

Agnieszka Smrokowska-Reichmann

Psychobiograficzny model Erwina Böhma jako innowacyjne podejście do seniorów z demencją

Labor et Educatio 5, 213-227

2017

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

LABOR et EDUCATIO

nr 5/2017

INNOWACJE

Agnieszka Smrokowska-Reichmann
Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Psychobiograficzny model Erwina Böhma jako innowacyjne podejście do seniorów z demencją

The Erwin Böhm's Psychobiographically Model as An Innovative Approach to Seniors with Dementia

Wstęp

We współczesnych krajach wysoko rozwiniętych obserwowane są dwa zjawiska demograficzne: z jednej strony wzrasta przeciętna długość życia człowieka, z drugiej zaś obniża się dzietność. Skutkuje to zwiększaniem się odsetka osób powyżej 60. roku życia w społeczeństwie. Prawidłowość ta jest szczególnie widoczna w Polsce. Według prognozy GUS na lata 2014–2050, w roku 2025 osoby w wieku 60 lat i powyżej stanowią będą 28% ludności kraju (zatem będzie ich ponad 10 mln), w roku 2035 odsetek ten zwiększy się do 32% (co daje 11,4 mln), zaś w roku 2050 odsetek osób w wieku co najmniej 60 lat będzie wynosił aż 40% społeczeństwa (czyli 13, 7 mln) (GUS, 2016a). Seniorów należy zatem postrzegać jako coraz bardziej liczniejszą grupę społeczną, która może i powinna być adresatem różnego rodzaju ofert aktywizujących, w tym także w wymiarze szeroko pojętej edukacji. Edukacja seniorów

kojarzona jest przede wszystkim z Uniwersytetami Trzeciego Wieku, których w Polsce jest ponad 464 (GUS 2016b). UTW aktywizują osoby starsze nie tylko w płaszczyźnie intelektualnej (poznawczej), ale także społecznej, psychicznej i fizycznej. Z oczywistych względów ta inicjatywa edukacyjna dostępna jest jednak jedynie dla seniorów sprawnych poznawczo, tj. nie obciążonych żadnymi schorzeniami o charakterze otępiennym (demencyjnym).

Tymczasem wraz ze wzrostem przeciętnej długości życia człowieka, w gronie seniorów dochodzi do wzrostu zapadalności na choroby otępienne (np. choroba Alzheimera, otępienie naczyniowe, otępienie z ciałami Lewy'ego czy otępienie czołowo-skroniowe). „Wiek jest bowiem jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia nie tylko choroby Alzheimera, ale również innych typów otępienia” (Barcikowska, Bilikiewicz, 2004, s. 25). W Polsce na różne formy otępienia cierpi około pół miliona osób. Według prognoz epidemiologicznych odsetek osób z otępieniem w roku 2025 może wzrosnąć nawet o kilkadziesiąt procent w porównaniu z rokiem 1980. „W badaniu zależności wiekowej zaburzeń otępiennych ustalono interesujący fakt: do 74. roku życia współczynnik rozpowszechnienia wynosi poniżej 5%, aby u 85-latków wzrosnąć do 20–30%.” (Barcikowska, Bilikiewicz 2004, s. 25, 26).

Otępienie (demencja) to zespół objawów wywołanych zmianami neurodegeneracyjnymi o nieuleczalnym i postępującym charakterze. U seniorów cierpiących na demencję obserwuje się zaburzenia w obszarach: poznawczym (np. upośledzenie pamięci, logicznego myślenia, rozumienia, orientacji); emocjonalnym (np. wahania nastroju, nadpobudliwość, agresja, niepokój); behawioralnym (np. wędrowanie bez celu, izolowanie się, utrata samokontroli) oraz fizjologicznym (zaniedbanie, nietrzymanie, objawy parkinsonowskie) (zob. Iliffe, Drennan, 2001).

Mimo wielobjawowości chorób demencyjnych, również do seniorów z tymi diagnozami może i powinna być kierowana oferta aktywizująca, i to w tych samych obszarach, co w przypadku seniorów sprawnych poznawczo (a więc w obszarze: poznawczym, psychicznym, społecznym, fizycznym). Aktywizacja ta musi mieć oczywiście specyficzną formę. Zdecydowanie najmniej problemów pojawia się w interwencjach kierowanych do seniorów znajdujących się w fazie predemencyjnej (są to tzw. łagodne zaburzenia poznawcze) oraz we wczesnym stadium demencji. Wówczas z dobrym skutkiem stosuje się trening mózgu, który pozwala nie tylko ćwiczyć funkcje poznawcze oraz opóźnić tempo progresji demencji, ale też oddziałuje na seniorów korzystnie

w wymiarze kontaktów międzyludzkich, stabilizuje seniorów emocjonalnie i daje im poczucie sensownego zajęcia. Do treningu mózgu należą takie zajęcia, jak np.: rozwiązywanie krzyżówek, układanie puzzli, gra w gry planszowe, ćwiczenia z liczbami, ćwiczenia z literami i wyrazami, ćwiczenia z kolorami i kształtami, plansze na skojarzenia (Bac, 2017, s. 90–93). Z perspektywy człowieka zdrowego takie oddziaływanie na seniorów z demencją trudno nazwać pracą w ścisłym słowa znaczeniu edukacyjną, ale w sytuacji seniora demencyjnego jest to forma oddziaływania edukacyjnego, które jednocześnie wywiera pozytywny wpływ na emocje i zachowania osoby starszej. Podobnie jak nauczanie specjalne kierowane do osób z niepełnosprawnością intelektualną mimo swojej specyfiki pozostaje nadal nauczaniem, tak też aktywizujące poznawczo inicjatywy możliwe są w przypadku seniorów, u których to właśnie płaszczyzna poznawcza zaatakowana jest przez demencję.

Niestety, wraz z postępem choroby demencyjnej (czyli w stadium pośrednim i stadium późnym) zajęcia należące do treningu mózgu nie są już możliwe ze względu na stan seniora. Jednak nawet w obliczu nasilonych zaburzeń demencyjnych można poprzez odpowiednie holistyczne podejście do seniora stabilizować jego samopoczucie i podnosić jakość życia. Wśród najbardziej znanych tego rodzaju holistycznych koncepcji należy wymienić koncepcję Person-CenteredCare Toma Kitwooda oraz koncepcję walidacji gerontologicznej Naomi Feil (zob. Kitwood, 1997; Feil, 1993; Feil, 1999). Zarówno jedna, jak i druga afirmuje seniora z demencją jako Osobę oraz bazuje na specjalnie dostosowanej do jego potrzeb interakcji, w tym przede wszystkim interakcji komunikacyjnej. Koncepcje Naomi Feil i Toma Kitwooda od dawna są wysoko cenione i szeroko stosowane w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych, a od jakiegoś czasu upowszechniają się również w Polsce, zwłaszcza walidacja gerontologiczna (zob. Smrokowska-Reichmann 2017, s. 121–137).

W powyższej perspektywie warto zwrócić uwagę również na psychobiograficzny model stworzony przez austriackiego profesora nauk o zdrowiu Erwina Böhma. Propozycja Erwina Böhmato to w całym tego słowa znaczeniu innowacyjna, a jednocześnie wartościowa i efektywna forma holistycznego i wszechstronnego oddziaływania na seniora we wszystkich stadiach otępienia. Autorka artykułu sądzi, że mamy tu nawet do czynienia z czymś więcej, gdyż istotnie Böhmowi udało się stworzyć „antropologię człowieka starego” (Böhm, 1999, s. 7).

Podstawowe założenia i cele modelu psychobiograficznego

Opracowując swoją koncepcję, Erwin Böhm posiłkował się między innymi dorobkiem Carla G. Junga, Ericha Fromma i Alfreda Adlera, ale opierał się również na własnej długoletniej praktyce zawodowej (warto zwrócić uwagę, że profesor Böhm rozpoczął swoją karierę zawodową w roku 1963 jako dyplomowany opiekun pacjentów gerontopsychiatrycznych). Stąd teksty Erwina Böhma zdają się przewycięzać swoistą „kwadraturę koła”, tj. harmonijnie łączą rozważania czysto teoretyczne z opisami praktyki (Böhm, 1999, s. 7). Jednocześnie owo zintegrowanie aspektów teorii i praktyki pokazuje, że w przypadku propozycji Erwina Böhma istotnie można mówić o „modelu” w pełnym tego słowa znaczeniu, gdyż mamy tu do czynienia z dopracowaną teorią, którą da się przełożyć bezpośrednio na praktykę oraz równolegle utrwalić podejmowane działania i dokonane obserwacje za pomocą dokumentacji.

Według Erwina Böhma, pierwszych 25–30 lat życia człowieka stanowi okres formowania (tzw. *Prägungszeit*), w którym kształtuje się to, co jest dla jednostki „normalnością”. Wraz z upływem lat coraz większego znaczenia dla starzejącego się człowieka nabierają doświadczenia zebrane przez niego w okresie formowania. Wpływają na jego sposób myślenia, zachowania, emocje. Jeżeli zatem chcemy zrozumieć seniora, a zwłaszcza seniora cierpiącego na demencję, z którym kontakt jest utrudniony, należy przede wszystkim zastanowić się: co kształtowało tę osobę w dzieciństwie, młodości i wczesnej dorosłości? Odpowiedź na to pytanie wymaga zbadania biografii seniora, przy czym najważniejsze jest nie chronologiczne ułożenie kluczowych dla życia seniora dat, ale ustalenie takich aspektów, jak:

- najważniejsze przeżyte emocje,
- doświadczone kryzysy i sposób reagowania na te sytuacje,
- własne kryteria definiowania sukcesu życiowego i szczęścia,
- styl interakcji w rodzinie pochodzenia dzisiejszego seniora oraz w rodzinie założonej przez niego samego.

Erwin Böhm nazywa powstający w trakcie zbierania powyższych danych obraz życia seniora jego psychobiografią. W psychobiografii zawarte są:

- historie / przeżyte sytuacje („stories”),
- wzorce zachowań,
- i strategie radzenia sobie („coping”).

Seniorzy konfrontowani z problemami dzisiaj, sięgają do strategii radzenia sobie i wzorców zachowania z przeszłości, ponieważ zwłaszcza w sytuacjach trudnych u osoby starszej aktywowana zostaje pamięć długotrwała (Böhm, 1996).

Seniorzy z diagnozą choroby otępiennej charakteryzują się wieloma problemowymi zachowaniami, mogą wydawać się wręcz nieprzewidywalni. Jednakże twórca modelu psychobiograficznego twierdzi, że będziemy w stanie zrozumieć te problemowe zachowania oraz skutecznie na nie zareagować, pod warunkiem dokładnego rozpoznania psychobiografii seniora. Według Erwina Böhma liczne problemowe zachowania seniora z demencją nie powinny być rozumiane tylko jako objaw choroby, ale także jako zachowania mające bezpośredni związek z biografią tej osoby. Toteż poprzez odpowiednie nawiązywanie do biografii seniora, można kierować ku niemu impulsy, które dokonają „ożywienia ducha” (Böhm, 1999, s. 281) osoby starszej. Ożywienie czy też reaktywacja „ducha” są zasadniczym celem modelu psychobiograficznego. Znaczenie terminu „duch” (*Seele*) używanego przez Erwina Böhma staje się w pełni zrozumiałe dopiero przez pryzmat jego antropologicznych założeń.

Obraz człowieka w modelu psychobiograficznym

Erwin Böhm dokonuje konceptualnego podziału psychiki człowieka na noopsychikę (gr. *nous* – rozum, umysł, intelekt) i tymopsychikę (gr. *thymos* – pragnienie, afekt, temperament). Noopsychika to część ludzkiej psychiki o charakterze kognitywnym, obejmująca myślenie, racjonalność, logikę. Tymopsychika ma natomiast charakter afektywny, obejmuje uczucia, nastrój, popędy. Synergia noopsychiki i tymopsychiki tworzy ludzkiego ducha, którego reaktywować ma model psychobiograficzny.

Zarówno noopsychika, jak i tymopsychika zapośredniczają kontakt człowieka ze światem. Człowiek buduje swój obraz świata stosownie do tego, jak ów świat poznaje, jak go przeżywa i jak go odczuwa. Na początku życia kontakt człowieka ze światem zdominowany jest przez sferę tymopsychiczną – tzn. niemowlęta i dzieci tworzą swój obraz świata przede wszystkim przez doznawanie. Z wiekiem na plan pierwszy wysuwa się sfera noopsychiczna – coraz ważniejsze stają się osiągnięcia kognitywne, wiedza, sterowane racjonalnością umiejętności. Człowiek w wieku dorosłym chce i potrafi świat poznawać.

Choroby demencyjne w wieku podeszłym sprawiają, że do głosu dochodzi znowu tymopsychika. W miarę postępów demencji dotknięci nią seniorzy coraz bardziej tracą kontrolę nad sferą noopsychiczną. Pamięć, logiczne myślenie, dostrzeganie związków przyczynowo-skutkowych, podzielność uwagi, orientacja w przestrzeni i czasie – ulega bowiem coraz większemu regresowi. W efekcie pogłębiania się typowych dla demencji dysfunkcji kognitywnych seniorzy coraz częściej i coraz bardziej odruchowo odwołują się do wspomnianego okresu formowania, a mianowicie do zdobytych wtedy doświadczeń i do strategii radzenia sobie, które wówczas zostały wypracowane. Te elementy uformowały dzisiejszego seniora i wpływają na jego aktualne zachowania. Im większa jest progresja demencji, tym trudniej dotrzeć do seniora za pośrednictwem płaszczyzny kognitywnej, czyli noopsychiki. Jednakże sfera tymopsychiczna funkcjonuje bez przeszkód dopóty, dopóki człowiek żyje. Model psychobiograficzny koncentruje się zatem na jak najdłuższym utrzymaniu kompetencji i samodzielności seniora z diagnozą demencji – na początku poprzez noopsychikę, a gdy nie jest to już możliwe, poprzez tymopsychikę (Böhm, 1999, s. 28–31).

Dla pracy psychogeriatrycznej oznacza to, że stosownie do stanu, w jakim znajduje się aktualnie demencyjny senior, należy posłużyć się odpowiednimi strategiami docierania do tej osoby (czyli nawiązywania z nią kontaktu). Strategie te odwołują się do zebranych wcześniej i odpowiednio zinterpretowanych danych psychobiograficznych, a ujęte zostały przez Erwina Böhma jako typologia siedmiu stopni interakcyjnych (albo stopni osiągnięcia seniora z demencją).

Stopnie interakcyjne w modelu psychobiograficznym

Obowiązująca w modelu psychobiograficznym siedmiostopniowa skala nootymopsychiczna ma na celu jak najbardziej precyzyjne określenie możliwości kontaktu z seniorem chorym na demencję. Trafne rozpoznanie stopnia interakcyjnego pozwala nawiązać z seniorem autentyczny dialog, także poza płaszczyzną noopsychiczną, a co za tym idzie, nie tylko określić potrzeby seniora, ale także wspierać posiadane jeszcze przez niego kompetencje. Każdy ze stopni skali nootymopsychicznej odpowiada innemu przedziałowi wiekowemu (Böhm 1999, s. 185–191).

Pierwszy stopień interakcyjny: Socjalizacja. Chodzi tu o socjalizację charakterystyczną dla człowieka dorosłego, polegającą na dopasowaniu się do norm społecznych i kulturowych poprzez etapy pośrednie (rodzina pocho-

dzenia, szkoła, przyjaciele, miejsce pracy, własna rodzina). Zatem pierwszy stopień interakcyjny odpowiada wiekowi dorosłemu. Kontakt z seniorem znajdującym się na tym stopniu możliwy jest w wymiarze kognitywnym i werbalnym. Interakcja polega na wspomnianiu, odwoływaniu się do skojarzeń, ważnych motywów, ulubionych tematów i związanych z tym emocji. Senior, mimo zdiagnozowanej choroby demencyjnej, nadal jest w stanie uczestniczyć w rozmowie, brać udział w treningu mózgu czy treningu orientacji w rzeczywistości. Z powodzeniem można stosować z tym podopiecznym elementy terapii reminiscencyjnej czy pracy biograficznej. Chociaż upośledzeniu ulega pamięć krótkotrwała, szybkość kojarzenia czy podzielność uwagi, na pierwszym stopniu interakcyjnym interakcja z seniorem demencyjnym odbywa się bez trudnych do przewyżczenia przeszkód.

Drugi stopień interakcyjny: Młodzieńczy humor. Kiedy do seniora z demencją nie można już dotrzeć na opisanym powyżej stopniu pierwszym, należy zejść na niższą płaszczyznę interakcji, aby ponownie nawiązać z nim kontakt. Drugi stopień interakcyjny odpowiada wczesnej dorosłości. Wydolność kognitywna seniora jest mniejsza, zasób słownictwa, którym senior dysponuje również ulega ograniczeniu, ale nadal można osiągać seniora werbalnie. Ze względu na zwiększające się dysfunkcje kognitywne, interakcja na stopniu drugim powinna zawierać dużo elementów humoru, śmiechu, żartów, używania przysłów, popularnych powiedzonek, ewentualnie odwoływania się do gwary czy sposobu wyrażania się typowego dla miejsca, w którym senior dorastał.

Trzeci stopień interakcyjny: Podstawowe potrzeby duchowe i społeczne. Jest to stopień odpowiadający wiekowi 12–16 lat. Począwszy od tego stopnia, zaczynają pojawiać się pierwsze zaburzenia zachowania powiązane ze znaczącymi deficytami kognitywnymi. Wiele aktywności jest już dla seniora niedostępnych. Osoby znajdującej się na trzecim stopniu interakcyjnym nie da się już osiągnąć poprzez sferę noopsychniczną. Trening mózgu czy trening orientacji w rzeczywistości nie przynoszą pozytywnych efektów, a nawet, jak zauważyła to Naomi Feil, mogą podopiecznego frustrować. Jednak mimo znacznego ograniczenia, a nawet zupełnego braku kontaktu werbalnego z tym seniorem, według modelu psychobiograficznego senior nadal może być rozumiany, tyle że przez pryzmat zgromadzonych wcześniej informacji dotyczących jego indywidualnej biografii. Interakcja typowa dla trzeciego stopnia interakcyjnego polega na właściwym odczytaniu i zaspokojeniu potrzeb sygnalizowanych przez seniora (np. potrzeba poczucia bezpieczeństwa, potrzeba akceptacji, potrzeba wspólnoty). Brak reakcji na potrzeby duchowe i społeczne wyrażane przez se-

niora lub niewłaściwe odczytanie tych potrzeb (np. interpretowanie ciągłych krzyków seniora tylko w kategoriach zachowania problemowego, a nie jako sygnalizowania potrzeby obecności innych ludzi) może doprowadzić do pogorszenia stanu podopiecznego. Przy okazji zaspokajania potrzeb, do seniora wysyłane są też impulsy aktywizacyjne, należy jednak zwracać uwagę, aby nie przeciążały one seniora ani fizycznie, ani psychicznie, ponieważ przeciążenie może również wywołać pogorszenie stanu.

Czwarty stopień interakcyjny: Czynniki formujące. Ten stopień odpowiada wiekowi 6–12 lat. Dla tego okresu życia charakterystyczne jest intensywne przyswajanie sobie różnego rodzaju rytuałów, zachowań, reakcji. Znajdujący się na czwartym poziomie interakcyjnym senior w sytuacjach dla siebie trudnych, w konfrontacji z problemami – sięga do wyuczonych rytuałów i zachowań, które dają mu poczucie bezpieczeństwa. W interakcji ze starszym podopiecznym należy zatem opierać się na tychże czynnikach formujących, odczytanych z biografii seniora.

Piąty stopień interakcyjny: Popędy. Znajdująca się na tym stopniu interakcyjnym osoba z demencją odznacza się już daleko posuniętą niesamodzielnością. Stopień piąty odpowiada wiekowi 3–6 lat. Mimo to nie należy rezygnować z różnych form aktywizowania tego seniora, przede wszystkim w powiązaniu z codziennymi zabiegami pielęgnacyjnymi. W tym obszarze interakcja nadal jest możliwa, senior wszak wciąż żyje i zdolny jest do reagowania. Bardzo dobre efekty przynosi na tym etapie stymulacja sensoryczna, którą łatwo zintegrować np. z codzienną pracą pielęgnacyjną przy seniorze. Należy jednocześnie podkreślić, że dla seniora ważne jest zaspokajanie podstawowych potrzeb nie tylko wymiarze czysto fizjologicznym (np. głodu), ale także w wymiarze emocjonalnym (np. odczuwanie życzliwości ze strony opiekuna).

Szósty stopień interakcyjny: Intuicja. Ten stopień odpowiada wiekowi 1–3 lat. Ponieważ senior nie jest już w stanie zinterpretować świata w oparciu o kompetencje poznawcze, dochodzi do swoistej „emigracji” seniora do wczesnego okresu jego życia, kiedy to reakcje miały charakter przede wszystkim intuicyjny. Stąd też na tym stopniu interakcji do nawiązania kontaktu z seniorem wykorzystuje się baśnie, piosenki, wierszyki, ale także elementy związane z życiem religijnym (duże znaczenie mają tu zwłaszcza proste rytuały, jak np. trzymanie w dłoniach książeczki do nabożeństwa, różańca, wykonywanie znaku krzyża).

Siądmy stopień interakcyjny: Komunikacja pierwotna. Na tym ostatnim stopniu zachowanie seniora demencyjnego przypomina zachowanie niemowlęcia. Senior nie wstaje z łóżka; leżąc, przyjmuje często pozycję embrionalną.

Wydaje się, że nie przejawia najmniejszego nawet zainteresowania otoczeniem. Ale nawet na tym ostatnim etapie istnieje możliwość podjęcia interakcji z podopiecznym. Będzie to oddziaływanie na sferę cielesności seniora, przede wszystkim za pomocą bodźców dotykowych. Böhm zaleca tu przede wszystkim stymulację bazalną według Andreeasa Fröhlicha (zob. Fröhlich, 1991). Zdaniem autorki można także zastosować stymulację polisensoryczną, tym razem nie ograniczającą się już tylko do zabiegów pielęgnacyjnych, jak na stopniu piątym, ale korzystającą z metody Snoezelen (zwłaszcza używanie mobilnych elementów Snoezelen – zob. Bögge, 2009; Mertens, 2003). Kierowanie ku seniorowi impulsów sensorycznych sprawia, że staje się on bardziej świadomy przynajmniej własnego ciała. Bazując na tym, można utrzymywać z seniorem komunikację na minimalnym (pierwotnym) poziomie, według schematu: bodziec–reakcja.

Praca biograficzna a podejście reaktywujące

Praca biograficzna z seniorami to szeroko rozumiane zajmowanie się historią życia osób w podeszłym wieku. Ten rodzaj interwencji został już bardzo dobrze rozpoznany i jest często analizowany (zob. np. Klingenberger, 1996; Specht-Tomann, 2009). Rozważanie na różne sposoby i z różnych perspektyw własnej biografii otwiera przed seniorem nowe drogi prowadzące do samopoznania i samozrozumienia. Tym samym ulega wzmocnieniu poczucie własnej tożsamości seniora. Z pracą biograficzną wiąże się ocena przeszłości. Jest to ważne szczególnie w okresie starości, która kojarzona jest (również przez samych seniorów) z bezradnością, brakiem sprawstwa, odsunięciem na margines życia. Jednak przeprowadzona przy okazji pracy biograficznej ocena wysiłków składających na długie lata życia, osiągnięć, rozwiązanych problemów, trudnych doświadczeń, przez które jednak udało się przejść – sprawia, że senior nabiera wiary w swoje kompetencje, czuje słuszną dumę, widzi własną starość nie tyle jako okres schyłku, lecz raczej jako ukoronowanie długotrwałego projektu o nazwie „życie”. Umiejętne przeprowadzenie w ramach pracy biograficznej z seniorem subiektywnego bilansu jego biografii może skutkować u seniora zwiększeniem się zadowolenia z życia. Pozytywnie oceniana przeszłość ma wpływ na pozytywną ocenę teraźniejszości (Schumacher, 1996, s. 16). Prowadzenie poprawnej metodologicznie pracy biograficznej zagwarantuje, że zajmowanie się przeszłością nie będzie miało charakteru narzekania na „dzisiejsze czasy” i idealizowania „dawnych czasów”. Natomiast uczestniczący

w takiej pracy biograficznej senior otrzymuje możliwość spojrzenia na własne życie jako na całość, pogodzenia się ze swoją przeszłością (np. koniecznymi kompromisami, których dokonał), a wreszcie zaakceptowania faktu, że każde życie w nieunikniony sposób zmierza do końca.

Z całą pewnością pracę biograficzną z seniorem można uznać za formę pracy edukacyjnej w wieku podeszłym. Takie zajęcia odwołują się do kompetencji seniora, ale także pobudzają je; stymulują pamięć, logiczne myślenie, ale i głębszą refleksję; motywują do zaakceptowania przeszłości, ale i do układania planów na dziś i na jutro (zob. Specht-Tomann, 2009).

Zatem w perspektywie geragogicznej praca biograficzna może być postrzegana jako uczenie (się) w wymiarze:

- intelektualnym i psychicznym,
- indywidualnym (praca z geragogiem w proporcji 1:1; odnoszenie się do własnego życia),
- społecznym (praca w grupach, odnoszenie się do własnego życia w kontekście społeczeństwa, kultury, polityki) (Skiba, 1996, s. 114).

Jak widać, praca biograficzna nie stanowi bynajmniej nowej idei w geragogice. Innowacyjność modelu psychobiograficznego Erwina Böhma polega na tym, że praca biograficzna prowadzona jest z seniorami demencyjnymi, i co więcej, mimo problemów poznawczych nieuchronnie wiążących się z demencją, to właśnie praca biograficzna stanowi zwornik całej koncepcji Böhma.

Przedstawiona powyżej typologia stopni interakcyjnych ukazuje, że dostęp do seniora z demencją możliwy jest dosłownie aż do końca, czyli aż do momentu śmierci pacjenta. Kontakt dokonuje się najpierw przez sferę noopsychiczną, następnie przez sferę tymopsychiczną, wreszcie jedynie przez sferę fizyczną – jednak poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi kontakt ten można nawiązać zawsze i, co więcej, zawsze w jakimś zakresie wiąże się on z aktywizowaniem seniora. Odpowiednie impulsy przywołują, odnawiają, wzbudzają ponownie to, co składało się dawniej na Ja seniora. I właśnie w tych kategoriach należy interpretować głoszoną przez Erwina Böhma „reaktywację ducha” seniora z demencją. „Używam pojęcie re-aktywacja ponieważ próbuję jeszcze raz obudzić to coś, co od dawna jest przechowywane” (Böhm, 1996, s. 74) Böhm nie zgadza się na ograniczanie się jedynie do cierpliwego pielęgnowania seniora demencyjnego aż do jego śmierci. Postuluje wydobywanie seniora z jego wycofania się, samoizolacji i otworzenia przed nim możliwości ponownego aktywnego udziału w życiu. Oczywiście jest to udział odpowiednio dostosowany do zmniejszających się wskutek choroby demencyjnej kom-

petencji seniora, niemniej jednak mamy tu do czynienia z aktywizacją w pełnym tego słowa znaczeniu.

Kluczowe dla koncepcji Böhma jest to, że każdy ze stopni interakcyjnych (może za wyjątkiem stopnia siódmego) opiera się na danych biograficznych. To dzięki odwołaniu się do zakodowanych głęboko dawnych wzorców działań, reakcji, struktur myślenia i struktur emocji możliwe jest wspomaganie seniora w wymiarze orientacji przestrzennej i czasowej, podnoszenie poziomu jego samodzielności, przekazanie mu poczucia bezpieczeństwa, a także afirmacja jego osoby. Zapobiega to sytuacji, w której senior z demencją przedwcześnie staje się „jedynie zrezygnowanym, hospitalizowanym, leżącym pacjentem” (Böhm, 1996, s. 95).

Etapami realizowania modelu psychobiograficznego są:

- zgromadzenie danych biograficznych,
- interpretacja ich znaczenia (w przypadku utrudnionego kontaktu z seniorem interpretacja ta będzie miała charakter hipotezy, ewentualnie pomocą w jej budowaniu mogą być informacje uzyskane podczas wywiadu z członkami rodziny seniora),
- określenie stopnia interakcyjnego, na którym znajduje się senior,
- i stosownie do tego podjęcie odpowiedniej formy interakcji (Böhm, 1999, s. 173–179).

Im wcześniej zaczniemy wdrażać model psychobiograficzny w pracy z seniorem demencyjnym, tym lepsze będą jego efekty, chodzi bowiem o to, aby uzyskać jak najwięcej informacji o życiu seniora na tym etapie jego choroby, kiedy jest on jeszcze osiągalny w zakresie werbalnym i kognitywnym. Fakt, że ze względu na postępujący charakter choroby demencyjnej w pewnym momencie dostęp noopsychiczny do seniora nie będzie już możliwy oznacza, że nie ma czasu do stracenia. Z drugiej jednak strony dzięki wyodrębnieniu przez Böhma sfery tymopsychicznej i dobraniu do niej odpowiednich form interakcji z seniorem – nawet daleko posunięta demencja nie oznacza, że dla seniora nic już nie można zrobić.

Podsumowanie

Zmiany demograficzne, które zostały zarysowane na początku artykułu, słusznie mogą budzić niepokój. Ludzie żyją coraz dłużej – to prawda, ale wydłużający się okres starości oznacza jednocześnie wzrost zachorowań o charakterze demencyjnym. Nic zatem dziwnego, że począwszy od lat 80-tych

XX wieku zaczęły powstawać nowe modele rozumienia seniorów z demencją i prowadzenia z nimi konstruktywnej interakcji. Do takich koncepcji należą wzmiankowane: Person-CenteredCare autorstwa Toma Kitwooda, walidacja gerontologiczna według Naomi Feil, i wreszcie przedstawiony w artykule model psychobiograficzny Erwina Böhma.

Innowacyjność tego rodzaju podejścia do seniorów cierpiących na otępienie polega przede wszystkim na podkreśleniu kompetencji seniora, istniejących wciąż pomimo postępującej i nieuleczalnej choroby atakującej funkcje poznawcze. Dzięki temu człowiek w podeszłym wieku z diagnozą demencji nie jest redukowany wyłącznie do swojej choroby. Widzi się go w kontekście holistycznym jako Osobę, czyli jako jedność bio-psycho-społeczno-duchową.

Model Erwina Böhma, wraz z jego podziałem na sferę noopsychiki i tymopsychiki oraz typologią siedmiu stopni interakcyjnych, jest jednym z najlepszych przykładów tego nowoczesnego nastawienia wobec seniorów z demencją. Unikalne w koncepcji Erwina Böhma jest hasło „reaktywacji ducha”, które pozwala podejmować interakcję nie tylko z seniorami w stanach pre-demencyjnych i wczesnym stadium demencji, ale także wówczas, gdy choroba jest już maksymalnie zaawansowana.

Rozważając tematy z zakresu geragogiki, warto zwracać uwagę nie tylko na kwestie od dawna znane i przyjmowane powszechnie za oczywiste. Wiadomym jest, że człowiek rozwija się przez całe życie, a starość stanowi „naturalny okres rozwojowy wpisany w funkcjonowanie człowieka” (Janus, 2017, s. 11) Stąd nie zaskakuje dzisiaj idea i praktyka Uniwersytetów Trzeciego Wieku czy kształcenia ustawicznego także w okresie późnej dorosłości. Z kolei dzięki rozwojowi gerontopsychiatrii opracowano szereg skutecznych strategii stymulacji kognitywnej dla seniorów znajdujących w początkowych stadiach zespołów otępiennych (zob. np. Clare, Woods, 2001; Moniz-Cook, Manthorpe, 2009). Natomiast wyjątkowość modelu psychobiograficznego Erwina Böhma polega na postulowaniu, że wielowymiarowo aktywizujące seniorów interwencje mogą sięgać jeszcze dalej, w głąb demencji, i przynosić nawet wówczas pozytywne rezultaty.

Podobnie jak we wspomnianej już pedagogice specjalnej, gdzie oddziaływanie pedagogiczne ma miejsce pomimo niepełnosprawności intelektualnej, tak też w psychogeriatrici odbywa się aktywizowanie kompetencji seniora pomimo jego (głębokiego) otępienia. Oczywiście w miarę progresji choroby demencyjnej kompetencje te ulegają redukcji co do swego zakresu, skutkiem czego przy końcu życia seniora mają de facto wymiar jedynie symboliczny. Niemniej

jednak, postrzeganie seniora demencyjnego do końca jego życia w kategoriach Osoby, a nie jedynie jak otzw. „przypadku pielęgnacyjnego” oznacza, że interwencje, odpowiednio dostosowane do jego stanu, mimo wszystko prowadzone są nadal, dopóki senior żyje. Skala odnoszonych sukcesów i ich rodzaj są specyficzne – tak jak specyficzna jest sytuacja seniora z demencją. Lecz z całą pewnością jest to właściwa droga, zarówno z perspektywy profesjonalizmu zawodowego, jak i z perspektywy etyki zawodowej osób zajmujących się seniorami cierpiącymi na otępienie. Przedstawione w artykule innowacyjne podejście do osób starszych z diagnozą demencji jest bowiem zabezpieczeniem przed ich uprzedmiotowieniem w procesie szeroko rozumianej opieki.

Streszczenie: Zwiększa się statystyczna długość życia człowieka, co sprawia, że seniorzy stanowią coraz liczniejszą grupę społeczną, do której adresowane są różnego rodzaju oferty aktywizacyjne, a wśród nich także te z zakresu szeroko pojętej edukacji. Oczywistym przykładem są tu Uniwersytety Trzeciego Wieku. Rosnąca długość życia seniora oznacza jednak, że rośnie także liczba osób starszych z diagnozą demencji (otępienia). Również ci seniorzy mogą i powinni być objęci inicjatywami z zakresu geragogiki. W stanach predemencyjnych i początkach demencji jest to przede wszystkim trening mózgu. Natomiast na późniejszych etapach otępienia potrzeba interwencji holistycznej. Jej przykładem jest model psychobiograficzny Erwina Böhma. Böhm za cel stawia tzw. „reaktywację ducha” seniora, mając na myśli aktywizowanie zarówno noopsychiki (czyli sfery kognitywnej seniora), jak i tymopsychiki (czyli sfery emocjonalnej). W związku z tym Böhm proponuje siedmiostopniową skalę stopni interakcyjnych (inaczej: stopni osiągania seniora), w oparciu o którą można określić potrzeby seniora, jak i wspierać jego kompetencje. Psychobiograficzny model Böhma w innowacyjny sposób wykorzystuje metodę pracy biograficznej, adaptując ją do sytuacji seniorów z demencją. W efekcie senior nie jest redukowany do diagnozy, ale ujmowany w kategoriach osoby, czyli jako jedność bio-psycho-społeczno-duchowa.

Słowa kluczowe: psychobiografia, demencja, reaktywacja, geragogika

Abstract: The average length of human life is increasing, which means that older people make more and more numerous group of society. Nowadays there are a lot of different activity offers, addressed to older people, including broadly understood education offers. The Universities of Third Age are obvious example here. However, the lengthening life span means also that the number of seniors diagnosed with dementia

is increasing. Older people with dementia can and should be included in geragogics initiatives. At pre-dementive (MCI) and early dementia stages it means above all brain training (ROT). Along with the progress of dementia more holistic intervention should be offered. One of them is the psychobiographic model according to Erwin Böhm. Böhm aims at so-called “reactivation of senior’s spirit”, meaning activating senior’s noopsyche (or cognitive sphere) as well as their thymopsyche (or emotional sphere). Therefore Böhm proposes seven steps scale of interaction (that is seven steps of connecting with senior) which allows to define senior’s needs as well as to enhance their competences. Böhm’s psychobiographic model uses in innovative way the biographical work method, adapting it to the situation of seniors with dementia. Thus the senior is not reduced to their diagnosis but is understood as a person, which means as a bio-psycho-social-spiritual entity.

Keywords: psychobiography, dementia, reactivation, geragogics

Literatura przedmiotu

- Bac, A. (2017). Kliniczne aspekty terapii zajęciowej w geriatric. W: E. Janus, A. Bac, A. Kulis, A. Smrokowska-Reichmann (red.) *Terapia zajęciowa w geriatric*, (s. 53–101). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Barcikowska, M., Bilikiewicz, A. (2004). *Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej*. Lublin: Czelej.
- Clare, L., Woods, R.T. (2001). *Cognitive rehabilitation in dementia*, Hove: Psychology Press.
- Bögge, B. (2009). *Motopädagogische Verfahren in der Begleitung von Menschen im Vierten Lebensalter. Am Beispiel Snoezelenansatzes*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Böhm, E. (1996). *Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Böhm, E. (1999). *Das psychobiografische Pflegemodell*. Wien: Verlag für medizinische Wissenschaft Wilhelm Maudrich.
- Böhm, E. (1999). *Verwirrt nicht die Verwirrten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Feil, N. (1993). *The Validation Breakthrough. Simple Technics for Communicating with People with Alzheimer’s Type Dementia*. Baltimore, Toronto, London, Sydney: Health Professions Press.
- Feil, N. (1999). *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fröhlich, A. (1991). *Basale Stimulation*. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben.

- GUS (2016a). *Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie*. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html> [dostęp: 05.07.2016].
- GUS (2016b). *Uniwersytety Trzeciego Wieku – wstępne wyniki badania za rok 2014/2015*. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/universytety-trzeciego-weiku-wstepne-wyniki-badania-za-rok-20142015,10,1.html> [dostęp: 10.08.2016].
- Illife, S., Drennan, V., Bradford Dementia Group (2001). *Primary Care and Dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press.
- Janus, E. (2017). Psychologiczno-społeczne aspekty starzenia się i starości. W: E. Janus, A. Bac, A. Kulis, A. Smrokowska-Reichmann (red.) *Terapia zajęciowa w geriatрії*, (s. 11–36). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Klingenberger, H. (1996). *Handbuch Altenpädagogik. Aufgaben und Handlungsfelder der ganzheitlichen Geragogik*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Mertens, K., (2003). *Snoezelen. Eine Einführung in die Praxis*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Moniz-Cook, E., Manthorpe J. (2009). *Early psychosocial interventions in dementia: Evidence-based Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Specht-Toman, M. (2009). *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.
- Schumacher, J. (1996). Lebenszufriedenheit im Alter – Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 9/1996, 1–17.
- Skiba A. (1996). *Fördern im Alter. Integrative Geragogik auf heilpädagogischer Grundlage*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Smrokowska-Reichmann A. (2017). Innowacyjnymetodypracy z seniorami w późnymstadiumdemencji. W: E. Janus, A. Bac, A. Kulis, A. Smrokowska-Reichmann (red.) *Terapia zajęciowa w geriatрії*, (s. 102–141). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Data przesłania artykułu do Redakcji: 05.09.2017 r.

Data akceptacji artykułu: 12.12.2017 r.