

Niefarmakologiczne metody postępowania z pacjentami cierpiącymi na choroby przebiegające z demencją

Non-pharmacological methods of care for patients with dementia

Daniel Dominik¹, Kamila Kotowicz²

¹Studenckie Koło Naukowe Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Słowa kluczowe: otępienie, otępienie typu Alzheimer, choroba Alzheimer, edukacja, wielośrodkowe leczenie niefarmakologiczne, interdyscyplinarna interwencja
Key words: dementia, Alzheimer's type dementia, Alzheimer's disease, Education, multicomponent non-pharmacological management, multidisciplinary intervention

Streszczenie

Choroby przebiegające z demencją, z racji swojego rozpowszechnienia, stanowią problem nie tylko kliniczny, ale również społeczny. Według szacunków obecnie w Polsce żyje ok. 400 tys. osób, które są dotknięte demencją, a ich liczba będzie wzrastać. W obrazie tych chorób występują również zaburzenia nie dotyczące bezpośrednio sfery poznawczej, jednak w znaczny sposób obniżające standard życia zarówno chorych, jak i ich opiekunów. W ich terapii postępowanie farmakologiczne zazwyczaj okazuje się niezbędne, coraz częściej podkreśla się jednak zalety metod niefarmakologicznych. Z jednej strony mogą stanowić cenne uzupełnienie farmakoterapii, z drugiej w niektórych sytuacjach pozwalają nawet na jej uniknięcie, co redukuje ilość skutków niepożądanych wynikających zarówno ze stosowania poszczególnych leków, jak i ze zjawiska polipragmazji. Treść artykułu dotyczy niefarmakologicznych metod postępowania z chorymi dotkniętymi demencją, mogących stanowić wartościowe dopełnienie ich terapii. Opisane metody przeznaczone są głównie dla osób cierpiących na chorobę Alzheimer, jednak zaprezentowane sposoby postępowania można odnieść do pacjentów z demencją w przebiegu innych chorób.

Abstract

Diseases associated with dementia, due to their prevalence, are not only a clinical but also a social issue. According to estimates, in Poland there are currently around 400 thousand people affected by dementia and their number will increase. In the context of these diseases there are also disorders not directly related to the cognitive sphere, but nevertheless significantly lowering the standard of living of both the sick and their carers. In their therapy, pharmacological treatment is usually necessary, but the importance of non-pharmacological methods is considered to be increasingly growing. On the one hand, they can be a valuable complement to pharmacotherapy and, on the other hand, they may even prevent it in some situations, which reduces the amount of side effects resulting from both the use of particular drugs and the phenomenon of polypharmacy. The article presents non-pharmacological methods of dealing with patients suffering from dementia, which may constitute a valuable complement of their therapy. The methods described are intended primarily for people suffering from Alzheimer's disease, but the presented ways of treatment can be applied in patients with dementia in other diseases.

Choroba Alzheimera jest występującym najczęściej schorzeniem przebiegającym z demencją. Do tej grupy możemy zaliczyć również inne choroby neurodegeneracyjne, między innymi: otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałami Lewy'ego, demencję na tle naczyniowym a nawet choroby nie zajmujące pierwotnie układu nerwowego, w których przebiegu demencja może występować np.: niedoczynność tarczycy, niedokrwistość złośliwa. Często dokładne ustalenie etiologii neurodegeneracyjnej, naczyniowej lub mieszanej nie jest możliwe.

Demencja w znacznym stopniu obciąża nie tylko chorego, ale też jego rodzinę, najbliższe otoczenie oraz całe społeczeństwo. Dotknięci nią pacjenci to zwykle osoby starsze, często cierpiące z powodu wielu współwystępujących schorzeń. W związku z tym wymagają kompleksowej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej, ale również troski zarówno ze strony instytucji medycznych jak i osób najbliższych. Naturalny przebieg choroby Alzheimera obejmuje nie tylko zaburzenia poznawcze, lecz często jest powikłany innymi objawami neurologicznymi i psychiatrycznymi. Na obraz choroby zwykle nakładają się również schorzenia, których częstość występowania wzrasta z wiekiem oraz przewlekłe leczenie. Pacjenci dotknięci chorobami otępiennymi, zwłaszcza w późniejszych ich stadiach, najczęściej nie zdają sobie sprawy ze stanu swojego zdrowia. Dlatego dla podjęcia leczenia niezbędna jest stała obecność osób odpowiednio wykwalifikowanych i posiadających praktyczną wiedzę na temat choroby. W wielu opracowaniach dotyczących choroby Alzheimera podkreśla się ogromną rolę rodziny i bliskich w terapii, rzadko jednak można w nich znaleźć przydatne porady. Klinicyści często mają zbyt ograniczony czas i możliwości, aby edukować otoczenie pacjenta, niemniej jednak warto znać pozafarmakologiczne aspekty pracy z osobami cierpiącymi na choroby otępienne. Pozwala to z jednej strony na uniknięcie efektów ubocznych często niepotrzebnej farmakoterapii, a z drugiej lepsze zrozumienie chorých, jak również ich rodzin: ogromu pracy, odpowiedzialności i niepokoju, jaki stale im towarzyszy.

Głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na najczęściej występujący, sporadyczny wariant choroby Alzheimera jest wiek. Obecnie w Polsce żyje ok. 4 750 tys. osób powyżej 65 roku życia, co stanowi 12,4% społeczeństwa. Szacuje się, że do 2030 roku ta populacja będzie liczyła ok. 8 mln. osób. Sytuacja demograficzna w Polsce nie odbiega znacząco od sytuacji w większości krajów rozwiniętych, w których obecnie ok. 14% społeczeństwa to osoby będące po 65 roku życia. Za 15 lat odsetek ten wyniesie prawdopodobnie 23%. Wydaje się, że obecny kierunek zmian jest trwały, i już w 2050 roku 30% społeczeństwa Unii Europejskiej osiągnie lub przekroczy barierę 65. roku życia [1].

Badania epidemiologiczne dotyczące chorób przebiegających z demencją w Polsce nie są spójne pod względem metodologicznym, co utrudnia formułowanie konkretnych wniosków. Na ich podstawie można jednak przyjąć, że pod względem prevalencji tych schorzeń Polska również jest zbliżona do innych krajów rozwiniętych [2]. W zależności od badania szacuje się, że 5,7- 10% populacji osób po 65 roku życia w Polsce jest dotkniętych demencją. W związku z tym liczba obecnie chorych wynosi 300- 500tys. [1,4,5]. W 2005 roku w czasopiśmie „Lancet” ukazał się artykuł prof. Ferri i wsp., oceniający ówczesną

liczbę cierpiących z powodu demencji na ok. 24 mln. osób w skali świata. Według szacunków w roku 2020 liczba ta wyniesie ok. 42 mln., a w 2040 roku- ok. 81 mln. [3]. Najbardziej dynamiczny przyrost liczby chorych dotyczy krajów rozwijających się [3, 6].

Przedstawione szacunkowe wartości odnoszą się tylko do liczby chorych. Większość z nich aż do zaawansowanego stadium choroby, a nierzadko aż do śmierci, będzie przebywać pod opieką rodziny i bliskich. Nad chorymi, zwłaszcza w późniejszych okresach choroby, trzeba sprawować całodobową opiekę. Jest to zadanie bardzo obciążające psychicznie, fizycznie i finansowo, wymagające zmiany dotychczasowego sposobu funkcjonowania rodzin, ich priorytetów i planów życiowych. Jednocześnie to właśnie sposób sprawowania opieki ma znaczny wpływ na stan chorego, przebieg choroby oraz jej dynamikę. Edukacja opiekunów w zakresie postępowania niefarmakologicznego może mieć duże znaczenie zarówno dla utrzymania możliwie dobrego stanu psychicznego chorych, jak i samych opiekunów.

Choroba Alzheimerera należy do chorób wywołanych organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Podstawową patologią w przebiegu choroby Alzheimerera jest zanik neuronów, początkowo głównie układu limbicznego oraz kory płatów człowych i skroniowych. U pacjentów w późniejszych stadiach zanik tkanki nerwowej mózgu staje się uogólniony [8]. Choroba Alzheimerera charakteryzuje się powstawaniem blaszek starczych, utworzonych z nieprawidłowo degradowanych agregatów beta-amyloidu, które prowadzą do gromadzenia się substancji neurotoksycznych oraz do indukcji apoptozy. W przebiegu choroby Alzheimerera dochodzi również do tworzenia zwyrodnień włókienkowatych, w których powstawaniu największe znaczenie ma nieprawidłowo fosforylowane białko tau. Skutkują one zwiększoną produkcją wolnych rodników tlenowych. Obraz kliniczny choroby wiązany jest głównie z zaburzeniami funkcji układu cholinergicznego, na nim też koncentruje się większość obecnie stosowanych leków, jednak nieprawidłowości występują również w funkcjonowaniu układów: serotonergicznego, noradrenergicznego i dopaminergicznego. Rolę w patogenezie przypisuje się nieprawidłowej proteolizie beta-amyloidu z udziałem m.in. sekretaz, presenilin i neprylizyny, obecności izoformy e4 apolipoproteiny E, warunkowanej obecnością allelu epsilon 4, receptorowi lipoproteiny D oraz wielu innym czynnikom [7]. Mutacje w genach kodujących wyżej wymienione białka, lub ich obecność w niekorzystnej izoformie, stanowią wrodzone czynniki ryzyka. Penetracja genów może być pełna, jak np. mutacja genu białka prekursorowego beta-amyloidu lub presenilin 1 i 2 w chorobie Alzheimerera o wczesnym początku, lub niepełna. Choroba Alzheimerera o wczesnym początku, całkowicie zdeterminowana genetycznie, stanowi jednak mniej niż 10% zachorowań [9]. Potwierdzonymi modyfikowalnymi czynnikami ryzyka chorób otępiennych są: choroby naczyniowe mózgu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, otyłość, hiperlipidemia, zespół metaboliczny, nikotynizm, urazy mózgu. Istotną rolę w prewencji demencji odgrywają zatem: dieta, możliwie najbardziej zbliżona do diety śródziemnomorskiej oraz aktywność fizyczna i intelektualna [10].

Obraz choroby Alzheimerera jest bardzo zróżnicowany, zależny od postępowania terapeutycznego, chorób współistniejących oraz przede wszystkim indywidualnych cech pacjenta oraz jego osobowości. Niemniej jednak w przebiegu choroby u wszystkich pacjentów wyróżnić można pewne cechy wspólne. Zostały one ujęte w klasyfikacji ICD-10, która definiuje otępienie (F00–F03) jako: „zespół związany z patologią mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w przebiegu którego dochodzi do zaburzenia licznych wyższych funkcji kory mózgowej, w tym pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, zdolności uczenia się, znajomości języka oraz sądów. Świadomość nie ulega zaburzeniu. Opisanym zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszy, a niekiedy je poprzedza, pogorszenie kontroli emocji, zachowań społecznych lub motywacji” [11]. Definicja zawarta w klasyfikacji DSM- IV kładzie nacisk na zaburzenia inne niż zaburzenia pamięci: „Otępienie jest zespołem objawów zaburzeń procesów poznawczych obejmujących – oprócz zaburzeń pamięci – deficyty co najmniej dwóch z następujących funkcji poznawczych: mowy (afazja), celowej złożonej aktywności ruchowej (apraksja), zdolności rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów (agnozja) oraz zaburzeń planowania, inicjowania, kontroli i korygowania przebiegu złożonych zachowań (zaburzenia funkcji wykonawczych).” [12] W obraz choroby wpisana jest również możliwość wystąpienia zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych. Ich wystąpienie, rodzaj oraz nasilenie mogą znacznie różnić się pomiędzy chorymi. Zwykle zmieniają się również w czasie u tych samych chorych. Ich nasilenie wykazuje niestety dodatnią

korelację ze stopniem otępienia [13]. Pozapoznawcze objawy otępienia występują u większości chorych i zwykle to właśnie one są głównym powodem obniżenia jakości życia chorych oraz ich opiekunów [14] a także umieszczenia chorych w domach opieki [1]. Reisberg i wsp. zaproponowali klasyfikację zaburzeń zachowania, myślenia i postrzegania oraz nastroju i emocji w chorobie Alzheimera opartą na siedmiu kategoriach: [15]

1. myślenie paranoidalne i urojeniowe: urojenia okradania, urojenia związane z miejscem zamieszkania, opiekunami, urojenia porzucenia, zdrady małżeńskiej i inne;
2. omamy
3. agresja: fizyczna, ale również słowna;
4. zaburzenia aktywności: wędrowanie, aktywność bezcelowa, aktywność niedostosowana;
5. zaburzenia rytmu dobowego;
6. zaburzenia nastroju: objawy depresji, płaczliwość;
7. lęki i fobie: lękowe oczekiwanie mających nastąpić zdarzeń, lęk przed porzuceniem i inne.

Szczególnie istotne wśród wyżej wymienionych wydają się zaburzenia nastroju. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w chorobach otępiennych według różnych badań szacuje się nawet na 80%. Często ich wystąpienie nasila objawy podstawowej choroby. Nierzadko również niezbędne jest różnicowanie choroby Alzheimera z depresją u pacjentów w podeszłym wieku. We wczesnych stadiach otępienia współistniejące zaburzenia depresyjne obniżają poziom życia chorego w większym stopniu niż zaburzenia funkcji poznawczych [19]. Reisberg i wsp. sklasyfikowali również zaburzenia funkcji poznawczych oraz ich następstwa dla codziennego funkcjonowania chorego w zależności od stadium otępienia na podstawie Skali Ogólnej Deterioracji (GDS- Global Deterioration Scale). Służy ona do określenia głębokości zaburzeń. Wyróżnia 7 etapów klinicznych choroby, poczynając od etapu bezobjawowego [1] aż do utraty podstawowych zdolności psychomotorycznych, takich jak przemieszczanie się i komunikowanie się z otoczeniem [16].

Dynamika choroby Alzheimera jest zróżnicowana, może ona trwać od roku do kilkunastu lat, chociaż najczęściej czas ten mieści się w przedziale 6-10 lat [17]. Zawsze jednak jest to proces postępujący. Znajomość objawów upośledzających zdolności poznawcze, zaburzeń zachowania i objawów psychiatrycznych oraz zaburzeń afektywnych pozwala w pełni poznać obraz choroby, codziennego życia pacjentów oraz licznych problemów, z którymi spotykają się ich opiekunowie. Poziom obciążenia opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera bez wątpienia jest wysoki, a przewlekły i postępujący charakter choroby sprawia, że z czasem obciążenie to narasta. Największy wpływ na jego poziom mają: stan funkcjonalny osoby chorej, czas sprawowania opieki, stopień zaawansowania zmian otępiennych i wiek chorego [18], prawdopodobnie także wyczerpanie naturalnych zasobów opiekunów.

Bardzo ważne znaczenie w opiece nad osobą cierpiącą na chorobę Alzheimera ma utrzymywanie jej ogólnego stanu zdrowia na jak najwyższym poziomie. Z jednej strony, różne zaburzenia somatyczne mają wpływ na stan psychiczny chorego, postęp otępienia oraz występowanie i nasilenie objawów pozapoznawczych, z drugiej, chorzy nie zawsze zdają sobie sprawę ze swoich dolegliwości lub nie potrafią ich komunikować lekarzowi lub opiekunom. Z tego powodu warto poinstruować opiekunów by zwracali szczególną uwagę na kwestie, które wydają się być tak oczywiste, że często mogą zostać przeoczone. Należą do nich: przyjmowanie przez chorego odpowiedniej ilości płynów, regularne spożywanie posiłków o odpowiedniej wartości energetycznej i zbilansowanym składzie, zachowanie należytej higieny ciała, szczególnie jamy ustnej i układu moczowego, strój odpowiedni do warunków pogodowych, kontrola przyjmowania leków. Takie zachowanie ze strony opiekuna może spotykać się z niezrozumieniem chorego i być odbierane jako upokarzające. Warto indywidualnie zastanowić się, w jaki sposób opiekun może kontrolować te aspekty życia swojego podopiecznego jak najbardziej dyskretnie, by nie naruszać jego poczucia godności. Niemniej jednak jeżeli chory zaczyna mieć problemy z podstawowymi czynnościami należącymi do samoobsługi, taka kontrola jest niezbędna. Opiekun powinien również wiedzieć jak rozpoznawać stany chorobowe, jeśli chory nie może lub nie chce mu o nich zakomunikować. Warto zdać sobie sprawę z ograniczeń funkcji języka, wynikających z obrazu choroby. Pytania krótkie, sformułowane prostym językiem, na które można udzielić odpowiedzi „tak” lub „nie”, będą dla pacjenta łatwiejsze

do zrozumienia. Opiekun powinien nauczyć się badać podstawowe parametry życiowe chorego takie jak: ciśnienie, tętno, ilość oddechów, temperaturę ciała oraz w przypadku współistniejącej cukrzycy lub wcześniejszych incydentów hipo- lub hiperglikemii- zaopatrzyć się w glukometr. Zmiana, zwłaszcza nagła, stanu psychicznego chorego powinna być sygnałem skłaniającym do kontroli wyżej wymienionych parametrów. Oprócz tego opiekun powinien być poinformowany o innych objawach przedmiotowych mogących świadczyć o pogorszeniu stanu fizycznego: bladość skóry, wypieki, nadmierna potliwość, wymioty, biegunka, zaparcia, suchość śluzówek, rany w jamie ustnej, skórne objawy odwodnienia, niechęć przyjmowania płynów lub wzmożone pragnienie, objawy dysurii, pojawienie się nietrzymania zwieraczy, obrzęk, kaszel, kichanie, przekrwienie gardła, trudności w oddychaniu, utrata masy ciała. Istotne są okoliczności pojawienia się objawów, zwłaszcza w okresie po włączeniu nowych leków [20].

Warto również zapoznać opiekunów z podstawowymi metodami zapobiegania najczęstszym dolegliwościom somatycznym, które mogą okazać się prostymi czynnościami związanymi z dietą i higieną. Podstawą profilaktyki zaburzeń układu pokarmowego jest aktywność fizyczna oraz w razie potrzeby, dieta eliminacyjna lub uwzględniająca specyficzne produkty, takie jak suszone owoce lub nasiona lnu, a także odpowiednie nawodnienie chorego [21]. Jeżeli pacjent cierpi z powodu biegunek, pomóc może wyeliminowanie lub czasowe ograniczenie w diecie mleka i jego przetworów, świeżych warzyw i owoców, pokarmów tłustych i ciężkostrawnych, kawy, soków owocowych [21]. W przypadku nudności i wymiotów należy wyeliminować z otoczenia chorego przykre zapachy, posiłki podzielić na małe porcje podawane często, podawać pokarmy lubiane przez chorego, zachęcać do wypijania odpowiedniej ilości płynów. Istotną kwestią, nie tylko w profilaktyce nudności i wymiotów, jest utrzymywanie higieny jamy ustnej. W przypadku refluksu żołądkowo-przełykowego chory nie powinien przyjmować pozycji leżącej bezpośrednio po posiłku. Objawy te mogą występować jeżeli podczas pielęgnacji chorego dochodzi do zbyt dużego ucisku na jamę brzuszną [21].

Dbałość o higienę układu moczowego ma kluczowe znaczenie, zwłaszcza w przypadku chorych nietrzyających moczu i kału. Pozwala to na uniknięcie często występujących zakażeń, które nie zawsze są szybko diagnozowane i mogą mieć charakter przewlekły.

Wraz z postępem choroby lub pojawieniem się albo zaostrzeniem schorzeń współistniejących, pacjent będzie coraz więcej czasu spędzał leżąc lub siedząc długi czas w jednej pozycji. Niestety może to skutkować powstaniem odleżyn. To przede wszystkim od opiekuna zależy czy i jak szybko się pojawią oraz jak skuteczne będzie ich leczenie. Szczególnie narażeni na powstawanie odleżyn są pacjenci: obciążeni czynnikami ryzyka: naczyniowymi, np. cukrzycą i miażdżycą, neurologicznymi: zaburzeniami czucia, nietrzyający moczu lub kału, otyli, z ograniczeniami ruchomości. W prewencji należy stosować specjalne przyrządy zapobiegające odleżynom, dbać o prawidłowe odżywienie pacjenta, unikać zwłaszcza niedobiałczenia i niedoborów witamin i mikroelementów, skórę nie tylko myć, ale również nawilżać substancjami niezawierającymi alkoholu. Przede wszystkim jednak w miarę możliwości uruchamiać pacjenta i zachęcać go do aktywności fizycznej. Odleżyny powstają najczęściej w okolicy kości krzyżowej, na krętarzach kości biodrowych, guzach kulszowych, piętach, łokciach, uszach i z tyłu głowy [21].

Najważniejsze dla codziennego funkcjonowania chorego jest miejsce jego pobytu. Opiekun powinien zadbać, by przede wszystkim było dla niego bezpieczne i możliwie jak najbardziej ograniczało ryzyko odniesienia urazów. Miejsce zamieszkania powinno być urządzone możliwie prosto, by zmniejszyć ilość sprzętów, o które chory mógłby się potknąć, a także które mogłyby go dekoncentrować. Warto zabezpieczyć ostre kany mebli. Przedmioty, o które chory mógłby się pokaleczyć, bezwzględnie powinny znajdować się poza jego zasięgiem. Należy zadbać o to, by na podłogach nie leżały niezabezpieczone kable, krzesła były stabilne a poręcze i bariery były w stanie utrzymać ciężar chorego [20]. Szczególnie niebezpiecznym dla pacjenta miejscem może się okazać łazienka, warto pokryć jej podłogę powierzchnią antypoślizgową. Można rozważyć również wstawienie poręczy dla niepełnosprawnych, które mogą ułatwiać choremu poruszanie się [22]. Praktyczne porady dotyczące opieki nad osobami cierpiącymi z powodu demencji znaleźć można w licznych materiałach edukacyjnych przeznaczonych dla opiekunów chorych oraz ich rodzin. Jednym z często poruszanych problemów jest zabezpieczenie leków czy sprzętów domowych. Pacjent może nie pamiętać dawek leków, które powinien przyjmować, co może prowadzić do nieskuteczności leczenia lub do przedawkowania. Niektóre sprzęty mogą stanowić

śmiertelne zagrożenie dla chorego i jego otoczenia, możemy do nich zaliczyć między innymi żelazko czy kuchenkę gazową lub elektryczną. Należy kontrolować, czy chory może jeszcze z nich korzystać w bezpieczny sposób, a jeśli nie, ukryć je lub kupić odpowiednie zabezpieczenia. Codzienne czynności są jednak bardzo ważne w utrzymywaniu chorego w dobrej kondycji psychicznej, dlatego nie powinno się ich ograniczać rewelacyjnie. W miarę jeszcze sprawny człowiek, którego z dnia na dzień pozabawimy możliwości samoobsługi w takim zakresie, do jakiego jest zdolny, z pewnością odczuje to jako upokorzenie. Z tego powodu zabezpieczenia powinny być wprowadzane dopiero kiedy chory zacznie mieć z daną czynnością problemy, co wymaga jego bacznej i stałej obserwacji przez opiekunów. Jedynie środki ostrożności, które powinny zostać wprowadzone bezpośrednio po rozpoznaniu demencji, to uniemożliwienie choremu prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz, w miarę możliwości dyskretna kontrola przyjmowania leków.

Poradniki i materiały edukacyjne zawierają również wskazówki odnoszące się do relacji opiekuna z osobą chorą, pozwalające lepiej zrozumieć jej zmieniony obraz świata oraz motywami nią kierujące. Zaburzenia zachowania w chorobach przebiegających z demencją często wynikają z zaburzeń funkcji poznawczych, z niezrozumienia świata i sytuacji, w jakich człowiek chory się znajduje. Próba spojrzenia na rzeczywistość oczami chorego pomaga ujawnić powody nieprawidłowych z naszej perspektywy zachowań oraz skutecznie na nie wpływać. Wymaga to ze strony opiekunów ogromnej cierpliwości, ale też elastyczności. Wiele zachowań chorego lepiej jest po prostu zaakceptować jeżeli nie są niebezpieczne, nie wyrządzają krzywdy choremu ani jego otoczeniu, a są jedynie nieadekwatne lub dziwaczne. Pozwala to uniknąć pogłębiania zachowań agresywnych chorej osoby, a także zmniejsza frustrację opiekuna [20]. Świadomość, że przykre dla otoczenia zachowania są objawami choroby, a nie działaniami celowymi wymierzonymi przeciw bliskim, może obniżyć ich poziom obciążenia psychicznego.

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom zachowania jest unikanie sytuacji, które je prowokują, niestety nie zawsze jest to możliwe. Ludzie cierpiący z powodu choroby Alzheimera mają trudności z planowaniem działań wymagających wykonania wielu czynności w określonej sekwencji. Jeżeli irytacja, gniew lub agresja pojawiają się podczas wykonywania pewnych zadań, skuteczne jest podzielenie ich na części. Próba uspokajania chorego w łagodny sposób daje zdecydowanie lepsze rezultaty niż krzyk czy przymus fizyczny. Często występującym objawem zaburzenia zachowania w przebiegu demencji jest objaw wędrowania. Objaw ten jest bardzo uciążliwy, ale również niebezpieczny dla chorego, który może się zgubić lub spowodować wypadek. Należy odróżniać wędrowanie spowodowane zgubieniem się, kiedy chory nie wie gdzie jest i nieskutecznie stara się odnaleźć drogę do domu, od nie dającego się opanować przymusu chodzenia, często nasilającego się w nocy, o niewyjaśnionej przyczynie. W pierwszym przypadku, w zależności od głębokości demencji, można chorego idącego na spacer zaopatrzyć w notatki lub mapkę okolicy albo zadbać, by zawsze spacerował w obecności kogoś, kto może go odprowadzić do domu. Przymus chodzenia nasilający się wieczorem często można opanować zapewniając choremu odpowiednią dawkę wysiłku fizycznego w dzień. Warto zaopatrzyć chorego w informację na temat jego stanu zdrowia wraz z adresem i numerem telefonu do opiekuna, na wypadek sytuacji kryzysowej. Można taką informację umieścić na kartce przyklejonej do wewnętrznej strony płaszcza lub specjalnej bransoletce[20].

Warto zdawać sobie sprawę, że zachowania które my określamy jako bezcelowe lub nieadekwatne, osobie chorej wydają się często bardzo ważne. Chory może gromadzić jedzenie, ponieważ najlepiej pamięta przeszłość, kiedy zdarzało mu się głodować, i chce się przed tym zabezpieczyć. Chowa cenne przedmioty, bo wydaje mu się, że jest okradany. Powtarza te same pytania, dlatego że nie pamięta, że już uzyskał na nie odpowiedź. Chodzi za opiekunem, bo bez niego czuje się zagubiony. Przekłada przedmioty w szafach i szufladach, ponieważ ich ułożenie to jedna z niewielu rzeczy, na które jeszcze ma wpływ. Od opiekuna, jego cierpliwości i tolerancji zależy, na które zachowania będzie pozwalał, a które uzna za zbyt uciążliwe lub niebezpieczne i postanowi je modyfikować lub ograniczać. Dzięki zrozumieniu ich przyczyn i akceptacji faktu, że są to objawy choroby a nie akty złośliwości, obie te strategie są zwykle łatwiejsze do zastosowania [20].

Wiele osób chorych dotkniętych jest zaburzeniami snu. W takich przypadkach należy starać się wyeliminować drzemki w trakcie dnia. Aktywność fizyczna na świeżym powietrzu powinna ułatwić zasypianie

i przespanie całej nocy. Należy również upewnić się, że nie ma „obiektywnych” przeszkód w zasypianiu, np. w sypialni chorego jest zbyt zimno lub zbyt ciepło, materac jest niewygodny, zza okna dochodzi hałas. Chory może o tych przeszkodach nie mówić [20].

Występowanie wymienionych i innych zaburzeń zachowania można próbować ograniczyć poprzez elementy treningu orientacji w rzeczywistości. Chorzy uspokojeni przez opiekuna, który zapewnia ich, że nic im nie grozi i tłumaczy sytuację, które doprowadziły do niepokoju, często się wyciszą.

Urojenia występują okresowo u średnio 20-73% pacjentów z demencją. Najczęściej dotyczą one: okradania, opuszczenia i niewierności. Pojawiające się omamy wzrokowe i/lub słuchowe dotyczą około 15-49% osób dotkniętych demencją. U ok. 17% chorych występuje wrażenie obecności obcej osoby w ich domu [14].

Jeżeli wyżej wymienione objawy nie są nasilone, nie powodują zagrożenia, nie wywołują gwałtownych reakcji, można się ograniczyć do postępowania niefarmakologicznego [24]. Warto wprost objaśnić choremu sytuację zwracając się do niego z szacunkiem i sympatią, unikając jednocześnie podejścia protekcyjnego. Postępowanie takie wymaga od opiekuna wielkiego wyczucia, ponieważ z jednej strony nie należy wzmacniać objawów pacjenta poprzez potwierdzanie ich realności, z drugiej niewskazane jest kłócenie się z nim. Zaburzenia psychotyczne i zachowania w otępieniu mają charakter przemijający, okresowy i mogą ustępować samoistnie, dlatego często nie wymagają leczenia farmakologicznego, które może być obciążone ciężkimi skutkami ubocznymi [23].

Niektórzy opiekunowie zgłaszają, że ich podopieczni czasem traktują swoje odbicie lub postaci w programie telewizyjnym jak realne, obce osoby. Mogą próbować nawiązać kontakt, a w zależności od treści programu przeżywać silne emocje. Z tego powodu może zaistnieć potrzeba wyeliminowania możliwości oglądania przez chorego telewizji lub przeglądania się w lustrze.

W przebiegu choroby Alzheimera mogą również wystąpić zaburzenia świadomości. Najczęściej wywołane są one unieruchomieniem fizycznym (hospitalizacje, złamania), niedożywieniem, odwodnieniem i farmakoterapią. Jeżeli wystąpią, w pierwszej kolejności należy się upewnić, czy chory nie ma zaburzeń wzroku i słuchu, trzeba również ocenić stan somatyczny pacjenta, gdyż objawy te często wynikają z jego nagłego pogorszenia. Należy zwrócić uwagę na przyjmowane przez pacjenta leki, ponieważ niektóre mogą wywoływać majaczenie bezpośrednio, a niektóre poprzez interakcje z innymi lekami. Kluczową rolę ma działanie przyczynowe: wycofanie lub zmiana leków wywołujących zaburzenia świadomości, leczenie dolegliwości bólowych i infekcji, poprawa ogólnego stanu pacjenta. Korzystne dla pacjenta może się okazać czasowe zmniejszenie ilości opiekunów, zmiany w otoczeniu, które pomogą pacjentowi w orientacji (duży kalendarz i zegar, oświetlenie), mobilizacja do aktywności fizycznej oraz usunięcie czynników, które mogłyby go niepokoić [23].

Zaburzenia depresyjne towarzyszące demencji często nie są rozpoznawane, a ich wystąpienie może w ogromnym stopniu pogorszyć stan chorego [24]. Obraz tych zaburzeń jest zależny od stopnia otępienia. Często współistnieją one z zaburzeniami lękowymi, przyczyniają się do wcześniejszej hospitalizacji i mogą wiązać się z ryzykiem zgonu pacjenta. Należy położyć szczególny nacisk na psychoterapię i nie rezygnować z niej, nawet po włączeniu farmakoterapii. Opiekun nigdy nie powinien lekceważyć wypowiedzianych przez podopiecznego myśli samobójczych. Bezcelowe, a wręcz szkodliwe, wydaje się zachęcanie chorego by „wziął się w garść”, „przestał się nad sobą użalać”. Najprawdopodobniej postępowanie takie zostanie odebrane jako niezrozumienie i brak szacunku. Skuteczne może być uruchamianie pacjenta, zachęcanie do aktywności oraz unikanie izolacji. Jednak by działania te przyniosły korzyści, opiekun powinien zadbać, by pozostawały w granicach możliwości chorego i by widział w nich sens. Jeżeli chory źle czuje się w większym towarzystwie, być może pozytywnie zareaguje na obecność pojedynczych osób, nawiąże z nimi kontakt i nie będzie się izolował w tak dużym stopniu [19, 20, 23, 24].

Oprócz przedstawionych wyżej sposobów zapobiegania lub ograniczania nasilenia pozapoznawczych objawów choroby Alzheimera istnieją również metody terapeutyczne działające na pacjentów w sposób całościowy, pozwalające usprawnić ich funkcjonowanie i poprawić ogólne samopoczucie. Mogą one

zostać wprowadzone w sposób formalny, często podczas zajęć grupowych, z odpowiednio wykwalifikowanym personelem. Większość z tych metod terapeutycznych, lub chociaż ich elementy, mogą być wprowadzane przez opiekuna w domu pacjenta. Niefarmakologiczne metody postępowania muszą być indywidualnie dostosowane do potrzeb i możliwości chorego. Próby nadmiernej stymulacji mogą okazać się zbyt obciążające dla pacjenta i prowadzić do frustracji [25].

Trening orientacji w rzeczywistości składa się z dwóch zasadniczych elementów. Jednym z nich jest stworzenie pacjentowi możliwie prostego i klarownego środowiska. Można to osiągnąć poprzez dobre oświetlenie miejsca jego pobytu łagodnym, niezbyt intensywnym światłem, unikanie nadmiernej ilości niepotrzebnych przedmiotów, zwłaszcza w ciągach komunikacyjnych w miejscu zamieszkania. W miejscu, które chory często widzi, dobrze jest umieścić duży zegar i kalendarz z zaznaczoną datą. Drugim elementem jest częste powtarzanie z pacjentem informacji aż do czasu, kiedy będzie je pamiętał i powtarzał sam. Powinno się zacząć od najbardziej podstawowych faktów: imię i nazwisko chorego, jego wiek, miejsce zamieszkania, zawód. W dalszej kolejności trening może objąć aktualne wiadomości: data, pogoda, planowane menu następnych posiłków itp. Metoda ta oceniana jest jako skuteczna, chociaż jej efekty są nietrwałe [23,25,26,27].

Terapia reminiscencyjna polega na wspominaniu przeszłych wydarzeń ważnych w życiu pacjenta. Często pomocne w przywołaniu wspomnień okazują się przedmioty należące do chorego od długiego czasu, zdjęcia, muzyka z czasów jego młodości, pamiętki. Może być prowadzona jako rozmowy w grupie lub indywidualne zachęcanie przez opiekuna do opowiadania przez chorego o swoich wspomnieniach [23,25,26,27].

Terapia walidacyjna polega na wzmacnianiu w osobie chorej przekonania, że jest ona wyjątkowa, a jej emocje i uczucia są ważne. Opiera się ona na uważnym słuchaniu chorego, próbach zrozumienia jego spojrzenia na rzeczywistość i na akcentowaniu jej pozytywnych aspektów [23,25,26].

Do alternatywnych metod usprawniania osób cierpiących na demencję należy muzykoterapia, arteterapia oraz terapia poprzez aktywność ruchową. Ich skuteczność w zaburzeniach funkcji poznawczych nie jest w pełni udowodniona, niemniej jednak uważa się, że umożliwiają poprawienie stanu ogólnego pacjenta, podtrzymanie jego samodzielności, zwiększają stopień socjalizacji oraz sprawność językową [23,28,29]. Terapia poprzez aktywność ruchową stanowi również czynnik prewencji chorób somatycznych, takich jak cukrzyca i miażdżyca.

Terapia poprzez wszelkie formy sztuki może mieć walory diagnostyczne, psychoterapeutyczne, korekcyjne, poznawcze, edukacyjne oraz komunikacyjne. Pozwala też osobom chorym zrelaksować się, obniżyć poziom frustracji i lęku oraz wzmożyć poziom własnej wartości. Zadania nie powinny jednak przekraczać możliwości chorego. Warto również zwrócić uwagę, żeby materiały używane w arteterapii były dla chorego bezpieczne i nietoksyczne [23,29].

Muzykoterapia, w formie sformalizowanej lub nie, wpływa pozytywnie na umiejętności językowe oraz redukuje nasilenie zaburzeń zachowania. Opisano w literaturze pozytywny wpływ utworów utrzymywanych w tempach 55-65 uderzeń na minutę (largo, andante) na pamięć i uczenie się. Istnieją również doniesienia na temat tzw. „efektu Mozarta”- obniżenia nadpobudliwości psychoruchowej dzięki słuchaniu muzyki tego kompozytora. Elementy muzykoterapii można również połączyć z terapią reminiscencyjną [23,28,29].

Liczba osób cierpiących z powodu demencji nie tylko w Polsce, ale i na świecie, jest wysoka i będzie rosła w miarę starzenia się społeczeństw. Zaburzenia pamięci to tylko jeden z wielu objawów, z którymi muszą zmagać się chorzy i ich opiekunowie. Zaburzenia mowy, praktyki, gnozy, funkcji wykonawczych, nastroju, zachowania, myślenia i postrzegania są wpisane w obraz kliniczny choroby Alzheimera i innych chorób przebiegających z demencją i zwykle to właśnie te objawy są w największym stopniu odpowiedzialne za pogorszenie jakości życia. Zazwyczaj zaburzenia te wymagają farmakoterapii, niemniej jednak postępowanie niefarmakologiczne może zwiększyć jej efektywność, skrócić konieczny czas przyjmowania leków, a w niektórych sytuacjach nawet ją zastąpić. Przedstawione w artykule niefarmakologiczne

metody postępowania z osobami cierpiącymi na choroby otępienne stanowią tylko zarys tematu, mogą dać ogólny ogląd na ten ważny, a często niedoceniany, aspekt leczenia. Warto zachęcać opiekunów do poszukiwania grup wsparcia. Spotkania opiekunów we wspólnym gronie z jednej strony mają pozytywny wpływ na nich samych, z drugiej są najcenniejszym źródłem praktycznej wiedzy zarówno na temat samego obrazu choroby, jak i metod radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami.

Pismienictwo

- [1] Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera: raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014
- [2] **Kiejna A, Frydecka D, Biecek P, Adamowski T.** Epidemiologia zaburzeń otępiennych w Polsce – przegląd badań; Postępy Nauk Medycznych, t. XXIV, nr 8, 2011
- [3] **Cleusa P Ferri C, Martin Prince, Carol Brayne, Henry Brodaty, Laura Fratiglioni, Mary Ganguli, Kathleen Hall, Kazuo Hasegawa, Hugh Hendrie, Yueqin Huang, Anthony Jorm, Colin Mathers, Paulo R Menezes, Elizabeth Rimmer, Marcia Scazufca.** Alzheimer's Disease International; Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study; Lancet. 2005 December 17; 366(9503): 2112–2117. doi:10.1016/S0140-6736(05)67889-0.
- [4] **Bidzan B, Turczyński J, Szabert K.** Rozpowszechnienie zaburzeń otępiennych w populacji wiejskiej; Psychiatria Polska, 2007, tom XLI, numer 2, strony 181–188
- [5] **Gabryelewicz T.** Rozpowszechnienie zespołów otępiennych wśród mieszkańców warszawskiej dzielnicy Mokotów w wieku 65-84 lat. Psychiatria Polska 1999; 3: 353-366.
- [6] **Martin Prince, Renata Bryce, Emiliano Albanese, Anders Wimo, Wagner Ribeiro, Cleusa P. Ferri.** A global prevalence of dementia- A systematic review and metaanalysis; Alzheimer's & Dementia, January 2013, Volume 9, Issue 1, Pages 63–75
- [7] **Dobryszczyka W, Leszek J, Rymaszewska J.** Choroba Alzheimera- Patofizjologia, diagnostyka, leczenie, Wrocław 2002, Continuo; wyd. 1, ISBN: 83-86682-93-08. Psychiatria - podręcznik dla studentów medycyny; red. nauk. Marek Jarema, Jolanta Rabe- Jabłońska; Warszawa 2011, Wydawnictwo Lekarskie PZWL; wyd. I- 6 dodruk, ISBN: 978-83-200-4180-4
- [8] Psychiatria- podręcznik dla studentów medycyny; red. nauk. Marek Jarema, Jolanta Rabe- Jabłońska; Warszawa 2011, Wydawnictwo Lekarskie PZWL; wyd. I- 6 dodruk, ISBN: 978-83-200-4180-4
- [9] Psychiatria: Podręcznik dla studentów medycyny; pod red. Adama Bilikiewicza, Warszawa 2006, Wydawnictwo Lekarskie PZWL; wyd. III, ISBN: 83- 200- 3388- 8
- [10] **Christiane Reitz and Richard Mayeux.** Alzheimer disease: Epidemiology, Diagnostic Criteria, Risk Factors and Biomarkers; Biochem Pharmacol. 2014 April 15; 88(4): 640–651. doi:10.1016/j.bcp.2013.12.024.
- [11] ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
- [12] Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR, przekład Pelc Zofia, Wciórka Jacek ; Elsevier Urban & Partner 2008 ; wydanie I ; ISBN: 83-7609-000-9
- [13] **Bidzan L, Marcinkiewicz M.** Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne oraz funkcjonowanie społeczne a nasilenie otępienia; Psychogeriatrya Polska 2008;5(3):139-146
- [14] **Gabryelewicz T.** Zaburzenia zachowania oraz zaburzenia psychotyczne i afektywne w otępieniu; Via Medica, Polski Przegląd Neurologiczny, 2007, tom 3, nr 2
- [15] Neurogeriatria: praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym; pod red. Antoniego Prusińskiego. - Lublin : Wydaw. Czelej, 2004. ISBN: 83-89309-24-6 za Reisberg B., Borenstein J., Salob S.P. I wsp.: Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. J. Clin. Psychiatr. 1987, 48 (supl), 9-15
- [16] Neurogeriatria: praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym; pod red. Antoniego Prusińskiego. - Lublin : Wydaw. Czelej, 2004. ISBN: 83-89309-24-6 za Reisberg B., Ferris S., de Leon M., et al. (1982) Global Deterioration Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 139: 1136–1139
- [17] Neurogeriatria: praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym; pod red. Antoniego Prusińskiego. - Lublin : Wydaw. Czelej, 2004. ISBN: 83-89309-24-6

- [18] **Grabowska-Fudala B, Jaracz K, Smelkowska A, Pniewska J, Buczkowska M.** Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Wyniki wstępne; Nowiny Lekarskie 2013, 82, 1, 25–30
- [19] Zaburzenia depresyjne w otępieniu; Leszek Bidzan w: Choroby otępienne: teoria i praktyka ; pod red Jerzego Leszka, Wrocław 2003, Continuo; ISBN: 83-86682-98-1
- [20] **Nancy L. Mace, Peter V. Rabins.** przeł. Piotr Soprych; 36 godzin na dobę- Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia; Warszawa 2005, MediPage; ISBN: 83-89769-00-X
- [21] Medycyna paliatywna; red. nauk. Krystyna de Walden- Gałuszko, Aleksandra Ciałkowska- Rysz; Warszawa 2015, Wydawnictwo Lekarskie PZWL; wydanie 1, ISBN: 978-83-200-4945-9
- [22] Zaburzenia zachowania u starszych chorych z otępieniem: Materiał edukacyjny dla opiekunów osób chorych; opracowała dr n. Med. Ewa Krzystanek; Sanofi
- [23] **Kiejna A, Pacan P, Trypka E, Sobów T, Parnowski T, Kłoszewska I, Bidzan L, Borzym A, Antoniak D, Cieślak U, Paszkowska E, Jarema M.** Standardy leczenia otępień; Psychogeriatrya Polska 2008;5(2):59-94
- [24] **Bidzan L.** Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym; Psychiatria w Praktyce Klinicznej, Via Medica, tom 1, nr 1, 1–11, ISSN 1899–5071
- [25] **Sobów T.** Praktyczna psychogeriatrya; Wrocław 2010, Continuo; wyd.1, IBSN: 978-83-62182-08-4
- [26] Choroba Alzheimera ; pod red. Jerzego Leszka; Wrocław 1998, Volumed Sp. z o. o.; ISBN: 83-87804-03-7
- [27] **Długosz-Mazur E, Bojar I, Gustaw K.** Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem; Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4, 458–462
- [28] **Ruda K, Trypka E.** Zastosowanie wybranych technik neuromuzykoterapeutycznych w rehabilitacji pacjentów z otępieniem; Psychogeriatrya Polska 2013;11(1):17-24
- [29] Fizjoterapia w psychiatrii; red nauk. Antonii Florkowski ; Warszawa 2012, wydawnictwo lekarskie PZWL ; wyd. 1, ISBN 978-83-200-4431-7

Revised/Zrecenzowano 15.09.2016

Accepted/Zatwierdzono do druku 30.10.2016