

Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem

Edyta Długosz-Mazur¹, Iwona Bojar^{2,3}, Katarzyna Gustaw¹

¹ Pracownia Diagnostyki i Terapii Chorób Neurodegeneracyjnych. Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

² Zakład Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego. Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

³ Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Długosz-Mazur E, Bojar I, Gustaw K. Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. Med. Og. Nauk Zdr. 2013; 19(4): 458–462.

Streszczenie

Wprowadzenie. Społeczeństwo starzejące się oznacza dla praktyk lekarza rodzinnego coraz większą liczbę pacjentów z chorobą Alzheimera lub innymi formami otępienia. Dostępne leczenie spowalnia proces neurodegeneracyjny, jednak postępująca dysfunkcja mózgu chorego oznacza postępujące zaburzenia funkcjonowania poznawczego, a w efekcie coraz bardziej zaburzone funkcjonowanie chorego w życiu codziennym. Ograniczona skuteczność leków kieruje uwagę pacjentów, a szczególnie ich opiekunów, w stronę dodatkowych metod, które pomogą w codziennym życiu pacjenta.

Cel pracy. Przedstawienie metod pozafarmakologicznych stosowanych u pacjentów z otępieniem, opisywanych przez specjalistów zajmujących się tą problematyką.

Skrócony opis stanu wiedzy. Generalnie uważa się, że metody niefarmakologiczne stosowane u chorych z otępieniem spełniają dwie ważne funkcje. Po pierwsze, wspomagają działanie dostępnych farmaceutyków, po drugie, mogą poprawić lub zniwelować wiele objawów psychiatrycznych obserwowanych w otępieniu. Niestety, brakuje obiektywnych, uzasadnionych metodologicznie badań, które w ujęciu statystycznym pokazują skuteczność takich form interwencji w proces chorobowy. Mimo to wielu ekspertów zauważa, jak ważną rolę odgrywają one w życiu chorego i opiekuna. W artykule przytaczamy założenia takich metod terapii jak: kognitywna, reminiscencyjna, walidacyjna, zajęciowa, środowiskowa.

Podsumowanie. Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie o rodzaj stosowanych w otępieniu oddziaływań niefarmakologicznych oraz o skuteczność tych działań. Podsumowanie stanowią rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, którzy w 2012 roku zajęli stanowisko w tej sprawie.

Słowa kluczowe

otępienie, choroba Alzheimera, opiekun, oddziaływania niefarmakologiczne

SKALA ZJAWISKA

W coraz liczniejszej populacji osób starszych w Europie, w tym w Polsce, w najbliższym czasie wzrośnie liczba osób chorujących na choroby związane z wiekiem, czyli takie, w etiologii których wiek stanowi główny czynnik ryzyka. Szacuje się, że w 2030 roku populacja powyżej 65. roku życia, licząca obecnie około 14%, będzie stanowiła 23% w krajach rozwiniętych, a odpowiednio 5 i 10% w krajach rozwijających się. Na podstawie obserwowanej dynamiki w najstarszych grupach wiekowych, prognozy demograficzne przewidują, że w ciągu najbliższych 50 lat 5-krotnie, w porównaniu do roku 2000, wzrośnie populacja ludzi powyżej 80. roku życia. Aktualnie zachodzące procesy demograficzne pozwalają przewidywać, że częstość występowania choroby Alzheimera i innych zespołów otępiennych może wzrosnąć wraz ze wzrostem liczebności populacji osób starszych [1]. Podobnie sytuacja wyglądać będzie w Polsce, w tym także w województwie lubelskim [2, 3]. Jak pokazało badanie BERCAŁ, analiza czynników ryzyka różnych form demencji zdecydowanie wskazuje na wiek jako czynnik dominujący, co pozwala przewidywać wzrost rozpowszechnienia ich wraz ze starzeniem się społeczeństw [4].

Demencja jest problemem niejednorodnym co do przyczyn i przebiegu. Dane statystyczne wskazują, że najczęstszą przyczyną zespołów otępiennych jest choroba Alzheimera; dotyczy ponad 60% przypadków [5]. Na chorobę Alzheimera cierpi jedna na dziesięć osób powyżej 65. roku życia i niemal połowa osób w wieku powyżej 85 lat. Na świecie choruje na nią od 12 do 15 mln osób, a w Polsce ok. 200 tys. osób [6, 7, 8]. Postawienie diagnozy choroby Alzheimera pozwala na wprowadzenie leczenia farmakologicznego, skutecznego tylko w spowalnianiu deterioracji poznawczej chorego, przede wszystkim we wczesnej fazie choroby.

FUNKCJONOWANIE CHOREGO Z DEMENCJĄ – ROLA I OCZEKIWANIA OPIEKUNA

Otępienie, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jest zespołem objawów spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie funkcje korowe (funkcje poznawcze) jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena [9]. Wydaje się, że ćwiczenie funkcji poznawczych zaburzonych chorobą mózgu jest naturalnym sposobem oddziaływania (poza farmakologicznym) na organizm chorego. Sposób zachowania się osoby z demencją zależy od postępujących zmian zachodzących w obrębie mózgu, które prowadzą do narastania zaburzeń pamięci i po-

Adres do korespondencji: Edyta Długosz-Mazur, Pracownia Diagnostyki i Terapii Chorób Neurodegeneracyjnych. Instytut Medycyny Wsi w Lublinie
e-mail: edyta.dlugosz@wp.pl

Nadesłano: 4 sierpnia 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 23 maja 2013 roku

zostałych procesów poznawczych, a przez to powodują coraz większe trudności w rozumieniu otaczającej rzeczywistości, oraz od jakości sprawowanej nad chorymi opieki [10]. Chory może w sposób bezpieczny funkcjonować samodzielnie tylko do pewnego czasu. W miarę rozwoju choroby staje się on coraz bardziej zależny od pomocy innych osób, najczęściej najbliższych. Ilość czasu, jaką każdego dnia musi poświęcić opiekun choremu, wzrasta w miarę trwania choroby, aż do nieprzekraczalnej granicy 24 godzin na dobę. Obciążenie opiekuna staje się osobnym problemem, tym bardziej, że średnia wieku opiekuna w Polsce to 64,5 lat [11]. Czas to jednak nie jedyny czynnik wymagany od opiekuna. Nieprawidłowy sposób opiekowania się chorym, np. poświęcanie mu zbyt małej uwagi albo przeciwnie – nadopiekuńczość, może prowadzić do tego, że chory funkcjonuje poniżej swoich możliwości [10].

Stale dokonujący się postęp w zakresie diagnozowania i leczenia choroby Alzheimera w Polsce nie skutkuje istotnymi, pozytywnymi zmianami w zakresie opieki nad chorym. Podmiotami odpowiedzialnymi za opiekę nad chorymi są: rodzina chorego, pomoc społeczna oraz organizacje pozarządowe [11]. Opieka w warunkach domowych to wielogodzinne spędzanie czasu z chorym. Aby lepiej zaplanować ten czas, opiekunowie zwracają się z pytaniem do lekarzy rodzinnych lub lekarzy specjalistów, którzy stosują oddziaływanie farmakologiczne wobec chorych, o to, w jaki sposób zorganizować czas chorego. Jeśli jest taka możliwość, to optymalnym rozwiązaniem wydaje się być skierowanie chorego do placówki dziennej. W Polsce, niestety, ciągle jeszcze jest brak wystarczającej liczby domów pobytu dziennego, brak specjalistycznych domów opieki nad chorym z chorobą Alzheimera [12]. W placówce dziennej chory jest pod specjalistyczną opieką, korzysta z różnych form spędzania czasu, a opiekun normalnie funkcjonuje. Jeśli nie ma takich placówek dostępne są ćwiczenia poznawcze, które opiekun może przeprowadzać w domu, niestety do tego typu zeszytów ćwiczeń także jest trudny dostęp. W obydwu przypadkach pozostaje pytanie o skuteczność tej formy oddziaływania. Opiekunowie chcą wiedzieć, co jeszcze można zrobić dla chorego i czy te oddziaływania rzeczywiście spowalniają chorobę. Dzięki postępowi w neuroobrazowaniu i procesie diagnostycznym w otępieniach coraz większa grupa osób ma postawioną diagnozę w pierwszym stadium choroby Choroba nieuchronnie postępuje, co oznacza potrzebę poszukiwania pomocy poza farmakoterapią. Wtedy do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej kierowane jest pytanie o to, w jaki sposób postępować z chorym w domu. Bardzo często jest to jedyna osoba, która może udzielić wskazówek opiekunowi, a te mogą wpłynąć na poprawę jakości życia chorego i opiekuna.

NIEFARMAKOLOGICZNE METODY LECZENIA

Wartość zajęcia i pracy jako środka leczniczego znana jest od dawna, Egipcjanie zalecali gry i zabawy dla umysłowo chorych; w końcu XVIII w. i na początku XIX, w okresie rozwoju szpitalnictwa, wprowadza się termin „zajęcie” do programu leczenia chorych psychicznie, pionierem w tej dziedzinie jest dr Philippe Pinel z Francji. Terapia zajęciowa ma za zadanie uaktywnić pacjenta poprzez wykonywanie określonych czynności mających charakter usprawniania psychicznego i fizycznego, stanowi formę rehabilitacji [13].

Metody niefarmakologiczne stosowane u chorych z otępieniem spełniają dwie ważne funkcje. Po pierwsze wspomagają proces farmakologiczny, po drugie mogą poprawić lub usunąć wiele objawów psychiatrycznych obserwowanych w otępieniu [14]. Niestety, brak jest przeglądowych badań dokumentujących skuteczność lub brak skuteczności metod pozafarmakologicznych. Mimo to wielu ekspertów zauważa, jak ważną rolę odgrywają w życiu chorego i opiekuna. Sobów [15] sugeruje, że postępowanie niefarmakologiczne w otępieniu to istotny element w leczeniu, często niedoceniany przez lekarzy opiekujących się chorymi z zespołami otępiennymi. Zwłaszcza w przypadku zaburzeń zachowania leki stosuje się zbyt pochopnie, bez próby podjęcia innych działań [15]. Według autora istnieje wiele technik, które mogą korzystnie wpływać zarówno na funkcje poznawcze, jak i zachowanie chorych. Należy pamiętać, że wszystkie dostępne dane wskazują na to, że metody niefarmakologiczne działają niespecyficycznie, zatem można je stosować u wszystkich chorych, niezależnie od konkretnego rozpoznania nozologicznego. Do proponowanych technik zalicza się stymulację poznawczą (*cognitive stimulation*), terapię orientacji w rzeczywistości oraz treningi pamięci. Ważne jest, że w przypadku wszystkich tych metod najlepsze efekty uzyskuje się u pacjentów z niewielkim deficytem, a także chorych z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi [15].

Sens stosowania metod niefarmakologicznych zauważa także Borzym [10], która pisze, że sposób zachowania się osoby z otępieniem zależy od postępujących zmian zachodzących w obrębie mózgu, które prowadzą do narastania zaburzeń pamięci i pozostałych procesów poznawczych, a przez to powodują coraz większe trudności w rozumieniu otaczającej rzeczywistości, oraz od jakości sprawowanej nad chorym opieki [10]. Wprowadzanie różnego rodzaju zajęć nie tylko aktywizuje osoby z otępieniem, ale również stymuluje zachowane jeszcze zdolności poznawcze, pomaga w utrzymaniu i łagodni występujące zaburzenia zachowania [10]. Swoistego podsumowania technik pozafarmakologicznych dokonała Kłoszewska [16], co przedstawia tabela nr 1.

Tabela 1. Najczęściej stosowane niefarmakologiczne metody oddziaływania na funkcje poznawcze

Nazwa terapii	Krótki opis
Terapia kognitywna	Trening pamięci, orientacja w rzeczywistości.
Terapia reminiscencyjna	Wywoływanie wspomnień przy użyciu stymulujących materiałów (muzyka, fotografie, pamiątki).
Terapia walidacyjna	Pobudzanie prawidłowych zachowań społecznych, zmniejszenie poziomu niepokoju i lęku, poprawa samopoczucia.
Terapia zajęciowa	Utrwalanie umiejętności jeszcze posiadanych przez chorego, odtwarzanie tych, które zostały niedawno utracone, poprawa aktywności.
Terapia środowiskowa	Stworzenie choremu przyjaznego i bezpiecznego otoczenia.

Niestety, dane z piśmiennictwa wskazują także pewne ograniczenia w ocenie skuteczności technik pozafarmakologicznych. Istnieją doniesienia, w których stwierdza się, że uzyskane w wyniku zastosowania metod niefarmakologicznych efekty są często przejściowe, co u niektórych chorych może wywoływać uczucie frustracji, wpływając niekorzyst-

nie na ich stan emocjonalny [15]. Także w polskim piśmiennictwie zauważa się, że wpływ metod niefarmakologicznych na redukcję deficytu funkcji poznawczych jest niepewny, wciąż brakuje wiarygodnych, poprawnych metodologicznie badań, statystycznie potwierdzających ich skuteczność. Więcej danych przemawia za korzystnym wpływem metod niefarmakologicznych na zaburzenia zachowania [16]. Opublikowano wyniki metaanalizy potwierdzające niewielką, ale wyraźną poprawę w zakresie apatii, pobudzenia i drażliwości pod wpływem terapii walidacyjnej [17].

Przykłady popularnych metod niefarmakologicznych:

1. Treningi orientacji w rzeczywistości, polegające na przekazywaniu chorym informacji na temat otaczającej chorych rzeczywistości (m.in. na temat miejsca, czasu, w którym się obecnie znajdują), po to, aby zapewnić chorym lepsze rozumienie ich obecnej sytuacji. Wykorzystuje się do tego kalendarze, zegarki, kartki z wypisaną datą w danym dniu, ustawione w miejscu, w którym chorym przebywa, czytanie gazet, oglądanie i słuchanie serwisów informacyjnych, systematyczne powtarzanie informacji dotyczących np. daty, pory dnia, a także naukę korzystania z notesów i prowadzenia pamiętników [18].

2. Terapia walidacyjna polega na technice potwierdzania spostrzeżeń pacjenta, bez względu na to, czy są one realistyczne, czy też nie. Zaakceptowanie tych spostrzeżeń utwierdza pacjenta w przekonaniu, że jest on zrozumiany i akceptowany. Powinno się unikać konfrontacji z pacjentem. Jeśli pojawi się taka potrzeba powinno się skierować uwagę pacjenta na inny temat [19].

3. Terapia reminiscencyjna (wspomnieniowa) polegająca na rozmowie z inną osobą lub grupą osób o czynnościach, które wykonywało się w przeszłości, o wydarzeniach z życia chorego i jego doświadczeniach. Te rozmowy zazwyczaj przebiegają z wykorzystaniem zdjęć, przedmiotów z domu lub innych przedmiotów kojarzących się z przeszłością. Może temu towarzyszyć muzyka znana z przeszłości chorego [20].

Warto podkreślić, że dobór zajęć powinien być indywidualny i uzależniony od nasilenia otępienia, gdyż najlepsze efekty można uzyskać, stosując ćwiczenia oparte na względnie dobrze zachowanych umiejętnościach, a jednocześnie wymagające od chorego wysiłku. U chorych, szczególnie w łagodnym nasileniu otępienia, można prowadzić treningi wielowymiarowe, usprawniające przebieg poszczególnych procesów poznawczych, z wykorzystaniem komputerowych programów rehabilitacji neuropsychologicznej [10]. Programami takimi są komputerowy program RehaCom oraz AfaSystem. Mimo iż przeznaczone są do pracy z osobami z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu, ich wykorzystanie u osób z demencją jest możliwe jako element pracy terapeutycznej.

Najpopularniejszymi metodami pracy z chorymi są różnego rodzaju ćwiczenia słowno-logiczne, ćwiczenia konstrukcyjno-przestrzenne, w orientacji w miejscu i czasie, ćwiczenia językowe, manualne oraz z wykorzystaniem artererapii. Wśród prostych technik znajduje się praca z kalendarzem, zegarem, albumami fotograficznymi, zajęcia takie jak rozwiązywanie krzyżówek, układanie puzzli, gry planszowe czy sudoku. Istnieją także zestawy ćwiczeń usprawniające pamięć i inne funkcje poznawcze opracowane przez Kotąpkę – Minc [21]. W ostatnich latach organizacje Alzheimerskie w Polsce opracowały wiele zeszytów zawierających

wymienione ćwiczenia, przeznaczonych do pracy z osobami z demencją, często jednak nie są one dostępne w księgarniach.

Techniki pozafarmakologiczne mogą wpływać także na poprawę zachowania chorego.

Skuteczność różnych oddziaływań w zakresie ich wpływu na zaburzenia zachowania i objawy psychiatryczne oceniano w nielicznych badaniach. Skuteczne okazywały się przede wszystkim takie oddziaływania jak modyfikacje dotyczące bezpośredniego otoczenia chorego, a także zachowań personelu i opiekunów. Na uwagę zasługują także terapia oparta na oddziaływaniach na narządy zmysłów (m.in. aromaterapia, muzykoterapia, terapia światłem, stymulacja wielozmysłowa (*snoezelen*), tak zwane zarządzanie zachowaniem (*behavior management*), prowadzone zwykle przez opiekunów pod nadzorem terapeuty, a także edukacja opiekunów. Niewątpliwą zaletą większości z omawianych wyżej technik jest ich prostota, stosunkowo niskie koszty, co oznacza możliwość powszechnego stosowania [15]. Wymienione techniki mogą być propozycją do pracy z chorymi dla opiekunów osób chorych w domu, ale przede wszystkim są wykorzystywane przez profesjonalnych terapeutów w pracy w ośrodkach dziennego pobytu. Innym rodzajem oddziaływań jest terapia przez sztukę, zwana także arteterapią. W tym celu można wykorzystywać wszelkiego rodzaju zajęcia plastyczne – rysowanie, malowanie, kolorowanie itp. [10]. Dodatkowym elementem, ważnym w każdym rodzaju oddziaływania, jest terapia ruchowa, czyli wszelkiego rodzaju ćwiczenia fizyczne. Regularna aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na nastrój i stan somatyczny. Terapia ruchowa może obejmować spacer, jazdę na rowerze stacjonarnym itp. [10]. W holistycznym podejściu do pracy z chorym powinno się jednak wypracować modelową propozycję pracy terapeutycznej tak, aby można było walidować efekty osiągnięte w trakcie pracy.

Przykładem realizacji pozafarmakologicznych metod w praktyce są programy wdrożone przez niemiecką terapeutkę, polskiego pochodzenia, dr Barbarę Romero. Teoretyczną podstawą programów jest koncepcja Terapii Stabilizacji Tożsamości (*Selbsterhaltungstherapie, Self Maintenance Therapy*), która przywiązuje wagę do optymalnego wykorzystywania przez chorego jego zachowanych sprawności poprzez uczestnictwo w satysfakcjonujących codziennych aktywnościach [22, 23]. Nacisk położony jest na unikanie niepowodzeń, unikanie metod treningowych zorientowanych na deficyty oraz stabilizację poczucia tożsamości chorego, m.in. poprzez odpowiednie formy komunikacji (np. okazywanie zrozumienia zamiast krytyki i korekty) [24]. Autorka programu, dr Barbara Romero, od ponad 25 lat zajmuje się problematyką zespołów otępiennych i należy do ogólnie uznanych ekspertów w tej dziedzinie. Program ten jest realizowany w założonym przez nią w 1999 roku i kierowanym do roku 2010 Ośrodku Terapii Chorób Otępiennych (*Alzheimer Therapiezentrum*) w Bad Aibling w Niemczech (Bawaria, k. Monachium) oraz jest adaptowany, podobnie jak koncepcja TST, w różnych innych miejscach leczenia i opieki nad chorymi z demencją w Niemczech. W ramach programu interdyscyplinarny zespół terapeutów ocenia indywidualne kompetencje, potrzeby i ograniczenia możliwości zarówno chorego, jak i opiekuna. Na tej podstawie formułowane są indywidualne zalecenia, dotyczące eliminacji źródeł błędów w opiece [24, 25].

REKOMENDACJE ZESPOŁU EKSPERTÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA ALZHEIMEROWSKIEGO

Pomimo ograniczonej liczby danych u większości chorych można rekomendować zastosowanie pozafarmakologicznych metod oddziaływania. Dotyczy to przede wszystkim metod o działaniu niespecyficznym, takich jak prowadzone w przyjaznym otoczeniu treningi pamięci, odpowiednio dobrana terapia zajęciowa, zajęcia gimnastyczne czy elementy muzykoterapii. Opracowano wiele działań, które należy podjąć przed lub równoległe z wprowadzeniem leczenia farmakologicznego, pozwalających zmniejszyć nasilenie zaburzeń zachowania chorego z otępieniem. Stały porządek dnia, w którym zaplanowano aktywność fizyczną, kontakty towarzyskie oraz wypoczynek, zapewniają choremu poczucie bezpieczeństwa. Należy unikać wszelkich odstępstw od codziennej rutyny, które mogą sprzyjać odczuwaniu niepokojów przez chorego [16]. Podstawowe cele, jakie spełniają oddziaływania pozafarmakologiczne, to:

- 1) poprawa funkcjonowania poznawczego,
- 2) zapobieganie skutkom dezorientacji,
- 3) wypełnienie czasu chorego,
- 4) łagodzenie zaburzeń zachowania.

Nadrzędnym celem jest poprawa jakości życia chorego, a także poprawa jakości życia opiekuna.

WNIOSKI

Starzenie się społeczeństwa jest nieuchronnym procesem, który dotyka kraje europejskie. Stale wydłużająca się długość życia powoduje, że wzrasta występowanie chorób, w których czynnikiem ryzyka jest wiek. Choroby otępienie, które znajdują się w tej grupie stają się coraz częściej występującym problemem, z jakim zgłaszają się osoby starsze do swoich lekarzy rodzinnych. Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie o to, co oprócz leczenia farmakologicznego można zaproponować choremu na chorobę Alzheimera, aby spowolnić proces otępienny oraz jaka jest skuteczność tych oddziaływań. Okazuje się, że zespół ekspercki rekomenduje oddziaływania niefarmakologiczne, co stanowi bardzo ważny krok w postępowaniu z chorym w codziennej opiece.

PIŚMIENNICTWO

1. Opala G. Epidemiologia otępień. W: Leszek J. (red.). Choroby otępienie. Teoria i praktyka. Continuo. Wrocław; 2011.

2. Karakuła H, Kulik TB, Makara-Studzińska M. Rodzina w zdrowiu i chorobie. Poradnik dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Polskie Towarzystwo Medycyny Ogólnej i Rodzinnej. Lublin; 2001.
3. Kulik TB. Znaczenie systemów społecznego wsparcia w zdrowiu i chorobie. Medycyna Ogólna. 1996; 31. 2: 145–148.
4. Gustaw K, Woźnica I, Bylina J. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych, w tym choroby Alzheimera, w populacji mieszkańców województwa lubelskiego. Medycyna Ogólna. 2008; 14 (XLIII): 4.
5. Kiejna A. Epidemiologia choroby Alzheimera. W: Choroby otępienie. Teoria i praktyka. Continuo. Leszek J. (red.). Wrocław; 2011.
6. Barcikowska M, Kwieciński H. Choroba Alzheimera: Od beta-amyloidu do bezradnego człowieka. Medipress Psychiatria i Neurologia, 1997; 1(1): 16–22.
7. Selmes J, Selmes AM. Jak żyć z chorobą Alzheimera. Polska Fundacja Alzheimerowska. Warszawa; 1992.
8. Winblad B. Choroba Alzheimera; epidemiologia, koszty i strategia leczenia. Neur. Neurochir. Pol. 3; 1999: 77–78.
9. Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Vesalius. Kraków-Warszawa; 1998.
10. Borzym A. Oddziaływania niefarmakologiczne w otępieniu. W: Choroba Alzheimera. Parnowski T. (red.). Wydawnictwo Lekarskie Warszawa: PZWL; 2010: 49–51.
11. Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów. Sadowska A. (red.). Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Warszawa; 1998.
12. Sadowska A. Organizacja pomocy w opiece nad chorym z chorobą Alzheimera. W: Leszek J. (red.). Choroby otępienie. Teoria i praktyka. Continuo, Wrocław; 2011.
13. Milanowska K. Terapia zajęciowa. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa; 1965.
14. Grossberg GT, Kamat SM. Choroba Alzheimera. Najnowsze strategie diagnostyczne i terapeutyczne. Warszawa: Medisfera; 2011.
15. Sobów T. Zasady postępowania terapeutycznego w zespołach otępiennych. W: Przegląd Neurologiczny. Tom III; 2007.
16. Kłoszewska I. Niefarmakologiczne postępowanie w otępieniu. W: Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Medisfera; 2012: 106–108.
17. Tondi L, Ribani L, Bottazzi M, Viscomi G, Vulcano V. Validation therapy in nursing home: a case control study. W: Arch Gerontol Geriatr. 44. Supl. 1; 2007: 407–411.
18. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reality orientation for dementia. Cochrane database. Sys. Rev.; 2000; 4.
19. Neal M., Briggs M. Validation therapy for dementia. Cochrane database. Sys. Rev.; 2003; 3.
20. Woods B, Spector A, Jones C. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane database. Sys. Rev. 2. Review; 2005.
21. Kotapka-Minc S. Zestaw ćwiczeń usprawniających pamięć i inne funkcje poznawcze. MedMedia. Wydawnictwo medyczne. Warszawa.
22. Romeo B, Eder G. Selbst – Erhaltungs – Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer- Kranken. Gerontopsychologie und Psychiatrie. 4; 1992: 267–282.
23. Wenz M, Romeo B. Self – Maintenance – Therapy in Alzheimer's Disease. Neuropsychological Rehabilitation. 11; 2001: 333–335.
24. Romeo B. Integratives Behandlungsprogramm für Demenzkranke und betreuende Angehörige. Brücken in die Zukunft. Vorträge auf der 10. Jahrestagung von Alzheimer Europe. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin; 2001: 68–81.
25. Romero B. Ja to wszystko wiem, ale jestem tylko człowiekiem: skuteczna pomoc w unikaniu błędów przez opiekunów, Alzheimer Europe, Warsaw; 2011.

Non-pharmacological treatment of patients with dementia

■ Abstract

In the practice of a family physician, ageing society means an increasing number of patients suffering from Alzheimer's disease or other forms of dementia. Pharmacological treatment slows down the process of neurodegeneration; however, the progressing dysfunction of the brain is accompanied by progressive cognitive function disorders and, in consequence, increasingly more disturbed functioning of a patient in daily life. The lack of satisfactory effectiveness of the drugs available directs the attention of patients and their caregivers towards additional methods of intervention. Therefore, there is a need for both pharmacological and non-pharmacological forms of treatment, which would improve patient outcome and reduce the burden on the caregiver.

Presentation of non-pharmacological methods used in the process of treatment of patients with dementia.

Brief description of the state of knowledge: It is generally considered that non-pharmacological methods applied in patients with dementia have two important functions. Firstly, they augment the effect of pharmaceuticals, secondly may improve or eliminate many behavioural psychiatric symptoms of dementia. Unfortunately, there is a lack of objective, methodologically justified studies which would statistically confirm the effectiveness of such forms of intervention. Despite this, many experts notice how important these interventions are in the life of patients and their caregivers. Non-pharmacological methods are expected to improve patients' functioning and their quality of life. The article presents the assumptions of such therapies as: cognitive, reminiscence, validation, occupational and environmental.

The study is an attempt to provide an answer to the question concerning the type of non-pharmacological intervention methods applied in dementia, and their effectiveness. Recommendations of the Polish Society of Alzheimer's Disease experts concerning non-pharmacological methods of dementia management are presented and discussed.

■ Key words

dementia, Alzheimer's disease, caregiver, non-pharmacological effects