

Harrého identita u ľudí s Alzheimerovou chorobou: spomienky na miesta a vzťahy¹

Kristína Chlebišová² – Slavomír Ondoš – Ivana Šušaničková³ – Alena Rochovská

Katedra ekonomickej a sociálnej geografie, demografie a územného rozvoja, PriF UK; Katedra farmakognózie a botaniky, FaF UK, Bratislava

Harré's Selfhood in People with Alzheimer's Disease: Memories of Places and Relationships. Increasing share of elderly people in aging population affects all categories of age and social sectors. Society responds to the situation through a necessary change in social area and growing importance of social care for the elderly people. Number of factors determine quality of life in older age, including how they succeed in construction of the new self. Decreased frequency, intensity and diversity of personal interactions often lead to social exclusion. Loneliness is among the most serious concerns in older generation. Deeper levels of a multi-layered selfhood are less affected by the disrupted social construction, which one observes among the older people. It seems that the anchoring of personal identity in place and relationships grows in significance as people age. We investigate construction of selfhood from fragmented memories of people with Alzheimer's disease. Even in conditions of severely affected independence in everyday life we are finding a rich memory, which reflects their personal relationships linked to the places of past. Source observations use a qualitative probe of five clients in a specialized facility for the people living with Alzheimer's disease. We discuss our findings in the context of research focusing on social aspects of aging and the changing meaning of gradually lost memory.

Sociológia 2020, Vol. 52 (No. 5: 452-474)

<https://doi.org/10.31577/sociologia.2020.52.5.19>

Key words: *Alzheimer's disease; memory; place; selfhood; relationship*

Úvod

Hanya Yanagihara (2013) vytvára vo svojom príbehu *The People in the Trees* pôsobivý obraz fiktívneho súostrovia U'ivu v Mikronézii, v polovici 20. storočia ešte nedotknutého modernou civilizáciou. Hornatú krajinu pokrytú hustým tropickým lesom uprostred oceánu navštevuje malá výskumná skupina antropológov, ktorá pozoruje a dokumentuje kultúru miestnych obyvateľov. Pestuje sa v nej úcta aj obavy z osobitého druhu korytnačiek, žijúcich podľa legend na jednom z ostrovov, Ivu'ivu, ktorému sa miestni kvôli tajomnej mytológii vyhýbajú. Veria, že les je tam obývaný zvláštnymi bytosťami, ktoré sú len čiastočne ľuďmi.

¹ Výskum podporila Agentúra na podporu výskumu a vývoja v rámci riešenia projektu APVV-15-0184 *Medzigeneračné sociálne siete v starnúcich mestách, kontinuita a inovácie*.

² Korešpondencia: Mgr. Kristína Chlebišová, doc. Mgr. Slavomír Ondoš, PhD., Mgr. Alena Rochovská, PhD., Katedra ekonomickej a sociálnej geografie, demografie a územného rozvoja, Prírodovedecká fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, Ilkovičova 6, Mlynská dolina, 842 15 Bratislava. E-mail: tina.adamec@gmail.com; slavomir.ondos@uniba.sk; alena.rochovska@uniba.sk

³ Korešpondencia: PharmDr. Ivana Šušaničková, PhD., Katedra farmakognózie a botaniky, Farmaceutická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, Ulica odbojárov 10, 832 32 Bratislava. E-mail: ivana.susanikova@uniba.sk

Výskumníci na ostrove na svoje prekvapenie skutočne niekoľko takých lesných ľudí stretnú. Okrem toho zistia, že v horách žije bez kontaktu s okolitým svetom ešte jedna odľahlá komunita miestnych obyvateľov. Dlhá sa zdá, že jej život v súlade s prírodným prostredím nemôže byť dokonalejší. Do takto pripravenej scény Yanagihara vkladá ústrednú drámu príbehu. Mýtické korytnačky v nej nielen naozaj žijú v jazere neďaleko pozorovanej osady, ale sú pre miestnych aj magickým prostriedkom, ktorý dokáže zastaviť starnutie. Môžu žiť stovky rokov vo výbornej fyzickej kondícii, ale duševne sa ich osobná identita progresívne rozpadá, trpia symptómami blízkymi demenciou, až ich komunita napokon prestane považovať za ľudí. Za nesmrteľnosť zaplatia vylúčením, sú nemilosrdne odvedení a ponechaní svojmu osudu ďaleko od blízkych. Lesní ľudia sa potom ostrovom túľajú stáročia sami, alebo v malých skupinách s krutým osudom nemožnosti byť ďalej ľuďmi ani si pamätať aké to byť ľuďmi bolo.

S korytnačkami a ostrovom to v knihe nedopadne vôbec dobre. Moderná civilizácia neodolá pokušeniu môcť nestarnúť. Podobne nedokázali odolať ani miestni obyvatelia, aj keď vedeli, že účinky ich tradície sú zákonité a nikoho z predkov neminuli. Ak si aj odmyslíme exotické okolnosti fiktívneho príbehu a extrapoláciu vo fyzickej nesmrteľnosti uprostred tropickej rajskej záhrady, stále v mysli ostáva nejasné poznanie, že príbeh z Ivu'ivu sa aj nás v skutočnom svete dotýka viac ako by sme chceli. Yanagihara dovoľuje pocítiť, čo sa stane človeku, ktorého osobná identita je narušená do tak veľkej miery, že ho jeho okolie prestane považovať za ľudskú osobnosť. Ani ako sprostredkovaný pocit to nie je príjemné. Raní nás nemilosrdnosť sociálneho vylúčenia umocnená fyzickým odstránením z komunity. Práve takému zaobchádzaniu čelia starší ľudia trpiaci demenciou aj v modernej kultúre. Tým, čo im bráni plnohodnotne žiť je poškodená funkčnosť ich mozgu, rovnako však aj spôsob, akým ich o dôstojnosť sa snažiacu osobnosť berú blízki.

Pamäť obsahuje spomienky na minulé udalosti, spôsob ich prežívania, ktorý má nevyhnutný sociálny rozmer. Ako kolektívna hodnota majú spomienky význam nielen pre ďalšie konanie jednotlivca, ale aj pre ľudí v jeho okolí. Poskytujú možnosť prežívať emócie na základe zdieľaných skúseností, rozhodovať sa v nových situáciách viac racionálne a spoločensky užitočnejšie. Miesta spojené s minulými udalosťami majú pre ľudí veľký význam, ktorý sa má tendenciu ďalej zväčšovať vo vyššom veku. V čase, keď pamäť človeka funguje inak, keď sa jej bezprostredná spoľahlivosť narúša, sa s predstavou konkrétnych miest viažu príbehy zaplnené pestrými vzťahmi s podstatnými ľuďmi vtedajšej životnej skúsenosti. Starší ľudia sa k spomienkam vracajú, prirodzene si ich sprítomňujú a radi sprostredkujú.

Budeme sa zaoberať analytickým uchopením spomienok starších ľudí, ktorým postupne fungovanie pamäte narúša prehlbujúce sa degeneratívne ochore-

nie. Spomienky sa im fragmentujú a selektívne strácajú. Bude nás zaujímať, akú majú ich spomienky na minulosť štruktúru v kontexte miest so špeciálnou pozornosťou sociálnemu rozmeru spomienok. Vrstvy ich identity, ktoré vytvára interakcia so spoločnosťou majú tendenciu k poškodeniu v dôsledku ochorenia. Zaujíma nás, ako hlboko sa v hierarchii nachádza pamäť tejto súčasti ich osobnosti. Zdrojový materiál, ktorý budeme analyzovať pochádza z autobiografických rozhovorov o spomienkach na miesta, ľudí a okolnosti, v ktorých trávilo život päť klientok špecializovaného zariadenia sociálnej starostlivosti pre ľudí žijúcich s Alzheimerovou chorobou.

Vzťah medzi vekom a prostredím skúmajú medicínske aj spoločenské disciplíny, vrátane sociológie a geografie, na hranici ktorých sa budeme pohybovať v našom texte. Neskoršie etapy ľudského života inšpirovali rozvoj interdisciplinárnych odborov, ako napríklad sociálnej či geografickej gerontológie (Andrews et al. 2007, 2009; Hardill 2009). Tieto odbory sú pomerne málo rozpracované napriek tomu, že starších ľudí v spoločnosti rýchlo pribúda (Hopkins – Pain 2007) a spoločnosť čelí potrebe profesionálne riešiť praktické ťažkosti spojené so starnutím. Starnutie je potrebné porozumieť do hĺbky.

Z hľadiska medzigeneračných ekonomických vzťahov sa často objavujú obavy z udržateľnosti zdravotného a dôchodkového zabezpečenia, ktoré môžu prejsť do vážnych problémov celej verejnej sféry. Starší ľudia sú však aj v penzii významnou súčasťou neformálnej ekonomiky domácností (Vanderbeck 2007; Tarrant 2010). Poskytujú napríklad významný objem služieb v starostlivosti o deti. Poukazuje sa na nárast významu medzigeneračných vzťahov a potenciál viacgeneračného spolužitia. Moderné hospodárstva, ktoré počítajú s významnou mobilitou pracovných zdrojov a migráciou ľudí v priebehu života do podobných úvah vkladajú neprekonateľné geograficky podmienené prekážky.

Žijeme v spoločnosti s charakteristickým rozplývaním hraníc medzi v minulosti prísnejšie oddelenými životnými etapami. Chronológia veku prestáva slúžiť jednoznačnej identifikácii ľudí v kategóriách vzdalujúcej sa mladosti a blížiacej sa staroby (Hopkins – Pain 2007). Ľudia sa snažia vytvárať svoju unikátnu identitu bez ohľadu na biologický vek, ktorý im ale bez ohľadu na to plynie. Vzniká nový spôsob vnímania a prezentácie seba, ktorého prejavy možno vidieť v rastúcom očakávaní celoživotného vzdelávania, neustálom hľadaní možností ako oddialiť biologické prejavy starnutia, ako ich maskovať pomocou kozmetických produktov „proti“ starnutiu, či ako si vo vyššom veku farmakologicky udržať sexuálnu aktivitu. V spoločnosti sme svedkami rozvoja variabilných konfigurácií starnutia a veku. Starší ľudia sú oproti minulosti viac nezávislí, mobilní a otvorení experimentovaniu so svojou skúsenosťou. Postoj v opozícii k obvyklej konzervatívnej role žitia v pokoji uprostred rodiny sa stal ideálom pre úspešné alebo aktívne starnutie.

V humánnej geografii bola zmena v spoločenskom rozmere starnutia zdokumentovaná najmä vo vzťahu k lokalizovaným komunitám starších ľudí a k starnutiu na mieste (Cutchin 2003). Miestne ukotvenie ľudí nachádza v tejto odbornej disciplíne ideálne podmienky, pretože miesta sú v nej chápané ako neustále vytvárané, reprodukované v sociálnom kontexte interakcií, vzťahov, vzájomných závislostí. Trend aktívneho starnutia v modernej spoločnosti implikuje, že starší ľudia si môžu zvyšovať svoj blahobyt prostredníctvom účasti na sociálnych, ekonomických, kultúrnych, duchovných a občianskych záležitostiach. Veľa ľudí sa snaží vo svojom každodennom živote od staroby dištancovať.

Napriek aktívnemu postoju však všetkým starnúcim ľuďom postupne pribúda skúsenosť so zdravotnými problémami a potrebou využívať viac podpory a neskôr starostlivosti. Deľba zodpovedností v oblasti starostlivosti sa v modernej spoločnosti tak isto mení medzi verejnými inštitúciami, viac aktívnym súkromným a neziskovým sektorom. V tejto súvislosti geografická gerontológia rozširuje znalosti priestorového kontextu starnutia. Podľa Andrews et al. (2007, 2009) prináša poznatky o distribúcii obyvateľov a migrácii vo vyššom veku. Viazu sa na nich vzťahy medzi rôznymi systémami starostlivosti, prínosy miestnej kultúry k zdraviu a blahobytu starnúcich ľudí. Geografia má tendenciu vyhodnocovať agregované vzory v distribúcii uvedených javov, zatiaľ čo jednotliví ľudia sa z jej optiky neraz vytrácajú.

Horton a Kraftl (2008) pripomínajú, že konkrétni ľudskí aktéri sú kľúčoví pre pochopenie ako sa starnutie a priestor dostávajú do vzájomnej súčinnosti. Aj podľa Hopkinsa a Paina (2007) skúsenosť so starším vekom utvárajú interakcie medzi jednotlivými ľuďmi a priestorom. Na geografické dimenzie starnutia vplyvajú biologické aj sociálne aspekty, z ktorých každý zohráva inú funkciu. Ľudia starnú a menia sa vďaka každodenným situáciám, kontaktom s ostatnými ľuďmi a vďaka pohybu v rôznych prostrediach, vrátane sociálneho. Komunitný život, kontakt s rodinou a priateľmi má na starších ľudí opakovane zdôrazňovaný revitalizačný účinok.

Geografická gerontológia rozširuje chápanie zmien spojených so starnutím, ktoré sa dominantne viaže na dimenziu času (Cutchin 2003). Otázka časovo-priestorovej kontinuity umožňuje nazrieť za obvyklý rámec postupných chronológií a linearity životného cyklu. Výskumy využívajúce rámec životného cyklu väčšinou zachovávajú chronologické poradie prežívaných udalostí. Prvok kontinuity ponúka šancu odhaliť v rozprávaných príbehoch ľudí niečo viac. Windley (2003) spolu s ďalšími navrhuje zamerať výskumnú pozornosť na prerušenia chronológií, pretrhnutia vzťahov v životoch starších ľudí. Prístup je možné priamo uplatňovať pozornosťou na udalosti akými sú smrť, zhoršenia zdravotného stavu alebo materiálne straty, ktoré môžu významne ovplyvniť vnútorné rozpoloženie ľudí (Ziegler – Schwanen 2011). V interpretácii sa aj my

budeme snažiť zachytiť podobné prvky autobiografického rozprávania zo spomienok klientok.

Sociálne priestory starších ľudí

Spoločenské väzby obvykle unikajú bezprostrednej pozornosti. Sú nehmotné a namiesto manifestácií u konkrétnych ľudí sa viažu na neuchopiteľnú relačnú doménu medzi nimi. Vzťahy môžeme zachytiť rôznymi spôsobmi a jednou z možností je zadefinovať sociálny priestor. Priestor vnímaný ako spoločný konkrétnou sociálnou skupinou je analogicky ku geografickému priestoru pripravený ponímať obsah spoločných skúseností, byť rozšírením osobného priestoru participujúceho jednotlivca. Do sociálnych priestorov starších ľudí sa premietajú medzilidské vzťahy, v ktorých prebiehajú ich aktivity, komplexné emočné či symbolické interakcie. Medzilidské vzťahy sa síce ukotvujú v konkrétnom čase a mieste, ale sú voči fyzickým limitom značne elastické, koexistujú pomerne dobre napríklad s rozšíreniami prostredníctvom moderných technológií. V geografickej a environmentálnej literatúre vo vzťahu ku gerontologickej tematike prevláda názor, že u starších ľudí je sociálne a fyzické prostredie spojené pevnejšie ako v mladšom veku. Ich zdravie a blahobyt sa spájajú úzko s miestom, na ktorom žijú.

Pozornosť otázkam veku a starnutia sa do spoločenských vied významnejšie šíri zhruba od začiatku osemdesiatych rokov. Väčšina štúdií z hľadiska mapovania starnúcich populácií bola v začiatkoch dominantne deskriptívna. Priestorová dimenzia starnutia bola pôvodne v pozornosti výskumníkov podstatnejšia ako samotné skúsenosti starších, čo sa postupne začalo meniť s tým ako sa vedci dostávali hlbšie pod povrch sociálnych a priestorových vzťahov okolo nich. K obohateniu poznania významne prispela nová disciplína, sociálna gerontológia. Meniace sa výskumné perspektívy a priority sa z hľadiska zamierania rozšírili a začali zdôrazňovať vzťahy medzi staršími ľuďmi a ich bezprostredným okolím. Objavili sa rozhovory o spomienkach na život na vidieku a v mestách (Phillips et al. 2004). Do pozornosti sa dostali miesta ako podstatné prvky životnej skúsenosti ľudí.

Miesta života starších ľudí obsahujú materiálne a symbolické zdroje. Prispievajú k vytváraniu osobnej identity. Pripútanie k domovu, alebo k obľúbeným objektom prostredia sociálnej komunity slúži ako zážitková kotva pre spomienky. Miesta dávajú štruktúru osobnej histórii a autobiografickému príbehu. Domov je pre starších ľudí zdrojom povzbudenie vo vyčerpávajúcej adaptácii voči postupnej strate fyzických síl. Starší ľudia si doma zachovávajú najviac zo svojej nezávislosti. Doma si najlepšie reprodujú osobnú miestnu identitu, čiastočne aj prostredníctvom svojej historickej identity (Hockey et al. 2001). Výskum o miestnej identite sa zameriava na rôzne priestorové charakteristiky, ktoré súvisia s historickými rodinnými, komunitnými a sociálnymi súvislos-

ťami. U Blaikieho (2005) sa v tejto súvislosti stretávame s konceptom postmodernej kultivácie „krajiny neskoršieho života“.

Vzťah k miestu v modernej spoločnosti nadobúda niekedy prekvapivé podoby. Častejšie sa objavujú mobilné komunity starších ľudí, ktoré radikálne narúšajú predstavu tradičných lokalizovaných priestorov starnutia. Nové formy sociálnej dynamiky priestoru reformujú aj osobné miestne identity, napríklad u mnohých obyvateľov USA, ktorí si na dôchodku vytvoria nový domov v južných štátoch, ako je Florida. Aj v Európe pozorujeme podobný proces, keď si niektorí obyvatelia severných krajín v starobe zvolia nový život v Stredomorí (Katz, 2005). Spotrebiteľská kultúra, v ktorej sa aj staroba stáva komoditou, obchodovaným životným štýlom, využíva túžbu človeka po dynamike, prostredníctvom ktorej môže starší človek v istom zmysle zostať mladý, voliť si podľa svojej preferencie a očakávania ako a kde chce zostarnúť. Kontexty a empirické predpoklady sociálnej gerontológie sa vo výskume objavujú v bohatom spektre (Kontos 2005), z ktorého vyplýva, že životy starších ľudí a miesta ich pobytu a pohybu sú navzájom silne prepojené. Miesta sú súčasťou osobnej identity.

Starnutie ľudí a miesta

Koncepčne sa chápanie geografického priestoru a miesta odlišuje. Kým priestor je len fyzickou dimenziou, miesto sa považuje za dynamický proces s integrovanými fyzickými, sociálnymi, emočnými aspektmi, ktoré sa navzájom úzko ovplyvňujú (Wiles 2005). Andrews a Phillips (2005) sa sústreďujú na otázku vzťahu medzi starnutím ľudí, priestorom a miestom. Snažia sa priblížiť spôsobu, ktorým dochádza k fragmentácii medzi fyzickým prostredím, sociálnymi vzťahmi a trajektóriou starnutia. Všímajú si, že na miestach chápaných vo vzájomnej súhre fyzických a sociálne-kultúrnych aspektov dochádza k vytváraniu podstatnej časti osobnej identity ľudí.

Starnúci človek nachádza zmysel pre seba, svoje správanie a životnú trajektóriu umiestnenú na sociálne konštruovaných, dynamických miestach (Wiles 2005). Podstatná myšlienka podporujúca teóriu pripútania k miestu je, že starší ľudia s dobrými väzbami na miesto cítia s vyššou pravdepodobnosťou bezpečie a pozitívne vnímajú samých seba, čo im pomáha prispôbovať sa nepredvídateľným udalostiam spoločenského pohybu. Existuje korelácia medzi väzbami na miesto a zdravým starnutím.

Ľudia v priebehu života investujú energiu do vecí osobného a spoločenského významu. Vytvárajú si vzťah ku kvalitám fyzického prostredia, k objektom v okolí domova, k miestam, s ktorými sa spája ich minulosť aj minulosť ich blízkych. Pomáhajú si nimi udržiavať časť osobnej identity a prostredníctvom nej aj kvalitu života a samostatnosť. Problematikou porozumenia vzťahu medzi fyzickými a sociálnymi aspektmi prostredia a osobných charakteristík

identity sa zaoberali napríklad Oswald et al. (2005, 2007). Všímajú si tendenciu k zmene environmentálnych preferencií starnúcich ľudí, u ktorých vedie adaptácia priestorového správania k poklesu mobility, k väčšej spokojnosti doma a k istému zúženiu očakávaní od okolia.

Starší ľudia upravujú svoj domov a okolie. V domácnosti si vytvárajú živé centrá s dôrazom na výhľad z okien, odstránenie bariér každodennému pohybu. Na svoje obvyklé činnosti a dôležité objekty majú jasne vymedzený priestor. Kým niektorí výskumníci považujú sústredenie v prostredí za postupný proces obmedzovania v reakcii na klesajúce fyzické schopnosti v starobe (Krasner 2005), iní ju opisujú ako aktívnu stratégiu, ktorá posilňuje zmysel pre autonómiu. Ľuďom s obmedzeným pohybom umožňuje sústredenie na malý priestor vytvárať pre seba väčší sociálny priestor. Domov a najbližšie okolie im naďalej zosobňuje časť identity autonómnych ľudí žijúcich v komunite.

Literatúra v tejto súvislosti rozlišuje medzi domom, domácnosťou a domovom. Domov je pozitívnym zážitkovým stavom, spája sa ľudom s pocitom spolupatričnosti. Okrem významu domu ako fyzického miesta, domov zdôrazňuje emočné a symbolické aspekty, nie výlučne v pozitívnom zmysle ako by sa mohlo zdať na prvý pohľad. V súvislosti s vnímaním domáceho priestoru existuje skôr istá polarita. Skúsenosti môžu byť komplikovane prepojené s predstavami o súkromí. Môžu súvisieť s negatívnymi pocitmi v prípade zažívania izolácie, osamelosti, fyzických ťažkostí s chôdzou, postupnej nemožnosti prekonať prekážky ako je napríklad schodisko bez výťahu. V kontakte so susedmi môže človek zažívať sociálnu frustráciu.

Pocit súkromia môže byť vo vnímaní domova dôležitý, ale niekedy sa môže prelínať s negatívnym zažívaním osamelosti. Návyk spokojnosti prameniacy z dlhoročnej práce v záhrade môže časom vyprchať, pretože vinou fyzických obmedzení v pohyblivosti už taká práca prestane byť možná, čím sa stane nedostupný aj zdroj spokojnosti. Domov je koncept geograficky široko presahujúci dom a domácnosť. Celé obytné štvrte majú vplyv na zdravie a blahobyt (Young et al. 2004), pretože sú priamo spojené so zažívanými sociálnymi vzťahmi. Kým detaily týchto súvislostí sú predmetom odbornej diskusie, subjektívne vnímanie obytných štvrtí zdá sa vplývať na jednotlivca práve cez sociálne interakcie (Bowling – Stafford 2007).

Ako ľudia starnú a stávajú sa menej fyzicky mobilní, ich osobné geografické svety sa zmenšujú. Starší ľudia sa menej zapájajú do vonkajších činností a do spoločenských aktivít. Redukcia sociálneho priestoru môže mať negatívny vplyv na blahobyt vzhľadom na preukázanú súvislosť zdravia so sociálnou podporou, ktorú z neho môžu čerpať (Kawachi – Berkman 2001). Starší ľudia sa adaptujú na zvládnutie zmien v dôsledku veku selekciou medzi zdrojmi sociálnej podpory. Počet ich sociálnych kontaktov sa môže znížiť, ale ich kvalitu si môžu udržiavať vzájomnou výmenou emočnej podpory alebo

kompenzáciou cestou podpory profesionálnych služieb. Osobný priestor v živote starších ľudí sa nepochybne má tendenciu znižovať. Ich miestna identita stále siaha oveľa ďalej. Priestorové spomienky naviazané na pre nich už nereálne miesta im umožňujú naďalej pracovať so zážitkami spojenými s rodinou, priateľmi, povoláním.

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba patrí medzi degeneratívne ochorenia, ktoré sú heterogénnou skupinou s pomalým progresívnym priebehom. Degenerácia nervového tkaniva spôsobuje postupný zánik duševných schopností a nástup demencie. Demencia je definovaná ako získaná porucha pamäti a ďalších kognitívnych schopností. Postihnutý človek prestáva byť schopný vykonávať bežné činnosti v obvyklej kvalite. Strata kognitívnych schopností so sebou prináša poruchy úsudku a myslenia pri všeobecnom spracovávaní informácií. Ľudia sa stávajú emočne labilní, podráždení alebo apatickí.

Výskyt demencie sa zvyšuje s vekom. V populácii staršej ako 70 rokov dosahuje podľa odhadov WHO okolo 10 %, v staršej ako 80 rokov až okolo 30 %. Demenciou trpí na svete viac než 47 miliónov ľudí a do roku 2050 sa tento počet môže strojnásobiť. Alzheimerova choroba tvorí asi 60 % demencií, čím je aj najčastejšou formou demencie. V súvislosti s trendom predlžovania veku v populácii a so vzrastajúcim podielom starších ľudí sa Alzheimerova choroba stáva aj vážnym spoločensko-ekonomickým problémom.

Štatisticky najvýznamnejším rizikovým faktorom pre vznik Alzheimerovej choroby je vek. Ďalej je rizikovejšie ženské pohlavie, nízka úroveň vzdelania a genetické faktory, ktoré súvisia s predchádzajúcim výskytom Alzheimerovej choroby alebo Downovho syndrómu v rodine. Veda doteraz neodhalila primárnu príčinu vzniku Alzheimerovej choroby. Existujú len hypotézy o príčine a mechanizme jej rozvoja. V mozgu ľudí postihnutých chorobou dochádza k zániku nervových spojení, k degeneráciám, postupnému zániku neurónov, k zápalu. Obdobiu rozvoja demencie predchádza v skorších štádiách choroby bezpríznakové obdobie, kedy sú aktiváciou latentných mozgových rezerv zabezpečené normálne kognitívne funkcie. Postupne sa rezervy vyčerpávajú a ochorenie sa prejaví príznakmi.

Počiatkové štádium trvá do štyroch rokov od začiatku Alzheimerovej choroby. Vyznačuje sa poruchou schopnosti učenia. Ľudia si dobre spomínajú na dávnejšie nadobudnuté informácie, ale zabúdajú na nedávno odložené predmety alebo zabúdajú vykonávať rutinné úkony. V tomto štádiu nie je obmedzená ich sebestačnosť. Ďalšie, stredné štádium trvá od dvoch do desiatich rokov od začiatku choroby. Je charakteristické závažnými poruchami pamäti. Ľudia si v ňom nedokážu spomenúť na domácu adresu, predchádzajúcu činnosť, stávajú sa dezorientovaní aj v známom prostredí. Ich sebestačnosť je

vážne narušená. V neskorom štádiu, ktoré trvá sedem až štrnásť rokov od začiatku choroby, sa pamäť takmer úplne stratí. Ľudia si spomínajú na neúplné útržky informácií, nespoznávajú blízkych a sú úplne nesamostatní. Postihnutá je ich reč, správanie, sú prítomné psychotické poruchy ako halucinácie a bludy. Neskoré štádium sa končí vždy smrťou, vyliečiť sa z Alzheimerovej choroby zatiaľ nie je možné. Niekedy sa však pacienti dožijú aj pätnásť a viac rokov od objavenia prvých príznakov.

Trvanie choroby sa v súčasnosti predlžuje farmakologicky a kvalitnou starostlivosťou. V terapii Alzheimerovej choroby je potrebná aj behaviorálna liečba, ktorá zahŕňa aktivity zamerané na zachovanie alebo zlepšenie úrovne schopností, komunikácie, primeranú fyzickú aktivitu. Tiež je prospešná psychoterapia. Bunky nervovej sústavy majú veľmi obmedzené mechanizmy, ktoré by mohli kompenzovať straty spôsobené patologickými procesmi. Súčasná farmakoterapia ovplyvňuje tieto procesy veľmi málo. Doposiaľ najviac užívanými liekmi sú kognitíva, ktoré zlepšujú pozornosť a pamäť. Inou skupinou liečiv sú nootropiká, ktoré priaznivo pôsobia v indikáciách porúch vedomia, pozornosti a pamäti. Ostatné liečivá ovplyvňujú neuro-degeneratívne procesy na rôznych úrovniach a majú podporný význam: protizápalové látky, inhibítory vápnikových kanálov, antioxidantá, a iné.

Sociálne vytváraná osobná identita

Ľudia aj bez toho aby sa tým vedome zaoberali vyjadrujú potrebu vedieť kým sú, aké majú kvality a schopnosti, že ich iní ľudia pre niečo rešpektujú. Nevieme si predstaviť život človeka zbaveného potreby mať a prezentovať svoju unikátnu osobnosť. Paradoxne, dôležitá oblasť na rozhraní psychológie a sociológie, ktorá sa identite človeka venuje neponúka žiadny konsenzus, ktorým by sme mali správne koncepcie uchopiť osobnú identitu, unikátnu ľudskú osobnosť.

V literatúre nachádzame množstvo diskutovaných konceptov. Vhodný teoretický základ pre náš výskumný zámer nachádzame u psychológov Sabata a Harrého (Sabat – Harré 1992; Sabat 2009; Sabat 2019), ktorí ponúkajú sociálne-konstruktivistický model identity špecificky pre ľudí žijúcich s Alzheimerovou chorobou. Osobná identita je v ich predstave tripartitná, pozostáva z troch na sebe navrstvených súčastí. Rovnaký teoretický základ využívajú viaceré štúdie osobnosti ľudí s demenciou, ktoré boli publikované v poslednom čase (Hampson – Morris 2016; Hedman et al. 2013; Kristiansen et al. 2017; Norberg 2019; Skaalvik et al. 2016). Ich zistenia ukazujú, že u ľudí s miernym až stredným kognitívnym narušením zostáva najhlbšia z vrstiev identity zachovaná, zatiaľ čo ostatné môžu byť progresívne narušené. Fragmenty prejavov autonómneho vnímania signálov prostredia sa popisujú aj u ľudí v pokročilom štádiu ochorenia.

Prvá súčasť, osobná identita, je unitárnym vyjadrením skúsenosti, že človek je individuálnou bytosťou, ktorá sa autonómne nachádza a pohybuje vo fyzickom a sociálnom prostredí, v konkrétnom čase a priestore. Táto bytosť má svoj jedinečný náhľad na udalosti, ktoré zažíva. Skúsenosti s nimi postupne vytvárajú originálny životný príbeh. Prejavuje sa verbálnymi a neverbálnymi komunikačnými znakmi. Z jazykovej stránky nachádza osobná identita vyjadrenie v obvyklom používaní prvej osoby. V autobiografickom rozprávaní človek v tejto vrstve preberá zodpovednosť za svoje konanie, vníma svoje pocity. Ľudia významne využívajú gestikuláciu poukazovaním na seba. Osobná identita je najhlbšou vrstvou Harrého modelu. Jej existencia podmieňuje reflexiu ostatných osobných a sociálnych atribútov vo vrstvách nad ňou.

Druhú súčasť, atribútovú identitu, si ľudia skladajú zo spôsobov, ktorými vnímajú svoje fyzické či duševné danosti. Identifikujeme sa sami so sebou svojim pohlavím a sexualitou, vzdelaním a povoláním, hodnotovým a politickým nastavením. Ľudia hovoria o sebe, že majú zmysel pre humor, estetický vkus. Niektoré atribúty sú moderné, iné zastarané, na niektoré sme hrdí a iné potláčame. Oproti prvej vrstve človek dokáže s touto vrstvou aktívne pracovať, vnímať sa istým spôsobom tu a teraz. Kým niektoré atribúty identity sú trvalé, iné v osobnosti pretrvávajú rôzne dlho a mnohé sú len chvíľkové. Voči atribútom v tejto vrstve osobnej identity sú ľudia obvykle otvorení, prijímajú ich a usporadúvajú podľa aktuálnej životnej situácie. Neaktuálne kvality seba opúšťajú a ďalej sa s nimi už neidentifikujú.

Tretia súčasť osobnej identity, sociálna osobnosť, je ešte viac komplexná ako predchádzajúca. Okrem náhľadu na seba samého sociálna osobnosť zahŕňa aj perspektívy ostatných ľudí v sociálnom okolí. Tretia vrstva je najpovrchnejšia a slúži ako sociálne rozhranie. Prostredníctvom nej človek sprístupňuje druhú a prvú vrstvu svojej identity ostatným okolo seba. Spôsob, ktorým im ukazuje seba závisí na situácii. Sociálna osobnosť existuje v interakcii vnímania osoby zo strany ostatných, ako aj vnímania vlastnej pozície voči nim. Ľudia v osobnej identite kombinujú niekoľko sociálnych osobností, ktoré neustále rekonštruujú interakciou s ostatnými ľuďmi. Bez nich tretia súčasť identity nemá zmysel.

Ľudia žijúci s Alzheimerovou chorobou si v dôsledku poškodení pamäte lepšie spomínajú na atribúty svojej identity z hlbšej minulosti než na súčasné. Hovoria v prítomnom čase už o stratených atribútoch. Na druhej strane, v druhej vrstve identity si osvojujú aj ochorenie a snahu adaptovať sa na neho. Demencia môže viesť k strate sebavedomia a k depresii ak ľuďom okolie primárne dáva najavo nefunkčné atribúty ich identity, ich sociálnu osobnosť chorých. Na druhej strane je zrejmé, že podpora od iných je pre zachovanie osobnej identity kľúčová, ale len vtedy, ak sa pozornosť sústreďuje na funkčné,

zachované atribúty. Tie človeku dovoľia pociťovať hrdosť a uspokojenie napriek objektívnemu zdravotnému stavu.

Metodika

Jazyková komunikácia sa v diskurzívnej sociálne-konstruktivistickej tradícii považuje za nevyhnutný predpoklad schopnosti prežívať osobnú identitu. Jedným zo spôsobov ako ju prezentovať je rozprávať o situáciách, ktorých sa človek zúčastnil a o spôsoboch, ktorými sa nimi zaoberá. Ľudia si rozprávajú autobiografické príbehy a zdieľajú osobné skúsenosti. Ich príbehy a interpretácie majú schopnosť ostatným ľuďom sprostredkovať kto príbehy rozpráva (Bülow 2003). V súvislosti s predpokladmi spojenia pamäte a jazykovej komunikácie na pozadí vytvárania identity sa začali skúmať aj súvislosti osobnej identity a Alzheimerovej choroby. Zistilo sa, že ľudia žijúci s Alzheimerovou chorobou si uchovávajú časť svojej identity aj v neskorších štádiách (Sabat 2009).

Ak si človek vytvára osobnú identitu autobiografickým príbehom svojho života, práve ľudia s Alzheimerovou chorobou sa v dôsledku jazykových a kognitívnych obmedzení stretávajú s ťažkosťami tvoriť autobiografické príbehy. Ich identita musí podliehať poškodeniam. Z praxe je známe, že rozprávanie je poznamenané opakovaním, stáva sa nezrozumiteľné. Ľudia s Alzheimerovou chorobou postupne zrejme strácajú časť svojej osobnej identity tak ako ju chápeme u zdravých ľudí a zanechávajú osobné spomienky na minulosť v prázdnote. Napriek obmedzeným možnostiam, ich malé opakujúce sa segmenty spomienok môžu zachytávať niečo dôležité o tom, ako uvažujú o sebe a svojom živote.

Autobiografické rozprávanie je výskumne prípustné realizovať viacerými spôsobmi. Človek môže hovoriť o tom, ako udalosti z minulosti ovplyvnili vývoj a neskoršiu životnú situáciu. Inou možnosťou je všímať si zásadné diskontinuity v osobnom živote (McAdams et al. 2001). Časová os príbehov hovorí o chronológii, v ktorej sú jednotlivé zdieľané udalosti zoradené. Poradie spomienok v autobiografickom rozprávaní často aj zodpovedá skutočnému časovému poradiu. Udalosti bývajú minimálne navzájom prepojené a sú súčasťou celku, ktorý spätne dáva rôznym častiam zmysel. Z tohto hľadiska je pre ľudí s Alzheimerovou chorobou výzvou, že ich kognitívne a jazykové ťažkosti ovplyvňujú schopnosť tvoriť koherentný príbeh, s čím sa spája aj ohrozenie schopnosti udržať si koherentnú identitu.

Ak ľuďom v myslí chýbajú spomienky, nedá sa ani hovoriť o významných udalostiach, ktoré formovali životný príbeh. Je pre nich ťažké vytvárať identitu vo vzťahu k iným ľuďom (Kontos 2005). Väčšina štúdií, ktoré sa zaujímajú o vzťah medzi autobiografickým rozprávaním, osobnou identitou a dôsledkami Alzheimerovej choroby sa sústredila na chronologickú dimenziu príbehov,

alebo sa zaujímali o referenčné aspekty rozprávania. Výskum zameraný na autobiografické príbehy žijúcich s Alzheimerovou chorobou využíva ako zdrojový materiál rozhovory s výskumníkmi alebo s životnými partnermi chorých. Ako by sme aj očakávali, ľudia majú v priebehu ochorenia čoraz väčšie problémy s rozprávaním svojich príbehov a potrebujú interaktívnu podporu.

Aj my sa budeme zaoberať analytickým uchopením spomienok starších ľudí s Alzheimerovou chorobou. Budeme si všímať špecifiká fungovania ich pamäte, ako sa u nich informácie v spomienkach hierarchizujú a selektívne stávajú nedostupné. Predpokladáme, že napriek chýbajúcemu experimentálnemu materiálu v pravom zmysle slova dokážeme extrahovať základné črty štruktúr medzi miestami, kde žili v minulosti alebo žijú a sociálnym kontextom ich vzťahov v príbehoch, ktoré rozprávajú. Naš postup metodicky zakladáme na realizácii autobiografického rozprávania, jeho záznamu a následnej obsahovej interpretácie. Vhodných respondentov pre náš výskum nachádzame na odporúčanie profesionálnych terapeutov v špecializovanom dennom centre, kde sa odborníci starajú o klientov s Alzheimerovou chorobou v rôznom štádiu.

Výskum sa postupne podarilo zrealizovať v spolupráci s piatimi klientkami, ktorých štádium Alzheimerovej choroby spôsobuje, že už nedokážu nezávisle existovať v každodennom živote. V čase autobiografických rozhovorov na prelome marca a apríla 2018 boli vo veku od 66 do 92 rokov, priemerne vo veku 83 rokov. Všetky klientky spadali do stredného štádia ochorenia so zhoršením kognitívnych schopností, kvôli ktorému potrebujú počas dňa pomoc s bežnými úkonmi. Majú problémy s jednoduchými matematickými operáciami, strácajú schopnosť zvoliť si primerané oblečenie na deň a príležitosť. Výskumníčkou, ktorá viedla rozhovory je prvá autorka tohto článku. Na mieste zrealizovala rozhovory v osobnom kontakte zachytené zvukovým záznamom. Rozhovory viedla vždy v priestoroch denného centra individuálne. Vedenie rozhovorov bolo dôverné a postup bol zvolený primerane v spolupráci s terapeutickým personálom.

Rozprávania sa odohrávali v prostredí, ktoré bolo klientkam známe. Rozhovory sa vždy realizovali v čase medzi 7:30 a 9:30, vzhľadom na to, že ľudia žijúci s Alzheimerovou chorobou sú v ranných hodinách čulejší, prejavujú väčší záujem o aktivity a zároveň ešte nemajú určený denný harmonogram, ktorý by sme im narušili. Prvá oblasť života, o ktorej sme sa rozprávali bolo miesto ich narodenia a spomienky na detstvo. Následne sme plynule prešli k témam ich školy, rodiny, povolania, aktivít a priateľov, a nakoniec k problémom, ktoré ich trápia. Rozhovory sa vyvíjali neformálne, boli pretkané doplňujúcimi otázkami kvôli získaniu lepšieho obrazu o konkrétnej oblasti života. Očakávali sme, že ich spomienky na udalosti a obdobia životov budú abstrahované, organizované okolo spoločných tematických míľnikov. Všim-

neme si najdôležitejšie z nich, ktoré dobre korešpondujú s Harrého teoretickým modelom sociálne vytváratej identity.

Sociálne ukotvenie v spomienkach na seba

Reflexia tretej vrstvy osobnej identity u Sabata a Harrého (1992) je v autobiografickom rozprávaní prítomná neustále. Všimame si, že je u klientok prezentovaná silne dominantne. Téma vzájomnej pomoci v rodine medzi nimi a ich blízkymi je pre nich veľmi dôležitá. Od tohto typu interakcie odvodzujú veľkú časť svojej vlastnej identity. Podpora, ktorej sa im dostáva ich ubezpečuje o ich hodnote. Ako hovorí pani Agáta: „dcéra ma priviezla,“ Na otázku, prečo nebýva v byte, ktorý jej patrí uvedie: „Dcéry sa boja, že by som si niečo mohla urobiť,“ Pani Agáta spomína, ako sa o ňu starajú: „Keď som tu, tak chodím k jednej dcére týždeň. Aj prídu pre mňa, aj u nich bývam. A zase na druhý týždeň druhá dcéra, tak sa oni dohodli“. Vie o tom, že v rodine vzniká potreba špeciálnej organizácie starostlivosti o ňu a prijíma ju ako súčasť seba v svojej súčasnej situácii.

Na otázku, či mala pani Margita súrodencov hovorí o svojich bratoch a dodáva: „Keď mi nedáte pokoj, poviem to Lacovi, on vám ukáže,“ Vo svojich staršom bratovi má stále ochrancu. Jej brat je súčasťou druhej atribútovej vrstvy jej osobnej identity, nachádza v ňom pocit bezpečia. V súlade s teoretickým predpokladom dôsledkov kognitívneho obmedzenia sa dôležitý atribút z jej minulosti klientke sprítomňuje.

Pani Margita presne popíše ako trávi čas s manželom: „Doobeda uvaríme, urobíme čo treba, okolo jedenástej pol dvanástej sa naobedujeme. Potom na hodinu dve si zaľahneme, a potom ideme do lesa alebo do mesta,“ Veľmi často spomína na mamu, ako spolu doma pracovali: „No ja sa pamätám od malička, že keď už som mohla, už mama, očisti zeleninu, tu je prichystané, je to umyté, už len očistiť a budeme. Mama nás učila. A keď bolo treba viac robiť, aj chlapci museli zemiaky očistiť. Mama nás všetkých zamestnala,“ Hlboké spomienky na najbližších sú živé, klientky si pamätajú veľa detailov, ktoré sa týkajú aj málo intuitívnych sociálnych noriem. Ako spomína, mama pani Márie hovorievala: „Odtiaľ potiaľ. Všetko s mierou, mama nás učila, vždycky. Nebuď lakomá, rozdeľte sa,“

Pozorujeme, ako interakcia zmien v sociálnom kontexte a miesta pobytu v dôsledku významných životných udalostí slúži na ukotvenie spomienok. Klientky do identity projektujú miesta z minulosti aj súčasnosti. Pani Vilma si spomína: „Ja som bola najstaršia zo siedmich detí. Otec chcel, aby deti študovali alebo chodili do škôl, tak sme sa presťahovali do Bratislavy,“ „Bývam momentálne prechodne u dcéry v Petržalke. Lebo keď mi manžel zomrel tak to je už šesť rokov,“.

Sociálna dimenzia osobnosti všetko ostatné potláča do úzadia rozprávania. Pani Anna naše pozorovanie aj doslovne potvrdzuje: „Potrebujem vždycky pri sebe ľudí,“ „Ľudí mám veľmi rada, aj si s nimi vychádzam,“ „Moja mama bola úžasne pracovitý človek. Ovládala super ručné práce, vyšívanie, štrikovanie, háčkovanie. A už nehovorím o kuchyni, číslo jedna,“ O svojej mame pani Alena rozpráva s veľkou úctou a v rozprávaní o nej sa sústreďuje na jej kvality, zručnosti, zdôvodňuje vzťah k nej konkrétnymi atribútmi. Podobne je hrdá aj na svojho syna a vnuka: „Som šťastná, že sa stretávame, vidíme. Teraz je taký pozorný, pomaly každý tretí deň dá špeciálne pre mňa uvariť jedlá,“ Hrdosť a spokojnosť s blízkymi, ktorí sú v rozprávaní prítomní slúži sprostredkovane na posilnenie pocitu sebavedomia. Klientky sú dcérami úctyhodných matiek a sú matkami a starými matkami pozorných detí a vnukov.

Choroba ako súčasť osobnej identity

Osvojenie atribútov spojených s Alzheimerovou chorobou nie je medzi klientkami univerzálne, ale skôr selektívne. Potvrdzuje sa, že druhá vrstva osobnej identity je originálne vyskladaným komplexom. Zdravotné obmedzenia sa starším ľuďom v nej kumulujú, no nie vždy sa prejavujú v ich rozprávaní. Pani Agáta pociťuje len mierne obmedzenia aj keď navštevuje lekára: „Chodím napríklad, lebo mám problém zdravotný, že mám červené krvinky v tejto ruce špatné, ale bohužiaľ mi ich telo nevyrába, červené krvinky. Takže každý mesiac musím chodiť na transfúziu, ale zase mi to vydrží mesiac a potom zase musím ísť,“ Sama hneď aj odľahčuje: „To je tak, že to nič nebolí, nejak veľa,“ V jej rozprávaní si všímame, že ak by sa jej ťažkosti prejavovali fyzickou bolesťou, niesla by ich ťažšie a je vďačná, že pre ňu znamenajú len pravidelné zákroky, na ktoré si vlastne už zvykla.

Pani Agáta si prakticky neuvedomuje, že má Alzheimerovu chorobu: „Však ja budem mať teraz už skoro sto rokov, deväťdesiat rokov, deväťdesiattri rokov. Viete, takže už nič nerobím. A som spokojná,“ V kontraste s jej skúsenosťou pani Margita hovorí: „To je najhoršie, už tá pamäť nedrží. Marika má tri, ale jak sa volajú. Koľko razy, ja mám zošit a tam mám napísané meno, mojej detí a pod tým je ako vnúcatá a niekedy, keď mi to, a už zase nevieš, a takto idem a párkrát to prečítam,“ Klientky sa snažia svojej zlyhávajúcej pamäti pomáhať takým spôsobom akým dokážu. Vytvárajú si záznamy o dôležitých skutočnostiach, ktoré majú sociálny rozmer v najbližšom rodinnom kruhu. Ich snaha sa opiera aj o spomienky na vzdelanie získané počas života, o povolanie. Pani Margita si občas číta svoje staré nemecké učebnice a manžel jej vraví: „Že načo ti je to, ty to nepotrebuješ už, už si stará jak aj ja. O manželovi hovorí, že: „vie nemecky, že by ho nepredali jak sa hovorí.“

Pani Vilma si svoje zdravotné obmedzenia uvedomuje ešte viac. Spôsobujú jej problémy s pohybom, ktoré ju trápia: „Veľmi ma bolia kolená, chodím

s vozíkom takým trojkolesovým, alebo s barlami. Ale lepšie je s tým vozíkom, sa môžem oprieť,“ „Mám takého začínajúceho Alzheimerera. No keď tak pozorujem, tu ľudí okolo seba aj doma. Aj sestra moja mi vyprávala také veci, čo považovala za také alzheimerovské,“ „Cukrovka, Alzheimer, kolená v čudu,“ Kognitívne obmedzenia v dôsledku demencie reflektuje cez sociálnu osobnosť, pozíciu vnímanú svojimi blízkymi. S podobnou stratégiou osvojenia dôsledkov ochorenia sa stretávame aj u ďalšej klientky. O demencii doma komunikujú, nie je to pre nich žiadne tabu, aj keď priznávajú, že osvojenie choroby nie je celkom po ich vôli.

Pani Alena hovorí: „Môj syn s mužom, že čo budeš sama doma sedieť a že medzi ľuďmi. Ja mám rada ľudí, komunikovať. Musela som im ustúpiť, že som skončila tu,“ „Ja som tu trpela zo začiatku. Tu sú také stavy, veľké alzheimeristické. A keď som videla, ako z cesty vyprávali, že pamäť nula. Človek sa zachoval slušne, že to beriem tak to je, neviem jak ja skončím,“ „Nikdy nepočítala, že tu skončím. No neviem, že po čase ma zoberú, ale tie začiatky boli hrozné pre mňa,“ V rozprávaní sa prejavuje rozpor vedomia, že stav sa už nebude mať tendenciu zlepšiť s nádejou, ktorej by radšej uverila.

Alzheimerova choroba sa prejavuje strácaním spomienok a klientky sa sťažujú práve na tento jej následok, v ňom si svoje ochorenie dobre uvedomujú. Pani Katarína si pri spomienke na obdobie, keď musela opustiť rodisko pamätá menej ako by chcela: „A už tie roky neviem, v ktorom roku, vedela som, už som pozabúdala,“ Pochvaľuje si však: „Ešte dobre sa cítim, len veľmi zabúdam. A táto noha otravuje zväz. Ale zabúdam veľmi. Už to čo som pamätala tie roky, to už neviem povedať ani jeden rok, kedy, čo sa stalo, kedy nás Maďari vyhnali,“ Dodáva so smiechom: „Nečítam, lebo nevidím, len pozerám obrázky, ako malé dieťa. Za mlada som veľa štrikovala. Dneska to už nevládzem, tak to už nerobím nič,“ Všimame si, že obmedzenia svojich schopností ju až tak netrápia, vie s nimi v rámci svojich možností spokojne žiť.

Narušenia autobiografického rozprávania

Autobiografický príbeh je niekedy pre klientky kvôli kognitívnym obmedzeniam výzvou. Chýbajúce detaily, chronologické narušenia následnosti udalostí ich vedú k preferencii niektorých hlboko uložených spomienok. Všimame, si že často majú pevné miestne ukotvenie. Pani Agáta sa snaží rozprávať svoj životný príbeh ako jeden celok. Občas hľadá slová, napríklad na otázku odkiaľ pochádza: „Jak by som vám to povedala. Tam som sa narodila a tam som aj do dvadsiatich rokov bola,“ Mýli si aj pomenovania blízkych *sestra* a *dcéra*, chvíľu je zmätená a usporadúva si myšlienky.

Klientky často používajú nesprávny slovosled. Ich prejav je charakteristický pre ľudí žijúcich s Alzheimerovou chorobou. Hľadanie správnych slov zaberie viac času ako je bežné v autobiografickom rozprávaní zdravých ľudí. Všimli

sme si, že slovná zásoba je mierne okresaná, tak, ako sa očakáva. Na označenie konkrétnych predmetov používajú všeobecné názvy. Všetky klientky zapojené do výskumu sa ale napriek tomu snažia byť v rozhovore užitočné, podobne ako majú chuť pomáhať doma blízkym.

Miesta pre spomienky poskytujú silné kotvy, okolo ktorých sa asociuje množstvo podrobností, čo sa javí v kontraste s medzerami, ktoré by sme očakávali vo všeobecnosti. Pani Margita pri spomienke na miesto odkiaľ pochádza hovorí: „V Petržalke sme bývali, už skoro na konci. Už potom tam boli polia. Tam ako obrábali, zemiaky, repu, cviklu a také všetko. Za dedinou každý má nejaký záhon, a tam sú kvetiny,“ Detailný príbeh rozpráva aj pani Vilma, ktorá vysvetľuje ako nedávno posielala blahoželanie k svadbe: „Ešte bola som to zaniest' na poštu v pondelok a som sa pýtala, či aj v sobotu doručujú poštu,“ Pamätá si a vie si zariadiť veci, o ktorých premýšľa v budúcom čase.

Pani Alena si pamätá na niektoré životné situácie tiež detailne: „Ja som na deviatich miestach pracovala. Nikdy nie tak, že by som musela odniekiaľ odísť,“ Presne vie aj povedať, kde bývala a býva teraz. Detailne popisuje okolie svojho domova: „Ináč situačne je to perfektné tam, riešené, že máme tam, Express Tesco, reštaurácie, polyfunkcie, krásny štadión. Tam sme mali ešte do minulého roku krásne ovečky, bielu a čiernu. Mali rady tieto tyčinky polámané,“ U klientok badáme, že sa v rozprávaní rady vracajú na miesto ich domova a vnímajú ho omnoho širšie než iba svoju domácnosť. Podobne ako pani Margita, aj pani Alena si z okolia dobre spomína na živé prvky, plodiny, kvety, zvieratá, nielen ľudí.

Klientky majú niekedy mimoriadne pevné chronologické ukotvenie svojho rozprávania. Pani Katarína hovorí: „Mala som tri deti, syna a Evku, strednú, v päťdesiatom treťom syn, Evka v päťdesiatom piatom a v päťdesiatom deviatom tá dcéra u ktorej som teraz.“ V protiklade s tým si len ťažko spomína na obdobie keď pracovala. Plynulo prechádza v rozhovore späť k rodine, s ktorou sa jej rozprávanie spája najľahšie. Pani Katarína odpovedá na otázku o svojej rodine: „Z dievčat najmladšia a brat je ešte v tridsiatke. Ja dvadsaťšesť a on v tridsiatke, on je najmladší,“ Pani Katarína myslí na roky narodenia, a pamätá si ich presne.

Spomienky s pozitívnym sentimentom

Klientky reagovali na niektoré tematické prvky v rozhovore emotívnejšie než na iné. Ak sa im spájali so sentimentom, boli detailnejšie a otvárali im spomienky na ďalšie súvislosti, ku ktorým ich rozprávanie privádzalo. S pozitívnym sentimentom sme sa u nich stretli nielen v témach z detstva, ale aj z realizácie ich záujmov, ktoré majú v identite zosobnené ako svoj dôležitý unikátny atribút.

Pani Agáta s hrdosťou spomína na mladosť, keď sa venovala športu: „Keď som skončila školu, mala som dvadsaťjeden rokov, bola som dobrá v basketbale. Tam som sa dostala v Bratislave do skupiny ľudí, ktorí hrajú basketbal a tam som sa uchytila tak, že som potom až hrávala za národné družstvo. A tam hrala skoro trinásť rokov.“ S úsmevom dodáva: „Keď som skočila basketbal, som sa vydala a mala som dve detičky,“ Vyžaruje z nej spokojnosť, keď môže pochváliť svoje dcéry: „Dievčatká, všetky sa úžasne starajú, ani raz, sa mi nestalo, že by niektoré bolo drzé, a to je základ. Úplne láskavé a to je úžasné. A ja som spokojná,“ S nadšením neskôr hovorí, ako v centre stretla spolužiačku: „My sme spolu chodili do školy. Ona si to už nepamätá,“ Aj pani Mária s veľkou spokojnosťou konštatuje: „Chvalabohu, mám dobrého manžela a deti,“

Rodina pani Márie viedla poľnohospodársky život: „Mali sme záhradku, pri dome sme vlastný domček mali, taký malý, ale pekný. A mama veľmi na to dbala, to muselo byť ukázkovo,“ Rozpráva s hrdosťou a radosťou: „Aj zeleň, jeden záhon bol kvetiny,“ Pani Margita vypomáhala aj v detstve rada v kuchyni: „Áno. Ja varenie to bol môj koníček, jak sa hovorí,“ Hodnotí, že rozprávanie jej robí radosť: „Je to pekné spomínať. Nie že s tým som sa bila alebo to nebolo,“

Pani Vilma verne pozná miesto, kde sa narodila a vracia sa tam rada v spomienkach aj z nedávneho obdobia. Na otázku, či sa niekedy počas života ešte dostala do svojej rodnej obce reaguje: „Ja som tam chodila s mojimi vnúčatami a s mojím manželom. Chodili sme na Duchonku. Tak tam sem boli v podnikovej chate vždy ubytovaní. Zobrala som si obidve vnúčatá. A tam sme potom chodili len cez kopec,“ Pani Alena žila kedysi v malom meste. Spomína si s hrdosťou na to ako získala vzdelanie a ako jej to pomohlo k profesionálnej realizácii. K práci sa vyjadruje súčasnými prostriedkami, jej identita je moderná: „Áno, tu som skončila ekonomickú školu s maturitou. A potom som si začala hľadať džob,“ Podobne sa teší aj zo súčasných možností, je hrdá na svoju obľúbenú aktivitu v dennom centre: „Ja väčšinou som v dielni a tam maľujem. Mám takú kočku a ona ma k tomuto viedla,“

Intervencie

V praxi starostlivosti o ľudí s Alzheimerovou chorobou sa osvedčili nefarmakologické intervencie, ktoré dokážu zlepšovať alebo udržiavať ich kondíciu dlhší čas a na vyššej úrovni. Podľa zistení z realizovaných rozhovorov sa príslušnosť k sociálnym skupinám javí ako veľmi dôležitá nielen ako stratégia ako čeliť pocitu osamelosti, ale aj v cieľnom stimulovaní mysle chorého človeka. Ukazuje sa, že spoločné činnosti, aktivity s priateľmi a rodinou môžu skvalitniť starostlivosť priamo cez autentické medziľudské vzťahy. Pomalý priebeh choroby ponúka veľa príležitostí na spoločne strávený čas, nové zá-

žitky, rozvíjajúce sa konverzácie. Ponechanie pacientov v ich súkromnom prostredí v kombinácii s denným stacionárom umožňuje takýto typ starostlivosti. Sociálne interakcie by mali pretrvávajúť čo najdlhšie v priebehu štádií choroby aj v rámci nevyhnutnej inštitucionálnej starostlivosti. Scales et al. (2018) na základe systematického prehľadu výskumov v tejto oblasti navrhujú viaceré odporúčania pre prax, ktoré priamo korešpondujú s našimi zisteniami.

Za kľúčové pre úspešné nefarmakologické intervencie považujú dôkladne poznať charakteristiky sociálneho a fyzického prostredia, ktoré zhoršujú behaviorálne a psychologické príznaky choroby. Stres a neuspokojené potreby ovplyvňujú kvalitu života, pričom môžu byť pre každého človeka s demenciou úplne iné. Starostlivosť o nich by mala byť čo najviac individualizovaná, brať ohľad na ich jedinečnú osobnosť. Zmyslové praktiky, psycho-sociálne postupy by mali optimálne byť súčasťou štruktúry starostlivosti. Usmernenia pre poskytovateľov starostlivosti sa musia vyvíjať, reagovať na meniace sa účinky u konkrétneho človeka. Podobne ako predchádzajúca práca, Fazio et al. (2018) považujú za kľúčové pre efektívne intervencie poznať jedinečnú osobnosť s jej hodnotami, záujmami, schopnosťami, preferenciami, či vierou. Interakcie potom možno vhodne premieňať na príležitosti pre zapájanie do zmysluplnej a účelnej spoločnej činnosti. Podporovať osobné záujmy a preferencie má zmysel, pretože aj v neskorších štádiách choroby ľudia prežívajú radosť, pohodlie, naplnenie.

Ľudia s demenciou by podľa našich zistení aj skúseností iných výskumníkov mali byť súčasťou vzťahov, prostredníctvom ktorých sa k nim pristupuje dôstojne a individuálne. Inštitúcie by mali v starostlivosti v komunite rozoznávať každú konkrétnu osobnosť a podporovať príležitosti pre realizáciu autonómie, angažovanosti a zdieľaných skúseností. Kindell et al. (2017) pripomínajú, že v účinnej podpore by mohlo byť veľmi prínosné zamerať sa na zlepšenie každodennej konverzácie. Sumarizujú skúsenosti s účinkami konverzácie v prirodzenom prostredí a poskytujú množstvo informácií týkajúcich sa komunikačných aspektov interakcie. Konverzácia má pre chorých ľudí rozhodujúcu úlohu, pričom sa jej potenciál stále dostatočne nevyužíva. Literatúra poukazuje na kooperatívnu povahu konverzácie, v ktorej zvýšené úsilie okolia môže prispieť k zlepšeniu konverzačných schopností a upevneniu ich krehkej osobnej identity. Cieľom konverzácie nie je len sprostredkovať významy, čo je skutočne schopnosť ktorá sa s postupom ochorenia objektívne znižuje. Konverzácia v širšom zmysle má interaktívnu sociálnu funkciu, ktorá umožňuje byť spolu, mať očný kontakt a využívať reč tela. Ako jedna z nefarmakologických intervencií môže byť pre ľudí s Alzheimerovou chorobou účinnou, prirodzenou a autentickou formou podpory.

Záver

Rozhovory s klientkami denného centra, ktoré sme zrealizovali spája niekoľko spoločných črt. V spomienkach si detailnejšie pamätajú pozitívne momenty a zážitky z minulosti. Nezdržiavajú sa viac ako je nutné rozprávaním o práci. Hovoria o nej iba ak sme sa opýtali na ich pracovný život a v súvislosti s povolaním sa u nich neobjavujú detaily. Naopak, hovoria o rodine ako o základe svojho životného príbehu. Predstavuje pre nich aj v súčasnom živote stále útočisko. S hrdosťou spomínajú odkiaľ pochádzajú a prejavujú lásku k rodičom aj súrodencom. Dosiahnuť vzdelanie považujú za potrebné, no ladenie odpovedí je podobné ako u povolania. Klientky sú nesmierne rady, že sú začlenené do spoločnosti, že nie sú osamelé. Tešia sa z času, ktorý trávia s deťmi a vnukmi.

Na základe interpretácie rozhovorov môžeme potvrdiť, že dôležitú časť rozhovorov tvoria spomienky na udalosti, ktoré zachovali v pamäti pozitívne emócie. V mnohých udalostiach sa orientujú na detstvo a blízku rodinu. Zreteľne si uvedomujú, že ich pamäť sa stráca a neberú to ľahko. Byť v prostredí podobne postihnutých ľudí je náročné. Obmedzenia si uvedomujú, podobne aj iné zdravotné ťažkosti. Trápi ich, že si nepamätajú všetko, čo by chceli, čo si myslia, že sa od nich očakáva podobne ako v minulosti. Súčasne sú si vedomé, že sa cítia subjektívne pomerne dobre, že existujú ťažšie ochorenia.

Ak klientky rozprávajú o udalosti s potenciálom vyvolať sentiment, príbehy vypovedajú podstatne plynulejšie, informácie sa im asociujú ľahko. Ak sme sa ich opýtali na detstvo a deti, vedia povedať veľa a v ucelenom príbehu. Naopak, ak sme sa ich opýtali na témy, pri ktorých nepredpokladáme stopy sentimentu, odpovede sú naozaj kratšie a nerozvíjajú ich. Klientky vo svojich spomienkach kladú dôraz na rodinu, detstvo, mladosť a na aktivity, ktoré ich bavili či teraz radi vykonávajú. Preto sú aj ich spomienky orientované k týmto oblastiam a stali sa podstatným prvkom v ich súčasnom živote. Usudzujeme, že sú ústrednou súčasťou ich osobnej identity vo vrstve atribútov, ktoré stále môžu mať samy pod kontrolou.

Klientky sa tešia, že môžu rozprávať o tom, čo prežili a ako vnímajú svoj súčasný život. Nadobudli sme pomerne jasný obraz o tom, čo osobne považujú za podstatné. Vďaka rozhovorom sme zistili, ktoré oblasti sú kľúčové pri spomínaní na to čo prežili a čo definuje ich osobnú, naozaj do značnej miery sociálne-konštituovanú identitu. Rodina a obdobie detstva a mladosti sú v ich pamäti výrazne dominantné. Rodinu vnímajú ako základ vlastnej osobnej identity. Prirodzene veľa hovoria o svojich manželoch, deťoch, vnukoch.

Zatiaľ nemajú možnosť dúfať vo viac než spomalenie priebehu progresívnych zdravotných problémov. Postupujúca demencia ich oberie o možnosť

nezávislého úsudku, potom aj každodenného života. Ešte dlho predtým aj o možnosť pamätať si udalosti, súvislosti medzi nimi, schopnosť spoznávať blízkych ľudí. Kontakt s nimi ľudí v ich okolí zneisťuje, narúša atribúty ich osobnej identity a zužuje v akej sociálnej pozícii sú vnímaní. Teoretický model tripartitnej identity u ľudí s Alzheimerovou chorobou vysvetľuje, že najhlbšie vrstvy osobnosti ani kognitívne obmedzenia nenarúšajú. Ľudia sú citliví na sociálne atribúty, interaktívnu rekonštrukciu osobnosti, ktorú im okolie ne správne redukuje na atribúty, ktoré sú poškodené alebo chýbajúce v porovnaní s tým ako si na nich spomínajú z minulosti.

Autobiografické rozhovory s klientkami denného centra starostlivosti pre ľudí s Alzheimerovou chorobou potvrdili predpoklady psychologického modelu u Sabata a Harrého (1992). Všetky klientky prejavili silný zmysel pre osobnú identitu v hlbších vrstvách modelu. V ostatných súčastiach svoje rozprávanie sústredili na tie atribúty, ktoré majú zachované, alebo ktoré im pribúdajú v dôsledku zdravotných ťažkostí, ak si ich uvedomujú. Pozorovali sme, že miestna identita má schopnosť okolo seba viazať bohaté podrobnosti ich príbehov, predovšetkým v zmysle sociálneho priestoru zaplneného blízkymi rodinnými vzťahmi z minulosti a zo súčasnosti. Sociálne vytváranie osobnej identity ich rozprávaním poskytuje štruktúru a je aj zdrojom najvýraznejšieho pozitívneho sentimentu. Blízki majú dlho v priebehu choroby možnosť poskytovať radosť a dôvod na hrdosť, či už v skutočnosti alebo v spomienkach, tak dlho ako im ich zdravie dovolí udržať.

Kristína Chlebišová študovala učiteľstvo biológie a geografie na Prírodovedeckej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. V diplomovej práci sa zaoberala motívmi v kolektívnom zázname spomienok obyvateľov domova dôchodcov. Pracuje ako učiteľka, venuje sa rozvoju modernej pedagogickej práce, učeniu formou príkladov bez memorovania.

Slavomír Ondoš pracuje na Katedre ekonomickej a sociálnej geografie, demografie a územného rozvoja Prírodovedeckej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Skúma súčasti dynamických procesov v spoločnosti, komplexitu a efekty nelineárnej dynamiky hospodárskych štruktúr. Novšie práce sa zameriavajú na znalostnú ekonomiku a virtualizáciu sociálnych a ekonomických interakcií.

Ivana Šušaničková študovala na Farmaceutickej fakulte Veterinárnej a farmaceutickej univerzity v Brne. V diplomovej práci sa venovala chemickej syntéze potenciálnych liečiv neurodegeneratívnych ochorení. Pokračovala v doktorských štúdiu v odbore biochémia a v súčasnosti pracuje na Katedre farmakológie a botaniky Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave.

Alena Rochovská pracuje na Katedre ekonomickej a sociálnej geografie, demografie a územného rozvoja Prírodovedeckej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Jej výskum sa zameriava na sociálnu geografiu, nerovnosti, životné stratégie, komunitu, rod a etnicitu. Venuje sa aplikácii kvalitatívnych výskumných metód, je spoluautorkou kníh a článkov, viedla množstvo výskumných projektov.

LITERATÚRA

- ANDREWS, G. J. – CUTCHIN, M. – McCracken, K. – PHILLIPS, D. R. – WILES, J., 2007: Geographical Gerontology: The Constitution of a Discipline. *Social Science and Medicine* 65(1): 151-168. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.047>
- ANDREWS, G. J. – MILLIGAN, C. – PHILLIPS, D. R. – SKINNER, M. W., 2009: Geographical Gerontology: Mapping a Disciplinary Intersection. *Geography Compass* 3(5): 1641-1659. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2009.00270.x>
- ANDREWS, G. J. – PHILLIPS, D. R., 2005: Geographical Studies in Ageing: Progress and Connections to Social Gerontology. In: Andrews, G. J. – Phillips, D. R. (eds.) *Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice*. London: Routledge, pp. 23-28.
- BLAIKIE, J. A. D., 2005: Imagined landscapes of age and identity. In: Andrews, G. J. – Phillips, D. R. (eds.) *Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice*. London: Routledge, pp. 164-175.
- BOWLING, A. – STAFFORD, M., 2007: How do Objective and Subjective Assessments of Neighbourhood Influence Social and Physical Functioning in Older Age? Findings from a British Survey of Ageing. *Social Science & Medicine* 64(12): 2533-2549. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.009>
- BÜLOW, P. H., 2003: In Dialogue with Time: Identity and Illness in Narratives about Chronic Fatigue. *Narrative Inquiry* 13(1): 71-97. <https://doi.org/10.1075/ni.13.1.03bul>
- CUTCHIN, M. P., 2003: The Process of Mediated Aging-in-Place: A Theoretically and Empirically Based Model. *Social Science and Medicine* 57(6): 1077-1099. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00486-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00486-0)
- FAZIO, S. – PACE, D. – FLINNER, J. – KALLMYER, B., 2018: The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals with Dementia. *The Gerontologist* 58(s1): 10-19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- HAMPSON, C. – MORRIS, K., 2016: Dementia: Sustaining Self in the Face of Cognitive Decline. *Geriatrics* 1(4): 25. <https://doi.org/10.3390/geriatrics1040025>
- HARDILL, I., 2009: Introduction: Geographies of Aging. *The Professional Geographer* 61(1): 1-3. <https://doi.org/10.1080/00330120802577509>
- HEDMAN, R. – HANSEBO, G. – TERNESTEDT, B. M. – HELLSTRÖM, I. – NORBERG, A., 2013: How People with Alzheimer's Disease Express their Sense of Self: Analysis using Rom Harré's Theory of Selfhood. *Dementia* 12(6): 713-733. <https://doi.org/10.1177/1471301212444053>
- HOCKEY, J. – PENHALE, B. – SIBLEY, D., 2001: Landscapes of Loss: Spaces of Memory, Times of Bereavement. *Ageing and Society* 21(6): 739-757. <https://doi.org/10.1017/S0144686X01008480>

- HOPKINS, P. – PAIN, R., 2007: Geographies of Age: Thinking Relationally. *Area* 40(3): 287-294. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4762.2007.00750.x>
- HORTON, J. – KRAFTL, P., 2008: Reflections on Geographies of Age: A Response to Hopkins and Pain. *Area* 40(2): 284-288. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4762.2008.00809.x>
- KAWACHI, I. – BERKMAN, L. F., 2001: Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health* 78(3): 458-467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
- KINDELL, J. – KEADY, J. – SAGE, K. – WILKINSON, R., 2017: Everyday Conversation in Dementia: A Review of the Literature to Inform Research and Practice. *International Journal of Language & Communication Disorders* 52(4): 392-406. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12298>
- KONTOS, P. C., 2005: Embodied Selfhood in Alzheimer's Disease: Rethinking Person-Centred Care. *Dementia* 4(4): 553-570. <https://doi.org/10.1177/1471301205058311>
- KRASNER, J., 2005: Accumulated Lives: Metaphor, Materiality, and the Homes of the Elderly. *Literature and Medicine* 24(2): 209-230. <https://doi.org/10.1353/lm.2006.0008>
- KRISTIANSEN, P. J. – NORMANN, H. K. – NORBERG, A. – FJELLTUN, A. M., 2017: How do People in the Early Stage of Alzheimer's Disease See their Future? *Dementia* 16(2): 145-157. <https://doi.org/10.1177/1471301215584223>
- McADAMS, D. P. – JOSSELYN, R. E. – LIEBLICH, A. E., 2001: Turns in the Road: Narrative Studies of Lives in Transition. Washington: American Psychological Association, 310 s. <https://doi.org/10.1037/10410-000>
- NORBERG, A., 2019: Sense of Self Among Persons with Advanced Dementia. In: Wisniewski, T. (ed.) *Alzheimer's Disease*. Brisbane: Codon Publications, pp. 205-221. <https://doi.org/10.15586/alzheimersdisease.2019.ch13>
- OSWALD, F. – WAHL, H. W. – SCHILLING, O. – NYGREN, C. – FÄNGE, A. – SIXSMITH, A. – SZÉMAN, Z. – TOMSONE, S. – IWARSSON, S., 2007: Relationships between Housing and Healthy Aging in very Old Age. *The Gerontologist* 47(1): 96-107. <https://doi.org/10.1093/geront/47.1.96>
- OSWALD, F. – HIEBER, A. – WAHL, H. W. – MOLLENKOPF, H., 2005: Ageing and Person-Environment fit in Different Urban Neighbourhoods. *European Journal of Ageing* 2(2): 88-97. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0026-5>
- PHILLIPS, D. R. – SIU, O. L. – YEH, A. G. – CHENG, K. H., 2004: Factors Influencing Older Persons' Residential Satisfaction in Big and Densely Populated Cities in Asia: A Case Study in Hong Kong. *Ageing International* 29(1): 46-70. <https://doi.org/10.1007/s12126-004-1009-0>
- SABAT, S. R. – HARRÉ, R., 1992: The Construction and Deconstruction of Self in Alzheimer's Disease. *Ageing Society* 12(4): 443-461. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00005262>
- SABAT, S. R., 2009: Subjectivity, the Brain, Life, Narratives and the Ethical Treatment of Persons with Alzheimer's Disease. *The American Journal of Bioethics* 9(9): 23-25. <https://doi.org/10.1080/15265160903098655>

- SABAT S. R., 2019: Dementia Beyond Pathology: What People Diagnosed can Teach us about our Shared Humanity. *Journal of Bioethical Inquiry* 16(2): 163-172.
<https://doi.org/10.1007/s11673-019-09899-0>
- SCALES, K. – ZIMMERMAN, S. – MILLER, S. J., 2018: Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist* 58(s1): 88-102.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnx167>
- SKAALVIK, M. W. – FJELLTUN, A. M. – NORMANN, H. K. – NORBERG, A., 2016: Expressions of Sense of Self Among Individuals with Alzheimer's Disease. *Research and Theory for Nursing Practice* 30(2): 161-175.
<https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.2.161>
- TARRANT, A., 2010: Constructing a Social Geography of Grandparenthood: A New Focus for Intergenerationality. *Area* 42(2): 190-197.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-4762.2009.00920.x>
- VANDERBECK, R. M., 2007: Intergenerational Geographies: Age Relations, Segregation And re-Engagements. *Geography Compass* 1(2): 200-221.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2007.00012.x>
- WINDLEY, P. G., 2003: Aging in Context: Socio-Physical Environments. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 23: 1-33.
- WILES, J. L., 2005: Conceptualizing Place in the Care of Older People: The Contributions of Geographical Gerontology. *International Journal of Older People Nursing* 14(8): 121-129. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01281.x>
- YANAGIHARA, H., 2013: *The People in the Trees*. New York: Doubleday, 368 s.
- YOUNG, A. F. – RUSSELL, A. – POWERS, J. R., 2004: The Sense of Belonging to a Neighbourhood: Can it be Measured and is it Related to Health and Well-Being in Older Women? *Social Science and Medicine* 59(12): 2627-2637.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.001>
- ZIEGLER, F. – SCHWANEN, T., 2011: 'I Like to go out to be Energised by Different People': An Exploratory Analysis of Mobility and Wellbeing in Later Life. *Ageing and Society* 31(5): 758-781. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000498>