



Dbam o pamięć

Program promocji zdrowia, wczesnego wykrywania i profilaktyki zaburzeń poznawczych



Dbam o pamięć



Niniejsza publikacja została wydana w ramach „Programu promocji zdrowia, wczesnego wykrywania i profilaktyki zaburzeń poznawczych” realizowanego przez Fundację Medicover, dzięki dofinansowaniu ze środków otrzymanych z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020.



Fundacja Medicover została powołana przez Grupę Medicover w poczuciu odpowiedzialności, by wypełniać misję społeczną. Głównymi zadaniami statutowymi Fundacji są: szerzenie wiedzy na temat zdrowego i bezpiecznego trybu życia, propagowanie profilaktyki oraz prawidłowej diagnozy, kształtowanie społecznej świadomości o konieczności świadczenia profesjonalnych usług medycznych. W oparciu o wiedzę i doświadczenie z zakresu medycyny działalność skupiona jest na edukowaniu, wspieraniu społeczności lokalnych oraz tworzeniu programów, które w sposób pośredni lub bezpośredni przyczyniają się do polepszenia stanu zdrowia i świadomości społeczeństwa.

Redakcja merytoryczna: **Karolina Jurga**

Redakcja językowa, korekta: **Agnieszka Wierzińska**

Opracowanie graficzne publikacji, skład: **Robert Koc**

Projekt logo Programu: Fly in Soup **Marcin Mocha**

Fotografie wykorzystane w publikacji pochodzą z archiwum
Partnera Programu firmy **Care Experts**

© Copyright by Fundacja Medcover, Warszawa 2015

Wydawca:

Fundacja Medcover

www.medcover.pl





Spis treści

Wstęp	str. 7
Od podejrzenia do postawienia rozpoznania – czy mam otępienie?	str. 8
Otępienie zostało rozpoznane. Co dalej?	str. 16
Trening pamięci jako profilaktyka oraz metody aktywizacji chorych w procesie otępiennym	str. 22
Dobroczynny ruch – czyli coś dla ciała, ducha i mózgu...	str. 32
Jak reagować na (nie)typowe zachowania chorego cierpiącego z powodu otępienia?	str. 40
Wpływ choroby Alzheimera na funkcjonowanie opiekunów i strukturę całej rodziny	str. 44
Informacje o autorkach	str. 52

Wstęp

Pragniemy, by wskazówki zawarte w niniejszej publikacji przybliżyły Państwu specyfikę zaburzeń pamięci, zespołów otępiennych, w tym chorobę Alzheimerera.

Naszym celem jest także zwrócenie uwagi na potrzebę profilaktyki, czyli treningu pamięci, uczenia się w każdym wieku dla zachowania aktywności umysłowej oraz dbania o ruch rekreacyjny.

Wskazujemy sposoby radzenia sobie z zaburzeniami pamięci i w opiece nad osobą chorą. Niemożliwe jest wypisanie jednej recepty. Możemy jednak podzielić się z Państwem naszym doświadczeniem i podać konkretne propozycje rozwiązań, a Państwo, znając najlepiej swoją sytuację, wybiorą te, które będą mogli dostosować do swoich aktualnych potrzeb.

Chcemy także podkreślić znaczenie pielęgnowania ciepłych relacji, dbania również o swoje potrzeby i pomimo trudu, koncentracji na chwilach dobrych, radosnych, przyjemnych.

Niech niniejsza publikacja otwiera nową perspektywę i daje nadzieję.

Autorki

Jeśli będą mieli Państwo pytania do specjalistów – autorów publikacji, zapraszamy do kontaktu:

e-mail: dbamopamiec@medicover.pl

Od podejrzenia do postawienia rozpoznania – czy mam otępienie?

Autorka: Specjalista Geriatrii lek. med. Milena Słoń

Mózg to genialna maszyna do przepowiadania przyszłości.

Przystąpmy na chwilę nad powyższym stwierdzeniem. Czy zastanawiamy się na co dzień, dlaczego schodząc po schodach balansujemy ciałem tak, że nie kręci się nam w głowie? Wiemy, że należy dać krok w dół jednocześnie nie wychylając się zbyt głową do przodu i wreszcie, odruchowo chwytny się poręczy, gdy nastąpi zachwianie z powodu potknięcia się. To wszystko dzieje się, bo gromadzimy bodźce z otoczenia: widzimy przestrzeń, oceniamy odległości. Mamy w sobie wiedzę na temat „schodzenia ze schodów” i z każdym krokiem doświadczamy ułożenia ciała, analizujemy położenie poszczególnych jego elementów i reagujemy na nowe zdarzenia, spostrzeżenia. Jak jest, kiedy trafiamy na znane sobie schody po ciemku? Gdzieś w nas znajduje się wspomnienie tego miejsca. Automatycznie sięgamy do znanego nam kształtu poręczy. Stawiamy krok odpowiedniej długości w znanym nam rytmie. Tym wszystkim w sposób świadomy lub nieświadomy zarządza nasz mózg. To on za pośrednictwem zmysłów rejestruje informacje z otoczenia. Gromadzi je, utrzuwa, przechowuje i potrafi z magazynów wiedzy czerpać doświadczenie, by w danej sytuacji szybko wyciągnąć wnioski i znaleźć adekwatne rozwiązanie sytuacji. Część reakcji nie podlega świadomej kontroli, inne są odruchowe, ale oparte na doświadczeniu. Nie rodzimy się z umiejętnością chodzenia po schodach. Mamy do tego tylko pewne predyspozycje i uczymy się tej czynności przez całe życie, czasami od nowa.

Mózg jest więc bardzo skomplikowanym tworem – siecią połączeń i jednocześnie delikatną tkanką zamkniętą w kostnej osłonie pokrywy czaszki, wrażliwą zarówno na zmiany środowiska, temperaturę, dostateczną podaż tlenu, glukozy, jak i na wpływ substancji szkodliwych, takich jak: leki, alkohol czy substancje psychoaktywne.

Mózg, tak jak cały organizm, podlega starzeniu się i degeneracji. Mogą się w nim także odzwierciedlać choroby ogólnoustrojowe. Zmiany, wahania ciśnienia tętniczego krwi wpływają na przepływy w naczyniach mózgowych. Występujące w krwioobiegu skrzepy mogą zatykać tętnice i powodować nieodwracalne niedokrwienie oraz śmierć komórek mózgu. Niedobór lub nadmiar cukru, toksyny bakteryjne, nowotworowe,

produkty przemiany materii, substancje lecznicze lub szkodliwe mogą tę skomplikowaną maszynę uszkadzać przejściowo lub trwale i nieodwracalnie. Sposób żywienia się, dostarczanie składników odżywczych, witamin ma także istotny wpływ na dobrostan tego narządu.

Kiedy zdrowie przechodzi w chorobę? Kiedy nasze postrzeganie zaczyna być patologiczne?

Ważnym wyznacznikiem choroby jest utrata możliwości samodzielnego funkcjonowania. Często przychodzi to niezauważalnie dla samego pacjenta, który żyje w swoim świecie, i dopóki w interakcjach z innymi ludźmi ktoś nie doświadczy jego bezradności w pokonywaniu trudów dnia codziennego, potrzeba pomocy – interwencji medycznej czy socjalnej nie nadejdzie.

Pani Alina – pacjentka: *Przyszła do przychodni z pedantycznie uporządkowanymi w segregatorze skserowanymi kartkami zawierającymi wszystkie wyniki konsultacji specjalistycznych z ostatnich 3 lat. Były tam wypisy od kardiologa, neurologa, diabetologa, okulisty, pulmonologa, urologa, psychiatry, poradni osteoporozy. Znajdowała się tam też kartka zapisana drobnym maczkiem starannym pismem ze szczegółowym opisem wszystkich dolegliwości ostatniego tygodnia: od swędzenia w okolicy lewej pięty, poprzez bóle o różnym nasileniu i umiejscowieniu, aż do szczegółowego spisu 21 pozycji leków i suplementów wraz z dawkowaniem. Chora skarżyła się na to, że już gubi się w lekach, że ciągle czegoś zapomina. Pokazała też stos kolorowych karteczek ze sprawami ważnymi, istotnymi do załatwienia, zapamiętania, które przy pozornym wrażeniu skrupulatności stanowiły chaos nie do ogarnięcia. Martwi ją zapomnianie – z tego powodu tak szczegółowo wszystko zapisuje, ale nie potrafi połączyć w logiczną całość tego, czego doświadcza.*

W przedstawionej historii pacjentka ma poczucie choroby, jest zagubiona i nie znajduje wyjścia ze złożoności swoich problemów. Natyka się także na specyfikę naszej służby zdrowia, która dzieli pacjenta na poszczególne części ciała, organy, przypisując jednostki chorobowe uwadze poszczególnych specjalistów. Wreszcie ktoś wskazuje jej, że istnieje taka specjalizacja jak geriatria.

Specjalista geriatra to lekarz ukierunkowany na diagnozowanie i leczenie osób po 65. roku życia w tak zwanym trzecim wieku charakteryzującym się jednoczesnym występowaniem wielu chorób. Geriatra, oprócz wykształcenia w jednej z podstawowych dziedzin medycznych, jak np. choroby wewnętrzne, neurologia, psychiatria czy medycyna rodzinna, ma dodatkowo ukończone szkolenie specjalizacyjne w rozpoznawaniu i leczeniu specyficznych zespołów chorobowych wieku podeszłego. Dzięki tym kompetencjom kompleksowo podchodzi do dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta oraz do liczby przyjmowanych przez niego leków, promując podnoszenie jakości jego życia.

Kłopoty z pamięcią czy to już choroba?

Pan Jerzy – syn pacjenta: Pewnej nocy zadzwonili do mnie z policji z wiadomością, że mój ojciec jest w szpitalu na oddziale ratunkowym, w odległej dzielnicy, na drugim końcu miasta. Bardzo się przestraszyłem. Myślałem, że wpadł pod samochód, doznał urazu, że jest poszkodowany. Pojechałem natychmiast. Dowiedziałem się, że przywieźli go z pobliskiej zajezdni tramwajowej. Siedział w wagonie i nie wiedział, gdzie wysiąść. Motorniczy kończył właśnie pracę i wezwał pogotowie, które zawiozło ojca do najbliższego szpitala. Bardzo się zdziwiłem, bo tata był dotąd bardzo samodzielny. Nigdy niczego nie potrzebował.

Gdy przychodzi moment, że nasze zachowanie, postrzeganie świata przynosi szkodę nam lub naszym bliskim, to jest to już zapewne choroba. Wtedy niezbędna jest interwencja. Najczęściej zaburzenia zachowania zauważają bliscy. Mąż, żona – osoby mieszkające na stałe z pacjentem zaczynają dostrzegać zmiany w zachowaniu. Trwające latami wycofywanie się z funkcjonowania często maskowane jest opieką tej drugiej bliskiej osoby wyręczającej swojego partnera życiowego w podejmowaniu decyzji, odpowiedzialności za troski dnia codziennego. Do ujawnienia problemu dochodzi przy nagłym zdarzeniu, niespodziewanej zmianie, np. konieczności trafenia do szpitala, śmierci żony, męża.

Pani Krystyna – pacjentka: Od choroby męża praktycznie przestałam wychodzić z domu. Wiadomo, po udarze wymagał ciągłej opieki. Syn wpadał na chwilę podrzucając zakupy, a ja w wiecznym kieracie pomiędzy zmianą pieluch, gotowaniem, karmieniem i oklepywaniem. Przestałam widywać sąsiadów. Przyjaciółki wykruszyły się – miały swoje rodziny, swoje problemy. A teraz, kiedy umarł, siedzę całymi dniami i patrzę w jeden punkt. Myślę i za chwilę nie pamiętam o czym. Nic mi do głowy nie wchodzi. Wzięłam książkę i po 10-15 stronach łapię się na tym, że nie wiem, co się w niej wydarzyło.

Czasami żaloba wyzwala lub ujawnia toczący się latami proces degradacji osobowości. Na pierwszy plan wychodzi depresja, która może być zwiastunem, elementem toczącego się w mózgu procesu degeneracyjnego. Pacjenci często mają problem z tym, by udać się do psychiatry. Ciągłe jeszcze kulturowo istnieje pewne odium choroby psychicznej. Diagnozę zespołów depresyjnych można postawić także w gabinecie geriatry. Po podjęciu leczenia geriatra uzupełnia obserwacje o ocenę zaburzeń poznawczych i ich dynamiki. Poza lekami proponuje także niefarmakologiczne metody postępowania¹.

Pan Wiesław – przyjaciel pacjentki: Joannę bolała głowa. Zadzwoniła do mnie, bo znamy się od lat z pracy i często się kontaktujemy się telefonicznie. Mieszka sama – córka za granicą. Miała nudności, wymioty, więc pojechałem z nią do szpitala. Dostała kroplówkę. Przesiedzieliśmy kilka godzin w oczekiwaniu na wyniki badań. Cały czas była niespokojna, podenerwowana. W końcu lekarze powiedzieli, że to tylko

1. Więcej na ten temat można znaleźć w artykule psycholog Karoliny Jurgi pt.: „Trening pamięci jako profilaktyka oraz metody aktywizacji chorych w procesie otępiennym”.

nieistotne odwodnienie i że mogę ją zabrać do domu. Wszedłem do jej mieszkania po raz pierwszy od kilku lat. Przeraziło mnie nagromadzenie rzeczy – sterty ubrań leżących na każdym meblu. Zaczęła się krzątać po kuchni proponując mi herbatę. Patrzyłem jak płącze się pomiędzy szafkami szukając kubka, spodeczka i zapominając po trzech krokach czego szuka i w jakim celu. Po chwili zirytowana wyrzuciła mnie z kuchni do pokoju. Wycofałem się. Zasiadłem na brudnej poplamionej kanapie. Po chwili przyszła do pokoju zmieniona na twarzy. Ze złością kazała mi natychmiast wyjść i więcej jej nie nachodzić.

Bardzo często zdarza się, że osoba z zaburzeniami procesów poznawczych jest bezkrytyczna co do stanu swojego zdrowia. Uważa, że nie potrzebuje pomocy. Wstydi się swojego zachowania i stara się ukryć szkody, jakich doświadcza w chorobie. Nie godzi się na rozmowę z lekarzem, a po pierwszym kontakcie twierdzi, że „wszyscy robią z niej wariatkę”. Bardzo ważne jest w takim przypadku podejście do chorego. Nakłonienie go, aby dał sobie pomóc. Przełamanie wstydu niepełnosprawności i wreszcie adekwatne udzielenie pomocy.



Czynniki wpływające na pracę mózgu:

- Stan czynności tarczycy
- Podaż witamin z grupy B – szczególnie B12
- Stan glikemii
- Adekwatne ciśnienie tętnicze – ciśnienie skurczowe krwi powinno być wyższe niż 105 mmHg i nie powinno przekraczać 150 mmHg
- Prawidłowe dotlenienie

Badanie u geriatry – to nie boli

Zwykle spotykamy się w gabinecie lekarskim w dość formalnej atmosferze. My geriatrzy staramy się przede wszystkim nawiązać kontakt z pacjentem. Dopytać się, co dla niego jest największym, najistotniejszym problemem zdrowotnym. Oczywiście nie pozwalamy „bujać w obłokach”. Często konkretyzujemy pytania, sprowadzamy rozmowę na właściwy tor. Zazwyczaj seniorzy przychodzą pod opieką najbliższych. Gdy docierają sami, prosimy o kontakt z rodziną. Specyfika zaburzeń otępiennych powoduje, że musimy mieć kontakt z opiekunami, angażujemy ich we współpracę. Dajemy wskazówki jak postępować, a opiekunowie je wdrażają.

Kolejnym krokiem jest ocena zdrowotna. Wykrycie najważniejszych problemów zdrowotnych oraz optymalizacja niezbędnej diagnostyki. Ocena leczenia i postępowania farmakologicznego.

Diagnozę przyczyny otępienia stawia się po zaopiniowaniu dotychczasowego stanu zdrowia oraz niezbędnych badaniach biochemicznych i badaniu struktur mózgu.

W powszechnej dostępności jest zlecane przez specjalistę-geriatrę badanie tomografii komputerowej mózgu (TK) bez lub z kontrastem (w zależności od wskazań klinicznych). Wymaga ono jednak doświadczenia lekarza w ocenie obrazów, gdyż nie zawsze opis radiologa jest w stanie uwzględnić wszystkie niezbędne obszary. Badanie trwa krótko i jest mało obciążające dla seniora. Tomografia komputerowa z kontrastem jodowym ma swoje ograniczenia związane z koniecznością oceny sprawności nerek, przez które kontrast jest eliminowany.

Lepszą metodą oceny struktur mózgu jest badanie metodą rezonansu magnetycznego. Pokazuje ono bardziej specyficznie i strukturalnie zmienione chorobowo obszary, ale posiada także istotne przeciwwskazania i ograniczenia w jego wykonaniu, takie jak: konieczność leżenia w bezruchu w zamkniętym ciasnym pomieszczeniu, nieposiadanie ferromagnetycznych fragmentów w ciele, w tym stymulatora serca.

Należy wiedzieć, że kompleksowa wizyta trwa długo. Lekarz stara się poświęcić dostatecznie dużo uwagi danemu choremu – udziela wyczerpujących odpowiedzi, kompleksowo bada, dostosowuje leczenie i wyjaśnia zalecenia.



Wstępne objawy zaburzeń poznawczych mogą być dyskretne:

- Pojawiające się trudności z przypomnieniem sobie ostatnich wydarzeń z życia lub aktualnej daty przy jednocześniej dobrej pamięci o rzeczach z dalekiej przeszłości
- Trudności w śledzeniu rozmowy i programu telewizyjnego
- Trudności w przypomnieniu nazwisk znanych sobie osób lub nazw przedmiotów codziennego użytku
- Powtarzające się utraty wątku swojej własnej wypowiedzi
- Problemy w planowaniu, rozumowaniu i wyciąganiu wniosków
- Towarzyszące uczucie niepokoju, rozdrażnienia lub złości z powodu zapominania
- Niechęć do zapraszania gości i spotkań z osobami, które niegdyś się lubiło
- Trudności w zajmowaniu się domowymi rachunkami
- Spadek zainteresowania czytaniem i pisanem

Co przygotować na pierwszą wizytę?

- Aby skorzystać z badania w ramach NFZ, należy wziąć od lekarza POZ skierowanie do poradni geriatrycznej.
- Warto uporządkować chronologicznie posiadaną dokumentację medyczną.
- Proszę zastanowić się nad najważniejszym problemem medycznym chorego.
- Proszę przygotować aktualny spis wszystkich leków i suplementów przyjmowanych przez chorego – tak zwany spis z natury.
- Dobrze przed wizytą zanotować na kartce pytania, jakie chce się zadać lekarzowi.

Okresowe badania

Badając aktualny stan procesów poznawczych w większości testów przesiewowych oddzielamy zdrowych od tych, których mózg jest już zniszczony chorobą. Niestety w chwili stwierdzenia otępienia na leczenie jego przyczyn jest już za późno.

Istnieją testy neuropsychologiczne pozwalające odróżnić stan łagodnych zaburzeń poznawczych od procesu otępiennego. Nie wszyscy z zaburzeniami zachorują na otępienie. Istotne jest zwiększanie rezerwy poznawczej w ciągu życia poprzez dbanie o aktywność umysłową i fizyczną.

Pan Zenon – pacjent: Chory jest zawodowym muzykiem grającym od ponad 50 lat na instrumentach klawiszowych, śpiewającym po angielsku i polsku. Ostatnio mieszkał samotnie, ale rodzina nie zauważyła problemów z funkcjonowaniem. Do geriatry trafił po tym, jak w trakcie kwalifikacji do planowego zabiegu operacyjnego guza jelita konsultujący anesteziolog odmówił znieczulenia chorego z powodu braku świadomej zgody. Okazało się, że perfekcyjnie funkcjonujący w warunkach domowych człowiek nie rozumie istoty operacji i jej możliwych konsekwencji.

Jednym ze sposobów zwiększania rezerwy poznawczej powyższego pacjenta jest stały, wymagający uwagi precyzyjny ruch palcami, np. taki jak przy grze na instrumencie z koniecznością odtwarzania z pamięci sekwencji ruchu oraz praca w kilku obszarach językowych.



Badania u geriatry:

- Testy psychologiczne
- Testy funkcjonalne
- Badania biochemiczne
- Badania obrazowe struktur mózgu:
 - CT – tomografia komputerowa
 - MRI – rezonans magnetyczny

Profilaktyka otępienia²

- Badania pamięci przesiewowe raz do roku
- Precyzyjne ćwiczenia dłoni i palców (gra na instrumencie, wyszywanie, robienie na drutach)
- Angażowanie kilku funkcji na raz – ruch i mowa (np. składanie modeli wg instrukcji w grupie)
- Łączenie oglądania z koniecznością jednoczesnego mobilizowania wiedzy z zakresu obcego języka (np. oglądanie znanych sobie filmów w obcej wersji językowej ze wspomaganiem napisów w tym języku)
- Praca w grupie (gry zespołowe – brydż, chińczyk, gry planszowe)

2. Więcej na ten temat można znaleźć w artykule psycholog Karoliny Jurgi pt.: „Trening pamięci jako profilaktyka oraz metody aktywizacji chorych w procesie otępiennym”.

Otępienie zostało rozpoznane. Co dalej?

Autorka: Specjalista Geriatrii lek. med. Milena Słoń

Otępienie to zaburzenie wyższych czynności umysłowych – funkcji poznawczych – prowadzące do upośledzenia postrzegania, przetwarzania informacji i uzewnętrzniania świadomej reakcji.

Funkcje poznawcze:

- postrzeganie
- utrzymanie uwagi
- uczenie się
- rozumowanie
- wypowiedzanie się
- zapamiętywanie
- myślenie

Po postawieniu diagnozy przychodzi pora na leczenie. Najczęstszą przyczyną otępienia u starszych osób jest choroba degeneracyjna mózgu prowadząca do zniszczenia neuronów w pierwszej fazie w strukturze odpowiedzialnej za „tu i teraz”, czyli za pamięć świeżą. Takie zapominanie skrada się podstępnie latami powoli wyłączając pacjenta z teraźniejszości.

Drugą ważną grupą przyczyn jest otępienie naczyniowe związane ze śmiercią określonych struktur mózgu w przebiegu niedokrwienia.

Najczęściej tego typu otępienie przychodzi nagle, po dużym udarze. Może też rozwijać się powoli, podstępnie, gdy latami dochodzi do licznych drobnych udarów w obrębie głębokich struktur mózgu.

W najstarszej grupie wiekowej, czyli po 85. roku życia, obie te przyczyny mogą się nakładać i wtedy mamy do czynienia z otępieniem mieszanym.

Charakterystyczna dla otępień wieku starszego jest wielorakość ich obrazu klinicznego. Ponieważ zmiany w mózgu dotyczą różnych struktur, obserwujemy także różne obrazy uszkodzeń i różne formy zaburzeń zachowania.

Pani Ewa – córka pacjentki: *Po postawieniu diagnozy próbowałam wykupić leki. Były to plasterki. Ile ja się naszukałam ich po aptekach. Mówiono, że tych leków nie ma w hurtowniach. Proponowano inne, podobno takie same. Wreszcie biorę ulotkę i czytam, a tam grożą śmiercią i poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Idę do mamy i pytam się: niedobrze Ci, co? Chce się wymiotować?*

Lekarz propnując leczenie zawsze bierze pod uwagę obraz kliniczny i ordynuje leki w najlepszej wierze i zgodnie z najnowszą wiedzą. Oczywiście dostosowuje leczenie do możliwości i preferencji pacjenta oraz jego opiekuna. Nie ma jednak wpływu na politykę lekową państwa

i firm farmaceutycznych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami leki refundowane powinny być w ciągłej dostępności we wszystkich aptekach. W przypadku ich braku należy starać się uzyskać ciągłość leczenia, szczególnie w preparatach zapewniających wzrost brakującego neuroprzekaźnika. Nagłe odstawienie leku pogarsza przebieg otępienia.

Należy zdawać sobie sprawę z tego, że ulotki lekowe opisują wszystkie możliwe powikłania, nawet takie, które wystąpiły u jednego chorego na 10 000 leczonych. Po to są one opisane, by zwrócić się do lekarza o ocenę. Korzyści leczenia muszą przeważać nad jego uciążliwościami, ale to lekarz decyduje o podaniu leku i jego odstawieniu. Złą praktyką jest także sugerowanie się opisami działań niepożądanych. Musimy pamiętać, że nasz mózg jest tak skonstruowany, byśmy szybko uczyli się nowych funkcji przez naśladownictwo. Podlegamy też dużej sile sugestii stąd też pozytywne efekty leczenia placebo.

Pan Ewa – córka pacjentki: *A potem biorę ulotkę od tych pastylek zleconych na noc, a tam jest wyraźnie napisane, że leków tych nie wolno podawać osobom starszym i po udarze. No to nie daję, ale pani doktor mama wędruje po domu, po ciemku, wyciąga wszystkie rzeczy z szafy, sika gdzie popadnie. Co mam robić?*

Leki stosowane w zaburzeniach zachowania w chorobach otępiennych zostały pierwotnie zaprojektowane i zarejestrowane dla różnych innych jednostek chorobowych. Praktyka kliniczna ujawniła skuteczność tych leków w zespołach otępiennych. Taka wiedza nie znajduje się jednak w ulotkach lekowych. Lekarze zdobywają ją z publikacji naukowych. Z powodu regulacji prawnych leki te mogą być nierefundowane w pewnych wskazaniach, stąd wynikające w aptekach



Pamiętaj!

- Leki należy przyjmować zgodnie z zaleceniami.
- Licz tabletki, pilnuj, by leków nie zabrakło.
- Odstawienie leku należy skonsultować z lekarzem.
- Nie sugeruj się ulotkami lekowymi.
- Leki nieprzyjęte nie działają. Potrzebny jest czas na zadziałanie leku.

sprzeczne informacje o refundacji leku. Każdy pacjent choruje także na swój jednostkowy specyficzny sposób. Dlatego też terapia musi być indywidualizowana – dostosowana do danego chorego.

Wniosek: Bardzo ważne jest zaufanie do lekarza, dobry kontakt pacjenta, opiekuna z lekarzem, elastyczne reagowanie na sytuacje chorobowe pacjenta.

Pan Krzysztof – syn pacjentki: *Mama z rozpoznaniem przed 3 laty otępieniem mieszka z nami od czasu upadku. Przewróciła się w nocy i złamała nogę w stawie biodrowym. Potem była operacja. Dramatycznie się po niej zmieniła. Przez pierwsze dni zupełnie nas nie poznawała. Wcześniej miała ten swój świat. Potem jak już przywieźliśmy ją do domu i pielęgowaliśmy opowiadała niestworzone rzeczy. Widziała w kącie pokoju siedzące dzieci, które kiwały do niej i śmiały się z niej albo tylko niemo patrzyły w jej stronę. Zupełnie nic sobie nie dała wytłumaczyć. Nie chciała jeść, ćwiczyć z rehabilitantem.*

Nagła zmiana trybu życia, miejsca zamieszkania, osób opiekujących się, ciężka choroba, ból, unieruchomienie, znieczulenie do operacji mogą dramatycznie pogorszyć, przyspieszyć postęp otępienia. Dlatego też zawsze trzeba dobrze przemyśleć każdą zmianę. Dotyczy to też planowania zabiegów operacyjnych. Leczenie nie może być gorsze niż choroba. A po postępowaniu medycznym trzeba mieć perspektywę możliwości wdrożenia rehabilitacji i współpracy chorego.

Pani Zdzisława – córka pacjentki: *Po postawieniu diagnozy choroby pani doktor dała mamie tabletki. Podawaliśmy je, ale nie widzieliśmy żadnej poprawy. Poszliśmy do drugiego doktora, zamienił jedne tabletki na drugie, ale po nich także mama wszystko zapominała. Wreszcie odwiedziliśmy jeszcze czterech innych lekarzy różnych specjalności, którzy żonglowali tabletkami, kapsułkami, kroplkami i plasterkami. Do niczego to nie prowadzi. Mama nadal nic nie pamięta, jest kłótliwa i złośliwa. Wreszcie tu słyszymy, że to choroba Alzheimera, co mnie oburza i napawa strachem.*

Postawienie pewnego rozpoznania choroby Alzheimera wymaga doświadczenia i stosownych możliwości diagnostycznych. Oprócz badań naukowych oznacza się na przykład markery choroby z płynu mózgowo-rdzeniowego (po nakłuciu lędźwiowym), czy wykonuje się (obecnie nie w Polsce) badania PET ze specjalnym znacznikiem. Nie każde postawienie diagnozy wymaga tak specjalistycznych badań. Warto jednak rozmawiać z lekarzem stawiającym diagnozę, pytać o prognozę i cele leczenia.

Podawanie leków w otępieniach ma za zadanie utrzymanie istniejących funkcji, spowolnienie utraty funkcji. Podaje się substancje zwiększające

neuroprzebieg w istniejących i funkcjonujących jeszcze neuronach. Neurony zniszczone nie odrastają pod wpływem leczenia. Leczenie bez ćwiczenia funkcji poznawczych niestety nie wykorzystuje możliwości skuteczności leku.

Odpowiednie postępowanie z chorym, sprawowanie opieki i mobilizowanie funkcji poznawczych jest tak samo ważne jak podawanie leków.

Pani Agnieszka – pacjentka: *mieszka z mężem, który jest po udarze mózgu, sama do tej pory sprawowała nad nim opiekę, podawała leki. Rodzina zauważyła jednak, że leków nie ubywa i że mama nie chodzi do lekarza, a sąsiadka przynosząca do domu zakupy dwa razy została zwyzywana od złodziejek i niewpuszczona do domu. Po zaproszeniu lekarza do domu pacjentka jest niespokojna, w badaniu prezentuje zaburzenia pamięci świeżej, neguje problemy w funkcjonowaniu, mimo obiektywnych zdarzeń. Nie pozwala córce na zatrudnienie opiekunki. Neguje chorobę.*

Bardzo często dużym problemem jest udzielenie adekwatnej pomocy choremu, który nie ma poczucia choroby oraz przyzwyczajonemu do samodzielnego funkcjonowania. Każda duża zmiana, jak remont, przestawianie mebli, zamieszkanie z chorym obcego opiekuna, czy wręcz przeprowadzka, dramatycznie zaburza poczucie bezpieczeństwa chorego, nasila jego lęk i agresję. Zmiany dla dobra pacjenta muszą więc być wprowadzane stopniowo, ale konsekwentnie. Pierwszy konflikt pojawia się już przy regulacjach związanych z wydzielaniem leków. Zaleca się sortowanie tabletek do pojemniczków przeznaczonych na konkretną porę, kontrolowanie przyjęcia medykamentów, stosowanie plastrów, z których substancja lecznicza uwalnia się ze stałą szybkością w ciągu całej doby. W powstających sytuacjach konfliktowych należy pamiętać, o tym, że chory reaguje na aktualny impuls i nie ma możliwości szerszego spojrzenia na zaistniałą sytuację. Nie pamięta też ciągu przyczynowo skutkowego, nie podąża za wnioskowaniem opiekuna.

Pani Katarzyna – siostra pacjentki: *Po pewnym czasie, jak już zamieszkałam z siostrą, która nie dawała już rady funkcjonować samodzielnie i opłaciłam zaległe rachunki czynszu i prądu do drzwi zapukał komornik. Okazało się, że Krystyna (pacjentka) zakupiła strasznie drogi komplet garnków, którego oczywiście nie spłacała i długi z odsetek dramatycznie narosły.*

Na starszych chorych ludzi, którzy nie mają rozeznania w wartości kupowanych przedmiotów, czyhają nieuczciwi sprzedawcy sprzedaży bezpośredniej. Często jeden podpis pod umową może mieć poważne konsekwencje finansowe. Bardzo ważny jest więc moment, we wstępnym okresie otępienia, kiedy sam chory musi zadbać o swoje bezpieczeństwo. Pierwszym krokiem jest wystąpienie do Sądu Rodzinnego i Opiekunczego, właściwego dla miejsca zamieszkania chorego, z prośbą o ustanowienie faktycznego opiekuna (syna, córki) kuratorem dla chorego

w sprawach związanych z decydowaniem o wszelkich życiowych sprawach pacjenta, takich jak: gospodarowanie majątkiem, podejmowanie decyzji co do dalszego leczenia. Kurator ustanowiony przez sąd podejmuje decyzje dla dobra pacjenta i w jego interesie. Jego działalność nadzoruje sąd, któremu przedstawia się sprawozdania ze sprawowania kurateli. Wszelkie umowy niezatwierdzone przez kuratora nie są ważne.

We wstępnym okresie choroby, gdy senior sam ocenia, że może sobie nie poradzić w przyszłości z terminowym opłacaniem rachunków, obowiązkowymi kontaktami z urzędami (np. Urzędem Skarbowym), dobrym rozwiązaniem jest wystawienie stałego pełnomocnictwa do reprezentowania osobie bliskiej. Takie pełnomocnictwo poświadcza się u notariusza i musi opisywać wszystkie hipotetyczne sprawy, w jakich pełnomocnik jest upoważniony do podejmowania decyzji. Notariusz rozmawia z seniorem i jeżeli podejrzewa, że senior nie jest kompetentny do wyrażania swojej woli, nie wolno mu poświadczyć pełnomocnictwa. Takiego pełnomocnictwa można więc udzielić tylko we wczesnym okresie choroby, gdy nie ma jeszcze głębokich zaburzeń poznawczych.

Pan Franciszek – sąsiad chorego: *Jestem jedynym bliskim tego pacjenta. Mieszkamy obok siebie od 40 lat. Kiedy zmarła mu żona, zachodziłem do niego przynosząc mu obiad. Gdy się tak bardzo zmienił, załatwiłem, by zakręcono mu gaz, bo baliśmy się wszyscy, że przypadkiem wysadzi nasz blok w powietrze. Teraz nie mam już siły, by mu bardziej pomóc, a on nie ma nikogo.*

W późniejszym okresie choroby, gdy pacjent nie jest w stanie sam wystąpić o ustanowienie kuratora, można wystąpić o jego ubezwłasnowolnienie. Kurator jest wtedy wyznaczany przez sąd. Może to być najbliższa rodzina, lub inna osoba. Do wniosku o ustanowienie kuratora lub ubezwłasnowolnienie dołącza się dokumentację medyczną. O ubezwłasnowolnienie może wystąpić najbliższa rodzina chorego lub w przypadku braku krewnych prokurator na wniosek osób trzecich składających doniesienie o zaistniałej potrzebie.

Na wniosek prokuratora Sąd Rodzinny może też umieścić seniora w Domu Pomocy Społecznej, gdy ten nie ma żadnych bliskich i nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie.

Pani Anna: *Moja mama nie jest już w stanie sama mieszkać, a ja nie mogę opiekować się nią przez całą dobę. Mama niestety też nie jest w stanie wyrazić woli zamieszkania w domu opieki. Co robić?*

Gdy chory nie jest ubezwłasnowolniony, ale nie może z powodu swojego stanu podjąć decyzji co do dalszego leczenia i postępowania, lekarz stwierdza taki stan i przyjmuje zgodę dorozumianą. Ona obowiązuje w przypadkach wszelkich niezbędnych działań medycznych wykonywanych w trybie nagłym dla ratowania życia. Zgodę dorozumianą przyjmuje się także, gdy faktyczny opiekun w celu zapewnienia właściwej opieki decyduje

się na przeprowadzenie niekompetentnego podopiecznego do domu opieki. Zgody na zamieszkanie oraz leczenie takiego seniora udziela wtedy opiekun faktyczny.

Proces ustanawiania kuratora trwa przy obecnych sądowych standardach kilka miesięcy. Sąd wyznacza biegłego, często też samo posiedzenie odbywa się w miejscu pobytu pacjenta. Do czasu podjęcia decyzji przez sąd we wszystkich sprawach związanych z niezbędnymi decyzjami dotyczącymi sprawowania opieki, leczenia, rehabilitacji, zgody na standardowe badania udziela opiekun faktyczny.

Pan Krzysztof – syn pacjentki: *Mama chorująca na chorobę Alzheimera złamała nogę i zawieźli ją do szpitala. Tam leżała przez tydzień i wypisali ją ze złamaną nogą do domu.*

Lekarze, podejmując decyzję o dużym zabiegu operacyjnym, zawsze muszą brać pod uwagę dobro pacjenta. Operacja ma przynieść więcej pożytku niż szkody. Lekarz ocenia, czy ryzyko zgonu, pogorszenia niepełnosprawności nie jest większe niż spodziewany efekt naprawczy operacji. „Po pierwsze nie szkodzić” ta dewiza każe czasami odstąpić od nadmiernego postępowania medycznego.

W przypadkach sytuacji zdrowotnych wymagających zabiegów dla ratowania zdrowia, gdy postępowanie może być odroczone, a lekarze uważają, że zabieg należy przeprowadzić, szpital występuje o zgodę na zabieg operacyjny niekompetentnego pacjenta, który nie ma opiekuna faktycznego, do sądu, który proceduje wtedy szybko i podejmuje decyzje w przeciągu kilku dni (np. w przypadku konieczności wyrwania zębów w celu usunięcia ognisk zapalnych).



Możliwości zabezpieczenia prawnego seniora

- Udzielenie stałego pełnomocnictwa w konkretnych sprawach, które będzie ważne w późniejszym okresie, gdy chory straci już kompetencje do podejmowania decyzji – udziela senior we wczesnym okresie choroby.
- Wystąpienie chorego o ustanowienie osoby bliskiej jako kuratora – w celu uchronienia się przed skutkami decyzji niekompetentnych w przyszłości – występuje senior we wczesnym okresie choroby.
- Wystąpienie o ubezwłasnowolnienie – w celu zabezpieczenia praw pacjenta niekompetentnego.

Trening pamięci jako profilaktyka oraz metody aktywizacji chorych w procesie otępiennym

Autorka: Psycholog Karolina Jurga

Jak funkcjonuje nasza pamięć?

Ludzka pamięć to zbiór doświadczeń, wiedzy o świecie i umiejętności. By znalazły się one w naszej pamięci, musi nastąpić mechanizm zapisywania danych. To właśnie tu, niczym na twardym dysku komputera, gromadzona jest wiedza, o tym jak użyć danego przedmiotu, żelazka, maszynki do golenia albo jak poprowadzić samochód. Często nie zastanawiamy się nad tym, jak wykonać daną czynność, tylko po prostu automatycznie ją wykonujemy – jest to tzw. pamięć proceduralna, czyli pamięć praktyk, które kolejno muszą po sobie nastąpić, by efektem była zamierzona czynność. Użycie odpowiednich przedmiotów do wykonania konkretnego zadania wiąże się z mobilizacją naszej pamięci semantycznej, czyli wiedzy o nazwach przedmiotów. Wszystkie nasze doświadczenia i przeżycia gromadzimy w pamięci autobiograficznej, a pozostałe wydarzenia w pamięci epizodycznej. Zatem nasza pamięć jest systemem wielu funkcji wpływających na siebie nawzajem, nie zaś jednym obszarem zlokalizowanym „gdzieś” w mózgu.

Ważne jest, że nasza pamięć powiązana jest silnie z koncentracją uwagi. Każdy z nas ma zapewne doświadczenie roztargnienia. W takiej sytuacji trudno jest przypomnieć sobie istotne szczegóły. Goniłwa myśli albo przeciwnie pustka w głowie utrudniają przypomnienie sobie nierzadko najprostszych słów, niedawnego zdarzenia, doskonale znanego nazwiska, etc.

Na funkcjonowanie naszej pamięci wpływa również stan emocjonalny. Badania pokazują, że znacznie dłużej pamiętamy wydarzenia nacechowane emocjonalnie, bez względu na znak emocji.

Zatem na zapamiętywanie (czyli uczenie się), kodowanie i przypominanie danego materiału wpływa wiele czynników. Wielu z nich też nie ujęłam, jak np. diety, aktywności fizycznej¹, jednak nie są one przedmiotem niniejszego artykułu.

1. O roli aktywności fizycznej więcej pisze rehabilitantka Aleksandra Chojak.

Profilaktyka zaburzeń poznawczych, by jak najdłużej cieszyć się sprawną pamięcią

Techniki wyobrażeniowe

Wiele osób w wieku senioralnym często zadaje mi pytania „Czy to, że zapominam, gdzie położyłam okulary, to coś złego? lub „Ciagle czegoś szukam, czy to może oznaczać zaburzenia pamięci? Zapewne wiele osób po wyjściu z domu zadaje sobie pytanie: „Gdzie są moje klucze?“, „Czy zamknąłem drzwi na klucz?“ Może to być wynik zbyt wielu spraw na głowie, stąd trudności z koncentracją uwagi, poczucie roztargnienia lub wynik niedoboru minerałów w organizmie. Ale może być to również zwiastun ujawniającego się procesu chorobowego². Niewątpliwie są to sytuacje, które sygnalizują potrzebę treningu funkcji poznawczych, czyli zdolności umysłowych niezbędnych do codziennego odbierania i przetwarzania bodźców napływających ze środowiska. Funkcje te wzajemnie na siebie wpływają, dlatego osłabienie w jednym zakresie może dawać poczucie pogorszenia w ogólnym funkcjonowaniu. Warto więc pobudzać mózg nie tylko w obszarze pamięci *sensu stricto*, ale także poprzez inne procesy poznawcze.

Już 20 min regularnego treningu dziennie wspomaga pamięć! Ćwiczenia, których celem jest poprawa sprawności umysłowej oraz stymulacja mózgu do efektywnego uczenia się i zapamiętywania, są relatywnie proste i nie wymagają wielkiego wysiłku. Niektóre z nich możesz robić w tramwaju, na spacerze, w poczekalni, tak naprawdę gdziekolwiek jesteś. Dzięki temu łączysz przyjemne z pożytecznym.

2. Więcej o tym pisze specjalista geriatra Milena Słoń w artykule „Od podejrzenia do postawienia rozpoznania – czy mam otępienie?”



Codziennemu zapamiętywaniu może pomóc stosowanie dodatkowych technik skojarzeniowych z czynnością lub przedmiotem, np.:

- Aby nie zastanawiać się, czy zamknąłeś drzwi wejściowe do domu, chowając klucze do kieszeni, wykonaj jakiś nietypowy ruch, np. podrzuć je w rękę. Nasz mózg lepiej zapamiętuje obiekty, kiedy są przedmiotem działania.
- Aby szybciej przypomnieć sobie miejsce położenia, np. ważnego dokumentu, odkładając kartkę na półkę, wyobraźmy sobie, że akurat pod jej ciężarem półka wygina się i pęka. To przejawione spojrzenie pomoże szybciej przypomnieć sobie, gdzie zostawiliśmy ważną kartkę.

Trening poznawczy

- Wypisz na kartce różne sylaby, np. mu-, la-, re-, etc. i staraj się napisać jak najwięcej wyrazów rozpoczynających się od nich. Każdego dnia możesz zanotować inne sylaby.
- Wypisz na kartce długie słowo, np. KONSTANTYNOPOLITAŃCZYK, i staraj się ułożyć jak najwięcej nowych wyrazów, z liter w nim występujących (propozycja innych długich słów: temperatura, termostatyczny, ukontentowany).
- Wymyśl sobie jakieś słowo i spróbuj przeliterować je w pamięci od końca do początku (wspak, nie patrząc na kartkę), np. SKRZAT, czyli TARZKS, SAMOLOT – TOLOMAS.
- Wszystkie zadania polegające na „Znajdź 10 różnic” usprawniające pamięć poprzez zdolność przeszukiwania pola – dostępne są w kioskach.
- Rzucanie kostkami – wyrzuć kilka kostkami liczbowymi (3-4) i przez chwilę patrz na liczbę ich oczek. Zakryj kostki ręką i policz w pamięci sumę oczek, które wypadły. Powtórz ćwiczenie kilka razy. Możesz również zwiększać trudność zadania poprzez dodawanie kolejnych kostek.
- Warto wykonywać zadania typu „Znajdź w rozsypanych literach ukryte słowa” – tzw. „wykreślanki” – są one również dostępne w kiosku.
- Odejmowanie w pamięci, np. od 386 odjąć 6 i idąc w dół od każdego wyniku odejmować po 6 (im wyższa cyfra, tym trudniej, np. 3863).
- Przyjrzyj się dowolnemu obrazkowi, po chwili zakryj go i po kilku minutach wymień elementy, które się na nim znajdują.
- Napisz jakieś słowo, wymyśl do niego skojarzenie, do ostatniego kolejne skojarzenie, do ostatniego ponownie i tak dalej wymyślaj sekwencje, aż zapełnisz całą kartkę – pobudza to wyobraźnię i elastyczność myślenia.
- Wypisz jak najwięcej słów w podanej kategorii: ostre i podługne, błyszczące i miękkie, czerwone i twarde, etc. Możesz wymyślić różne kategorie i starać się wypisać jak najwięcej słów. Możliwa modyfikacja: 3 elementy, np. zielone, twarde, podługne.

Koordinacja psychoruchowa

Nasz mózg zbudowany jest z dwóch półkul wzajemnie ze sobą połączonych i wymieniających się między sobą informacjami. Warto ćwicząc rozwijać działanie obydwu, ponieważ zapewnia to lepszą koordynację ruchową i wzmocnienie koncentracji uwagi, powodując tym samym, że lepiej zapamiętujemy.



Poniżej propozycja ćwiczeń:³

- Wykonuj prawą stopą przejście z pięty na palce i z powrotem oraz w tym samym czasie lewą stopą – z palców na piętę.
- Do wcześniejszego ćwiczenia dodaj wykonywanie pionowej kreski prawą ręką w powietrzu – prawą ręką pionową kreskę, a lewą – poziomą.
- Jako kolejne ćwiczenie jedną ręką rysuj okrąg w powietrzu, a drugą trójkąt.
- Inne ćwiczenie – jedną ręką rysuj trójkąt (wierzchołkiem do góry), a drugą – trójkąt odwrócony (wierzchołkiem do dołu) i dołącz śpiewanie piosenki.
- Dotykaj kciukiem prawej ręki do opuszki każdego palca prawej ręki (zaczynaj od palca wskazującego) i jednocześnie dotykaj kciukiem lewej ręki do opuszki każdego palca lewej ręki (zaczynając od palca małego).

3. Ćwiczenia na podstawie publikacji „Ćwicz umysł i ciało”, wyd. Akademia medycyny, Warszawa 2012 r.

Żonglowanie

Badacze Uniwersytetu w Oxfordzie dowiedli, że żonglowanie trzema piłeczkami w istotny sposób wpływa na komunikację między poszczególnymi obszarami mózgu. Sam proces uczenia się żonglerki jest ważniejszy niż umiejętności. Podczas wykonywania zadania nasz mózg angażuje obydwie półkule i wykonuje szereg skomplikowanych operacji koordynując to, co widzimy, z tym jak się ruszamy.

Co robić, gdy zaburzenia pamięci utrudniają codzienne funkcjonowanie?

Proces dostrzeżonych kłopotów z pamięcią, tj. pewnych zaburzeń pamięci, można spowolnić lub złagodzić poprzez prowadzenie odpowiedniego, w miarę możliwości aktywnego trybu życia, także poprzez dietę, a nade wszystko – i to trzeba mocno podkreślić – przez regularne ćwiczenie pamięci. Zadania można wykonywać w domu lub uczestniczyć w zajęciach zorganizowanej grupy terapeutycznej prowadzonej przez specjalistów w Ośrodku Diennej Rehabilitacji. Terapia to działania ukierunkowane na wspomaganie określonych funkcji. Gdy zostaje zdiagnozowany proces otępienny, nie ma jednej recepty ani metody działania, ponieważ każdy podopieczny ma indywidualne zasoby, potrzeby, upodobania i motywacje.

Co dzieje się z procesami poznawczymi u osób chorych z zespołem otępiennym?

Otępienie to zespół objawów utrudniających codzienne funkcjonowanie.

Uszkodzeniu ulegają funkcje, takie jak: pamięć, percepcja, myślenie, orientacja, rozumienie, zdolności uczenia się, liczenie, język, analiza i ocena sytuacji. Najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera. Jednak rozróżniamy wiele typów otępienia⁴, m.in. naczyniopochodne, czołowo-skroniowe, z ciałami Lewego, otępienie typu Alzheimerowskiego, mieszane. Każde z nich u chorego prowadzi do braku samodzielności w codziennym funkcjonowaniu. Proces otępienia można zobrazować następująco: Wyobraźmy sobie, że patrzymy na blok mieszkalny wieczorem. W oknach widzimy zapalone światła. Z czasem, kiedy kolejni mieszkańcy idą spać, coraz więcej światel gaśnie. Podobnie jest w procesie chorobowym – „wyłączają się” poszczególne funkcje. Tempo zmian zależy od indywidualnych zasobów każdego człowieka i tzw. rezerw poznawczych, które zgromadzimy w ciągu życia⁵. Dlatego ważne jest, by proces neurodegeneracji spowalniać albo łagodzić poprzez dostarczanie aktywności umysłowej i fizycznej⁶.

Poniżej przedstawię szereg możliwych zajęć stymulujących mózg i mogących wpłynąć na spowolnienie procesu chorobowego i złagodzenie zaburzeń zachowania.

Jak aktywizować umysł chorego na co dzień?

Zasady organizacji zajęć

Proste – przyjemne, ale pozostające możliwie jak najdłużej na poziomie człowieka dorosłego.

Krótkie – najlepsze efekty przynoszą zajęcia 20-30 min, ponieważ pacjenci mają trudności ze skupieniem uwagi przez dłuższy czas.

4. Więcej o różnicowaniu pisze dr Milena Słoiń w artykule pt. „Otępienie zostało rozpoznane. Co dalej?”

5. Zagadnienie to wyjaśnia dr Milena Słoiń

6. O aktywności fizycznej pisze Aleksandra Chojak

Różnorodne – jeśli pacjent staje się sfrustrowany lub zdenerwowany, warto zakończyć albo zmienić ćwiczenie, zachęcając do samodzielności i inicjatywy.

Istotne jest, aby dostosowywać zadania do zainteresowań chorego. Łatwiej będzie nam zmotywować go do działania, kiedy będzie ono zbliżone np. do wykonywanej niegdyś pracy zawodowej chorego. Jeden z moich pacjentów, lekarz chirurg, bardzo lubił wycinać z papieru różne motywy. Wyciszała go ta czynność. Czuł, że robi coś ważnego, co jest przydatne dla innych. Pan Jan nie zdawał sobie sprawy ze swojej choroby, był zadowolony, kiedy wykonywał czynność, która była mu doskonale znana sprzed lat – precyzyjne cięcie. Nie próbuj wymyślać czegoś skomplikowanego. Szukaj raczej zajęć sprawiających choremu przyjemność, związanych z dawnymi albo aktualnymi zainteresowaniami, czymś co doskonale pamięta, co „wychodzi”, co jest znane.

Z prawej strony przedstawiam szereg różnych inspiracji.

Nawet jeśli chory wyciąga ubrania z szafy po to, żeby po chwili z powrotem je do niej włożyć, pozwól na to. Istotne jest, że wykonuje on w tym momencie szereg złożonych ruchów, które przetwarzane są na poziomie mózgowym. Pacjent może wykonywać różne czynności dla Ciebie niezrozumiałe, jeśli jednak nie zagrażają one życiu ani zdrowiu podopiecznego, nie protestuj. Docień zaangażowanie i chęć działania.



Czynności dnia codziennego

- Obieranie ziemniaków, marchewki, etc.
- Ścieranie kurzy
- Zamiatanie
- Przykręcanie śrubek w starym meblu
- Składanie skarpetek – łączenie ich w pary
- Składanie ubrań po praniu
- Wspólne gotowanie

- Pobudzanie wspomnień
- Wspominaj z chorym dawne czasy. Co lubił robić będąc nastolatkiem, pierwszą naukę jazdy na rowerze. Możesz wykorzystać stare przedmioty (narzędzia z gospodarstwa domowego, kuchenne, stare pieniądze, fotografie, albumy rodzinne)
- Spróbuj włączyć stare filmy, np. „Ada, to nie wypada” lub filmy z Eugeniuszem Bodo, Brigitte Bardot
- Ćwiczenia psychoruchowe
- Sięganie prawą ręką do lewego kolana, sięganie lewą ręką do prawego ucha, etc.
- Pisanie lub rysowanie figur obiema rękami jednocześnie
- Używanie lewej ręki (dla praworęcznych) do innych czynności, np. mieszanie, włączanie światła, przełączanie guzików na pilocie do telewizora, etc.

Ćwiczenia przedstawione w akapicie „Profilaktyka zaburzeń poznawczych” możesz także wykonywać z osobą z zespołem otępiennym. Może się jednak okazać, że będą wymagały nieznacznej modyfikacji, dostosowanej stopniem trudności do zaawansowania choroby. Istotne jest, aby trening sprawiał choremu przyjemność, był formą codziennej aktywności, a nie przykrym obowiązkiem. Staraj się doceniać wykonane przez podopiecznego zadania. Nie poprawiaj, nie krytykuj, bo lęk przed popełnieniem błędu może spowodować wycofanie się chorego z aktywności i niechęć do pracy umysłowej. Wielokrotnie spotkałam się ze stwierdzeniem chorych: „czuję jakbym to nie była ja, nie potrafię nawet prostego zadania wykonać, gubię się”. Szczególnie na początku podopieczny doświadcza dużego dyskomfortu, czuje że „coś” jest nie tak, ale nie potrafi tego nazwać. Staraj się raczej zachęcać chorego do wspólnego treningu pamięci niż „testować” podsuwając szereg zadań. Dla osoby doświadczającej zaburzenia pamięci samo zagubienie w sytuacji, informacje z otoczenia „przecież ci mówiłam”, nienadążanie za wątkiem wypowiedzi dostarczają silnego stresu i często są powodem przygnębienia albo rozdrażnienia. Oddziaływania terapeutyczne mają na celu nauczenie chorego chodzenia inną drogą. Również on dojdzie do celu, ale innymi uliczkami. Czasem sytuacja będzie wymagała zatrzymania się i poproszenia kogoś o pomoc, innym razem użycia mapy, czyli dodatkowych narzędzi, by się odnaleźć w chorobie.

Doznania kulturalne

Wyjścia do teatru, muzeum czy kawiarni – tego typu aktywności stymulują potrzebę życia społecznego, otwierają umysł na doznania kulturalne. Pamiętaj, że chory najczęściej zachowuje swoje upodobania i nawyki, zmienia się jedynie sposób odbioru bodźców.

Wyspecjalizowane Ośrodki Diennej Rehabilitacji

Nie zawsze jednak rodzina ma możliwość dostarczania choremu odpowiedniej stymulacji umysłowej i ruchowej w ciągu dnia. Dlatego alternatywą może być zapisanie do Ośrodka Diennej Terapii dla osób z demencją. Być może niewielu opiekunów domowych wie o takiej możliwości. Chory może przyjechać do ośrodka z opiekunem albo specjalistycznym transportem, którym dysponują takie placówki. Zajęcia oraz opieka nad chorym trwają od godzin porannych do popołudnia, a na kolację pacjent wraca do domu. Zajęcia terapeutyczne przeplatane są przerwami na odpoczynek i na posiłek. Plan dnia powinien być dostosowany do możliwości i stopnia zaawansowania choroby poszczególnych osób w grupie. Zajęcia terapeutyczne prowadzone są albo w formie grupowej, albo indywidualnej. Ich celem jest dostarczenie optymalnej stymulacji mózgu, aby złagodzić proces chorobowy. W specjalistycznych ośrodkach terapia prowadzona jest przez wielodyscyplinarny zespół, tj. lekarza, psychologa, terapeutę zajęciowego, zawodowego opiekuna, pielęgniarkę. Istotne jest, aby kompleksowo podejść do chorego na różnych poziomach funkcjonowania: poznawczym, psychologicznym, społecznym, ruchowym. Najczęściej takie ośrodki działają od rana do wieczora. To również ułatwia rodzinie organizację dnia i możliwość poświęcenia czasu na pracę zawodową albo odpoczynek, wiedząc, że chory jest w bezpiecznym, przyjaznym miejscu, pod fachową opieką. Najczęściej ustalany jest stały harmonogram przyjazdu chorego, może to być raz w tygodniu, dwa, trzy lub więcej. Zależy to od potrzeb terapeutycznych, stopnia adaptacji chorego i możliwości rodziny.



Dobroczynny wpływ muzyki

- Wspólne słuchanie muzyki – włączaj stare szlagiery. Melodie, które mogą kojarzyć się z przyjemnymi latami dla chorego albo muzykę klasyczną, której powolny rytm wycisza, relaksuje, a dynamiczny pobudza i energetyzuje.
- Śpiewaj razem z chorym. Jeśli trudno jest mu przypomnieć sobie słowa piosenki, nućcie wspólnie melodie, np. Czerwone jabłuszko, Stokrotka, Zielony mosteczek, Serce w plecaku, etc.
- Poszukaj dostępnych filmów muzycznych, np. z Eugeniuszem Bodo, Brigitte Bardot.

Zajęcia terapeutyczne na przykładzie Ośrodka Diennej Rehabilitacji Care Experts

Terapia zajęciowa sprawia, że lepiej kojarzymy i kreatywniej myślimy, a nasz umysł aktywizowany jest na różnych poziomach.

Poziom procesów poznawczych:

- Trening pamięci
- Terapia rozwiązywania problemów
- Terapia przez sztukę (art terapia)
- Terapia reminiscencyjna (wspomnieniowa)
- Muzykoterapia
- Biblioterapia

Poziom psychologiczny:

- Wypracowanie zdolności kompensacyjnych
- Wzmacnianie przyjemnych emocji
- Trening wyrażania emocji
- Budowanie poczucia własnej wartości

Poziom ruchowy:

- Codzienna gimnastyka
- Zajęcia z fizjoterapeutką
- Usprawnianie koordynacji wzrokowo-ruchowej
- Taniec

Poziom społeczny:

- Spacerory
- Wyjścia do miejsc związanych z kulturą
- Wspólne posiłki
- Przegląd aktualnej prasy
- Rozmowy w podgrupach
- System wsparcia bliskich

Program dnia jest tak ułożony, by poziom stymulacji dostosowany był do możliwości wszystkich podopiecznych. Zajęcia odbywają się w podgrupach lub indywidualnie. Dzięki różnorodności form terapii naszym celem jest złagodzenie procesu chorobowego i utrzymanie niezależności chorych adekwatnej do momentu choroby.

Poprzez terapię sztuką uwrażliwiamy podopiecznych na piękno. Podczas zajęć angażowane są obszary związane z zapamiętywaniem i motywacją. Pobudzane jest logiczne myślenie i kreatywność. Usprawniana jest praca palców i precyzja ruchu. Wszystko po to, by najdłużej jak to możliwe osoby chore pozostawały samodzielne. Praca z różnym kolorem, fakturą, kształtem pobudza pracę mózgu. Powstałe przedmioty, czy to z gliny, filcu, drewna, decoupage, etc dają dużo satysfakcji i zadowolenia. Do tej pory pamiętam Panią Celinę, dla której „dzień bez zajęć w pracowni plastycznej był dniem straconym.”

Niedoceniana na co dzień muzyka ma właściwości niezwykle terapeutyczne. Dzięki muzykoterapii aktywowana jest komunikacja między-półkulowa. Melodia uaktywnia słuchowe obszary prawej półkuli, a tekst w muzyce przetwarzany jest przez językowo wyspecjalizowane obszary lewej półkuli. Radosna muzyka wpływa na pobudzenie ośrodków związanych z odbiorem doznań emocjonalnych, ich kontrolą oraz integracją. Codzienna gimnastyka wzmacnia siłę mięśni, zwiększa zakres stawów, poprawia krążenie krwi. Podopieczni pracując w grupie są bardziej zmotywowani do ćwiczeń. Zdarza się, że pojedyncze osoby pytane, czy mają chęć wziąć udział w gimnastyce, odpowiadają, że im się nie chce albo że może później. Te same osoby, kiedy widzą, jak inni rozpoczynają gimnastykę w grupie, same dochodzą do krzesła w kręgu. Zajęcia przeplatane są czasem na odpoczynek, rozmowy między sobą, wspólny posiłek.

Oto jedno z bardzo wielu podobnych wypowiedzi podopiecznych *„Moim zdaniem grupy wsparcia i terapia zajęciowa to bardzo dobry pomysł. Czuję się tam dobrze. Poznaję fantastycznych ludzi, obserwuję, wyciągam wnioski, wymieniam się wrażeniami, obawami, doświadczeniem. Razem ćwiczymy, malujemy, śpiewamy. To taka bezpieczna przystań. Wszyscy są jedną wielką rodziną”*.

Wsparcie dla rodzin

Nieodłącznym elementem terapii podopiecznych jest objęcie wsparciem również rodziny chorego, poprzez indywidualne spotkania konsultacyjne, psychoedukację grupową. Rodzina jest swego rodzaju systemem naczyń połączonych i, pomimo że choruje jedna osoba, to terapii i wsparcia wymagają wszyscy domownicy⁷.

7. Więcej na ten temat pisze zawodowa opiekunka – pedagog Katarzyna Dziadosz



Gry wspierające precyzję ruchów

- Memory – określona liczba par obrazków. W klasycznej postaci memory często bywa zbyt trudne dla podopiecznego, jednak można zmodyfikować tę grę. Ułóż na stole kartoniki obrazkami do góry, tak żeby chory je widział. Zadaniem podopiecznego jest połączyć je w pary, dobierając jeden obrazek do drugiego takiego samego. Usprawnia to funkcje uwagi i postrzegania
- Lego – w zależności od zaawansowania choroby jest znakomitym zadaniem wzmacniającym koordynację wzrokowo-ruchową, rozwija logiczne myślenie
- Puzzle – najlepiej, aby puzzle były większe niż te, do których jesteśmy przyzwyczajeni i aby zestaw zawierał 12-36 elementów. Więcej może zniechęcić chorego ze względu na czas trwania zadania i odroczone w czasie poczucie sukcesu
- Domino
- Warcaby
- Bierki, pchełki

Dobroczynny ruch... *...czyli coś dla ciała, ducha i mózgu...*

Autorka: Rehabilitantka Aleksandra Chojak

Coraz więcej osób ma świadomość, i co ważne, docenia dobroczynną wartość ruchu. Wiemy, że jest on nieodzowną częścią naszego życia, zdrowia i sprawnego funkcjonowania.

Ruch pozytywnie wpływa na cały ustrój człowieka. Wytrącając organizm ze stanu równowagi, wywołuje w nim swego rodzaju reakcję łańcuchową – do pracy i regeneracji uaktywnione zostają kolejne układy narządów człowieka, których funkcje wzajemnie się przeplatają. Systematyczny ruch wzmacnia kości, mięśnie i stawy. Zwiększa objętość płuc, normalizuje ciśnienie krwi, zmniejsza ryzyko chorób układu krążeniowo-oddechowego i sprzyja walce z nadwagą. Podczas ruchu nasz mózg wytwarza tzw. hormony szczęścia – swój prywatny narkotyk, wprawiający nas w dobry nastrój. Ruch wpływa nawet na postawę ciała, sen, koncentrację oraz sposób chodu i mówienia. Daje radość, dodaje pewności siebie i pomaga wyrażać emocje.

Mało ludzi jednak wie, że ruch to także świetna gimnastyka naszego mózgu...

Już samo zwiększenie przepływu krwi w tym narządzie powoduje dotlenienie tzw. szarych komórek, poprawiając jego sprawność i polepszając pamięć oraz koncentrację uwagi, sprawiając, że umysł pracuje wydajniej i jest bardziej odporny na działanie niekorzystnych czynników.

Ruch rozwija również pewną imponującą zdolność mózgu, zwaną plastycznością, której obecność odgrywa ogromną rolę w chorobach neurodegeneracyjnych, zwłaszcza w chorobie Alzheimera. Optymalne pobudzanie i „gimnastykowanie” mózgu różnymi bodźcami (między innymi poprzez ćwiczenia fizyczne i umysłowe) stymuluje tworzenie nowych połączeń lub przecieranie starych. Ta niezwykła właściwość mózgu umożliwia sprawnym komórkom przejście funkcji dotkniętych chorobą. Dzięki temu w pewnym stopniu możemy utrzymać część osłabionych przez chorobę funkcji, wspomóc istniejące lub wypracować nowe, czyli po prostu powalczyć o poprawę jakości i komfortu życia, podtrzymanie aktualnego stanu zdrowia oraz niedopuszczenie do gwałtownego rozwoju choroby.

Od czego zacząć?

Niezależnie czy będąc zdrowym chcesz wprowadzić dobroczynny ruch w swój harmonogram dnia, by ćwiczyć swój mózg, dotleniać go i wyzwalać endorfiny (zwane hormonami szczęścia), czy też jesteś opiekunem osoby chorej na Alzheimera, warto przed wdrożeniem tej części aktywności fizycznej, która może wydawać się zbyt intensywna, poradzić się lekarza lub fizjoterapeuty.

Ocena aktualnego stanu zdrowia, wykluczenie możliwych przeciwwskazań oraz wskazówki mogą okazać się pomocne. Taka konsultacja ułatwi również określenie optymalnych ćwiczeń, by nie były one zbyt obciążające lub mało stymulujące dla chorego.

Jak ćwiczyć?

Najlepszy jest systematyczny ruch, dlatego treningi poleca się prowadzić regularnie. Już 30–40 min codziennej aktywności fizycznej, może spowolnić starzenie się mózgu i zapobiegać demencji.

Harmonogram dnia podopiecznego warto urozmaicać aktywnym wypoczynkiem i angażowaniem w miarę jego możliwości w pomoc w codziennych obowiązkach. Jest to również dobra okazja do wspólnego spędzania czasu i wykorzystywania zachowanych zasobów chorego.

Zadbajmy, by ruch stał się nieodzowną częścią naszego życia i sprawiał przyjemność zarówno nam, jak i podopiecznemu. Stwórzmy życzliwą, motywującą atmosferę. Ćwiczenia nie muszą kojarzyć się z wysiłkiem, z czymś wyszukany czy skomplikowanym. Możemy ćwiczyć, wykorzystując naturalne warunki – w pokoju, kuchni, ogrodzie, ławce w parku – wszędzie! Tańcząc, lepiąc pierogi czy majsterkując. Codzienne wchodzenie po schodach, przeniesienie kubka na stół czy porządkowanie półek może okazać się najlepszym ćwiczeniem uwagi, równowagi czy koordynacji wzrokowo-ruchowej chorego.



O czym warto pamiętać:

- Ćwiczenia, czas trwania i intensywność należy dobierać do aktualnego stanu zdrowia.
- Polecenia powinny być krótkie, jasne i zrozumiałe.
- Usiądź na przeciwko podopiecznego.
- Dbaj o to, by podopieczny siedział prosto.
- Zwróć uwagę na regularny oddech (wstrzymywanie powietrza nie jest wskazane).
- Staraj się nie poprawiać chorego, kiedy wykonuje ćwiczenie inaczej niż zaplanowałeś. Docen to, że wykonuje zadanie – krytyka może go zniechęcić.
- Zadbaj o odpowiednią temperaturę w pomieszczeniu i oświetlenie.
- Dopilnuj, by podopieczny był najedzony (ale nie przejezony – ruch po posiłku, zwłaszcza obfitym, nie jest wskazany!).

Staraj się wykorzystywać przestrzeń i czynności, które są w zasięgu ręki i możliwości podopiecznego. Wspólny czas można urozmaicić poprzez różnorodne wykorzystanie przedmiotów, które znajdziemy w niemal każdym domu, np. piłka, poduszka, kij od szczotki, znaleziona gałąź, butelka z wodą, balon, kamyki, kasztany, mąka, karty, gry planszowe, papier, kredki i nieskończenie wiele innych.

Poniżej znajdziesz różne ćwiczenia, które możesz wykonywać jako profilaktykę demencji oraz formę stymulacji umysłu podopiecznego z zaburzeniami poznawczymi.

Ważne ćwiczenia oddechowe:

Ćwiczenia oddechowe mają na celu dotlenienie mózgu, zwiększenie wydolności i sprawności układu oddechowego, polepszenie wentylacji płuc, usprawnienie ruchów przepony, uruchomienie i wzmocnienie mięśni klatki piersiowej, a także działanie relaksujące. Oto propozycja kilku ćwiczeń, które można wykonywać wielokrotnie w ciągu dnia:

- **Wdech i wydech:**

Uniesienie rąk w górę z wykonaniem głębokiego, spokojnego wdechu nosem oraz wolne opuszczenie ich podczas maksymalnego, spokojnego wydechu ustami. Ćwiczenie powtarzamy 3-4 razy. Można je wykonywać w pozycji stojącej, siedzącej lub leżącej. Warto zwrócić uwagę na ruchy klatki piersiowej (podczas wdechu staramy nabrać powietrza w płuca tak, by maksymalnie je unieść/rozszerzyć) oraz przepony (oddychamy tak, by podczas wdechu uwypuklić brzuch oraz wciągnąć go podczas wydechu). Jest to ćwiczenie, które mo-

żemy przeplatać podczas codziennego treningu, jak również wykonywać niezależnie w ciągu dnia. Wznoszenie rąk pomaga nam otworzyć klatkę piersiową i wykonać pełniejszy wdech. Ćwiczenie to możemy urozmaicić poprzez zmianę unoszenia rąk – zamiast prosto, wnosimy je bokiem; ruch zaczynamy od skrzyżowania rąk na klatce piersiowej i wraz z rozpoczęciem wdechu rozplątamy je i unosimy. Możemy również wspomóc się przyrządami, jak na przykład piłką czy laską.

- **Ćwiczenia ze słomką:**

W szklance lub butelce wypełnionej wodą umieszczamy słomkę. Bierzemy głęboki wdech i staramy się wykonać maksymalnie wydłużony, spokojny wydech przez słomkę do wody. Zadaniem podopiecznego jest wydmuchiwanie powietrza przez słomkę tak, by pojawiły się bąbelki, jakby woda się „zagotowała”. Możemy w tym czasie liczyć czas i motywować podopiecznego do próby wydłużania wydechu.

- **Ćwiczenie z przedmuchiowaniem:**

Siadamy z podopiecznym na przeciwko lub obok siebie. Ćwiczenie oddechu polega na przedmuchiowaniu między sobą piórka, skrawka papieru, wacika, piłeczki ping pongowej. Możemy tutaj wykorzystać swoją kreatywność w doborze przedmiotu. Istotne jest, by nie był on zbyt ciężki, bo spowoduje to nadmierny wysiłek u podopiecznego.

- **Inne propozycje ćwiczeń:**

Do pracy nad oddechem możemy wykorzystać także formę zaba-

wową, na przykład puszczenie baniek mydlanych, „podrzucanie” oddechem balonów, grę na różnych instrumentach (harmonijka, flet). Na poprawę wentylacji płuc bardzo dobrze wpływają również głośne czytanie i śpiewanie piosenek.

Propozycja ćwiczeń ogólnokondycyjnych:

Trening rozpoczynamy od najprostszych ćwiczeń, w których używane są małe stawy i stopniowo przechodzimy do bardziej złożonych ruchów, angażujących większe partie ciała.

Jeśli u podopiecznego występują zaburzenia równowagi, zawsze pamiętajmy o asekuracji podczas ćwiczeń, by wykluczyć możliwość upadku. Intensywność, pozycje oraz czas należy dobierać indywidualnie do potrzeb i możliwości podopiecznego.

Poniżej znajduje się kilka przykładowych ćwiczeń, których głównym celem jest nie tylko poprawa ogólnej kondycji i sprawności organizmu (poprzez wzmocnienie mięśni, zwiększenie zakresów ruchomości w stawach, polepszenie wydolności krążeniowo-oddechowej), ale również aktywizacja naturalnych mechanizmów pracy mózgu poprzez ruch ciała, a co za tym idzie wzmocnienie pamięci i innych funkcji poznawczych.

Ćwiczenia w pozycji siedzącej:

1. Unosimy ręce przed siebie – szybko i dynamicznie zginamy i prostujemy palce u rąk.
2. Kładziemy dłonie płasko na udach lub stole i po kolei prostujemy kolejne palce prawej i lewej dłoni (imitacja gry na pianinie). Możemy też ćwiczyć, dodając zadania, np. uniesienie

jednocześnie prawego kciuka i lewego palca serdecznego; lewego palca wskazującego i prawego środkowego itp.

3. Dłonie zaciskamy w pięstki – krążymy w stawie nadgarstkowym w jedną i drugą stronę.
4. Naprzemiennie dotykamy lewą ręką prawego barku i prawą ręką lewego barku. Następnie lewą ręką przeciwległego kolana, a później prawą kolana lewego. Podobnie wykonujemy ćwiczenie dotykając przeciwległej kostki nogi.
5. Unosimy i opuszczamy barki.
6. Krążymy barkami w przód, następnie w tył.
7. Zaciskamy dłonie w pięstki, wyrzucamy ręce dynamicznie przed siebie (symulacja boksowania), następnie po skosie do boku (przekraczamy linię środkową ciała!).
8. Naprzemiennie przetaczamy stopy na palce i na pięty (w momencie przejścia na palce, pięta odrywa się od podłogi i odwrotnie).
9. Unosimy obie nogi do góry. Wykonujemy w powietrzu nożycy pionowe, następnie poziome.
10. Podnosimy udo do góry, z równoczesną próbą kłaśnięcia dłońmi pod uniesionym kolaniem, to samo ćwiczenie wykonujemy drugą nogą.
11. Wraz z wdechem powietrza nosem wstajemy z krzesła, prostujemy się, siadamy wydychając powietrze ustami. Jeśli jest taka potrzeba, można wspomóc się poręczą krzesła, na którym siedzimy, bądź balkonika, który umieszczamy przed ćwiczącym.

Ćwiczenia w pozycji siedzącej z przyrządami:

• Ćwiczenia z piłką (można zastąpić np. poduszką, maskotką):

1. Trzymamy piłkę w dłoniach na wysokości klatki piersiowej, ściskamy ją przez 3 sek., rozluźniamy.
2. Podrzucamy piłkę do góry z równoczesnym klaśnięciem w dłonie, łapiemy ją.
3. Kładziemy piłkę na udach. Staramy się powoli, obiema dłońmi przeturlać ją po całej nodze, aż do podłogi, po czym wracamy do pozycji wyjściowej.
4. Kładziemy piłkę pod stopami, powoli, używając obu nóg, próbujemy przeturlać ją do przodu i do tyłu, najdalej jak to możliwe.
5. Kładziemy piłkę na podłodze. Turlamy ją dłońmi wokół nóg, zataczając tzw. ósemki (jeśli mamy problem z dotknięciem podłogi, możemy przekładać piłkę w powietrzu pomiędzy nogami).
6. Podajemy piłkę z ręki do ręki: przed sobą i za plecami.

Możemy ćwiczyć też w parze, podając sobie piłkę, na przykład rzucać zza głowy, sprzed klatki piersiowej, bez i z odbiciem od ziemi, kopiąc, kozłując, rzucając do celu.

• Ćwiczenia z laską (można wykorzystać np. laskę do podpierania, kij od szczotki czy znaną z parku gałąź):

1. Trzymamy laskę w dłoniach przed sobą. Zataczamy kółka najpierw do przodu, następnie do tyłu. Ćwiczenie możemy rozpocząć od małych kółeczek, stopniowo je zwiększając.
2. Łapiemy laskę na środku obiema rękami, robimy „śmigielka” w prawą

i lewą stronę (ćwiczenie to można robić również osobno dla każdej ręki).

3. Unosimy laskę w górę, następnie próbujemy przenieść ją za głowę na plecy.
4. Kładziemy laskę na ziemi przed stopami. Toczmy ją w przód i w tył.
5. Kładziemy laskę na ziemi przed stopami. Przenosimy stopy przed i za laskę (całe stopy).
6. Kładziemy laskę pomiędzy stopami. Przenosimy stopy na prawo i lewo od laski.

Ćwiczenia w leżeniu na plecach (na twardym łóżku lub karimacie):

1. Nogi zginamy w kolanach, ręce układamy wzdłuż tułowia. Próbuje naprzemiennie dotykać kolan przeciwną ręką.
2. Nogi zginamy w kolanach, ręce układamy wzdłuż tułowia. Unosimy biodra, wytrzymujemy w tej pozycji przez ok. 3 sek. i wracamy do pozycji wyjściowej.
3. Nogi zginamy w kolanach, ręce układamy wzdłuż tułowia. Przetaczamy złożone nogi na prawą i lewą stronę ciała (próbujemy dotknąć kolanami podłogi).

Ćwiczenia w leżeniu na brzuchu:

1. Ręce wyciągamy przed siebie, nogi maksymalnie zginamy w stawach kolanowych, po czym naprzemiennie unosimy prawe i lewe udo nad podłogę. Gdy opanujemy to ćwiczenie, możemy dodać jednocześnie unoszenie przeciwnej ręki.
2. Dłonie kładziemy w okolicy barków, przyklejamy je do podłogi. Robimy pół pompki, odrywając górną część tułowia.

Pamiętaj, że każde ćwiczenie należy dostosować do możliwości chorego. Istotą jest optymalne dostarczanie ruchu, a nie nadmierny wysiłek i przeciążenie ćwiczeniami. W zależności od stadium choroby, ćwiczenia mogą być wykonywane przez podopiecznego bardziej lub mniej dokładnie.

To, co może pomóc, to siedzenie na przeciwko sobie. Każdy z nas ma zdolność naśladowania ruchów drugiego człowieka dzięki funkcjonowaniu neuronów lustrzanych. Chory dzięki obserwowaniu opiekuna ma szansę powtórzyć po nim zadanie, bez względu na to czy rozumie polecenie, czy nie.

To, co może motywować chorego do ćwiczeń lub urozmaicić ich przebieg, to puszczone w tle muzyka. Pozwoli ona utrzymać rytm, nada tempo, może też wpłynąć na zaangażowanie i pobudzenie podopiecznego. Spośród tańców szczególnie polecany jest walc, ponieważ wyzwala płynny ruch, często uruchamia również przyjemne wspomnienia.



Z życia chorych i ich najbliższych...

U mojego Taty kilka lat temu zdiagnozowano chorobę Alzheimera. Z czasem coraz trudniej było zmotywować go do ćwiczeń, ale i na to znalazłam sposób. Kiedy chcę go „rozruszać”, puszczam jego ulubione szlagiery. Muzyka wprawia go w doskonały nastrój. Chodzi, śpiewa, podryguje, czasami prosi mnie do tańca. Poproszony przeze mnie nigdy nie odmawia. Często tańczymy. To po prostu inna forma gimnastyki, ale jaka przyjemna!

Pomagają mi aktywność fizyczną, analiza emocji i ćwiczenia oddechowe. Ćwiczę jogę, dzięki temu żyję inaczej i widzę znaczną poprawę

W pracy mam pod opieką nie tylko panią G. Muszę też ugotować obiad i „zająć” się domem. Niekiedy to bardzo trudne, ale staram się angażować panią G. w pomoc we wszystkie czynności, w miarę jej możliwości, a zwłaszcza w te wymagające skupienia i dokładności.

Obie mamy świetną zabawę i wspólnie spędzamy czas. Ona ćwiczy, a ja mam pomocnika. Wspólnie gotujemy: lepimy pierogi, kroimy sałatki, trzemy ziemniaki na placki, robimy ciasteczka.

Niekiedy proszę ją o przepisanie kilku przepisów (na początku miała z tym problem), nawleczenie rozerwanych „przypadkiem” koralii. Przesadzamy wspólnie kwiaty, robimy kartki świąteczne, rzucamy skarpetkami do celu, a nawet myjemy okna!

Mam koleżankę, która przychodzi do mnie zawsze niezapowie-

dzianie. Często dla zabawy chowa mi różne rzeczy, a potem bawi się ze mną w „ciepło-zimno”. Nie wiem po co to robimy, ale w zasadzie lubię tę zabawę”

Byłam zła, gdy któregoś dnia córka pojawiła się w domu z psem. Nie chciałam myśleć o kolejnym obowiązku, który najprawdopodobniej spadnie na moje barki. Mama i jej „choroba zapominania” i tak pochłaniała większość mojego czasu. Pies okazał się jednak strzałem w dziesiątkę! Mama zakochała się w nim od pierwszego wejrzenia! Towarzyszy jej cały czas. Zaczęła wychodzić na spacer (bo pies przecież potrzebuje się wybiegać!) i karmić go na czas (choć wcześniej pojawiały się u niej problemy z orientacją w czasie). Potrafią bawić się godzinami. Można powiedzieć, że wzajemnie się sobą opiekują. Mama bardzo się przy nim wyciszyła i jednocześnie odnalazła radość życia. Przy okazji jej aktywność fizyczna znacznie wzrosła.

Powyższe przykłady pokazują, że gimnastyka nie musi być rozumiana tylko jako wykonywanie zorganizowanych ćwiczeń fizycznych. Ruch stymulujący pracę mózgu może opierać się również o rekreację, taniec, spacer czy wykonywanie czynności domowych, np. wycieranie kurzu, zamiatanie, odkurzanie, itp. Istotne, aby w sytuacjach niskiej motywacji chorego do ruchu aktywizować go poprzez zadania, które mogą wiązać się ze wspomnieniami lub budzić przyjemne skojarzenia.

Bliska jest mi myśl profesora Wiktora Degi: *Ruch jako lek nie ma substancji ani opakowania. Umiejętne podanie go choremu, wraz z osobowością i sercem, czyni ten lek niezastąpionym.*



Jak reagować na (nie)typowe zachowania chorego cierpiącego z powodu otępienia?

Autorka: Psycholog Karolina Jurga

To choroba „wymusza” nieadekwatne zachowania. Jeśli wydaje Ci się, że Twój bliski zaczyna być złośliwy, pamiętaj, że to przejaw choroby, a nie złej intencji.

Apatia, wycofanie

- Szczególnie na początku choroby może zdarzyć się, że chory będzie wycofywał się z aktywności towarzyskiej, wspólnych rozmów przy stole rodzinnym z obawy przed komentarzem „Przecież już to mówiłeś”, „Co się z Tobą dzieje?” lub samopoczuciem: „Coś ze mną nie tak”.
- Jeśli Twój bliski zapyta, kiedy będzie obiad, pomimo tego, że 30 minut temu skończyliście go jeść, nie upominaj „Właśnie go zjadłeś”. Staraj się cierpliwie zapytać „A jesteś głodny?” albo „Poczekajmy jeszcze dwie godziny do następnego posiłku,” albo z życzliwością zmień temat. Będiesz w zgodzie z prawdą, a choremu oszczędzisz stresu. Poprawianie nie przyniesie efektu uczenia się.

Zaburzenia czasu i przestrzeni

- Wypracuj wraz ze swoim bliskim nawyk noszenia ze sobą telefonu komórkowego, szczególnie w początkowym stadium choroby.
- Zadbaj o to, by chory miał przy sobie kartkę z numerem telefonu bliskiej osoby, by w sytuacji zgubienia się, ktoś mógł zadzwonić.
- Kiedy pojawią się trudności z poczuciem czasu, warto powiesić w widocznym miejscu duży zegar i kalendarz. Nie testuj chorego, „Jaki dziś dzień tygodnia?” To, że nie poprawisz błędnej odpowiedzi chorego nie sprawi, że zapamięta on na przyszłość prawidłową datę. Raczej będzie mu przykro, że nie zna „tak prostej” odpowiedzi.

Nocne wędrowanie

- Aby zmniejszyć u chorego potrzebę nocnego wędrowania, warto pójść około godz. 16.00 na wspólny spacer.
- Jeśli chory często budzi się w nocy i zaczyna „wędrować”, dopilnuj, by skorzystał przed snem z toalety. Parcie na moc może wybudzać, chorego ze snu i wymuszać wędrowanie.
- Tłumaczenie, że jest noc i należy spać nie ma sensu – mózg nie przetworzy tej informacji. Lepiej zapewnić osobę, że jest bezpieczna, że wszystko jest w porządku, żeby odpocząła.

Ubieranie się

- Jeśli chory ma trudności w odróżnianiu poszczególnych części garderoby, można wykładać je w takiej kolejności, w jakiej chory powinien je założyć lub podawać je choremu oddzielnie.
- Można oznaczyć szafki z ubraniami chorego, naklejając napisy lub proste rysunki opisujące poszczególne części garderoby.
- Ubrania zapinane na guziki można zastąpić ubraniami z zamkiem błyskawicznym – trudniej je rozpiąć.

Nadmierne łaknienie lub brak apetytu

- Ważne jest regularne przyjmowanie posiłków.
- Staraj się podawać posiłki częściej, za to w małej objętości (5 x dziennie).
- Przygotuj przekąski, np. kawałek sera, kawałek jabłka, marchewki, krakersa czy kostkę gorzkiej czekolady.
- Mycie zębów po posiłku zmniejsza łaknienie.
- Po odejściu od stołu warto odwrócić uwagę, żeby chory nie myślał już o jedzeniu.

Emocje towarzyszące chorobie

Nawet jeśli chory zapomni, co było powodem wzbudzenia danej emocji, będzie ją nadal odczuwał. Pamięć emocji jest zachowana najdłużej.

- Kiedy chory doświadcza spadku zdolności umysłowych, czuje się zagrożony. Bardzo często przejawia się to słowami: „Czuje jakbym

to nie był(a) ja”. Pomocne dla chorego jest wtedy wsparcie i dodanie otuchy. Docenienie, co wykonuje dobrze, co ostatnio zrobił poprawnie – znalezienie mocnych stron funkcjonowania chorego dodaje wiary w swoje możliwości.

- Rozmowa o chorobie może wzmacniać lęk chorego, poczucie rezygnacji, spowodować wycofanie z kontaktów z innymi i zwolnienie mózgu z potrzeby aktywności, „co mi jeszcze zostało”.
- Rozmowa przy chorym prowadzona na jego temat, w taki sposób, jakby go obok nie było, może wywołać u niego agresję, depresję, a nawet lęk o przyszłość. Nawet jeśli po chwili zapomni o sytuacji, nieprzyjemne emocje będą w nim tkwiły. Warto próbować włączyć osobę chorą do rozmowy.
- Wiedząc, że chory wykonuje daną czynność długo, np. zakłada buty, zaproponuj, by rozpoczął ją 30 min wcześniej, lub kup buty na rzepy albo „wciskane”. Choremu pomoże to w zachowaniu samodzielności, a Tobie zaoszczędzi czas.
- Jeśli czynności dnia codziennego zaczynają sprawiać choremu trudność, warto zaangażować go w inne zadania, z którymi sobie poradzi.
- Jeśli chory wykonuje jakieś zadanie nie poprawiaj, że „Źle!”, „Nie tak!”, „Jak Ty to robisz?” Staraj się wspierać i kiedy to konieczne, powtórzyć instrukcję.
- Zbyt duża liczba osób naraz w mieszkaniu chorego może wywoływać u niego apatię, lęk, a nawet agresję lub pobudzenie.

- Powodem pobudzenia lub agresji mogą być także drobne elementy, jak uwieranie bielizny, niewygodne buty, niewidoczny początek infekcji. Chory czasem może nie umieć nazwać tego, co się dzieje – jego emocje są dla nas sygnałem niezaspokojonej potrzeby.

Komunikacja i budowanie dobrej relacji

Wysiłek włożony w dobrą komunikację to inwestycja w spokój wewnętrzny opiekuna i spokój chorego.

- Pojawiające się trudności ze znalezieniem słów mogą być szczególnie trudne dla chorego. Może zastępować je niewłaściwym słowem lub nie być w stanie przypomnieć sobie danego wyrazu. „Widzę to, o czym rozmawiamy, mam to przed oczami, ale nie mogę przypomnieć sobie, jak to się nazywa” – można próbować podsunąć słowo lub myśl choremu.
- Kiedy chory zacznie mieszać fakty z życia, imiona znanych osób – nasze tłumaczenia, że „tak nie jest”, nie mają sensu – mózg chorego nie przetwarza informacji w prawidłowy sposób. Może to wzbudzić jedynie frustrację podopiecznego i Twoją złość. Lepiej w danej sytuacji przemilczeć, a za chwilę lub później powiedzieć już prawidłowe zdanie, np.: „Dziś jest wtorek”, „Twój przyjaciel ma na imię Zbigniew.”
- Daj choremu możliwość wyboru: „Wolisz to lub to?” – poczucie wpływu, decydowania o sobie jest jednym z bardzo istotnych elementów stabilizacji tożsamości.
- Ważniejsze jest docenianie wykonania czynności niż skupianie się na jej efektach, np. może zdarzyć się, że chory posadzi kwiaty krzywo

albo zbyt głęboko. Lepiej przemilczeć zamiast używać słów, np.: „To nie tak!”, „Jak Ty to zrobił(eś)ś”, „Oj, teraz muszę poprawić”.

- Krytyka może spowodować wycofanie chorego z podejmowania aktywności: „To ja już nic nie potrafię”, „Jestem do niczego”, a docenienie może dać choremu zadowolenie i informację, że jest potrzebny.
- Warto mówić krótkimi zdaniami – informacje przekazuj pojedynczo. Potok naszych słów dociera do chorego, jakby mówiono do niego w obcym języku. Mózg nie jest w stanie przetwarzać mowy i nadawać znaczenia kolejnym wyrazom.
- Porozumiewaniu się sprzyja wolne mówienie i utrzymywanie kontaktu wzrokowego.
- Podczas rozmowy wycisz telewizor, radio lub rozmowy innych osób.
- Przetwarzanie informacji trwa u chorego dłużej, dlatego trzeba mu dać więcej czasu – ponaglanie może wywołać poczucie presji.
- Jeśli chory nie rozumie skierowanego do niego zdania, staraj się powiedzieć to samo innymi słowami.

Coś, co dla zdrowej osoby może wydawać się oczywiste, dla chorego może być zupełnie niezrozumiałe.

Bezpieczeństwo

- Jeśli chory przyzwyczajony jest do posiadania kluczy do domu, a jest obawa, że je zgubi, można dać mu pęk innych, starych klu-

czy. Chory będzie spokojny z powodu posiadania kluczy w ręku, a Ty zyskasz spokój, że nawet jeśli zostaną zgubione, nie będzie z tego powodu konsekwencji.

- Warto przechowywać ważne dokumenty i wartościowe przedmioty pod kluczem i poza zasięgiem chorego. Z powodu zawodzącej pamięci może je gdzieś schować i nie pamiętać, gdzie zostały położone.
- Jeśli chory przyzwyczajony jest do noszenia dowodu osobistego, a istnieje obawa, że może go zgubić, można go skserować, wyciąć i włożyć do portfela.
- Warto usunąć haczyki i zasuwki w drzwiach do łazienki i pokoju, tak żeby chory nie mógł zamknąć się od środka.

O czym warto pamiętać?

- Każdy chory ma swoje nawyki, przyzwyczajenia, upodobania. Szacunek do nich buduje relacje.
- Mimo że poszczególne symptomy występują u wszystkich chorych, mogą przejawiać się w zdecydowanie odmienny sposób, a także z różnym nasileniem.
- Dobrze samopoczucie chorego jest ściśle związane z dobrym samopoczuciem opiekuna – warto bez wyrzutów sumienia zadbać o czas na sprawienie sobie przyjemności.
- Nie obwiniaj się, kiedy emocje chorego i Twoje będą labilne. To naturalne, że każdy człowiek miewa lepsze i gorsze dni.



Być może dla świata jesteś tylko człowiekiem, ale dla niektórych ludzi możesz być całym światem.

Mark Twain

Wpływ choroby Alzheimera na funkcjonowanie opiekunów i strukturę całej rodziny¹

Autorka: Opiekun-pedagog Katarzyna Dziadosz

Choroba Alzheimera jest jednym ze schorzeń, które z czasem uniemożliwia choremu samodzielne funkcjonowanie. Potrzebuje on towarzysza, który niczym przewodnik podróży wskaże drogę, objaśni do czego służy dany przedmiot, pomoże przypomnieć słowo, wytłumaczy sytuację. Bycie owym przewodnikiem staje się bez wątpienia misją, którą podejmują bliscy chorego, i która nierzadko wiąże się ze skrajnymi emocjami wszystkich członków rodziny. Zwykle towarzyszy temu radość z dawania drugiej osobie wsparcia, wyrozumiałości, poczucia bezpieczeństwa i możliwie jak najlepszej codziennej opieki. Jednak z czasem te dobre, przyjemne uczucia często zaczynają blednąć przyćmione zmęczeniem. Pojawić się może poczucie zwątpienia, bezradności, niekiedy nawet porażki. Aby pomóc w radzeniu sobie z własnymi emocjami wobec choroby, przyjrzymy się wybranym stanom emocjonalnym, pokazując, że niektóre z nich są naturalne i warto je zaakceptować bez poczucia winy, niektóre zaś mogą być niepokojące i wymagać działania zaradczego.

Choroba Alzheimera znacząco wpływa na wszystkich członków rodziny, mimo iż choruje tylko jedna osoba. Zajmując się pacjentem z zespołem otępiennym, wiele sytuacji powoduje napięcie i stres nie

tylko u chorego. Starając się sobie z nim radzić, budujemy różnego rodzaju strategie i postawy wobec choroby. Stale pojawia się potrzeba uczenia się kolejnych jej etapów, możliwych zachowań chorego, adekwatnego reagowania. Zmiana często także dotyczy sposobu komunikacji oraz akceptacji nowych ról przez wszystkich członków rodziny i nadania im nowych znaczeń. Dlatego właśnie leczeniu podlega nie tylko sam chory, ale też wszyscy członkowie rodziny jako systemu naczyń wzajemnie ze sobą powiązanych i wpływających na siebie.

A jak inni sobie radzą?

Wielu opiekunów rodzinnych zadaje mi pytania: *Czy to jest normalne, że czasem wybucham? Nie chcę tego, ale wybucham. Czy inni też tak mają? Ciekawa jestem, jak inni sobie radzą na co dzień?*

Często słyszę, od chorych i opiekunów, że na co dzień brakuje im ciepłych uczuć okazywanych sobie nawzajem. Opiekunowie mają wyrzuty sumienia, że pojawia się zniecierpliwienie, zniechęcenie, smutek, bezradność. To jednak naturalne uczucia. Nie obwiniaj siebie, jeśli ich doświadczasz. Staraj się traktować je jako źródło informacji

1. Artykuł powstał we współpracy z psycholog Karoliną Jurgą.

o sytuacji i Twoim poziomie energii do działania. Uspokajam opiekunów, że jest to normalne, że czasem nie wiemy, jak się zachować wobec chorego, że warto pozwolić sobie na przeżywanie skrajnych emocji i szukać kanałów redukcji napięcia poprzez zrobienie czegoś dla siebie – bez wyrzutów sumienia. Najczęściej słyszę wtedy: *To dobrze, to oznacza, że ja jestem normalna. Bo już mi się wydawało, że to ja wariuje. Już myślałam, że ze mną coś nie tak.* Pozwalając sobie na przeżywanie różnych uczuć, zmniejszasz doświadczane napięcie.

Nie obwiniaj siebie, że nie wiesz jak pomóc. Często Twoja obecność jest dla chorego zbawieniem. Choroba jest procesem. To naturalne, że wielokrotnie możesz nie wiedzieć jak się zachować. Korzystaj z grup wsparcia dla osób opiekujących się chorymi na Alzheimera.

Bardzo cenna i pomocna jest możliwość korzystania ze spotkań zwiększających wiedzę na temat choroby. Wymiana doświadczeń między uczestnikami przynosi często świeże spojrzenie na sytuację, nowe sposoby radzenia sobie i pewność, że „nie tylko ja borykam się z tym problemem”. Skonfrontowanie swojej sytuacji z innymi opiekunami może przynieść ulgę, ukojenie, podnieść na duchu. Dlatego też poniżej przedstawiam kilka historii opiekunów rodzinnych, dla których choroba bliskiego to również zgoda na własne słabości i ograniczenia.

Z życia pewnej rodziny

Jadwiga, 78 lat: *„Na początku mąż zachowywał się jakoś dziwnie. Któregoś dnia poszedł do sklepu i nie przyniósł masła, pomimo tego że kupuje je już od lat za każdym razem, kiedy robi zakupy.*

Zdziwiło mnie to. Poprosiłam, żeby poszedł raz jeszcze. Zaczęłam denerwować się, że musi w kółko chodzić. Nie odzywał się przez cały dzień, aż do wieczora. Wspólnie oglądaliśmy w telewizji „Taniec z gwiazdami” – bardzo lubię ten program, w przeciwieństwie do męża. Tuż przed ostatnim tańcem zadzwonił telefon i wyszłam z pokoju odebrać, kiedy wróciłam mąż zdążył już przełączyć kanał. Zapytałam – Kto wygrał? I usłyszałam – Ale w czym? – W tańcu z gwiazdami – powiedziałam. Mąż wzruszył ramionami, mówiąc: Jakim tańcu? Znowu robisz ze mnie głupka! Daj mi święty spokój! Zdenerwowałam się wtedy, że jest taki złośliwy i wyszłam z pokoju. Zupełnie nie rozumiałam jego zachowania. Stał się nerwowy, nieprzyjemny...

Kiedyś wybrał się do kolegi na drugą stronę Warszawy. Tak jak od lat i tym razem pojechał metrem. Zadzwonił do mnie po wyjściu z metra i z drzeniem w głosie powiedział, że chyba źle wysiadł, nie wie, gdzie jest. Pokierowałam go przez telefon, jak dotrzeć do kolegi. Po godzinie jednak wrócił do domu. Nie dotarł... Zastanawiałam się, co się z nim dzieje. Jakiś roztargniony, poddenerwowany. Nic mu nie mogłam powiedzieć, bo zaraz krzyczał, że bym dała mu spokój. Ja też zaczęłam się denerwować, ale nic nie mówiłam. Nie mogłam spać. W nocy rozmyślałam, a w ciągu dnia obserwowałam zachowania mojego męża. Dużo się kłóciliśmy. On uważał, że stale coś mu wmawiam, używam jego przedmiotów. Wtedy nie szło wytrzymać, chciałam go zostawić, on większość czasu spędzał w swoim pokoju, a ja często wychodziłam z domu, żeby z nim nie przebywać. Wydawało mi się, że na starość tak się zmienił. Teraz już wiem, że był to początek choroby... Podstępny, wtedy niezauważalny. Z czasem musiałam przewartościować swoje marzenia, plany na wspólną starość.

Bożena, 51 lat: Na początku mama mieszkała sama. Z czasem przestawała radzić sobie z codziennymi sprawami. Stale chodziła w tym samym ubraniu. Nie wychodziła z domu. Od roku przeprowadziliśmy się z dziećmi i mężem do jej mieszkania. Lekarze radzili, żeby pozostała jak najdłużej w swoim domu, bo zmiana miejsca zamieszkania mogłaby wpłynąć na postęp choroby i nasilić zaburzenia zachowania. Nie chcieliśmy, aby czuła się zdezorientowana i nie wiedziała, gdzie jest. Zależy nam na jej poczuciu bezpieczeństwa i spokoju.

Przeprowadzka przewróciła nasze życie do góry nogami. Dzieci mają teraz dalej do szkoły, za to mąż nieco bliżej do pracy. Ja musiałam zmienić pracę, żeby pogodzić opiekę z życiem zawodowym. Dzieci często zarzucają mi, że babci poświęcam więcej czasu niż im, choć ja tego tak nie widzę. Z mężem nie mamy już spokojnych chwil tylko dla siebie, bo mama często błądzi po domu, zaglądając do wszystkich pomieszczeń. W piątkę ciężko jest w jednym mieszkaniu, ale póki mama rozpoznaje swoje „cztery kąty” nie chcemy jej tego zabierać.

Jest z nią jednak coraz gorzej. Ostatnio zaczęła częściej wychodzić z domu sama. Nie mamy na to wpływu, bo dzieje się to podczas naszej nieobecności. Pewnego dnia, kiedy wróciłam z pracy, mamy nie było. Sąsiedzi mówili, że krążyła wokół domu, tak jakby nie mogła znaleźć właściwej klatki, i stało się... Pół nocy szukaliśmy jej razem z dziećmi i mężem. Policja znalazła ją w miejscowości pod Warszawą. Była przestraszona i zupełnie zdezorientowana. Poznała nas i powiedziała – Jak dobrze, że Was spotkałam. Nie mogliśmy pojąć, dlaczego właśnie tam. Okazało się, że mama będąc dzieckiem jeździła w tamte okolice do swojej ukochanej ciotki. Po tej sytuacji zrezygnowałam z pracy, żeby się

nią zająć. Dzieci nie rozumiały tej sytuacji. Mało mi pomagały, bo miały szkołę i inne zajęcia pozaszkolne. Mąż dużo pracował, żeby utrzymać całą rodzinę. Myślałam, że zwariuję. Zachowania mamy były coraz dziwniejsze, trudniejsze, zaskakujące. Bałam się, że zrobi sobie krzywdę. Stała się agresywna. Coraz częściej myślałam, że nie dam sobie rady. Przepętniała mnie złość i myśli: „Po co mi to wszystko?”. Nie mieliśmy już życia rodzinnego, coraz mniej wiedziałam, co u dzieci. Czasem krzyknęłam na mamę, wiem nie powinienam, ale stało się. Byłam bezsilna. Coraz częściej myślałam o domu spokojnej starości dla niej, ale to przecież moja mama, muszę dać radę... Przyszedł najtrudniejszy dla mnie moment, kiedy mama widziała we mnie swoją matkę. Gdy próbowałam wprowadzić ją z błędu, wpadła w histerię. Zaczęła wyrzucać mnie z domu, krzycząc, że kłamię i że zawsze byłam złośliwa wobec niej. Z jednej strony miałam złość w sobie, myślałam, że ją złapię i potrząsnę nią, żeby się ocknęła. Z drugiej zaś targały mną wyrzuty sumienia, że przecież jest chora, a mi przychodzą do głowy takie myśli. Miałam wrażenie, że oszaleję. Miałam już dość! Dzieci nie zawsze rozumiały, co się dzieje, a mąż uważał, że nadmiernie angażuję się w opiekę.

Pierwszy przypadek wyczula na to, iż dobrze byłoby, aby te początkowe, zagadkowe, jakoś intuicyjnie niepokojące sytuacje skonsultować ze specjalistą². Skłonić tę bliską nam osobę do takiej konsultacji, zasięgnąć porady, najlepiej wspólnie. Wtedy znacznie łatwiej odbywać tę podróż przez chorobę.

Druga historia przeorganizowania struktury rodziny obrazuje sytuację nierzadko spotykaną, kiedy to jedna osoba podejmuje większość zadań związanych z pielęgnacją chorego. Z czasem staje się to ponad jej siły.

2. Więcej o tym, gdzie należy się zgłosić, pisze specjalista geriatra Milena Słoń w artykule „Od podejrzenia do postawienia rozpoznania”.

Słyszę szczerze i naturalne wypowiedzi opiekunów: *Przecież tylko ze mną pójdzie do kąpieli. Przecież tylko ze mną się ubierze. Najlepiej zrobię to sam(a)*. Owszem, znając zwyczaje, nawyki, potrzeby chorego, jesteś dla niego najlepszym opiekunem-ekspertem, jednak pamiętaj, że postępowania w chorobie można nauczyć. Pokazuj innym członkom rodziny, co robić, a oni nauczą się opieki. Pamiętaj, że chory także potrzebuje kontaktu z innymi osobami, porozmawiania, pośmiania się, ponarzekań, wspólnego pójścia na spacer, pogrania w warcaby. Dzięki temu Twoje emocje będą w równowadze. Nie potrzebujesz tego? Świetnie dajesz sobie radę?

Właśnie dlatego, by dawać sobie radę dłużej, potrzebujesz włączyć w opiekę innych członków rodziny. Ważne, by móc oderwać myśli, doświadczyć odpoczynku, radości, ulgi. Nie oznacza to, że tych uczuć nie ma na co dzień podczas opieki, jednak często wydające się nie mieć końca przemęczenie, może je przyćmiewać.

Najważniejszy jest chory, ja się nie liczę, jeszcze dam radę! – to słowa wypowiedziane przez wielu opiekunów. Umniejszanie swoim potrzebom może prowadzić do wypalenia emocjonalnego. Stanu, w którym obciążenie opieką przerasta możliwości organizmu. Nie staraj się podołać samemu, bo w efekcie i Ty będziesz potrzebować specjalistycznego wsparcia. Może przyjąć w tym momencie do głowy myśl: *To nie takie proste. Łatwo powiedzieć albo Nie da się tak bo...* Dlatego warto porozmawiać ze wszystkimi członkami rodziny, o tym, w jaki sposób mogliby zaangażować się w pomoc. Wspólnie zastanowić się, jakimi dysponujecie możliwościami zarówno czasowymi, jak i finansowymi. Poszukajcie wspólnie ośrodków udzielających pomocy w opiece domowej.

Kiedy sytuacja uniemożliwia zaangażowanie innych członków rodziny, warto rozejrzeć się za możliwościami zorganizowania opieki profesjonalnej. Wsparcie zawodowego opiekuna jest dużym odciążeniem dla rodziny, która może skupić się na pielęgowaniu wzajemnych relacji.

Skorzystanie z pomocy innych nie jest oznaką nieudolności w opiece, ale odpowiedzialności i dojrzałości w niej.

Pracując z opiekunami rodzinnymi i rozmawiając z nimi, mówiłam wielokrotnie, że mają prawo do zadbania o swoje emocje. Budziło to jednak kontrowersje. Stopniowe doświadczanie negatywnych skutków zajmowania się chorym rzuciło jednak światło na świadome zorganizowanie opieki i wprowadzenie pożądanych zmian w swoim codziennym funkcjonowaniu.

Odpoczynek, sen, czas poświęcony na zainteresowania są sposobem na regenerację sił, niezbędnych w opiece nad chorym. To nie egoizm, lecz rozsądne podejście do opieki i przejaw dojrzałej miłości do chorego i do siebie.

Kiedy staje się „mamą” dla własnej mamy

W późniejszym okresie choroby niekiedy żona staje się „matką” dla swojego męża, niekiedy to syn jest „ojcem” dla swojego rodzica. Z czasem chorzy utożsamiają małżonków lub dzieci ze swoimi rodzicami albo rodzeństwem, a wnuki ze swoimi dziećmi. Nie jest to łatwe do przyjęcia. Reakcja opiekuna często bywa automatyczna: – *Mamo, przecież to ja, Twoja córka!* – *Nie poznajesz mnie? Tadeusz, Twój*

mąż, przeżyliśmy ze sobą 50 lat! Przykre. Ból nie do opisania dotyka człowieka, gdy najbliższa mu osoba myli go z innymi członkami rodziny albo w ogóle z obcymi ludźmi. Chory robi to nieświadomie. Nie konfrontuj chorego z pomyłką, nie tłumacz, bo może to nasilić lęk, niepokój, dezorientację, złość zarówno u niego, jak i u Ciebie. Raczej ogólnikowo staraj się odnieść do sytuacji.

Konfrontacja lub wyprowadzanie z błędu wprost może wprowadzić chorego w zakłopotanie i wstyd, że aż tak mógł się pomylić lub nawet lęk, że chcemy mu coś wmówić. Staraj się nie tłumaczyć bezpośrednio, że jest inaczej. Nie bój się, jeśli natychmiast nie zaprzeczysz, chory nie utrwali sobie tego mocniej. Warto zachować wtedy spokój i nie brać do siebie zaistniałej sytuacji.

Niewątpliwie, jest to jeden z trudniejszych momentów w życiu rodziny. Struktura rodzinna trwająca przez lata musi zostać zmodyfikowana. Tożsamość chorego ulega destabilizacji. Powstaje potrzeba zmiany wzorów zachowań członków rodziny, kultury życia domowego i społecznego. Chory sam doświadcza poczucia, że coś jest nie tak. Może czuć się zdezorientowany i przeżywać w związku z tym złość, irytację, smutek. W późniejszych etapach procesu chorobowego nie zdaje sobie sprawy z tego, że zachowuje się „dziwnie”, nieadekwatnie do sytuacji. Żyje „tu i teraz”.

Coraz gorsza kondycja chorego nie jest wynikiem zaniedbania zabiegów pielęgnacyjnych i zbyt małej ilości ćwiczeń, ale przejawem choroby i jej postępującego przebiegu.

- Porozmawiaj z dzieckiem o tym, że dziadek zapomina z powodu choroby Alzheimera. Nie bój się jej nazywać.
- Wytłumacz dziecku, że może zdarzyć się tak, że niektóre przedmioty będzie znajdować w dziwnym miejscu. Dziecko może się zaniepokoić, że jeśli to choroba, to można się nią zarazić. Wytłumacz, że powodem Alzheimera jest to, że coś niedobrego dzieje się z komórkami nerwowymi w głowie dziadka. Możesz użyć metafory drogi i mostu, że jeśli most jest zburzony, to nie przedostaniemy się na drugi brzeg i samochód nie pojedzie dalej. Tak samo dzieje się w głowie dziadka – komórki nerwowe to drogi połączone ze sobą mostami. Jeśli któryś most (połączenie między komórkami) jest przerwany, to dziadziuś może nie pamiętać, gdzie coś położył – informacja nie przedostanie się na drugą stronę. Możesz użyć również symbolu komputera i bazy danych lub orkiestry, w której każdy instrument jest istotny, by „popłynęła” muzyka, etc.
- Wytłumacz dziecku, że niektóre rzeczy dziadek widzi inaczej. Możesz wyjaśnić to na przykładzie krzywego lustra. Kiedy w nie patrzysz, pokazuje zniekształcenia, pomimo tego że to nadal jesteś Ty.
- Kiedy dziadek pomyli imię dziecka, możesz odnieść się do metafory z krzywym lustrem i powiedzieć, że w tym momencie oczy dziadka widziały dziecko inaczej. Upewnij się, że dziecko rozumie, że to вина choroby, a nie obwinia siebie.



- Wyjaśnij mu, że dziadek może widzieć inaczej wiele przedmiotów i może się ich bać. Naucz dziecko, że najlepszym sposobem, by dziadek nie bał się w takich sytuacjach, jest opowiedzenie jakiejś historyjki. Dziadek zapomni, że był przestraszony.
- Wy tłumacz dziecku, że dziadek może wielokrotnie pytać o to samo, dlatego że nie pamięta odpowiedzi.
- Może być wiele sytuacji, w których dziecku będzie przykro, że dziadek zachował się inaczej niż się tego spodziewało, na przykład zacznie krzyczeć, przestraszy się czegoś, co wnuczek chciał pokazać. Powiedz dziecku że uczucia to naturalny stan. Daj mu przyzwolenie na odczuwanie względem dziadka złości czy niechęci. Ważne, aby nie pielęgnowało w sobie tych uczuć, dlatego pomóż mu nazwać ich źródła. Powiedz dziecku że emocje są dla nas informacją o tym, czego potrzebujemy i najczęściej odnoszą się do sytuacji bądź interpretacji danego zachowania.
- Kiedy dziadek powtarza słowa „Idę już do domu”, pomimo tego że jest w swoim domu, powiedz dziecku, że dziadek najbardziej pamięta swoje dzieciństwo i chce wrócić do tamtych wspomnień.
- Może zdarzyć się tak, że dziadek zapomni pójść do toalety i zmoczy spodnie, wytłumacz dziecku, że zapomniał skorzystać z ubikacji i będzie lepiej, jak zacznie nosić specjalną bieliznę, by się nie denerwować. Podkreśl, że jest to wynik choroby Alzheimera, a nie złośliwości.

Jak wytłumaczyć dziecku, dlaczego dziadek zachowuje się „dziwnie”?³

Dziecko wielokrotnie przyjmuje do siebie to, co dzieje się w rodzinie. Jeśli, któryś z członków zachowuje się nieadekwatnie, dziecko bardzo często interpretuje, że to jego wina, bo jest niewystarczająco grzeczne. Na przykład, kiedy dziadek z powodu zaburzeń pamięci nie może znaleźć okularów, dziecko może tłumaczyć to zachowanie, że to jego wina, bo ma bałagan w pokoju.

Ucz dziecko towarzyszenia dziadkowi lub babci, wspólnego śpiewania, oglądania książek, albumów, malowania – powiedz, że mogą razem spędzać czas, pomimo choroby. Dobrze, aby dziecko wiedziało, co jest powodem „dziwnych” zachowań bliskiej osoby. Nie unikaj rozmów. Używaj porównań i metafor. Dziecku łatwiej będzie wyobrazić sobie, co dzieje się z dziadkiem lub babcią.

Poniżej kilka uniwersalnych wskazówek, które są wynikiem rozmów z opiekunami rodzinnymi: Uznaj za naturalne, że wspólny bagaż doświadczeń może mieć istotny wpływ na aktualny kontakt z bliskim.

- Z uwagi na wzajemne relacje i uwarunkowania sytuacyjne mogą pojawiać się napięcia i nieporozumienia. Ważne w długoterminowej opiece jest to, byś dał/a sobie przyzwolenie do konfliktów, z jednoczesnym uczeniem się na własnych błędach i dostosowywaniem swoich oczekiwań do możliwości chorego. To nie złośliwość jest powodem trudnego zachowania chorego, a Alzheimer, który nim kieruje.
- Spróbuj zorganizować opiekę tak, byś mógł pójść na spacer, będąc spokojną, że chory jest pod dobrą opieką. Sprawdź, czy w Twoim mieście jest Ośrodek Diennej Opieki, gdzie chory może uczestniczyć w zajęciach terapeutycznych i w bezpiecznej atmosferze spędzić czas⁴.

3. Na podstawie książki Wallmack M., Given C. „Dlaczego Babcia wkłada majtki do lodówki?”

4. Więcej na temat możliwości terapii i Ośrodków Diennej Opieki pisze psycholog Karolina Jurga w artykule „Trening pamięci jako profilaktyka oraz metody aktywizacji chorych w procesie otępiennym”



Informacje o autorkach

lek. med. Milena Słoń

Specjalista Chorób Wewnętrznych i Geriatrii. Absolwentka I Wydziału Akademii Medycznej w Warszawie (obecnie Warszawski Uniwersytet Medyczny) z 1993 roku. Specjalizację z Chorób Wewnętrznych I i II stopnia uzyskała w Klinice Endokrynologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a Geriatrii w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Obecnie prowadzi także Poradnię Geriatryczną w ZOZ Targówek. W sierpniu 2013 została również Kierownikiem Medycznym Care Experts.

Jest animatorem rekreacyjnego uprawiania sportu w każdym wieku i założycielem Stowarzyszenia Entuzjastów Tenisa SET. Uczestniczy w badaniach naukowych dotyczących fizjologii sportu studentów uniwersytetu III wieku w Warszawskiej Akademii Wychowania Fizycznego.

Mówi o sobie: Wiedza z zakresu geriatrii jest dla mnie kluczem do całościowego patrzenia na pacjenta w jego zdrowiu i chorobie.

Karolina Jurga

Psycholog z doświadczeniem neuropsychologicznym, w trakcie szkolenia z psychoterapii poznawczo-behawioralnej, członkini Polskiego Towarzystwa psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego.

Absolwentka Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, Akademii Rozwoju Kompetencji Trenerskich (INTRA), Studium Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR). Ukończyła kurs Rehabilitacja Neuropsychologiczna w Instytucie Psychiatrii i Neurologii oraz liczne szkolenia z zakresu diagnozy i rehabilitacji neuropsychologicznej prowadzone przez uznanych specjalistów z tej dziedziny. Ma ponad 7-letnie doświadczenie w pracy z osobami starszymi. Specjalizuje się w terapii osób cierpiących na chorobę Alzheimera i inne postaci otępień. Prowadzi grupy wsparcia i indywidualną pomoc psychologiczną dla rodzin i bliskich chorych. Czynnie współpracuje z Uniwersytetami Trzeciego Wieku i organizacjami pozarządowymi wspierającymi osoby w wieku 65+. W swojej pracy kieruje się przede wszystkim pasją kontaktu z ludźmi starszymi, szacunkiem do ich indywidualności, godności i wszystkiego tego, co przeżyli.

■ Katarzyna Dziadosz

Absolwentka Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego – specjalność praca społeczno-wychowawcza z dzieckiem i rodziną. Ukończyła studium Pracownika Socjalnego. Ma ponad 10-letnie doświadczenie w pracy z chorymi cierpiącymi na chorobę Alzheimera i opiekunami rodzinnymi. Specjalizuje się we wsparciu chorego w adaptacji do nowej sytuacji. W swojej pracy dba o podejście systemowe, by opieką objąć każdego członka rodziny.

Mówi o sobie: *W liceum moją pasją była historia, dziś wciąż się jej uczę tylko trochę inaczej. Nie daty i suche fakty, ale żywa historia, bo dziś historia to dla mnie przede wszystkim ludzie.*

■ Aleksandra Chojak

Magister fizjoterapii (2003 r.). Absolwentka Wydziału Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii na Politechnice Opolskiej.

Przez trzy lata związana z Fundacją Aktywnej Rehabilitacji, skierowanej do osób poruszających się na wózku inwalidzkim oraz neurorehabilitacją. Od dwóch lat za pośrednictwem firmy Care Experts współpracuje z Grupą Medicover jako rehabilitant w domu pacjenta.

Zwolenniczka zdrowego odżywiania z holistycznym podejściem do człowieka. Zapalona amatorka fotografii, nieznudzona podglądaczka flory i fauny.

Zainteresowania: anatomia, neurologia, arteterapia.

O partnerze programu

Dziękujemy firmie Care Experts za użyczenie sali w Ośrodku Diennej Rehabilitacji do prowadzenie spotkań w ramach „Programu promocji zdrowia wczesnego wykrywania i profilaktyki zaburzeń poznawczych”, a także za użyczenie zdjęć do niniejszej publikacji.

Care Experts wspiera rodziny w opiece nad ich bliskimi, świadcząc szeroki wachlarz usług opiekuńczych i medycznych. Firma specjalizuje się w opiece nad osobami starszymi w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Łodzi, Trójmieście i we Wrocławiu. Oferuje kompleksową pomoc w zakresie usług opiekuńczych przeznaczonych dla osób starszych i przewlekle chorych, a także prowadzi w Warszawie Ośrodek Rehabilitacji Diennej, gdzie chorzy z zespołem otępiennym, pacjenci z chorobą Alzheimera, z chorobą Parkinsona oraz po udarach uczestniczą w terapiach mających na celu spowolnienie procesu chorobowego oraz złagodzenie towarzyszących chorobie zaburzeń. W ramach Care Experts funkcjonuje także Centrum Geriatrii i Chorób Przewlekłych z Poradnią Neurologiczną, Poradnią Leczenia Bólu i Poradnią Geriatryczną działającą w ramach umowy z NFZ. Poza usługami opiekuńczymi Care Experts świadczy również usługi medyczne, takie jak np. pobieranie krwi w domu, wizyty lekarskie specjalistów między innymi: geriatrów będących koordynatorami opieki nad osobami starszymi, specjalistów z zakresu neurologii, psychologów czy fizjoterapeutów. Misją firmy jest bycie zaufanym partnerem rodzin w profesjonalnej opiece nad ich bliskimi.





