

**INOVATIVNE METODE RADA  
SA OSOBAMA KOJE PATE  
OD NEUROKOGNITIVNIH  
POREMEĆAJA**



The project is co-financed by the Governments of Czechia, Hungary, Poland and Slovakia through Visegrad Grants from International Visegrad Fund. The mission of the fund is to advance ideas for sustainable regional cooperation in Central Europe.

**KOORDINATOR PROJEKTA:** Barbara Wrona  
**KOREKTURA:** Martyna Szczepaniak-Woźnikowska  
**PREVOD NA ENGLISKI:** Martyna Szczepaniak-Woźnikowska  
**PREVOD NA SLOVAČKI:** Joanna Grzeszek  
**PREVOD NA ČEŠKI:** Joanna Grzeszek  
**PREVOD NA SRPSKI:** Mila Gavrilović  
**GRAFIČKA PRIPREMA:** Aleksandra Obracaj

## **INFORMACIJA O PROJEKTU I FINANSIRANJU**

Publikacija je izrađena u okviru projekta:  
„V4 za razvoj zajedničke socijalne Evrope”.

Projekat finansiraju vlade Češke, Mađarske, Poljske i Slovačke kroz Višegradske grantove iz Međunarodnog višegradskog fonda. Misija fonda je da unapredi ideje za održivu regionalnu saradnju u Srednjoj Evropi.

## **O ORGANIZACIJI**

Lider projekta bila je Evropska grupacija za teritorijalnu saradnju TRITIA. To je prva organizacija u Poljskoj, Češkoj i Slovačkoj koju predstavljaju članovi regionalnih samouprava, tačnije: Moravsko-šleske oblasti (CZ), Šlesko vojvodstvo (PL) i Samoupravna oblast Žilina (SK). Osnovana je s ciljem da unapred i promoviše prekograničnu, transnacionalnu i međuregionalnu saradnju između njenih članica. Njene aktivnosti usmerene su na jačanje ekonomske i socijalne kohezije prvenstveno kroz implementaciju zajedničkih projekata koji olakšavaju svakodnevni život stanovnika poljsko-češko-slovačke pogranične oblasti i doprinose njenom razvoju.

ISBN: 978-83-965854-2-4

Europejskie Ugrupowanie Współpracy Terytorialnej TRITIA z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. Zamkowa 3A, 43-400 Cieszyn, Polska

[www.egtctritia.eu](http://www.egtctritia.eu)

# SADRŽAJ

- 4 **Podaci o autorkama**
- 7 **Uvod**
- 10 **Marlena Mejer (Marlena Meyer):** Pozitivan pristup kod nege. Sveobuhvatna obuka o bolestima povezanim sa demencijom
- 23 **Marija Jarco-Đalak (Maria Jarco-Działak):** Terapeutska moć reminiscencije u grupnim vežbama za odrasle i stare osobe
- 36 **Agnješka Želwetro (Agnieszka Żelwetro):** Kako predstaviti uspomene? Pozorište reminiscencije kao metoda rada sa osobama s kognitivnim smetnjama i demencijom
- 59 **Monika Stroinska (Monika Stroińska):** *Metoda Montessori Senior – Montessori Lifestyle®* kao primer pristupa usredsređenog na osobu kod nege starih lica

# ***PODACI O AUTORKAMA***



## »» Marlena Mejer (Marlena Meyer)

Od 2015. godine bavi se edukacijom o **moždanim oboljenjima povezanim sa demencijom**. Zagarovara potrebu da se promeni kultura i odnos prema nezi. Glavna oblast njenog interesovanja je rana **dijagnoza i promena stereotipa** kao što su „to je deo starosti“ i „problemi s pamćenjem“.

---

Licencirana je **konsultantkinja i predavačica** u edukativnom programu „**Positivan pristup kod nege**“. Školovala se u Engleskoj i SAD (2015. i 2017.). **Vodi radionice** za centre za socijalnu zaštitu i dnevne centre i sastanke porodičnih negovatelja. Pored toga **predaje studentima post-diplomskih studija** na Medicinskom fakultetu u Univerzitetu u Vroclavu i na Univerzitetu SWPS u Sopotu.

---

**Rad sa osobama sa različitim oblicima demencije** pričinjava joj neizmerno zadovoljstvo, ali smatra da on nije moguć bez odgovarajuće pripreme – proces bolesti je previše složen. Smatra da je **Montesori pedagogija** u razvoju samostalnosti dece jedan od najboljih načina za pripremu okoline kada demencija postane deo svakodnevnog života. Godine 2016. dobila je **diplomu Montesori predavača** i u sopstvenoj terapijskoj praksi prilagođava kanadska i australijska rešenja primenjujući ovu metodu u radu sa osobama koje su doživele neurodegenerativne promene. Trenutno dva člana njene **porodice žive sa demencijom**: jedan sa Alchajmerovom bolešću, drugi sa hroničnim vaskularnim moždanim sindromom (tzv. vaskularnom demencijom).

---

Diplomirala je **rusku filologiju** na Univerzitetu u Gdanjsku i **gerontopedagogiju** na Medicinskom fakultetu Pomorskog univerziteta u Ščećinu.

## »» Marija Jarco-Đalak (Maria Jarco-Działak)

Psihološkinja, neuropsihološkinja, gerontoterapeutkinja. **Autorka je i koordinatorica socijalnih projekata namenjenih starijim osobama i njihovim porodicama**. Specijalizovana je za rad sa starijim osobama koje se bore sa kognitivnim poremećajima i sindromima demencije, kao i sa njihovim porodicama. **Diplomirala je psihologiju** na Univerzitetu društvenih i humanističkih nauka u Varšavi (specijalizacija: klinička psihologija), Medicinskom centru za postdiplomsko obrazovanje na Jagelonskom univerzitetu u Krakovu (specijalizacija: psihoterapija) i na Akademiji za specijalnu edukaciju „M. Gžegożewska“ u Varšavi (smer: klinička neuropsihologija). **Ima dvanaest godina iskustva** u radu u javnim institucijama (bolnica „Volski“, centri za socijalni rad u Varšavi i u Otvocku) i nevladinim organizacijama (Fondacija za podršku, Fondacija „Radionica za društvena istraživanja i inovacije *Stocznia*“, Institut za zdravstvenu psihologiju PTP, Udruženje *Syntonia*, Fondacija za osnaživanje dece, Nacionalna služba hitne pomoći za žrtve nasilja u porodici (Plava linija, IPZ PTP).

---

**Autorka je publikacija o individualnom treningu** uma za osobe sa kognitivnim poremećajima i koautorka scenarija grupnog treninga uma za starije osobe (silowniapamieci.pl). Bavi se psihoterapijom odraslih i starih osoba, **dijagnostikom i neuropsihološkom terapijom** za osobe koje se bore sa sindromima demencije i psihološkom pomoći osobama koje brinu o starijim članovima porodice. Drži obuku za profesionalce iz oblasti psihogerijatrije, aktivacije starih, borbi protiv nasilja nad starim licima, kao i detaljne terapijske i **nege osoba sa sindromima demencije**.

## »» Agnješka Żelwetro (Agnieszka Żelwetro)

Diplomirala je psihologiju na Institutu za psihologiju Univerziteta u Wrocławu u **steka zvanje specijalista kliničke psihologije - neuropsiholog**. Radi u Istraživačkom, naučnom i obrazovnom centru za bolesti demencije u Śćinavi. U kliničkom radu bavi se dijagnostikom osoba sa kognitivnim poremećajima i primenom nefarmakoloških metoda terapije. **Drži obuku za medicinsko osoblje**. Organizuje međunarodne seminare iz neuropsihologije. Predaje neuropsihologiju na Univerzitetu SWPS u Wrocławu, saraduje sa Institutom za psihologiju Univerziteta u Wrocławu i drži vežbe na postdiplomskim studijama iz psihogerontologije. U svom istraživačkom i kliničkom radu fokusira se na procese vezane za starenje uma i **neuropsihološke profile demencije**.

---

Ona je koautorka društvene inovacije – „Pozorište reminiscencije“ u kom učestvuju osobe sa kognitivnim poremećajima. **Saraduje sa Centrom za psihoterapiju** i lični razvoj *Psycheland* u Wrocławu. Osnivačica, suosnivačica i predsednica Fondacije „**Produžavanje pamćenja**“ koja radi na dobrobiti starih osoba, osoba sa kognitivnim oštećenjima i njihovih porodica.

---

**Zamenica predsednika lokalnog** ogranka Poljske psihološke asocijacije u Wrocławu.

---

**Koordinatorica volontera u prihvatilištu na Monte do Gozo u Španiji**. Zaljubljenica u Iberijsko poluostrvo i pasionirana biciklistkinja. Fascinirana je fenomenom Puta za Santijago (Camino de Santiago).

## »» Monika Strojnska (Monika Stroińska)

**Gerontopsihološkinja**, osnivačica *Centra Montessori Senior*. Diplomirala je na Univerzitetu u Ženevi i Univerzitetu Monpelje III, gde je magistrirala psihopatologiju i neuropsihologiju starenja. Dugogodišnje iskustvo koje je stekla radeći kao psiholog kognitivno-bihejvioralnog odeljenja u Centru za kliničku gerontologiju „*Antonin Balmès*“ Univerzitetske klinike u Monpeljeu, omogućilo joj je da se specijalizuje u primeni nefarmakoloških metoda kod reaktivnih ponašanja i intervencijama koje poboljšavaju **funkcionisanje osoba sa neurokognitivnim poremećajima**.

---

**Ona je i koautorka Montessori Senior** knjiga za starije osobe sa kognitivnim invaliditetom koje su veoma popularne u Francuskoj, Švajcarskoj i Belgiji.

# *UVOD*



Predstavljamo vam publikaciju koja je nastala u okviru projekta „V4 za razvoj zajedničke socijalne Evrope“.

---

**Pozvali smo četiri vrhunske ekspertkinje** iz Poljske koje rade sa osobama koje žive sa demencijom da učestvuju u pripremi publikacije. Publikaciju smo izradili kako bismo preneli primere dobre prakse partnerskim organizacijama i predstavnicima socijalnih radnika iz Češke, Srbije i Slovačke. **Stoga je naša publikacija s poljskog prevedena na jezike naših partnerskih organizacija** – češki, srpski i slovački, ali i na engleski, zahvaljujući čemu će dopreći do još većeg broja korisnika u Evropi i svetu.

---

**Publikacija sadrži četiri članka o metodama rada sa starijim osobama**, uključujući i one koji pate od demencije. Autorke članaka su, po redu kojim su štampani, **Marlena Mejer (Marlena Meyer)** – licencirana konsultantkinja i edukatorica na programu „Pozitivan pristup kod nege“; **Marija Jarco-Đalak (Maria Jarco-Działak)** psihološkinja, neuropsihološkinja, gerontoterapeutkinja, koordinatorka socijalnih projekata namenjenih starijim osobama; **Agnješka Želwetro (Agnieszka Żelwetro)** – specijalistkinja kliničke psihologije, neuropsihološkinja, koautorka društvene inovacije pod nazivom „Pozorište reminiscencije“; i **Monika Strojnjska (Monika Stroińska)** – licencirana konsultantkinja i edukatorica u oblasti *Montessori Senior* i *Spaced Retrieval metode*, gerontopsihološkinja i osnivačica **Montessori Senior centra**. Treba napomenuti da u procesu obrazovanja – **kako ličnog, tako i obrazovanja drugih osoba** – svaka od autorki crpi inspiraciju iz različitih zemalja, pa čak i sa različitih kontinenata.

---

Članci koje su napisale naše ekspertkinje sadrže i detaljan plan nastave osmišljen sa idejom da se primenjuju u praksi, to jest u staračkim domovima i drugim ustanovama koje su u svom radu usmerene na proces održavanja kondicije, nege i izgradnje odnosa. **Pozivamo i porodice osoba sa demencijom da pročitaju članke.**

---

U prvom članku iznete su premise i načini praktične primene edukativnog programa pod nazivom „**Pozitivan pristup kod nege**“ koji je razvila američka radna terapeutkinja Tipa Snou (Teepa Snow). Marlena Mejer definiše različite vrste demencije i spektar simptoma i promena koje se dešavaju kod ljudi koji žive sa demencijom. Autorka članka detaljno objašnjava šta je pozitivan pristup kod nege osoba sa neurodegenerativnim oboljenjima, predlaže primere dobre prakse koje bi bilo poželjno **primenjivati i analizira štetne stereotipe o demenciji.**

---

U drugom članku prikazani su grupni oblici aktivnosti namenjene odraslim i starijim osobama zasnovane na **metodi reminiscencije**. Marija Jarco-Đalak (Maria Jarco-Działak) govori o snazi sećanja, vežbama pamćenja i prisećanju prošlih događaja i čulnih iskustava u terapijskim aktivnostima namenjenim starijim osobama, uključujući i osobe koje žive sa demencijom. **Autorka navodi konkretna sredstva**, teme i metode izvođenja ovakvih vežbi i nudi dragocene savete za terapeute.

---

Treći članak takođe predstavlja fenomen reminiscencije kao stub na kom je zasnovana originalna metoda nazvana Pozorište reminiscencije. **U svom modelu rada**, Agnješka Želwetro (Agnieszka Żelwetro) kombinuje **elemente terapije reminiscencije** sa dramskom i art terapijom. U ovom pristupu, pozorišne aktivnosti u kombinaciji s radom sa sećanjima donose pozitivne rezultate za



učesnike, kao što su jačanje memorije i komunikacije, poboljšanje koncentracije i osećaj zadovoljstva. Detaljni planovi vežbi opisani u ovom članku omogućavaju efikasnu primenu metode **Pozorišta reminiscencije** u različitim uslovima i za različite korisnike.

---

Četvrti i poslednji članak **opisuje još jednu veoma korisnu metodu** rada sa starijim osobama – *Montessori Senior (Montessori Lifestyle®)*. Monika Stroinjska (Monika Stroinjska) predstavlja način na koji se ona može prilagoditi radu sa osobama koje žive s neurokognitivnim poremećajima. U njenom pristupu pažnja se više usmerava na ljude i njihove **potrebe nego na bolest i njene simptome**. Podrška se zasniva na očuvanim sposobnostima, a ne na onome što osobe sa neurokognitivnim poremećajima više nisu u stanju da rade, u skladu sa geslom „Pomozi mi da uradim to sam“. Autorka prikazuje **praktične načine primene Montessori metode** i njena blagotvorna dejstva na starije osobe.

---

**Nadamo se da će naša publikacija** dopreti do što većeg broja centara i pojedinaca koji brinu o starim osobama i osobama koji žive sa demencijom. Metode rada predstavljene u člancima izuzetno su korisne i delotvorne, a njihova popularizacija može dovesti do dalekosežnih pozitivnih promena u opštem odnosu društva i institucija prema starim i bolesnim osobama kako u Poljskoj, tako i drugim zemljama. **Verujemo da će ova publikacija doprineti ovim promenama ne samo** u pogledu sistemskih i konkretnih aktivnosti, već i u pogledu načina na koji **doživljavamo i razumemo demenciju**.

**POZITIVAN PRISTUP KOD NEGE**  
**SVEOBUH VATNA EDUKACIJA**  
**O BOLESTIMA POVEZANIM**  
**S DEMENCIJOM** ————— **Marlena Mejer**  
**(Marlena Meyer)**

Edukativni program "Pozitivan pristup kod nege" (eng. *Positive Approach to Care*, skraćeno PAC) razvila je američka radna terapeutkinja Tipa Snou<sup>1</sup> kao odgovor na nedostatak holističke nege za ljude koji pate od različitih moždanih oboljenja povezanih sa demencijom. Tipa Snou je autorka pojma *dementia is an umbrella term* („demencija je krovni termin“, odnosno zajednički, opšti termin), koji se trenutno koristi u svim edukativnim programima na engleskom jeziku. Poređenje s krovom omogućava vam da steknete bolju predstavu o tome šta sve pokriva taj spektar promena.

Do trenutka kada se jave prvi simptomi i kada ih neposredno okruženje uoči, bolest se najverovatnije razvijala proteklih 15-20 godina.<sup>2</sup> To znači da kod osobe stare 65 godina proces bolesti traje od njenog 45. ili 50. rođendana. Ako 85-godišnjak ima simptome, verovatno je oboleo još kada mu je bilo 65–70 godina. Statistički gledano, skoro polovina 85-godišnjaka ima neko neurodegenerativno oboljenje. Taj trend se pogoršava, budući da broj obolelih rapidno raste i kod mlađe populacije.



Demencija je stanje u kom mozak nepovratno oboljeva, što dovodi do invaliditeta i zavisnosti od drugih. Tokom poslednjih 20 godina ispitivanja lekova nije otkriven nijedan molekul koji bi pozitivno modifikovao neurodegenerativni proces.<sup>3</sup> Zašto još uvek ne postoji i zašto ni u narednoj deceniji (a najverovatnije ni u naredne dve decenije) neće biti razvijen nijedan lek koji bi efikasno rešio problem demencije? Odgovor je mučan i kratak: bolesti mozga su veoma raznovrsne, istraživanja su složena i enormno skupa, a nije lako ni pronaći kandidate na kojima bi se vršila ispitivanja. Mi kao društvo već imamo slično iskustvo. Sedamdesetih godina prošlog veka imali smo sličnu situaciju sa onkologijom. I tada smo se pitali zašto još uvek ne postoji lek za rak.

<sup>1</sup> [www.teepasnow.com](http://www.teepasnow.com)

<sup>2</sup> *Preclinical, Prodromal, and Dementia Stages of Alzheimer's Disease*, 2019. Douglas W. Scharre, MD: <https://practicalneurology.com/articles/3-2019-june/preclinical-prodromal-and-dementia-stages-of-alzheimers-disease>

<sup>3</sup> <https://toolbox.eupati.eu/resources/tworzenie-lekow-etap-3-i-4-wybor-czasteczki-lub-zwiazku-wiodacego/?lang=pl>

Pola veka kasnije dobili smo odgovor na ovo pitanje – **postoje mnoge vrste raka**, svaki ima svoj uzrok, te samim tim i svoj način lečenja, različite prognoze i šanse da se preživi. **Slično je i sa demencijom** – to je termin koji obuhvata mnoga **neurološka stanja sa dinamičnim i složenim mehanizmom**. Taj mehanizam, koji nam nije **sasvim poznat**, dovodi do pogoršanja moždanih funkcija, a s vremenom i do potpunog otkazivanja mozga.

**Hemijske i strukturne promene** koje ljudski mozak doživljava kod bolesti povezanih s demencijom utiču na sve sisteme u organizmu. Da bi se došlo do odgovarajućeg leka najpre treba razumeti specifične promene, **uzroke i tok svake od ovih promena**. Možda je D – kao demencija „novo“ R– kao što je svojevremeno bio rak, te nam predstoji sličan put?

U naučnom svetu demencija se **smatra relativno novom pojavom**. Godinama smo je ili pogrešno dijagnostikovali ili smo je tretirali kao normalnu fazu starenja, te stoga nije bila predmet interesovanja istraživača. Tek se tokom **poslednje decenije**, zajedno s razvojem dijagnostičke nuklearne medicine, neuronauke i neuropsihologije, **ispostavilo da smo bili u zabludi**.

## ŠTA JE DEMENCIJA?

**Demencija je sindrom**, grupa mnogih simptoma koji se javljaju kod bolesti koje oštećuju naš mozak. Kada govorimo o demenciji, mislimo na promene u najmanje dve oblasti mozga (mada tih oštećenja obično ima više). **Proces bolesti uništava moždano tkivo, što pak izaziva sledeće promene:**

- » **JEZIČKE** (U GOVORU, ČITANJU, RAZUMEVANJU);
- » **ČULNE** (VIZUELNE, AUDITIVNE, TAKTILNE, OLFKATORNE I GUSTATIVNE);
- » **MOTORIČKE** (KRETANJE, PISANJE);
- » **BIHEJVORALNE** (LIČNOST);
- » **U KODIRANJU NOVIH INFORMACIJA** (SPOSOBNOST UČENJA NOVIH STVARI);
- » **KOMUNIKACIJA IZMEĐU RAZLIČITIH SISTEMA U ORGANIZMU** (ATIPIČAN TOK UOBIČAJENIH INFEKCIJA, DEREGLACIJA PRETHODNO PROPISANIH I EFIKASNIH LEKOVA, IZNENAĐUJUĆI ODGOVOR NA RAZLIČITE LEKOVE, UKLJUČUJUĆI I SUPSTANCE KOJE SE KORISTE U ANESTEZIOLOGIJI).

Kako oštećenja postaju sve veća, **tako i ovi simptomi mogu da se pojavljuju istovremeno**. U poljskom jeziku se koriste dva termina: „demencija“ i „otupljenost“. To su sinonimi, kao „kola“ i „auto“. Do demencije odnosno otupljenosti dolazi usled razvoja različitih oboljenja, **konkretnih bolesti i sindroma**.

## RAZLIČITI OBLICI DEMENCIJE

Kada govorimo o uzrocima ovog spektra simptoma, koristimo termin „oblici demencije“. Najčešći oblici demencije su:

- » **ALCHAJMEROVA BOLEST** (ENG. ALZHEIMER'S DISEASE, AD);
  - » **BOLEST LEVIJEVIH TELA** (ENG. LEWY BODY DISEASE, LBD), KOJA IMA DVA OBLIKA: DEMENCIJA SA LEVIJEVIM TELIMA (ENG. DEMENTIA WITH LEWY BODIES, DLB) I DEMENCIJA KAO POSLEDICA
  - » PARKINSONOVE BOLESTI (ENG. PARKINSON'S DISEASE DEMENTIA, PDD);
  - » **VASKULARNA DEMENCIJA** (ENG. VASCULAR DEMENTIA, VAD);
  - » **FRONTOTEMPORALNA DEMENCIJA** (ENG. FRONTOTEMPORAL DEMENTIA, FTD);
- REĐI OBLICI DEMENCIJE.**

Svaka osoba obolela od **Alchajmerove bolesti** ima grupu simptoma poznatu kao demencija (ili otupljenost). Moguće je međutim i to da osoba ima ovaj kompleks simptoma, a da uopšte nema Alchajmerovu bolest.

**Slično je i u onkologiji:** svaki rak je tumor, ali nije svaki tumor rak. Drugačije se leči, drugačije su prognoze, a mnoge tumore medicina već može da drži pod kontrolom – živimo s njima, ali oni nas ne uništavaju. Postoje naravno i **oni tumori koje još uvek ne možemo da savladamo.**



## RANI SIMPTOMI I ZAMKA „ZABORAVLJANJA“

Stereotipno razmišljanje i razgovor o Alchajmerovoj bolesti obično je svode na „probleme s pamćenjem“. Međutim, fenomen Alchajmerove bolesti nije u tome što osoba „zaboravlja“, već u tome što njen **mozak prestaje da „snima“**. To je povezano sa oštećenjem hipokampusa, dela mozga koji nam omogućava da znamo šta se dogodilo. Kako bolest napreduje, hipokampus se sve više oštećuje i trajno „**snimanje**“ novih podataka nije više tehnički moguće (otuda, na primer, obolele osobe često ponavljaju ista pitanja, jer **mozak koji traži informaciju** ne može da je registruje). Do oštećenja tkiva dolazi i u ostalim strukturama mozga, ali to se ne dešava preko noći. Alchajmerovoj bolesti su potrebne godine da se razvije, a uz odgovarajuću rehabilitaciju i kompenzacione strategije neželjeni simptomi se mogu kontrolisati, kako bi život obolele osobe **bio što kvalitetniji**.

Za Alchajmerovu bolest tipična je izjava: „Nikad nisam gledao taj film“, a za vaskularnu demenciju (uzrokovanu cerebrovaskularnom bolešću): „Ne znam, mislim da nisam gledao“ ili „Možda sam gledao, ali nisam siguran“. **Reč je o složenim moždanim procesima** koji se pokreću da bi se neka informacija u datom trenutku izvukla, ali ne da bi se „snimila“. Kod demencije s Levi-jevim telima uopšte ne mora da se javi simptom „nesnimanja na disk“, ali zato će se pojaviti drugi simptomi. Stvari dodatno komplikuje to što jedna osoba može imati više **oblika demencije istovremeno**.

### RANI SIMPTOMI SPEKTRA PROMENA KOJE NAZIVAMO DEMENCIJOM PODRAZUMEVAJU:

- » značajne promene ličnosti;
- » probleme sa brojanjem i upravljanjem novcem;
- » probleme sa vožnjom automobila (npr. neprepoznavanje znakova, manevri neprimereni situaciji na putu, pogrešno parkiranje);
- » odustajanje od hobija;
- » neprepoznavanje slova ili reči (ili neprepoznavanje znakovnog jezika u slučaju gluvih osoba), nemogućnost da se drže teme;
- » teškoće u donošenju odluka;
- » teškoće sa analitičkim razmišljanjem;
- » vizuelne halucinacije.

Kada govorimo o ranim promenama, tu mislimo na različite **nove situacije**, budući da se osoba ranije **nije tako ponašala**.

## PROGRESIVNA I NEPOVRATNA PRIRODA NEURODEGENERATIVNIH PROMENA

Tok promena zavisi od oblika demencije. Promene koje se javljaju u ranoj **fazi Alchajmerove bolesti** neće se pojaviti kod demencije sa Levijevim telima i obrnuto. Kako bolest napreduje, kod svih obolelih će se **gotovo po pravilu razviti**:

- » značajne promene u obradi svih senzornih nadražaja;
- » dezorijentisanost u prostoru;
- » promene u mogućnostima komunikacije na formalnom jeziku;
- » problemi sa korišćenjem predmeta shodno njihovoj nameni;
- » problemi sa obavljanjem aktivnosti ispravnim redosledom;
- » oštećenje centra za motoriku u mozgu i gašenje motoričkih funkcija.

Kod velikog broja obolelih javlja se **preosetljivost na zvukove u okruženju**: mozak ih ne utišava „u pozadini“, pa ih prati osećaj tutnjave, brujanja i škripe. Visoki tonovi (čak i piskav ženski glas) mogu da izazovu promene u ponašanju kao što su uznemirenost, **anksioznost i frustracija**. Previše zvukova može biti uzrok agresivnog ponašanja, ali sama agresija nije primarni simptom, već se javlja sekundarno kao posledica nezadovoljenih potreba, tzv. *unmet needs*.

**Obolele osobe zadržavaju različite funkcije** desne hemisfere mozga: iako ne mogu da govore i razumeju svoje sagovornike, ipak prepoznaju ritam jezika, tekstove pesama, molitve, poeziju, jezičke automatizme i određene reči (psovke, rasističke ili seksualne opaske). **Oko tih očuvanih veština treba izgraditi kompletan prostor za negu, i to je ono što zapravo predstavlja suštinu PAC programa.**

**Muzika mora da bude obavezan element prilagođenog prostora.** Trebalo bi da bude stalno prisutna, dakle ne dva puta nedeljno, već najmanje dva puta dnevno zato što ona značajno smanjuje upotrebu antipsihotika, čije neželjene nuspojave, između ostalog, izazivaju parkinsonizam, to jest kompleks **simptoma sličnih Parkinsonovoj bolesti**, ali čiji se uzroci razlikuju. Čovek se kreće zahvaljujući mišićima koji dobijaju impulse iz nervnog sistema, a muzika smanjuje napetost mišića, snižava nivo nadražaja izazvanih drugim faktorima i podstiče proizvodnju pljuvačke, što olakšava gutanje. **Muzika podstiče kretanje**, što utiče na peristaltiku creva, **te samim tim može da ublaži simptome** opstipacije koji predstavljaju veliki izazov kod nege.

## UTICAJ NOVIH ORGANIZACIJA PACIJENATA NA PROMENE U PRISTUPU NEZI

**Primeri razvoja savremenih sistema** brige o osobama koje pate od **neurodegenerativnih bolesti** u Australiji, Sjedinjenim Američkim Državama i Velikoj Britaniji mogu se preporučiti kao dobra rešenja koja bi vredelo slediti. U pomenutim zemljama su 2014. godine osnovane organizacije pacijenata na čijem čelu se nalaze osobe u ranoj fazi različitih oblika demencije, (eng. *young onset dementia*). **Njihova prosečna starost je 50–55 godina.** Oni kontinuirano učestvuju u svim značajnim događajima koji se tiču kreiranja javnog prostora i programa terapije i nege, što predstavlja potpuno **novu fazu u edukaciji.**

**Mi u Poljskoj moramo pod hitno** da razvijemo promenu postojećih obrazaca ponašanja u domenu rehabilitacije i nege. **Bolesti povezane sa demencijom su terminalne,** ali u poljskim uslovima i dalje vlada stereotip o „problemima s pamćenjem“, što je u svetlu informacija koje pružaju ove organizacije nedozvoljeno i štetno po društvo, jer umanjuje ozbiljnost ovih bolesti, **dovodi do stigmatizacije** i lišava pacijente prava na rehabilitaciju, lečenje bolova i dostojanstven život sa bolešću.

**Neurodegenerativne promene su nepovratne,** a život sa demencijom zahteva kompenzacione strategije, između ostalog i postepeni prelazak s verbalne na neverbalnu komunikaciju. Lečenje demencije bez znanja o promenama i u **neprilagođenom prostoru osuđeno je na neuspeh.**

**Stereotipno razmišljanje o demenciji** kao o prirodnom delu starenja ključni je razlog za nedostatak rane dijagnostike. Prosečna slika osobe koja boluje od Alchajmerove bolesti zapravo je slika poodmaklog stadijuma bolesti. Bolesti povezane sa demencijom u Poljskoj se dijagnostikuju u fazi kada više uveliko nije dovoljan nadzor, već intenzivna 24-časovna nega. Zbog složenosti promena neophodan je interdisciplinarni pristup koji podrazumeva neurologiju, gerijatriju, kardiologiju, internu medicinu, ORL, diabetologiju, medicinu bola i druge medicinske i nemedicinske specijalnosti. Zašto je to tako? **Mozak je centralni i superiorni organ.** Svaka neurohemijska i/ili strukturna promena koja utiče na njega utiče na kondiciju i sposobnosti osobe. U osnovi invaliditeta su promene karakteristične za bolesti povezane sa demencijom. U Poljskoj trenutno donosimo odluke koje su od suštinskog značaja za sudbinu pacijenata na osnovu znanja zasnovanog na stereotipima i zastarelim informacijama. Bolesni ljudi funkcionišu u prostoru koji nije prilagođen njihovim promenljivim potrebama, što dovodi do brojnih nepredvidivih i opasnih situacija. A dokazano je da adaptacija javnog i kućnog prostora ozbiljno produžava vreme samostalnog funkcionisanja, koje se meri u godinama, zahvaljujući čemu bolesna osoba možda nikada neće postati **potpuno zavisna od tuđe nege.**



Kada je reč o porodičnoj nezi, situacija je prilično ozbiljna. U Poljskoj 95% nege pruža porodica.<sup>4</sup> Nemoć porodičnih negovatelja proizilazi iz toga što u tom smislu nisu ni elementarno edukovani. Obično sav teret pada na jednog negovatelja, koji preuzima na sebe kompletnu brigu o pacijentu. Porodica beži jer ne razume promene, te samim tim ne može da se nosi sa njihovim intenzitetom. Ceo porodični sistem se raspada. Neurodegenerativne bolesti su složene bolesti koje uništavaju mozak, tako da je nega koju pruža samo jedna osoba fizički nemoguća bez zdravstvenih posledica po negovatelja.

## PROMENA PARADIGME

Nega osoba sa demencijom je opresivna. **To je rezultat zanemarivanja edukacije** koje važi podjedanko za sve kontinente. U anglosaksonskim zemljama vodi se žustra diskusija o promeni kulture nege. **Govori se o promeni paradigme** u razmišljanju o ljudima sa ovom dijagnozom: od „95% ljudi sa demencijom će tokom bolesti doživeti psihotične poremećaje“ na „95% ljudi sa demencijom neće dobiti adekvatnu podršku kako bi im se olakšalo stanje“.<sup>5</sup>

**Demencija predstavlja veliki izazov za zdravstveni sistem i negu**, s obzirom na to da od nje istovremeno boluju dve generacije: predratna i posleratna. Nikada ranije nije bilo toliko obolelih, a pošto je svaka naredna generacija sve malobrojnija, suočavamo se sa ogromnim poteškoćama u pružanju nege. Jedino rešenje je, dakle, rana **dijagnostika i podrška** osamostaljenju obolelih u kućnom okruženju što je moguće duže. To pak podrazumeva potrebu za obrazovnim promenama i stvaranjem prostora i za kognitivne, a ne samo za motoričke smetnje, što je svakako mnogo veći izazov. Ipak, **prevazilaženje tog izazova jeste moguće**.

Godine pred nama svakako će dovesti i do promena u terminologiji – „**demencija**“, „**otupljenost**“, „**Alchajmer**“ nose u sebi preveliku stigmatu da bi se u roku od nekoliko godina promenila društvena percepcija ovih reči. Izrazi „**neurokognitivni poremećaj**“ ili „**kognitivni poremećaj**“ komplikovani su i neprecizni. Nama kao društvu, dakle, predstoji mnogo posla, ali jedno je sigurno – bez uključivanja obolelih u proces edukacije nećemo načiniti korak ka **razumevanju razvoja bolesti**.

<sup>4</sup> *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimer'a w Polsce. Raport RPO*, 2016. Redaktor raportu: prof. dr hab. med. Andrzej Szczudlik:

[https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimer'a%20wyd.11\\_.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimer'a%20wyd.11_.pdf)

<sup>5</sup> Citat iz predavanja dr Alena Pauera (Allen Power) na konferenciji posvećenoj demenciji održanoj 2019. godine u SAD. Izvor: autorkin lični arhiv.

# PREGLED ČASOVA MUZIČKE REHABILITACIJE



## I

PRILIKOM PLANIRANJA PODRŠKE ZA OSOBE SA DEMENCIJOM, POSTOJI ŠEST ELEMENATA KOJE NEIZOSTAVNO TREBA UZETI U OBZIR:

- 1 — istorija njihovog života i navika,
- 2 — poznavanje promena do kojih je došlo u mozgu (koji je oblik demencije i u kojoj je fazi),
- 3 — informacije o komorbiditetu,
- 4 — prilagođavanje spoljašnjeg okruženja,
- 5 — edukacija svih učesnika u sistemu podrške,
- 6 — vreme

## II

NEOPHODNA OPREMA:

- 1 — slušalice za pacijenta i rehabilitatora,
- 2 — pametni telefon,
- 3 — plej-lista prilagođena željama pacijenta

### III

#### ZADACI ZA REHABILITATORA:

- 1 — Utvrdite koju muziku je vaš partner nekada voleo, a šta sada toleriše, a da ta muzika kojim slučajem ne izaziva negativne asocijacije na prošlost; kreirajte plej-listu
- 2 — Utvrdite koji oblik demencije ima vaš partner: kod demencije sa Levijevim telima potrebno je da imate u vidu ozbiljnu dinamiku promena u svakodnevnom funkcionisanju, jer se komunikacione sposobnosti mogu menjati iz sata u sat; kod vaskularne demencije će doći do promena, ali biće boljih ili lošijih dana; kod Alchajmerove bolesti obično nema tih fluktuacija.
- 3 — Utvrdite da li je partner preosetljiv na zvukove i, ukoliko jeste, šta je ono što mu donosi olakšanje; da li ima problema sa gubitkom sluha, glavoboljom ili infekcijom koji mogu negativno uticati na vaš rad.
- 4 — Pripremite prostor: u poznatom okruženju, na udobnom komadu nameštaja (ukoliko je terapija statična) ili na bezbednoj površini (ako je dinamična).
- 5 — Ako se u okruženju nalaze drugi ljudi, unapred ih upozorite da ne daju druge stimulanse tokom muzičke terapije (npr. da ne uključuju usisivač).
- 6 — Na osnovu prethodnih zapažanja odredite da li je vreme predviđeno za muzičku terapiju optimalno (npr. 5 minuta ili 15 minuta).

## IV

### KAKO TREBA DA IZGLEDA OPREMA:

Slušalice treba da pokrivaju **celu ušnu školjku**. Ne preporučuju se slušalice koje idu oko ušiju (ne eliminišu zvukove iz okoline, žuljaju uši, mogu da dovedu do iritacije kože) ili one koje se ubacuju u uši. Ovalni oblik slušalica omogućava da se pokrije celo uho i da se ono smesti unutar slušalica. Sundeer treba prekriti materijalom **koji se lako dezinfikuje**. Najpreporučljivije su **bežične slušalice**.



## V

### KAKO SE RADI?

- 1 — Podesite jačinu pesme i slušalica pre početka muzičke terapije.
- 2 — Ako je terapija statična i ukoliko ćete tokom nje sedeti, sedite pod pravim uglom u odnosu na pacijenta (ali ne pored njega). Zašto? Kod demencije je vidno polje suženo i ako sednete pored pacijenta, nestaćete iz njegovog vidnog polja. Ukoliko ga slučajno dodirnete, on neće biti spreman za to i može burno da reaguje. Ako pak sednete naspram njega, zaklonićete mu vidno polje i osećaće se nelagodno.



- 3 — Najpre stavite slušalice sebi, dodirnite ih, a zatim pokažite slušalice pacijentu, pružite mu ih i predložite mu da poslušate muziku, npr. „Gospodine Ježi, da li znate ovu pesmu?“.
- 4 — Ako radite sa osobom koja je u poodmakloj fazi bolesti, možete prilagoditi svoje pokrete na taj način što ćete slušalice stavljati tako da vaš partner može da imitira ono što radite i da sâm sebi stavi.

- 5 — Posmatrajte izraze lica i pokrete tela vašeg partnera – opušteni pokreti i mirno disanje obično su signal da se osećaju komforno (kod pacijenata sa parkinsonizmom mimika može biti otežana, oči zatvorene, ali to ne mora da znači da spavaju – kod mnogih ljudi mozak zatvara kapke kako bi ograničio broj nadražaja i koncentrisao se na zadatak; za druge pacijente muzički spot može biti dodatni stimulans, a zajedničko gledanje videa na Jutjubu pravo zadovoljstvo).
- 6 — Signal za završetak terapije su verbalne i neverbalne informacije od partnera: svaka osoba ima različit stepen osetljivosti i različite potrebe. Stoga je posmatranje ključno.

**Muzika umiruje ili stimuliše**, podstiče ili ograničava aktivnost. U stanju bolesti, kada verbalna komunikacija više nije moguća, ritmična muzika ili muzika za koračnice pomoći će osobi da razmrda telo, ustane, **pomeri se ili siđe niz stepenice u ritmu melodije**. Uz muziku se može otpevati, na primer, instrukcija za ustajanje sa stolice, jer je za to odgovoran čeonu režanj: „Stavite noge ispred stolice, uhvatite se rukama za naslon, nagnite se napred i podignite glavu. A sada jedan, dva, tri i gore, hop!” Zašto na ovaj način? **Mehanika ustajanja sa stolice ima svoj sled koraka**, o čemu svedoči neurofiziologija ljudskog organizma.

**TERAPEUTSKA MOĆ REMINISCENCIJE  
U GRUPNIM OBLICIMA AKTIVNOSTI  
ZA OSOBE U ZRELIM I POODMAKLIM  
GODINAMA**

————— Marija Jarco-Đalak  
(Maria Jarco-Działak)

*Svest o sebi, unutrašnji osećaj kontinuiteta između juče i danas, odnosno između prošlosti i sadašnjosti, u velikoj meri se sastoji od onoga što smo doživeli i sačuvali u sećanju.*

Eva Vojdilo (Ewa Woydytło)



Ono što se u razgovoru čini kao obična, „sto puta ispričana, ista priča“, može se pokazati kao zaista delotvoran terapeutski mehanizam očuvanja osećaja za sopstveni identitet kod starije osobe, njenu unutrašnju integraciju i osećaj povezanosti sa sobom i drugima. Priča koja se iznova ponavlja može pomoći starijima da prebrode teška iskustva i sukobe iz prošlosti i da ojačaju unutrašnje resurse u suočavanju sa progresivnom zavisnošću od drugih i svešću o blizini smrti. Uslov za odvijanje ovih procesa je adekvatna uključenost u reminiscenciju obe strane dijaloga: osobe koja govori i osobe koja sluša.



## O SEĆANJU NA STVARI I MINULE DOGAĐAJE I RAZMIŠLJANJIMA VEZANIM ZA NJIH

Reminiscencija se zasniva na autobiografskom pamćenju i sastoji se od prisećanja važnih ličnih iskustava i pozivanja na doživljaje i iskustva iz prošlosti. To može biti nehotačni čin ili namerno podsećanje na „sebe u prošlosti“. Može da podrazumeva prisećanje konkretnih, specifičnih uspomena ili nekih opštijih epizoda, uključujući i one davno zaboravljene. Reminiscencija nam daje priliku da sagledamo događaje iz prošlosti iz drugačije perspektive (godine, veća zrelost i pronicljivost, inkorporiranje kasnijih iskustava i događaja), zahvaljujući čemu se njihova percepcija može promeniti, filtrirati i reinterpretirati.

Reminiscencije nas prate tokom čitavog života, a naročito im se pridaje značaj u zreloj dobi i starosti, kada prirodno i često s velikim zadovoljstvom prizivamo sećanja iz svoje prošlosti. U poslednjim fazama razvoja nastaje tzv. efekat reminiscencije, u kome se sećanja iz određenog perioda pamte mnogo bolje nego što bi se očekivalo s obzirom na tendenciju da se informacije s vremenom zaborave (Maruszewski, 2005). Ovo se posebno odnosi na događaje koji su se odigrali između 10. i 30. godine života (Rubin & al., 1998). Uspomene koje se pojavljuju zajedno sa efektom reminiscencije obično su pozitivne.

## TERAPEUTSKA MOĆ REMINISCENCIJE

Reminiscencija se može koristiti kao oblik **terapijske intervencije**. Zasniva se na „korišćenju pređašnjih sećanja, osećanja i misli u cilju postizanja zadovoljstva, boljeg kvaliteta života ili prilagođavanja trenutnim životnim uslovima/okolnostima“ (Dochtermann & al., 2005). **Terapija reminiscencije** se definiše kao aktivnost ili navika da se o nečemu razmišlja ili da se povezuju pređašnja iskustva, posebno ona najvažnija - lična (Szulc, 2021). U tim **procesima reminiscencija** obično ima informativnu funkciju (sećanje radi zadovoljstva ponovnog doživljavanja i pričanja priče) **ili evaluacionu** (sećanje radi analize i validacije).

U svom najčešćem obliku terapija reminiscencije se shvata kao „**jednostavno sećanje**“ u kome učesnici iznose lična sećanja i priče. To je prilika da se ispriča životna priča iz čistog zadovoljstva ili želje da se s drugima podele **svoja životna iskustva**. Ovaj oblik reminiscencione terapije najčešće se sreće u različitim vrstama ustanova za zbrinjavanje starih lica. Važan faktor za poboljšanje mentalnog stanja pacijenata su sećanja koja omogućavaju ljudima u dubokoj starosti da skrenu svoju svest sa najčešće depresivne sadašnjosti i vrate se u vremena kada su imali neograničene **moćnosti da upravljaju svojim životom**. Ljudi koji se sećaju dobrih vremena i koji osećaju da ih neko sluša lakše prihvataju starost i ređe padaju u očajanje.

U terapijskoj praksi koriste se i strukturiraniji i evaluativniji oblici **terapije reminiscencije**. Metoda *Life Review* koju je opisao Batler (1963) obično se sprovodi u pojedinačnim sesijama, tokom kojih terapeut pomaže pacijentu u hronološkom istraživanju životnih iskustava (kako pozitivnih, tako i negativnih). Drugi oblik terapije reminiscencije je „**terapija osvrtom na sopstveni život**“ (*life review therapy*), čiji je cilj da revalorizuje negativna sećanja i preformuliše ih u pozitivniju životnu sliku. Još jedna kategorija koja se sve češće primenjuje je „rad na životnoj priči“ (*life story work*) koja koristi narativno-reminiscentnu terapiju. Ovaj pristup stavlja akcenat na stvaranje biografskih narativa i često rezultira nastankom „knjiga sećanja, (*memory books, life-story books*)“ (Woods & al., 2018).

## ALATI ZA TERAPIJU REMINISCENCIJE

Prilikom terapije reminiscencije možemo koristiti mnoge alate koji pomažu da se prizovu sećanja. **To mogu biti različiti predmeti iz prošlosti**, na primer fotografije, razglednice, pisma, muzičke numere, stari predmeti iz svakodnevnog života koji po mišljenju pacijenata prenose priču vezanu za njihov život. **Tokom terapije treba koristiti različite vrste stimulusa**, jer oni omogućavaju pristup većem broju sećanja nego tehnika koja se zasniva na slobodnom prisećanju (Maruszewski, 2005). **Možete koristiti gotovo sve** (između ostalog ukus, miris ili teksturu) što će vam pomoći da se priselite sebi i događaja iz prošlosti.

**U praksi, kada tokom terapije koristimo, na primer, stare fotografije**, možemo se priseliti situacija u kojima su snimljene, ljudi koji su na njima ovekovečeni i razgovarati o specifičnom sećanju. Obično je to sećanje povezano s kasnijim sećanjima, što nam omogućava da **sklopimo mozaik o našem pacijentu**. Kada gledaju predmete kao što su starinski telefon ili aparat za kafu, učesnici terapije se automatski prisećaju raznih aktivnosti, **priča i anegdota**.

# PRIMERI ALATA ZA TERAPIJU REMINISCENCIJE:

- » Stare fotografije (fotografije učesnika i kuće/rodnog mesta, slika, glumaca, umetnika)
- » Stare novine, katalozi, knjige, pesme, članci, dokumenta, diplome, medalje, pehari
- » Muzička dela iz mladosti pacijenata, snimci starih radio-emisija
- » Zvuci poznati iz mladosti: kukavica sa sata, zvižduk, tradicionalno školsko zvono
- » Poštanske marke, pisma, razglednice
- » Muzejski predmeti, slike, skulpture
- » Stari predmeti za svakodnevnu upotrebu (u domaćinstvu): telefonski aparat, sat, gramofon, tara za ručno pranje, gvozdeni avan, prakljača i ribalica, pegla na žar, krckalica za orahe, vaga
- » Gramofonske ploče, stari filmovi, arhivski materijal, slajdovi, TV program
- » Mirisi: šume, baštenskog cveća, sveže ispečenog kolača, omiljenog parfema
- » Ambalaža nekadašnjih proizvoda (slajdovi), predmeti
- » Biografski i dokumentarni filmovi
- » Putovanja u mesta iz mladosti: u rodno selo ili grad, u nekadašnji stan

(lično autorstvo)

Polazna tačka za **terapiju reminiscencije** može biti bilo koja tema koja bi poslužila kao okidač reminiscencija. Tema može da bude, recimo, prvi dan u školi, prva ljubav, hitovi iz davnih dana, porodični praznici i slično. **Terapija se može osmisliti** oko nekog filma, pozorišne predstave, godišnjeg doba ili praznika. Prilikom pripreme terapije vredi razmisliti koje teme mogu inspirisati sećanja našeg pacijenta, a koje bi mogle da blokiraju njihovu aktivnost (potencijalno osetljive i emocionalno teške teme). Poznavanje grupe i života svakog njenog člana u tom smislu je od neprocenjive pomoći. **Veoma je važno da su asocijacije učesnika grupe i probuđena sećanja pozitivna.**

# PRIMERI TEMA ZA TERAPIJU REMINISCENCIJE

- » **MESTO  
STANOVANJA**                      moja porodična kuća,  
moj grad,  
moja dečja soba,  
selidbe,  
omiljena mesta
  
- » **ZANIMANJE  
(OBRAZOVANJE/  
POSAO)**                              moje zanimanje/moj posao,  
prvi posao,  
prvi zarađeni novac,  
kolege s posla
  
- » **PORODICA**                        moja porodica (roditelji, sestre i braća, brak, deca, unučići),  
porodične obaveze  
igre u detinjstvu,  
porodični običaji
  
- » **INTERESOVANJA**                moja pasija/interesovanja/hobiji,  
moje vanškolske aktivnosti, aktivnosti mimo posla,  
članstvo u izviđačima, grupama, hor, razne sekcije,  
sakupljanje poštanskih marki
  
- » **ŠTA VOLI**                            muzika,  
film,  
sport,  
hrana,  
način na koji provodi slobodno vreme
  
- » **VAŽNE ŽIVOTNE  
ULOGE**                                roditelj,  
dete,  
stručnjak,  
postignuća na koja sam ponosan/na

- » **VAŽNI ŽIVOTNI DOGAĐAJI**  
(PREKRETNICE)
- najsrećniji trenutak u mom životu,  
prvi momak/prva devojka,  
veridba/venčanje,  
rađanje dece u porodici
- » **ODMOR**
- način na koji se provodio godišnji odmor,  
putovanja,  
letnje aktivnosti,  
doživljaji za vreme školskih raspusta,  
društvo na raspustu/odmoru/putovanju
- » **HRANA**
- omiljena hrana,  
čuveni porodični recepti (mamina pita s jabukama,  
moja čuvena salata)
- » **ŠKOLA**
- omiljeni predmet u školi,  
omiljeni nastavnik,  
školska ljubav,  
bežanje s časova,  
školske ekurzije,  
školske priredbe,  
moj put do škole,  
školski običaji: priredbe, uniforma i amblem
- » **VAŽNA DRUŠTVENO-POLITIČKA DEŠAVANJA**
- izbijanje/kraj Drugog svetskog rata,  
život u ilegali, studiranje u ilegali, članstvo  
u tajnim organizacijama,  
komunističko doba, bonovi za hranu,  
nemiri u rudniku „Vujek”,  
ustoličenje pape Jovana Pavla II,  
ratno stanje,  
pad komunizma

## UMETNOST REMINISCENCIJE

Primer dobre prakse je **kombinovanje terapije reminiscencije** sa biblioterapijom, muzikoterapijom i raznim oblicima art terapije. Likovna terapija daje mogućnost korišćenja neverbalnih sredstava komunikacije osobama koje su nesposobne ili imaju poteškoća da izraze svoje emocije, osećanja i misli rečima. **Uključivanje u umetničke aktivnosti** (ples, pokret, muzika, vizuelna umetnost, književnost ili performativne vežbe) može dodatno da inspiriše, evocira uspomene i kreativnost. Ideja kombinovanja reminiscencije sa umetničkom terapijom jeste da se akcenat stavi na osnaživanje pacijenata tako što će im se omogućiti da podele svoja sećanja pomoću različitih umetničkih formi kroz kreativan i pozitivan kontakt sa drugim ljudima. **Kombinacija likovne terapije sa reminiscencijom** daje mogućnost da se umetničkim sredstvima, pokretima i zvukovima izrazi neizrecivo, imenuje i opiše neimenovano. Ovo je naročito značajno u terapeutskom radu s ljudima koji pate od neuropsihijatrijskih poremećaja.

## ZNAČAJ TERAPIJE REMINISCENCIJE KOD DEMENCIJE

Terapija reminiscencije jedna je od najčešće korišćenih nefarmakoloških metoda podrške ljudima koji boluju od demencije. Borba sa **posledicama sindroma demencije** izuzetno je složena, jer demencija, nasuprot stereotipima, nije obeležje starosti već veoma ozbiljan neuropsihijatrijski poremećaj koji obuhvata čitav spektar simptoma. Kada brinemo o **pacijentima sa demencijom** uvek moramo imati na umu da iza svakog od njih stoji istorija njihovog života, navika i preferencija. Prilikom osmišljavanja terapije za tu grupu pacijenata poželjno je koristiti razne alate i smernice koje će im pomoći da podstaknu proces reminiscencije, što podrazumeva da terapeut treba dobro da poznaje pacijenta. **Terapija reminiscencije** ima veoma veliki značaj kod demencije: smanjuje nivo stresa, daje mogućnost povezivanja sa drugima, pozitivno utiče na raspoloženje i samopoštovanje i pomaže da se održi osećaj sopstvenog identiteta uprkos deficitima pamćenja. Intervencije zasnovane na reminiscenciji kod demencije nadoknađuju sposobnosti koje je obolela osoba izgubila usled neurodegenerativnog procesa i mogu se primenjivati do **poslednjih dana njenog života**.

## OSOBA KOJA VODI TERAPIJU

Terapiju reminiscencije u ustanovama obično vode psiholozi, **radni terapeuti, art terapeuti, medicinski negovatelji ili medicinske sestre**. Međutim, sa stanovišta terapijske efikasnosti, mnogo važniji od formalnog obrazovanja ili profesionalne uloge osobe koja **vodi terapiju** jeste njen stav i način na koji komunicira sa učesnicima. Najvažniji aspekt je pažljivo slušanje, iskreno prihvatanje priče druge osobe i reagovanje na njene izjave tako da ona oseća da je neko sluša, poštuje i uvažava. **Ovo zahteva od terapeuta da ne osuđuje, da bude empatična i da uvažava iskustva**, misli i emocije pacijenta, da bude fleksibilna i otvorena prema promenljivim potrebama sagovornika tokom sesije.

# PRIMERI PROGRAMA GRUPNE TERAPIJE TOKOM KOJE SE KORISTE ELEMENTI TERAPIJE REMINISCENCIJE

## » A. MUZIČKA ŠARENICA

Reč je o predlogu terapije pomoću elemenata muzikoterapije i kognitivnog treninga koji se na odgovarajući način mogu modifikovati i proširiti.

### 1. PRIPREMA ZA TERAPIJU

**Kada se pripremate za vežbe, iskoristite svoje znanje o učesnicima:** njihovim omiljenim i važnim muzičkim delima. Ako nemate te informacije, koristite pesme koje su bile popularne u vreme kada su učesnici imali 10–30 godina. Terapija će biti prilika da saznate šta stare osobe najviše vole. Možete ih i direktno upitati koje su im omiljene pesme, pa ih onda možete upotrebiti na sledećoj sesiji. Napravite plej-listu od 5 do 10 pesama. **Proverite da li učesnici terapije** imaju neophodna pomagala: naočare, slušni aparat.

## 2. UVOD:

Zamolite učesnike **grupne terapije** da vam pomognu da pripremite salu za školu kuvanja.

## 3. ZAGREVANJE:

Pitajte učesnike da li imaju omiljeni ili provereni recept za kolač ili poslasticu koju su izabrali da prave. **Pitajte svakog učesnika koja mu je omiljena poslastica.**

## 4. PRAVI ZADATAK:

**Napravite poslasticu zajedno sa grupom prema unapred pripremljenom receptu.** Tokom aktivnosti pitajte učesnike da li se sećaju neke priče ili anegdote vezane za domaći kolač, pečenje kolača, torte po bakinom ili maminom receptu.

## 5. REZIME:

Pripravite sve ono važno za učesnike i za vas, a što se pojavilo tokom terapije. Za kraj terapije možete organizovati zajedničku degustaciju poslastica, a možete i počastiti kolačima one koji nisu mogli da učestvuju u vežbi. **Zahvalite učesnicima na zajedničkom vremenu.**

## >> B. ŽIVE USPOMENE

Prisećanje može da se odnosi na prošle, **nedavne i aktuelne događaje**. Za grupu sastavljenu od starijih ljudi vežbe koje se tiču nedavnih događaja važnih za grupu **moгу biti dragoceni**: povremeni sastanci, ples, ekskurzije, susreti sa gostom koji dolazi da poseti ustanovu.

### 1. PRIPREMA ZA VEŽBU:

**Za kraj vežbe biće vam potreban kofer ili kartonska kutija**, razglednice, magneti i drugi suveniri sa zajedničkih povremenih susreta, putovanja ili multimedijalna prezentacija sa fotografijama. Ukoliko nemate na raspolaganju kofer, možete ga zajedno sa grupom napraviti od kartonske kutije, samolepljivog tapeta, ukrasnog papira. **Time što** zajedno s njima pravite „kofer“ specijalno za njih, motivišete starije osobe da se uključe u aktivnost. Proverite da li učesnici imaju **neophodna pomagala**: naočare, slušni aparat.

### 2. UVOD:

Započnite terapiju odabranim **muzičkim delom** čiji se sadržaj odnosi na neko na putovanje ili zajednicu. Počnite da se krećete u ritmu muzike (učesnici mogu ostati u stolicama). **Pokretima tela simulirajte**, na primer, vožnju automobila, kretanje voza ili planinarenje. Važno je da vi lično budete maksimalno aktivni tokom ove vežbe, jer to **ohrabruje učesnike i pomaže im da prevaziđu stid.**



### 3. ZAGREVANJE:

Obavestite učesnike da će tema današnje vežbe biti zajednička istorija svih **učesnika grupe**. Postavite grupi pitanje o poslednjem/prvom zajedničkom putovanju, igranci ili svečanosti. Kad je to bilo? Ko je učestvovao? **Šta se lepo/zanimljivo dogodilo** tokom tog putovanja/susreta?

### 4. PRAVI ZADATAK:

**Zamolite učesnike** da vam navedu sve na šta ih podsećaju predmeti u koferu sa zajedničkim uspomenama. Ili možete da pustite prezentaciju sa fotografijama napravljenim tokom zajedničkih aktivnosti. **Zadatak grupe je da kažu** koji događaj povezuju sa određenim predmetom/predstavljenom fotografijom. Kad je to bilo? Ko je u tome učestvovao? Šta se lepo/zanimljivo dogodilo tokom tog putovanja/susreta? Postavljajte grupi potpitanja. **Svrha ovog zadatka nije da ispravno definišu konkretni događaj**, već da se navedu zajedničke uspomene i pozitivni trenuci u životu stanara doma.

### 5. REZIME:

**Sakupite ono što je za učesnike i za vas važno**, a što se pojavilo tokom terapije. Možete se osvrnuti na razmišljanja učesnika koje ste čuli, na svoja razmišljanja ili navesti zajedničke karakteristike grupe. Zahvalite učesnicima na zajedničkom vremenu.

## >> C. ŽIVE USPOMENE

Prisećanje može da se odnosi na prošle, nedavne i aktuelne događaje. Za grupu sastavljenu od starijih ljudi vežbe koje se tiču nedavnih **događaja važnih za grupu mogu biti dragoceni**: povremeni sastanci, ples, ekskurzije, susreti sa gostom koji dolazi da poseti ustanovu.

### 1. PRIPREMA ZA TERAPIJU

**Za kraj vežbe biće** vam potreban kofer ili kartonska kutija, razglednice, magneti i drugi suveniri sa zajedničkih povremenih susreta, putovanja ili multimedijalna prezentacija sa fotografijama. Ukoliko nemate na raspolaganju kofer, možete ga zajedno sa grupom napraviti od kartonske kutije, samolepljivog tapeta, ukrasnog papira. Time što zajedno s njima pravite „kofer“ specijalno za njih motivišete starije osobe da se uključe u aktivnost. Proverite da li učesnici imaju neophodna pomagala: naočare, slušni aparat.

## 2. UVOD:

Započnite terapiju odabranim **muzičkim delom** čiji se sadržaj odnosi na neko na putovanje ili zajednicu. Počnite da se krećete u ritmu muzike (učesnici mogu ostati u stolicama). **Pokretima tela simulirajte**, na primer, vožnju automobila, kretanje voza ili planinarenje. Važno je da vi lično budete maksimalno aktivni tokom ove vežbe, jer to ohrabruje učesnike i pomaže im da prevaziđu stid.

## 3. ZAGREVANJE:

**Obavestite učesnike da će tema današnje vežbe biti zajednička istorija svih učesnika grupe.**

Postavite grupi pitanje o poslednjem/prvom zajedničkom putovanju, igranci ili svečanosti. Kad je to bilo? Ko je učestvovao? Šta se lepo/zanimljivo dogodilo tokom tog putovanja/susreta?

## 4. PRAVI ZADATAK:

Zamolite učesnike da vam navedu sve na šta ih podsećaju predmeti u koferu sa zajedničkim uspomnama. Ili možete da pustite prezentaciju sa fotografijama napravljenim tokom zajedničkih aktivnosti. **Zadatak grupe** je da kažu koji događaj povezuju sa određenim predmetom/predstavljenom fotografijom. Kad je to bilo? Ko je u tome učestvovao? Šta se lepo/zanimljivo dogodilo tokom tog putovanja/susreta? **Postavljajte grupi potpitanja.** Svrha ovog zadatka nije da ispravno definišu konkretni događaj, već da se navedu zajedničke **uspomene i pozitivni** trenuci u životu stanara doma.

## 5. KRAJ/REZIME:

Sakupite ono što je za učesnike i za vas važno, a što se pojavilo tokom terapije. Možete se osvrnuti na **razmišljanja učesnika** koje ste čuli, na svoja razmišljanja ili navesti zajedničke karakteristike grupe. **Zahvalite učesnicima na zajedničkom vremenu.**

## **BIBLIOGRAFIA:**

- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65–76.
- Dochterman, J., Titler, M., Wang, J., Reed, D., Pettit, D., Mathew-Wilson, M., Budreau, G., Bulecheck, G., Kraus, V., & Kanak, M. (2005). Describing use of nursing interventions for three groups of patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 57–66.
- Janus, E., Bac, A., Kulis, A., & Smrokowska-Reichmann, A. (2017). *Terapia zajęciowa w geriatriczynie*. Warszawa: PZWL.
- Macleod, F., Storey, L., Rushe, T., & McLaughlin, K. (2021). Towards an increased understanding of reminiscence therapy for people with dementia: A narrative analysis. *Dementia*, 20(4), 1375–1407.
- Maruszewski, T. (2005). *Pamięć autobiograficzna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Orzechowski, R. (2019). Zastosowanie terapii reminiscencyjnej u osób starszych w turystyce medycznej. *Folia Turistica*, 52, 189–202.
- Rubin, D. C., Rahhal, T. A., & Poon, L. W. (1998). Things learned in early adulthood are remembered best. *Memory & Cognition*, 26(1), 3–19.
- Samela, K. *Terapia reminiscencyjna*. From: [www.artefakt.arnet.net/files/terapia\\_reminiscencyjna.pdf](http://www.artefakt.arnet.net/files/terapia_reminiscencyjna.pdf)
- Szulc, W. (2021). Opowiadanie historii życia jako biblioterapia aktywna: terapia narracyjno-reminiscencyjna. *Przegląd Biblioterapeutyczny 2021*, vol. XI, 48–59.
- Wehner, L., & Schwinghammer, Y. (2017). *Aktywacja sensoryczna. Holistyczna koncepcja wsparcia osób w podeszłym wieku i cierpiących na demencję*. Gdańsk: Harmonia.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

**KAKO PREDSTAVITI SEĆANJA / USPOMENE?**  
**POZORIŠTE REMINISCENCIJE KAO METODA**  
**RADA SA OSOBAMA S KOGNITIVNIM**  
**POREMEĆAJIMA I DEMENCIJOM**

————— Agnješka Želvetro (Agnieszka Żelwetro)

*Sve tuge su podnošljive kad se pretvore u priču ili kada ispričate priču o njima.*

Karen Bliksen (Karen Blixen)

## **SADRŽAJ ČLANKA**

1. — Sažetak
2. — Uvod
3. — Ideja Pozorišta reminiscencije ili šta bi trebalo da znate pre nego što počnete s radom?
4. — Inspiracija za nastanak Pozorišta reminiscencije
5. — Tehnike i metode koje se koriste, tj. kojim sredstvima se možete služiti u Pozorištu reminiscencije?
6. — Opis modela iliti kako to funkcioniše?
7. — Šta treba unapred pripremiti? – Kako uvoditi model u život? Kako ga sprovesti?
8. — Kako, gde i s kim sarađivati u radu sa starijim osobama u konvenciji Pozorišta reminiscencije?
9. — Koristi – ko i šta time dobija?
10. — Informacija o projektu i autorima inovacije
11. — Scenarija za rad – prilozi
12. — Bibliografija

## 1. SAŽETAK

U članku su predstavljene glavne ideje **Pozorišta reminiscencije** kao inovativnog oblika rada sa starijim osobama i osobama sa kognitivnim poremećajima.

Ovaj rad je posvećen ogromnom problemu nedovoljnog prisustva starijih osoba i osoba sa **demencijom u društvenom životu**, naročito u kulturi i umetnosti, kako u ulozi publike, tako i u ulozi stvaralaca. Pomoću stečenog znanja iz oblasti neuropsihologije demencije i nefarmakološke terapije prikazani su elementi modifikovanih terapijskih metoda, kao što su gerontološka dramaterapija i terapija reminiscencije.

Opisan je rad **modela Pozorišta reminiscencije** koji sadrži glavne ideje, ciljeve, tok, karakteristike osoba koje vode radionicu i koristi za učesnike, kao i uslove za implementaciju inovacija u ustanovi.

Članak sadrži i praktične savete za ljude koji žele da primenjuju ceo model ili njegov određeni deo, kao i **primere scenarija za rad**.

## 2. UVOD

**Cilj članka je da predstavi autorski model** rada sa starim licima i osobama sa demencijom, zajedno sa opisom uslova za njegovu primenu u kliničkoj i terapijskoj praksi i u pozorišnoj konvenciji. Ovaj model, nazvan **Pozorište reminiscencije**, pripremljen je, razvijen i testiran u okviru projekta *Generator inovacija. Mreža podrške Društva kreativnih inicijativa „e“* kao odgovor na dijagnostiku potreba i socio-kliničke situacije nesamostalnih **starijih osoba** obolelih od demencije.

Prisustvo osoba sa kognitivnim poremećajima u pozorišnim aktivnostima je zanemarljivo. **Pokušaj autora inovacija** da prikažu mogućnost angažovanja ovih ljudi u radu dramsko-terapijskih i pozorišnih metoda zapravo je odgovor na potrebu njihovog uključivanja u kreativne aktivnosti, uzimajući u obzir aktuelna naučna saznanja o procesima starenja i demencija, kao i dugogodišnja **klinička posmatranja**. To je takođe odgovor na nedovoljnu količinu i kvalitet nefarmakoloških metoda namenjenih osobama sa **kognitivnim poremećajima**.

### 3. IDEJA POZORIŠTA REMINISCENCIJE ILI ŠTA TREBA

#### ZNATI PRE NEGO ŠTO POČNETE S RADOM

**Pozorište reminiscencije je namenjeno starim osobama**, osobama sa demencijom i osobama sa kognitivnim oštećenjima čija etiologia nije povezana s neurodegenerativnim bolestima (npr. posle kraniocerebralne povrede, posle vaskularnih incidenata, sa blagim kognitivnim oštećenjima), **ali i zdravim starijim osobama**. Ideja mu je da kombinuje pozorište s terapijskim i rehabilitacionim aktivnostima i koristi potencijal umetnosti i kulture, kognitivne i emocionalne resurse osoba sa kognitivnim deficitom, kao i najnovija znanja o demenciji. Ono povezuje umetnike i psihologe s ljudima različitih **generacija i profesija**. U Pozorištu reminiscencije ne se uvode „osakaćujuće” uloge, tj. invaliditet se ne igra, već se uklapa u sliku života prikazanog na sceni, što omogućava da se prikaže iskustvo isključenosti.

Znanje iz oblasti kognitivne neuropsihologije o **kognitivnim funkcijama i procesima**, kao što su pamćenje, jezik, funkcije, predstavlja osnovu od koje polaze osnivači Pozorišta, kao i svaki čovek koji namerava da ga **primeni u praksi**. Svest o postojanju odvojenih neuropsiholoških profila vezanih za različite bolesti povezane sa demencijom i poznavanje progresije procesa demencije omogućavaju osetljivo i hrabro uključivanje ljudi u stvaralački rad, uz uvažavanje njihovih teškoća i nedostataka, **ali i resursa i očuvanih sposobnosti**.

### 4. INSPIRACIJE ZA NASTANAK POZORIŠTA REMINISCENCIJE

**Nastanak Pozorišta reminiscencije zasnovan je na brojnim inspiracijama:**

- » porast broja starijih osoba u populaciji, uključujući i osobe sa demencijom;
- » potreba osoba sa kognitivnim poremećajima za nefarmakološkom podrškom;
- » teme koje u razgovorima pokreću starije osobe i osobe sa demencijom (između ostalog osećaj gubitka, stanje očaja, žaljenje i čežnja za preminulom voljenom osobom, osećaj usamljenosti, socijalna izolacija i odbačenost, iskustvo straha, pre svega straha od zavisnosti od drugih, od pogoršanja fizičkog i psihičkog stanja, od gubitka blagostanja i zdravlja, osećaj beskorisnosti i zanemarenosti, fokusiranje na prošlost i sagledavanje životnih trauma, postignuća i uspešne epizode i aktivnosti u različitim životnim sferama);
- » stereotipno percipiranje osoba sa kognitivnim oštećenjima uglavnom kroz prizmu patnje i gubitka (gubitak inteligencije, identiteta i svih njihovih kognitivnih, emocionalnih i kreativnih resursa);
- » dominantni problemi osoba sa demencijom (strah, anksioznost, stid, kognitivno pogoršanje i narušena kognitivna aktivnost, gubitak nezavisnosti i samostalnosti, fizička nelagoda i bol, smanjena pokretljivost i gubitak kontrole nad telom, senzorna oštećenja i iskustvo socijalne izolacije);

- » koncepti kognitivnog starenja i individualne razlike u procesu starenja i različiti neuropsihološki profili demencije uz očuvane kognitivne, kreativne i emocionalne resurse;
- » potrebe starijih osoba koje se ignorišu i na koje se ne obraća pažnja, pa se samim tim i potcenjuju i zanemaruju, a često i filtriraju stereotipima, medijima i našim sopstvenim predstavama o njima;
- » moć fenomena radoznalosti i interesovanja za neku novinu, naročito u kontekstu drugačije kulture i jezika;
- » sklonost starijih osoba da pričaju priče.

## 5. TEHNIKE I METODE KOJE SE KORISTE,

### TJ. KOJIM SREDSTVIMA SE MOŽETE SLUŽITI

### U POZORIŠTU REMINISCENCIJE?

Na osnovu preporuka Interdisciplinarne grupe stručnjaka za dijagnostikovanje i lečenje demencije, kod većine pacijenata sa kognitivnim poremećajima preporučuje se nefarmakološki tretman (Szcudlik & al., 2013). To je važan element lečenja koji **dopunjuje farmakoterapiju**.

Da bi nefarmakološki tretmani bili efikasni i smisleni, oni moraju da budu zasnovani na pouzdanim saznanjima, da im prethodi psihološka dijagnoza i da vode računa o potrebama konkretnih osoba sa kognitivnim poremećajima. Neophodno je da **osoba koja vodi terapiju poznaje svrhu terapijskih metoda** i da ima svest o sopstvenim nemirima, strahovima, uverenjima, sećanjima, idejama, potrebama i ulogama. Odnos prema ljudima koji su podvrgnuti terapijskim intervencijama treba da karakteriše poštovanje, osećajnost i smirenost.

#### » U POZORIŠTU REMINISCENCIJE MOGU SE KORISTITI:

##### A) ELEMENTI TERAPIJE REMINISCENCIJE:

- razmena sećanja između članova grupe izazvana upotrebom različitih stimulusa, kao što su predmeti, zvuci, slike, fotografije, mirisi (tzv. memorijska sidra);
- prizivanje asocijacija ili sećanja radi poboljšanja sposobnosti verbalne i neverbalne komunikacije;
- slušanje i prizivanje sećanja kao faktor povezivanja zajedničkih iskustava iz prošlosti (kolektivno sećanje);
- sklonost povratku u sopstvenu prošlost zbog potrebe osobe da se odbrani od kritičke evaluacije, kao i da potvrdi svoj identitet i samopoštovanje;
- preispitivanje sopstvenog života, što rezultira reintegracijom sebe i osećajem ličnog dostojanstva;
- prenošenje društvenih, duhovnih, verskih, moralnih ili tradicionalnih sadržaja drugima (Steuden, 2011);
- sklonost ka ruminacijama kod osoba sa demencijom;



**B) ELEMENTI VALIDACIJSKE TERAPIJE (METODA RADA KOJU JE KREIRALA NAOMI FAJL (NAOMI FEIL), A TRENUTNO NASTAVLJAJU VIKI DE KLERK (VICKY DE CLERCK) I DRUGI ČLANOVI VALIDATION TRAINING INSTITUTE (VTI):<sup>6</sup>**

- usredsređenost na pažljivo slušanje i razumevanje pacijentovih izjava i ponašanja;
- prepoznavanje, prihvatanje i verbalizacija poruka osobe sa kognitivnim poremećajima;
- stav zasnovan na poštovanju i empatiji prema starijim osobama koje pokušavaju da se izbore sa nedovršenim životnim stvarima pre smrti umesto laganja, odvlačenja pažnje i fokusiranja na realnosti;
- voditi računa o distanci i blizini, poštovanje granica, fokus i pažnja na osobi, vizuelni kontakt i odgovarajući ton glasa;
- fleksibilnost i otvorenost osoba koje sprovode terapiju i komuniciraju sa učesnicima;

**C) ELEMENTI GERONTOLOŠKE DRAMATERAPIJE:**

- prepričavanje uspomena i rad na njima tokom pripreme pozorišne predstave;
- priče o životu postaju potka za umetničko tkanje koje se može pretočiti u pozorišnu predstavu za publiku u kojoj učestvuju pacijenti;
- otvorenost za nove oblike izražavanja i komunikacije;
- korišćenje metafora za otkrivanje emocija i događaja skrivenih u prošlosti;
- fokusiranje na proces, a ne na rezultat rada;
- kreativna improvizacija koja stimuliše i oživljava čoveka snagom mašte i sećanja;

---

<sup>6</sup> Više informacija na: <http://vvalidation.org/>

#### **D) ELEMENTI ART TERAPIJE:**

- baziranje na dva podjednako važna elementa: umetnosti (kreativnosti) i terapije;
- korišćenje muzikoterapije, koreoterapije, filmske terapije, likovne umetnosti i umetnosti reči;
- egalitaran pristup prema kome svaka osoba – pa samim tim i starije osobe i osobe sa demencijom – ima kreativni potencijal (Kulczicki, 1990, 7-19);
- učešće u kreativnim aktivnostima kao vid komunikacije i način uspostavljanja i održavanja društvenih odnosa, kao i multisenzorna stimulacija (Sacks, 2009);

#### **E) ELEMENTI SOCJALNE I PSIHOLOŠKE PODRŠKE:**

- omogućavanje da se sagleda život i dovrše nedovršene situacije simboličnim rešavanjem problema iz prošlosti na kraju života;
- kontakt i međusobna razmena iskustava i uspomena;
- biti u blizini ljudi;
- slušanje, govor i osećanje da vas neko sluša;

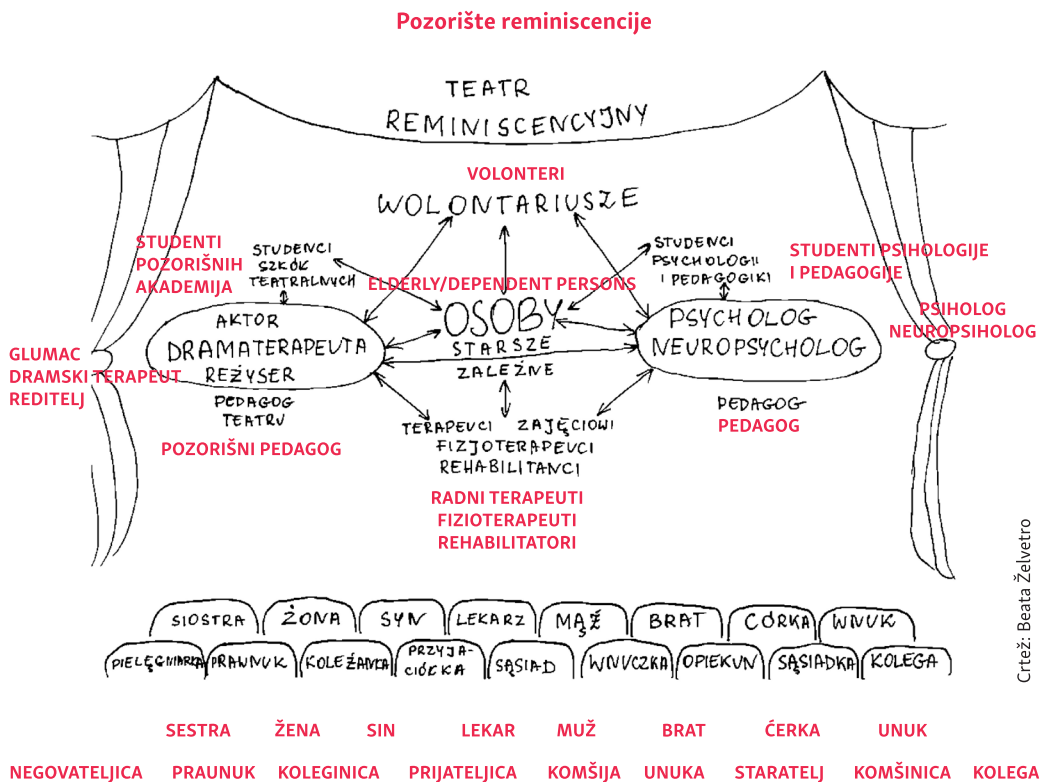
#### **F) KOGNITIVNI KAPACITETI STARIJIH OSOBA UKLJUČUJUĆI I ONE SA KOGNITIVNIM POREMEĆAJIMA:**

- narativna inteligencija;
- smisao za humor;
- pasije i interesovanja;
- životno iskustvo i mudrost;
- znanje;
- sposobnost korišćenja i razumevanja metafora;
- individualnost;
- neizmerni i neotkriveni kognitivni, emocionalni i kreativni resursi.

## 6. OPIS MODELA ILITI KAKO TO FUNKCIONIŠE?

Pozorište reminiscencije nastalo je kao realizacija **ideje i potrebe da se prikažu sećanja**, ponekad teška i bolna, često zamorna i jedina koja osobe sa demencijom imaju. **Njegov smisao je u sledećem:** da u sigurnoj i kreativnoj formi predstavi sećanja, epizode iz života, znanje, strasti i snove. Tako se na simboličan način stapaju **kultura i medicina**.

**Priče pacijenata** brižljivo prikupljamo, analiziramo i obrađujemo. Na osnovu njih razvijamo scenario koji sadrži elemente ovih priča, ali koji u isto vreme **predstavlja koherentnu, zajedničku** priču. Na osnovu scenarija pripremamo i izvodimo pozorišnu predstavu u kojoj učestvuju osobe sa kognitivnim poremećajima, bolničko osoblje ili osoblje iz **kulturne institucije i volonteri** (starije osobe i studenti psihologije ili umetničkih fakulteta).



Rad u **Pozorištu reminiscencije** podeljen je na **dva dela** (dve faze): **psihološki deo** (narativni i terapeutski) i **pozorišni deo** (umetnički i ekspresivni).

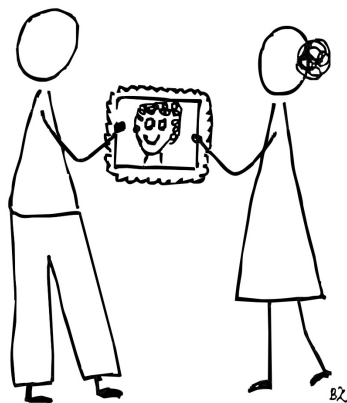
## PRVA FAZA

---

posvećena je upoznavanju sa učesnicima, utvrđivanju njihovih **potreba, mogućnosti i problema**. Za to vreme stvara se siguran prostor u kom mogu da se izraze, ispričaju svoje priče, podele iskustva, uspomene i snove.



Većinu vremena na ovoj vežbi treba posvetiti identifikaciji i imenovanju osećanja, njihovom izražavanju i povezivanju sa uspomena koje su prizvali, kao i razmeni utisaka, razmišljanja i sećanja.

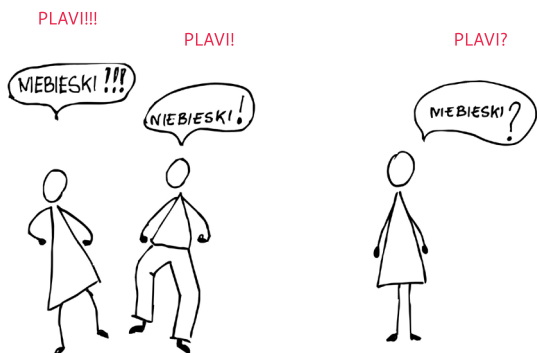


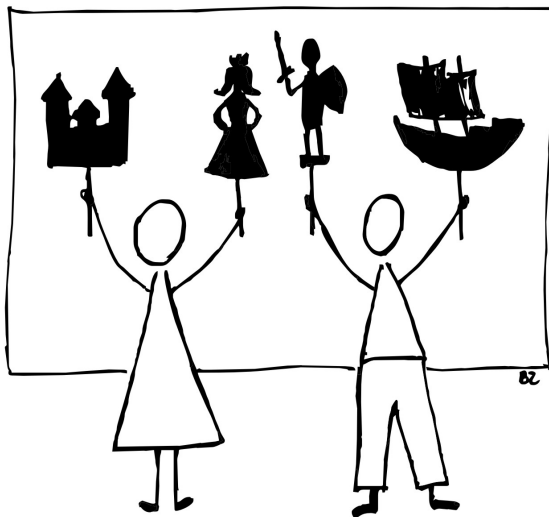
Crtež: Beata Želvetro



Koristeći metode i tehnike pozorišne i art terapije, možete pripremiti skečeve i mini-predstave koje sadrže elemente biografija učesnika. Pored toga, možete da kreirate priče zasnovane na poznatim bajkama i narodnim pričama kako biste iskoristili snagu fantazije i fikcije, kao i dobro snimljen sadržaj. U procesu igranja uloga može se koristiti i improvizacija.

Crtež: Beata Želvetro

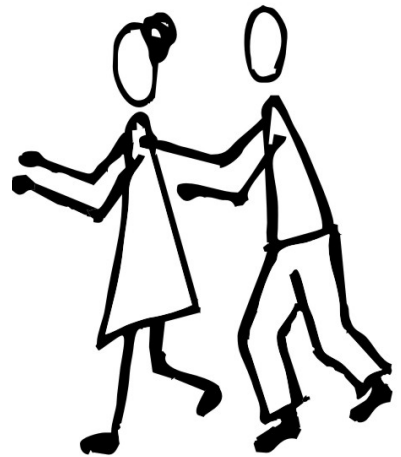




Crtež: Beata Želvetro

**Sastanci se mogu održavati svakodnevno ili po drugačijem rasporedu**, koji se dogovara sa učesnicima i terapijskim timom. Tokom ovih vežbi možete **koristiti scenarije koje su razvili autori inovacija** (u prilogu) ili razviti **sopstvene scenarije** za tekući rad sa učesnicima kao odgovor na probleme ili teme koje se javljaju.

Pojedinačne vežbe sa polaznicima po specifičnim scenarijima **traju oko tri sata**. Scenariji mogu biti podložni stalnim modifikacijama, u zavisnosti od raspoloženja i mogućnosti učesnika, trenutne situacije ili novih tema. Ovaj deo terapijskog rada treba da se završi u **atmosferi poverenja, radosti**, povezanosti i rituala stvorenih u grupi. Instruktori, pak, zadržavaju prikupljeni materijal koji će naknadno razraditi i pretočiti u scenario za pozorišnu predstavu.



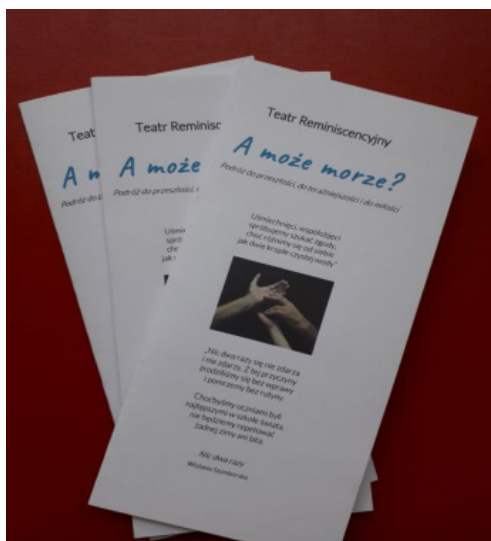
Crtež: Beata Želvetro

## DRUGA FAZA

je **pozorišni (ekspresivno-umetnički)** deo koji se odnosi na „veliki“ scenario zasnovan na prethodnom radu koji obuhvata obrađene uspomene i priče koje su se pojavile tokom terapijskog rada u prvom delu, kao i samu pripremu predstave. Odabir uloga i funkcija treba da bude kolektivna odluka zasnovana na sposobnostima, veštinama i mogućnostima učesnika i članova terapijskog tima. Važno je da ljudi ne igraju svoje invaliditete: **da ih uloge ne „osakaćuju“**. Rad na ulozi podrazumeva korišćenje očuvanih sposobnosti i ne zahteva nameran proces učenja i pamćenja. **Testove treba planirati i sprovesti** prema razvijenoj šemi, na osnovu zajednički dogovorenih formi i pravila. Kostime, dekor, scenografiju, muzičku i zvučnu podlogu i osvetljenje ekipa treba da zajednički da osmisli i izvede tokom vežbi (primeri na slikama 1, 2). Važno je i da se **zajednički osmisli plakat i program za predstavu**.



Fot. 1. Plakat za predstavu *A moze morze?* (A moze morze?) izvedene tokom testiranja inovacije  
Foto: Beata Żelvetro

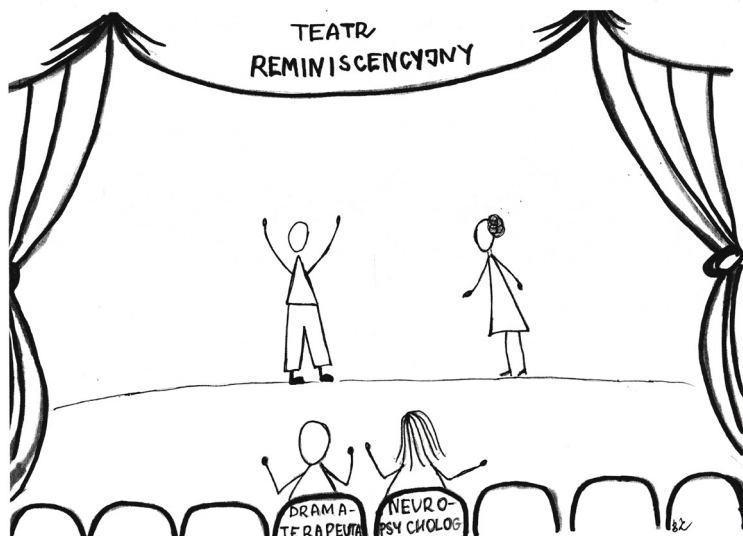


Fot. 2. Program predstave  
Foto: Beata Żelvetro

**Na dan premijere pacijenti** i gosti se izvode iz bolnice u kojoj borave i odvođe do mesta sa pozornicom na kojoj će se održati predstava. To bi trebalo da **bude simboličan i stvaran prelazak** iz sveta medicine - sveta bolesti, u svet kulture, a pacijenti i drugi ljudi postaju stvaraoci i glumci. U publici sede pozvani negovatelji i bližnji, porodica, prijatelji, komšije, medicinsko osoblje, kao i ljudi zainteresovani za **gerontologiju u širem smislu**.

Nakon predstave može se održati panel diskusija sa učesnicima. **Publika ima priliku da postavlja pitanja i razgovara sa svim učesnicima predstave.**

## Pozorište reminiscencije



Crtež: Beata Želvetro

**DRAMSKI TERAPEUT    NEUROPSIHOLOG**

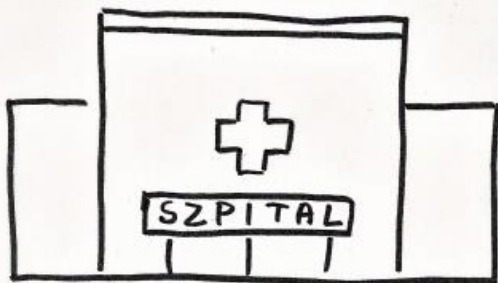
## **7. ŠTA TREBA UNAPRED PRIPREMITI? KAKO UVESTI MODEL U ŽIVOT? KAKO GA SPROVESTI?**

**Rad po modelu Pozorišta reminiscencije odvija se određenim redosledom. Treba:**

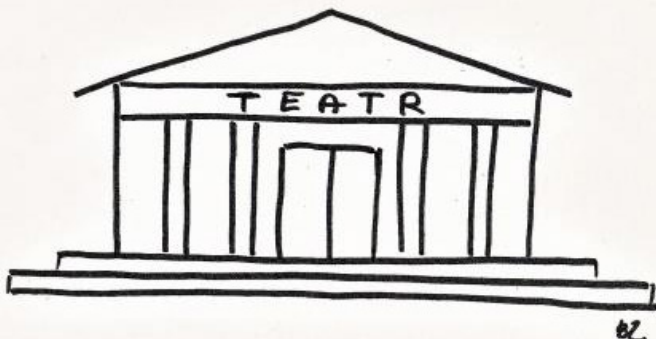
- » formirati terapijski tim sa dominantnom psihološko-pozorišnom dijadom, sa detaljnim opisom zadataka i funkcija svake osobe;
- » porazgovarati o ideji Pozorišta reminiscencije;
- » usvojiti zajednička pravila rada, a zatim ih kontinuirano proveravati i verifikovati;
- » upoznati učesnike/pacijente, opisati ih dijagnostički, utvrditi njihove poteškoće, deficite, resurse, potrebe, obrasce emocionalnog reagovanja, interesovanja i strasti, kao i fiziološka i kinetička ograničenja;
- » isplanirati tok terapijskog rada;
- » sačiniti raspored aktivnosti;
- » isplanirati vreme i mesto za razgovor o tekućem radu, planovima, toku i efektima realizacije;
- » redovno analizirati i ocenjivati tok aktivnosti;
- » odvojiti vreme za sebe, bez učesnika, obezbediti mogućnost i prostor za ideje, sumnje i probleme koji se redovno pojavljuju;
- » beležiti tok rada.



BOLNICA



POZORIŠTE



Crtež: Beata Želvetro

## B) OSOBE KOJE VODE TERAPIJU:

### — neuropsiholog/psiholog/psihoterapeut:

Osnovni početni zadatak psihologa je davanje **neuropsihološke dijagnoze** osobama sa kognitivnim poremećajima, utvrđivanje trenutnog nivoa kognitivne aktivnosti, kratak opis toka kognitivnih procesa, utvrđivanje kognitivnih deficita i njihove dubine, kao i pokušaj definisanja **specifičnog neuropsihološkog** profila ili korišćenje postojećeg. Tokom terapije neuropsiholog prati kognitivno i emocionalno funkcionisanje učesnika, deli svoja zapažanja sa timom i vodi računa o tome da učesnicima omogući kognitivni i emocionalni komfor.

### — glumac/reditelj/pozorišni instruktor/dramski terapeut

To je umetnički potkovana osoba koja poznaje **pozorišne metode** i metode dramske terapije, zainteresovana za rad sa starijim osobama i osobama sa kognitivnim oštećenjima, za **proces starenja i starost**, otvorena za razmenu znanja, ideja, utisaka, zainteresovana da čuje povratne informacije, iskustva i znanje drugih članova tima; poseduje odlične organizacione sposobnosti i spremna je za rad u interdisciplinarnom timu, fleksibilna je, otvorena i pažljiva. Njena glavna uloga je da koristi svoje sposobnosti i umetničke veštine u radu sa ljudima koji su članovi tima, **naročito sa osobama sa kognitivnim poremećajima**.

**C) UČESNICI: ZDRAVE STARIJE OSOBE, OSOBE SA LAKŠIM KOGNITIVNIM OŠTEĆENJIMA, OSOBE SA DEMENCIJOM I OSOBE SA KOGNITIVNIM DEFICITIMA DRUGE ETIOLOGIJE.**

**D) TERAPIJSKI TIM: SPECIJALISTI IZ OBLASTI PSIHOGERIJATRIJE (PSIHOLOG, FIZIOTERAPEUT/ REHABILITATOR, RADNI TERAPEUT, VASPITAČ, LEKAR; VOLONTERI – STUDENTI PSIHOLOGIJE I UMETNIČKIH FAKULTETA, STARIJE OSOBE).**

## **9. KORISTI – KO I ŠTA TIME DOBIJA?**

Učešćem u vežbama zadovoljava se **potreba za kontaktom i izražavanjem**. Učesnici su fizički aktivni i aktivno rade na svojim sećanjima. Intenzivni stimulansi pokreću pamćenje i druge kognitivne procese. Korišćenjem verbalnog izražavanja podstiču sposobnost traženja reči i njihove pravilne upotrebe. **Uče i druge načine komunikacije**. Doživljavaju radost i zadovoljstvo nakon obavljenog zadatka, ali i zbog toga što ih je neko saslušao i shvatio, te samim tim osećaju da su primećeni, prihvaćeni i važni. Imaju priliku da **pokazu svoje unutrašnje bogatstvo** i jedinstveno iskustvo, životnu istoriju, dragocena i teška životna iskustva, mogućnosti i sposobnosti. Novi podsticaji i nove situacije bude u njima **radoznalost i želju za aktivnošću**.

**Raznolikost interakcija na mnogim senzornim**, perceptivnim, kognitivnim i emocionalnim nivoima doprinosi obnavljanju i stimulanju kognitivne i motoričke aktivnosti. Metode koje se koriste za stimulanje različitih čula pružaju nove mogućnosti **holističke podrške**.

Negovatelji i članovi porodice osoba sa kognitivnim smetnjama mogu dobiti više vremena za sebe, naučiti nove metode rada i što je najvažnije - mogu da vide bolesnu osobu u boljem raspoloženju, otvoreniju i zadovoljniju. Mogu da uvide njene sposobnosti i mogućnosti koje nisu uvek očigledne, jer su obično zaboravljene ili skrivene ispod svih nedostataka i teškoća. Pored toga, shvataju snagu i značaj kulture, **umetnosti i kreativne aktivnosti u ljudskom životu**.

**Terapeutski tim** stiče iskustvo u zajedničkom radu sa pacijentima tako što dobija nove veštine i proširuje znanja iz različitih oblasti. Članovi tima uče jedni od drugih, a kombinacija tih znanja omogućava bolje korišćenje sposobnosti i resursa pacijenta i daje mogućnost da se pacijent sagleda iz drugačije perspektive. Ustanova koja realizuje projekat *Pozorište reminiscencije* (bez obzira da li je reč o ustanovi kulture ili zdravstvenom centru) **pokazuje vrednost umetnosti i kulture** na individualnom i društvenom nivou.

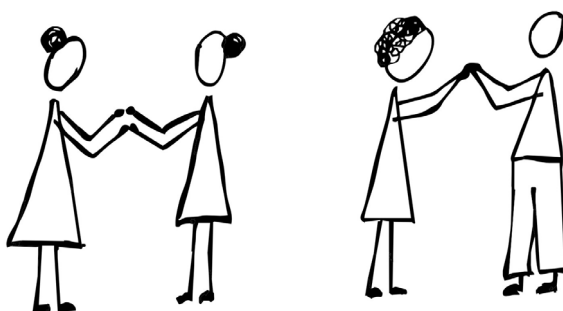
## 10. INFORMACIJA O PROJEKTU I AUTORIMA INOVACIJE

Model Pozorišta reminiscencije razvijen je u okviru konkursa koji je organizovalo *Udruženje za kreativne inicijative „e“*. *Generator inovacija*. *Mreže podrške kao društvena inovacija posvećena starijim osobama koje zavise od tuđe nege*. Autori ove inovacije su **Agnješka Želvetro, Domingo Ferandis i Beata Želvetro**. Agnješka Želvetro je specijalista kliničke psihologije i neuropsihološkinja koja se bavi problemima vezanim za proces starenja u kognitivnoj, emocionalnoj i dimenziji ličnosti; Domingo Ferandis je španski glumac, dramski terapeut, reditelj, univerzitetski predavač koji se bavi terapijskim radom sa osobama iz isključenih grupa, među kojima su i stare osobe i osobe sa invaliditetom; Beata Želvetro je psihogerontološkinja, predavačica, biološkinja i radna terapeutkinja. **Model je zasnovan** na zaključcima iz analize dostupnih kliničkih i naučnih podataka o fiziološkom i patološkom starenju, profilima demencije, dostupnim metodama i tehnikama nefarmakoloških intervencija i terapijskom značaju pozorišnih aktivnosti. **Testiranje inovacija** odvijalo se u Centru za Alchajmerovu bolest u Šćinavi 2018. i 2019. godine, a učesnici su bili pacijenti centra. Terapiju su vodile Agnješka Želvetro i Domingo Ferandis u saradnji sa Beatom Želvetro, na poljskom i španskom jeziku uz pomoć prevoditeljke. **Terapijski tim** činili su zaposleni u centru (pedagog, radni terapeuti, fizioterapeut, maser, fizioterapeutkinja), porodica, negovatelji i volonteri (studentkinje psihologije i pedagogije Univerziteta u Vroclavu, pozorišne akademije i jedna penzionerka). **Terapijske vežbe** održavale su se u centru, a probe i premijera predstave, kao i obuka koja se sastojala od predavanja i radionica u Turističko-kulturnom centru u Šćinavi.

## 11. RADNI SCENARIJI – PRILOZI

- Scenario broj 1
- Scenario broj 2

### PRILOG 1 / SCENARIO VEŽBE: „RAZGOVOR DLANOVA. DODIRNI ME”



Crtež: Beata Želvetro

## UVOD:

**Svako od nas ima potrebu za izražavanjem i samoispoljavanjem.** Međutim, to nije uvek moguće izvesti rečima. Vežba pokazuje drugi oblik razgovora. Ljudi mogu da komuniciraju dodirrom, milovanjem i poljupcima, čija vrsta i intenzitet mogu mnogo toga da nam kažu o emocijama koje doživljavaju i sadržaju koji žele da prenesu. **Dodir predstavlja jedan od oblika neverbalne interpersonalne komunikacije** koji je rezultat međusobne interakcije motoričkog i senzornog sistema. **Dodir je prva senzacija sa kojom dolazimo** na svet i poslednja koju zaboravljamo.

## CILJNA GRUPA:

pacijenti sa demencijom, osobe sa blagim kognitivnim poremećajima, zdrave starije osobe

## PROFESIJA KOORDINATORA:

dramski terapeut/glumac, psiholog

## BROJ UČESNIKA:

maks. 14

## FORMA:

grupna, rad u parovima

## MESTO:

prostrana prostorija koja omogućava slobodno kretanje.

## VREME:

1,5 sat.

## NIVO TEŽINE:

srednji/nizak

## CILJEVI I METODE:

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>OPŠTI CILJ</b>          | » predstavlanje drugih, neverbalnih oblika komunikacije   |
| <b>POJEDINAČNI CILJEVI</b> | » interakcija i dijalog uz korišćenje dodira i gestova<br>» uobličavanje i korišćenje dodira za samoispoljavanje<br>» podsticanje čulne percepcije i osećaja u telu |
| <b>METODE RADA</b>         | » dramska terapija  |

- DIDAKTIČKA** >> CD plejer / audio oprema
- POMAGALA** >> internet veza
- >> čaršav iscepan na komade ili komadi tkanine dužine oko jednog metra i širine oko 40 cm

- ZAHTEVI** >> zbog potrebe ulaska u intimnu sferu tela i dodira, budite pažljivi
- ZA KOORDINATORE** i reagujte u situacijama narušavanja granica i mogućnosti oštećenja osetljivih zona, npr. oko očiju
- >> pobrinite se da učesnici imaju dovoljno prostora, kako se ne bi sudarali ili povredili jedni druge

#### **PREDMET POSMATRANJA:**

- teškoće u uspostavljanju svesnog i namernog taktilnog kontakta
- znaci posramljenosti, neprijatnosti, stida u trenutku prevazilaženja barijere
- granice ličnog prostora i druge emocionalne reakcije na dodir (kada oni dodiruju druge i kada drugi njih dodiruje)
- intenzitet i kvalitet izvedenih pokreta

#### **OČEKIVANI REZULTATI:**

- veća otvorenost i smanjenje distance između učesnika
- širenje spektra vidova neverbalne komunikacije
- osećaj zadovoljstva

#### **TOK VEŽBI:**

1. Pozdravite učesnike i upoznajte ih sa svrhom vežbe
2. Zagrejte se tako što ćete pustiti neku opersku ariju, npr. *Madam Baterflaj*. Stavite pripremljene komade tkanine na sredinu. Zamolite učesnike da ustanu i izaberu jednu. Uključite muziku i zamolite učesnike da počnu da se kreću u ritmu muzike dok je slušaju i osećaju, dok drže komad tkanine u rukama (otprilike 10-15 minuta). Završite vežbu tako što ćete im skrenuti pažnju na mogućnost da izraze svoje emocije pokretom bez reči.
3. Ispričajte priču u vezi sa fragmentom opere koji slušate, na primer o životu Marije Kalas ili predstavite radnju opere *Madam Baterflaj*. U priči obratite pažnju na različite oblike prenošenja emocija. Jedan od njih je dodir.

4. Podelite učesnike u parove i zamolite ih da stanu jedno naspram drugog i spoje ruke. Ne prekidajući kontakt rukom, zamolite ih da komuniciraju samo dodirrom i pokretom. Pazite na vreme i pratite izvođenje vežbe (15–20 minuta).
5. Pitajte učesnike kakvi su im utisci i šta osećaju.
6. Završite vežbe kao i obično.

#### REZIME VEŽBI (SASTAVITE BELEŠKE SA VEŽBI):

- Podaci sa posmatranja
- Teme koje su se pojavile

## PRILOG 2 / SCENARIO VEŽBE: „ODRAZI”

### UVOD:

Ogledalo odražava i lice i celog čoveka. **Možete videti svaki gest i pokret.** Možete primetiti i pročitati emocije prikazane gestovima, izrazima lica i držanjem tela. Svako od nas ima pamćenje pokreta, gestova, zvukova i reči.

**Održavanje kontakta licem** u lice predstavlja tešku i jednu od najintimnijih situacija u čovekovom životu. Ljudsko lice može da izrazi bilo šta. Mnogo toga se može pročitati s lica. Pažljivo posmatrajući i oponašajući svaki pokret, možemo pokušati da se osetimo kao druga osoba – ona u ogledalu.

**Ljudi sa Alchajmerovom bolešću** mogu imati poteškoća da naprave pokret, pokažu emocije, ali i da ih dešifruju i razumeju.

Poenta vežbe je u tome da osoba koja igra ulogu **ogledala imitira svog partnera** i pokušava da pravi iste gestove i izraze lica. Tokom vežbe **stimuliše se proceduralna memorija**, aktiviraju se funkcije pažnje, kao i procesi pamćenja i učenja.

### CILJNA GRUPA:

osobe sa Alchajmerovom bolešću i drugim oblicma demencije, zdrave starije osobe, osobe lakšim kognitivnim poremećajima

### PROFESIJA KOORDINATORA:

dramaterapeuta/aktor, psycholog

### BROJ UČESNIKA:

maks. 14

### FORMA:

grupni rad; rad u parovima

**MESTO:**

prostrana prostorija koja omogućava slobodno kretanje i rad u parovima

**VREME:**

1,5 sat.

**NIVO TEŽINE:**

srednji

**CILJEVI I METODE:**

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>OPŠTI CILJ</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>» senzibilisanje druge osobe</li><li>» stimulacija proceduralne memorije</li><li>» vežbanje pažnje i koncentracije</li></ul>   |
| <b>POJEDINAČNI CILJEVI</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>» iskazivanje osećaja i emocija pomoću gestova, pokreta i drugih neverbalnih signala</li><li>» odražavanje osećanja i gestova</li><li>» jačanje odnosa sa partnerom</li><li>» pokazivanje neverbalnog načina komunikacije</li></ul>                |
| <b>METODE RADA</b>             | <ul style="list-style-type: none"><li>» posmatranje</li><li>» oblikovanje</li><li>» doživljavanje</li><li>» razgovor</li></ul>   |
| <b>DIDAKTIČKA POMAGALA</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>» audio i video oprema / računar povezan na internet</li><li>» sitni predmeti za svakodnevnu upotrebu (ogledalce, češalj, olovka, ruž za usne, šoljica za kafu, cigareta, lenjir, ljuštistica, makaze, krema, četkica za zube, kašičica)</li></ul> |
| <b>ZAHTEVI ZA KOORDINATORE</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>» adekvatno pripremite prostor u kom će se održati vežbe</li><li>» budite oprezni</li></ul>  |

## **PREDMET POSMATRANJA:**

- sposobnost odražavanja pokreta/praksije i manuelne spretnosti
- sposobnost pravljenja pokreta/praksije
- sposobnost odražavanja i izražavanja emocija
- sposobnost prikazivanja aktivnosti i sekvencioniranja pokreta
- sposobnost apstraktnog mišljenja
- promene raspoloženja i doživljenih emocija

## **OČEKIVANI REZULTATI:**

- poboljšanje koordinacije i integracije pokreta i vida
- poboljšanje proceduralne memorije
- osećaj zadovoljstva zbog mogućnosti pamćenja i obnovljene sposobnosti izvođenja pokreta
- poboljšana koncentracija i pažnja

## **TOK VEŽBE:**

1. Pozdravite učesnike i upoznajte ih sa svrhom vežbe
2. Zagrejte se, npr. razgovorom o trenutnom vremenu i godišnjem dobu. Pitajte ih da vam kažu svoje asocijacije (4) vezane za aktuelnu sezonu i da pokažu gest ili radnju u vezi sa ovom asocijacijom. Pokažite te gestove i stvorite koreografski obrazac od gestova i pokreta. Spojte ga sa muzikom ili drugim zvucima. Vežbajte to sa učesnicima tako što ćete ih ponoviti nekoliko ili desetak puta.
3. Spojte učesnike u parove. Odredite ko je ogledalo, a ko osoba koja se gleda u ogledalu i pravi razne gestove i pokrete. Osoba koja se ponaša kao ogledalo imitira svog partnera i pokušava da pravi iste gestove i pokrete kao i njihov partner, te da izrazi iste emocije. Potrebno je oko 3–4 minuta. Zatim se uloge zamenjuju. Demonstrator prikazuje različite emocije i gestove i aktivnosti tako što koristi predmete ili ih oponaša (radost, bes, strah, iznenađenje, tuga, ispijanje kafe, češljanje, zakopčavanje), a osoba-ogledalo ih odražava.
4. Alternativna verzija:  
Ako su učesnici osobe sa uznapredovalom Alchajmerovom bolešću, u paru treba da učestvuje terapeut (ili druga zdrava osoba) koji pokazuje gestove i pokrete, a osoba sa kognitivnim problemima ih odražava.
5. Razgovarajte o utiscima vezanim za izvođenje ove vežbe. Šta je bilo teško? Šta je bilo iznenađujuće? Šta je bilo zabavno?
6. Završite vežbu pitanjem o osećanjima i utiscima i završnim zajedničkim ritualom, ukoliko ga je tim razvio.

## **REZIME VEŽBE (NAPRAVITE BELEŠKE S VEŽBE):**

- Podaci dobijeni posmatranjem
- Teme koje su se pojavile



## 12. BIBLIOGRAFIJA

1. Błęadowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z., & Kubicki, P. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
2. Brzezińska, A. I., Appelt, K., & Ziótkowska, B. (2016). *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
3. Brzezińska, M., & Graczkowska, M. (2012). *Zaradnik terapeutyczny*. Warszawa: Difin.
4. Byczewska-Konieczny, K. (2017). *Jak starzeje się umysł? O funkcjonowaniu poznawczym osób starszych i jego zróżnicowaniu indywidualnym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
5. Coni, N., Davidon, W., & Webster, S. (1994). *Starzenie się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Czapiński, J. (2009). *Dobrostan psychiczny i społeczny Polaków w wieku 50 i więcej lat na tle wybranych społeczeństw europejskich*. CenEA Centre for Economic Analysis.
7. Erikson, E. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka.
8. Feil, N., & de Klerk-Rubin, V. (2012). *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with Alzheimer's and other dementias*. Baltimore-London-Sydney: Health Professions Press.
9. Feil, E. G. (2016). *Summary of validation research*. From: [https://vvalidation.org/wp-content/uploads/2015/07/SummaryValidationResearch\\_ApriL\\_2016-1.pdf](https://vvalidation.org/wp-content/uploads/2015/07/SummaryValidationResearch_ApriL_2016-1.pdf)
10. Feil, N. (2016a). *What is validation*. From: <https://www.youtube.com/watch?v=NPstZUTqUFw>
11. Ferrandis, D., & Motos Teruel, T. (2015). *Teatro aplicado: Teatro del oprimido, teatro playback, dramaterapia*. Barcelona: Ediciones Octaedro.
12. Glińska-Lachowicz, A. (2016). *Arteterapia w działaniu*. Warszawa: Difin.
13. Janus, E., Bac, A., Kulis, A., & Smrokowska-Reichmann, A. (2017). *Terapia zajęciowa w geriatricii*. Warszawa: PZWL.
14. Kielar-Turska, M. (Ed.). (2019). *Starość. Jak ją widzi psychologia*. Kraków: Akademia Ignatianum w Krakowie, Wydawnictwo WAM.
15. Klawiter, A. (Ed.). (2009). *Formy aktywności umysłu. Ujęcie kognitywistyczne. Ewolucja i założone struktury poznawcze, t. 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
16. Kulczycki, M. (1990). *Arteterapia i psychologia kliniczna. Arteterapia III. Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu, 57, 7–19*.
17. Leszczyńska-Rejchert, A. (2007). *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
18. Lis-Turlejska, M. (2002). *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
19. Malchiodi, C. A. (2014). *Arteterapia*. Gdańsk: Harmonia.
20. Marek, E. (2004). In: Knapik, M., & Sacher W. A. (Ed.). *Sztuka w edukacji i terapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 105.
21. Muñoz Marrón, E. (Ed.). (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: Editorial UOC.
22. Modrak, M. (2018). *Porozumienie ponad pokoleniami*. Gliwice: Helion.
23. Morgan, A. (2011). *Terapia narracyjna. Wprowadzenie*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
24. Morgulec-Adamowicz, N., Rutkowska, I., & Rekowski, W. (2011). *Zajęcia aktywności fizycznej w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce*. *Gerontologia Polska, 19(3–4)*, 190–198.
25. Nawrot, A. (2013). *Jesień życia to czas na żniwa. Diagnoza partycypacyjna potrzeb osób starszych i prezentacja modelowych rozwiązań*. Ruda Śląska: Proethica.
26. Nęcka, E. (2018). *Trening poznawczy. Czy umysł można trenować, tak jak trenuje się mięśnie?*. Sopot: Smak Słowa.
27. Nęcka, E., Gruszka, A., Orzechowski, J., & Szymura, B. (2019). *Trening twórczości*. Sopot: Smak Słowa.
28. Puszczatowska-Lizis, E., Biała, A. E. (2014). *Terapia osób o specjalnych potrzebach*. Warszawa: Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna.
29. Rembowski, J. (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa – Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
30. Rzecznik Praw Obywatelskich. (2012). *Prawa człowieka. Poradnik dla osób starszych*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. From: [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN\\_RPO\\_Materialy\\_nr\\_72\\_Prawa\\_czlowieka\\_poradnik\\_dla\\_osob\\_starszych.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN_RPO_Materialy_nr_72_Prawa_czlowieka_poradnik_dla_osob_starszych.pdf)
31. Sacks, O. (2009). *Muzykofilia. Opowieści o muzyce i mózgu*. Poznań: Zysk i S-ka.
32. Steuden, S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
33. Strelau, J., Doliński D. (Ed.). 2014. *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 2*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

34. Szarota, Z. (2004). *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
35. Szczudlik, A., Liberski, P. P., & Barcikowska, M. (Ed.). (2004). *Otępienie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
36. Szczudlik, A. (Ed.). (2013). *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*. Warszawa: Medisfera.
37. Szulc, W. (2011). *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*. Warszawa: Difin.
38. Szulc, W. (2001). *Sztuka w służbie medycyny od antyku do postmodernizmu*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UM.
39. Tomasiak, E. (1999). *Biblioterapia reminiscencyjna dla osób starszych*. In: Jankowski, D. (Ed.). *Edukacja kulturalna w życiu człowieka*. Kalisz: UAM, IPA.
40. Quinodoz, D. (2014). *Starzenie się – przygoda życia, która trwa*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
41. Wehner, L., & Schwinghammer, Y. (2017). *Aktywacja sensoryczna, Holistyczna koncepcja wsparcia osób w podeszłym wieku i cierpiących na demencję*. Gdańsk: Harmonia.

**DRUGI IZVORI SA INTERNETA:**

1. <http://sieciwsparcia.pl/project/teatr-reminiscencyjny/>
2. <https://www.facebook.com/groups/2025443191093953>

# **METODA MONTESSORI SENIOR – MONTESSORI LIFESTYLE®**

PRIMER PRISTUPA KOJI SE  
FOKUSIRA NA ČOVEKA U NEZI  
STARIJIH OSOBA

————— **Monika Stroinjska (Monika Stroińska)**

## POMOZI MI DA TO URADIM SAM

Oko ovih reči **Marija Montessori** je pre više od jednog veka stvorila svoj pedagoški pristup, koji je doprineo promeni shvatanja obrazovanja i potreba dece. Danas ova rečenica ima posebno značenje i za starije osobe koje žive sa neurokognitivnim poremećajima: „Prestani da radiš sve umesto mene, ali nemoj tražiti od mene da uradim nešto sam kada to ne mogu”. Podrška nezavisnosti i samostalnosti osoba sa kognitivnim invaliditetom uz korišćenje metode **Montessori Senior – Montessori Lifestyle**<sup>®</sup> bavi se pitanjima kao što su potreba da osoba zadrži kontrolu nad sopstvenim životom, da se **uključi u aktivnosti** koje za nju imaju smisla i da ostane aktivan član zajednice. Ova metoda, koju je devedesetih godina prošlog veka razvio američki psiholog dr Kameron Kemp (Cameron Camp) (Camp, 2009; Camp, 2010), u početku je bio poznat kao Montessori Based Dementia Programming<sup>®</sup>. U poslednje vreme se propagira, između ostalog, kao Montessori Inspired Lifestyle<sup>®</sup> (Montesori pristup demenciji ili Montesori metode kod demencije) i **postala je deo svakodnevnog života starijih osoba na većini kontinenata** (Antenucci & Roberts, 2017; Bourgeois & al., 2015).

U Poljskoj postoji još jedna adaptacija metode Marije Montessori **potrebama starijih osoba**, koja se poziva na model M3L. Razvile su ga u prvoj deceniji 21. veka u Austriji Kristine Miterlehner (Christine Mitterlechner) i Beatris Dangl-Vatko (Beatrix Dangl-Watko). Ta adaptacija međutim nije tema ovog članka. **Ukoliko ste zainteresovani, pogledajte publikaciju autorke Malgožate Mikše (Małgorzata Miksza) (2014).**

## ČOVEK I NJEGOVE POTREBE

Kada primenjujemo **Montesori metodu** na odrasle, da li se prema njima ponašamo kao prema deci? **Marija Montessori je tretirala svako dete kao punopravno ljudsko biće.** Dakle, kada primenjujemo Montesori Senior metodu, starije osobe ne tretiramo kao decu, već u svakom od njih vidimo ljudsko biće i poštujemo njihove potrebe i prava. Oba pristupa su zasnovana na vrednostima kao što su poštovanje, dostojanstvo, jednakost i poverenje u svaku osobu bez obzira na njeno fizičko ili kognitivno stanje.

Usredsređenost na čoveka i njegove potrebe predstavlja **alternativu biomedicinskom modelu** koji dominira u nezi starijih osoba (Camp & al., 2018; Douglas & al., 2018), u kojem se pažnja u većoj meri posvećuje bolesti, njenim simptomima i deficitima do kojih dovodi. **Domovi za osobe sa neurokognitivnim poremećajima** po svojoj organizaciji i koncepciji često više liče na bolničke hotele nego na dom koji je potreban svakom ljudskom biću (Ducak i dr., 2018; Van der Linden & Van der Linden, 2014). Organizacija dnevnog programa je u velikoj meri usmerena na zadovoljavanje fizioloških potreba i praćenje zdravlja štićenika. Predložene aktivnosti takođe se doživljavaju kao terapija za bolesne štićenike. U mnogim institucijama koje se u svojoj strukturi pozivaju na ovaj model, takve ljudske potrebe (Maslov, 2006) kao što su potreba za ljubavlju i pripadanjem, sigurnošću (narušena usled osećaja usamljenosti ili bespomoćnosti), priznanjem, poštovanjem, slobodom ili samoispunjenjem kod ljudi sa kognitivnim invaliditetom često ostaju

nezadovoljene, što može dovesti do brojnih reaktivnih ponašanja (Moniz-Cook & al., 2003; Stokes, 2017). **U biomedicinskom modelu nege starijih osoba ove reakcije**, koje se doživljavaju kao poremećaji ponašanja, percipiraju se kao simptomi neurodegenerativne bolesti koje se uglavnom olakšavaju **farmakološkim agensima**, dok je primena alternativnih rešenja zasnovanih na psihosocijalnim aktivnostima mnogo ređa, uprkos zvaničnim preporukama (Banerjee, 2009; de Sante, 2009).

**Montesori Senior metoda pripada školi nege usredsređene na čoveka** (Kitwood, 1997; Camp, 2018). **Adaptacija dr Kempa nije puka vrsta radne terapije**, već holistički pristup koji se poziva, između ostalog, na podršku samostalnosti i nezavisnosti osobe sa neurokognitivnim poremećajima, jačanje osećaja kontrole nad sopstvenim životom, aktivnog učešća u svakodnevnim obavezama i socijalne uključenosti.

## OSEĆAJ KONTROLE NAD SOPSTVENIM ŽIVOTOM

Svima nam je potreban osećaj kontrole nad vlastitim životom. Dr Kemp objašnjava da je to usko povezano sa mogućnošću donošenja odluka i pravljenja izbora. S obzirom na produblivanje kognitivnog invaliditeta, osoba postepeno gubi ovu mogućnost, jer sve više odluka umesto nje donosi okolina. Gubitak kontrole se produbljuje u kontekstu institucionalizacije, gde starija osoba prestaje da donosi odluke čak i u osnovnim aspektima svog života – o tome u koje vreme želi da se probudi, kako želi da se obuče i kada bi želela da večera. Kognitivni deficiti otežavaju osobi da komunicira i ispuni svoje potrebe, a okolini otežavaju da ih prepozna i razume. **Starija osoba koja zbog nečeg negoduje često se opisuje kao „nekooperativna“**, a odbijanje da se okupa, obuče ili obavi druge higijenske mere posmatra se kroz prizmu poremećaja ponašanja izazvanih demencijom. Ako se slične situacije analiziraju u duhu Montesori Senior metode, nedostatak saradnje ili protivljenja shvataju se kao **potreba osobe da sama odlučuje, a najbolji način da se ove reakcije smanje jeste jačanje osećaja kontrole**.

**Praksa Montesori Senior metode** stoga podrazumeva nuđenje izbora na način koji je prilagođen mogućnostima i očuvanim sposobnostima svake osobe. **Trebalo bi da izbegavate otvorena pitanja** (npr. „Šta biste želeli?“) i da ih zamenite sa dva konkretna predloga. Skoro svaka situacija je prilika da se ponudi izbor. **U kontekstu prakse**, kako u kućnom tako i u institucionalnom okruženju - ovaj princip je lako prilagoditi mogućnostima na datom mestu. **Može se odnositi na jednostavne svakodnevne situacije** (npr. pitajte štićenika za doručkom da li želi čaj ili kafu ili da li želi sam da namaže džem ili ne). Omogućavanje izbora i osnaživanje osoba sa kognitivnim poremećajima u donošenju odluka u velikoj meri zahteva od zaposlenih da promene način na koji doživljavaju i starije osobe, ali i svoj posao. **Stare navike i dugogodišnji sistem rada predstavljaju najčešću prepreku**. Ustanove koje su navikle na Montesori Senior metod postepeno proširuju praksu davanja izbora štićenicima. Neke od njih, na primer, zamenjuju unapred pripremljen doručak švedskim stolom, gde starija osoba uz diskretnu podršku staratelja može sama da odluči šta želi da jede tog dana. Genijalnost i kreativnost negovatelja pokazuju da se ovo rešenje može prilagoditi i potrebama nepokretnih osoba koje doručkuju u svojoj sobi. U Belgiji postoji kuća u kojoj stanovnici učestvuju u razgovorima za zapošljavanje kadrova i u drugim odlukama koje utiču na njihov život.

## OČUVANJE SPOSOBNOSTI

Deficiti i izgubljene sposobnosti privlače našu pažnju od samog trenutka postavljanja dijagnoze. Na njima se u velikoj meri zasniva diferencijacija neurokognitivnih poremećaja ili određivanje narednih stadijuma bolesti. Takođe, sistem isplate dodataka za negu obično se bazira na težini invaliditeta, što skreće pažnju na gubitak nezavisnosti (Gil & Poirier, 2018). Slično tome, različiti planovi vežbi i scenariji aktivnosti osmišljeni tako da aktiviraju kognitivne funkcije obično se zasnivaju na oblastima pogođenim neurodegeneracijom i predlažu zadatke u kojima se od starije osobe traži da imenuje, zapamti ili usmeri pažnju na, na primer, traženje određenog elementa. U praksi metode Montessori Senior pomažu da uočimo i koristimo očuvane sposobnosti, bez obzira na težinu neurokognitivnih poremećaja. Dr Kemp razlikuje četiri osnovne oblasti – senzorne, motoričke, socijalne i kognitivne sposobnosti. Upitnik koji je jednostavan za korišćenje omogućava označavanje učenih veština i na osnovu njih olakšava rad tima. Postoji, doduše, i složeniji mehanizam: Montessori sistem procene MAS. On omogućava da se procene očuvane sposobnosti osoba sa umerenim i uznapredovalim neurokognitivnim poremećajima (Erkes & al., 2019). Fokusiranje na ono što kod njih još uvek funkcioniše omogućava korišćenje očuvanih sposobnosti tako da se zaobiđu deficiti, čime se podstiče samostalnost i samopouzdanje osobe sa kognitivnim invaliditetom.

**Ilustrujemo ovaj jednostavan koncept u praksi:** ista aktivnost (na primer, zajedničko pravljenje foto-albuma) drugačije će biti pripremljena i izvedena sa osobom koja ima savršeno očuvanu finu motoriku ali veoma narušene jezičke sposobnosti nego sa nekim ko ima motoričke poteškoće, ali može tačno da govori. Bazirajući svoje delovanje na očuvanim veštinama ne samo da menjamo svoje viđenje sposobnosti starije osobe, već utičemo i na njenu aktivnost, smanjujemo njene pokušaje izbegavanja i nespremnost da obavlja aktivnosti koje, bez odgovarajuće pripreme i izvođenja, mogu biti preteške i izazvati stres i osećaj neuspeha. Pored „lovljenja“ očuvanih veština u pomenutim oblastima (senzornim, motoričkim, socijalnim i kognitivnim), **Montessori Senior metoda zasniva se na temeljnom poznavanju date osobe** – njenog života, želja, dostignuća kojima koja se ponosi.

**Takođe je važno upoznati se sa njegovim starim kompetencijama i navikama.** Fascinantna oblast često potcenjenih resursa je i korišćenje potencijala implicitne (proceduralne) memorije, koja omogućava ljudima sa neurokognitivnim poremećajima da nauče nove informacije i veštine uprkos deficitu **deklarativne memorije**. Kada osobama sa kognitivnim invaliditetom pružamo podršku zasnovanu na Montessori Senior metodi **primenjujemo tehniku učenja kroz praksu bez greške** (*errorless learning*). Pored toga, koristimo i razna kognitivna pomagala i označavanja kako bismo pomogli starijim osobama da pronađu potrebne informacije uprkos oštećenoj memoriji (Brush & al., 2015).

## NORMALIZACIJA

Marija Montessori je govorila da ako je poremećeno okruženje, i dete će biti poremećeno. **Zato je veliku važnost pridavala stvaranju uslova** koji bi pomogli detetu da aktivno uči i iskoristi svoj potencijal (Montessori, 2018). U procesu normalizacije, time što utičemo na okolinu utičemo i na čoveka. Koncept normalizacije prilagođen potrebama osoba sa kognitivnim invaliditetom jedan je od temelja **Montesori Senior metode**. Uporedo sa produbljenjem kognitivnih deficita, okolni svet i svakodnevne situacije postaju sve komplikovanije i teže razumljive. Prema shvatanju dr Kempa nije problem u starijoj osobi, već u interakciji, okruženju ili materijalima koji nisu prilagođeni njihovim mogućnostima i potrebama. Stoga je neophodno stvoriti uslove koji će osobi sa kognitivnim poremećajima omogućiti da iskoristi svoj potencijal i očuva svoju samostalnost i nezavisnost. U tom smislu normalizacija se shvata kao višedimenzionalno delovanje – ona podrazumeva prilagođavanje kako fizičkog okruženja (okruženje, materijali) tako i čovekovih osobina (stav, način govora, ponašanja i komunikacije).

Pored pitanja opisanih u prvom delu članka, prilagođavanje vežbi, interakcije ili materijala dodatno se zasniva na dvanaest principa Montessori Senior metode. Reč je o jednostavnim smernicama koje kombinuju elemente pedagogije Marije Montessori sa postulatima psiholoških modela učenja. Interesantan primer normalizacije je **koncept Montessori Senior knjiga, koji je razvio dr Kemp**, i Reading Roundtable® čitalački klub koji se vodi pomoću te metode. Ljudi sa **Alchajmerovom bolešću** ili drugim neurokognitivnim poremećajima često odustaju od čitanja knjiga i to ne zato što su izgubili sposobnost čitanja, već zbog pogoršanja deficita koji ovu aktivnost znatno otežavaju: zaboravljanje fragmenta teksta koji je prethodno pročitano, problemi s koncentracijom ili slabljenje vida. Na osnovu koncepta normalizacije dr Kemp i njegove kolege su u Montessori Senior knjigama **prilagodili tehniku pisanja kako bi izbegli pomenute deficite**, a iskoristili očuvane sposobnosti. To je mnogim starijim osobama širom sveta omogućilo da sami pronađu zadovoljstvo u čitanju. Zahvaljujući korišćenju eksternih smernica i tehnici učenja kroz praksu, Montessori Senior čitalački klub mogu uspešno da vode i osobe sa kognitivnim oštećenjima (Camp & al., 2005; Skrajner & Camp, 2007).

## ZNAČAJ VEŽBE

**Dijagnoza neurokognitivnih poremećaja (demencije) utiče na način na koji društvo percipira osobu.** Ta promena ima direktan uticaj na svakodnevni život ljudi sa kognitivnim deficitom. Predijagnostičke aktivnosti i aktivnosti poput slušanja muzike, igranja sa psom i **kontakta sa biljkama koje su uobičajene pre dijagnoze**, postepeno počinju da se sagledavaju kroz prizmu terapije. To je posebno evidentno u kontekstu institucionalizacije, gde je zadatak da se štićenima omoguće aktivnosti obično poveren timu animatora i radnih terapeuta i odvija se u određeno vreme u dnevnom rasporedu. Pristup aktivnostima poput nameštanja kreveta, postavljanja stola ili guljenja povrća za supu znatno je otežan za starije osobe – kako zbog važećih sanitarnih propisa, tako i zbog toga što se od kolektiva uglavnom zahteva besprekoran red. Stiče se utisak da je obavljanje nekih običnih, svakodневnih aktivnosti od strane starije osobe sa neurokognitivnim poremećajima koja živi u objektu uglavnom nesvakidašnja pojava.

**U Montesori Senior metodi** sve aktivnosti, uključujući i one svakodnevne, dobijaju poseban značaj. **Dr Kemp objašnjava da se nastava ne može ograničiti samo na sferu radne terapije i animacije** – sve aktivnosti koje se obavljaju tokom dana treba doživljavati kao terapiju. Dakle, redovno uključivanje štićenika u obavljanje svakodневnih radnji nije samo zadatak radnih terapeuta i animatora, već se odnosi na sve. Kada je reč o neurokognitivnim poremećajima, uključenost u aktivnosti postaje posebno značajna, jer - kako pokazuju brojna istraživanja - aktivno učešće u njima utiče na faktore kao što su san, poboljšanje raspoloženja, smanjenje nervoze i drugih reaktivnih ponašanja, kao i veća samostalnost i bolji kvalitet života (Richards & al., 2005; Edvardsson & al., 2014; Gitlin & al., 2008; Van Haitsma & al., 2015). Principi metode Montesori Senior omogućavaju prilagođavanje i povećanje učešća kako u rekreativnim aktivnostima, tako i u svakodnevним aktivnostima ili u životu zajednice. U tom smislu naš zadatak nije da lečimo pacijente sa demencijom, **već da normalizujemo i olakšamo pristup starim i novim aktivnostima osobama sa kognitivnim invaliditetom** – uzimajući u obzir njihov izbor, volju i ono što je njima važno.

Istraživanja posvećena efektima primene Montesori Senior metode u poređenju sa vežbama koji se uobičajeno izvode u domovima za stare ukazuju na njen uticaj na **povećanje aktivnog uključivanja osoba sa neurokognitivnim poremećajima** (Jarrott & al., 2008; Judge & al., 2000; Lee & al., 2007) i unapređenje sposobnosti da samostalno jedu (Lin & al., 2011). Ovaj pristup pomaže i u smanjenju nervoze (Iuen & Kvok, 2019). Iva De Wit-Hoblit sa saradnicima (De Wit-Hoblit & al., 2016) analizirala je **efekte implementacije programa Memory in Rhythm®**, čiji je deo adaptacija Montesori metode dr Kempa u šesnaest domova za stare u Ohaju u jednoj godini. **Među uočenim efektima istraživači navode smanjenje upotrebu lekova**, uznemirenosti i lutanja, kao i manju fluktuaciju osoblja, duže spavanje štićenika noću, poboljšanu sposobnost da samostalno jedu i poboljšanje drugih svakodnevних aktivnosti.



# PRAKTIČNI PRIMERI PRIMENE METODE MONTESORI SENIOR

I — Osoba koja pomaže starijoj osobi: Gđa Eva Koćolek (Ewa Kociotek),  
neurologoped, sertifikovani praktičar metode Montessori Senior

## KONTEKST RADA SA STARIJOM OSOBOM:



### **Gospođa Janjina je osoba koja je preživela teški moždani udar.**

Više od godinu dana ima parezu desne strane tela i mešanu afaziju sa preovlađujućim motoričkim poremećajima. Kreće se pomoću stativa i neophodna joj je pomoć u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (oblačenje, toalet). **Izvor najveće frustracije** za gospođu Janjinu je njena nesposobnost da komunicira sa svojim članovima porodice putem govora. **Spontani govor joj je veoma oskudan.** Zahvaljujući intenzivnoj neurološkoj terapiji i velikom trudu gospođe Janjine poboljšanje je evidentno, ali vreme koje je proteklo od moždanog udara i obim oštećenja moždanih struktura predstavljaju smetnju. Ona ispoljava reaktivno ponašanje u obliku plača - plačem izražava svoju frustraciju. **Uznemirena je i depresivna** zbog činjenice da nije u stanju da prenese svoje potrebe i osećanja govorom i da više nije aktivna i samostalna kao pre bolesti. **Pored toga, nije u stanju da piše i čita.**

## 1. KO JE TA OSOBA?

**Gospođa Janjina je bila uspešna frizerka i porodična žena.** Bila je i aktivan član lokalne zajednice. Godinama je vodila sopstveni frizerski salon. Sada plače i pri samom pogledu na makaze i drugu frizersku opremu. **Bila je i odlična domaćica.** Volela je da kuva za svoju porodicu. Trenutno gospođa Janjina živi sa suprugom, odraslim sinom i snajom. Tokom dana provodi vreme sa svojom daljom rođakom koja ima ulogu negovateljice. Gospođa Janjina **može da računa na podršku i razumevanje svojih najbližih.**

## 2. KOJE SU OČUVANE SPOSOBNOSTI GOSPOĐE JANJINE?

Ona se **kreće i jede samostalno.** U stanju je da učestvuje u pripremi hrane i za to koristi svoju sposobnu levu ruku. Ima relativno dobro očuvano razumevanje govora; razume jednostavne rečenice. **Inteligentna, bistra i veoma motivisana tokom terapije.** Ne voli da odustaje. Ako joj nešto ne uspe odjednom, pokušava sve dok ne uspe. Veoma je vesela i mnogo se smeje. **Rado prihvata nove izazove.**

## 3. KOJE SE VEŽBE MOGU PONUDITI GOSPOĐI JANJINI IMAJUĆI U VIDU NJENE OČUVANE SPOSOBNOSTI I INTERESOVANJA?

### >> PRVI PRIMER:

Gospođi Janjini je ponuđeno zajedničko pripremanje obroka. Odlučila je da želi da skuva čorbu od ječma (poboljšanje sposobnosti odlučivanja – terapeut koji radi po principima metode Montessori Senior ne nameće izbor, već daje predloge). Neurologoped i starija žena su zajedno napravile spisak sastojaka (u skladu sa geslom „pomozi mi da to uradim sam“). Gospođa Janjina je pomoću ilustracija (u skladu sa principom oslanjanja na očuvane sposobnosti, spoljne smernice i materijale za manipulaciju) i optičkih nagoveštaja dala spisak potrebnih sastojaka. Terapeut je sve zapisao. Gospođa Janjina je zamoljena da do sledećeg sastanka vežba da imenuje sastojke potrebne za recept (umesto ponavljanja nasumičnih reči koje je terapeut izabrao, starija osoba radi na materijalu koji je za nju važan).

Sledeći susret je održan dva dana kasnije u kuhinji gospođe Janjine. Neurologoped je zamolio gospođu Janjinu da je nauči kako kuva čorbu od ječma (u skladu sa uputstvom da zatraži pomoć od starije osobe i pozove se na njene kompetencije). Gospođa Janjina je pokazala gde se nalaze potrebni sudovi. Sama je oprala povrće, a osoba koja joj pomaže ga je ogulila. Starija žena je sama stavila sastojke u lonac. I sama je začinila čorbu. Sve ove aktivnosti bile su dobra prilika da pokušamo da razgovaramo o tome šta se radi. Gospođa Janjina je pokušala da navede sastojke i aktivnosti koje obavlja. Pošto može da čita vreme na svom satu (koristeći očuvane sposobnosti), od nje je zatraženo da na odštampanom satu (koristeći spoljne smernice i materijal za manipulaciju) označi u koliko sati treba da isključi šporet. Kada je čorba bila spremna, gospođa Janjina ju je poslužila mužu i negovateljici za večeru (aktivnost je važna starijoj osobi i podržava njenu ulogu u zajednici, ovde: među ukućanima).

#### » DRUGI PRIMER:

Gospođa Janjina je slavila imendan. Shodno tome, u kući je bilo dosta vaza sa cvećem. Neki cvetovi su već uvenuti i trebalo ih je dovesti u red. Terapeutkinja joj je predložila da odvoji sveže cveće od onog koje je trebalo baciti i da ga ponovo rasporedi u vaze. Taj posao je bio savršen izgovor da gospođa Janjina imenuje boje i vrste cveća (posao koji je važan za starije osobe, zasniva se na očuvanim sposobnostima, omogućava im da brinu o okruženju i povezan je s njenom starom navikom da brine o domaćinstvu i pruža osećaj da je potrebna). Mogla je da pokaže i veliku samostalnost, jer je upravo ona odlučivala koje će cvetove baciti i kako će reorganizirati preostalo cveće (princip davanja izbora i jačanja sposobnosti odlučivanja).

#### 4. DA LI JE VEŽBA IZVEDENA U SKLADU SA PRINCIPIMA METODE MONTESORI SENIOR?

Da. **Gospođa Janjina je upitana da li želi da učestvuje u predloženim aktivnostima.** Cilj i značenje vežbe prethodno su joj objašnjeni na način prilagođen njenim očuvanim sposobnostima. Pre početka aktivnosti, terapeutkinja je pripremila materijal i okruženje. Tokom svog rada, gospođa Janjina je bila u mogućnosti da posmatra njeno lice i koristi optičke impulse artikulacionih pokreta, što je umnogome olakšalo razgovor. Dodatnu pomoć pružile su unapred pripremljene ilustracije. **Gospođi Janjini je pružena pomoć u aktivnostima** koje nije mogla sama da uradi zbog paralize desne ruke (npr. guljenje povrća). Sve aktivnosti koje su se zasnivale na očuvanim sposobnostima obavljala je sama. **Vežba je bila podeljena u etape;** gospođa Janjina je izvodila jednu po jednu etapu.

#### 5. KOJI SU EFEKTI ZAJEDNIČKOG RADA?

Gospođa Janjina je, uprkos svom karakterističnom **velikom umoru** izazvanom ozbiljnim oštećenjem mozga, većinu vremena pokazivala veliku posvećenost. Očigledno je bila zadovoljna zbog **aktivnosti koje je obavljala.** Zahvaljujući pomenutim vežbama počela je aktivnije da učestvuje u pripremanju obroka ne samo za sebe, već i za svoju porodicu. **Veoma pozitivno je reagovala** i na predlog da od sada bude zadužena za zalivanje i negu saksijskih biljaka u celoj kući. Gospođa Janjina je uz pomoć terapeutkinje zaokruživala u kalendaru dane u nedelji kada treba da zalije cveće. Porodica je bila zadovoljna njenom aktivnošću i samostalnošću, što joj je definitivno dodatno popravilo raspoloženje.

Iako postoje radnje koje gospođa Janjina **najverovatnije nikada neće moći da obavi sama,** opisane vežbe omogućile su joj da se fokusira nasvoje mogućnosti, a ne na deficite. Zahvaljujući tome uspešno su minimizirana i reaktivna ponašanja (česti trenuci plača), koja su u slučaju gospođe Janjine bila izraz frustracije i bespomoćnosti. **Aktivnosti u skladu sa principima metode Montessori Senior** omogućile su da se bespomoćnost pretvori u zadovoljstvo zbog samostalno obavljenih radnji.

## II — Projekt „Prodavnica“ realizovan u domu za stara lica *EHPAD Mathilde Laurent* u gradu Vilnev-le-Magelon u Francuskoj

**EHPAD Mathilde Laurent** je mesto koje već godinama praktikuje principe Montesori Senior metode. Ideja o otvaranju prodavnice nastala je kao rezultat razgovora sa štićenicima. Primetili su da neki ljudi nemaju mogućnost da kupuju u obližnjim prodavnicama (projekat je zasnovan na potrebama štićenika, rezultat je slušanja i uvažavanja njihovih ideja - što je, prema pravilima metode, njima veoma važno). **Zbog toga je predloženo stvaranje komiteta prodavnice:** tematski komiteti štićenika su važan element Montesori Senior pristupa, jer omogućavaju starijim osobama da budu aktivno uključeni u donošenje odluka o raznim temama koje ih se tiču. Dobrovoljno su se sastajali jednom nedeljno kako bi zajednički razvili i sproveli ovu ideju. Pomoću pravilno pripremljenih materijala i primene metode, stanari doma su donosili odluke o proizvodima koje će kupiti za prodavnicu, organizaciji rada i radnom vremenu.

**Grupa dobrovoljaca uz učešće osoblja odlučila je da kupi artikle sa spiska.** Finansiralo ih je udruženje *Les Amis de la Maison de Retraite Mathilde Laurent*. Računi o kupovini su zatim analizirani na sledećem sastanku komiteta prodavnice. Stanari doma su se zajednički dogovorili oko prodajne cene proizvoda. Sve donacije su date udruženju kako bi se potom **iskoristile za realizaciju zajedničkih ideja i aktivnosti.**

Druga važna faza bila je **zajednička organizacija prodajnog prostora** (prema pravilima, svaki stanar doma može da bira u kojim aktivnostima želi da učestvuje) - aranžiranje proizvoda, pravljenje etiketa sa cenama i nazivima proizvoda. Kasa i sistem popisivanja prodatog bili su prilagođeni njihovim sposobnostima, **kako bi se ojačale nezavisnost i moć odlučivanja stanara doma.**

**Projekat se aktivno razvijao.** Stanari su odlučili da neke od svojih radova stave na police prodavnice - na primer, šalove koje prave starije osobe, keramičke ukrase ili mirisne vrećice punjene lavandom iz bašte (projekat je omogućio da se da smisao i poveća uključenost u ove aktivnosti). Prodavnica je postala i obavezno mesto na koje svraćaju članovi porodice i prijatelji stanara doma kada dolaze u posetu.

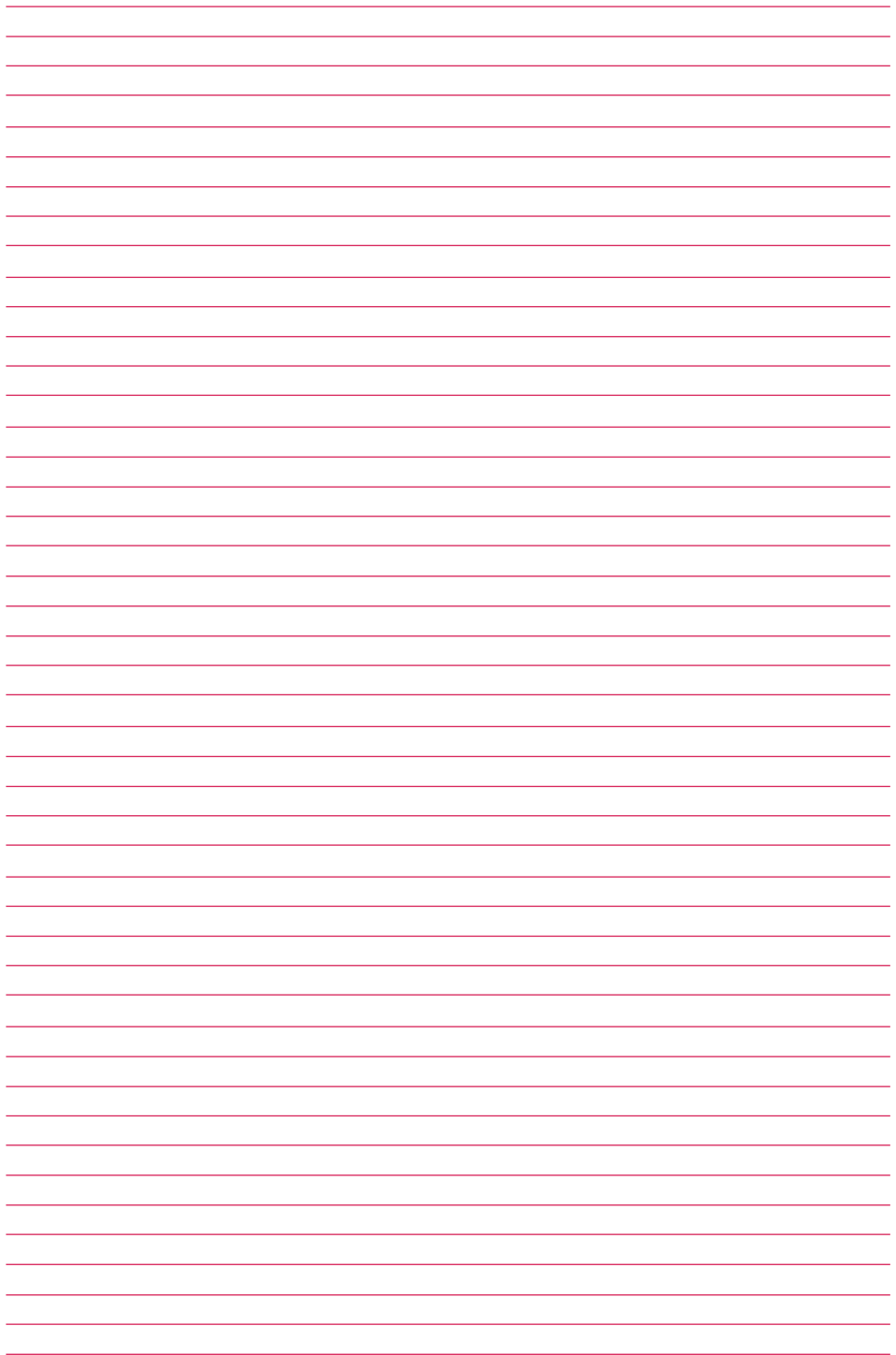
**Komitet prodavnice i dalje aktivno radi – starije osobe, na primer, donose zajedničke odluke** o tome ko više voli da prodaje u društvu druge osobe, a ko više voli da bude sam. Učesnici po sopstvenom nahođenju odlučuju kojim danima i u koje vreme će prodavnica biti otvorena.

**Ovaj projekat je odličan primer primene metode Montesori Senior** – osmišljen uz aktivno učešće starijih osoba i razvijen na osnovu njihovih odluka, postao je deo svakodnevnog života štićenika koji ih uključuje u društvene uloge koje su za njih veoma važne. On je za njih izvor ponosa i omogućava im da organizuju zajedničke aktivnosti ili izlete. **Otvaranje takve prodavnice i podrška starijim osobama u njenom vođenju odvija se u skladu sa geslom „pomozi mi da to uradim sam“.**

## BIBLIOGRAFIJA:

- Antenucci, V., & Roberts, A. (2017). The Montessori method applied to dementia: An international perspective. *Montessori Life*, 29(1).
- Banerjee, S. (2009). The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action.
- Bourgeois, M. S., Brush, J., Elliot, G., & Kelly, A. (2015). Join the revolution: How Montessori for aging and dementia can change long-term care culture. *Seminars in speech and language*, 36(03), 209–214. Thieme Medical Publishers.
- Brush, J., Camp, C. J., Bohach, S., & Gertsberg, N. (2015). Developing a signage system that supports wayfinding and independence for persons with dementia. *Canadian Nursing Home*, 26(1), 4–11.
- Camp, C. J. (1999). *Montessori-Based Activities for Persons with Dementia. Volume 2*. Myers Research Institute and Menorah Park Center for the Aging.
- Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori programming for dementia. *Non-pharmacological therapies in dementia*, 1(2), 163.
- Camp, C. J., Bourgeois, M. S., & Erkes, J. (2018). Person-centered care as treatment for dementia. In: G. E. Smith & S. T. Farias (Eds.), *APA handbook of dementia*, 615–629. American Psychological Association.
- Camp, C. J., Skrajner, M. J., & Kelly, M. (2005). Early stage dementia client as group leader. *Clinical gerontologist*, 28(4), 81–85.
- Cook, E. D. M., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., & Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2).
- Douglas, N., Brush, J., & Bourgeois, M. (2018). Person-centered, skilled services using a Montessori approach for persons with dementia. *Seminars in speech and language*, 39(3), 223–230. Thieme Medical Publishers.
- Ducak, K., Denton, M., & Elliot, G. (2018). Implementing Montessori Methods for Dementia™ in Ontario long-term care homes: Recreation staff and multidisciplinary consultants' perceptions of policy and practice issues. *Dementia*, 17(1), 5–33.
- de Santé, H. A. (2009). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. *Recommandations de bonnes pratiques*, 2009-07. From: [http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/alzheimer\\_troubles\\_comportement\\_perturbateurs\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/alzheimer_troubles_comportement_perturbateurs_synthese.pdf)
- Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M., & Sandman, P. O. (2014). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: Associations with person-centredness and quality of life. *International Journal of Older People Nursing*, 9(4), 269–276.
- Erkes, J., Camp, C. J., Raffard, S., Gély-Nargeot, M. C., & Bayard, S. (2019). Assessment of capabilities in persons with advanced stage of dementia: Validation of The Montessori Assessment System (MAS). *Dementia*, 18(5), 1840–1857.
- Gil, R., & Poirier, N. (2018). *Alzheimer: de carpe diem à la neuropsychologie*. Editions érès.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Burke, J., Chernet, N., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 229–239.
- Jarrott, S. E., Gozali, T., & Gigliotti, C. M. (2008). Montessori programming for persons with dementia in the group setting: An analysis of engagement and affect. *Dementia*, 7(1), 109–125.

- Judge, K. S., Camp, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2000). Use of Montessori-based activities for clients with dementia in adult day care: Effects on engagement. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 42–46.
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Lee, M. M., Camp, C. J., & Malone, M. L. (2007). Effects of intergenerational Montessori-based activities programming on engagement of nursing home residents with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 2(3), 477.
- Lin, L. C., Huang, Y. J., Watson, R., Wu, S. C., & Lee, Y. C. (2011). Using a Montessori method to increase eating ability for institutionalised residents with dementia: a crossover design. *Journal of clinical nursing*, 20(21–22), 3092–3101.
- Maslow A. (2006). *Motywacja i osobowość*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Miksza, M. (2014). Wartości ważne w moim życiu. Model zajęć z seniorami w oparciu o zasady pedagogiczne Marii Montessori. In: *Edukacja w systemie Marii Montessori. Wychowanie do wartości*. Łódź: Wydawnictwo Palatum.
- Moniz-Cook, E., Stokes, G., & Agar, S. (2003). Difficult behaviour and dementia in nursing homes: five cases of psychosocial intervention. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(3), 197–208.
- Montessori, M., & Camarda, S. (2018). *Sekret dzieciństwa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- NHS Foundation Trust (2019). *Guidelines for the management of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*. From: <http://www.oxfordhealthformulary.nhs.uk/docs/OHFT%20BPSD%20Guideline%20May%202019.pdf>
- Richards, K. C., Beck, C., O'Sullivan, P. S., & Shue, V. M. (2005). Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1510–1517.
- Skrajner, M. J., & Camp, C. J. (2007). Resident-assisted Montessori programming (RAMP™): Use of a small group reading activity run by persons with dementia in adult day health care and long-term care settings. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 22(1), 27–36.
- Stokes, G. (2017). *Challenging behaviour in dementia: a person-centred approach*. London: Routledge.
- Van der Linden, M., & Van der Linden, A. C. J. (2014). *Penser autrement le vieillissement. Pour une approche humaniste du vieillissement cérébral*. Mardaga.
- Van Haitsma, K. S., Curyto, K., Abbott, K. M., Towsley, G. L., Spector, A., & Kleban, M. (2015). A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 35–45.
- Yuen, I., & Kwok, T. (2019). Effectiveness of DementiaAbility Methods: The Montessori Way on agitation in long-term care home residents with dementia in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(9), 1352–1358.



European grouping of territorial cooperation TRITIA, Ltd

ul. Zamkowa 3A, 43-400 Cieszyn, Poland

[www.egtctritia.eu](http://www.egtctritia.eu)



9 788396 585424