

VALIDÁCIA PODĽA NAOMI FEIL

souborný článok

Terézia Fertalová¹
Iveta Ondriová¹
Ľudmila Majerníková¹
Lívia Hadašová¹

¹Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, Slovenská republika

Kontaktná adresa:

PhDr. Terézia Fertalová, PhD.
Fakulta zdravotníckych odborov PU
v Prešove
Partizánska 1
080 01 Prešov
Slovenská republika
e-mail: terezia.fertalova@unipo.sk

SÚHRN

Fertalová T, Ondriová I, Majerníková L, Hadašová L. Validácia podľa Naomi Feil

Starnutie je téma, ktorou sa vedci zaoberajú celé storočia. Predstavuje súhrn biologických, psychických zmien a funkčných strát, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť úmrtia dospelého človeka. Uhol pohľadu, ale aj prístup k starobe a starnutiu sa líši predovšetkým v súvislosti s progresiou príznakov demencie. Autorka metódy validácie Naomi Feil na základe celoživotných skúseností práce so seniormi pracovala na vývoji terapie, ktorá je považovaná za vysoko morálnu podporu a formu pomoci, akú seniorovi so syndrómom demencie môžeme poskytnúť.

Kľúčové slová: starnutie, demencia, validácia, senior, terapia.

SUMMARY

Fertalová T, Ondriová I, Majerníková L, Hadašová L. Validation by Naomi Feil

Ageing is a subject that has engaged scientists for centuries. A collection of biological, psychological changes and functional losses that increase the probability of dying adult. Angle of view, but also access to old age and aging varies mainly associated with progression of dementia symptoms. Author of validation methods Naomi Feil, based on life experience working with seniors worked on the development of treatments that is considered highly moral support and help shape what senior with dementia syndrome can provide.

Key words: aging, dementia, validation, senior, therapy.

ÚVOD

Naomi Feil sa narodila v roku 1932 v Mníchove a vyrastala v domove dôchodcov, kde bol jej otec riaditeľom a matka vedúca sociálneho oddelenia. Po ukončení štúdia sociálnej práce získala titul Master v sociálnej práci a začala pracovať so starými ľuďmi. Na základe nespokojnosti s vtedajšími spôsobmi a metódami opatrovania starých ľudí začala vyvíjať iný spôsob terapie. Vývoj terapie prebiehal v rokoch 1963–1980. Popri teoretických základoch vychádzala predovšetkým z vlastných skúseností.¹

Od roku 1963 začala Naomi Feil vytvárať novú metódu, nakoľko s doterajšími spôsobmi terapie nedosahova-

la uspokojivé výsledky. Jej metóda mala pomáhať starým dezorientovaným ľuďom pri ich dezorientácii, ktorá starnutie často sprevádza.² Podkladom pre vznik validačnej terapie bola teória Erika Eriksona, ktorý rozdelil vývoj osobnosti do ôsmich vývojových etáp. Ďalší pilier validácie sa vzťahuje na hierarchiu potrieb vypracovanú Maslowom. Aj keď jeho pyramída potrieb je použiteľná hlavne pre orientovaných starých ľudí, je do určitej úrovne použiteľná aj pre dezorientovaných seniorov. Nevystihuje síce ich situáciu stopercentne, ale veľa z tejto pyramídy dáva zmysel a pomáha týmto seniorom lepšie porozumieť.²

Metóda validačnej terapie je považovaná za vysoko morálnu podporu a formu pomoci, akú seniorovi so syndrómom demencie môžeme poskytnúť. Avšak odrazovým mostikom pre jej poskytovanie musí byť ochota pracovníkov prijať úplne iný pohľad na riešenie tejto problematiky, snažiť sa pochopiť správnej príčine správania sa dezorientovaných seniorov, a taktiež snaha a dôslednosť pri používaní nových foriem prístupu ku klientovi alebo pacientovi.³

Ďalšia úloha validácie, pre starého človeka často najdôležitejšia, spočíva v pomoci starým a dezorientovaným ľuďom pri splnení ich poslednej životnej úlohy – zomrieť v pokoji a zmierený s okolím. Starý človek na to potrebuje dôveryhodného poslucháča alebo poslucháčov, ktorí jeho pocity rešpektujú, berú ho vážne, potvrdzujú a veria, že sú pravdivé. Cieľom načúvania nie je rozvíjať pacientovu fantáziu, ale pokúšať sa vyplaviť potlačené emócie, a tým čo najviac zmierniť jeho stres a úzkosť. Pri validácii, tak ako v celej ošetrovateľskej starostlivosti, je dôležitá i empatia. Spôsob správania sa pacienta, ktorý na nás niekedy môže pôsobiť zvláštne a nezvyčajne, je potrebné chápať v kontexte jeho konkrétneho životného obdobia. Ide o vnímanie podobné ako sa vníma aj napríklad adolescencia. Každé správanie adolescenta sa nehodnotí ako hneď psychotické, ale prihliada sa na špecifiká daného životného obdobia.⁴

Pri zhrnutí môžeme konštatovať, že validácia ako taká je kombináciou základného, no nevyhnutného empatického prístupu, vývinovej terapie určenej pre starých nedostatočne orientovaných alebo dezorientovaných seniorov, lebo nám pomáha porozumieť správaniu týchto seniorov. A napokon špecifických techník, ktorými pomáhame týmto ľuďom znovu získať svoju dôstojnosť.²

Existuje viacero princípov, ktoré musí používateľ validácie vziať do úvahy, ak chce prevádzka validačnú terapiu u starých, dezorientovaných ľudí. Musí si uvedomiť niekoľko faktov:

1. Aj nedostatočne orientovaní alebo dezorientovaní seniori sú jedineční a majú svoju hodnotu.
2. Nesnažme sa ich za každú cenu meniť, akceptujme ich takých, akí sú.
3. Musíme vedieť počúvať, empatické počúvanie vytvára dôverné prostredie, redukuje ich úzkosť a hlavne, prinavracia dôstojnosť.
4. Vyjadrené, akceptované a validované bolestivé pocity sa stávajú slabšími. Avšak ignorované a potlačené akoby silneli.
5. Správanie nedostatočne orientovaných aj dezorientovaných starých ľudí má svoje dôvody.
6. Správanie týchto ľudí môže byť opodstatnené jednou či viacerými ľudskými potrebami – spracovávanie nedoriešených úloh pre pokojné a vyrovnané umieranie, potreba v pokoji žiť, potreba získať nanovo svoju rovnováhu, nakoľko mobilita, pamäť a zmysly sa strácajú, potreba dať zmysel neradostnej realite, potreba nájsť si miesto, kde sa môže cítiť šťastne, potreba statusu, uznania, sebahodnoty, potreba byť produktívny a užitočný, potreba byť rešpektovaný a niekam patriť, potreba môcť vyjadriť svoje city a byť vypočutý, potreba ľudského kontaktu, potreba istoty a bezpečia, nie ob-

medzovania a izolácie, potreba akejkoľvek stimulácie a napokon, potreba redukcie bolesti a komplikácií.

7. Pri zlyhávaní verbálneho prejavu a krátkodobej pamäte sa vracajú dávno naučené vzorce správania.
8. Veci, osoby alebo predmety z minulosti nahrádzajú osobnými symbolmi, ktoré ich reprezentujú a majú emocionálny náboj.
9. Dezorientovaní alebo čiastočne orientovaní seniori žijú na rôznych úrovniach vedomia a často v rovnakom čase.
10. Pri oslabení piatich zmyslov sa títo seniori dokážu stimulovať a používať svoj vlastný „vnútorný zmysel“, pričom vidia svojim vnútorným zrakom a počujú tóny z minulosti.
11. Rôzne emócie, farby, zvuky, príhody, pachy, chute a obrazy v súčasnosti môžu prebudiť emócie, ktoré spustia im podobné emócie z minulosti.²

ŠTÁDIÁ

Pri sledovaní stavu pacientov trpiacich demenciou je vidieť, ako sa ich stav postupom času mení. Ich stav prechádza istými fázami alebo štádiami, ktoré Naomi Feil definuje nasledovne:

I. štádium: Nedostatočná, čiastočná orientácia, nešťastné rozpoloženie

V tomto období svojho života má senior potrebu vyjadriť všetky alebo iba niektoré nevyjadrené negatívne pocity z minulosti. Je nesprávne považovať tieto prejavy za výplod pacientovej bujnej obrazotvornosti, ale správna bude snaha zmierniť uňho bolesť, ktorú mu takéto dávne konflikty spôsobujú. Ďalšou črtou je, že senior ešte má problémy s akceptáciou rastúcich telesných a sociálnych zmien, ktoré tento vek prináša. Uvedomenie si týchto strát so sebou prináša spomienky na straty z minulosti. V prvom štádiu dezorientácie sa u seniora vynárajú také obvinenia, ktoré ešte majú svoj zmysel a účel. Orientácia ako taká je prítomná, ale nie v šťastnom zmysle. Práve orientácia je akoby potrebou vyriešiť nedokončený alebo problematický vzťah z minulosti. Pacient takto prenáša nevyjadrené pocity z minulosti na osoby z prítomnosti. V bežnom živote títo seniori fungujú normálne, len občas nejakú pasáž opakujú bez jej spojitosti s prítomnosťou.⁴

Z telesnej stránky majú pacienti jasný a zameraný pohľad, obvykle dosť strnulý postoj, pohyby stabilné a cielené, svaly napnuté, prstami a rukami často ukazuje, drží ich prekrížené. Často siaha za nejakou svojou vecou, dokáže informácie kategorizovať, má predstavu o čase a zvyčajne ešte dokáže písať, čítať, počítať a používať správne slová. Psychická oblasť je poznamenaná ich naviazanosťou na realitu, rešpektujú pravidlá, chcú byť pochopení a snažia sa sami pochopiť, „biele“ miesta v pamäti zaplňajú domýšľaním, bránia sa zmenám, občas si svoju dezorientáciu uvedomujú, snažia sa zakryvať svoje pocity a zvyknú obviňovať iných, ak sa im zdá, že sa ich straty zväčšujú.² V správaní nastávajú zmeny súvisiace so starnutím. Pre pacienta je dôležité mať a vlastniť, preto si odkladajú bežné veci – tašku, palicu, noviny. Vehementne sa držia tých-

to vecí, pretože si nimi kompenzujú iné straty, napríklad skrývajú kľúče, aby nestratili či už domov alebo auto.⁴

II. štádium alebo fáza: Dezorientácia v čase, strata kognitívnych schopností a orientácie v časovom slede

V tomto období je senior zvyčajne po 70. roku života a má už vážnejšie poškodenie mozgovej aktivity. Zvyčajne už má problémy s chôdzou a zmyslami, napríklad zrakom alebo sluchom. Seniori sa už nesnažia zakryvať svoje straty, nesnažia sa lipnúť na realite, nevnímajú jednotlivé časové úseky, ako sú minúty alebo hodiny. Chýbajú im podnety, pretože v tomto období sú už často ignorovaní. Niektoré veci zo súčasnosti vnímajú ako symboly, nejaký pocit alebo vnem vyvoláva niečo alebo niekoho z minulosti. Po telesnej stránke majú zvyčajne uvoľnené svalstvo, pohybujú sa elegantne, často sa iba tak zahľadia do dialky, rozprávajú pomaly a ich gestá sú primerané emóciám. Rozprávajú plochým, hlbokým hlasom, iba zriedka plačlivo alebo zvýšeným tónom. V psychickej oblasti napriek všetkej múdrosti sa vracajú k intuitívnemu poznaniu, vedia rozoznať úprimný záujem od neúprimného, častejšie spomínajú príjemné zážitky z detstva. Napriek zabúdaniu posledných udalostí si zvyknú spomínať na staré zážitky, ktoré pre nich mali emocionálny význam. Schopnosť čítať je ešte zachovaná, ale už menej schopnosť písať. Začína sa u nich prejavovať strata sociálnych zábran alebo kontroly, zvyknú požadovať splnenie svojich pudových potrieb – hlavne v oblasti lásky a potravy.² V správaní im chýba udržanie pozornosti, nedokážu dodržiavať pevné pravidlá hry. Často zabúdajú mená osôb z prítomnosti a nahrádzajú ich menami z minulosti. Nie je výnimkou, že si osoby nahrádzajú vecami. Uzatvárajú sa do seba, aby zvládli svoju osamelosť, izoláciu, opustenosť, aby prekonalni ničnerobenie, aby mohli opätovne prežívať pocit potrebnosti, a aby sa svojou minulosťou mohli v pokoji zaoberať. V tomto období majú zvyčajne už porušené logické myslenie.⁴

III. štádium alebo fáza: Opakujúce sa pohyby nahrádzajú komunikáciu

Do tohto úseku sa seniori dostanú, ak im nie je umožnené spracovať emócie tak, aby im ich niekto validoval. Dostávajú sa na predrečovú úroveň zvukov a pohybov, aby si takto dokázali riešiť nevládnuté konflikty z minulosti. Tu sa pre nich stávajú časti tela symbolmi a pohyby slovami. V telesnej oblasti sa u človeka v tomto štádiu začínajú prejavovať vo verbálnom prejave nezrozumiteľné vety. Zvykne opakovať zvuky naučené v detstve – mľaskanie, spievanie alebo kričanie. Odpoveďou reagujú len keď sú stimulovaní hlasom, dotykom alebo očným kontaktom. Aj keď majú oči privity, nepozerajú na konkrétny objekt. Po telesnej stránke majú ešte dostatok energie na činnosti ako tanec alebo spev, ale nie keď je pri tom potrebné myslieť alebo súvisle hovoriť. V psychickej oblasti si ešte pamätajú svoje najstaršie skúsenosti. Avšak konkrétne údaje ako mená alebo tváre si už nepamätajú. Strácajú schopnosť premýšľať o sebe, táto sa u nich už úplne vytráca.⁵ V správaní sa začínajú prejavovať straty

v oblasti sebakontroly, komunikačných schopností a sociálnych zručností. Takmer úplne sa u nich stráca schopnosť myslieť. Odpovedajú len na stimuláciu telesným dotykom s hlasovým a očným kontaktom. Pre ich okolie je dôležité, že správnym prístupom sa ich schopnosti ešte dajú do určitej miery obnoviť.²

IV. štádium alebo fáza: Vegetovanie – úplné stiahnutie sa do seba

Je to posledné štádium, v ktorom sa jedinci stiahnu úplne do svojho vnútra. Toto nastáva, keď nie sú dostatočne alebo niekedy vôbec stimulovaní, alebo ešte v prípade, keď sú nadmieru medikovaní. Nesnažia sa už o žiadne pohyby ani zvuky. Z telesných príznakov sa u jedincov prejavujú zatvorené oči, uvoľnené svalstvo, sú nepohybliví, telo je u nich vpadnuté. Dýchanie je ľahké a plytké. Už nedokážu rozprávať. Často ležia v polohe plodu, tak aby unikli bolestivej skutočnosti. Nezriedka im dokonca vytekajú sliny. Psychickú stránku je problematické riešiť, nakoľko sú tak uzavretí do seba, že nereagujú na žiadne podnety. Nie sú v stave prevádzať akúkoľvek činnosť. Sú v stave, akoby sa vzdávali života. Z ich správania je charakteristické, že už nespoznávajú ani blízkych príbuzných, a je takmer nemožné zistiť, či sa k nim nejaké informácie vôbec dostávajú.²

FORMY VALIDAČNEJ TERAPIE

Medzi základné formy validačnej terapie patrí individuálna a skupinová forma. Pri **individuálnej forme** pracuje terapeut v troch krokoch:

- 1. V prvom kroku** zbiera všetky dostupné informácie, ktoré sú potrebné na samotnú validáciu, ale taktiež na vyhodnotenie jej účinnosti. Terapeut získava informácie o veciach „tu a teraz“ a o veciach „vtedy a tam“.
- 2. Druhým krokom** je určenie fázy, v ktorej sa osoba nachádza. V tomto kroku porovná získané informácie s jednotlivými prejavmi seniora a na ich základe určí štádium alebo fázu, v ktorej sa starý človek nachádza.
- 3. Tretím krokom** je už samotná validačná terapia. Používateľ terapie by mal prichádzať za osobou pravidelne a používať také validačné techniky, ktoré mu v jednotlivých fázach môžu pomôcť.

Skupinová terapia

Skupinová terapia je podmienená vytvorením vzájomnej dôvery, aby si jednotliví členovia mohli vzájomne vyjadriť svoje vlastné pocity, mohli spokojne verbálne aj neverbálne komunikovať, riešili problémy, boli vo vybraných sociálnych rolách aktívni, naučili sa najvyššej možnej miere kontroly a hlavne, aby dokázali získať pocit svojej vlastnej hodnoty. Cieľom skupinovej validácie je aj redukcia strachu, zníženie nutnosti obmedzujúcich a upokojujúcich prostriedkov a zabrániť vegetovaniu u starých dementných pacientov. Jeden nemenej dôležitý cieľ je pre príbuzných a personál, pretože validáciou je možné znížiť riziko syndrómu vyhorenia.²

Do validačného tímu je žiaduce zapájať pracovníkov – nielen ošetrovateľský personál, ale aj personál z úseku upratovania, kuchyne, kancelárií, sociálnych pracovníkov alebo fyzioterapeutov. Najvhodnejším riešením je vytvoriť validačný tím, ktorý by stimuloval klienta či pacienta rovnakou validačnou technikou.³

Základ validačných stretnutí spočíva, ako a čo vlastne dementný človek vlastne chce vyjadriť, a aj keď sa to nezodpovedá s realitou, vhodne a adekvátne na to reagovať.⁵

Naomi Feil vypracovala viacero techník pre jednotlivé fázy alebo štádiá demencie tak, aby boli pre jedinca v konkrétnom stave užitočné. Ide v podstate o značne jednoduché spôsoby, ktoré si nevyžadujú žiadne špeciálne a odborné štúdiá. Používa sa pri nich pomerne veľa prvkov neverbálnej komunikácie, ako dotyk, očný kontakt, hudba, či tón hlasu. Túto techniku nemusia používať iba terapeuti, ale všetci, ktorí so seniormi pracujú.

Koncentrácia (vhodná pre I., II., III. a IV. štádium)

Každé validačné stretnutie musí začínať centrovaním, čiže terapeut sa koncentruje sám na seba. Musí sa dokázať koncentrovať na situáciu tu a teraz a nechať všetky vedľajšie vnemy bokom. Ide o uvedomenie si – oddelenie a zbavenie sa, vlastných pocitov – teda toho, čo je vedľajšie, nepodstatné, od pocitov pacienta – čiže toho hlavného, podstatného, dôležitého. Iba zbavením sa vlastných pocitov dokáže terapeut zúčastnene počúvať a vnímať pacientove pocity.

Hovoriť jednoznačne a jednoducho (vhodná pre I. a II. štádium)

V týchto štádiách sa starý človek ešte zaoberá svojim životom, a preto zväčša nemá záujem o porozumenie vlastných pocitov. Nemá potrebu chápať, prečo sa správa tak, ako sa správa. Preto je vhodnejšie nekonfrontovať ho z jeho pocitmi a klásť skôr otázky kto, čo, kedy, kde než otázky typu prečo. Základom vybudovania dôvery je v tomto prípade jednoduchosť a jednoznačnosť komunikácie formou vecných otázok.⁴

Opakovanie (vhodná pre I. a II. štádium)

Pre starého človeka, ktorý je v čase rozoberania svojho života, môže byť útechou aj zopakovanie svojich slov. To, že počuje svoje vlastné slová zopakované niekým iným, ho sčasti upokojuje. Nie je nutné opakovať jeho vety doslova, ale s použitím kľúčových slov zachovať jeho obsah. Pritom je potrebné naladiť sa na rovnaký tón, rýchlosť a melódiu reči. Ako príklad uvádza pani Feil automechanika, pre ktorého malo jeho auto veľký význam. Pri jeho obvinení, že mu auto pokazili, reaguje terapeut opakovaním jeho otázky: „Na aute ste mi pokazili prevodovku! Chcem, aby mi auto fungovalo tak, ako má normálne fungovať.“ – „Chcete mať auto v poriadku, chcete ho dať opraviť, aby vám znova fungovalo.“⁶

Predkladanie extrému (vhodná pre I. a II. štádium)

Pri tejto technike ide o princíp, kedy terapeut pacientovi pomôže vybrať najhoršiu alternatívu, ktorá by mohla nastať pri riešení daného problému. To pomyslenie vyvolá u pacienta intenzívnejšiu reakciu, čo mu pomôže tieto pocity postupne uvoľniť. Príkladom môže byť sťažovanie sa

pacienta na zlé jedlo, kedy sa ho terapeut spýta, či je toto jeho najhoršie jedlo. Problém pacienta totiž vôbec nemusí byť v jedle, ale napríklad v nevhodnej zubnej náhrade, problémoch s ústnou dutinou apod.⁵

Predstavenie opaku (vhodná pre I. štádium)

Túto techniku si môže terapeut zvoliť, len ak je medzi ním a pacientom vybudovaný vzťah dôvery. Navrhne pacientovi predstaviť si „opačnú“ situáciu. Takto je pacientovi umožnené spomenúť si na také riešenia, ktoré už zažil predtým. Príkladom môže byť strach zo samoty, ktorý sa pacientke premietal ako muž, ktorý jej v noci prichádzal do izby. Opačnou otázkou – „Sú aj noci, kedy ten muž nepríde?“ si pacientka uvedomila, že ten muž prichádza, len keď je sama.⁴

Spomínanie na minulosť (vhodná pre I. štádium)

Táto technika nadväzuje na techniku predstavenia opaku. Pre starého človeka je ťažké hľadať stále nové spôsoby a metódy riešení. A keďže pri práci s minulosťou má možnosť zistiť, či pacient už niečo podobné nezažil, môže týmto spôsobom nájsť osvedčenú cestu riešenia problému. Terapeut je nápomocný pre pacienta pri vybavovaní si týchto spomienok, ktoré podporuje otázkami stále a nikdy. Napríklad pri pacientkinej nespavosti jej položí otázku – „Stále to bolo tak, že ste nemohli spať?“ Takto jej pomôže spomenúť si, čo robila predtým pre lepšiu spánok.⁵

Uprednostňovanie zmyslu (vhodná pre I. a II. štádium)

Takmer každý človek uprednostňuje niektorý telesný zmysel, či už je to zrak, sluch, hmat alebo iný. Ak sa terapeut dozvie, ktorý zo zmyslov jeho pacient uprednostňuje, môže sa mu prihovárať takým spôsobom, ktorý je preňho zrozumiteľnejší a zasahuje jeho svet. Takto môže tiež prispieť k vybudovaniu dôvery. Zistenie tohto zmyslu je vecou pozorovania, skúšania a hľadania. Ak terapeut používa vo validácii tento zmysel, môže výrazným spôsobom podporiť dôveru. Jednou z možností je aj požiadanie pacienta, aby spomínal na udalosti z minulosti, a aby ich opisoval. Pacient svoj uprednostňovaný zmysel zvykne vyzdvihovať. Príklad by mohlo byť, keď pacient rozpráva o výlete, na ktorom bol, a čo všetko videl.⁴

Držanie blízkeho a úprimného očného kontaktu (vhodná pre II. a III. štádium)

Pri pokročilých štádiách demencie pacient dokáže cítiť lásku a istotu, hlavne ak s ním terapeut udržiava očný kontakt. Ak má pacient navyše aj problémy so zrakom, koncentruje sa iba na to, čo je priamo pred jeho zrakom. Ak sa v jeho zornom poli zjaví niekto, kto sa pozerá priamo naňho, zaujme ho to a v tejto osobe vidí tú rodičovskú istotu a lásku, ktorú túži prežívať. Vďaka tomu sa znižuje jeho strach a prítomnosť terapeuta začne vnímať vážnejšie.⁹

Používanie zámen s viacerými možnosťami

interpretácie (vhodné pre II. a III. štádium)

Dezorientovaný starý človek často používa slová, ktoré pre iných nemajú vôbec žiadny význam. Často, ak nevie nájsť správne slovo, snaží sa dorozumieť rôznymi spôsobmi, ktorým nie je ľahké porozumieť. Na terapeutovej zručnos-

ti je dokázať s pacientom komunikovať napriek nejasnosti a nepresnosti, ktorú taký rozhovor prináša. Od terapeuta sa vyžaduje, aby dokázal ponechať vyjadrovanie sa pacienta vo viacznačnosti a neurčitosti, ktorú môže podporiť používaním zámen – on, ono, ona, niekto, niečo, ten, tá, ktorými nahrádza problematiku slov. Ak by terapeut chcel za každú cenu zistiť, aké slovo chcel pacient použiť, mohol by jeho stav iba zhoršiť a posunúť smerom k vegetovaniu.⁶

Snaha o jasnú, vládnu a láskavú komunikáciu (vhodné pre II. a III. štádium)

Táto technika by mala byť vlastná všetkým terapeutom, nakoľko ak pri komunikácii s dezorientovaným človekom reagujeme nevládne, netrpezlivo a agresívne, vyvoláva to v ňom iba úzkosť, strach, alebo dokonca paniku. Preto je dôležité prihovárať sa láskavo, vládne a jasne. Takáto komunikácia mu pomáha vyvolávať spomienky na milované osoby a udalosti a odbúrava zbytočný stres.⁴

Sledovanie a zrkadlenie pohybov a pocitov (vhodné pre II. a III. štádium)

Pokročilejšie štádiá demencie sú charakteristické strácaním pacientových zábran. Zlepšiť komunikáciu môže v tomto prípade terapeut, ktorý pozná a dokáže zrkadliť pacientove pohyby, typické výrazové gestá a iné výrazy jeho neverbálnej komunikácie. Tejto technike musí predchádzať pozorovanie pacienta, terapeut si všíma jeho oči, tvárové svaly, dych, bradu, dolnú peru, ruky a spôsob sedenia. Všetky tieto aspekty by mal zrkadliť. Takto môže vstúpiť do pacientovho emocionálneho sveta a vybudovať si s ním dôverný vzťah. Príkladom môže byť bývala sekretárka, ktorej jediným prejavom bolo klopanie po stole. Istý čas si terapeut klepkal s ňou a potom sa spýtal, ako rýchlo píše, a ona mu odpovedala číslom.⁵

Nadviazanie kontaktu s nenaplnenými ľudskými potrebami (vhodné pre II. a III. štádium)

Medzi tri základné ľudské potreby patrí byť milovaný, byť potrebný a prejavovať svoje pocity. Z toho vyplýva, že prejavy, pohyby a aktivita pacienta, jeho neustále opakovanie niektorých činností často súvisia práve s týmito potrebami. Nenapĺňanie týchto potrieb môže byť navonok prejavované akýmkoľvek spôsobom. Naomi Feil uvádza príklad ženy, ktorá cítila prítomnosť láskavej matky pri skladaní servítky a toto skladanie sa jej spájalo s ľudskou potrebou lásky.⁶

Používanie dotyku (vhodné pre II., III. a IV. štádium)

Najlepšie je využitie tejto techniky u pacientov, ktorí nie sú orientovaní v čase a strácajú svoje zmysly, hlavne zrak a sluch. Týmto stratili aj istú možnosť prijímania informácií a podnetov. Prestávajú sa orientovať v čase a niekedy aj v mieste. Začínajú si zamieňať prítomné osoby s osobami z minulosti. Napokon sa zväčša uzavru do svojho vlastného sveta. Ak chce terapeut vstúpiť do sveta tohto pacienta, môže to urobiť cez dotyky, a to také, akými sa ho dotýkali milované osoby v minulosti. K pacientovi je potrebné pristupovať spredu, aby sa nezľakol. Aj touto technikou sa dá nadviazať dôverný vzťah. Naomi Feil odporúča aj konkrétne spôsoby dotykov. Napríklad, špičkami prstov jemne krúžiť v hornej oblasti líc, potom ten istý pohyb, ale dru-

hou rukou jemne tlačiť na pacientovo záhlavie a dať maľičky rúk a ušné laloky a prstami hladiť líca od uší k brade. Potom navrhuje ešte jemné masírovanie ramien a jemné dotyky lýtok. Pri tejto terapii je nevyhnutná opatrnosť, nakoľko si dotyky nemusia želať buď samotný pacient, alebo s nimi nemusia súhlasiť jeho príbuzní. Nezáleží na tom, či človek trpí demenciou alebo inou chorobou, na rešpektovanie jeho osobného priestoru nemôže terapeut zabúdať.⁶

Používanie hudby (vhodné pre II., III. a IV. štádium)

V prípadoch, kedy človek stráca schopnosť klasickej verbálnej komunikácie formou slov a viet, sa mu ešte stále môžu v mysli vynárať známe, dávno naučené melódie. Aj keď už nedokáže rozprávať, ešte stále dokáže zaspievať uspávanku, ktorú si pamätá z detstva. Pomocou hudby sa u niektorých pacientov dá nadviazať vzťah, pri ktorom dokážu prehovoriť niekoľko slov. Z hudby dokážu čerpať energiu.⁴

Starnutie u nás je kompatibilné so starnutím v celej Európe. Preto sa v súvislosti s predlžovaním života čoraz častejšie spomína aj jeho kvalita. V tejto súvislosti majú seniory v domácej starostlivosti istý benefit oproti seniorom v zariadeniach, avšak často na úkor ochudobnenia v oblasti sociálnych kontaktov.⁷ K cieľom validácie radia autori s menšími obmenami hlavne obnovu sebaúcty seniora, s čím súvisí aj znižovanie stresu, riešenie konfliktov z minulosti a odôvodňovanie prežitého života. K ďalším cieľom radíme tie, ktoré spočívajú v zlepšovaní neverbálnej aj verbálnej komunikácie a prevencii „sťahovania“ sa do seba seniormi, čoho následkom je ich „vegetovanie“. Zlepšenie pohyblivosti, zlepšenie kvality života seniorov a následne vytvorenie vzťahu založeného na dôvere uľahčujú a zvýhodňujú tak život seniora ako aj prácu personálu či príbuzných.⁸ Metóda validácie nie je žiadnym závažným liekom ani liečebnou metódou. Poukazuje na to, že každé správanie, dokonca aj to, pre nás v danej chvíli nepochopiteľné má svoju príčinu a svoje dôvody. Ak dokážeme reagovať iným spôsobom, ako bežne reagujeme, tak môžeme predchádzať rôznym vypätým situáciám, podráždeniu a zbytočnému stresu na strane seniora, vyčerpaniu a do istej miery aj syndrómu vyhorenia na strane personálu alebo opatrujúcich príbuzných.⁹

ZÁVER

Doterajšie výskumy Naomi Feil preukázali, že starší dezorientovaní seniory reagujú na validačnú terapiu pozitívne. Zmeny v ich správaní nastávajú v pomalých krokoch a sú vo svojej úspešnosti kolísavé. Certifikovanou lektorkou metódy Validácie podľa Naomi Feil na Slovensku a v Čechách je Mgr. Mária Wirth, PhD. Má dlhoročné skúsenosti s ľuďmi s demenciou a s prácou s rodinami. Od roku 2009 do súčasnosti sa venuje lektorovaniu metódy Validácie podľa Naomi Feil. V marci 2013 sme mali možnosť zúčastniť sa medzinárodného workshopu s názvom: „Validácia s Naomi Feil“, ktorý viedla samotná autorka teórie. Vzhľadom na pribúdajúci počet seniorov v populácii budúcnosť nás vyzýva zaoberať sa inovatívnymi prístupmi, ktoré skvalitnia poskytovanú starostlivosť chorým s demenciou.

LITERATÚRA

1. Klímová E, Magurová D. et al. Teória a prax v starostlivosti o chorého s Alzheimerovou chorobou. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity 2013.
2. Feil N, De Klerk-Rubin V. Validácia. Cesta, ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom. Bratislava: OZ Terapeutika 2015.
3. Sukupová M. Validace podle Naomi Feil v geriatrické péči. Diplomová práca. Masaryková univerzita, Lékárska fakulta 2013. [online] [citované dňa 19.11.2014] Dostupné z: http://is.muni.cz/th/398054/lf_m/Sukupova-DP-.txt.
4. Tavel P. Validácia terapie. In: Ostium, internetový časopis pre humanitné vedy 2014; 4. [online] [citované dňa 19.11.2014] Dostupné z: <http://ostium.sk/index.php?mod=magazine&act=show&aid=50>.
5. Tavel P. Psychické problémy v starobe. Martin: Schola Philosophica 2009.
6. Feil N, De Klerk-Rubin V. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 9. přepracované a rozšírené vydání. München: Ernst Reinhardt Verlag 2010.
7. Dimunová L. et al. Vybrané parametre pri posudzovaní kvality života seniorov v domácej a inštitucionalizovanej starostlivosti. In: Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie 2013; 3 (1), [online] [citované 19.12.2014]. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2013/19-vybrane-parametre-pri-posudzovani-kvality-zivota-seniorov-v-domacej-a-institucionalizovanej-starostlivosti.pdf.
8. Malíková E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing 2011.
9. Procházková L. Odborný časopis – Sociální péče. Metóda validace – podpora práce s dezorientovanými ľuďmi 2012; 14 (2).

referáty z literatury

Ehrenthal JC, Graetz Ch, Plaumann A et al. Number of teeth predict depressive symptoms in a longitudinal study on patients with periodontal disease

(Počet zubů předpovídá depresivní příznaky v dlouhodobé studii pacientů s chorobou periodontu) *Journal of Psychosomatic Research* 2016; 89: 16–19.

Choroba periodontu je spojená s celou řadou psychosociálních rizikových faktorů. Nemoc, týkající se ztráty zubů, byla spojována se zvýšením depresivních příznaků ve zkřížených průřezových studiích. Nicméně zatímco je deprese známý rizikový faktor pro výsledek chronických nemocí, zůstává nejasné, zda ztráta zubů může také předpovědět depresivní příznaky v průběhu léčby.

Cílem pilotní studie německých autorů z různých univerzitních pracovišť (Heidelberg, Kassel, Kiel) bylo otestovat, v jakém rozsahu počet zubů předpovídá depresivní příznaky o několik let později.

Stav zubů 310 pacientů s chronickou a agresivní periodontitidou byl hodnocen na začátku specializované ambulantní léčby. Autoři hodnotili depresivní příznaky pomocí dotazníku Patient Health Questionnaire průměrně o 13 let později. Regresní analýzy byly použity ke spojení původního počtu zubů se skóre deprese.

Méně zubů na počátku léčby bylo spojeno s vyššími skóre depresivních příznaků dokonce i po úpravě několika souběžných proměnných ukazatelů.

Autoři uzavírají, že ztráta zubů je možný rizikový faktor pro vývoj deprese u choroby periodontu. Další longitudinální studie, kontrolující počáteční depresivní příznaky, jsou potřebné ke zjištění mechanismů choroby.

Ferentinos P, Margaritis D, Douzenis A Escitalopram-associated acute urinary retention in elderly men with known or latent benign hyperplasia: A case series

(Escitalopram spojený s akutní močovou retencí u starších mužů se známou nebo latentní benigní hyperplasií prostaty: série případů) *Clin Neuropharmacol* 2016; 39 (6): 327–328.

Porucha funkce dolního močového traktu je častá u starších mužů a je potenciální příčinou závažných komplikací, jako je akutní močová retence (AUR – Acute Urinary Retention). Poléková AUR u selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, včetně escitalopramu, byla hlášena jen zřídkakdy. Oznamované případy neměly v anamnéze poruchu močení.

Řeční autoři z University of Athens referují o vývoji AUR po zahájení léčby escitalopramem ve standardní dávce u 3 pacientů s dříve diagnostikovanou nebo neznámou, latentní a bezpříznakovou benigní hyperplasií prostaty. Močová retence ustoupila po vysazení escitalopramu u 2 případů, ale vedla k naléhavé prostatektomii u případu třetího.

Tato série případů uvádí do popředí potenciální spjitost escitalopramu s AUR u starších mužů se známou nebo latentní benigní hyperplasií prostaty. Podle názoru autorů jsou oprávněné další studie ke zkoumání, zda by porucha močení měla být zvážena za kontraindikaci pro léčbu escitalopramem.

MUDr. Jaroslav Veselý