

# Leczenie psychospołeczno-środowiskowe choroby Alzheimera

Jothika Manepalli, MD, Abilash Desai, MD, Pooja Sharma, MD

- Interwencje psychospołeczne są korzystne i efektywne kosztowo.
- Osoby z otępieniem są zdolne do dobrego funkcjonowania mimo przeciwności losu (ang. resilience) i mogą korzystać z zasobów w sposób adaptacyjny.
- Sensowne aktywności mogą obniżyć nasilenie depresji i zachować destrukcyjnych.
- Interwencje psychospołeczne należy indywidualizować.

## Streszczenie

*W miarę postępowania choroba Alzheimera okrada osobę z jej niezależności. Obecnie nie ma skutecznego leczenia. Choć terapia przeciwotępieniowa może spowolnić postęp choroby, farmakoterapia towarzyszących chorobie zaburzeń behawioralnych i afektywnych jest często nieskuteczna oraz związana z ryzykiem potencjalnie niebezpiecznych działań niepożądanych. Zaburzenia behawioralne w przebiegu choroby Alzheimera obniżają jakość życia zarówno pacjentów, jak i osób opiekujących się nimi, wpływają też na znaczące obciążenie ekonomiczne. Leczenie psychospołeczno-środowiskowe objawów behawioralnych zaczyna być postrzegane jako atrakcyjna i bezpieczna opcja terapeutyczna. Zastosowanie takiego podejścia może łagodzić zaburzenia behawioralne w przebiegu choroby i zmniejszać stres opiekuna, a także przyczynić się do zmniejszenia kosztów udzielanych świadczeń.*

## Wprowadzenie

Choroba Alzheimera znacząco wpływa na jakość życia zarówno pacjentów, jak i opiekunów. Stosowane metody leczenia zwykle skupione są na postępowaniu farmakologicznym mającym na celu poprawę pamięci lub spowolnienie postępu choroby. Nie ma dzisiaj skutecznego leczenia tej choroby. Aktualne wysiłki badawcze koncentrują się na czynnikach farmakologicznych i biologicznych mogących leczyć i potencjalnie zapobiegać rozwojowi choroby. Ponadto zwiększone zainteresowanie budzą interwencje psychospołeczno-środowiskowe mogące leczyć objawy behawioralne, potencjalnie zapobiegać oraz leczyć objawy behawioralne i afektywne związane z depresją i urojeniami spotykanymi w chorobie Alzheimera. Z perspektywy ryzyka i korzyści leczenia takie interwencje nefarmakologiczne są pożądanym dodatkiem i atrakcyjnym podejściem, szczególnie do objawów behawioralnych i afektywnych w przebiegu choroby Alzheimera. Leczenie farmakologiczne jest zawsze reakcją na zachowania destrukcyjne, które szybko muszą znaleźć się pod kontrolą, by zmniejszyć ryzyko wyrządzenia szkód pacjentowi i jego opiekunom. Podejście psychospołecz-

ne można uznać za proaktywne.<sup>1</sup> Badanie dotyczące tego zagadnienia są ograniczone i rzadkie. Niniejszy artykuł opisuje aktualne koncepcje związane z prewencją i leczeniem psychospołeczno-środowiskowym objawów behawioralnych i afektywnych oraz poprawą jakości życia.

## Leczenie psychospołeczne i środowiskowe

Koncepcja interwencji psychospołecznej zakłada, że odniesienie się do społecznych i środowiskowych problemów jednostki i reakcja na nie stwarza możliwość zapobiegania lub minimalizowania konsekwencji choroby. Interwencje te okazały się korzystne w leczeniu, między innymi, udarów, cukrzycy, choroby wieńcowej i otyłości. Zdrowy tryb życia oraz strategie redukcji stresu, takie jak dieta, stosowanie witamin, ćwiczeń, jogi i medytacji, pomagały w zapobieganiu lub opóźnianiu rozwoju choroby i utrzymaniu zdrowia. Ta sama koncepcja może być odniesiona do choroby Alzheimera, w której czynniki ryzyka takie, jak zaawansowany wiek i ryzyko genetyczne lub rodzinne, nie mogą być zmienione. Pod tym względem rozwinięto wiele

Dr Manepalli, dr Desai, associate professors, dr Sharma, research fellow, Division of Geriatric Psychiatry, Department of Neurology and Psychiatry, St. Louis University Medical Center, Missouri.

Dr Manepalli i dr Sharma nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi. Dr Desai współpracuje z biurami prasowymi firm Forest i Novartis.

Adres do korespondencji: Jothika N. Manepalli, MD, Associate Professor, Division of Geriatric Psychiatry, Department of Neurology and Psychiatry, St. Louis University Medical School, 1438 South Grand Blvd, Saint Louis, MO 63104, Stany Zjednoczone; e-mail: manepaj@slu.edu.

programów i protokołów mających na celu promocję zdrowego starzenia się mózgu i długowieczności odnoszących się do prewencji choroby Alzheimera i innych rodzajów otępienia (między innymi terapie oparte na stymulacji mózgu).<sup>2</sup>

Wymagania społeczne i kulturowe wobec roli starszych dorosłych ulegają ciągłym zmianom. Osoby te muszą zaadaptować się do procesu starzenia, utraty zdrowia, utraty funkcji, niepełnosprawności, utraty rodziny i przyjaciół oraz postępów technologicznych, a wszystkie te czynniki stanowią źródło stresu i wymagania wobec osób w podeszłym wieku, mających funkcjonować na optymalnym poziomie i zachować niezależność. Zmiany poznawcze, jakich doświadcza starzejąca się populacja obejmują zakres od pogorszenia pamięci związanego z wiekiem, przez łagodne upośledzenie poznawcze do otępienia i jego skutków. Wymaganie zachowania optymalnego poziomu funkcjonowania może wyzwalać lęk i depresję. Rozpoznanie otępienia i związane z nim ograniczenia mogą przyczyniać się do obniżenia samodzielności, niskiej samooceny, zmniejszonego zaufania we własne siły oraz wycofania się do bardziej izolowanego stylu życia.

Brak znaczących aktywności może wyzwolić depresję i zachowania destrukcyjne, które mogą wiązać się z różnymi przyczynami. Przechadzanie się może być związane z poszukiwaniem stymulacji z otoczenia. Pobudzenie werbalne, takie jak krzykliwość lub regularne pokrzykiwanie mogą być związane z bólem lub potrzebą kontaktu społecznego. Agresja fizyczna może być związana z interaktywnym stylem opiekunów.<sup>3</sup> Na podstawie takich założeń i obserwacji lekarze sugerują stosowanie określonych strategii, takich jak obniżanie stymulacji przez zapewnienie spokojnego miejsca lub znalezienie sensorycznych aktywności oraz obniżanie bólu przez kładące masaż lub poprawę kontaktu społecznego. Tego typu interwencje mogą zmieniać zachowanie i być korzystne zarówno dla pacjenta, jak i opiekunów. W celu wyjaśnienia problematycznych zachowań w przebiegu otępienia w chorobie Alzheimera, zaproponowano dwa modele. W modelu niezaspokojonych potrzeb psychospołecznych osoba może być znudzona lub samotna i może jej brakować bodźców sensorycznych i społecznych. W modelu obniżonego progu zdolność radzenia sobie jest upośledzona, a otoczenie stresujące.<sup>4</sup> Kilka opisanych niżej interwencji psychospołecznych odnosi się do tych potrzeb (tab. 1).

Celem interwencji psychospołecznych jest zwiększenie poczucia panowania i kontroli u chorych, a przez to wzmocnienie ich poczucia własnego ja. Interwencje te nie mają oparcia w dużych, randomizowanych badaniach prospektywnych z podwójnie ślepą

próbą. Przeprowadzono kilka małych badań<sup>5</sup> dostarczających dowodów na skuteczność terapii behawioralnej – postępowania mogącego obejmować ćwiczenia, programy aktywności, muzykoterapię i ogólnie zmiany otoczenia fizycznego, a przez to wzmacnianie poczucia dobrostanu i ułatwianie niezależności w pewnych zadaniach. W przeglądzie interwencji środowiskowych<sup>6</sup> wykazano, że właściwy projekt strukturalny i oświetlenie w domach opieki w połączeniu z odpowiednimi sygnałami wizualnymi, werbalnymi i dotykowymi, kompensującymi deficyty czuciowe, mogą być pomocne w poprawianiu codziennych aktywności – takich jak ubieranie się, jedzenie i mycie – a przez to wzmacniać niezależność oraz poprawiać nastrój i zachowanie.

W badaniach wykazano, że edukacja i trening opiekunów w zakresie interwencji psychospołecznych obniża obciążenie i stres opiekunów oraz poprawia ich dobrostan emocjonalny. W innych badaniach wykazano, że poprawa psychiczna osiągnięta u pacjentów przez takie interwencje trwała od 3-18 miesięcy, a u części pacjentów nawet do 39 miesięcy, przynosząc znaczące oszczędności mierzone czasem/wysiłkiem opiekunów.<sup>7,8</sup> Efektywność różnych interwencji psychospołecznych mierzy się częstością, nasileniem i czasem trwania określonych zachowań. Wykazano, że nie istnieje pojedyncza, optymalna interwencja. Potrzebna jest ocena wielowymiarowa, a czynniki, jakie należy wziąć pod uwagę, to funkcjonowanie pacjenta z otępieniem, podłoże osobiste i kulturowe chorego, dostępność zasobów, motywacja, oraz wykształcenie opiekunów. Należy ustalić zakres elastycznych interwencji

psychospołecznych, dających się dopasować do potrzeb chorego i opiekuna. W kilku badaniach<sup>9</sup> wykazano wagę zindywidualizowanych interwencji.

## Interwencje behawioralne

Interwencje behawioralne obejmują aktywację behawioralną i stosowanie modelu ABC (Antecedent–Behavior–Consequence). Obie z tych interwencji behawioralnych nie były systematycznie badane w populacji chorych z otępieniem. Wstępne badania niektórych składowych tych interwencji (np. nadzorowanych programów ćwiczeń, terapeutycznej jazdy na rowerze) oraz doświadczenie kliniczne wspierają ich stosowanie w leczeniu behawioralnych i psychologicznych objawów otępienia.<sup>10,11</sup>

Aktywacja behawioralna jest metodą powszechnie stosowaną w leczeniu depresji.<sup>12</sup> Obejmuje ona przygotowanie list aktywności, które pacjent lubi, lub w które powinien angażować się w codziennym życiu. W zależności od motywacji pacjenta i jego umiejętności poznawczych może być potrzebne zaangażowanie opiekuna. Choć nie prowadzono badań wykorzystujących tę metodę w populacji cierpiących na depresję pacjentów z otępieniem, z doświadczenia klinicznego autorów wynika, że może ona być korzystna u tych pacjentów. Również osoby świadczące opiekę, które próbują poprawić dobrostan pacjentów, uznają tę metodę za użyteczną. Autorzy tego artykułu stosują podejście „PSALMS” (tab. 2), oparte na pracy Ben-Shahara.<sup>13</sup> Model ABC zaleca opiekunom identyfikację zdarzeń poprzedzających (wyzwalaczy) określonych zachowań oraz ja-

**TABELA 1**  
**Postępowanie psychospołeczne zmniejszające zachowania destrukcyjne**

Zmiana stylu interakcji i komunikowania z pacjentem z chorobą Alzheimera
Działania mające znaczenie
Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i próba zrozumienia komunikacji niewerbalnej
Zapewnienie spokojnego miejsca
Postępowanie behawioralne: model aktywacji behawioralnej lub model ABC (Antecedens – Behavior–Consequence)
Edukacja pacjenta i opiekuna
Promocja elastyczności (resilience)
Psychoterapia: zindywidualizowana w zależności od funkcjonowania poznawczego Medytacja
Masaż, aromaterapia
Muzykoterapia, terapia tańcem, fototerapia
Multisensoryczna terapia stymulacyjna (multisensory stimulation therapy)
Zwiększenie osobistego kontaktu społecznego lub stosowanie terapii z obecnością zwierząt lub symulowaną obecnością
Terapia z symulowaną obecnością (Simulated Presence Therapy)
Terapia z obecnością zwierząt (Animal Assisted Therapy)
Terapia sztuką
Działania oparte na metodzie Montessori

Manepalli J, Desai A, Sharma P. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 6. 2009.

sne określenie konsekwencji behawioralnych (reakcji). Model ABC jest często stosowany podczas szkolenia osób opiekujących się osobami z otępieniem.<sup>14</sup> Przez ocenę powszechnych faktów poprzedzających i konsekwencji, opiekunowie są często w stanie promować komfort i funkcjonowanie chorych z otępieniem. Na przykład, zachowanie może być „krzykliwe”. W konsekwencji, osoba opiekująca się może określić pacjenta jako „złe zachowującego się” i usunąć go z aktywności grupowych. Następnie może to prowadzić do zaostżenia „krzykliwości” pacjenta i powstania błędnego koła. Zdarzeniem poprzedzającym może być upośledzenie słyszenia wskutek potrzeby wymiany baterii w aparacie słuchowym. Przez poprawne zidentyfikowanie i odniesienie się do zdarzeń poprzedzających (np. wymiana baterii w aparacie słuchowym) oraz zmianę konsekwencji (tzn. ponieważ pobudzony pacjent próbuje komunikować niezaspokojoną potrzebę, opiekun może ustalić możliwe przyczyny jego pobudzenia) behawioralny problem „krzykliwości” pacjenta mógłby być zredukowany i mógłby on brać udział w zajęciach grupowych. Swoiste, dające się nauczyć strategie postępowania behawioralnego i techniki komunikacji mogą być stosowane dla poprawy efektywności podejścia ABC.<sup>15</sup>

## Interwencje psychologiczne

Skuteczne świadczenia psychologiczne odnoszące się do poznawczych i emocjonalnych konsekwencji choroby oraz do jakości

życia pacjentów i ich opiekunów nie są poza zasięgiem chorych z zespołami otępiennymi.<sup>16</sup> Wstępne wyniki małych badań wskazują, że interwencje psychologiczne mogą być skuteczne w leczeniu pacjentów z otępieniem i winny być oferowane pacjentom i ich opiekunom. Interdyscyplinarny, zindywidualizowany i holistyczny plan opieki może pomóc w optymalizacji wyników interwencji psychologicznych. Może on obejmować ćwiczenia (fizyczne i poznawcze), odżywianie, leki przeciw otępieniu, specjalistyczne programy oferowane przez Alzheimer’s Association oraz leczenie współistniejących chorób.<sup>17</sup> Autorzy tej pracy zgrupowali interwencje psychologiczne proponowane pacjentom z otępieniem o łagodnym i umiarkowanym nasileniu w trzech obszarach: promowania odporności (resilience), zapewnienia edukacji oraz psychoterapii. Nie przeprowadzono systematycznych badań interwencji psychologicznych.

### Promocja odporności

Odporność (resilience) – zdolność do dobrego funkcjonowania mimo przeciwności losu – jest zdolnością powracania do dobrot stanu oraz do pokonania negatywnych wpływów, blokujących osiągnięcie celów. Cześć pacjentów z rozpoznaniem otępienia, po początkowym szoku związanym z rozpoznaniem, nadal prowadzi życie pełne znaczenia.<sup>18</sup> Lekarze mogą promować odporność u chorych z otępieniem przez adoptowanie sposobu postępowania opisanego przez Harisa.<sup>19</sup> Składają się nań dwie komponenty: pomoc pacjentom w korzystaniu z zasobów

w sposób adaptacyjny oraz odniesienie się do ich podatności. Zasoby i podatności zestawiono w tabeli 3. Około 30% pacjentów z otępieniem prowadzi samodzielne życie. W swojej rozprawie dotyczącej doświadczeń życiowych osób z chorobą Alzheimera Sabat [20,21] przedstawił możliwości pacjentów z otępieniem, nawet w późniejszych stadiach choroby, przy zapewnieniu troskliwego środowiska społeczno – psychologicznego. Badanie to wspiera koncepcję bycia osobą przedstawioną przez Kitwooda [22] oraz wizję „nowej kultury” otępienia, w której język, kultura, pozytywne otoczenie i wartości humanistyczne tworzą bardziej pozytywne doświadczenie życia osoby z otępieniem. Są także osoby z otępieniem, które połączyły się w celu działania na rzecz swoich praw i potrzeb we wspólnych działaniach, takich jak międzynarodowa sieć Dementia Advocacy Support Network International, [23] oraz występujące publicznie osoby z otępieniem.<sup>24</sup>

### Edukacja

Działania edukacyjne tradycyjnie obejmują edukację osób z otępieniem, członków ich rodzin oraz profesjonalnych opiekunów warunkach opieki długoterminowej.

### Edukacja osoby z otępieniem oraz jej rodziny

Istotną składową rutynowego leczenia osób z otępieniem jest edukacja dotycząca zasobów dostępnych w społeczności – np. świadczeń Stowarzyszenia Alzheimerowskiego (Alzheimer’s Association) i programów opieki dziennej dla dorosłych – oraz edukacja związana ze sposobami zwiększania przestrzegania zaleceń lekarskich (np. korzystanie ze specjalnych opakowań na leki, pozwalających na przypomnienie o dawce leku i na rejestrowanie dawek), a także udostępnianie wyników badań dotyczących wpływu ćwiczeń, zdrowego odżywiania się i stymulacji poznawczej na zdrowie mózgu. Edukacja może także obejmować pomoc pacjentom z łagodnymi postaciami otępienia w stosowaniu dzienniczek i innych pomocy przypominających o zadaniach (np. o opłatach rachunków) i wydarzeniach (np. o wizytach u lekarza). Stosowanie instrukcji werbalnych przedstawianych z wykorzystaniem technologii może też być skutecznym sposobem pomocy osobom z otępieniem o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu, jednak dla maksymalizacji ich wykorzystania wymagają one wsparcia ze strony klinicystów.<sup>25</sup> W tabeli 4 zestawiono zalecane tematy edukacji osób z otępieniem i członków ich rodzin.

### Edukacja i szkolenia personelu w warunkach opieki długoterminowej

Programy szkolenia personelu i modyfikacje środowiskowe wydają się stanowić naj-

**TABELA 2**

### Wszystko, czego potrzebujesz, żeby być szczęśliwym na co dzień, to „PSALMS”!

**P** (Pleasure, przyjemność): Regularne zaangażowanie w działania przynoszące przyjemność. Nawet niewielka ich ilość może przynieść dramatyczne zmiany! Tak więc zrób listę działań, które są dla ciebie źródłem przyjemności, i włączaj przynajmniej kilka z nich do swojego planu dnia.

**S** (Strengths, mocne strony): Działania wykorzystujące twoje mocne strony także przyczyniają się do powstawania uczucia szczęścia. Tak więc zrób listę swoich mocnych stron i tego, w czym jesteś dobry, i stopniowo zwiększaj ilość czasu jaki codziennie poświęcasz na działania wykorzystujące te mocne strony.

**A** (Appreciation, docenianie): Docenianie tego, co posiadamy. Wszystkie krótkie chwile i spotkania są ważne dla pogłębiania uczucia szczęścia. Dlatego weź pod uwagę poświęcenie czasu na zastanowienie się i dzielenie tym, co inni doceniają.

**L** (Laugh, śmiech): Kulturowanie zdolności do śmiania się z naszych problemów i niedoskonałości oraz nie traktowanie życia zbyt serio jest ważne, jeśli ktoś chce być szczęśliwy. Dlatego rozchmurz się.

**M** (Meaning, znaczenie): Zaangażowanie w działania, które nadają życiu znaczenie (np. spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi, pomaganie innym, zaangażowanie się w działania twórcze, przebywanie na łonie natury, oddawanie się wspomnieniom) – to jeszcze jeden konieczny element stawiania się szczęśliwym. Dlatego zapytaj siebie, co nadaje twojemu życiu sens? Czym się pasjonujesz? Co nadaje znaczenie twojemu życiu? Zacznij aktywnie zwiększać zaangażowanie w zidentyfikowane działania, mające dla ciebie znaczenie.

**S** (Scheduling, planowanie): Planowanie codziennych działań, które są przyjemne i mają znaczenie, i które wzmacniają nasze mocne strony jest bardzo ważne, ponieważ w przeciwnym razie życie znajdzie sposób na odsunięcie od nas tego, co naprawdę czyni nas szczęśliwymi. Dlatego napisz codzienny plan działań czyniących cię szczęśliwym i „wyzwalaczy” szczęścia i trzymaj się go.

Manepalli J, Desai A, Sharma P. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 6. 2009.

skuteczniejsze strategie postępowania z agresywnymi zachowaniami i poprawianiu jakości życia osób długotrwale przebywających w domach opieki.<sup>26</sup> Wykazano, że interaktywny trening jest skutecznym podejściem kształtującym właściwsze reakcje personelu na agresywne zachowania mieszkańców. Tego typu trening, prowadzony przez osoby z doświadczeniem geriatrycznym, może być prowadzony z wykorzystaniem internetu.<sup>27</sup> Trening i szkolenia pomagają odnaleźć właściwe znaczenie podczas komunikacji z rezydentami z ciężkim otępieniem. Opiekunowie muszą przeszkolić się w zakresie nieprzyjmowania w sposób osobisty jakichkolwiek nieuprzejmych stwierdzeń wygłaszanych przez rezydentów, niesprzecznania się z nimi, nieinterpretowania ich agresywnego zachowania jako celowo prowokującego oraz unikania odpowiadania z gniewem. Opieka ukierunkowana na osobę oraz intensywny trening mogą też zmniejszyć rotację personelu i zwiększyć jego satysfakcję z wykonywanej pracy. Trening personelu winien obejmować zrozumienie, że chociaż za wieloma zaburzeniami zachowania stoją znaczące zaburzenia neurochemiczne, nie oznacza to, że nie stoi za nimi doświadczenie lub że na zachowania te nie mogą wpływać interakcje międzysobowe.

### Psychoterapia

Interwencje psychoterapeutyczne dla osób z łagodnym lub umiarkowanym otępieniem doświadczających objawów depresyjnych i lękowych obejmują psychoterapię indywidualną, grupową oraz psychoterapię par/rodzin. Osoby z otępieniem doceniają interwencje psychoterapeutyczne, które mogą również być korzystne dla opiekujących się nimi członków rodzin.<sup>28</sup> Praca terapeutyczna z osobami z otępieniem jest skupiona na radzeniu sobie, dostosowywaniu się i stosowaniu strategii kompensacyjnych i pozostających jeszcze (rezydujących) umiejętności, a przez to na kultywowaniu pozytywnych emocji i zaangażowania w „zwykłe” chwile codzienności.<sup>29</sup>

### Psychoterapia indywidualna

Znaczenie indywidualnej psychoterapii w leczeniu lęku i depresji u pacjentów z łagodnym otępieniem nie było wnikliwie badane. Wstępne dane sugerują, że interwencje poznawczo-behawioralne mogą być korzystne w usuwaniu depresji u części pacjentów z wczesnymi stadiami otępienia i objawami depresji.<sup>30</sup> Korzystne u części pacjentów może być skupienie się na rozwiązywaniu problemów i radzeniu sobie (np. jak przezwyciężyć problemy komunikacyjne jeśli osobie z otępieniem zaleca się zaprzestanie prowadzenia pojazdów) oraz na normalizacji objawów (np. depresja

i lęk są właściwą i zrozumiałą reakcją na stres spowodowany otępieniem). Psychoterapia może być oparta na formach interakcyjnych – to jest zarządzaniu interakcyjnym – w naturalnym środowisku osób z otępieniem.<sup>31</sup> Główny opiekun, często pełniący rolę mediatora, może przejąć główne zadania terapeutyczne.

### Psychoterapia grupowa

Nie poddano wnikliwej ocenie psychoterapii grupowej wśród chorych z otępieniem, jednak wstępne wyniki sugerują, że u części pacjentów z otępieniem o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu może ona odgrywać rolę w zmniejszaniu poziomu depresji i lęku.<sup>32,33</sup> Cele terapii grupowej mogą obejmować wytworzenie emocjonalnego klimatu akceptacji i ciepła, pomagającego chorym nauczyć się akceptować samych siebie i swoje uczucia, częste interwencje terapeuty lub moderatora mające ułatwić interakcje społeczne pacjentom

z upośledzonymi zdolnościami komunikacji, danie im okazji do doświadczania przynależności do grupy lub bycia częścią grupy, danie okazji do uzewnętrznienia uczuć i odkrycia wzajemnych doświadczeń, umożliwienie opowiedzenia o minionych osiągnięciach i próby nadania znaczenia obecnemu życiu, oraz stworzenie platformy, na której chorzy mogliby zdefiniować sens własnego ja przez wyrażanie osobistych opinii w środowisku zapewniającym szacunek i akceptację. Korzystne dla pacjentów z umiarkowanym otępieniem z współmałżonkami lub innymi członkami rodziny mogą być również inne interwencje grupowe, takie jak dziennik grupy przypominający o aktywnościach.<sup>34</sup>

Psychoterapia grupowa może również promować ujawnianie własnego otępienia.<sup>35</sup> Ujawnianie może oznaczać zastąpienie lęku przed przyszłością (np. „Co ze mną będzie za pięć lat”) przez świadomość tego, że osoba z otępieniem nie jest sama oraz że są

**TABELA 3**  
Potencjalne zasoby i podatności osób z otępieniem

#### Zasoby

*Kapitał ludzki (zasoby w obrębie osoby i należące do osoby)*

- Umiejętności rozwiązywania problemów
- Pozytywne nastawienie
- Gotowość przyjmowania pomocy
- Silny obraz samego siebie
- Zasoby finansowe

*Kapitał społeczny*

- Wspierający, posiadający wiedzę przyjaciele i członkowie rodziny
- Przystępność rodziny i członków rodziny
- Kapitał osobowy indywidualnych członków społecznego systemu oparcia
- Zasoby finansowe rodziny

*Zasoby społeczne*

- Dostępność i przystępność klinicystów przeszkolonych w opiece nad osobami z otępieniem i członkami ich rodzin
- Programy opieki dziennej dla dorosłych dopasowane do potrzeb pacjentów z otępieniem
- Programy wspólnych ćwiczeń fizycznych
- Lokalny oddział Stowarzyszenia Alzheimerowskiego (Alzheimer's Association) oraz innych organizacji non-profit, których świadczenia są dopasowane do potrzeb osób z otępieniem i członków ich rodzin
- Zasoby finansowe społeczności

#### Podatności

*Podatności medyczne*

- Upośledzenie słuchu lub wzroku
- Ból
- Wątki budowa ciała

*Podatności społeczne*

- Słaby stan zdrowia rodziny opiekuna
- Stygmatyzacja społeczna
- Członkowie rodziny żyjący w oddaleniu

*Podatności psychologiczne*

- Zaburzenia lękowe
- Zaburzenia depresyjne

Manepalli J, Desai A, Sharma P. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 6. 2009.



kroki jakie można podjąć, aby spowolnić rozwój upośledzenia poznawczego i czynnościowego.

## Terapia par i rodzin

Pogarszanie się więzi międzyosobowych często prowadzi do depresji, lęku i problemów behawioralnych u osób z otępieniem oraz do depresji u opiekujących się nimi członków rodziny.<sup>36</sup> Jakość relacji może być czynnikiem prognostycznym pogorszenia czynnościowego.<sup>37</sup> Brakuje systematycznych badań, dotyczących terapii par i rodzin osób z otępieniem, które mogłyby wpłynąć na praktykę kliniczną. Zgodnie z doświadczeniem autorów, poradnictwo dotyczące związków mogłoby być korzystne u części pacjentów z łagodnym otępieniem. Mogłoby ono obejmować (choć nie wyłącznie) takie techniki, skupienie się na jednym zagadnieniu w danym czasie (np. akceptacja ograniczeń związanych z otępieniem), przyglądanie się pacjentowi i jego rodzinie osobno i razem, wykorzystywanie pokrewieństwa jako zasobów, odgrywanie ról, zrównoważone skupienie się na mocnych stronach i deficytach oraz wspólnie wypracowane stanowisko. Wykorzystanie relacji jako zasobu obejmujące przegląd historii relacji, podkreślanie wspólnych doświadczeń, odnalezienie mocnych stron oraz eksplorowanie obszarów możliwego wzajemnego poświęcania się. Odgrywanie scenariuszy (role playing) jest bardzo użyteczną techniką, pomagającą osobie z otępieniem oraz członkom jej rodziny zredukować negatywne wyrażenia (np. krytycyzm, wrogość,

nadmierne „dawanie rad”) i zastąpić je wyrażaniem wsparcia, wskazującym na uprzejmość i współczucie.

## Interwencje społeczne i rekreacyjne w otępieniu

W przypadku kilku spośród wymienionych interwencji wykazano obiecujące wyniki w zakresie obniżania poziomu lęku i pobudzenia oraz w poprawianiu nastoju i wzmacnianiu ogólnego dobrostanu. Wymienione niżej interwencje mogą być stosowane w połączeniu zależnie od potrzeb lub w oparciu o modele zachowania takie jak model niezaspokojonych potrzeb lub model redukcji stresu.<sup>8</sup>

## Medytacja

Praktykowanie medytacji jest związane z różnymi korzyściami zdrowotnymi obejmującymi możliwość zachowania poznania i prewencji otępienia. Mechanizmy takiego działania nie są jeszcze znane, jednak w badaniach wykazano, że medytacja może wpływać na liczne przemiany związane ze starzeniem się ośrodkowego układu nerwowego i sprawnością umysłową. Na przykład, medytacja może obniżać wydzielanie kortyzolu związane ze stresem, co może wywierać działanie neuroprotektoryjne przez zwiększanie poziomu czynnika neurotroficznego pochodzenia mózgowego. Medytacja może również wywierać korzystne działanie na profil lipidowy i zmniejszenie stresu oksydacyjnego, a działania te mogą zmniejszać ryzyko występowania choroby naczyń ośrodkowego układu nerwowego i zwyrodnień neurodegeneracyjnych

związanych z wiekiem. Co więcej, medytacja może wzmacniać przepływy impulsów neuronalnych i poprawiać zdolności poznawcze. Są to teoretyczne podstawy możliwego korzystnego wpływu medytacji na długowieczność i optymalizację zdrowia. Dowody na neuroprotektoryjne działanie medytacji pochodzą z badań poznawczych, elektroencefalograficznych i obrazowych.<sup>38</sup>

## Terapia walidacyjna

Pojęcie to zaproponował Feil<sup>39</sup> w 1963 roku. Terapia walidacyjna jest oparta na ogólnej zasadzie walidacji przez niepodkreślanie dokładności faktów oraz akceptowanie emocjonalnego znaczenia zachowań i wypowiedzi leżącego u ich podłoża.<sup>40</sup> Opiekun może następnie zastosować strategie wyrażania empatii i odnaleźć znaczące wspólne punkty. Wstępne dane sugerują, że tego typu terapia może obniżyć nasilenie i częstość zaburzeń zachowania rezydentów w domach opieki.<sup>39</sup> Terapia walidacyjna jest kontrowersyjna, lecz ma pewne zastosowanie w zmniejszaniu napięcia emocjonalnego niewynikającego z dających się korygować stanów medycznych ani z leczenia.

## Metoda „Reality Orientation”

Terapię „Reality Orientation” (zorientowanie w rzeczywistości) po raz pierwszy opisano jako technikę poprawiania jakości życia osób w podeszłym wieku, u których występują objawy splątania.<sup>41</sup> Obejmuje ona przedstawienie informacji dotyczących orientacji i wspomnień odnoszących się do czasu, miejsca i osoby. Pomoc wizualne (np. kalendarze, zapiski i pamiętniki) i werbalne (np. pozdrawianie imieniem osoby, przypomnianie świąt, rocznic i ważnych wydarzeń) zapewniają osobie lepsze zrozumienie okoliczności, co może skutkować poprawą poczucia kontroli i samooceny. Terapia tego typu, podczas której personel angażuje pacjentów w codzienną rzeczywistość komunikację, może być prowadzona indywidualnie przez 24 godziny podczas wszelkich kontaktów z pacjentami lub w grupach.<sup>9</sup> W jednym z badań<sup>42</sup> wykazano, że metoda ta poprawiała wpływ donepezylu na zdolności poznawcze w przebiegu choroby Alzheimera.

## Terapia reminiscencyjna

Terapia reminiscencyjna, podobna do metody „Reality Orientation”, obejmuje omawianie minionych działań, wydarzeń i doświadczeń z inną osobą lub grupą osób. Zwykle terapia ta jest prowadzona z pomocą namacalnych śladów, takich jak zdjęcia, przedmioty domowe i inne znane elementy przeszłości, muzyka i archiwalne nagrania. Jedną z postaci tej terapii obejmuje przegląd życia, w którym prowadzi się pacjenta chronologicznie przez wydarzenia jego życia oraz zachęca do oceny tych wydarzeń, co może prowadzić do napisania historii życia pacjen-

**TABELA 4**

### Zalecana lista tematów do objęcia programem edukacyjnym osób z otępieniem oraz członków ich rodzin

Co oznacza pojęcie otępienie oraz podstawa rozpoznania

Typ otępienia (np. otępienie alzheimerowskie) oraz podstawa rozpoznania

Potencjalne korzyści i ryzyko leków przeciwotępiennych oraz oczekiwania związane z ich stosowaniem

Znaczenie wczesnego planowania opieki i uzupełnienia wytycznych dotyczących tej opieki

Zastrzeżenia związane z bezpieczeństwem: prowadzenie pojazdów, bezpieczeństwo pożarowe, samotny tryb życia, przestrzeganie zaleceń związanych z leczeniem, ryzyko upadków

Znaczenie regularnych ćwiczeń i zrównoważonej diety

Znaczenie zaangażowania społecznego i stymulacji poznawczej opartej na mocnych stronach i umiejętnościach osoby

Korzyści związane z działaniami lokalnego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego (Alzheimer's Association) – np. program bezpiecznych powrotów, grupy wsparcia, materiały edukacyjne, broszury

Znaczenie planu dnia i higieny snu

Wpływ opieki na zdrowie fizyczne i emocjonalne opiekunów oraz związane z tym strategie zapobiegania stresowi i zespołowi wypalenia

Długoterminowe planowanie obejmujące potencjalne korzyści programów opieki dziennej dla dorosłych oraz przyszłe potrzeby związane z długoterminową opieką

Strategie zapobiegania przyszłym zaburzeniom behawioralnym i leczenie istniejących problemów behawioralnych i psychicznych

Manepalli J, Desai A, Sharma P. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 6. 2009.

ta. Choć jest to terapia bardzo popularna wśród personelu domów opieki długoterminowej, nie była ona wnikliwie badana. Dostępne wstępne wyniki wskazują, że terapia reminiscencyjna może poprawiać samoocenę, zmniejszać izolację społeczną i depresję oraz zapewniać poczucie komfortu pacjentom domów opieki długoterminowej.<sup>43</sup> Przegląd życia może być użyteczny dla wielu pacjentów z minionymi osiągnięciami, doświadczających aktualnie depresji i problemów egzystencjalnych (np. „Co osiągnąłem w życiu?”, „Jaki był cel mojego życia?”).

### Interwencje sensoryczne

#### **Dotyk terapeutyczny i masaże terapeutyczne**

Dotyk jest uważany za kluczowy aspekt zapewnianej opieki i relacji terapeutycznych. Dotyk terapeutyczny pozwala na uzdrawianie i wzmacnianie relacji terapeutycznych oraz utrzymywanie kanałów komunikacji często traconych w przebiegu otępienia wraz z progresją choroby. Większość rezydentów odpowiada na przytulenie, położenie ręki na ramieniu, kłaśnięcie, poklepanie po plecach lub masaż dłonią. Na wielu poziomach wciąż potrzebują oni kontaktu z drugim człowiekiem. Dotyk terapeutyczny jest szeroko stosowany w pielęgniarstwie. Dotyk jest uważany za kluczowy aspekt zapewnianej opieki i relacji terapeutycznych. Dotyk terapeutyczny stanowi niefarmakologiczną, istotną klinicznie metodę dającą się zastosować w celu zmniejszenia behawioralnych objawów otępienia – szczególnie niepokoju i wokalizacji, dwóch najczęstszych zaburzeń zachowania.<sup>44</sup> Masaż terapeutyczny (np. masaż pleców i ramion) może obniżyć poziom lęku i pobudzenia związanego z bólem. Połączenie masażu z aromaterapią (np. łągodząca emulsja z lawendą lub aktywujący zapach cytrusów) może wywołać jeszcze lepszy skutek, działając kojąco na pobudzonego rezydenta.

#### **Aromaterapia**

Aromaterapia obejmuje stosowanie olejków eterycznych w celu poprawy dobrostanu emocjonalnego. Może ona nie być skuteczna u pacjentów z chorobą Alzheimera mających słaby zmysł powonienia. Terapeuci zajmujący się terapią rekreacyjną mają zwykle doświadczenie w zakresie aromaterapii. Aromaterapia jest jedną z najszybciej rozwijających się terapii uzupełniających. Jest dobrze postrzegana i pomaga budować interakcje przez dostarczenie pobudzenia sensorycznego. Dwa olejki eteryczne używane podczas pracy z pacjentami z otępieniem są oparte na wyciągach z lawendy i melisy. Zaletą takiej terapii jest także różnorodny sposób jej administracji (inhalacje, kąpiele, masaże i aplikowanie w postaci kremów). Wykazano, że aromaterapia jest bezpieczna, a w przeprowadzonym niedawno ba-

daniu kontrolowanym<sup>45,46</sup> wykazano pewien korzystny wpływ na zmniejszanie pobudzenia.

#### **Muzykoterapia**

Muzyka stanowi sposób podtrzymania związku z przeszłością i innymi ludźmi. Dla wielu osób muzyka i taniec stanowią część ich kultury. Wiele osób z otępieniem wciąż jest w stanie przypomnieć sobie i grać na instrumencie (np. na pianinie) i śpiewać lub klaskać do znanej sobie muzyki, sięgając do swojej pamięci zdalnej i proceduralnej. Aktywności obejmujące wspólne śpiewanie nie tylko bawią, lecz także stanowią umacnianie (ang. empowerment) i wywierają dodatni wpływ na funkcje poznawcze rezydentów. Łagodna muzyka może pomagać w łagodzeniu napięcia i lęku, a muzyka energiczna może podnieść obniżony nastrój. Muzyka religijna może wywoływać aktywność u rezydentów niereagujących na muzykę konwencjonalną. Wykazano także, że powolna muzyka klasyczna (np. Bach, Vivaldi) może uspokajać pobudzonych rezydentów. Kojąca muzyka (szczególnie podczas posiłków) może również zmniejszać pobudzenie i wspomagać przyjmowanie posiłków. Interwencje oparte na muzyce mogą być indywidualizowane zgodnie z preferencjami pacjenta mogą redukować destrukcyjne zachowania i poprawiać nastrój rezydentów domów opieki.<sup>47</sup>

#### **Terapia tańcem**

Terapie oparte na twórczości stwarzają możliwość oddziaływań niewerbalnych podczas postępowania z pacjentem z otępieniem, którego zdolności poznawcze i werbalne umiejętności komunikacji są upośledzone. Taniec stwarza możliwość ekspresji samego siebie.<sup>48</sup>

#### **Fototerapia**

Zaburzenia rytmu okołodobowego są związane z zaburzeniami zachowania i snu u starszych pacjentów z otępieniem i mogą powodować powikłania takie, jak splątanie, depresję i pobudzone zachowania. Dotknięci są też opiekunowie. Jasne światło i melatonina mogą synchronizować rytmy okołodobowe i przynieść poprawę w zakresie objawów poznawczych i niepoznawczych. Światło przynosi umiarkowane korzyści w zakresie tych objawów w przebiegu otępienia.<sup>49</sup> Fototerapia w połączeniu z melatoniną wydłuża czas czuwania oraz poziom aktywności i wzmacnia rytm odpoczynku – aktywność.<sup>50</sup> W jednym z badań<sup>51</sup> wykazano, że stosowanie jasnego światła podczas śniadania obniża poziom pobudzenia.

#### **Multisensoryczna terapia stymulacyjna**

Celem multisensorycznej terapii stymulacyjnej (multisensory stimulation therapy, MST) jest stymulacja zmysłu wzroku, słuchu, dotyku, smaku i powonienia przez zastosowanie licznych bodźców świetlnych, po-

wierzchni dotykowych, muzyki medytacyjnej i olejków aromatycznych. Takie postępowanie zapewnia sensowną aktywność bez potrzeby intelektualnego wnioskowania i skutkuje zmniejszeniem stresu i frustracji.<sup>52</sup> Skutki nie utrzymują się długo, jednak koncepcja jest obecna, podana eksploracji badawczej.

### **Kontakt społeczny: rzeczywisty lub symulowany**

#### **Terapia z towarzyszeniem zwierząt**

W świadczeniach opiekuńczych powszechniejsze stało się stosowanie terapii z towarzyszeniem zwierząt (animal-assisted therapy, AAT) oraz programów związanych z obecnością zwierząt. Kontakt z psem lub kotem może redukować poziom agresji, pobudzenia i samotności, oraz promować zachowania społeczne u pacjentów z otępieniem. Poza dotykiem człowieka, wielu rezydentom sprawia przyjemność także dotyk zwierzęcia, zwłaszcza jeśli mieli zwierzę we wcześniejszych latach życia. Ujrzenie zbliżającego się psa lub kota może wywołać pozytywną odpowiedź. Potencjalne korzyści AAT silnie korelują z faktem uprzedniego posiadania zwierzęcia domowego.<sup>53</sup>

#### **Terapia z symulowaną obecnością**

Terapia z symulowaną obecnością (simulated presence therapy, SPT) stanowi spersonalizowane podejście, w którym korzysta się z nagrania rozmowy telefonicznej z członkiem rodziny. Omawiane są szczęśliwe wspomnienia i ważne wydarzenia, co może pomóc zmniejszyć pobudzenie i samotność. Osoba z poważną utratą pamięci krótkotrwałej może wielokrotnie odsłuchiwać takie kojące wiadomości. W jednym z badań<sup>54</sup> wykazano 67% zmniejszenie pobudzenia po stosowaniu SPT w porównaniu z 46% zmniejszeniem bez stosowania terapii, jednak około 50% pacjentów odmawiało poddania się takiej interwencji. W innym badaniu<sup>55</sup> wykazano poprawę jedynie w zakresie uwagi i świadomości oraz niewielką poprawę w zakresie komunikacji językowej. Niektórzy pacjenci mogą być zbyt pobudzeni oraz mogą nie być w stanie zbyć się wystarczająco, by móc korzystać z nagrań, a niektórzy mogą nie chcieć brać udziału w takiej interwencji.<sup>54</sup> Badania te wykazały wagę indywidualizacji podejścia terapeutycznego.

### **Ćwiczenia**

Jak wiadomo, ćwiczenia fizyczne (gimnastyka) są korzystne dla zdrowia i samopoczucia każdej jednostki. Promocja aktywnego stylu życia wśród osób sprawnych fizycznie może wspomóc funkcje poznawcze w późnych okresach życia. U pacjentów z chorobą Alzheimera aktywność fizyczna może spowalniać rozwój upośledzenia czynnościowego, zmniejszać ryzyko upadku oraz zmniej-

zać objawy depresji i pobudzenia. U pacjentów z chorobą Alzheimera, którzy ćwiczyli przez okres 1 godziny dwa razy w tygodniu wykazano wolniejszy spadek w skalach oceniających codzienne aktywności.<sup>56</sup> Zalecany jest zindywidualizowany, prosty program ćwiczeń fizycznych skupiających się na chodzeniu, mocy, równowadze i giętkości. W jednym z badań<sup>57</sup> wykazano, że ćwiczenia połączone z nauczaniem opiekunów dotyczącym korzyści regularnych ćwiczeń poprawiły wdrażanie programów treningowych i ich przestrzeganie oraz miały korzystny wpływ na zdrowie fizyczne i depresję u pacjentów z chorobą Alzheimera.

### Terapia sztuką

Wykazano korzystny wpływ terapii sztuką u pacjentów z otępieniem. Ten rodzaj terapii może zostać wprowadzony w populacji osób w wieku podeszłym z szerokim spectrum zaburzeń poznawczych. Ewokacyjny charakter sztuki pozwala starszym dorosłym z otępieniem na ekspresję i przezwyciężenie niektórych deficytów poznawczych. Terapia sztuka skupia się na ocenie, komunikacji niewerbalnej, eksploracji sensorycznej i aktywnościach opartych na autorefleksji.<sup>58</sup>

### Aktywności oparte na metodzie Montessori

Metoda Montessori jest oparta na pamięci proceduralnej, aktywowanej przez powtarzające się ruchy mięśni. Kluczowym aspektem tej metody jest pozwolenie pacjentom z otępieniem na uczenie się o sobie samym i doświadczanie siebie podczas jednoczesnego zapewniania przewodnictwa. Aktywności oparte na metodzie Montessori obejmują „rzeczy do zrobienia” mające znaczenie, takie jak zmywanie naczyń, oraz aktywności rekreacyjne, takie jak układanie kwiatów czy wspólne czytanie. Aktywności te są skupione na interakcjach społecznych i stymulacji poznawczej. Nowym podejściem do pacjenta wykorzystywanym obecnie w domach opieki jest system RAMP (Resident-Assisted Montessori Programming), oparty na zasadach Montessori. Rezydenci domów ze wczesnymi lub średniozaawansowanymi stadiami otępienia nauczani są systemu RAMP w celu prowadzenia wspólnego czytania z pacjentami z bardziej zaawansowaną otępieniem.<sup>59</sup>

### Podsumowanie

Postępowanie w chorobie Alzheimera i związanych z nią zaburzeniami zachowania i nastroju stanowi wyzwanie. Zmiany stylu życia oraz interwencje psychospołeczne poprawiają jakość życia chorych i ich opiekunów, jednak są czasochłonne, wymagają wysiłku i motywacji zarówno ze strony pacjenta jak i jego opiekuna oraz wymagają

intensywnej edukacji zainteresowanych stron. Szanse na sukces zależą także od dostępności świadczeń. Zmiany środowiskowe, takie jak poprawa dostępu dla osób upośledzonych lub świadczenia udzielane w domu mogą wiązać się z obciążeniem ekonomicznym. Leki stosowane do kontrolowania objawów behawioralnych choroby Alzheimera nie są jednakowo skuteczne i często wiążą się ryzykiem rozwoju działań niepożądanych. Biorąc to pod uwagę, należy łączyć interwencje psychospołeczno-środowiskowe powinny z innymi sposobami leczenia. Dla zwiększenia znaczenia tych interwencji potrzeba więcej kontrolowanych badań oceniających użyteczność różnych interwencji niefarmakologicznych w otępieniu.

### Piśmiennictwo

- Salzman C, Jeste DV, Meyer R, et al. Elderly patient with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trials methodology and policy. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(6):889-898.
- Sierpina VS, Sierpina M, Loera JA, Grumbles L. Complementary and integrative approaches to dementia. *South Med J*. 2005;98(6):636-645.
- Cohen-Mansfield J. Nonpharmacological interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, critique. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9(4):361-381.
- Hall GR. Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered threshold in the clinical setting. *Nurs Clin North Am*. 1994;29(1):129-141.
- Opie J, Rosewarne R, O'Connor DW. The efficacy of Psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(6):789-799.
- Spector A, Davies S, Woods B, Orrell M. Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Gerontologist*. 2000;40(2):206-212.
- Nichols LO, Chang C, Lummus A, et al. The cost-effectiveness of a behavior intervention with caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(3):413-420.
- Brodady H, Gresham M. Effect of a training program to reduce stress in carers of patients with dementia. *BMJ*. 1989;299(6712):1375-1379.
- Forbes DA, Peacock S, Morgan D. Nonpharmacological management of agitated behaviours associated with dementia. *Geriatric Aging*. 2005;8(4):26-30.
- Teri L, Logsdon RG, McCurry SM. Exercise interventions for dementia and cognitive impairment: the Seattle Protocols. *J Nutr Health Aging*. 2008;12(6):391-394.
- Buettner, LL, Fitzsimmons S. AD-venture program: therapeutic biking for the treatment of depression in long-term care residents with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2002;17(2):121-127.
- Wallbridge HR, Furer P, Lionberg C. Behavioral activation and rehabilitation. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008;46(3):36-44.
- Ben-Shahar T. *Happier: Learn the Secrets of Daily Joy and Lasting Fulfillment*. New York, NY: McGraw-Hill; 2007.
- Smith M. Back to the A-B-C's. Understanding and responding to behavioral symptoms in dementia. Available at: [www.nursing.uiowa.edu/hartford/nurse/back\\_abc.htm](http://www.nursing.uiowa.edu/hartford/nurse/back_abc.htm). Accessed April 27, 2009.
- Smith M, Buchwalter K, Mitchell S. Acting up and acting out: assessment and management of aggression and acting out behaviors. In: Smith M, Buchwalter K, Mitchell CM, eds. *The Geriatric Mental Health Training Series*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1992:33-44.
- Koltai, DC, Branch LG. Cognitive and affective interventions to maximize abilities and adjustment in dementia. *Annals of Psychiatry: Basic and Clinical Neurosciences*. 1999;7:241-255.
- Burgener SC, Yang Y, Gilbert R, Marsh-Yant S. The effects of a multimodal intervention on outcomes of persons with early-stage dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2008;23(4):382-394.
- Degabbio T. *When it Gets Dark: An Enlightened Reflection on Life with Alzheimer's*. New York, NY: The Free Press; 2003.
- Harris PB. Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *Int J Aging Hum Dev*. 2008;67(1):43-61.
- Prescop KL, Dodge HH, Morycz RK, Schulz RM, Ganguli M. Elders with dementia living in the community with and without caregivers. An epidemiological study. *Int Psychogeriatr*. 1999;11(3):235-250.
- Sabat S. *The Experience of Alzheimer's Disease: Life Through a Tangled Veil*. Oxford, UK: Blackwell Publishers; 2001.
- Kitwood T. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham, UK: Open University Press; 1997.
- DASN International. Available at: [www.dasinternational.org](http://www.dasinternational.org). Accessed April 27, 2009.
- Taylor R. *Alzheimer's from the Inside*. Baltimore, MD: Health Professional Press Inc; 2007.
- Lancioni GE, La Martire ML, Singh NN, et al. Persons with mild or moderate Alzheimer's disease managing daily activities via verbal instruction technology. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2008;23(6):552-562.
- Landreville P, Bedard A, Verreault R, et al. Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities. *Int Psychogeriatr*. 2006;18(1):47-73.
- Irvine AB, Bourgeois M, Billow M, Seeley JR. Internet training for nurse aides to prevent resident aggression. *JAMA*. 2007;8(8):519-526.
- Burns A, Guthrie E, Marino-Francis F, et al. Brief psychotherapy in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2005;187:143-147.
- Attix DK. Maximizing coping and compensation in dementia: geriatric neuropsychological intervention. *American Psychological Association: Division of Clinical Neuropsychology*. 2004;22:3-4.
- Burgener SC, Twigg P. Interventions for persons with irreversible dementia. *Annu Rev Nurs Res*. 2002;20:89-124.
- Haupt M. Psychotherapeutic intervention in dementia. *Dementia*. 1996;7(4):207-209.
- Cheston R, Jones K, Gilliard J. Group therapy and people with dementia. *Aging Ment Health*. 2003;7(6):452-461.
- Greene JA, Ingram TA, Johnson W. Group psychotherapy for patients with dementia. *South Med J*. 1993;86(9):1033-1035.
- Schmitter-Edgecombe M, Howard JT, Pavawalla SP, Howell L, Rueda A. Multitask memory notebook intervention for very mild dementia: a pilot study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2008;23(5):477-487.
- Watkins R, Cheston R, Jones K, Gilliard J. 'Coming out' with Alzheimer's disease: changes in awareness during a psychotherapy group for people with dementia. *Aging Ment Health*. 2006;10(2):166-176.
- Caron W, Boss P, Mortimer J. Family boundary ambiguity predicts Alzheimer's outcomes. *Psychiatry*. 1999;62(4):347-356.
- Burgener S, Twigg P. Relationships among caregiver factors and quality of life in care recipients with irreversible dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;16(2):88-102.
- Doraiswamy PM, Xiong GL. Does meditation enhance cognition and brain longevity? *Ann N Y Acad Sci*. Sept 28, 2007. [Epub ahead of print]
- Feil N. Group therapy in a home for the aged. *Gerontologist*. 1967;7(1):192-195.
- Tondi L, Ribani L, Bottazzi M, Visconti G, Vulcano V. Validation therapy(VT) in nursing homes: a case control study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;44(suppl 1):407-411.



41. Taulbee LR, Folsom JC. Reality orientation therapy for geriatric patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1966;17(5):133-135.
42. Onder G, Zanetti O, Giacobini E, et al. Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2005;187:450-455.
43. Pittiglio L. Use of reminiscence therapy in patients with Alzheimer's disease. *Lippincott's Case Manag*. 2000;5(6):216-220.
44. Woods DL, Craven RF, Whitney J. The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Altern Ther Health Med*. 2005;11(1):66-74.
45. Burns A, Byrne J, Ballard C, et al. Sensory stimulation in dementia. An effective option for managing behavioural problems. *BMJ*. 2002;325(7376):1312-1313.
46. Holmes C, Ballard C. Aromatherapy in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10:296-300.
47. Madan S. Music intervention for disruptive behaviors in long-term care residents with dementia. *Annals of Long-Term Care*. 2005;13(12):33-36.
48. Hokkanen L, Rantala L, Remes AM, Härkönen B, Viramo P, Winblad I. Dance and movement therapeutic methods in management of dementia: a randomized, controlled study. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(4):771-772.
49. Riemersma-van der Lek RF, Swaab DF, Twisk J, Hol EM, Hoogendijk WJ, Van Someren EJ. Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299(22):2642-2655.
50. Dowling GA, Burr RL, Van Someren EJ, et al. Melatonin and bright-light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(2):239-246.
51. Thorpe L, Middleton J, Russell G, et al. Bright light therapy for demented nursing home patients with behavioral disturbance. *Am J Alzheimer's Dis*. 2000;15:18-26.
52. Chitsey AM, Haight BK, Jones MM. Snoezelen: a multisensory environmental intervention. *J Gerontol Nurs*. 2002;28(3):41-49.
53. Filan SL, Llewellyn-Jones RH. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *Int Psychogeriatr*. 2006;18(4):597-611.
54. Camberg L, Woods P, Ooi WL, et al. Evaluation of simulated presence: a personalized approach to enhance well being in persons with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(4):446-452.
55. Miller S, Vermeersch PE, Bohan K, Renbarger K, Kruep A, Sacre S. Audio presence intervention for decreasing agitation in people with dementia. *Geriatr Nurs*. 2001;22(2):66-70.
56. Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, et al. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(2):158-165.
57. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290(15):2015-2022.
58. Halpern AR, Ly J, Elkin-Frankston S, O'Connor MG. „I know What I like”: stability of aesthetic preference in Alzheimer's patients. *Brain Cogn*. 2008;66(1):65-72.
59. Camp CJ, Skrajner M. Resident-Assisted Montessori Programming(RAMP): training persons with dementia to serve as group activity leaders. *Gerontologist*. 2004;44(3):426-431.

## Komentarz



**Dr hab. n. med.  
Joanna  
Rymaszewska**

Brak skutecznego leczenia przyczynowego otępienia typu alzheimerowskiego oraz stosunkowo częste niepowodzenia w leczeniu farmakologicznym objawów towarzyszących (zaburzeń nastroju i zachowania) powoduje, że oddziaływania pozafarmakologiczne zyskują na znaczeniu. Dokonany przez Manepalli i wsp. przegląd form terapii czy interwencji jest wyczerpujący i ujmuje, choćby w kilku zdaniach, sedno poszczególnych rodzajów udzielanej pomocy.

Pojęcie oddziaływania pozafarmakologiczne wydaje się być zresztą niezbyt zręcznym sformułowaniem i stąd nacisk wielu autorów na stosowanie pojęcia oddziaływania/interwencji psychospołeczne, które zawiera w nazwie informacje czym są, a nie czym nie są.<sup>1</sup>

Opieka nad osobami z otępieniem ewoluje w kierunku opieki opartej na relacjach w zakresie dynamicznego trójstronnego układu: pacjent – opiekun – służby medyczne i socjalne, a programy edukacyjne powinny obejmować wszystkie trzy grupy. Brak odpowiednio przeszkolonych osób z personelu instytucji zajmujących się cho-

rym z otępieniem uniemożliwia udzielanie odpowiedniego wsparcia pacjentowi i jego rodzinie oraz prowadzenia stosownych do stanu chorego interwencji psychospołecznych. W mojej opinii, poza implementowaniem opisanych form interwencji w standardy opieki, w naszym kraju niezbędne jest wprowadzenie i egzekwowanie obowiązku posiadania wystarczającej wiedzy na temat otępień, objawów i schorzeń towarzyszących wśród personelu medycznego i pomocniczego w różnych placówkach, do których może trafić chory lub jego rodzina. Taki pozornie wymuszany obowiązek de facto ułatwi pracę z chorym z otępieniem i zapobiega frustracji każdej ze stron.

Bronfenbrenner,<sup>2</sup> jeden z teoretyków problematyki wieku podeszłego, zaproponował, opierając się na koncepcjach ekologicznych, strukturę interwencji na różnych poziomach – mikrosystemu (sam pacjent), mesosystemu (najbliższe otoczenie), ekosystemu (opieka medyczna i socjalna) oraz makrosystemu (ucję społeczne, epidemiologiczne). Każdy z tych poziomów odpowiada za powodzenie interwencji psychospołecznych. Przed ich zastosowaniem z kolei należy ocenić potrzeby chorego w różnych obszarach oraz na ile są zaspokajane. Piszą o tym Manepalli i wsp. opisując interwencje behawioralne. W tym celu można zastosować narzędzie, adaptowane już w Polsce przez ośrodek wrocławski<sup>3</sup> – kwestionariusz oceny potrzeb osób w podeszłym wieku, Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Pozwala on na analizę 24 potrzeb somatycznych, psy-

chologicznych, socjalnych i środowiskowych pacjenta wymagających leczenia lub interwencji oraz dwóch dodatkowych dotyczących opiekuna (<http://www.ucl.ac.uk/cane/>). CANE umożliwia także analizę jakościową udzielanych interwencji zarówno ze źródeł formalnych (instytucji) jak i nieformalnych (otoczenie chorego).

Niewątpliwie zróżnicowane obszary uszkodzeń funkcji poznawczych w otępieniu są bardzo zindywidualizowane i od dobrze przeprowadzonych badań neuropsychologicznych należałoby uzależnić decyzję o zastosowaniu form pomocy określonego rodzaju. Te funkcje, które wydają się być u danego pacjenta najmniej dotknięte winny stać się celem interwencji rehabilitacyjnych. O tym także wspominają autorzy mówiąc o zasobach osoby chorej i jego mocnych stronach (wymienione PSALMS dla każdego).

Warto również uzupełnić informacje o tzw. self-management dla osób we wczesnym stadium otępienia. Pojęcie pojawiło się w latach 60. XX wieku w związku z opieką nad chorymi na astmę, a następnie rozpowszechniło w innych przewlekłych schorzeniach somatycznych. Mountain w opracowaniu z 2006 r. pisze, że osoba przewlekle chora staje wobec trzech głównych wyzwań: radzenie sobie z medyczną otoczką, zmianą roli życiowej oraz z emocjonalnymi skutkami swojego stanu zdrowia. W przypadku otępienia szereg czynników ma znaczenie w radzeniu sobie z chorobą: wczesne postawienie rozpoznania, wsparcie z uwagi na konsekwencje rozpoznania, skupienie się na potrzebach oso-

Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademia Medyczna we Wrocławiu



by z otępieniem, identyfikacja odpowiednich dla niej interwencji, które mogą wzmocnić radzenie sobie z chorobą, profesjonalna edukacja i wsparcie oraz systemowe podejście do leczenia i opieki.<sup>4</sup>

Autorzy artykułu pochodzą ze Stanów Zjednoczonych i z tego powodu najprawdopodobniej nie ujęli w swojej pracy istotnych inicjatyw pojawiających się na naszym rodzimym, europejskim obszarze. Poza wieloma aktywnie działającymi na rzecz osób z chorobą Alzheimera organizacjami o pan-europejskim zasięgu, jak choćby Alzheimer Europe ([www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)) czy European Association of Geriatric Psychiatry ([www.eagp.net](http://www.eagp.net)) w 1999 r. utworzono interdyscyplinarną grupę INTERDEM ([interdem.alzheimer-europe.org/](http://interdem.alzheimer-europe.org/)). Zespół INTERDEM zajmuje się aktywnie właśnie interwencjami psychospołecznymi w otępieniu.<sup>5-7</sup> Jednym z ostatnich dużych projektów europejskich był EuroCoDe<sup>8</sup> realizowany w interdyscyplinarnych zespołach, m.in. pracujących nad interwencjami psychospołecznymi (pod przewodnictwem prof. Myrri Vernooij-Dassen) czy rozpozszechnieniem otępień (przy współudziale prof. Andrzeja Kiejny i zespołu).

Efektywnym uzupełnieniem omawianych oddziaływań środowiskowych są z pewnością coraz powszechniejsze rozwiązania techniczne otoczenia pacjenta ułatwiające mu orientację i funkcjonowanie. Istotną pomocą dla pacjentów z różnym stopniem zaawansowania otępienia są rozwijane różnego rodzaju pomoce elektroniczno-techniczne – począwszy od projektowania specjalnych, niezwykle prostych w obsłudze telefonów komórkowych po zaawansowane technicznie możliwości zabezpieczenia chorego w domu (tzw. smart homes). Elektroniczne pomoce przypominające (electronic memory aid, EMA) opisane m.in. przez badaczy pod przewodnictwem Oriani<sup>9</sup> okazały się być znacznie skuteczniejsze od karteczek dla osób z łagodnym bądź umiarkowanym procesem otępiennym i pozwalały sprawniej funkcjonować w życiu codziennym. Zaprogramowane urządzenie wydaje dźwięk a pacjent przyciskając przycisk otrzymuje nagraną informację o zaplanowanym dla niego za-

daniu czy czynności. EMA wspomagają pamięć prospektywną, a pośrednio codzienne funkcjonowanie chorego zapewniając pewną niezależność i autonomię. Pierwsze próby z elektronicznymi pomocami przypominającymi były przeprowadzane z powodzeniem wśród pacjentów po urazach głowy. W inteligentnych domach (smart homes) instalowane są różnego rodzaju pomoce ułatwiające choremu znajdowanie niezbędnych rzeczy (ryc. 1), piloty (ryc. 2), osobiste systemy kontrolne otoczenia (personal environmental control system, ryc. 3) i zabezpieczenia przed zagrożeniami (detektory dymu, ognia, upadków, pobytu w łóżku, moczenia się itp.) wraz z pełnym monitoringiem pomieszczeń.<sup>10</sup> Wydaje się, że nie unikniemy wprowadzania coraz doskonalszych rozwiązań technicznych do terapii i opieki nad osobami przewlekle chorymi, ale możemy je wy-

RYCINA 1



RYCINA 2



RYCINA 3



korzystać do wzmocniania efektów interwencji psychospołecznych i poprawy komfortu chorych.

### Piśmiennictwo:

1. Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M. Timely psychosocial intervention in dementia: a primary care perspective. *Dementia* 2006;3:307-315.
2. Bronfenbrenner, U. *Making human beings human: Biocological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage 2004.
3. Rymaszewska J, Klak R, Synak A. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) - badanie polskiej wersji narzędzia. *Psychogeriatr Pol* 2008;2:105-113.
4. Mountain G. Self-management for people with early dementia. An exploration of concepts and supporting evidence. *Dementia* 2006;3:429-446
5. Richards K, Moniz-Cook E, Duggan P, Carr I, Wang M. Defining 'early dementia' and monitoring intervention: what measures are useful in family caregiving? *Aging & Mental Health* 2003;1:5-38.
6. Woods B, Moniz-Cook E, Illiffe S, Campion P, Vernooij-Dassen M, Zanetti O, Franco M, Interdem members. Dementia: Issues in early recognition and intervention in primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2003;96:320-324.
7. Moniz-Cook E. Psychosocial Strategies for the management and prevention of disability in citizens with dementia, their family and societies across Europe: Developing a Research Agenda. *Ecopsoy-online* 2004.
8. <http://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Our-work/Completed-AE-projects/2006-2008-EuroCoDe>
9. Oriani M. et al. An electronic memory aid to support prospective memory in patients in the early stages of Alzheimer's disease: a pilot study. *Age & Mental Health* 2003;7:22-27.
10. Martin S, Nugent C, Wallace J, Kernohan G, McCreight B, Mulvenna M. Using context awareness within the „Smart home” environment to support social care for adults with dementia. *Technology and Disability* 2007;19:143-152.