

HANA RUSKOVÁ

NEUROPSYCHOLOGICKÁ REHABILITACE PAMĚTI

Klíčová slova: organické a psychogenní poruchy paměti, neuropsychologická rehabilitace paměti — externí pomoc, vnitřní strategie, trénink paměti ve skupině

„Zapomínám, že zapomínám.“ Tak nám nedávno formuloval svůj problém jeden 57 letý pacient v jeho tzv. lepší chvílce. A zapomínal toho opravdu hodně. Nejen, že nevěděl a ani neodhadl, kolikátého je, když byl denně dotazován při vizitě. Jeho problém byl mnohem závažnější než neznalost data. Tvrdil nám, že žije sám a sám si pro sebe vše obstará včetně ohřívání jídla, mytí nádobí... Byl stále připraven „jít do služby“, jak říkal. Jen si zrovna nemohl vzpomenout, v kolik hodin služba začíná. Znal svoji adresu v Praze, a přesně nám popsal, jak se tam dostat, jak vypadá jeho byt. Ale nevěděl, že tam bydlel před svým onemocněním a nyní již více než dva roky bydlí v domově důchodců v jiném městě. Když se nás zeptal, kde to vlastně je, a my jsme mu sdělili, že v nemoci, s údivem řekl: „Co bych tam dělal?“ Pak následovala otázka: „Jak jsem se sem dostal?“ Kdykoliv se během jeho hospitalizace a našich pravidelných setkání stočila řeč zpět k tomuto problému, znovu a znovu nám kladl stejnou otázku a dával najevo svůj údiv. „Toto slyším poprvé. Jak jsem se sem dostal?“

S pacienty, kteří si stěžují na zhoršenou paměťovou výkonnost, se setkáváme poměrně často. Obracejí se na nás, psychology, protože očekávají pomoc. Jejich problémy nemusí být tak závažné jako u pacienta v úvodu, a přesto mohou mít neblahé důsledky jak v běžném, tak i pracovním životě. Jejich poruchy paměti mohou být rozličné nejen stupněm, ale i typem postižení. U těch těžších (jako je amnestický syndrom) je deficit nápadný a snadno pozorovatelný. Jindy mohou být poruchy paměti minimální natolik, že je ani není možné objektivizovat testy. Podrobné vyšetření paměti a náprava (kompenzace) jejich nedostatků jsou nezbytnou součástí klinické neuropsychologie.

Schuri (1993) uvádí následující nejznámější příčiny těžké organické amnézie:
— kraniocerebrální poranění,

- nedostatek vitamínu B1 v důsledku chronického alkoholismu,
- tumory/metastáze — zejména v oblasti III. mozkové komory,
- aneurysma arterie communicans anterior,
- encefalitidy — zejména herpetická,
- CMP v oblasti arterie cerebri posterior,
- globální cerebrální ischemie (např. po srdeční zástavě),
- primárně degenerativní onemocnění (např. Alzheimerova choroba).

Amnestický syndrom charakterizuje Schuri (1988) následovně:

1. nejsou známky poškození v oblasti krátkodobé paměti (bezprostřední zapamatování),
2. sémantická paměť a intelektové funkce nejsou poškozeny,
3. těžká a stálá anterográdní amnézie,
4. částečná retrográdní amnézie,
5. jsou neporušené výkony v oblasti procedurální paměti (motorické dovednosti).

Psychogenní poruchy paměti jsou na úrovni subjektivního prožívání shodné se symptomy organicky podmíněných poruch. Pacienti si stěžují na poruchy v oblasti krátkodobé paměti, nepřesnosti v oblasti epizodické paměti (pro různá časová období). Schuri (1993) uvádí, že o psychogenních příčinách poruch paměti máme uvažovat vždy, když se u pacienta vyskytuje retrográdní amnézie bez spolupřítomnosti amnézie anterográdní. Neuropsychologicky se ve většině případů neprokázaly nápadnosti ve výkonech při zapamatování si *nových informací* (přestože může být přítomna porucha pozornosti nebo nedostatečná mentální kontrola).

Co však můžeme nabídnout pacientům s poruchami paměti, kteří od nás očekávají pomoc? Většinou se snažíme naučit je chybějícím informacím, a pevně věříme, že přes stálé cvičení dojde k jejich zlepšení. Pravý opak však bývá pravdou. Tím, jak se pacienta (v dobrém úmyslu) ptáme na stále stejnou věc, případně ji opakujeme, tím se snižuje jeho sebedůvěra, a také motivace pro jakoukoliv další spolupráci s námi. Proto je vhodné ujasnit si, co víme o možnostech rehabilitace paměti.

V **neuropsychologické rehabilitaci** je cílem dosáhnout pokud možno maximální soběstačnosti pacienta v každodenním životě. Její součástí je *funkční trénink* dovedností, který je zaměřen na zvládnání specifických dovedností (i pracovních). Jde o systematickou snahu zlepšit přetrvávající poruchy, a to zejména opakovaným nácvikem, tréninkem. Při tréninku kognitivních funkcí jsou stále oblíbenější nejrůznější počítačové terapeutické programy. Považujeme je za nepostradatelné např. při tréninku pozornosti nebo jako podpůrnou metodu. K rehabilitaci paměti výhradně za pomoci PC jsme však skeptičtí, zejména k intervenčnímu efektu takového neuropsychologického tréninku (efekt přetrvávající i po ukončení terapie, uplatňující se i u jiných výkonů a činností).

Při neuropsychologické rehabilitaci paměti se zaměřujeme na aktivní užívání externích pomoci a vnitřních strategií. Právě ty přispívají ke zlepšení paměťové výkonnosti, případně pomáhají při kompenzaci a náhradě porušených procesů.

Stejně jako B. Wilsonová (1992) i my jsme pracovali s pacienty s těžkým amnestickým syndromem. V praxi se nám potvrdilo, že i u pacientů s poruchami paměti v důsledku organického poškození mozku, není rehabilitace paměti zbytečná investice.

Neuropsychologickou rehabilitaci u amnestického syndromu považujeme za nezbytnou a nenahraditelnou.

Zcela nezanedbatelná je ovšem i psychoterapeutická pomoc a psychologické poradenství. Především jejich účinná kombinace. Pro *coping* se jako užitečné ukázalo informování pacientů o jejich problémech, včetně poskytnutí informačního materiálu k problematice paměti. V důsledku zvýšení informovanosti a zvyšování vědomostí se snížil úzkost pacientů a významně se zvýšil jejich aktivní spolupráce, bez níž nemůže být neuropsychologická rehabilitace úspěšně vykonána. Za důležité považujeme (zejména u mírnějších poruch paměti) znatelné zvyšování sebedůvěry a nalézání adekvátnějších způsobů pro vyrovnání se s poruchami paměti v běžném životě.

Postižení pacienta se snažíme vidět i s jeho *psychosociálním pozadím*. Žádoucí je pojmout partnera (rodiny) do konceptu terapie. Za ideální považujeme začlenění rodiny do rehabilitačního procesu (např. jeho asistence při ambulantní rehabilitaci).

Prvním krokem při rehabilitaci paměti je pokus o analýzu a definici daného problému. Neuropsychologické vyšetření zaměřené na *kvalitativní analýzu defektu* vždy předchází neuropsychologické rehabilitaci. Nezbytná je citlivá volba vhodných postupů a metod při diagnostice. Jako základní zdroj informací nám slouží objektivní výkonnostní testy. Jejich nevýhodou však je, že nepostihují všechny relevantní aspekty paměti. Za východisko pro vlastní neuropsychologickou rehabilitaci považujeme *subjektivní posouzení* těchto funkcí. Klademe důraz na vliv poruch paměti na běžné každodenní situace, ale i specifické problémy u jednotlivých materiálů, již používané strategie, očekávání pacienta, důsledky paměťových poruch. Proto doplňujeme další důležité diagnostické informace rozhovorem, dotazníky a pozorováním. Tyto metody mají také význam pro kontrolu efektivity naší intervence.

Poruchy paměti se vyskytují jen zřídka ojedinele. Pravidelně bývají doprovázeny i jinými deficity, které mohou výrazně ovlivnit vzorec poruchy nebo mohou znesnadnit interpretaci výsledků administrovaných testů. Z těchto asociovaných poruch upozorňujeme zejména na poruchy zraku v důsledku postižení centrální nervové soustavy, poruchy pozornosti, vnímání času, jazyka a řeči, prostorově-konstruktivních výkonů, poruchy při myšlenkovém řešení problémů, nápadnosti v chování. Všude, kde je to možné, by měly být vedle nedostatků v paměťových výkonech posuzovány také individuální přednosti pacientů, jejich spontánně užívané interní a externí pomoci.

Nezbytná je *motivace pacienta ke změně*.

Druhým krokem je analýza a definice cíle. Vedle cílů stanovených a hierarchicky sestavených terapeutem se zajímáme především o cíle pacienta, jejich realnost, časovou perspektivu. Uvědomění si potřeby nápravy je základem pro

účinnou péči. Životní spokojenost pacienta pak vzrůstá úměrně k tomu, v jakém stupni byla realizována pacientova očekávání.

Z těchto dvou kroků pak plyne plán terapie, na jehož podkladě je rehabilitace uskutečněna. Neuropsychologická rehabilitace je dynamický proces, v jehož průběhu se mohou měnit cíle i strategie.

Přístupy k rehabilitaci paměťových poruch:

1. masivním cvičením narušených paměťových funkcí,
2. využitím vnitřních strategií ke zlepšení procesů vstřípení, uchování a vybavení nebo pro kompenzaci a náhradu poruch paměti,
3. externí pomoc,
4. psychoterapeutická pomoc.

V praxi nikdy nepoužíváme pouze jeden vybraný přístup, ale snažíme se o jejich vzájemné prolínání. Jeden doplňuje a podporuje druhý.

Předpokladem pro zahájení rehabilitace paměti je stabilní orientace. Dezorientace pacientů je častá, a i zde je vhodný trénink, tzv. Reality Orientation Therapy. Cílem je zlepšit orientaci pacienta časem, osobou, situací a místem přes během dne systematicky opakované informace, ve smyslu zevnitř navenek (od čísla pokoje po číslo oddělení...). I když se na reorientačním tréninku podílí všichni členové terapeutického týmu (neuropsychologové, ergoterapeuti, fyzioterapeuti), při terapii by měla být stanovena jedna hlavní osoba, která s pacientem zrekapituluje každý den a dbá také na to, aby pacient nebyl přetížen.

Aktuální orientační pomoc (pobytový kalendář, nástěnné hodiny...) by měla být pacientovi snadno dostupná, nejlépe, je-li připevněna ve výši očí.

Vždy bychom měli mít na paměti **obecné principy rehabilitace paměti**.

Pro vstřípení

- zjednodušit formulace podávaných informací (být jasní, struční, nepřetěžovat pacienta),
- omezit počet informací a jejich organizaci (např. kategorizací informací do skupin),
- omezit rušivé vlivy (raději budeme podávat informace v klidném prostředí pokoje nebo pracovny, než na chodbě, v jídelně apod.),
- být si jist, že informacím bylo porozuměno (necháme pacienta, aby informaci zopakoval vlastními slovy),
- spojit informace (např. jméno terapeuta se lépe zapamatuje se jménem známého stejného jména),
- držet se pravidla: krátce a často (efektivnější jsou minuty vícrát denně než 1x denně celá hodina),
- zabránit chybám při učení.

Pro zlepšení uchování je dobré opakování, pokud možno v různých časových odstupech.

Pro zlepšení vybavení

- zajistit, aby učení probíhalo v různých situacích a v různém kontextu (jako předpoklad dobré generalizace),
- pomoc při obtížích s vybavováním (abecední vyvolávání, nápověda prvního písmene).

Externí pomoc (vnější pomocné prostředky) — orientační tabule, ukazatele, barevné dveře, nálepky a obrázky pro rozlišení pokojů a skříní, jmenovky, instrukce na přístrojích, které pacient používá, diáře, digitální hodinky, mikropočítače, diktafony ... Externí pomoc bychom měli využívat zejména u pacientů s diagnózou *globální amnézie*. U pacientů s amnestickým syndromem je nezbytná po dobu jejich hospitalizace nebo při přechodu do nového prostředí (stěhování...).

K užívání externí pomoci vedeme všechny pacienty, kteří si stěžují na problémy v oblasti paměti. Umožňuje jim předcházet problémům a nalézt alternativní řešení. Problém bývá v tom, že pacienti se stydí za užívání těchto externích pomoci. Nevýhodou je potřeba dlouhodobého tréninku, další pak i to, že si pacienti uvědomují, že tím svou paměť nebudou trénovat.

Často se spolu s poruchami paměti vyskytují také poruchy *plánování denních aktivit*. Pro zvýšení nezávislosti pacientů s těmito problémy je vedeme k užívání diáře jako kompenzační strategie. Potvrdilo se, že plánování denních aktivit a užívání diáře vedlo ke změnám chování pacientů. Při zavádění této strategie je třeba, aby byli všichni, kdo s pacientem pracují dostatečně informováni a vyzváni ke kooperaci. Stejně i rodina pacienta. Vlastní práce pak probíhá tak, že pacient si každé ráno naplánuje aktivity na celý den a napíše si plán do diáře. Tím je veden k tomu, aby se naučil používat diář. Během dne je vyzván, aby zkontroloval, které aktivity má naplánovány. Na konci každého terapeutického sezení je veden ke shrnutí informací, které si chce zapamatovat a udělal si krátké poznámky.

Přestože je používání diáře praktické a užitečné, potřebují někteří pacienti i přes dlouhodobý trénink neustálou supervizi.

Vnitřní strategie bezesporu zvyšují efektivitu užití existujících dovedností.

Jestliže chceme dosáhnout zlepšení učení, je třeba na prvním místě zabezpečit *bezchybné učení*.

Dostatečné *cvičení a nácvik* vycházejí z předpokladu, že opakovaná praxe usnadňuje zapamatování. V poslední době se objevila celá řada programů na PC v rámci tzv. kognitivní rehabilitace.

U *techniky zkoušení* jde o rozložené zkoušení. Naučené položky se opakují ve stále se zvětšujícím časovém odstupu (bezprostředně po zapamatování, na konci sezení, příští den...).

Metoda *PQRST* umožňuje hlubší zpracování textu. Vychází z předpokladu, že hloubka zpracování přečteného textu má význam pro jeho zapamatování. Dá se tedy říci, že čím lépe je text reprodukován, tím lépe byly přečtené informace

zpracovány. Technika PQRSST spočívá v pěti krocích, které je třeba si pro zpracování textu osvojit.

1. krok: **předběžná zkouška (Preview)** — přečte si celý text, aby získal první náhled / přehled,
2. krok: **klíčové otázky (Question)** — k důležitým částem textu si položí otázky a tyto otázky si zapíše,
3. krok: přečte si ještě jednou aktivně text a zaměří se na to, aby si mohl zodpovědět klíčové otázky (**Read**),
4. krok: **zamyšlení a reprodukce (State)** — promyslí si obsah a pokusí se to nejdůležitější zopakovat (tzn. že se nebude orientovat podle položených otázek),
5. krok: **Test** — vyzkouší sám sebe tak, že si stejně jako u 2. kroku položí ještě jednou klíčové otázky, které tentokrát zodpoví bez jakékoliv pomoci.

Tuto techniku používáme u pacientů s mírně narušenou pamětí, kteří mají problémy při zapamatování si textového materiálu. Průkazná je pomoc přes hlubší zpracování textu, které vede ke zvýšení smysluplnosti informace, která má být zapamatována.

Při tomto deficitu někdy používáme pouze metodu otázek typu kdy, kde, kdo, proč, jak, s kým...

Již staří Římané používali *mnemotechnických pomůcek*, aby jako senátoři zapůsobili na politiky a veřejnost svou pamětí a schopností učit se. Uplatňovali dva významné principy: imaginaci a asociaci.

I my používáme techniky jako

- rýmování — slovo, které má být zapamatováno, se zrýmuje s jiným, a tak se lépe zapamatuje,
- podobná je technika tzv. závěsných slov, která se využívá např. při zapamatování čísel (jedna—bedna,...),
- vodítka pomocí prvních písmen — příklad 9 položek, které se má pacient naučit — káva, vejce, salám, kuře, máslo, salát, marmeláda, chleba, mýdlo. Pacienta vedeme k tomu, aby si vybral první písmeno každého z nich. Tato první písmena jsou pak počátečními písmeny slov, které jsou seskupeny do smysluplné věty (např. Kolem večera se ke mně stavil mladý chudý mnich.) Této větě se má pacient naučit, aby pak byl schopen použít její písmena jako vodítka pro jednotlivé položky. Naučení se jedné smysluplné větě je pro pacienta jistě snazší, než naučení se devíti položkám a počáteční písmena jednotlivých slov jsou dostatečnými vodítky při vybavování si jednotlivých položek.
- Využití zrakové představivosti — vychází z poznatku, že vytváření zrakových představ poskytuje informace, jež jsou snáze zapamatovatelné. Jde o nejužívanější strategii při rehabilitaci paměti. V praxi se často setkáváme s pacienty, kteří ji používají poměrně spontánně a velice úspěšně (např. u čí-

selných řad, kdy tvary jednotlivých číslic jim připomínají tvary jim poměrně blízké, ať už to jsou zvířata, lidské postavy nebo mnohoúhelníky).

- Asociační technika. Jestliže si chceme pomocí asociační techniky zapamatovat již výše uvedených devět položek, pak je postup následující. Řekneme si např.: „Před jídlem si umyji ruce *mýdlem*. Ke snídani připravím jako obvykle *kávu a chleba s máslem*, a protože nemáme *salám*, dám si alespoň *vejce* na měkko a manželce *marmeládu*. Už teď se těším na oběd, protože bude *kuře* a *salát*.“

Přidá-li se ke zrakové představivosti a asociacím i pohyb a emocionální náboj, budou informace ještě lépe zapamatovány.

Asociace obličejů a jména. Jméno a tvář si tím lépe zapamatujeme, čím silnější vzpomínky na osobu máme. Spatříme-li tvář, nejprve určíme pohlaví jejího majitele, určíme, zda jde o tvář známou či neznámou. V prvním případě následuje vybavení dalších, bližších informací, teprve potom je ke tváři přiřazeno odpovídající jméno. Jména, která jsou srozumitelná nebo mají nějaký význam, si pamatujeme snadněji. Velkou roli hraje také znalost souvislostí. Spatříme-li tvář v určitém netypickém prostředí, zpravidla uděláme vše pro to, abychom ji dostali tam, kam patří, kde jsme zvyklí ji vidat. V tomto případě jde o optický kontext. Důležité je všimnout si zvláštností v obličejích a ve své představivosti „přetvořit“ obličej jako to dělá karikaturista. Pokusit se jméno asociovat za pomoci vlastní představivosti. Stejnými kroky vedeme i pacienta, který je nejistý nebo má problémy v této oblasti.

- Loci metoda vychází ze zrakové představivosti. Na známém místě si představujeme položky, které si chceme zapamatovat. Např. již výše uvedených devět položek, které potřebujeme koupit. Živě si představíme naši samoobsluhu, v představě si vezmeme košík a budeme dávat jednotlivé položky do košíku až přijdeme k pokladně a zaplatíme.

Pro ty odvážnější lze použít druhou variantu, kdy si představíme například cestu do práce, kterou jezdíme každý den a kterou důvěrně známe. Tentokrát nás však na této cestě čekají nemožné situace. Čím větší extrémy a neuvěřitelné věci se cestou dějí (např. dvě kuřata řídí letadlo místo pilotů, nekonečně dlouhý vlak převáží jedinou čtvrtku másla, vaše dveře blokoval jeden obrovský bochník chleba...), a které si živě představujeme, tím lépe si je zapamatujeme.

Cvičení na koncentraci pozornosti doporučujeme nejen u pacientů s poruchami v oblasti krátkodobé paměti. Měla by být součástí veškeré neuropsychologické rehabilitace poruch paměti.

Velice dobré zkušenosti máme s tréninkem paměti ve skupině.

Pro skupinový trénink paměti doporučujeme skupinu 4–8 pacientů, kteří se pravidelně 3–5 krát týdně setkávají. Zúčastnit se mohou i pacienti s tělesným postižením nebo poruchami vnímání. Jedinou kontraindikací jsou poruchy řeči. Skupinu vedou dva terapeuti (klinický psycholog a ergoterapeut, případně sociální pracovník...), zúčastnit se mohou také hosté, ať již spolupracovníci, kolego-

vé nebo příbuzní). Praktický průběh a jeho struktura záleží na terapeutech. Využívají obrazového i verbálního materiálu, které doplňují tréninkem pozornosti. Efektivní je i skupinové uvedení a motivace k užívání externí pomoci. Skupina pomáhá pacientům, kteří trpí pro poruchy paměti masivní ztrátou sebedůvěry, straní se sociálními kontaktům a ostýchají se jít mezi své přátele. Pacienti zažijí modely vyrovnání se s paměťovými obtížemi, což zpětně zvyšuje motivaci, ke zlepšení paměti.

Jak uvádí Förg (1992) nemělo by jít pouze o různá cvičení, ale o strukturovaný program, který má výhody

1. ekonomické,
2. pacienti mají možnost vidět problémy druhých, učit se od druhých,
3. má bezprostřední terapeutickou hodnotu pro postižené i příbuzné,
4. každý má také pocit úspěchu, což je důležité proti stále prožívanému neúspěchu, poskytuje terapeutovi zpětnou vazbu.

Skupinová terapie paměti však není vhodná pro každého pacienta, nezbytný je citlivý a individuální přístup.

Úspěšnost uvedených technik je velice rozdílná. Zejména jejich přenos do každodenních situací se často vyplní jen částečně. Neuropsychologická rehabilitace motivuje pacienty k tomu, aby se vědomě zabývali svou pamětí, jejími přednostmi a nedostatky.

SOUHRN

Cílem tohoto sdělení bylo uvést přehled užívaných postupů a přístupů k neuropsychologické rehabilitaci paměti. Vycházíme zde z vlastních praktických zkušeností v této oblasti. Všimáme si obecných principů, ale i možnosti využití externích pomoci (vnějších pomocných prostředků) a vnitřních strategií (cvičení a nácvik, techniky zkoušení, PQRSST, metoda otázek, mnemotechnické pomůcky — rýmování, technika tzv. závěsných slov, vodítka pomocí prvních písmen, zraková představivost, asociační technika, Loci technika). Zvláštní pozornost věnujeme skupinové terapii.

LITERATURA

- B a d d l e y , A. D.: *Human Memory: Theory and Practice*. Hillsdale, New Jersey 1990.
- F ö r g , R.: *Übersicht zum Stand neuropsychologischer Frührehabilitation in Deutschland*. Diplomarbeit Katholischen Universität, Eichstätt 1992.
- S c h u r i , U.: *Lernen und Gedächtnis*. In: von C r a m o n , D., Z i e h l , J.: *Neuropsychologische rehabilitation: Grundlagen — Diagnostik — Behandlungsverfahren*. Springer. Berlin 1988.
- S c h u r i , U.: *Gedächtnis*. In: von C r a m o n , D., M a i , N., Z i e g l e r , W.: *Neuropsychologische Diagnostik*. VCH Verlagsgesellschaft mbH, Weinheim 1993.
- V a š i n a , L., D i a m a n t , J. J.: *Kapitoly z neuropsychologie*. FF MU Brno 1994.

Wilson, B. A.: *Rehabilitation of Memory*. Guilford Press, New York 1987.

Wilson, B. A.: *Rehabilitation and memory disorders*. In: Squire, L., Butters, N.: *Neuropsychology of memory*. Guilford Press, New York 1992.

SUMMARY

This summary deal with a survey of applied methods and approaches to neuropsychological rehabilitation of memory. We are describing here general principles, but also the possibility of using an external help and internal strategies (rehearseal, PQRS, question method, mnemonics — rhyming peg, vanishing cues, first letter cues, visual imagery, associatoin and method of Loci). We pay a special attention to a group memory therapie too.

