELL, L., BERNSPÅNG, B., NYGÅRD, L., RÖNNBERG, L. Supporting Everyday Activities in Dementia: An intervention study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1993, roč. 8, s. 395 – 400.

JUNG, C. G. *Duše moderního člověka.* Stati vybr. a přel. K. Plocek. 1. vyd. Brno: Atlanits, 1994. 380 s. ISBN 80-7108-087-X.

KALVACH, Z., DRBAL, C., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I. Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří. In KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, H., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. A. a kol. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient.* Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4, s. 21 – 38.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, H., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. A. a kol. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient.* Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KANFER, F. H. Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Veränderungen während der letzten 30 Jahre. In HAND, I., WITTCHEN, H. U. (Eds.) *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlin/Heidelberg: Springer, 1989. 397 s. ISBN 3-540-51093-1, s. 1 – 13.

KELLER, H., LAMM, B. Parenting as the expression of sociohistorical time: The case of German individualisation. *International Journal of Behavioral Development*, 2005, roč. 29, č. 5, s. 238 – 246.

KITWOOD, T. The dialectics of dementia: With particular reference to Alzheimer's disease. *Ageing and Society*, 1990, roč. 10, s. 177 – 196.

KITWOOD, T., BREDIN, K. Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing and Society*, 1992, roč. 12, s. 269 – 287.

KOENIG, H. G., MEADOR, K., COHEN, H. J., BLAZER, D. Depression in elderly men hospitalized with medical illness. *Archives of Internal Medicine*, 1988, roč. 148, č. 9, s. 1 929 – 1 936.

KOGAN, L. Effective Animal-Intervention for Long Term Care Residents. *Activities, Adaptation & Aging*, 2000, roč. 25, č. 1, s. 31 – 45.

KOHLBERG, L. *Die Psychologie der Lebensspanne.* 1. Auf. Übers.: D. Garz. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 2007. 344 s. ISBN 978-3-518-29446-8.

KORS, B., SEUNKE, W. *Gerontopsychiatrische Pflege.* Prel. M. Rometsch. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, 1997. 206 s. Prel. z: Psychogeriatrische Verpleegkunde. ISBN 3-86126-617-2.

KOVÁČ, D. Starnutie je nevyhnutnosť! Ale aj istá šanca? *Ekológia & Život*, 2002, roč. 11, č. 1, s. 6 – 10.
KÜMPEL, Q. Nemocnost duševními poruchami ve stáří. In BAŠTECKÝ, J. a kol. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8, s. 25 – 30.
LAMBORN, S., MOUNTS, N., STEINBERG, L. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes. *Child Development*, 1991, roč. 62, s. 1 049 – 1 065.
LANG, F. R., CARSTENSEN, L. L. Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 1994, roč. 9, č. 2, s. 315 – 324.
LANGFORD, S. A shared vision. *Nursing Times*, 1993, roč. 89, č. 44, s. 66 – 69.
LAZARUS, A. Learning theory and the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 1968, roč. 6, č. 1, s. 83 – 89.
LAWTON, M. P. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 1983, roč. 23, s. 349 – 357.
LAWTON, M. P. Residential environment and self-directedness among older people. *American Psychologist*, 1990, roč. 45, č. 5, s. 638 – 640.
LAWTON, M. P. The elderly in context: Perspectives from environmental psychology and gerontology. *Environment and Behavior*, 1985, roč. 17, s. 501 – 519.
LAWTON, M. P., BRODIE, E. M. Assessment of older people, seif maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969, roč. 9, č. 3, s. 179 – 186.
LAWTON, M. P., KLEBAN, M. H., DEAN, J. Affect and age: Cross-sectional comparisons of structure and prevalence. *Psychology and Aging*, 1993, roč. 8, č. 2, s. 165 – 175.
LEBOWITZ, B. D., PEARSON, J. L., SCHNEIDER, L. S., REYNOLDS, C. F., ALEXOPOULOS, G. S., BRUCE, M. L., CONWELL, Y., KATZ, I. R., MEYERS, B. S., MORRISON, M. F., MOSSEY, J., NIEDEREHE, G., PARMELEE, P. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus Statement update. *The Journal Of the American Medical Association,* 1997, roč. 278, s. 14, s. 1 186 – 1 190.
LEHR, U. *Psychologie des Alters.* 11. Aufl. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Velag GmbH & Co., 2007. 423 s. ISBN 3-494-01432-9.

LEHR, U. Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1982, roč. 3, s. 102 – 147.
LEHR, U., GRÜNENDAHL, M., SCHMITT, M. Väter und Großväter – ein vernachlässigtes Forschungsgebiet. In DRINCK, B. (Ed.) *Vaterbilder: eine interdisziplinäre und kulturübergreifende Studie zur Vaterrolle.* Bonn: Bouvier, 1999. 236 s. ISBN 3-416-02873-2, s. 127 – 149.
LEHR, U., MINNEMANN, E. Veränderung von Quantität und Qualität sozialer Kontakte vom 7. Bis 9. Lebensjahrzehnt. In LEHR, U., THOMAE, H. (Eds.) *Formen seelischen Alterns.* Stuttgart: Enke, 1987. 324 s. ISBN 3-432-96451-X, s. 80-91.
LEHR, U., THOMAE, H. (Eds.) Formen seelischen Alterns. Stuttgart: Enke, 1987. 324 s. ISBN 3-432-96451-X.
LENZE, E. J., DEW, M. A., MAZUMDAR, S., BEGLEY, A. E., CORNES, C., MILLER, M. D., IMBER, S. D., FRANK, E., KUPFER, D. J., REYNOLDS, C. F. Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: effects on social adjustment. *American Journal of Psychiatry*, 2002, roč. 159, č. 3, s. 466 – 468.
LEMON, B. W., BENGTSON, V. L., PETERSEN, J. A. An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life expectation among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 1972, roč. 27, č. 4, s. 511 – 523.
LEVENSON, R. W., CARSTENSEN, L. L., FRIESEN, W. V., EKMAN, P. The influence of age and gender on affect, physiology, and their interrelations: Astudy of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, roč. 67, č. 1, s. 56 – 68.
LITTLE, A. G., VOLANS, P. J., HEMSLEY, D. R., LEVY, R. The retention of new information in senile dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 1986, roč. 25, č. 1, s. 71 – 72.
LOHAUS, A., SCHMITT, G. M. *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG).* Göttingen: Hogrefe, 1989.
LONGINO, C. F., KART, C. S. Explicating Activity Theory: A Formal Replication. *Journal of Gerontology*, 1982, roč. 37, č. 6, s. 713 – 722.
LORD, T. R., GARNER, J. E. Effects of music on Alzheimer's patients. *Perceptual and Motor Skills*, 1993, roč. 76, č. 2, s. 451 – 455.
MADDOX, G. L. Fact and artifact: Evidence bearing on disengagement theory. *Human Development*, 1965, roč. 8, s. 117 – 130.

MADDOX, G. L. Themes and issues in sociological theories of human aging. *Human development*, 1970, roč. 13, č. 1, s. 17 – 27.

MADDOX, G. L., EISDORFER, C. Zusammenhänge zwischen Aktivität und Stimmung bei älteren Menschen. In LEHR, U., THOMAE, H. (Eds.) *Altern – Probleme und Tatsachen*. Frankfurt am Main: Akademische Verlagsgesellschaft, 1972. 615 s. ISBN 3-400-00124-4, s. 235 – 252.

MAERCKER, A. (Ed.) *Alterspsychotherapie und Klinische Gerontopsychologie*. Heidelberg: Springer, 2002. 389 s. ISBN 3-540-42077-0.

MAGNI, E., FRISONI, G., ROZZINI, R., DELEO, D., TRABUCCHI, M. Depression and somatic symptoms in the elderly: the role of cognitive function. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, roč. 11, s. 517 – 522.

MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal,* 1965, roč. 14, s. 61 – 65.

MARCOEN, A. Children's Perception of Aged Persons and Grandparents. *International Journal of Behavioral Development*, 1979, roč. 2, č. 1, s. 87 – 105.

MARTIN, L. G., KINSELLA, K. Research on the Demography of Aging in Developing Countries In MARTIN, L. G., PRESTON, S. H. (Eds.) *Demography of Aging*. Washington: National Academy Press, 1994. 412 s. ISBN 0-309-05085-5, s. 356 – 403.

MARTIN, P., HALVERSON, CH. F., WAMPLER, K. S., HOLLETT-WRIGHT, N. Intergenerational Differences in Parenting Styles and Goals. *International Journal of Behavioral Development,* 1991, roč. 14, č. 2, s. 195 – 207.

MCCAMISH-SVENSSON, C., SAMUELSSON, G., HAGBERG, B., SVENSSON, T., DEHLIN, O. Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: Results from a swedish longitudinal study. *International journal of aging and human development*, 1999, roč. 48, č. 4, s. 301 – 324.

MC KITRICK, L. A., CAMP, C. J., BLACK, W. Prospective memory intervention in Alzheimer's. Disease. *The Journal of Gerontology*, 1992, roč. 47, č. 5, s. 337 – 343.

MELGES, F. T., BOWLBY, J. Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 1969, roč. 20, č. 6, s. 690 – 699.

MERRIAM, S., MULLINS, L. Havighurst's adult development tasks: A factor analysis. Activities. *Adaptation and Aging*, 1981, roč. 1, č. 3, s. 9 – 22.

MIESEN, B. M. L. Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and Bowlby's attachment theory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1993, roč. 8, č. 2, s. 147 – 153.

MILES, C. C. Influence of speed and age on intelligence scores of adults. *Journal of General Psychology*, 1934, roč. 10, č. 208 – 210.

MILLER, E. The management of dementia: a review of some possibilities. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1977, roč. 16, č. 1, s. 77 – 83.

MILLER, M. D., FRANK, E., REYNOLDS, C. F. The art of clinical management in pharmacologic trials with depressed elderly patients: lessons from the Pittsburgh Study of Maintenance Therapies in Late-Life Depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1999, roč. 7, č. 3, s. 228 – 234.

MILLER, E., MORRIS, R. *The Psychology of dementia*. Chichester/New York: John Wiley & Sons, Ltd., 1993. 204 s. ISBN 0-471-92776-7.

MOLLOY, D. W., RICHARDSON, L. D., CRILLY, R. G. The effects of a three-month exercise programme on neuropsychological function in elderly institutionalised women: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 1988, roč. 17, č. 5, s. 303 – 310.

MONTGOMERY, S. A., ASBERG, M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 1979, roč. 134, s. 382 – 389.

MORGAN, K. Trial and error: Evaluating the psychological benefits of physical activity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1989, roč. 4, č. 3, s. 125 – 127.

MORRIS, R. G. Recent developments in the neuropsychology of dementia. *International Review of Psychiatry*, 1994, roč. 6, s. 85 – 107.

MORRIS, R. G., WHEATLEY, J., BRITTON, P. G. Retrieval from long-term memory in senile dementia: Cued recall revisited. *British Journal of Clinical Psychology*, 1983, roč. 22, s. 141 – 142.

MORTON, I., BLEATHMAN, CH. The Effectiveness of Validation Therapy in Dementia – a Pilot Study. *Interantional Jouranl of Geriatric Psychiatry,* 1991, roč. 6, č. 5, s. 327 – 330.

MOWRER, O. H. *Learning Theory and Behavior.* New York: Wiley, 1960. 555 s. [ISBN neuvedené].

MUHWEZI, W. W., ÅGREN, H., NEEMA, S., MAGANDA, A. K., MUSISI, S. Life Events Associated With Major Depression in Ugandan Primary Healthcare (PHC) Patients: Issues of Cultural Specificity. *International Journal of Social Psychiatry*, 2008, roč. 54, č. 2, s. 144 – 163.

NASCHER, I. L. What is Geriatrics? *Aging Successfully,* 2006, roč. 16, č. 3, s. 1 – 17.

Neuer Grosser Atlas der Welt. Bad Soden am Taunus: Carto Travel Verlag GmbH & Co.KG, 2004.

NIGG, B., STEIDL, S. *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe.* Wien: Facultas Universitätsverlag, 2005. 144 s. ISBN 3-85076-691-8.

NORBERG, A., MELIN, E., ASPLUND, K. Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 1986, roč. 23, s. 315 – 323.

NORBERG, A., MELIN, E., ASPLUND, K. Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 2003, roč. 40, č. 5, s. 473 – 479.

NORRIS, A. *Reminiscence with elderly people*. London: Winslow, 1986. 72 s. ISBN 0-863-8804-1X.

NUMMENMAA, A. R., NUMMENMAA, T. Intergenerational Roots of Finnish Women's Sex-atypical Careers. *International Journal of Behavioral Development*, 1997, roč. 21, č. 1, s. 1 – 14.

OBURU, P. O., PALMÉRUS, K. Parenting stress and self-reported discipline strategies of Kenyan caregiving grandmothers. *International Journal of Behavioral Development*, 2003, roč. 27, č. 6, s. 505 – 512.

OKUMIYA, K., MATSUBAYASHI, K., WADA, T., KIMURA, SH., DOI, Y., OZAWA, T. Effects of Exercise on Neurobehavioral Function in Community-Dwelling Older People More Than 75 Years of Age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1996, roč. 44, č. 5, s. 569 – 572.

OLSEN, S. F. Personality, Marital Relationships, and Parenting in Two Generations of Mothers. *International Journal of Behavioral Development*, 1999, roč. 23, č. 2, s. 457 – 476.

ORMEL, J., KEMPEN, G., DEEG, D., BRILMAN, E., VAN SONDEREN, E., RELYVELD, J. Functional well-being and health perception in late and middle-aged and older people: comparing the effects of depressive Symptoms and chronic medical conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, roč. 46, s. 39 – 49.

ORRELL, M., WOODS, R. T. Tacrine and psychological therapies in dementia – no contest? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, roč. 11, č. 3, s. 189 – 192.

OTTO, J. *Lebensqualität im Alter: Wege zur Verringerung des Pflegerisikos*. Hamburg: Kovac, 1994. 126 s. ISBN 3-86064-225-1.

PATEL, V., HOPE, T. Aggressive behaviour in elderly people with dementia: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1993, roč. 8, č. 6, s. 457 – 472.

PETERSON, C. The future of optimism. *American Psychologist*, 2000, roč. 55, č. 1, s. 44 – 55.

PILLEMER, D. B., GOLDSMITH, L. R., PANTER, A. T., WHITE, S. H. Very long-term memories of the first year in college. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 1988, roč. 14, č. 4, s. 709 – 715.

PINEL, J. P. J. (Ed.) *Biopsychologie*. 6. akt. Auf. Prel.: P. Pauli. München: Pearson Studium, 2007. 677 s. ISBN 978-3-8273-7217-8.

POLIAKOVÁ, M., MOJŽIŠOVÁ, V., HAŠTO, J. Skrátený dotazník zapamätaného rodičovského správania ako výskumný a klinický nástroj S.E.M.B.U. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 2007, roč. 14, č.2 – 3, s. 79 – 88.

POWELL, J. *Proč žít, proč umírat?* 1. vyd. Přel. M. Voplakal. Praha: Zvon, 1995. 203 s. Přel. z: A reason to live! A reason to die! ISBN 80-7113-137-7.

PŘIDALOVÁ, M. Proč je moderní smrt tabu? *Sociologický časopis*, 1998, roč. 34, č. 3, 347 – 361.

PULKKINEN, L. Developmental psychology. In PAWLIK, K., ROSENZWEIG, M. R. (Eds.) *International handbook of psychology: Vol. 2. Adulthood and aging*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd., 2000. 672 s. ISBN 07-619-53299, s. 261 – 282.

RAPP, S., PARISI, S., WALLACE, C. Comorbid psychiatric disorders in elderly medical patients: a 1-year prospective study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1991, roč. 39, s. 124 – 131.

REEVE, W., IVISON, D. Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients. *Age and Ageing*, 1985, roč. 14, č. 2, s. 119 – 121.

REISBERG, B., FERRIS, S. H., DE LEON, M. J., CROOK, T. Modified from Global Deterioration Scale. *American Journal of Psychiatry*, 1982, roč. 139, s. 1 136 – 1 139.

REYNOLDS, C. F., FRANK, E., DEW, M. A., HOUCK, P. R., MILLER, M., MAZUMDAR, S., PEREL, J. M., KUPFER, D. J. Treatment of 70(+)-year-olds with recurrent major depression. Excellent short-term but brittle long-term response. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1999, roč. 7, č. 1, s. 64 – 69.

REYNOLDS, C. F., KUPFER, D. J. Depression and aging: a look to the future. *Psychiatric Services,* 1999, roč. 50, č. 9, s. 1 167 – 1 172.

RICE, K., WARNER, N. Breaking the bad news: What do psychiatrists tell patients with dementia about their illness? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1994, roč. 9, č. 6, s. 467 – 471.

RILEY, M. W. Letters to the editor. *Gerontologist*, 1998, roč. 38, s. 151.

RINKE, C. L., WILLIAMS, J. J., LLOYDS, K., SCOTT, W. The effects of prompting and reinforcement on self-bathing by elderly residents of a nursing home. *Behavior Therapy,* 1978, roč. 9, s. 873 – 881.

RODIN, J., TIMKO, C., HARRIS, S. The construct of control: biological and psychosocial correlates. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1985, roč. 5, s. 3 – 55.

ROGERS, K. R. *Klientom centrovaná terapia. Jej súčasná prax, aplikácia a teória*. Prel. I. Valkovič. Bratislava: Persona, 2000. 497 s. Prel. z: Client-centered therapy: its current practice, implications and theory. ISBN 80-967980-3-0.

ROSENMAYR, L. *Die Kräfte des Alters.* Wien: Wiener Journal Zeitschriftenverlag, 1990. 394 s. ISBN 3-9003-7944-0.

ROTT, C. Kognitive Repräsentation, Coping-Verhalten und soziale Integration von Hundertjährigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1999, roč. 32, č. 4, s. 246 – 254.

ROTTER, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, roč. 80, č. 1, s. 1 – 28.

ROTTER, J. B. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,*1975, roč. 43, s. 56 – 67.

ROWE, J. W., KAHN, R. L. Human aging: Usual and successful. *Science*, 1987, roč. 237, s. 143 – 149.

ROWE, J. W., KAHN, R. L. *Successful aging.* New York: Pantheon Books, 1998. 265 s. ISBN 03-754-00451.

RUBIN, D. C., RAHAL, T. A., POON, L. W. Things learned in early adulthood are remembered best. *Memory and Cognition*, 1998, roč. 26, s. 3 – 19.

RŮŽIČKA, J. (Ed.) *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006. 316 s. ISBN 80-7254-750-X.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, roč. 57, s. 1 069 – 1 081.

RYFF, C. D. Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 1995, roč. 4, s. 99 – 104.

RYFF, C. D., ESSEX, M. J. Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1991, roč. 11, s. 144 – 171.

SALMON, P. Interactions of nurses with elderly patients: relationship to nurses' attitudes and to formal activity periods. *Journal of Advanced Nursing*, 1993, roč. 18, č. 1, s. 14 – 19.

SANDMAN, C. A. Memory rehabilitation in. Alzheimer's disease: preliminary findings. *Clinical Gerontologist*, 1993, roč. 13, č. 4, s. 19 – 33.

SELIGMAN, M. E. *Erlernte Hilflosigkeit.* 2. Aufl. München/Wien/Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1983. 261 s. ISBN 3-541-08932-6.

SHAHPESANDY, H. Aktuálne názory na zneužívanie a závislosť od alkoholu v starobe. *Česká a slovenská psychiatria,* 2005, roč. 101, č. 1, s. 40 – 47.

SCHANDRY, R. *Biologische psychologie*. 2. überarb. Auf. Weinheim: Beltz Verlag, 2006. 665 s. ISBN 3-621-27590-8.

SCHMIDBAUER, W. *Altern ohne Angst. Ein psychologischer Begleiter.* Reimbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2003. 187 s. ISBN 3-499-61474-X.

SCHMIDBAUER, W. *Psychotherapie im Alter: Eine praktische Orientierungshilfe.* Stuttgart: Kreuz Verlag, 2005. 134 s. ISBN 3-7831-2509-X.

SCHNEIDER, S., MARGRAF, J. *Agoraphobie und Panikstörung.* Göttingen/Bern: Hogrefe, Verl. für Psychologie, 1998. 73 s. ISBN 3-8017-1011-4.

SCHNELLE, J. F., TRAUGHBER, B., SOWELL, V. A., NEWMAN, D. R., PETRILLI, C. O., ORY, M. Prompted voiding treatment of urinary incontinence in nursing home patients. A behavior management approach for nursing home staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1989, roč. 37, č. 11, s. 1 051 – 1 057.

SCHRANK, H. T., RILEY, M. W. Reviewed work: Adjustment to Retirement: A Cross-national Study by R. J. Havighurst, J. M. A. Munnichs, B. Neugarten and H. Thomae. *The American Journal of Sociology*, 1971, roč. 76, č. 6, s. 1 176 – 1 178.

SCHROOTS, J. J. F. Psychological models of aging. *Canadian Journal on Aging*, 1995, roč. 14, č. 44 – 66.

SCHULKIND, M. D., HENNIS, L. K., RUBIN, D. C. Music, Emotion, and Autobiographical Memory: They're Playing Your Song. *Memory and Cognition*, 1999, roč. 27, č. 6, s. 948 – 955.

SCHULZ, R. Successful aging: Balancing primary and secondary control. *Adult Development and Aging News*, 1986, roč. 13, s. 2 – 4.

SCHULZ, R., HECKHAUSEN, J. A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 1996, roč. 51, č. 7, s. 702 – 714.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy.* 2. rev. vyd. Praha: MAXDORF, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 176 s. ISBN 80-7178-559-8.

SÖDERHAMN, O., HOLMGREN, L. Testing Antonovsky's sense of coherence (SOC) scale among Swedish physically active older people. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2004, roč. 45, č. 3, s. 215 – 221.

SPAULL D., LEACH C., FRAMPTON I. An evaluation of the. effects of sensory stimulation with people who have dementia. *Behavioural and Cognitive*, 1998, roč. 26, s. 77 – 86.

SPECTOR, A., DAVIES, S., WOODS, B., ORRELL, M. Reality Orientation for Dementia. *The Gerontologist*, 2000, roč. 40, č. 2, s. 206 – 212.

SPECTOR, A., ORRELL, M., DAVIES, S. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2001, roč. 11, č. 3 – 4, s. 377 – 397.

SRNEC, J. Gerontopsychologická diagnostika. In BAŠTECKÝ, J. a kol. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8, s. 75 – 84.

STEELMAN, L. C, POWELL, B. Sponsoring the next generation: Parental willingness to pay for higher education. *American Journal of Sociology*, 1991, roč. 96, s. 1 505 – 1 529.

STICKER, E. Beziehungen zwischen Großeltern und ihren Enkeln. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1987, roč. 20, s. 269 – 274.

STOKES, G., GOUDIE, F. Counselling confused elderly people. In STOKES, G., GOUDIE, F. (Eds.) *Working with Dementia.* Bicester: Speechmark Publishing Ltd, 1990. 220 s. ISBN 0-863-88084-3, s. l81 – 190.

SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých.* 2. vyd. Praha: Portál, 1999. 344 s. ISBN 80-7178-327-7.

TARTLER, R. *Das Alter in der modernen Gesellschaft.* Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1961. 169 s. ISBN 3-43200-514-8.

TAVEL, P. Potreba zmyslu života. (Tézy k pojmu „Wille zum Sinn" u Viktora E. Frankla). *Filozofia,* 2004, roč. 59, č. 8, s. 571 – 579.

TAVEL, P. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla. Potřeba smyslu života. Přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života.* Přel. J. Florian a J. Habernalová. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. 303 s. ISBN 80-7254-915-4.

TAVEL, P. Validácia – terapeutický prístup k starým dementným pacientom. *Psychiatria,* 2006, roč. 13, č. 3 – 4, s. 182 – 191.

TEBBS, V., MARTIN, A. Affective disorders in the elderly: 1000-patient GP trial a new drug. *Geriatric medicine*, 1987, roč. 17, s. 17 – 21.

TENTORI, K., OSHERSON, D., HASHER, L., MAY, C. Wisdom and aging: irrational preferences in college students but not older adults. *Cognition*, 2001, roč. 81, č. 3, s. 87 – 96.

TEWS, E. Alter und Altern in unserer Gesellschaft. In REIMANN, H., REIMANN, H. (Eds.) *Das Alter. Einführung in die Gerontologie*. 3. neubearb. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius, 1994. 369 s. ISBN 3-43292-893-9, s. 30 – 74.

THOMAE, H. *Persönlichkeit. Eine dynamische Interpretation.* Bonn: Bouvier, 1951. 216 s.

THORNTON, S., BROTCHIE, J. Reminiscence: a critical review of the literature. *British Journal of Clinical Psychology*, 1987, roč. 26, č. 2, s. 93 – 111.

TRAUTNER, H. M. *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. Band 1. Grundlagen und Methoden.* 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 1992. 398 s. ISBN 3-8017-0469-8.

TSAI, J. L., LEVENSON, R. W., CARSTENSEN, L. L. Autonomic, subjective, and expressive responses to emotional films in older and younger Chinese Americans and European Americans. *Psychology and Aging*, 2000, roč. 15, s. 684 – 693.

UNGER, J. B., MC AVAY, G., BRUCE, M. L., BERKMAN, L., SEEMAN, T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 1999, roč. 54, s. 245 – 251.

VAN WEERT, J. C. M., VAN DULMEN, A. M., SPREEUWENBERG, P. M. M., RIBBE, M. W., BENSING, J. M. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care JAGS. *Journal American of the Geriatrics Society,* 2005, roč. 50, č. 1, s. 24 – 33.

VOJTĚCHOVSKÝ, M. Depresivní stavy ve stáří. In BAŠTECKÝ, J. a kol. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8, s. 205 – 227.

VOJTĚCHOVSKÝ, M. Geriatrická thanatologie. In BAŠTECKÝ, J. a kol. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8, s. 125 – 128.

VOJTĚCHOVSKÝ, M. Psychoterapie ve stáří. In BAŠTECKÝ, J. a kol. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8, s. 115 – 123.

VOJTĚCHOVSKÝ, M. Úvod. In BAŠTECKÝ, J. a kol. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8, s. 15 – 16.

WADENSTEN, B. The theory of gerotranscendence as applied to gerontological nursing – Part I. *International Journal of Older People Nursing*, 2007a, roč. 2, s. 289 – 294.

WADENSTEN, B. The theory of gerotranscendence in practice: guidelines for nursing – Part II. *International Journal of Older People Nursing*, 2007b, roč. 2, s. 295 – 301.

WADENSTEN, B. Adoption of an innovation based on the theory of gerotranscendence by staff in a Nursing home – Part III. *International Journal of Older People Nursing*, 2007c, roč. 2, s. 302 – 314.

WARNER, M. Desing for Validation Therapy. *Nursing Homes Cleveland,* 2000, roč. 49, č. 6, s. 24 – 28.

WALKER, D. A., CLARKE, M. Cognitive behavioural psychotherapy: a comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging Ment Health*, 2001, roč. 5, č. 2, s. 197 – 199.

WEINERT, F. E. Altern in psychologischer Perspektive. In BALTES, P. B., MITTELSTRASS, J., STAUDINGER, U. M. (Eds.) *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie.* Berlin: Walter de Gruyter, 1994. 814 s. ISBN 978-3-11-014408-6, s. 180 – 203.

WELDEN, S., YESAVAGE, J. A. Behavioral improvement with relaxation training in senile dementia. *Clinical Gerontologist*, 1982, roč. 1, č. 1, s. 45 – 49.

WENNINGER, G. *Lexikon der Psychologie. Fünfter Band.* Berlin: Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg, 2002. 387 s. ISBN 3-8274-0464-9.

WEST, B. J. M., BROCKMAN, S. J. The calming power of aromatherapy. *Journal of Dementia Care*, 1994, roč. 2, č. 2, s. 20 – 22.

WHERTON, J. P., MONK, A. F. Technological opportunities for supporting people with dementia who are living at home. *International Journal of Human-Computer Studies*, 2008, roč. 66, č. 8, s. 571 – 586.

WILLIAMS, J. M. G. Interacting cognitive subsystems and unvoiced murmurs. *Cognition & Emotion*, 1994, roč. 8, č. 6, s. 571 – 579.

WILLIAMS, R., REEVE, W., IVISON, D., KAVANAGH, D. Use of environmental manipulation and modified informal reality orientation with institutionalised, confused elderly subjects: a replication. *Age and Ageing*, 1987, roč. 16, č. 5, s. 315 – 318.

WOODS, B. Psychologische Therapie bei fortgeschrittener Demenz. In MAERCKER, A. (Ed.) *Alterspsychotherapie und Klinische Gerontopsychologie*. Heidelberg: Springer, 2002. 389 s. ISBN 3-540-42077-0, s. 341 – 357.

WOODS, R. T. Dementia care: progress and prospects. *Journal of Mental Health*, 1995, roč. 4, č. 2, s. 115 – 124.

WOODS, R. T. (Ed.) *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care.* Chichester/New York: John Wiley & Sons, Ltd., 2006. 352 s. ISBN 0-471-97434-X.

WOODS, R. T. Psychological „Therapies" in Dementia. In WOODS, R. T. (Ed.) *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care.* Chichester/New York: John Wiley & Sons, Ltd., 2006. 352 s. ISBN 0-471-97434-X. s. 311 – 344.

WOODS, R. T. Specificity of learning in reality orientation sessions: a single case study. *Behaviour Research and Therapy*, 1983, roč. 21, č. 2, s. 173 – 175.

WOODS, R. T., BRITTON, P. G. Psychological approaches to the treatment of the elderly. *Age and Ageing*, 1977, roč. 6, č. 2, s. 104 – 112.

YAFFE, K., BLACKWELL, T., GORE, R., SANDS, L., REUS, V., BROWNER, W. S. Depressive Symptoms and Cognitive Decline in Nondemented Elderly Women. *Archives of General Psychiatry*, 1999, roč. 56, s. 425 – 430.

YESAVAGE, J. A., BRINK, T. L., ROSE, T. L. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 1983, roč. 17, č. 1, s. 37 – 49.

ZANETTI, O., MAGNI, E., BINETTI, G., BIANCHETTI, A., TRABUCCHI, M. Is procedural memory stimulation effective in Alzheimer's Disease? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1994, roč. 9, s. 1 006 – 1 007.

ZANETTI, O., FRISONI, G. B., DE LEO, D., BUONO, M. D., BIANCHETTI, A., TRABUCCHI, M. Reality orientation therapy in Alzheimer disease: useful or not? A controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 1995, roč. 9, s. 132 – 138.

ZAPF, W. Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In GLATZER, W., ZAPF, W. (Eds.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlempfinden.* 1. Aufl. Frankfurt/Main: Campus Verlag, 1984. [ISBN neuvedené]. s. 13 – 26.

ZUNG, W. W. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 1971, roč. 12, č. 6, s. 371 – 379.

Internetové zdroje

Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt Deutschland. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/InteraktiveDarstellung/Content75/Bevoelkerungspyramide1W1,templateId=renderSVG.psml>, [cit. 03-08-2008].

Demografická ročenka České republiky 2006 Dokument kód: 4019-07 <http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/94002A2801/$File/401907rb03.pdf>, [cit. 03-08-2008].

Geriatric Depression Scale. <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>.

Holmerová, I. Nefarmakologické přístupy. Přednáška na kongrese DE-3-MENTIA 21.10.2006 v Pardubiciach. <www.kognice.cz>, [cit. 08-24-2008].

KULLOVÁ, Z. Šanca nájsť prácu sa znižuje s vekom. *Pravda*, 19. 3. 2008. [Spravodajský web Pravda.sk]. <http://tvojepeniaze.pravda.sk/sanca-najst-pracu-sa-znizuje-s-vekom-d7j-/sk_pkariera.asp?c=A080319_151122_sk_pkariera_p01>, [cit. 03-19-2008].

Věková skladba obyvatelstva v roce 2010. Grafy projekce obyvatelstva do roku 2050. Český statistický úřad. <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2010>, [cit. 03-08-2008].

Věková skladba obyvatelstva v roce 2030. Grafy projekce obyvatelstva do roku 2050. Český statistický úřad. <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2030>, [cit. 03-08-2008].

Věková skladba obyvatelstva v roce 2050. Grafy projekce obyvatelstva do roku 2050. Český statistický úřad. <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050>, [cit. 03-08-2008].

PRÍLOHY

MATERIÁLY NA 1. HODINU

Príloha č. 1: Stupnica depresie pre starých ľudí (GDS)

Pacient: _____
Terapeut: _____
Dátum: _____
Prevládajúce ťažkosti: _____

1.	Ste so svojím životom vcelku spokojný/-á?	☐☐(0) ☐☐(1)
2.	Ukončili ste veľa aktivít a záujmov?	☐☐(1) ☐☐(0)
3.	Myslíte si, že je váš život prázdny?	☐☐(1) ☐☐(0)
4.	Ste často znudený/-á?	☐☐(1) ☐☐(0)
5.	Máte väčšinou dobrú náladu?	☐☐(0) ☐☐(1)
6.	Bojíte sa, že sa vám môže stať niečo zlé?	☐☐(1) ☐☐(0)
7.	Cítite sa väčšinou šťastný/-á?	☐☐(0) ☐☐(1)
8.	Cítite sa často bezmocný/-á?	☐☐(1) ☐☐(0)
9.	Ste radšej doma namiesto vychádzania von a objavovania nových vecí?	☐☐(1) ☐☐(0)
10.	Myslíte si, že máte s pamäťou viac ťažkostí než iní ľudia?	☐☐(1) ☐☐(0)
11.	Myslíte si, že je krásne teraz žiť?	☐☐(0) ☐☐(1)
12.	Cítite sa v súčasnosti bezcenný/-á?	☐☐(1) ☐☐(0)
13.	Cítite sa plný/-á energie?	☐☐(0) ☐☐(1)
14.	Považujete svoju situáciu za beznádejnú?	☐☐(1) ☐☐(0)
15.	Myslíte si, že je väčšine ľudí lepšie než vám?	☐☐(1) ☐☐(0)

Spolu:_____

Príloha č. 2: Montgomery-Asbergovej škála (MADRS)
(Montgomery-Asberg Depression Scale)

1. Viditeľný smútok
Zahŕňa skľúčenosť, zúfalstvo a beznádej, ktoré sa prejavujú v reči, mimike a vystupovaní.

- ☐ (0) Nijaký smútok.
- ☐ (1)
- ☐ (2) Vyzerá zničene, zdeprimovaný, ale dá sa ľahko rozveseliť.
- ☐ (3)
- ☐ (4) Väčšinu času pôsobí smutne a nešťastne.
- ☐ (5)
- ☐ (6) Vyzerá zúfalo, smutne a nešťastne. Extrémna skleslosť.

2. Pacientom opisovaný smútok
Obsahuje pacientom opisovanú smutnú náladu. Zahrňuje skleslosť, pocit bezmocnosti a beznádeje. Pri klasifikácii sa zohľadňuje intenzita, dĺžka trvania, a vplyv jednotlivých podnetov na náladu.

- ☐ (0) Prechodný smútok podľa okolností.
- ☐ (1)
- ☐ (2) Smutný alebo skľúčený, ale dá sa bez ťažkostí rozveseliť.
- ☐ (3)
- ☐ (4) Intenzívny pocit smútku a bezmocnosti. Nálada je ovplyvňovaná vonkajšími vplyvmi.
- ☐ (5)
- ☐ (6) Neprestávajúci alebo stabilný smútok, skľúčenosť alebo bezmocnosť.

3. Vnútorné napätie
Zahŕňa ťažko definovateľný pocit nechuti, podráždenosti, vnútorného nepokoja až po úzkosť a paniku. Pri klasifikácii sa zohľadňuje intenzita a doba, počas ktorej trvá uspokojenie.

- ☐ (0) Ľahké, prestávajúce vnútorné napätie.
- ☐ (1)
- ☐ (2) Príležitostný pocit nechuti a podráždenosti.

+1___
0 ___
-1___

- ☐ (3)
- ☐ (4) Trvajúci pocit vnútorného napätia alebo rozčúlenia, krátkodobé záchvaty paniky.
- ☐ (5)
- ☐ (6) Neovládateľný pocit strachu alebo vzrušenie. Panika.

4. Poruchy spánku
Subjektívne pociťovaný nedostatok spánku alebo pocit nedostatočnej hĺbky spánku v porovnaní s predchádzajúcim, normálnym režimom spánku.

- ☐ (0) Spí ako obyčajne.
- ☐ (1)
- ☐ (2) Malé ťažkosti so zaspávaním, povrchný, nepokojný spánok, bezvýznamné skrátená dĺžka spania.
- ☐ (3)
- ☐ (4) Spánok skrátený minimálne o dve hodiny alebo prerušovaný.
- ☐ (5)
- ☐ (6) Menej než dve až tri hodiny spánku.

5. Strata chuti do jedla
Strata chuti v porovnaní s predchádzajúcim, normálnym stavom. Hodnotí sa podľa intenzity straty chuti do jedla alebo intenzity nútenia do jedenia.

- ☐ (0) Normálna alebo dobrá chuť do jedla.
- ☐ (1)
- ☐ (2) Nepatrne znížená chuť do jedla.
- ☐ (3)
- ☐ (4) Nijaká chuť do jedla. Potraviny sú akoby bez chuti.
- ☐ (5)
- ☐ (6) Jedenie len s prehováraním.

6. Ťažkosti pri sústredení
Tieto ťažkosti vyjadrujú škálu problémov od slabej koncentrácie až po jej úplnú stratu. Hodnotí sa podľa intenzity a častosti neschopnosti sústrediť sa.

+1___
0 ___
-1___

☐ (0) Nijaký problém sústrediť sa.
☐ (1)
☐ (2) Príležitostné problémy sústrediť sa.
☐ (3)
☐ (4) Ťažkosti so sústredením a s koncentráciou myšlienok.
☐ (5)
☐ (6) Neschopnosť čítať bez ťažkostí alebo viesť rozhovor.

7. Nečinnosť
Ťažkosť „dostať sa do švungu“ alebo spomaľovanie každodenných činností.

☐ (0) Nijaký problém „dostať sa do švungu“ alebo nijaké spomaľovanie denných činností.
☐ (1)
☐ (2) Ťažkosti byť aktívnym.
☐ (3)
☐ (4) Ťažkosti pri začínaní jednoduchých rutinných činností alebo ich realizácia len s námahou.
☐ (5)
☐ (6) Úplná nečinnosť, neschopnosť urobiť bez pomoci čokoľvek.

8. Citová otupenosť
Subjektívny pocit straty záujmu o okolie alebo o aktivity, ktoré predtým spôsobovali radosť.

☐ (0) Normálny, bežný záujem o okolie a ostatných ľudí.
☐ (1)
☐ (2) Pokles záujmu o aktivity, ktoré predtým spôsobovali radosť.
☐ (3)
☐ (4) Strata záujmu o okolie a priateľov.
☐ (5)
☐ (6) Skúsenosť s otupením citu, neschopnosť prejaviť zlosť, smútok a radosť. Celková alebo bolestná strata citu pre najbližších a priateľov.

+1___
0 ___
-1___

9. Pesimistické myšlienky
Pocit viny, menejcennosti, vlastné výčitky, sebaobviňovanie a ľútosť.

☐ (0) Nijaké pesimistické myšlienky.
☐ (1)
☐ (2) Z času na čas myšlienky o vlastnom zlyhaní, výčitky a sebaponižovanie.
☐ (3)
☐ (4) Neustále sebaobviňovanie. Jasné, ale logické a ešte znesiteľné pocity viny. Rastúci pesimizmus z pohľadu do budúcnosti.
☐ (5)
☐ (6) Klamlivá predstava vlastnej biedy, ľútosť nad neodčiniteľnými hriechmi alebo vinou, sebaobviňovanie, ktoré je nelogické, absurdné a nenapraviteľné.

10. Myšlienky na samovraždu
Pocit, že život už nemá cenu, prirodzená smrť je vnímaná ako vyslobodenie. Myšlienky a príprava na samovraždu. Pokusy o samovraždu nie sú vyjadrené priamo.

☐ (0) Radosť zo života alebo názor, že veci v živote sa majú brať tak, ako prídu.
☐ (1)
☐ (2) Unavenosť životom. Občasné myšlienky na samovraždu.
☐ (3)
☐ (4) Radšej smrť. Časté myšlienky na samovraždu. Samovražda je vnímaná ako možné východisko, pričom pacient nemá nijaké konkrétne plány alebo zámery.
☐ (5)
☐ (6) Jasné plány a úmysly na samovraždu v prípade, že taká možnosť bude. Aktívna príprava na samovraždu.

+1___
0 ___
-1___

MATERIÁLY NA 2. HODINU

Príloha č. 3: S-O-R-K tabuľka

Pacient: _____
Terapeut: _____
Dátum: _____

S (stimul) Vonkajšie alebo vnútorné podnety	O (organizmus) Predpoklady na strane organizmu	R (reakcia) Prejav symptómu ako reakcia	K (konzekvencie) Následky

+1___
0 ___
-1___

Príloha č. 4: Mini Mental state examination (MMSE)

1. *Aký je teraz rok?* □(1)

2. *Aké je ročné obdobie?* □□(1)

3. *Koľkého je dnes?* □□(1)

4. *Aký je dnes deň?* □□(1)

5. *Aký je teraz mesiac?* □□(1)

6. *V ktorom štáte sa nachádzame?* □□(1)

7. *Ako sa volá kraj, v ktorom sme?* □□(1)

8. *Ako sa volá mesto (dedina), v ktorom (v ktorej) sa nachádzame?* □□(1)

9. *Ako sa volá zariadenie, klinika, v ktorej sa nachádzame?* □□(1)

10. *Na ktorom sme poschodí?* □□(1)

11. *Teraz vymenujem tri veci. Opakujte si ich, prosím, a snažte sa ich zapamätať. Opýtam sa na ne neskôr!* (Ak pacient nereprodukuje správne tri slová, pokusy sa opakujú maximálne päťkrát. Zaznačiť výkon po prvom opakovaní.)

Hruška □□(1)
Stolička □□(1)
Nohavice □□(1)

12. *Od sto, prosím, odpočítajte sedem. Potom odpočítajte opäť sedem. Potom zase sedem a tak ďalej!* (Hodnotený je každý krok zvlášť. Ak pacient urobí v jednom kroku chybu a následne odpočítava v ďalších krokoch správne, i keď od nesprávneho medzivýsledku, hodnotí sa to iba ako jedna chyba.)

+1___
0 ___
-1___

93 □□(1)
86 □□(1)
79 □□(1)
72 □□(1)
65 □□(1)

13. *Viete zopakovať tri veci, ktoré som vám predtým povedal?*

Hruška □□(1)
Stolička □□(1)
Nohavice □□(1)

14. *Ako sa volá toto?*

Náramkové hodiny □□(1)
Ceruzka □□(1)

15. *Vedeli by ste, prosím, po mne zopakovať nasledujúcu vetu*

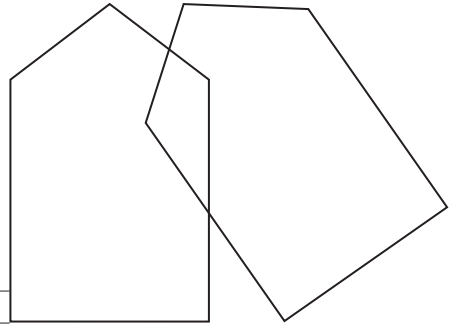
„S tým už dlhší čas nesúhlasím“? □□(1)

16. *Prečítajte to, prosím, a vykonajte:*

Ukáže sa nadpis: „ZATVORTE OČI!“ □□(1)

17. *Prosím, nakreslite toto.* □□(1)

Ukáže sa tento obrázok:



+1___
0 ___
-1___

18. *Napíšte, prosím, ľubovolnú kompletnú vetu.*
(K dispozícii je čistý papier.) □□(1)

19. *Vezmite, prosím, do pravej ruky čistý papier. Preložte ho v strede a položte do svojho lona.*
(K dispozícii je čistý papier.)

Zobral/a ho do pravej ruky. □□(1)
Preložil/a ho v strede. □□(1)
Položil/a ho do lona. □□(1)

Spolu:_____/30

+1___
0 ___
-1___

Príloha č. 5: Barthelov index

1. Jedlo
☐☐ (10) Pri jedle samostatný, používa riad a príbor.
☐☐ (5) Potrebuje pomoc, napríklad pri krájaní.
☐☐ (0) Pri jedle úplne nesamostatný, potreba pomoci nevyhnutná.

2. Kúpanie
☐☐ (5) Kúpe a sprchuje sa bez pomoci.
☐☐ (0) Kúpe a sprchuje sa s pomocou.

3. Umývanie
☐☐ (5) Umýva si tvár, češe sa, čistí si zuby, holí sa, prípadne sa maľuje.
☐☐ (0) Potrebuje pomoc.

4. Obliekanie
☐☐ (10) Samostatný, vrátane obúvania topánok.
☐☐ (5) Niekedy potrebná pomoc, oblieka sa sčasti sám.
☐☐ (0) Je úplne odkázaný na pomoc.

5. Kontrola stolice
☐☐ (10) Stolicu udrží.
☐☐ (5) Čiastočne inkontinentný (napríklad v noci).
☐☐ (0) Inkontinentný.

6. Kontrola moču
☐☐ (10) Moč udrží.
☐☐ (5) Čiastočne inkontinentný (napríklad v noci).
☐☐ (0) Inkontinentný.

7. Toaleta
☐☐ (10) Samostatné používanie toalety.
☐☐ (5) Potrebuje pomoc (pri rovnováhe, obliekaní a vyzliekaní, používaní toaletného papiera).
☐☐ (0) Nemôže ísť sám na toaletu.

+1___
0 ___
-1___

8. Presúvanie sa z postele na stoličku a naopak
☐☐ (15) Samostatný (platí aj pre vozíčkarov).
☐☐ (10) Minimálna asistencia.
☐☐ (5) Vie sedieť, potrebuje pomoc na presun.
☐☐ (0) Ležiaci v posteli.

9. Pohyb
☐☐ (15) Samostatné chodenie (aj so sprievodom) minimálne 50 metrov.
☐☐ (10) Minimálne 50 metrov chôdze s podporou.
☐☐ (5) Pre vozíčkarov: samostatný minimálne 50 metrov.
☐☐ (0) Nedokáže samostatne prejsť ani 50 metrov.

10. Pohyb po schodoch
☐☐ (10) Samostatne sa pohybuje.
☐☐ (5) Potrebuje pomoc alebo dohľad.
☐☐ (0) Nedokáže vystupovať po schodoch.

Spolu: _____/ 100

+1___
0 ___
-1___

Príloha č. 6: Test inštrumentálnych každodenných činností (IADL)

1. Telefón
☐☐ (1) Používa telefón z vlastnej iniciatívy, vytáča čísla.
☐☐ (1) Vytáča niektoré známe čísla.
☐☐ (1) Nevytáča čísla samostatne.
☐☐ (0) Nepoužíva telefón vôbec.

2. Nakupovanie
☐☐ (1) Najpotrebnejšie veci nakupuje samostatne.
☐☐ (0) Málo nakupuje.
☐☐ (0) Pri každom nákupe potrebuje sprievod.
☐☐ (0) Neschopný nakupovať.

3. Varenie
☐☐ (1) Dokáže plánovať a variť jedlá samostatne.
☐☐ (0) Dokáže dokončiť jedlá, ale iba ak mu to niekto druhý pripraví.
☐☐ (0) Varí samostatne, ale nezachováva diéty.
☐☐ (0) Potrebuje pripravené a naservírované jedlá.

4. Domácnosť
☐☐ (1) Vedie domácnosť, alebo potrebuje pomoc pri ťažkých prácach.
☐☐ (1) Malé domáce práce vykonáva samostatne.
☐☐ (1) Malé domáce práce vykonáva samostatne, no nedokáže udržať dom čistý.
☐☐ (1) V domácnosti potrebuje pomoc vo všetkých smeroch.
☐☐ (0) Vôbec sa nepodieľa na každodenných prácach v domácnosti.

5. Pranie
☐☐ (1) Perie všetku svoju bielizeň.
☐☐ (1) Perie malé veci.
☐☐ (0) O všetku bielizeň sa musia postarať iní.

+1___
0 ___
-1___

6. Transporty
☐☐ (1) Samostatne používa verejnú dopravu, vlastné auto.
☐☐ (1) Samostatne si objedná a využíva taxík, ale nepoužíva verejnú dopravu.
☐☐ (1) Používa verejnú dopravu so sprievodom.
☐☐ (0) Jazdy v taxíku alebo v aute so sprievodom sú obmedzené.
☐☐ (0) Vôbec nejazdí.

7. Lieky
☐☐ (1) Berie lieky v určenom čase a v presných dávkach.
☐☐ (0) Berie pripravené lieky presne.
☐☐ (0) Nevie samostatne prijímať lieky.

8. Peniaze
☐☐ (1) Samostatné vybavovanie obchodov (rozpočet, šeky, platby, chodenie do banky).
☐☐ (1) Vybaví samostatne malé úlohy, potrebuje pomoc pri platení v banke.
☐☐ (0) Nie je schopný manipulovať s peniazmi.

Spolu:____/8

+1___
0 ___
-1___

Príloha č. 7: Mannheimerský inventár životných podmienok v starobe (MILVA)
(Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter)

Aktivity

1. *Máte nejaké záľuby? Ako často sa im venujete?*
☐☐ (2) Viackrát za deň alebo každý deň.
☐☐ (1) Jedenkrát alebo viackrát za týždeň.
☐☐ (0) Málokedy (raz, dvakrát za mesiac).
☐☐ (0) (Skoro) nikdy.

2. *Ako často opúšťate svoj byt s cieľom nakupovať alebo vybaviť nejaké veci?*
☐☐ (2) Viackrát za deň alebo každý deň.
☐☐ (1) Jedenkrát alebo viackrát za týždeň.
☐☐ (0) Málokedy (raz, dvakrát za mesiac).
☐☐ (0) (Skoro) nikdy.

3. *Ako často opúšťate svoj byt s cieľom podniknúť niečo samostatne, pre vlastnú zábavu (múzeum, prechádzky po meste)?*
☐☐ (2) Viackrát za deň alebo každý deň.
☐☐ (1) Jedenkrát alebo viackrát za týždeň.
☐☐ (0) Málokedy (raz, dvakrát za mesiac).
☐☐ (0) (Skoro) nikdy.

4. *Ubudlo posledný mesiac z vašich záujmov?*
☐☐ (2) Nie.
☐☐ (0) Áno.

5. *Máte domáce zviera?*
☐☐ (2) Áno.
☐☐ (0) Nie.

Spolu:_____/10

+1___
0 ___
-1___

Kontakty

6. *Kto je vaša blízka osoba?*

7. *Aký častý je váš kontakt s touto osobou?*
☐☐ (2) Viackrát za deň alebo každý deň.
☐☐ (1) Jedenkrát alebo viackrát za týždeň.
☐☐ (0) Málokedy (raz, dvakrát za mesiac).
☐☐ (0) (Skoro) nikdy.

8. *Ako žijete?*
☐☐ (2) S partnerom, členmi rodiny alebo známymi.
☐☐ (1) V nejakej inštitúcii (domov dôchodcov, opatrovateľský domov).
☐☐ (0) Sám.

9. *Ako často prijímate na návštevu ľudí, ktorí nežijú vo vašej domácnosti?*
☐☐ (2) Viackrát za deň alebo každý deň.
☐☐ (1) Jedenkrát alebo viackrát za týždeň.
☐☐ (0) Málokedy (raz, dvakrát za mesiac).
☐☐ (0) (Skoro) nikdy.

10. *Pribudli vám kontakty od minulého roku?*
☐☐ (2) Áno.
☐☐ (0) Nie.

11. *„Ako často opúšťate svoj dom a podnikáte niečo s ostatnými (schôdzka seniorov, návšteva priateľov)?*
☐☐ (2) Viackrát za deň alebo každý deň.
☐☐ (1) Jedenkrát alebo viackrát za týždeň.
☐☐ (0) Málokedy (raz, dvakrát za mesiac).
☐☐ (0) (Skoro) nikdy.

Spolu:_____/10

+1___
0 ___
-1___

Bydlisko

12. *Kde sa nachádza váš byt?*
☐☐ (1) Byt na prízemí, alebo v dome je výťah.
☐☐ (1) Prvé poschodie, nijaký výťah.
☐☐ (0) Vyššie než prvé poschodie, nijaký výťah.

13. Úroveň bývania
☐☐ (1) Jednoposchodový.
☐☐ (0) Viac poschodí (nevhodné pre vozíčkarov).

14. Kúrenie
☐☐ (1) Dobré a pohodlné (napríklad centrálne kúrenie).
☐☐ (0) Zlé a namáhavo sa vykuruje (napríklad uhlím alebo olejom).

15. Telefón
☐☐ (1) Je k dispozícii.
☐☐ (0) Nie je k dispozícii.

16. Byt je vybavený pre telesne postihnutých
☐☐ (1) Áno.
☐☐ (0) Nie.

17. Do bytu je možné sa dostať invalidným vozíkom
☐☐ (1) Áno.
☐☐ (0) Nie.

18. Nákupy
☐☐ (1) Všetky obchody s tovarom dennej potreby vzdialené do 500 metrov.
☐☐ (0) Všetky obchody s tovarom dennej potreby vzdialené viac než 500 metrov.

19. Verejná doprava
☐☐ (1) Zastávka v blízkosti (do cca 500 metrov).
☐☐ (0) Vzdialená zastávka.

+1___
0 ___
-1___

20. Dĺžka doby bývania
☐☐ (1) Bývam v byte už dlho (viac než 5 rokov).
☐☐ (0) Nasťahoval/-a som sa do bytu niekedy počas posledných 5 rokov.

21. *Ako odhadujete kriminalitu vo vašom okolí?*
☐☐ (1) Nízka.
☐☐ (0) Vysoká.

Spolu:_____/10

Financie

22. *Akú peňažnú sumu máte mesačne k dispozícii?*
☐☐ (4) Viac než 1 000 €.
☐☐ (2) Od 500 do 1 000 €.
☐☐ (0) Menej než 500 €.

23. *Viete pomocou vašich peňazí zvládnuť finančné ťažkosti?*
☐☐ (2) Áno.
☐☐ (1) Ide to len tak-tak.
☐☐ (0) Nie.

24. *Máte nejaké úspory alebo vlastníctvo (vlastný dom)?*
☐☐ (2) Áno, viac než trojmesačné.
☐☐ (1) Áno, menej než trojmesačné.
☐☐ (0) Nie.

25. *Máte dlhy?*
☐☐ (2) Nie.
☐☐ (1) Áno, menej než trojmesačné.
☐☐ (0) Áno, viac než trojmesačné.

Spolu:_____/10
Skóre (aktivity + kontakty + bývanie + financie):
___+___+___+___=___/40.

+1___
0 ___
-1___

MATERIÁLY NA 3. HODINU

Príloha č. 8: Dotazník na zisťovanie miesta kontroly

	Áno	Nie
1. Či sa mi darí dobre alebo zle, závisí odo mňa.	□□	□□(A)
2. Keď sa mi darí dobre, je to otázka šťastia.	□□	□□(F)
3. Keď mám ťažkosti, poprosím ostatných o radu.	□□	□□(E)
4. Keď mám ťažkosti, najskôr rozmýšľam, ako si ja sám môžem pomôcť.	□□	□□□(A)
5. Či sa má niekto dobre alebo zle, to sa nedá ovplyvniť.	□□	□□(F)
6. Keď mám ťažkosti, poprosím odborníka o pomoc.	□□	□□(E)
7. Keď si dám na seba pozor, nebudem mať nijaké ťažkosti.	□□	□□□(A)
8. Či ťažkosti zmiznú, závisí predovšetkým od toho, či šťastie mám, alebo nemám.	□□	□□(F)
9. Ťažkostiam môžem predísť tým, že sa poradím s ostatnými.	□□	□□□(E)
10. Keď mám ťažkosti, viem, že si sám dokážem pomôcť.	□□	□□□(A)
11. Keď sa necítim dobre, ostatní obvykle vedia, čo mi chýba.	□□	□□□(F)

+1___
0 ___
-1___

12. Som vďačný osudu, keď moje ťažkosti opäť zmiznú.	□□	□□(E)
13. Závisí odo mňa, či moje ťažkosti poľavia.	□□	□□□(A)
14. Keď sa človek chce mať dobre, je najdôležitejšie, aby mal dobrého lekára.	□□	□□□(E)
15. Som presvedčený/á, že v mojom zdravotnom stave hrá veľkú úlohu náhoda.	□□	□□□(F)

Počet „ÁNO“ odpovedí:

Externé miesto kontroly:	(E) vplyvná osoba	___(0 – 5)
	(F) osud	___(0 – 5)
Interné miesto kontroly:	(A)	___(0 – 5)

+1___
0 ___
-1___

Príloha č. 9: Ciele terapie

Ciele terapie					
	Cieľ 1	Cieľ 2	Cieľ 3	Cieľ 4	Cieľ 5
Veľmi zlé					
Zlé					
Uspokojivé					
Veľmi dobré					
Ideálne					

+1___
0 ___
-1___

Príloha č. 10: Týždenný plán

Čas	Pondelok	Utorok	Streda	Štvrtok	Piatok	Sobota	Nedeľa
6.00 – 9.00							
9.00 – 10.00							
10.00 – 11.00							
11.00 – 12.00							
12.00 – 13.00							
13.00 – 14.00							
14.00 – 15.00							
15.00 – 16.00							
16.00 – 17.00							
17.00 – 18.00							
18.00 – 19.00							
20.00 – 24.00							

+1___
0 ___
-1___

MATERIÁLY NA 4. HODINU

Príloha č. 11: Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

	nikdy alebo zriedka	niekedy	často alebo vždy	väčšinou
1. Cítim sa nervóznejšie a úzkostlivejšie než predtým.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
2. Mám bezdôvodný strach.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
3. Ľahko sa nahnevám a ľahko podľahnem panike.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
4. Mám pocit, že sa zrútim.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
5. Myslím, že je všetko v poriadku a nič zlé sa nemôže stať.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
6. Trasú sa mi ruky a nohy.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
7. Trpím bolesťami hlavy, šije a chrbta.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
8. Cítim sa slabo a skoro sa unavím.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
9. Cítim sa pokojne a viem sedieť potichu.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
10. Cítim, ako rýchlo mi bije srdce.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
11. Mám závrate.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
12. Strácam vedomie alebo mám pocit, že padám do bezvedomia.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
13. Nadychujem sa a vydychujem voľne.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
14. Mám pocit necitlivosti a svrbenia v prstoch na rukách a na nohách.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
15. Mám bolesti žalúdka a poruchy trávenia.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
16. Na toalete močím len vodu.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
17. Mám zvyčajne suché a teplé ruky.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
18. Cítim, že moja tvár je teplá a červená.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
19. Zaspím ľahko a v spánku si odpočiniem.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
20. Mám nerozumné sny.	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)

Spolu:_____

+1___
0 ___
-1___

+1___
0 ___
-1___

Príloha č. 12: Hamiltonova škála úzkosti (HAMA)

Hamilton-Angst-Skala

Príznaky	Nie sú	Malé	Stredné	Silné	Veľmi silné
1. Úzkostná nálada Starosti, očakávanie najhoršieho, bojazlivé očakávania, podráždenosť.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
2. Napätie Pocit napätia, bojazlivosť, sklon k plaču, pocit nepokoja, trasenie sa, chvenie, bezradnosť, neschopnosť uvoľniť sa.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
3. Obava Obava pred tmou, pred cudzími ľuďmi, z opustenosti, obavy zo zvierat, z dopravy a masy ľudí.	□□(0)	□□ (1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
4. Porucha spánku Problém pri zaspávaní, počas spánku, pocit, že si v noci neodd ýchne a že je dolámaný, sny, nočný des.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
5. Intelektuálne obmedzenie výkonnosti Ťažkosti s koncentráciou a problémy s pamäťou.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
6. Depresívna nálada Strata záujmov, radosti a záľub, sklesłosť, predčasné prebúdzanie sa, výkyvy počas dňa.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
7. Všeobecné somatické symptómy (svaly) Bolesť, mykanie, šklbnutia, tuhosť svalov, škrípanie zubami, neistý a vyšší hlas.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)

+1___
0 ___
-1___

Príznaky	Nie sú	Malé	Stredné	Silné	Veľmi silné
8. Všeobecné somatické symptómy (zmyslové) Tinitus (hučanie a zvonenie v ušiach). Nejasné videnie, návaly tepla a chladu, pocit slabosti, svrbenie.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
9. Kardiovaskulárne symptómy Tachykardia, búšenie srdca, bolesti v hrudi, vnímanie pulzu v cievach, prerušovaný tlkot srdca, pocit slabosti.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
10. Respiračné symptómy Tlak alebo pocit zvierania v hrudi. Dysfória, vzdychanie.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
11. Gastrointestinálne symptómy Problém s prehĺtaním, nadúvanie, bolesti brucha, bolesti po a pred jedlom, pálenie žalúdka a záhy, kyslé grganie, nevoľnosť, vracanie, zápcha, hnačka, úbytok na váhe.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
12. Urologické symptómy Časté močenie, amenorrhoe, menorrhagia, rozvoj frigidity, impotencia, strata libida, predčasná ejakulácia.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
13. Neurovegetatívne symptómy Sucho v ústach, červenanie sa, blednutie, sklony k poteniu, nevoľnosť, husia koža, pichanie v hlave.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
14. Správanie sa pri rozhovore Nespokojnosť, neúnavné pobehovanie, potenie dlaní, povzdych, zrýchlené dýchanie, bledá tvár, potenie, tiky, pregľganie vzduchu.	□□(0)	□□(1)	□□(2)	□□(3)	□□(4)
Spolu:_____					

+1___
0 ___
-1___

MATERIÁLY NA 5. AŽ 7. HODINU

Príloha č. 13: Zoznam príjemných činností

Sociálne kontakty
☐☐ Stretávanie známych alebo priateľov (mimo domova).
☐☐ Pozývanie známych alebo priateľov na návštevu domov.
☐☐ Stretanie sa rodinných príslušníkov (mimo domova).
☐☐ Pozývanie rodinných príslušníkov na návštevu domov.
☐☐ Vedenie diskusie.
☐☐ Písanie listov a pohľadníc.
☐☐ Byť niekomu nápomocný, pomôcť niekomu.
☐☐ Zúčastniť sa na aktivitách nejakého spolku alebo zväzu.
☐☐ Mať účasť na nejakých iných aktivitách.
☐☐ Hrať hry (kartové, stolové).
☐☐ Zúčastňovať sa na slávnostiach a sviatkoch (napríklad pouličné sviatky).
☐☐ Zúčastňovať sa na športových podujatiach.
☐☐ …

Telesné aktivity
☐☐ Chodiť na prechádzky.
☐☐ Robiť výlety.
☐☐ Jazdiť na bicykli.
☐☐ Gymnastika.
☐☐ Plávanie
☐☐ …

Aktivity
☐☐ Návšteva výstav alebo múzeí.
☐ Návšteva divadla alebo koncertov.
☐☐ Počúvanie hudby alebo rádia.
☐☐ Pozeranie televízie.
☐☐ Návšteva kina.
☐☐ Chodiť na zmrzlinu alebo na kávu.
+1 ☐ Čítanie.
0 ☐☐ Čítanie listov, prezeranie si starých albumov.
-1

☐☐ Chodiť na jedenie alebo na kávu (obľúbené jedlá, nápoje).
☐☐ Chodiť sa kúpať.
☐☐ Zotrvávať v pokoji, napríklad sedieť na slnku.
☐☐ …

Individuálne koníčky a záľuby
☐☐ Varenie.
☐☐ Práca v záhrade.
☐☐ Staranie sa o rastliny.
☐☐ Staranie sa o domáce zviera.
☐☐ Chodenie na tanec.
☐☐ Ísť tancovať, maľovať, kresliť, stavať
☐☐ …

+1
0
-1

MATERIÁLY NA 12. HODINU

Príloha č. 14: Týždenný plán na obdobie po terapii

Čas	Pondelok	Utorok	Streda	Štvrtok	Piatok	Sobota	Nedeľa
6.00 – 9.00							
9.00 – 10.00							
10.00 – 11.00							
11.00 – 12.00							
12.00 – 13.00							
13.00 – 14.00							
14.00 – 15.00							
15.00 – 16.00							
16.00 – 17.00							
17.00 – 18.00							
18.00 – 19.00							
20.00 – 24.00							

Najbližší termín stretnutia:

+1
0
-1

Peter Tavel

PSYCHOLOGICKÉ
PROBLÉMY V STAROBE I.

Vydalo občianske združenie Schola Philosophica,
Pusté Úľany v roku 2009.
Jazyková redakcia: Gabriela Šarníková, Jaroslava Vydrová.
Oponenti: Prof. PhDr. Vladimír Smékal, CSc., Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Doc. PhDr. Zdenka Macková, PhD.
Fotografia na obálke: Tessa Codrington / Getty Images.
Sadzba, zalomenie do strán a návrh obálky: Martin Vydra.
Tlač: Valeur, spol. s r. o. – Polygrafia, Dunajská Streda.

www.ostium.sk

ISBN 978-80-969823-7-0
EAN 9788096982370