

NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY V TERAPII ALZHEIMEROVY DEMENCE A PRAKTICKÉ ASPEKTY PÉČE O POSTIŽENÉ

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., PhDr. Hana Janečková, Ph.D., MUDr. Hana Vaňková, Mgr. Petr Veleta
Gerontologické centrum, Praha

Auтори předkládají základní informace o nefarmakologických metodách v managementu demencí a navrhuji jejich členění dle kontextu jednotlivých problémových okruhů Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění vedoucích k demenci.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, demence, nefarmakologické metody.

Klíčové slova MeSH: Alzheimerova choroba – terapie; demencia – terapie.

NON-PHARMACOLOGICAL METHODS IN THE MANAGEMENT OF DEMENTIA AND PRACTICAL ASPECTS OF CARE

The authors present an overview of non-pharmacological methods in the management of dementia and they suggest their classification according to the main problems in the context of Alzheimer's disease and other causes of dementia.

Key words: Alzheimer's disease, dementia, non-pharmacological methods.

Key words MeSH: Alzheimer disease – therapy; dementia – therapy.

Psychiatr. prax, 2005, roč. 6 (4): 175–178

Demence představují závažný problém pro zdravotně sociální systémy všech zemí, problém, jehož rozsah si dosud plně neuvědomuje laická ani odborná veřejnost, ale vesměs ani tvůrci zdravotní a sociální politiky (13). Na individuální úrovni představují demence závažnou a dlouhotrvající situaci pro pacienta i jeho rodinu. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, která je zodpovědná za 60–70 % případů syndromu demence (8).

Pacienti s Alzheimerovou chorobou žijí doma nejprve samostatně, později potřebují stále intenzivnější pomoc a podporu rodiny a profesionálních služeb. Někteří pacienti s demencí zůstávají v rodinném prostředí i v terminálních fázích tohoto onemocnění, někteří jsou ošetřováni v instituci. V České republice je v domácím prostředí ošetřováno asi 80 % nesoběstačných seniorů (13). To znamená, že pečující rodiny představují velmi důležitý, alternativní, a pro společnost bohužel málo viditelný systém péče o pacienty postižené demencí.

Alzheimerova choroba a jiné demence vyžadují celostní a multidisciplinární přístup zřejmě ještě více než jiná významná onemocnění. Důležitou součástí v managementu demencí jsou nefarmakologické přístupy, podpora pečujících rodin a organizační opatření. Práce, které zkoumají nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí a k jejich rodinným příslušníkům, se objevují zejména v posledních dvou desetiletích, takže v současné době jsou k dispozici již přehledy a metaanalýzy těchto studií (1, 17). Ani ty však u mnoha metod

a v mnoha aspektech nepřinášejí jednoznačné závěry. Je tomu tak z důvodů metodologických: většina nefarmakologických přístupů v managementu demencí je uchopitelná spíše kvalitativními metodami, zatímco medicína založená na důkazech vyžaduje výsledky kvantitativní, a to zejména výsledky randomizovaných kontrolovaných studií, které jsou u mnoha nefarmakologických metod velmi obtížně proveditelné. Dochází tak k paradoxní situaci, kdy pro dílčí výsledky některých metod hovoří vcelku přijatelné vědecké důkazy, které jsou však poněkud v rozporu se zkušenostmi z každodenní praxe (orientace realitou), zatímco pro některé metody, které se staly součástí dobré praxe a s úspěchem jsou v péči využívány, zatím neexistuje dostatek vědeckých důkazů (validace). Nefarmakologické přístupy v managementu demencí lze rozdělit na následující skupiny podle toho, na který problémový okruh jsou zaměřeny:

1. včasná diagnóza a podpora pacienta v úvodní fázi onemocnění, poskytnutí informací
2. zachování či zlepšení kognitivních funkcí
3. zachování či zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života
4. zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence (BPSD)
5. zlepšení kvality života pacientů s demencí a zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím lékařem
6. zlepšení kvality života pacientů v terminálních fázích demence
7. podpora pečujících rodin.

Toto členění je samozřejmě určitým schématem, které nemůže být přesné vzhledem ke komplexnosti jednotlivých metod. V širším kontextu bychom měli mezi výše uvedené přístupy řadit také organizační opatření, bez nichž není komplexní a dlouhodobá péče o pacienty postižené demencí myslitelná.

1. Včasná diagnóza a podpora pacienta v úvodní fázi onemocnění, poskytnutí informací a navázání kontaktu

Včasná a správná diagnóza Alzheimerovy choroby či jiného onemocnění vedoucího k demenci je základním a nezbytným předpokladem pro zahájení včasné a účinné farmakologické terapie a zachování uspokojivého funkčního stavu. Bohužel je zatím obecně známou skutečností, že od prvních příznaků demence uplyne mnoho měsíců, než se pacient rozhodne vyhledat lékařskou pomoc. Více než polovina pacientů vyhledává lékaře až ve fázi pokročilé demence (11). To je skutečnost, kterou je třeba zlepšit důslednou edukací a informováním laické i odborné veřejnosti. Lékař, který stanovuje diagnózu Alzheimerovy choroby, by měl pacientovi a jeho rodině vždy dát kontakt na nejbližší kontaktní místo alzheimerovské společnosti, na webové stránky a informační linku. Tam mohou pacienti a rodinní příslušníci získat další informace, které potřebují, aby se s nastávající situací mohli lépe vyrovnat. Měli by se také dozvědět o dalších formách pomoci a podpory pečujících, které jim mohou alzheimerovské společnosti nabídnout v dalším průběhu onemocnění.

2. Zachování či zlepšení kognitivních funkcí

Kognitivní rehabilitace a cvičení paměti

Cvičení paměti má velký význam u zdravých seniorů. U pacientů s demencí používáme přístup, který využívá obdobných technik jako cvičení paměti, je však výrazně šetrnější. Nazýváme jej kognitivní rehabilitací. Jedná se o různé, zpravidla zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov dle první slabiky, skládání obrázců, zjednodušené „pexeso“ a podobně. Výše uvedené techniky jsou dle našich zkušeností užitečné, pokud jsou používány kvalifikovaně a citlivě. Naše terapeutky v denním centru si pro tuto terapii vytvořily aparát různých pomůcek, kam patří karty s obrázky na pojmenování či seřazení, domino s čísly, barvami či obrázky, jednoduché a velké pexeso, zjednodušené „puzzle“ a podobně. V současné době některé z těchto pomůcek připravujeme k vytištění ve větším množství tak, aby byly k dispozici i na jiných pracovištích. K dispozici jsou již sešity „Cvičte si svůj mozek“ s různými úlohami pro cvičení paměti i kognitivní rehabilitaci.

Reminiscenční terapie

Tato metoda využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Je vhodná samozřejmě také pro zdravé seniory, kde má preventivní a aktivizační význam, ale zejména důležitá je pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si velmi dobře (až překvapivě dobře) vybavují události dávno minulé. Reminiscenční terapie může být individuální nebo skupinová. Jejím cílem je, jak již bylo výše řečeno, nejen zlepšení stavu pacienta, ale také posílení jeho lidské důstojnosti a zlepšení komunikace. Metody reminiscence mohou být různé: vyprávění starých příběhů, předvádění starých činností, vyprávění o obrázcích a fotografiích, ale také různé jiné aktivity – zpívání, recitování, tanec a podobně.

Orientace v realitě

Orientace v realitě se uskutečňuje buď jako individuální nebo skupinová intervence. Začíná se zmapováním, zjištěním stupně orientovanosti pacientů, diskuzí a upřesněním, dále následují různé hry zaměstnávající kognitivní funkce, klade se důraz na zapojení všech smyslů, využívají se různé předměty, obrázky, v diskuzi se upřesňuje jejich tvar, barva, možnost použití a podobně. Jednotlivé prvky orientace v realitě jsou součástí komplexního přístupu k pacientům s demencí. Jedná se o názorná a barevná označení prostor a místností, různé „nápovědy“ (dnešní datum na viditelném místě, velký hodinový ciferník, informace o ročním období a podobně). Orientace v realitě je jedním z nejstarších nefarmakologic-

kých přístupů k demenci a jedním z mála, jehož efektivnost na zlepšení kognitivních funkcí potvrzují vědecké důkazy (5). Velmi rozdílné jsou však klinické zkušenosti, které zcela ve shodě hovoří o tom, že orientace realitou je v některých případech užitečným nástrojem (jakožto součást celkového přístupu), někdy však (zejména při intenzivnější aplikaci ve skupině) může zhoršovat behaviorální i psychologické příznaky, provokovat agresivitu, agitovanost a úzkost, zejména v případech, kdy je necitlivě aplikována. V našem denním centru pro pacienty s demencí, kam docházejí pacienti se středně těžkými až těžkými formami demence, zařazujeme určité pomůcky a přístupy orientace realitou do denního režimu a programu pacientů. Mezi pomůcky, které používáme, patří nástěnka s informací o ročním období, kalendářem a dalšími zprávami: kdo má svátek, na které svátky se připravujeme, kde jsme, jaký máme program atd. O orientaci pacientů v realitě se snažíme jen do té míry, abychom je při chybování příliš neopravovali. Spíše sdílujeme správnější řešení, navrhujeme je jako součást diskuze.

Adaptace prostředí pro pacienty s demencí

Prostředí, ve kterém pacienti s demencí žijí, by mělo být přehledné a pro ně pochopitelné, předvídatelné. To platí nejen pro prostředí domácí, ale zejména pro instituce, kde pacienti s demencí krátkodobě či dlouhodobě pobývají. Místnosti v institucích pro pacienty s demencí by měly být jasně označeny. Prostředí by mělo být bezpečné, ale nemělo by pacienty omezovat. Měli by tu mít pocit soukromí, ale přesto by ošetřující personál neměl ztrácet přehled o jejich činnostech. Tyto podmínky jsou někdy obtížně splnitelné, protože architektonické řešení mnoha zařízení, kde pacienti s demencí žijí, nelze dostatečným způsobem změnit. Nicméně existuje mnoho dobrých nápadů, jak prostředí pro pacienty s demencí upravit co nejjednodušeji, a přitom efektivně.

Zachování či zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života

Vedení k soběstačnosti

Důležitou zásadou v péči o pacienta postiženého demencí je vedení k soběstačnosti. Všichni pečující by měli být dostatečně kvalifikováni a trpělivi, aby postupnými kroky, návody a dopomocí vedli pacienty k tomu, aby sami vykonávali jednotlivé sebeobslužné činnosti. Tento přístup je třeba podporovat zejména při péči v institucích a informovat o něm i rodinné příslušníky a okolí, aby nebyl považován za neochotu ošetřujícího personálu pacienta obsloužit (což se relativně často stává), ale za naopak důležitý prvek péče a vedení k soběstačnosti.

Samozřejmě i tento přístup musí být aplikován citlivě se znalostí stavu a možností pacienta, nelze vyčkávat, až pacient vykoná činnost, které již není schopen. Vedení k soběstačnosti byla věnována relativně značná pozornost, pro některé přístupy (management kontinence) hovoří i dostatek vědeckých důkazů (9, 12).

Lifestyle approach

Jedná se o „návod k pacientovi“, o vzájemné sdělení mezi pečujícími, jaký je jeho denní režim, v kolik hodin je zvyklý vstávat, jak se obléká a v čem potřebuje pomoci, jak provádí toaletu a co je schopen učinit sám, v čem potřebuje dopomoc, zda a jak sám jí, zda je schopen použít příboru, zda jí lžící nebo již jen rukou. Na první pohled se jedná o drobnosti, které nejsou zdravotnická zařízení zvyklá respektovat. To je ovšem v péči o pacienty s demencí velkou chybou. Pokud ošetřující personál respektuje dlouhodobé zvyklosti a rituály, které pečující v dlouhodobé péči o pacienta vytvořili, usnadní si tím v mnohém péči. Pokud je nerespektuje, což je v běžném provozu našich nemocnic spíše obvyklé, dochází často k neklidu, agresivitě, bloudění a dalším situacím, které v důsledku vedou ke zhoršení stavu pacienta také vlivem iatrogenního zásahu (farmakologického či fyzického omezení). Na základě naší praxe můžeme potvrdit, že zkušenosti rodinných pečujících jsou cennou pomůckou pro naši péči, a nikoli komplikací, jak by se z prvního pohledu na „pokyny“ mohlo zdát.

Zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence (BPSD)

Systematická edukace a odborné vedení profesionálních pečujících

Mezi nejčastější otázky ze seminářů o nefarmakologických přístupech k pacientům s demencí patří ty, které se ptají na zvládání problémového chování, zejména agitace a agresivity pacientů. Odpovědi na tyto otázky nejsou snadné a jednoznačné, proto byly vypracovány programy zvládání problémového chování, které se mohou více či méně lišit. Většinou se však jedná o systematické vedení pracovníků pečujících o pacienty s demencí k tomu, aby analyzovali problémové chování ve všech souvislostech, které by je mohly vyvolávat či zhoršovat, a aby se snažili svůj přístup k pacientům s demencí těmito poznatky přizpůsobit tak, aby se problémové chování minimalizovalo. Zvláštní důraz je kladen na zjišťování potřeb pacientů. Například potřeba mikce, chronická zácpa, nechut k vykonávání určité činnosti, hlad a podobně mohou být u pacienta s demencí vyjádřeny neklidem, protože je pacient neumí vyjádřit verbálně.

Videotrénink interakcí, metoda Marthe Meo

Cílem těchto podpůrných metod je zlepšení přístupu k pacientům postiženým demencí. Jedná se o pořizování videozáznamů z péče o pacienty s demencí, analýza těchto záznamů společně s pečujícími, diskuze ve skupině a snaha nalézat optimální přístupy práce s jednotlivými klienty a zlepšení postupu v případech, kde je to třeba.

Simulated Presence (SimPres)

Tato metoda se snaží zmírnit problémové chování simulací blízké osoby nebo známého prostředí. Například pacient s demencí, který je přijat do nějakého zařízení, může stále hledat své rodinné příslušníky, svůj domov, což může způsobovat agitovanost až agresivitu. U některých pacientů se osvědčilo opakované přehrávání videozáznamu či audiozáznamu se sdělením rodinného příslušníka, které pacienta uklidňuje, ujišťuje jej o pozitivním vztahu. Někdy pomáhají i videozáznamy se záběry z rodinného prostředí, bytu pacienta, blízkých rodinných příslušníků při běžných denních činnostech a podobně.

Předvídatelnost, pravidelnost a strukturovanost denního režimu

Tyto aspekty představují důležitou součást péče o pacienta s demencí. Pro pacienta a s pacientem je třeba vytvořit takový denní rytmus, který bude co nejvíce odpovídat jeho možnostem, zájmům a potřebám. Pacient by stále měl mít pocit, že je užitečný, že činnosti, které vykonává, mají smysl. Mělo by se jednat o činnosti, které odpovídají jeho schopnostem, nejsou příliš náročné ani nudné. Mnoho nepříjemných situací a problémového chování vzniká v některých zařízeních právě proto, že pacienti nemohou vykonávat vhodné činnosti.

Zlepšení kvality života pacientů s demencí a zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím lékařem

Touto problematikou, která je nesmírně obsáhlá, se zabývají mnozí z autorů. Prakticky veškeré metody kladou důraz na nonverbální komunikaci, přiměřené podněty pro všechny smysly, taktilitu, laskavost, zdůrazňování individuálního přístupu k pacientovi i na skutečnost, že pacient vnímá daleko více, než se může terapeutovi zdát. Metody komunikace je třeba přizpůsobit právě pacientově změně schopnosti přijímat a zpracovávat informace. Je třeba posilovat ty schopnosti a dovednosti, které pacientovi zůstaly zachovány, nikoli marnit síly snahou naučit ho něco, co je již nenávratně ztraceno. Podle různých autorů a jejich původního profesionálního zaměření a podle jednotlivých škol se tyto zásady seskupují

v terapeutické přístupy. Přestože výše uvedené zásady jsou v podstatě nezpochybnitelné, metody a techniky budou vyžadovat ještě další zkoumání a vědecké důkazy.

Validace

Validační terapie je jedním z prvních specifických přístupů k pacientům postiženým demencí. Tento přístup byl koncipován Naomi Feilovou a získal si velkou pozornost již v 80. letech. Stále je považován v práci s pacienty postiženými demencí za přínosný a užitečný. Důraz je tu kladen na zachování a posílení lidské důstojnosti pacienta, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Terapeut citlivě pracuje s původním tématem pacienta („nikdy neříká ne“) a postupnými kroky ho vede žádoucím směrem. Také validace může probíhat v jednotlivých sezeních, pacienti vyprávějí, zvolí svá témata, která se společně rozvádějí, hrají své role, nabízejí možná řešení. Zejména je však validace využívána jako součást komplexní péče o pacienty postižené demencí. Právě přijetí tématu pacienta a postupná práce s ním (nikoli přímá korekce nesprávného postoje), je základním východiskem validace. Například: pacient se nechce zúčastnit zaměstnání, protože chce jet za bratrem. Terapeut říká: „Ano, pojedeme spolu, kam budete chtít, ale potřebuji tu jen něco dokončit, pojďte mi s tím pomoci, potom spolu pojedeme“ – mezitím se pacient uklidňuje, s odpovědí je spokojen a věnuje se jinému tématu. Přímé odmítnutí jeho tématu („bratr už 10 let nežije“) by v tomto případě vedlo k neklidu a agresivitě.

Na našem pracovišti používáme validaci zejména v těch případech, kdy by snaha o korekci postoje či o orientaci v realitě mohla hrozit zhoršením stavu, neklidem a agresivitou.

Z metodologického pohledu je zajímavé, že pro tuto v praxi oblíbenou, užitečnou, zcela zřejmě přínosnou a potřebnou metodu nebylo dosud předloženo dosti vědeckých důkazů pocházejících z dobře designovaných studií.

Preterapie

Jedná se o metodu, která je v mnohém velmi obdobná validaci. Tato metoda vychází z tradice humanistické psychologie a jejím autorem je G. Prouty, přímý žák C. Rogerse (14).

Habilitační terapie/Neohabilitace

Také tyto metody vycházejí z respektování důstojnosti a potřeb člověka s demencí. Habilitační terapie definuje jednotlivé domény, na které je třeba se zaměřit v péči o pacienty s demencí. Jedná se o prostředí, které co nejlépe odpovídá potřebám pacientů s demencí, strukturované aktivity, důraz na uspokojení z činnosti, optimální komunikaci s výraznou nonverbální složkou, dostatek stimulace a podporu neproblémového chování (16).

Stimulační a aktivizační metody

Jedná se o využití rozličných, obecně známých, u jiných skupin pacientů používaných metod k naplnění denního programu pacientů s demencí a také ke zvládnutí určitých problémových situací. Tyto metody jsou považovány obecně za přínosné, což je podloženo také vědeckými důkazy například u muzikoterapie a pohybové terapie. Sami v praxi denního centra pro pacienty postižené demencí využíváme jednoduché formy pohybové i taneční terapie, které jsou přizpůsobeny možnostem přítomných pacientů. Vděčné je i využití mazlíka v rámci pet terapie (kočka, želva a podobně). Malování, kreslení, vytváření různých objektů, mozaiky, drobných plastik a podobně zahrnujeme spíše pod pojem arteterapie. Také tuto terapii používáme a považujeme za vhodnou pro pacienty s demencí.

Zlepšení kvality života pacientů v terminálních fázích demence

Alzheimerova choroba a jiné demence postupně progredují do terminální fáze, do fáze, kdy pacienti potřebují náročnou ošetrovatelskou péči. Tato péče má svá specifika, která jsou zohledněna v některých metodách:

Maieutický přístup – empatické ošetrovatelství

Jedná se o rozvíjení schopnosti ošetrovatelského personálu pracovat s prožitkem, empatií a citlivou interakcí s lidmi v terminálních stádiích demence. Pečovatelé se učí uvědomit si reakce, které jsou ve své podstatě intuitivní, pracovat s energií a vztahem. Učí se také překonávat pocit bezmoci při práci s těmito lidmi. Učí se navázat kontakt přes veškerá omezení, která demence přináší.

Paliativní péče v terminálních fázích demence

Demence není považována za diagnózu indikující pobyt v hospicu. Nicméně potřebu paliativní péče o pacienty v terminálních stádiích demence nelze zpochybnit. Domnívám se, že principy paliativní péče dosud aplikujeme naprosto nedostatečně. Na jedné straně těmto pacientům nezajišťujeme dostatečný komfort, na druhé straně připouštíme invazivní postupy (například výživu do perkutánní endoskopické gastrostomie – PEG), které pouze prodlužují život, aniž by zlepšily jeho kvalitu danou progresí onemocnění. Věřím, že diskuze o případu Terri Schiavové by mohly přispět také k otevření diskuze na téma důstojné péče o pacienty v terminálních stádiích demence.

Podpora pečujících rodin

Poradenství, svépomocné skupiny a edukační programy pro pečující pravděpodobně

oddalují institucionalizaci pacienta (1) – zejména dlouhodobé programy edukace a podpory pečujících zcela prokazatelně (o 1–2 roky). Obdobně je doloženo výsledky studií, že i krátkodobé programy pro pečující zlepšují jejich kvalitu života a spokojenost.

Závěrem

Pacienti s Alzheimerovou chorobou potřebují včasnou a správnou diagnózu a farmakologickou terapii. V pokročilejších stádiích demence potřebují stejně jako pacienti s jinými formami demence kvalifikovaný přístup celých ošetřujících týmů, které jsou obeznámeny také s nefarmakologickými metodami. Pro zajištění uspokojivé kvality života pacientů s demencí i jejich rodinných příslušníků je však také třeba, aby existoval uspokojivý systém kvalitních a vzájemně navazujících zdravotnických a sociálních služeb.

Tento článek vznikl jako součást práce na výzkumných úkolech financovaných IGA MZ ČR (projekt č. NR 8488-3).

Literatura

1. Brodaty H, Green AI, Koschera A. Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia, *Journal of American Geriatric Society* 200; 51: 1–8.
2. Brodaty H, Gresham M, Luscombe G. The Prince Henry Hospital Dementia Caregivers' Training Programme, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 199; vol 12: 183–192.
3. Brodaty H. Brief Report: Making Memories: pilot evaluation of a new program for people with dementia and their caregivers, *Australasian Journal on Ageing*, September 2004; vol 23, No3: 144–146.
4. De Vugt ME, Stevens F, Aalten P, et al. Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 200; 19: 85–92.
5. Doody RS, Stevens JC, et al. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review), *Neurology* 2001; 56: 1154–1166.
6. Douglas S, James I, Ballard C. Non-pharmacological interventions in dementia, *Advances in Psychiatric Treatment*, The Royal College of Psychiatrists, 200; 10: 171–177.
7. Holmerová I. Problematika pečujících rodin, možnosti pomoci a podpory, *Česká geriatrická revue* 2/2003: 33–37.
8. Holmerová I. Sociální a demografické aspekty demencí. In: Růžička, et al: *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*, Galén Praha 2003: 145–155.
9. Holmerová I, Jurašková B, Zikmundová K. Vybrané kapitoly z gerontologie, ČALS Praha, 2003: 110 s.
10. Holmerová I, Suchá J. Reminiscenční terapie, *Praktický lékař* 83, 2003; č. 5: 295–297.
11. Holmerová I, Jarolímová E, Jurašková B, Rokosová M, Veleť P. Kvalita péče o pacienty s demencí: role a cíle alzheimerovských společností, *Česká geriatrická revue* 1/2004; 44–48.
12. Holmerová I. Inkontinence u pacientů s demencí, *Sestra* 7–8/2004: 49–50.
13. Holmerová I. National Background Document (NABARE), EUROFAMCARE, zpráva řešení výzkumného projektu, University Hamburg, <http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/>
14. Janečková H, Kalvach Z, Holmerová I. Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In: Kalvach et al: *Geriatric a gerontologie*, Grada Avicenum 2004: 436–451.
15. Veleť P, Holmerová I. Úvod do taneční terapie pro seniory, *Česká alzheimerovská společnost Praha* 2003: 66 s.
16. Volicer L, Lisa Bloom-Charette, *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia*, Taylor and Francis 1999; Philadelphia USA, 227 s.
17. Woods RT. Non-pharmacological Techniques. In: Quzilbash N., *Evidence-based Dementia Practice*, 2002 Blackwell Publishing Company, Malden US-Victoria Austr-Berlin Ger, 2002.

Webové adresy s informacemi o problematice demencí: www.alzheimer.cz; www.gerontologie.cz; www.alz.org; www.alz.co.uk; www.alzheimer-europe.org



ABILIFY[®] 15mg
(aripiprazolum)