



## NEFARMAKOLOGICKÉ OVLIVNĚNÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ U KLIENTŮ S DEMENCÍ

## NONPHARMACOLOGICAL APPROACHES TO TREATMENT OF COGNITIVE FUNCTIONS IN CLIENTS WITH DEMENTIA

Jan Lužný<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Psychiatrická léčebna v Kroměříži

<sup>1</sup> Mental Hospital Kromeriz

<sup>2</sup> Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

<sup>2</sup> Department of Social Medicine and Health Policy, Faculty of Medicine and Dentistry, Palacky University in Olomouc

### Abstrakt

**Cíl:** Cílem sledování bylo zhodnotit efektivitu zavedených nefarmakologických aktivit na podporu a zachování kognitivních funkcí na ženském gerontopsychiatrickém oddělení psychiatrické léčebny v Kroměříži a zhodnotit spokojenost hospitalizovaných klientek s těmito aktivitami. **Metodika:** Na začátku a ke konci hospitalizace bylo použito škály Mini-Mental State Examination (MMSE) a testu kreslení hodin (CDT) k orientačnímu zhodnocení kognitivních funkcí a na závěr hospitalizace bylo použito řízeného rozhovoru. **Výsledky:** Ke konci hospitalizace nebylo prokázáno statisticky signifikantního zlepšení ve stavu kognitivních funkcí (krátké období pozorování je nejpravděpodobnějším důvodem). Klientky však hodnotí psychotherapeutické aktivity k ovlivnění kognitivních funkcí kladně. **Závěr:** Nefarmakologické postupy mají významné místo v léčbě demence a doplňují farmakologické i podpůrné léčebné postupy.

**Klíčová slova:** demence, farmakologická léčba, nefarmakologické postupy, kognitivní funkce, gerontopsychiatrie, MMSE, test kreslení hodin.

### Abstract

**Aim:** Aim of the study was to evaluate the effectiveness of non-pharmacological approaches influencing cognitive functions that are used in routine practice in inpatient women psycho-geriatric ward in Mental hospital in Kromeriz. Furthermore the study tried to evaluate satisfaction with these activities in hospitalised clients. **Methods:** At the beginning and at the end of hospitalisation was used range of Mini-Mental State Examination (MMSE) and Clock Drawing Test (CDT) to make an indicative assessment of cognitive functions, and at the end of hospitalization was used a controlled interview. **Results:** At the end of hospitalisation there was no significant evidence of improving cognitive functions (short period of research is the most probable reason). Nevertheless, psychotherapeutic activities were evaluated by clients positively. **Conclusion:** Non-pharmacological approaches have important position in treatment of dementia, together with pharmacological and support therapy.

**Key words:** dementia, pharmacological therapy, nonpharmacological approaches, cognitive functions, psycho-geriatrics, MMSE, Clock Drawing test.

### Úvod

**Demence** je chronické, zpravidla progredující duševní onemocnění postihující asi 5 % obyvatelstva ve věku 65 let a další přibližně dvojnásobnou prevalencí syndromu demence na každých dalších pět let věku jedince (Hort, Jiráček, 2007, s. 9; Kaplan, Sadock, 2009, s. 53). Demence je mnohdy chápána jako syndrom, projevující se zhoršením kognitivních

funkcí (paměť spolu s učením se novým informacím, vybavování si již dříve naučených informací, úsudku a myšlení spolu se schopností plánovat, organizovat a všeobecně zpracovat informace) i zhoršením nekognitivních funkcí - jsou patrné zejména změny v emoční oblasti, změny v oblasti motivačních vzorců nebo změny v sociálním chování (Pidrman, 2007, s. 9; Spar, La Rue, 2003, s. 117; Topinková, 2005, s. 137-138). Klinická symptomatologie musí být navíc závažná, postihující fungování postiženého

---

korespondence: luznyj@plkm.cz

---

jedince v každodenním životě. Vědomí jako integrální psychická funkce musí být u demence intaktní jak po kvantitativní, tak i po kvalitativní stránce (Smolík, 2001, s. 64-66; Monfort, 2009, s. 85-87). Diagnóza demence bývá stanovena zpravidla klinicky, jedinou stoprocentní diagnostickou metodou se stává až histopatologický průkaz z autopsie mozku post mortem (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 108). Je známo asi 60 různých etiopatogenetických příčin demence (Hort a Jiráček, 2007, s. 9), z nichž nejčastěji se vyskytující jsou demence atroficko-degenerativní (Alzheimerova demence a jiné), ischemicko-vaskulární demence (vaskulární demence a jiné) a další demence sekundární (tedy druhotné k jinému systémovému či orgánovému poškození). Diferenciální diagnostika je u demencí nutností, je potřeba odlišit zejména somatické a potenciálně léčitelné stavy imitující demenci (Semple et al., 2005, s. 132; Clément et al., 2006, s. 77-78).

Terapie demence má být komplexní, s psychofarmakologickým i nefarmakologickým přístupem (Jiráček, Borzová, 2006, s. 22). Jejím cílem je zpomalení průběhu demence, oddálení těžkých stádií onemocnění, zachování co největší možné soběstačnosti a autonomie pacienta spolu se snahou o maximální možnou kvalitu života (Pidrman, 2005, s. 173-174). Nejvyšším cílem v terapii demence má být snaha o co nejdélejší období zachování soběstačnosti, zlepšení fungování pacienta i z pohledu jeho sebehodnocení a kvality života (Lužný, 2011, s. 158).

Terapie demence je tak má ovlivnit všechny tři základní okruhy symptomů demence dle mnemotechnického schématu A-B-C: aktivity všedního dne (A - activities), behaviorální a psychologické příznaky nemoci (B - behavioral and psychological disturbances) a kognitivní příznaky (C - cognitive disturbances) (Pidrman, 2005, s. 174).

Farmakologické ovlivnění demence je zaměřeno na podporu a udržení kognitivních funkcí (paměti, úsudku, myšlení a jejich praktickými korelátů ve schopnosti organizovat a plánovat aktivity) za přispění léků zvaných kognitiva (nejčastěji v praxi inhibitorů acetylcholinesteráz či memantinu), dále pak na korekci nekognitivních příznaků demence (v praxi nejčastěji léčba deprese pomocí antidepresiv, léčba poruch chování pomocí antipsychotik či inhibitorů acetylcholinesterázy, léčba poruch spánku pomocí hypnotik či sedativních antidepresiv nebo antipsychotik). Terapeutickým úspěchem přitom není jen zlepšení úrovně fungování pacienta s demencí v běžném životě, ale i zbrzdění průběhu nemoci a oddálení těžších stádií nemoci (Pidrman, 2005, s. 173-174).

Nefarmakologické ovlivnění demence je neméně důležité. Je řešením méně nákladným, avšak z pohledu zachování soběstačnosti, zlepšení fungování pacienta i z pohledu jeho sebehodnocení a kvality života řešením velmi efektivním. Řadí se sem přístupy vycházející z principů kognitivně-behaviorální psychoterapie (kognitivní trénink, podpora naučených postupů, reminiscenční terapie), z principů nácvikové psychoterapie (programování aktivit, orientace realitou), či z principů empatické psychoterapie (validační terapie, reflektivní podpora). Nefarmakologické principy léčby demence jsou dále obohaceny prvky logoterapie a existenciální analýzy (smysl života, spirituální a transcendentální hodnoty), prvky abreaktivními a relaxačními (arteterapie, muzikoterapie, pet terapie) i prvky ergoterapeutickými a rehabilitačními (procvičování svalových skupin, dynamizace pacientů), (Holmerová, 2009, s. 91-100; Venglářová, 2007, s. 46-48).

Z těchto nefarmakologických léčebných modalit používáme na uzavřeném ženském gerontopsychiatrickém oddělení psychiatrické léčebny v Kroměříži následující postupy:

1. **Kognitivní trénink** – ten je vedený klinickým psychologem a ergoterapeutkou, klientky sedí v kruhu. Kognitivní trénink spočívá v tréninku kognitivních funkcí pomocí kvízů, her (puzzle, slovní fotbal – klientka vymýšlí nové slovo začínající na písmeno, kterým končí slovo vyřčené předchozí klientkou, hra tak pokračuje v kruhu v začlenění všech přítomných), křížovek, práce s kalendářem, novinami, časopisy.
2. **Podpora naučených postupů** – vedeno klinickým psychologem a ergoterapeutkou. Klientky vzpomínají na své oblíbené jídlo, na recepty, jak toto jídlo připravit. Klientky společně doplňují posloupnost metodických postupů přípravy svých oblíbených jídel.
3. **Reminiscenční terapie** – je vedena klinickým psychologem a ergoterapeutkou. V rámci reminiscenční terapie klientky pracují se svými osobními věcmi, fotografiemi. V kruhu ostatním představují osoby a situace zachycené na fotografiích, či hovoří o významu osobních věcí – dochází ke vzpomínání a podpoře dlouhodobé paměti.
4. **Programování aktivit** – je dáno režimem a harmonogramem oddělení. Je určena doba vstávání, ranní hygieny, podávání léků, snídaně, oběda, večeře, vycházek s příbuznými do okolí, návštěva mše v kostele. Je tak podpořen přirozený rytmus denních aktivit, s přiměřenou aktivizací

- klientek během dne, což pozitivně přispívá k regulaci případných poruch spánku.
5. **Orientace realitou** – je podpořena stavebně technickými dispozicemi gerontopsychiatrického oddělení. Přehledně jsou vedeny nástěnky (všeobecnými sestrami i klientkami samotnými) s aktuální tematikou, na stěně visí velké nástěnné hodiny, dobře viditelný kalendář. Místnosti a všechny dveře na oddělení jsou zřetelně popsány.
  6. **Validační terapie a reflektivní podpora** – je vedena klinickým psychologem ve skupinové i individuální formě práce s klientkami. Je respektována individualita osobnosti klientek, jejich autonomie, je podporováno pozitivní sebepojetí a sebehodnocení. Používány jsou principy nedirektivní rogersovské psychoterapie.
  7. **Prvky logoterapie a existenciální analýzy** – jsou volně a nenásilně včleněny k výše uvedeným formám práce s klientkami, sestávají se ze zamyšlení se nad smyslem lidského života, spirituální dimenzí. V případě potřeby je našim klientkám k dispozici řeholní sestra (zaměstnanec Psychiatrické léčebny v Kroměříži z řádu Milosrdných sester sv. Kříže v Kroměříži) či kněz.
  8. **Canisterapie** je doplněním nabízených aktivit ženského gerontopsychiatrického oddělení Psychiatrické léčebny v Kroměříži. Kontakt klientek se živým zvířetem – psem – je přirozeným zdrojem sociální aktivizace i emoční reflexe.

Nefarmakologické léčebné prvky jsou včleněny do denního režimu oddělení – konají se tedy každý den po obědě v době mezi 13. a 14. hodinou odpolední.

## Cíl

Cílem bylo zhodnotit efektivitu zavedených nefarmakologických aktivit na podporu a zachování kognitivních funkcí na ženském gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny v Kroměříži a rovněž zhodnotit spokojenost klientek s těmito psychoterapeutickými aktivitami (kognitivní trénink, podpora naučených postupů, reminiscenční terapie, programování aktivit, orientace realitou, validační terapie a reflektivní podpora, prvky logoterapie a existenciální analýzy, canisterapie).

## Soubor

V období duben až červen 2011 bylo provedeno šetření u celkem 62 klientek hospitalizovaných pro demenci na ženském uzavřeném

gerontopsychiatrickém oddělení psychiatrické léčebny v Kroměříži a splňujících podmínky účasti ve sledování (celkový počet hospitalizovaných klientek v tomto období byl 89). Těmito podmínkami bylo získání informovaného souhlasu s účastí v našem sledování a fyzická a mentální schopnost klientek podrobit se psychoterapeutickým aktivitám oddělení (vyločeny z účasti byly ležící klientky a dále klientky s těžkým či terminálním stádiem demence – MMSE pod 9). Diagnóza demence byla stanovena zkušeným psychiatrem dle diagnostických kritérií pro duševní poruchy Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (Smolík, 2001, s. 64-87) a u všech klientek zahrnutých do sledování dosahovala demence lehkého nebo středně těžkého stupně (MMSE v rozmezí 9 – 23). Žádná z klientek neabsolvovala nefarmakologickou léčbu kognitivních funkcí před aktuální hospitalizací na gerontopsychiatrickém lůžku psychiatrické léčebny v Kroměříži.

## Metodika

Byla aplikována screeningová škála Mini-Mental State Examination (MMSE) hodnotící kognitivní funkce (Folstein, 1975, s. 196-198), dále pak metoda kreslení ciferníku s instrukcí nastavit ručičky na požadovaný čas v hodnocení dle Shulmanna (1993, s. 487-496) - test kognitivních funkcí zvaný Clock drawing test - CDT, dále pak byla aplikována metoda strukturovaného rozhovoru (interview) – metodologicky bylo postupováno dle Miovského (2006, s. 162-163). Všechny klientky absolvovaly jednak vstupní zhodnocení kognitivních funkcí před zapojením do režimových aktivit oddělení, dále pak totéž zhodnocení kognitivních funkcí v závěru své hospitalizace na ženském gerontopsychiatrickém oddělení (škála Mini-Mental State Examination - MMSE, Clock drawing test - CDT).

Na závěr hospitalizace každá klientka zhodnotila možný přínos psychoterapeutických aktivit v rozhovoru (strukturovaný rozhovor vedený autorem studie). Klientky odpovídaly na následující otázky:

1. Co se Vám líbilo na absolvovaných psychoterapeutických aktivitách?
2. Je naopak něco, co se Vám na psychoterapeutických aktivitách nelíbilo?
3. Jak celkově hodnotíte psychoterapeutické aktivity nabízené gerontopsychiatrickým oddělením?
4. V čem vidíte přínos psychoterapeutických aktivit, které jste absolvovala?

5. Jak se cítíte po absolvování psychoterapeutického programu?

6. Napadá Vás ještě něco, co byste ráda sdělila ve vztahu k Vaší účasti na psychoterapeutických aktivitách oddělení?

Data byla statisticky zpracována pomocí programu Excel a Statistica a pomocí obsahové analýzy strukturovaného rozhovoru.

## Výsledky

Zhruba 2/3 klientek hospitalizovaných na ženském gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické

léčebny v Kroměříži splnilo podmínky účasti ve sledování (69,7 %). Průměrný věk klientek ve sledovaném souboru byl 72,3 let, průměrná délka hospitalizace klientek na gerontopsychiatrickém lůžku byla 34,6 dne. 39 klientek bylo léčeno kognitivní souběžně s nefarmakologickými intervencemi – u všech těchto 39 klientek byla kognitiva poprvé nasazena teprve na počátku hospitalizace na gerontopsychiatrickém oddělení. Nejčastějšími příjmovými diagnózami v rámci demence byla Alzheimerova demence pozdní typ, následována multiinfarktovou demencí a subkortikální vaskulární demencí (tab. 1).

Tab. 1 Popisné charakteristiky souboru

| Charakteristika  | Průměr/počet | S        |
|--|--------------|----------|
| Průměrný věk   | 72,3         | 0,6      |
| Průměrná délka hospitalizace (dny)   | 34,6         | 8,5      |
| Počet respondentů léčených kognitivní souběžně s nefarmakologickými intervencemi | 39           | --       |
| <b>Hlavní příjmová diagnóza</b>  | <b>n</b>     | <b>%</b> |
| Alzheimerova demence časný typ (F00.0)   | 1            | 1,6      |
| Alzheimerova demence pozdní typ (F00.1)  | 29           | 46,8     |
| Atypická Alzheimerova demence (F00.2)  | 3            | 4,8      |
| Vaskulární demence s akutním začátkem (F01.0)                                    | 4            | 6,5      |
| Multiinfarktová demence (F01.1)  | 10           | 16,1     |
| Subkortikální vaskulární demence (F01.2)   | 8            | 12,9     |
| Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence (F01.3)                    | 5            | 8,1      |

s - směrodatná odchylka

n - absolutní počet

Klientky sledovaného souboru absolvovaly úvodní zhodnocení kognitivních funkcí ve škále Mini-Mental State examination (MMSE) a v testu kreslení hodin (Clock drawing test, CDT). Průměrné skóre dosažené ve vstupním MMSE bylo 15,2 (odpovídá tedy dle Folsteina v průměru kategorii lehká demence), s minimem MMSE rovno 9 (středně těžká demence) a s maximem MMSE rovno 23 (lehká demence). Průměrné skóre dosažené ve vstupním testu CDT bylo 3,1 (odpovídá tedy dle Shulmana v průměru kategorii lehká demence), s rozpětím hodnot mezi 2 a 4 body (tab. 2).

Klientky sledovaného souboru absolvovaly rovněž závěrečné zhodnocení kognitivních funkcí ve škále

Mini-Mental State examination (MMSE) a v testu kreslení hodin (Clock drawing test, CDT) v rámci závěrečného zhodnocení psychiatrem před ukončením hospitalizace. Průměrné skóre dosažené ve vstupním MMSE bylo 15,4 (odpovídá tedy dle Folsteina v průměru kategorii lehká demence), s minimem MMSE rovno 9 (středně těžká demence) a s maximem MMSE rovno 24 (lehká demence). Průměrné skóre dosažené ve vstupním testu CDT bylo 3,0 (odpovídá tedy dle Shulmana v průměru kategorii lehká demence), s rozpětím hodnot mezi 2 a 4 body (tab. 2).

Tab. 2 Vstupní hodnoty škály MMSE a vstupní hodnoty v CDT ve sledovaném souboru

|                           | MMSE test |          | CDT test |          |
|---------------------------|-----------|----------|----------|----------|
|                           | vstupní   | výstupní | vstupní  | Výstupní |
| Aritmetický průměr        | 15,2      | 15,4     | 3,1      | 3,0      |
| Směrodatná odchylka       | 6,4       | 6,3      | 1,1      | 1,2      |
| Minimální hodnota         | 9         | 9        | 2        | 2        |
| Maximální hodnota         | 23        | 24       | 4        | 4        |
| Statistická významnost p* | 0,22      |          | 0,19     |          |

\* hodnotí rozdíl mezi skóre ve vstupním a výstupním testu

Porovnání mezi vstupními a výstupními hodnotami ve škále MMSE a testu CDT dosaženými klientkami sledovaného souboru ukazuje tabulka 3. Lze konstatovat, že ve sledovaném souboru během hospitalizace nedošlo ke statisticky signifikantnímu zlepšení, ale ani zhoršení v kognitivním výkonu.

Strukturovaný rozhovor na závěr hospitalizace klientek hodnotící absolvované psychoterapeutické aktivity, kterých se účastnily během hospitalizace na gerontopsychiatrickém lůžku, a následná obsahová

analýza těchto rozhovorů ukázaly následující nejčastěji se vyskytující kategorie (tab. 3). Raritní odpovědi vyjadřující spíše záporné hodnocení absolvovaných psychoterapeutických aktivit se týkaly nejčastěji pocitů studu před ostatními během skupinového sezení a počátečních obav z nároků kladených psychoterapeutickými aktivitami na klientky (tab. 3).

Tab. 3 Obsahová analýza strukturovaného rozhovoru

| Nejčastěji se vyskytující se odpovědi                  | n        |
|--|----------|
| Líbí se mi vstřícný a chápající přístup                | 55       |
| Cítím se lépe  | 52       |
| Líbí se mi setkání ve skupině                          | 43       |
| Zapojení se do aktivit oddělení mi pomáhá v sebedůvěře | 35       |
| Připomněla jsem si spoustu krásných událostí           | 32       |
| Získala jsem nové informace                            | 31       |
| Získala jsem nové přátele                              | 28       |
| Cítím se užitečněji                                    | 20       |
| <b>Raritně se vyskytující odpovědi</b>                 | <b>n</b> |
| Cítila jsem stud před ostatními ve skupině             | 4        |
| Bála jsem se, zda zvládnu práci ve skupině             | 3        |

n - absolutní počet

## Diskuse

V souladu s doporučenými klinickými postupy (Jirák, Borzová, 2006, s. 22; Holmerová, 2009, s. 91-100) jsou do komplexní terapie demence u klientů hospitalizovaných na uzavřeném ženském gerontopsychiatrickém oddělení psychiatrické léčebny v Kroměříži rovněž implementovány nefarmakologické postupy k udržení a podpoře kognitivních i nekognitivních funkcí (kognitivní

trénink, podpora naučených postupů, reminiscenční terapie, programování aktivit, orientace realitou, validační terapie a reflektivní podpora, prvky logoterapie a existenciální analýzy, canis terapie). Do těchto skupinových aktivit byly zařazeny klientky s demencí lehkého i středně těžkého stupně a tedy i s předpokladem k aktivní participaci na chodu terapeutické skupiny – podobně zahrnují do psychoterapeutických skupin pouze klienty s lehkou či středně těžkou demencí i zahraniční autoři (Viola

et al., 2011, s. 213-219; Yu et al., 2008, s. 150-161). Přestože se může zdát, že jsou logoterapeutické a existenciálně analytické prvky v rámci psychoterapeutických aktivit kognitivně nejnáročnějšími složkami nefarmakologické intervence, naše zkušenosti s nimi jsou u klientek s lehkou a středně těžkou demencí pozitivní – pomáhají klientky směřovat k individuální spirituální formaci, osobnímu zrání a spirituální reflexi sebe sama a sledují tedy praktické než filozofické cíle (srov. Kašparů, 2002, s. 8-10; Frankl, 2006, s. 147-148).

Sledování ukázalo, že zhruba 2/3 klientek hospitalizovaných ve sledovaném období pro demenci na gerontopsychiatrickém lůžku je schopno aktivní plnohodnotné účasti na psychoterapeutických aktivitách oddělení. Jedná se o klientky s lehkým či středně těžkým stupněm onemocnění demence (MMSE u klientek bylo mezi 9 – 23). Vhodné a žádoucí by však bylo také sledovat zbývající 1/3 klientek, které nebyly schopny účasti ve sledování, a vypracovat nefarmakologický management ovlivnění těžkých a terminálních stádií demence (bazální stimulace, validační terapie a reflektivní podpora) – na tuto cílovou skupinu klientů s demencí je výzkum bohužel poněkud méně orientován (Olazarán et al., 2010, s. 1465-1474). Ve sledování se nepodařilo prokázat statisticky signifikantní rozdíl ve zlepšení kognitivních funkcí screeningově hodnocených pomocí škály Mini-Mental State Examination a Clock drawing testu během sledovaného období (průměrná délka hospitalizace 34,6 dne) - důvodem může být velmi krátké období sledování, ve kterém nelze detekovat potenciální zlepšení úrovně kognitivních funkcí - kognitivní funkce by bylo vhodné hodnotit z delšího časového odstavu 3 – 6 měsíců (Jiráček, Borzová, 2006, s. 22). I tak lze konstatovat, že ve všech případech došlo ke stabilizaci úrovně kognitivních funkcí, což lze s ohledem na současný stav poznání považovat za terapeutický úspěch (Pidrman, 2005, s. 173-174). Většina studií hodnotící efektivitu nefarmakologického ovlivnění kognitivních funkcí u pacientů s lehkou a středně těžkou demencí referuje o prospěchu zapojení těchto nefarmakologických intervencí do managementu komplexní léčby demence (Olazarán et al., 2010, s. 1465-1474; Yu et al., 2008, s. 150-161).

Většina klientek hodnotí pozitivně psychoterapeutické aktivity, kterých se účastnily během hospitalizace na gerontopsychiatrickém oddělení. Klientky ocenily zejména vstřícný a chápající přístup, referovaly o subjektivním zlepšení svého stavu, dále pak ocenily skupinovou formu

vedení aktivit na oddělení, zlepšení sebedůvěry, kladně hodnotily vyvolání si příjemných vzpomínek i získání nových informací i přátel, dále pak utužení pocitu vlastní užitečnosti. Zkušenosti personálu ženského gerontopsychiatrického oddělení Psychiatrické léčebny v Kroměříži se zapojením klientek hospitalizovaných pro demenci do psychoterapeutických aktivit jsou rovněž kladné. Dochází k aktivizaci našich klientek ve vícero rovinách, k dynamizaci atmosféry na lůžkovém oddělení, zlepšení struktury režimu dne hospitalizovaných klientek.

### Závěr

Moderní léčba demence má být komplexní, zahrnující přístupy farmakologické i nefarmakologické. Prospěšnost právě tohoto komplexního přístupu prokazuje největší efektivitu v ovlivnění cílových příznaků demence – tedy v úrovni klienty dosahovaných aktivit všedního dne, v ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a ovlivnění kognitivních funkcí. Nefarmakologické intervence rovněž pomáhají k uchování autonomie, kladnému sebehodnocení i sebedůvěře klientů, a přinášejí do terapie jiný, lidský rozměr, který tabletky sebelepšího léků přinést nemůže.

Z nefarmakologických intervencí nejvíce profitují klienti s demencí lehkého či středně těžkého stupně, u kterých demence ještě závažně narušila kontakt s okolím nebo vážně neporušila soudnost, pozornost či jednoduché paměťové funkce. V praxi je důležité nabídnout těmto klientům možnost účastnit se psychoterapeutických aktivit k ovlivnění cílových příznaků demence, i když otázkou zůstává, kdo má být poskytovatelem těchto aktivit – erudovaný psycholog, ošetřující lékař, osoba se specializovaným výcvikem v některém psychoterapeutickém směru, či všeobecná sestra bez hlubší erudice v psychoterapii a rehabilitaci kognitivních funkcí?

Podobně nedořešeným a svízelným problémem je zachování kontinuity další zdravotní a sociální péče o klienty s demencí. V tomto kontextu je s politováním nutno konstatovat, že po propuštění z gerontopsychiatrického lůžka do ambulantní péče často zcela chybí fungující síť komunitních zařízení, které by mohly pokračovat v hospitalizaci započaté nefarmakologické intervencí ovlivňující kognitivní funkce a kam by klienti s demencí mohli docházet (geografická i faktická nedosažitelnost denních center pro seniory), což ve svém důsledku bortí konečné představy o komplexní a efektivní dlouhodobé péči o klienty s demencí.

## Etické aspekty a konflikt zájmů

Všechny klientky byly informovány o povaze a účelu sledování a všechny klientky projevíly ústní souhlas se svou účastí v tomto sledování. Autor příspěvku si není vědom jakéhokoliv konfliktu zájmů.

## Bibliografické odkazy

- CLÉMENT, J. P. et al. 2006. *Guide pratique de psychogériatrie*. 2. vyd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS, 2006. 263 s.
- FOLSTEIN, M. F. et al. 1975. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiat Res*. 1975, vol. 12, p. 196-198.
- FRANKL, V. E. 2006. *Lékařská péče o duši*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Cesta, 2006. 240 s.
- HOLMEROVÁ, I. 2009. *Nefarmakologický management demence*. In JIRÁK, R. et al. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s.
- HORT, J., JIRÁK, R. 2007. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Information, 2007. 32 s.
- JIRÁK, R., BORZOVÁ, C. 2006. *Demence*. In RABOCH, J. et al. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha: Infopharm, 2006. 204 s.
- KAPLAN, H. I., SADDOCK, B. J. 2009. *Manuel de poche de psychiatrie clinique*. 2. vyd. Rueil-Malmaison: Pradel a Wolters Kluwer France, 2009. 542 s.
- KAŠPARŮ, M. 2002. *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Cesta, 2002. 156 s.
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s.
- LUŽNÝ, J. 2011. *Quality of Life in Mentally Ill People*. In UEHARA, T. *Psychiatric Disorders. Worldwide Advances*. 1. vyd. Rijeka: Intech. 2011. 336 s.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s.
- MONFORT, J.C. 2009. *La Psychogériatrie*. 3. vyd. Paris: Presses Universitaires de France. 2009. 182 s.
- OLAZARÁN, J. et al. 2010. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *J Am Geriatr Soc*. 2010, vol. 58, no. 8, p. 1465-1474.
- PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s.
- PIDRMAN, V. 2005. *Kognitiva a další léky pro léčbu demencí a kognitivních poruch*. In BOUČEK, J., PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 304 s.
- SEMPLE, D. et al. 2005. *Oxford Handbook of Psychiatry*. 1. vyd. New York: Oxford University Press, Inc. 2005. 953 s.
- SHULMAN, K., et al. Clock-Drawing and dementia in the community: A longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993, vol. 8, p. 487-496.
- SMOLÍK, P. 2001. *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. rev. vyd. Praha: Maxdort Jessenius, 2001. 506 s.
- SPAR, J.E., LA RUE, A. 2003. *Geriatrická psychiatria*. Stručný sprievodca. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F. 239 s.
- TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.
- VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s.
- VIOLA, L. F. et al. 2011. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2011, vol. 25, no. 3, p. 213-219.
- YU, F. et al. 2008. Cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2008, vol. 23, no. 2, p. 150-161.