

# Poradnik

dla opiekunów osób dotkniętych  
chorobą Alzheimera



Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie

# Poradnik dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera

Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie  
Poznań 2008

Informator powstał dzięki wsparciu udzielonemu przez Islandię, Liechtenstein, i Norwegię poprzez dofinansowanie ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego, a także ze środków budżetu Rzeczypospolitej Polskiej w ramach Funduszu dla Organizacji Pozarządowych jako część projektu „Ośrodek Informacji Alzheimerowskiej”.



**Autorzy:**

Marta Baumann  
Marta Buraczyk  
Robert Knaś  
Elżbieta Przedpelska-Ober  
Andrzej Rossa

**Redakcja:**

Agnieszka Jankiewicz

**Wydawca:**



Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie  
ul. Zagórze 7/9  
61-112 Poznań  
tel. 061 855 02 73  
[www.alzheimer-poznan.pl](http://www.alzheimer-poznan.pl)  
e-mail: [stowarzyszenie@alzheimer-poznan.pl](mailto:stowarzyszenie@alzheimer-poznan.pl)

Copyright by Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie  
ISBN 978-83-927491-0-3

**Projekt okładki:**

Marek Nowak

**Koordynator projektu Ośrodek Informacji Alzheimerowskiej:**

Agnieszka Nolka

**Asystent koordynatora:**

Zofia Fiałkiewicz

**Druk, skład i lamowanie:**

Drukarnia Barwiński, Agencja kreatywna 4n.pl

## Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	6
<b>Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie</b> .....	7
<b>Choroba Alzheimera z perspektywy neurologa</b> .....	9
Choroba Alzheimera i fazy jej przebiegu .....	9
Czynniki ryzyka .....	11
Leczenie choroby Alzheimera .....	11
Praktyczne wskazówki .....	12
<b>Choroba Alzheimera z perspektywy psychiatry</b> .....	13
Zaburzenia psychiczne w przebiegu otępienia .....	13
Zaburzenia nastroju .....	13
Zaburzenia osobowości i zachowania .....	14
Zaburzenia odżywiania .....	16
Zaburzenia lękowe .....	16
Leczenie zaburzeń psychicznych w przebiegu otępienia .....	16
<b>Choroba Alzheimera z perspektywy psychologa</b> .....	18
Rozpoznanie choroby Alzheimera u bliskiej osoby .....	18
Pomoc choremu .....	19
Zachęcanie chorego do aktywności .....	21
Propozycje ćwiczeń usprawniających funkcje poznawcze .....	22
Radzenie sobie z trudnościami w opiece .....	24
<b>Rehabilitacja w chorobie Alzheimera</b> .....	26
Rola ćwiczeń .....	26
Kilka zasad rehabilitacji .....	26
Dobranie ćwiczeń do stadium choroby .....	27
<b>Kilka praktycznych wskazówek na koniec</b> .....	33
Sytuacja mieszkaniowa chorego .....	33
Wywiad społeczny .....	33
Formy wsparcia udzielanego przez ośrodki pomocy rodzinie .....	33
Opieka nad chorym w domu .....	34
Umieszczenie chorego w domu pomocy społecznej .....	34
<b>Organizacje działające na rzecz osób dotkniętych chorobą Alzheimera w Polsce</b> .....	36
<b>Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria”</b> <b>Partner projektu Ośrodek Informacji Alzheimerowskiej</b> .....	38

## Wstęp

Pojawienie się choroby Alzheimera w najbliższym otoczeniu najczęściej wzbudza paraliżujący lęk przed tym, co nas czeka. Lęk tym silniejszy, że towarzyszy mu poczucie bezradności wobec nieuchronnego rozwoju choroby. Stawiamy wówczas pytania: Co teraz? Co robić? Mimo że choroba Alzheimera nie jest uleczalna, można zrobić wiele, by złagodzić jej przebieg i nie dopuścić do drastycznego pogorszenia jakości życia chorego i jego najbliższych. Im więcej dowiemy się o postępowaniu z chorym i chorobie, tym więcej sił będziemy mieli, by się z nią zmierzyć – z taką myślą tworzyliśmy niniejszą publikację.

Dobra opieka nad chorym powinna być wielowymiarowa, dlatego do pracy nad poradnikiem zaprosiliśmy osoby zajmujące się różnymi aspektami choroby: neurologa, psychiatrę, psychologa oraz rehabilitanta. Porady specjalistów mają charakter praktyczny i dotyczą najczęściej pojawiających się pytań i problemów związanych z chorobą Alzheimera. Na końcu zamieściliśmy przydatne informacje na temat pomocy, którą można uzyskać ze strony instytucji państwowych i organizacji pozarządowych.

Być może część pytań, mimo lektury poradnika, pozostanie bez odpowiedzi. W tej sytuacji zachęcamy do odwiedzenia forum internetowego działającego na naszej stronie: [www.alzheimer-poznan.pl](http://www.alzheimer-poznan.pl). Za jego pośrednictwem można poprosić o poradę naszych specjalistów. Warto też poszukać organizacji oferujących pomoc osobom dotkniętym chorobą Alzheimera, aby otrzymać wsparcie i poczucie, że nie jesteśmy sami w zmaganiach z chorobą oraz pomoc, by stawić czoła codziennym trudnościom.

*Agnieszka Nolka*  
*Koordynatorka projektu Ośrodek Informacji Alzheimerowskiej*

## Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie

Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie działa od 2004 roku, niosąc wszechstronną pomoc chorym, ich opiekunom, rodzinom oraz wszystkim osobom dotkniętym problemem choroby Alzheimerera.

Staramy się, by osoby zmagające się z chorobą Alzheimerera nie pozostawały same i mogły liczyć na fachową pomoc i wsparcie. Zachęcamy także, by wzajemnie się wspomagały, dlatego uruchomiliśmy forum internetowe ([www.alzheimer-poznan.pl](http://www.alzheimer-poznan.pl)) – mamy nadzieję, że stanie się ono przyjaznym miejscem do dyskusji i wymiany doświadczeń. Na forum można również porozmawiać z naszymi specjalistami, którzy odpowiadają na podstawowe pytania związane z chorobą Alzheimerera i opieką nad osobą chorą.

Dążymy także do tego, aby sama choroba zaistniała w świadomości społecznej i przestała być tematem tabu.

### Ośrodek Informacji Alzheimerowskiej

Ośrodek jest sercem naszego Stowarzyszenia – tutaj można uzyskać:

- podstawowe informacje o naszej działalności i sposobach uzyskania pomocy z innych źródeł,
- skorzystać z porad specjalistów: psychologa, prawnika, pracownika socjalnego, psychiatry, fizjoterapeuty,
- przystąpić do grup wsparcia prowadzonych przez psychologa.

Konsultant ośrodka odpowie na pytania i pomoże wybrać najodpowiedniejszy rodzaj pomocy.

Można skontaktować się z nami osobiście: Poznań, ul. Zagórze 7/9, telefonicznie: 061 855 02 73, za pomocą e-maila: [osrodek@alzheimer-poznan.pl](mailto:osrodek@alzheimer-poznan.pl) oraz strony internetowej: [www.alzheimer-poznan.pl](http://www.alzheimer-poznan.pl).

Działalność Ośrodka jest możliwa dzięki wsparciu udzielonemu przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię poprzez dofinansowanie ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego, a także ze środków budżetu Rzeczypospolitej Polskiej w ramach Funduszu dla Organizacji Pozarządowych.

### Poradnia Geriatryczno-Gerontologiczna

Poradnia zapewnia osobom dotkniętym chorobą Alzheimerera korzystanie z fachowej opieki specjalistów. Regularne odwiedziny pozwalają obserwować zmiany w przebiegu choroby i dostosowywać terapię do stanu pacjenta.

Poradnia udostępnia:

- diagnostykę w kierunku zaburzeń poznawczych, zaburzeń ruchowych oraz zachowania, konsultacje z lekarzem psychiatrą i terapeutą pedagogicznym,
- fachową opiekę fizjoterapeuty.

### Ośrodek Adaptacyjno-Rehabilitacyjny oraz Środowiskowy Dom Samopomocy

Obie placówki służą zarówno chorym, którzy znajdują w nich opiekę specjalistów i miłą atmosferę, jak i ich rodzinom, które, mimo trudów opieki, nie muszą rezygnować z pracy zawodowej.

Nasi podopieczni uczestniczą w zajęciach prowadzonych przez psychologów, terapeutów zajęciowych i rehabilitantów. Urozmaicenie stanowi dogoterapia, tai chi itp. Udział w ćwiczeniach ruchowych i funkcji poznawczych ma korzystny wpływ na samopoczucie pacjentów i pomaga im walczyć z chorobą. Ponadto częsty kontakt z innymi ludźmi pozwala zapobiec utracie zainteresowania otaczającą rzeczywistością i stopniowemu zamykaniu się w sobie.

## **Program Moja wnuczka, mój dziadek**

Program stanowi pomoc dla rodzin z problemem choroby Alzheimera, którym trudno jest dotrzeć do naszej siedziby. Chorego odwiedzają wolontariusze, którzy pełnią funkcję „wnuczka” lub „wnuczki”. Ponadto kierujemy do rodzin naszych konsultantów: neurologa, psychiatrę i fizjoterapeutę.

W zależności od stopnia zaawansowania choroby wolontariusz wychodzi z podopiecznym na spacer, w rozmaity sposób ćwiczy pamięć, czyta książkę, wykonuje proste ćwiczenia rehabilitacyjne. Czasami, gdy kontakt z chorym jest bardzo utrudniony, okazuje się, jak ważna jest sama obecność drugiej osoby. Wizyty wolontariuszy stanowią także znaczącą pomoc dla najbliższej rodziny chorego, która może na chwilę odebrać się od nieustannej opieki.

### **Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie**

Organizacja pożytku publicznego

ul. Zagórze 7/9

61-112 Poznań

tel./faks 061 855 02 73

[www.alzheimer-poznan.pl](http://www.alzheimer-poznan.pl)

e-mail: [stowarzyszenie@alzheimer-poznan.pl](mailto:stowarzyszenie@alzheimer-poznan.pl)

KRS 0000197812

konto: III Oddział PKO BP SA w Poznaniu

78 1020 4027 0000 1202 0300 9032

## **Choroba Alzheimerera z perspektywy neurologa**

### **Choroba Alzheimerera i fazy jej przebiegu**

Starzenie się społeczeństw wpłynęło na zwiększenie zainteresowania zaburzeniami pamięci i innych czynności poznawczych. Wzrosła liczba badań epidemiologicznych poświęconych tej problematyce. Najważniejszym czynnikiem ryzyka zaburzeń pamięci jest wiek. Na świecie jest obecnie 15-21 mln osób z chorobą Alzheimerera. Szacuje się, że w Polsce jest około 500 tys. osób z zaburzeniami otępiennymi (w tym pamięci); około połowę stanowią pacjenci z chorobą Alzheimerera. Wzrost liczby zachorowań związany jest z wydłużeniem się średniej długości życia człowieka.

Nazwa choroby Alzheimerera pochodzi od nazwiska Aloisa Alzheimerera, który w 1907 roku po raz pierwszy opisał przypadek pacjentki Augusty D., cierpiącej na tę chorobę.

Wyróżnia się dwie postaci choroby Alzheimerera – wczesną, rozpoczynającą się przed 65. rokiem życia, oraz późną, po 65. roku życia. Postać wczesna rozwija się szybciej, otępienie i zmiany fizyczne pacjenta osiągają znaczny stopień, prowadząc do krańcowego zniepełnienia. Postać późna ma powolny, podstępny rozwój i mniej dramatyczny przebieg. Chorobę Alzheimerera dzieli się również na postać sporadyczną i rodzinną. Pierwsza z nich jest częstsza, a druga – znacznie rzadsza.

Przebieg choroby można podzielić na trzy okresy – otępienia lekkiego, umiarkowanego i głębokiego.

#### **Otępienie w stopniu lekkim**

Występują zaburzenia pamięci, lecz nie ograniczają one samodzielnego funkcjonowania chorego. Pojawia się częstsze zadawanie pytań, kłopoty z przypomnianiem sobie znanych faktów. Chorzy często szukają przedmiotów, niekiedy mają trudności w znalezieniu właściwego słowa oraz w zapamiętywaniu informacji przekazywanych przez otoczenie. Gorzej wypełniają swoje zadania w pracy. Popelniają błędy w liczeniu, zarządzaniu pieniędzmi. W tym okresie mogą występować trudności w kopiowaniu rysunków. Chorzy często wypierają pojawiające się problemy. Zaburzenia zachowania w tym okresie są nieznaczne. Mogą wystąpić: apatia, drażliwość, depresja, obojętność.

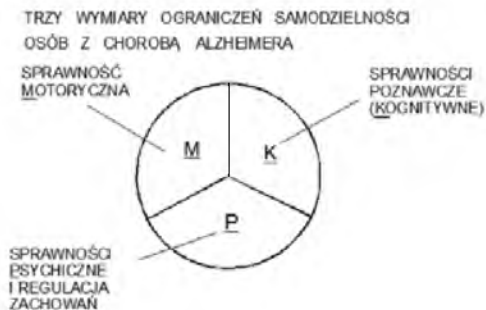
#### **Otępienie w stopniu umiarkowanym**

Narastające zaburzenia pamięci stanowią problem w samodzielnym funkcjonowaniu chorego. Trudności te stają się coraz bardziej zauważalne dla otoczenia. Na tym etapie chorzy mogą zagubić się w znanej okolicy, zapominają imion bliskich osób, mają problemy z wykonywaniem prac domowych i z trudem radzą sobie z bardziej złożonymi zadaniami. Pojawiają się kłopoty z rozpoznawaniem osób. Zaobserwować można pierwsze problemy z ubieraniem się. Chorzy zaczynają zdradzać objawy niezrozumienia mowy. Nasilają się zaburzenia zachowania pod postacią niepokoju, nasilonej depresji, apatii, drażliwości. Pojawia się bezsenność lub trudności z zasypianiem. Wymagany jest nadzór i pomoc osób drugih.

#### **Otępienie głębokie**

Pacjent na tym etapie choroby wymaga nadzoru drugiej osoby, nie rozpoznaje bliskich osób, zanika umiejętność przypomniania sobie. Zasób słów jest bardzo ubogi. Chory nie potrafi sam się ubrać, trafić do domu. Przestaje także dbać o higienę osobistą. Zdolności werbalne (mowa) oraz możliwości poruszania się ulegają znacznemu ograniczeniu. Może pojawiać się pobudzenie, agresja, niepokój. Stopniowo zanikają reakcje na bodźce ze świata zewnętrznego. Dochodzi do utraty intelektualnego kontaktu ze światem. Niezbędna staje się całodobowa opieka pielęgnacyjna.



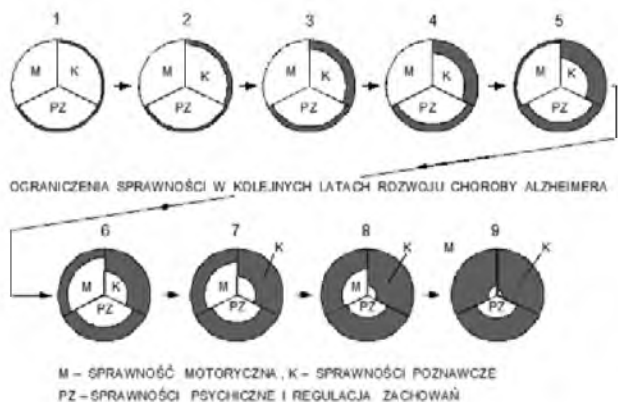


**Rycina 1.** przedstawia trzy wymiary ograniczeń samodzielności chorych, na które składają się: zaburzenia pamięci, zaburzenia zachowania i psychiczne oraz narastające zaburzenia motoryczne (ruchowe).

### SAMODZIELNOŚĆ OGRANICZONA DO WYDZIELONEJ PRZESTRZENI NA ZEWNĄTRZ



Na **rycynie 2.** przedstawione jest stopniowe narastanie kłopotów z pamięcią (K), które prowadzi do coraz dłuższego sprawowania opieki nad chorym przez osoby drugie, aż do momentu opieki całodobowej. Wraz z pogarszaniem pamięci pojawiają się również zaburzenia zachowania i objawy psychiczne (PZ), które sprawiają szczególnie dużo problemów opiekunom. W otępieniu głębokim upośledzeniu ulegają możliwości poruszania się (M), chory zostaje przykuty do łóżka. W przybliżeniu podany jest także czas trwania poszczególnych okresów.



**Rycina 3.** przedstawia powiązanie nasilenia zaburzeń pamięci i zaburzeń psychicznych z ograniczeniem możliwości samodzielnego poruszania się chorego. Wraz z narastaniem objawów zamyka się przestrzeń zewnętrzną pacjenta.

## Czynniki ryzyka

Do tej pory nie udało się jednoznacznie wyjaśnić powodów zapadania na chorobę Alzheimera. Najistotniejszym znanym czynnikiem ryzyka jej wystąpienia jest wiek. Na całym świecie trwają badania nad poznaniem innych przyczyn. Wśród zewnętrznych czynników ryzyka wymieniane są niski poziom wykształcenia (a także nieskorzystanie ze zdobytego wykształcenia), urazy głowy oraz występowanie zaburzeń pamięci w rodzinie.

Coraz większą rolę przypisuje się zapobieganiu chorobie. W związku z wydłużeniem się życia ludzkiego profilaktyka przyczynia się do obniżenia kosztów leczenia oraz opieki nad chorymi.

Istnieją potwierdzone obserwacje naukowe przypisujące czynnikom ryzyka chorób naczyniowych udział w powstawaniu choroby Alzheimera. Należą do nich:

**nadciśnienie tętnicze** – normalizacja, poprzez leczenie, ciśnienia krwi u osób w średnim wieku obniża ryzyko późniejszego wystąpienia otępienia,

**cukrzyca** – ryzyko zapadnięcia na chorobę Alzheimera jest o 30-100% większe u osób z cukrzycą typu drugiego,

**cholesterol** – ryzyko wystąpienia otępienia o charakterze Alzheimerowskim, jak i naczyniowym wzrasta wraz z podwyższeniem poziomu cholesterolu,

**homocysteina** – związany z niedoborem kwasu foliowego wzrost poziomu homocysteiny stanowi zarówno ryzyko chorób układu krążenia, jak i wystąpienia choroby Alzheimera.

Coraz częściej zwraca się uwagę, że różne czynniki środowiskowe mogą podnosić ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera. Istnieją dane sugerujące jej związek z infekcją wirusem opryszczki *Herpes Simplex* (HSV-1).

## Leczenie choroby Alzheimera

W terapii choroby Alzheimera stosuje się leki objawowe, które mogą zmodyfikować przebieg choroby – nie prowadzą jednak do wyleczenia. Trudno jest również przewidzieć efekt terapii. Poprawę obserwuje się u 1/3 pacjentów przyjmujących leki, u 1/3 można zauważyć spowolnienie narastania zaburzeń pamięci i trudności w radzeniu sobie w życiu codziennym. Istnieją dane, według których po 3 latach oddziaływanie leków jest już względnie niewielkie. Ważne jest, aby po rozpoczęciu leczenia nie robić w nim przerw. Nawet kilkudniowe paazy powodują pogorszenie stanu klinicznego pacjenta.

Coraz częściej zwraca się uwagę na łączenie terapii farmakologicznej z niefarmakologiczną. Celem tej



*W początkowym okresie choroby pomocna może być psychoterapia, terapia zajęciowa, treningi pamięci. Udział w takich zajęciach podnosi nastrój i pozwala dłużej zachować sprawność.*

ostatniej jest zmniejszenie skutków postępującego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Terapia ta w połączeniu z lekami ma wpłynąć na poprawę jakości życia chorych oraz ich codziennego funkcjonowania. Jest wiele publikacji naukowych, z których wynika, że rehabilitacja poznawcza oparta na treningu pamięci powiązana z leczeniem farmakologicznym, może spowolnić przebieg i postęp choroby.

Zachodzące zmiany demograficzne związane z wydłużeniem ludzkiego życia niosą ze sobą ryzyko zwiększenia zachorowalności i wzrostu liczby osób z zaburzeniami pamięci. Współczynnik nowych zachorowań rośnie wykładniczo w wieku podeszłym i ulega podwojeniu co każde 5 lat życia – z 0,3% na rok w 65.-69. roku życia do ponad 7% na rok w wieku podeszłym, powyżej 90. roku życia. Aktualne badania nie dają odpowiedzi na pytanie, czy istnieją skuteczne metody zapobiegające wystąpieniu objawów otępiennych.

Większość badań w ostatnich latach wydaje się potwierdzać związek między aktywnością umysłową, fizyczną i społeczną a zmniejszonym ryzykiem zachorowania na zaburzenia otępienne. Wczesna kontrola czynników ryzyka chorób naczyniowo-sercowych również może przyczynić się do zapobiegania tym zaburzeniom.

## Praktyczne wskazówki

Rozwój zaburzeń pamięci jest skryty i podstępny. Zmiany w mózgowiu narastają przez wiele lat, nie stwarzając dolegliwości bólowych ani nie dając innych objawów, które skłaniałyby do wizyty u lekarza. Po stwierdzeniu pierwszych, pozornie błahych symptomów należy skontaktować się z lekarzem. Zaburzenia pamięci nawet o łagodnym charakterze wymagają wnikliwej analizy lekarskiej, psychologicznej, a następnie obserwacji przez dłuższy okres. Rozwinięte objawy choroby są wynikiem wielu lat jej ukrytego przebiegu. **Należy dążyć do możliwie wczesnego zdiagnozowania. Wiek nie jest czynnikiem usprawiedliwiającym roztargnienie – powinny zdawać sobie z tego sprawę osoby starsze i ich rodziny.**

Opieka nad pacjentem z zaburzeniami pamięci stanowi trudne wyzwanie dla jego rodziny i bliskich. Wymaga cierpliwości, spokoju i poświęcenia. Należy dążyć i zachęcać pacjenta do tego, aby tak długo, jak to jest możliwe, włączał się w codzienne czynności i aktywnie współuczestniczył w życiu rodzinnym. W początkowym okresie choroby pomocna może być psychoterapia, terapia zajęciowa, treningi pamięci. Udział w takich zajęciach podnosi nastrój pacjenta i pozwala dłużej zachować sprawność.

Opiekun chorego powinien jak najczęściej zwracać się o pomoc do innych osób, lekarza oraz stowarzyszeń alzheimerowskich. Powinien dążyć do stworzenia bezpiecznego i przyjaznego domu dla osoby chorej. Od wielu lat znane są wyniki badań potwierdzające znaczne obciążenie psychiczne, jak i zdrowotne opiekunów. Jednocześnie oni sami zaczynają podkreślać pozytywne strony tej trudnej sytuacji. Przyznają, że postawione przed nimi zadanie przyczynia się do ich dowartościowania, nawiązania głębszej więzi psychicznej z osobą, którą się opiekują. Niektórzy wyrażają dumę, że potrafią sprostać wyzwaniu, jakim jest opieka nad osobą z zaburzeniami pamięci.

## Choroba Alzheimera z perspektywy psychiatrii

### Zaburzenia psychiczne w przebiegu otępienia

Na każdym etapie choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych (otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałami Lewy'ego) mogą wystąpić bardziej lub mniej nasilone objawy różnych zaburzeń psychicznych, które stanowią poważny problem dla osoby chorej i jej otoczenia. Mimo to w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych nie rozpoznaje się żadnej z chorób otępiennych, a jedynie objawy psychiczne występujące w ich przebiegu. Nie można więc stwierdzić, że otępienie jest chorobą psychiczną. Należy jednak jak najszybciej zasięgnąć porady lekarza psychiatrii. Prawidłowe leczenie tych zaburzeń może bowiem złagodzić lub całkowicie zniwelować problem.

**Choroby otępienne to zaburzenia funkcji poznawczych wynikające z degeneracji komórek mózgowych.**

**Funkcje poznawcze:** psychiczne zdolności do kontaktu ze światem (wrażenia zmysłowe, spostrzeżenia, uwaga, wyobrażenia, pamięć, myślenie)

### Zaburzenia nastroju

Jednym z najczęstszych objawów psychicznych związanych z otępieniem jest depresja. Rozpoznanie jej sprawia szczególną trudność wynikającą z wielu podobieństw między objawami depresji a zespołami otępiennymi. Objawami depresji według kryteriów diagnostycznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM IV) są:

- zmniejszenie zainteresowania niemal wszystkimi czynnościami,
- bezsenność, nadmierna senność lub odwrócenie rytmu dobowego,
- podniecenie lub spowolnienie psychoruchowe,
- zmniejszenie sprawności myślenia,
- zaburzenia skupienia uwagi lub niemożność podjęcia decyzji.

Wymienione symptomy mogą pojawiać się również jako objawy otępienia, dlatego trudno jest je odróżnić od depresji.

Zachorowalność na różnego rodzaju stany depresyjne rośnie wraz z wiekiem. Przyjmuje się, że u osób dorosłych wynosi ona średnio 12%. Powyżej 65. roku życia co najmniej 15% przechodzi depresję. Jeszcze wyższy odsetek zachorowań dotyczy osób z innymi współistniejącymi, pierwotnymi chorobami, np.:

- 15-30% osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi,
- 50-60% osób z ostrym udarem mózgu.

Wiemy również, że objawy depresyjne występują u 40-50% chorych na chorobę Alzheimera, jednak pełnoobjawowa depresja obserwowana jest tylko u 11-17% pacjentów. Depresja może czasami wyprzedzać pojawienie się objawów otępiennych i częściej występuje we wczesnym stadium choroby niż w jej późniejszych etapach.

W przebiegu depresji niekiedy spotykamy się z objawami, które mogą – często w znacznym stopniu – nasilać objawy otępienia, a czasami nawet je pozorować. Musimy też wiedzieć, że leczenie depresji występującej w przebiegu otępienia może wyraźnie poprawić funkcjonowanie osoby chorej, także w zakresie pamięci i innych funkcji poznawczych.

Charakterystyczne cechy depresji u osób w wieku podeszłym to:

- duża zmienność objawów,
- nasilone skargi na dolegliwości somatyczne,
- spadek częstości występowania ciężkich zaburzeń depresyjnych,
- wzrost częstości przypadków depresji o łagodnym przebiegu,
- współistnienie objawów depresji i otępienia,
- częste współwystępowanie depresji i chorób somatycznych.

Opisywane są dwie postaci, jakie może przyjmować depresja u osób starszych:

- polegająca na pobudzeniu ruchowym i lęku, z współistniejącymi urojeniami dotyczącymi zwykle chorób somatycznych, zmian w ciele, winy, kary, grzeszności, okradania, zubożenia, upośledzenia,
- druga, w której przeważa utrata zainteresowań, chęci życia, zwolnienie tempa myślenia i aktywności ruchowej oraz poczucie zmniejszonej wydolności fizycznej i intelektualnej.

Depresja, w odróżnieniu od otępienia, jest chorobą przemijającą, w której zaburzenia funkcji poznawczych pozostają na niezmienionym poziomie lub zmieniają się w zależności od nasilenia objawów podstawowych. Osoby z otępieniem bardzo często wykazują minimalny lub zerowy krytycyzm w stosunku do swojej choroby; w depresji krytycyzm jest najczęściej nadmierny. Pomocne w odróżnieniu tych dwóch stanów mogą być także wywiad rodzinny oraz badania tomograficzne mózgu.

Czasami depresja przybiera nietypowy obraz, nazywany dysforią. Jest to bardzo częsta forma zaburzeń nastroju występująca w przebiegu otępienia. Nastroj dysforyczny, nazywany także nastrojem gniewliwym, polega na obniżeniu nastroju z jednoczesną drażliwością, tj. tendencją do wygórowanych reakcji emocjonalnych, często w postaci wybuchów gniewu i działań agresywnych. Chory wpada w gniew z błażej przyczyny lub bez konkretnego powodu. Nastroj dysforyczny występuje np. w padaczkę, stanach pourazowych (zwłaszcza uszkodzeniem płatów czołowych), otępieniu czołowo-skroniowym, chorobie Alzheimera i otępieniu naczyniowym. W niektórych zaburzeniach demencyjnych chory traci kontrolę nad emocjami. Przybierają one wówczas postać gwałtownych reakcji gniewu z podnieceniem ruchowym i słownym. Takie stany określa się w psychiatrii jako nietrzymanie afektu.

Często odróżnienie depresji od otępienia sprawia kłopoty nawet specjalistom. Być może dlatego depresję występującą u osób w wieku podeszłym określa się czasami jako pseudootępienie. Pojęciem pseudootępienie nazywamy stan psychiczny charakteryzujący się występowaniem zaburzeń pamięci i innych funkcji poznawczych bez pozostałych wykładników demencji.

Stanem rzadziej spotykanym w otępieniu niż depresja jest nastrój podwyższony (maniakalny). Najczęściej spotykane w zaburzeniach demencyjnych są stany umiarkowanego podwyższenia nastroju określane jako euforia. Chory wykazuje objawy zadowolenia i beztroski, przejawiając jednocześnie brak krytycyzmu wobec swojego stanu. Euforia występuje m.in. w stwardnieniu rozsianym i otępieniach naczyniopochodnych. Podobne zaburzenie nastroju, określane jako moria, pojawia się w demencjach czołowo-skroniowych, np. w przebiegu guzów płatów czołowych oraz mechanicznego uszkodzenia tej okolicy mózgu. W morii w zachowaniu chorego uderza, obok wzmoczonego nastroju, wesółkowane rozbawienie, dowcipkowanie, brak dystansu i powściągnięcia działań popędowych.

### **Zaburzenia osobowości i zachowania**

Obniżenie i podwyższenie nastroju nie są jedyną formą zaburzeń stanu psychicznego, pojawiającą się w przebiegu zaburzeń demencyjnych. Na różnych etapach otępienia pojawiają się również zaburzenia osobowości określane jako charakteropatja. Może ona przybierać różne obrazy w zależności od miejsca występowania uszkodzeń centralnego układu nerwowego – mózgu. Na przykład w otępieniu czołowo-skroniowym na pierwszy plan wysuwają się objawy odhamowania i zaburzeń funkcjonowania społecznego. W chorobie Alzheimera są to apatia i drażliwość.

Zaburzenia zachowania występują prawie u wszystkich chorych z otępieniem. Ich charakter jest bardzo zróżnicowany i wysoce zindywidualizowany. Zaburzenia zachowania w przebiegu otępienia mogą przejawiać się na trzy sposoby:

- poprzez postępowanie obraźliwe bądź agresywne wobec siebie lub innych,

- jako postępowanie o charakterze dostosowanym do sytuacji, ale pojawiające się z nieodpowiednią częstotliwością (np. wielokrotne w ciągu dnia czyszczenie butów, golenie itp.),
- w postaci zachowania niedostosowanego do specyficznych sytuacji (np. wkładanie zbyt wielu warstw ubrań niezależnie od pogody).

Jedną z charakterystycznych form zaburzeń zachowania występujących u osób z chorobami demen-tywnymi jest wędrowanie, czyli bezcelowe przemieszczanie się w bliższej lub dalszej przestrzeni. Objaw wędrowania występuje u chorych w stosunkowo dobrym stanie zdrowia fizycznego i nie musi dotyczyć osób odczuwających dyskomfort związany z otoczeniem.

## Zaburzenia myślenia i postrzegania rzeczywistości

Najbardziej charakterystycznymi dla otępienia zaburzeniami stanu psychicznego są tak zwane zabu-rzenia toku myślenia, występujące pod postacią spowolnienia i rozkojarzenia. Oprócz nich mamy także w demencji do czynienia z zaburzeniami treści myślenia o typie paranoidalnym i urojeniowym.

Typy urojeń najczęściej występujące w przebiegu zespołów demen-tywnych to:

- urojenia okradania – chory zgłasza skargi dotyczące zaginięcia, kradzieży różnych przedmiotów, pie-niędzy lub innego majątku,
- urojenia porzucenia – pacjent uważa, że został porzucony przez swoją rodzinę, pozostawiony na lasce losu i nikt o niego nie dba,
- urojenia zazdrości – pojawiają się już we wczesnych demencjach i bywają przyczyną wielu konfliktów rodzinnych; odnoszą się one do małżonków i częściej występują u mężczyzn,
- urojenia podstawienia opiekuna – występują, gdy chory uparcie twierdzi, że nie zna osoby, z którą mieszka i która się nim opiekuje.

Chorzy, u których występują urojenia, są zwykle bardziej niespokojni i agresywni niż pacjenci bez urojeń. Zespoły urojeniowe z jednoczesnymi objawami otępiennymi zauważa się mniej więcej w 35% przypadków demencji.

Oprócz zaburzeń myślenia w chorobach otępiennych możemy mieć również do czynienia z zaburze-niami spostrzegania. Przybierają one postać halucynacji, omamów lub iluzji. Najczęściej występują u osób z tak zwanym otępieniem z ciałami Lewy'ego. Chorzy ci widzą postacie ludzi lub zwierząt, mogą z nimi prowadzić rozmowy i wykazywać przed nimi lęk. Największe nasilenie tych omamów wzrokowych pojawia się w godzinach wieczornych. Omamy słuchowe występują w zespołach naczyniopochodnych, nierzadko z omamami czuciowymi z narządów wewnętrznych. Osłabienie pamięci może stanowić u osób z otępie-niem podłoże zaburzeń spostrzegania o typie omamów wzrokowych. Osoby takie mogą np. nie rozpozna-wać swojego odbicia w lustrze, uznając, że widzą obcą osobę w swoim mieszkaniu.

## Zaburzenia snu i rytmu dobowego

Osoby cierpiące na choroby otępienne często wykazują różnego typu zaburzenia snu: trudności w zasypianiu, częste wybudzenie w nocy, krótki sen. Najczęściej spotykanym typem tych dolegli-wości jest jednak tak zwane odwrócenie rytmu dobowego. Objawia się ono wzmożoną aktywno-ścią występującą w nocy oraz sennością w dzień. Chorzy nie zasypia wieczorem lub budzi się w nocy i rozpoczyna aktywne funkcjonowanie, próbując porządkować swoje otoczenie, przygotowywać posiłki, wychodzić z domu, mówiąc, że idzie po



*Zapewnienie choremu odpowiedniej dawki aktywności psy-choruchowej w ciągu dnia jest najlepszym sposobem pora-dzenia sobie z problemem odwróconego rytmu dobowego.*

zakupy, do kościoła lub znajomych. Uświadamianie takiej osobie tego, że jest noc – pora wypoczynku, i większość ludzi w tym czasie śpi, nie przynosi rezultatów. Rzadziej występującym w demencjach objawem jest hipersomnia, czyli nadmierna senność. Objawia się ona spędzaniem w łóżku ponad 10 godzin na dobę i przesypaniem większości czasu.

Z doświadczeń w pracy z pacjentami i ich rodzinami wynika, że najlepszą formą terapii w tych przypadkach jest zapewnienie choremu odpowiedniej dawki aktywności psychoruchowej w ciągu dnia. Osoby biorące udział w zajęciach dziennego ośrodka pomocy wykazują wyraźną poprawę funkcjonowania w godzinach nocnych. Czasami niezbędna jest interwencja farmakologiczna prowadzona pod kontrolą lekarza specjalisty.

## **Zaburzenia odżywiania**

Zaburzenia odżywiania należą do szeroko rozumianych zaburzeń zachowania występujących w otępieniu. W badaniach przeprowadzonych w 1989 roku przez Morris'a i wsp. na pacjentach z chorobą Alzheimera stwierdzono, że 60% badanych spożywało zmniejszoną ilość pożywienia, 25% zwiększoną ilość, a 33% zmieniło upodobania żywieniowe. Aż 15% chorych próbowało zjadać przedmioty niejadalne. Zmniejszenie ilości spożywanych pokarmów wiąże się z mniejszym nasileniem otępienia, a przede wszystkim ze współlistniejącą depresją. Wzrost ilości przyjmowanego pokarmu może wynikać ze wzmoczonego łaknienia, zaburzeń pamięci lub być następstwem odruchu wkładania wszystkiego do ust. Przykładem takiego odruchu jest tak zwana hiperoralność występująca u pacjentów z otępieniem czołowo-skroniowym. Obejmuje ona zarówno zmiany zwyczajów żywieniowych, żarłoczność, dziwactwa związane z dietą, jak i nadmierne palenie papierosów i spożywanie alkoholu. Pacjenci wykazujący tego typu zaburzenia mogą wkładać do ust najdziwniejsze przedmioty, np. w trakcie terapii zajęciowej odbywającej się w naszym ośrodku zjadają kredki, papier czy rośliny domowe.

## **Zaburzenia lękowe**

Częstotliwość występowania lęku w przebiegu otępienia oceniana jest na 12-50%. Uznaje się, że lęk u osób z demencją występuje znacząco częściej niż w populacji ogólnej. Objawy lękowe mogą być częstsze we wczesnych etapach otępienia – w okresie, gdy chory zauważa u siebie narastające trudności w sytuacjach niestanowiących wcześniej dla niego problemu. Lęk i inne objawy nerwicowe mogą maskować wczesne stadium otępienia i utrzymywać się tym dłużej, im bardziej zachowana jest świadomość własnej choroby. Lęk może również występować jako jeden z objawów depresji, a jego obecność obniża istotnie jakość życia chorego i zwiększa umieralność wśród osób z otępieniem. Według badań Orell'a i Bebbinkton'a z 1996 roku obecność lęku w demencjach powiązana jest z następującymi czynnikami środowiskowymi:

- nadmiarami kontaktów społecznych,
- konfliktami między opiekunem a chorym,
- sytuacjami zagrażającymi życiu.

Nadmierna opiekuńczość, pozbawienie chorego wszelkiej samodzielności, gdy jest jeszcze zdolny wykonywać niektóre czynności, może prowadzić do utraty pewności siebie i lęku. Lęk może być także jednym z wczesnych zwiastunów otępienia.

## **Leczenie zaburzeń psychicznych w przebiegu otępienia**

Leczenie zaburzeń psychicznych w chorobach otępiennych stanowi bardzo istotny element terapii. Wśród leków stosowanych w tych sytuacjach wyróżniamy: przeciwdepresyjne, stabilizujące nastrój i zachowanie, przeciwłękowe, przeciwpyschotyczne i uspokajające. Stosowanie leków psychotropowych u osób w wieku podeszłym, w tym u osób z zaburzeniami otępiennymi, wymaga zwrócenia uwagi na kilka dodatkowych aspektów:

- działanie leków w wieku podeszłym ulega zmianie – zwiększa się wrażliwość chorego na działania

niepożądane i toksyczność,

- pacjenci w wieku podeszłym często chorują na inne choroby i otrzymują liczne leki, między którymi mogą zachodzić interakcje,
- nawet leki przeciwdepresyjne nowej generacji mogą wywoływać liczne działania niepożądane, takie jak: zaburzenia żołądkowo-jelitowe, niepokój, bezsenność (tzw. zespół serotoninowy).

Według Reynoldsa farmakologiczne leczenie osób depresyjnych powinno polegać na:

- doborze odpowiedniej dawki leku,
- stopniowym zwiększaniu dawki do dawki minimalnej skutecznej,
- unikaniu podawania łącznie kilku leków psychotropowych, w szczególności dwóch leków przeciwdepresyjnych,
- uznaniu, że minimalny czas leczenia wynosi 6 miesięcy, a w przypadku nawrotów jest nawet dłuższy,
- przestrzeganiu przez chorego zaleceń lekarskich, co może być szczególnie kłopotliwe u osób z zaburzeniami poznawczymi,
- konieczności dokładnej obserwacji klinicznej i regularnych badań laboratoryjnych.

#### Literatura:

- A. Szczudlik, P. Liberski, M. Barcikowska. „Otępienie”. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2004.
- M. Barcikowska, A. Bilikiewicz. „Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej”. Biblioteka Neurologii Praktycznej. Lublin 2004.



## **Choroba Alzheimera z perspektywy psychologa**

### **Rozpoznanie choroby Alzheimera u bliskiej osoby**

Różnice indywidualne związane z funkcjonowaniem człowieka przejawiają się także w chorobie Alzheimera. Mimo tych rozbieżności można zauważyć podobne zachowania chorych. Najczęściej na początku rozwoju choroby trudno jest dostrzec duże zmiany, ale w pewnym momencie odnotowujemy, że bliski członek rodziny ma problemy z przypominaniem sobie nazw przedmiotów, imion i nazwisk znajomych osób, odnajdowaniem przedmiotów. Oskarża otoczenie o kradzieże, podbieranie rzeczy lub staje się smutny i apatyczny. Wtedy nakłaniamy go do wizyty u lekarza psychiatry lub neurologa.

Po serii badań neurologicznych, radiologicznych i innych dowiadujemy się, że to choroba Alzheimera. Wraz z tą informacją pojawiają się obawy i mnóstwo pytań:

- Jaka właściwie jest ta choroba?
- Co będzie się działo z moim mężem, żoną, mamą, tatą, babcią, dziadkiem?
- Czy będę w stanie opiekować się nim/nią?
- Jak bardzo zmieni się moje życie?
- Czy ja też kiedyś zachoruję na chorobę Alzheimera?

Często na początku próbujemy dodać sobie otuchy, ludząc się, że może to pomyłka, jednak w końcu zaczynamy akceptować fakt, że to właśnie choroba Alzheimera dotknęła naszego bliskiego. Wówczas próbujemy zdobyć o niej jak najwięcej wiadomości. Warto korzystać z fachowej literatury (książki, poradniki, czasopisma) oraz pomocy lekarzy, psychologów, rehabilitantów, terapeutów, grup wsparcia i innych opiekunów. Gromadzenie informacji o chorobie pozwala zorganizować najlepszą opiekę oraz świadome stawić czoła trudnościom, które się z nią wiążą.

W dzisiejszych czasach chętnie szukamy ważnych dla nas informacji w internecie. Wchodzimy na różne fora i strony internetowe, aby uzyskać potrzebną nam wiedzę, także na temat chorób. Warto zaglądać na rzetelne portale prowadzone przez organizacje zajmujące się pomocą osobom chorym i ich opiekunom – tam uzyskamy fachową poradę. Starajmy się natomiast omijać te dyskusje prowadzone przez internautów, które są pretekstem do wyrzucania z siebie negatywnych emocji – po przeczytaniu kilku takich wypowiedzi sami popadniemy w przygnębienie i zaczniemy się poddawać uczuciu bezradności.

Normalną i naturalną reakcją człowieka na nieprzewidywalną i trudną sytuację jest pojawienie się nieprzyjemnych emocji: strachu, złości, smutku i bezradności. Obawiamy się, czy będziemy dobrymi opiekunami i poradzimy sobie z trudnościami, które niesie ta choroba, szczególnie gdy sami mamy problemy ze zdrowiem. Często czujemy złość i zastanawiamy się, dlaczego właśnie nas to spotkało. Bywamy smutni, gdy widzimy, że chory nie radzi sobie z czynnościami dnia codziennego lub gdy już nas nie poznaje. Pozwólmy sobie na przeżywanie tych wszystkich emocji. Dajmy sobie czas na oswojenie się z myślą, że bliska osoba ma chorobę Alzheimera, a nasze życie ulegnie zmianie, bo wtedy łatwiej będzie zaplanować działania opiekuńcze i rozmawiać z chorym o jego nowej życiowej sytuacji.

Znaczącym elementem w leczeniu i opiece nad chorym jest wczesna diagnoza medyczna. Pozwala ona na ustalenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego, a także na rozpoczęcie działań mających na celu jak najdłuższe podtrzymywanie sprawności umysłowej oraz ustalenie zasad funkcjonowania chorego w społeczeństwie.

Na wczesnym etapie choroby dobrze jest ustalić plan działań na następne lata, biorąc pod uwagę fakt, że stan funkcjonowania podopiecznego będzie się pogarszał. Jedną z najważniejszych spraw jest podjęcie decyzji o miejscu zamieszkania chorego. Najlepiej, gdy pozostanie on we własnym mieszkaniu, gdyż jest to znany mu, dający poczucie bezpieczeństwa, obszar. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że w pewnym momencie będzie potrzebna stała opieka drugiej osoby. W związku z tym każdy opiekun zawczasu powinien zadbać o pomoc innych osób: członków rodziny, opiekunów pomocy społecznej lub prywatnych. W miarę

rozwoju choroby człowiek traci samodzielność w wielu obszarach życia. Na początku może to dotyczyć spraw związanych z zapamiętywaniem różnych informacji, liczeniem, np. pieniędzy. Później problemy będą dotyczyły coraz bardziej podstawowych spraw – przygotowania jedzenia, ubierania i toalety.

W związku z tym należy zadbać o:

- zabezpieczenie drzwi do mieszkania, aby zapobiegać możliwym ucieczkom,
- zabezpieczenie okien i drzwi balkonowych, aby chory sam nie mógł ich otwierać,
- usunięcie zamków z drzwi wewnątrz mieszkania, np. łazienki, aby chory nie mógł zamknąć się po wejściu do określonego pomieszczenia,
- pozbycie się dywaników, zabezpieczenie progów, usunięcie ostrych przedmiotów, aby zapobiec kontuzjom związanym z ograniczeniami ruchowymi,
- zabezpieczenie kuchenek gazowych, gniazdek, junkersów i urządzeń elektrycznych, np. suszarek, oraz przedmiotów, np. zapalniczek, których nieodpowiednie użycie może spowodować wypadek,
- ułatwienie korzystania ze schodów, np. dorobienie mocnej poręczy, z wanney, np. zamontowanie uchwytu do podtrzymywania się,
- poinformowanie zaufanych sąsiadów o stanie zdrowia chorego,
- opisanie szafek, przedmiotów, aby zwiększyć poczucie orientacji w przestrzeni, np. szafka ze szklankami, szuflada z rachunkami, lub nauczenie chorego, że sam może pisać takie karteczki (można łączyć napis z nieskomplikowanym rysunkiem pomocniczym),
- zabezpieczenie przedmiotów, których utrata może być dla nas niekorzystna (nawet zamykanie na klucz),
- zabezpieczenie przedmiotów, które mogą zostać połknięte lub wypite, a które są niebezpieczne dla zdrowia, np. małe części ubrań, kosmetyki, środki czystości, kamienie, elementy biżuterii, noże, widelce, szpikulce,
- ustalenie naszego życia zawodowego oraz prywatnego,
- ustalenie rytmu dnia chorego (stałość wzmacnia poczucie bezpieczeństwa),
- umożliwienie choremu regularnego kontaktu z lekarzem specjalistą: neurologiem, psychiatrą oraz rehabilitantem i psychologiem,
- zadbanie o własne zdrowie i wypoczynek,
- dbanie o prawidłowe zażywanie leków (segregatory dostępne w aptekach, później podawanie przez opiekuna),
- sprawy prawne: zarządzanie finansami, testament, ubezwłasnowolnienie.



*Opisanie szafek i przedmiotów pozwoli zwiększyć u chorego poczucie orientacji w przestrzeni.*

Nie można przewidzieć wszystkich zachowań chorego ze względu na specyfikę miejsc, w których przebywa, jak również ze względu na indywidualność funkcjonowania każdego człowieka. W związku z tym rolą opiekuna jest czujne obserwowanie i zapewnienie bezpieczeństwa dzięki usuwaniu i zabezpieczaniu przedmiotów stanowiących zagrożenie dla chorej osoby.

### **Pomoc choremu**

Każdy człowiek odczuwa zmiany fizyczne i psychiczne, które pojawiają się w jego organizmie. Natomiast nie zawsze jesteśmy w stanie stwierdzić, o czym one świadczą. Czasami także nasza naturalna skłonność do obrony przed zbyt trudnymi informacjami nie pozwala na uświadomienie sobie faktycznego problemu, np. odczuwamy ból głowy, ale nie łączymy tego faktu z emocjami, jakie przeżywaliśmy podczas porannej sprzeczki z mężem/zoną/dzieckiem.

Tak samo reagują ludzie, których dotyka choroba Alzheimera. Odczuwają powolne zmiany w funkcjonowaniu pamięci, koncentracji uwagi, spostrzeganiu wzrokowo-przestrzennym i najczęściej ich umysł



*Nie można okłamywać osoby, która pyta nas o stan swojego zdrowia, ale informacje, których udzielimy, muszą być przekazane w sposób możliwy do zaakceptowania.*

odrzuca fakt pojawienia się problemu natury zdrowotnej, ponieważ taka informacja jest zbyt trudna do zaakceptowania. Wtedy właśnie mogą pojawić się oskarżenia otoczenia o podkradanie przedmiotów lub inne złe intencje, chory może popadać w przygnębienie, a niekiedy wykazywać zbyt dużą wesołkowatość (zob. rozdział o aspektach psychiatrycznych choroby). Wszak nikt z nas nie chce tracić poczucia, że jest sprawny i zmagać się z sytuacją dezorientacji w świecie oraz we własnym funkcjonowaniu.

Opiekunowie najczęściej zastanawiają się, **czy mówić choremu o jego chorobie**. Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Trzeba natomiast wziąć pod uwagę dwie kwestie:

- czy chory pyta o swój stan zdrowia,
- czy ta informacja pomoże mu (w aspekcie psychologicznym) radzić sobie z chorobą.

Należy unikać „uszcześliwiania” na siłę i mówienia choremu o wszystkim za wszelką cenę, ponieważ efekt może być odwrotny do zamierzonego, np. chory popadnie w depresję. Z drugiej strony nie można okłamywać osoby, która pyta nas o stan swojego zdrowia, ale informacje, których udzielimy, muszą być przekazane w sposób możliwy do zaakceptowania.

### **Przykład**

Chora: - *Wiesz co, drogie dziecko, coś ostatnio krucho u mnie z pamięcią. Martwi mnie to.*

Córka: - *Mamo, zawsze ci pomogę, gdy nie będziesz czegoś pamiętała. Poza tym możemy odwiedzić lekarza i poprosić o radę, a oprócz tego – zrobić kilka ćwiczeń usprawniających pamięć.*

Jeśli nie wiemy, jak reagować na pytania chorego, zawsze możemy poradzić się psychologa lub lekarza, ponieważ informowanie o chorobie jest sprawą bardzo indywidualną.

Rozmawiając z chorym, bądźmy przygotowani na jego obawy związane z przewidywaną niedołąznością i bezradnością. Nikt z nas nie chce być niesprawny i boi się sytuacji, w której będzie zdany wyłącznie na łaskę innych osób. Tylko szczere zapewnienie chorego o naszym zaangażowaniu w opiekę i stworzenie poczucia bezpieczeństwa mogą zmniejszyć ten lęk.

Problemy, które pojawiają się w komunikacji z chorym, związane są m.in. z zaburzeniem zwanym afazją. Występuje ono w różnych postaciach, a przejawia się poprzez trudności w znalezieniu właściwego określenia dla przedmiotów i pojęć, myśleniu słów, przestawianiu głosek i sylab. W takiej sytuacji chorym łatwiej jest opisać, do czego służy określony przedmiot, niż go nazwać. Np. rękawiczki – to do wycierania rąk. Jednak wiele wypowiedzi może być trudnych do zrozumienia przez otoczenie. Na dalszych etapach choroby pojawiają się problemy ze zrozumieniem zdań, poleceń, przeczytaniem fragmentu tekstu aż do całkowitego zatarcia zdolności słownego porozumiewania.

Najważniejszym elementem w kontaktowaniu się z chorym jest świadomość, że w pewnym momencie stajemy się jego łącznikami ze światem zewnętrznym. Powinniśmy zatem nauczyć się takiego porozumiewania, aby jak najdłużej rozumieć chorego. Opiekun powinien dopasować sposób komunikowania się do funkcjonowania osoby chorej. Jeśli chory na początku rozumie złożone wypowiedzi, to nie ma przeciwwskazań do rozmawiania z nim w taki sposób. Natomiast po zauważeniu, że nasze wypowiedzi stają się zbyt skomplikowane, powinniśmy zacząć używać krótkich i prostych zdań, najlepiej twierdzących.

### **Przykład właściwej komunikacji**

Opiekun: - *Czy chciałbyś napić się herbaty?*

Chory: - *Nie.*

Opiekun: - *Czy chciałbyś napić się soku?*

Chory: - *Tak.*

## Przykład zbyt złożonej wypowiedzi

Opiekun: - *Wolisz napić się herbaty, czy czegoś zimnego, może soku?*

Jeśli komunikujemy się z w formie pisemnej, Np. za pomocą kartek z przypomnieniem, to powinny znajdować się na nich tylko pojedyncze informacje, a gdy zachodzi konieczność – rysunek pomocniczy.

Jeżeli mamy zamiar rozmawiać o ważnych sprawach, powinniśmy koncentrować całą uwagę chorego tylko na tej sytuacji i nie podejmować innych wątków.

Na pewnym etapie choroby komunikacja słowna chorego staje się nieczytelna dla otoczenia. Wtedy właśnie podstawą kontaktu stają się gesty, mimika twarzy, postawa, czyli to wszystko, co jest związane z kontaktem niewerbalnym. Chorzy zazwyczaj w takiej sytuacji ciepło reagują na pogłaskanie po rękę i przytulenie przez bliską osobę. Mają wtedy poczucie prawdziwej troski, opieki i serdeczności. Natomiast na każdym etapie choroby ważne jest, aby w czasie rozmowy utrzymywać z chorym kontakt wzrokowy i dbać o okazywanie w tonie głosu pozytywnych emocji.

Wszystkie nasze działania powinny dawać choremu poczucie, że jest nam potrzebny, więc wyrażajmy to chociażby poprzez zwykłe podziękowania, np. za podlanie kwiatów czy pozmywanie naczyń.

W czasie opieki nad chorym zdarzy nam się zniecierpliwić, zezłościć i zirytować. Możemy wypowiedzieć jakieś ostrzejsze słowo lub okazać swoje niezadowolenie. Ważne, aby po takim incydencie nie obwiniać się – trzeba wówczas okazać choremu troskę i ciepło, ponieważ może on czuć się upokorzony i przestraszony. Tylko dzięki naszemu czulemu zachowaniu jego emocje wrócą do normy. Dla opiekunów dobrym sposobem na poradzenie sobie z irytującą sytuacją bywa obrócenie jej w żart. Humor często pozwala rozładować napięcie, stworzyć dobry nastrój, a tym samym może ustrzec nas przed reagowaniem złością na zachowania chorego.

## Zachęcanie chorego do aktywności

Jednym z ważniejszych działań sprzyjających podtrzymywaniu ogólnej sprawności chorego jest zachęcanie go do aktywności w wielu obszarach życia. Obok zajęć ruchowych (zob. rozdział o rehabilitacji) w codziennym grafiku powinien znaleźć się czas na zajęcia umysłowe. Badania prowadzone na całym świecie pokazują, że u chorych na otępienie (w tym na chorobę Alzheimera), którzy regularnie ćwiczą swój umysł, wolniej rozwijają się procesy chorobowe, a tym samym dłużej utrzymuje się sprawność psychofizyczna.

Ćwiczenia umysłu pozwalają na podtrzymywanie sprawności procesów: uwagi, pamięci, spostrzegania, myślenia i innych funkcji poznawczych, które nie ucierpiały jeszcze w wyniku zachorowania. W chorobie Alzheimera wszystkie te procesy z czasem ulegają pogorszeniu. Chory ma problemy z pamięcią, koordynacją przestrzenno- ruchową (uderza się, potyka, wywraca), nie potrafi nauczyć się nowych rzeczy, policzyć pieniędzy w portfelu, nazywać przedmiotów, rozpoznawać osób itd.

Zanim zacniemy przygotowywać zajęcia, powinniśmy ustalić mocne i słabe strony naszego podopiecznego. Dopiero na tej podstawie będziemy mogli stworzyć zadania podtrzymujące sprawność, a nie przygnębiające chorego. Osobami, które pomogą nam w takiej diagnozie, są lekarze i psycholodzy.

Sporą część ćwiczeń pamięci możemy włączyć w każdą aktywność dnia, pytając o kolor ubieranej rano bluzki, godzinę, imię sąsiada, którego spotykamy na ulicy itd. Jednym z codziennych zadań powinno być sprawdzenie poczucia czasu i miejsca. Najlepiej, aby na wczesnym etapie choroby wprowadzić nawyk korzystania z kalendarza. Chory otrzymuje od nas kalendarz książkowy, w którym każda kartka to osobny dzień. Na każdej stronie ma do wykonania proste zadanie, np. dokończenie krótkiego zdania. Aby zachęcić chorego do korzystania z kalendarza, możemy go pytać o datę lub o wykonane zadanie. Jeśli chory nie potrafi udzielić poprawnej odpowiedzi, możemy go zapytać: W jaki sposób możesz sprawdzić, jaką mamy dzisiaj datę? W przypadku trudności ze znalezieniem odpowiedzi przypominamy o kalendarzu, aby wytworzyć nawyk korzystania z różnych pomocy dnia codziennego. Ważne jest również, aby regularnie sprawdzać, czy chory potrafi czytać i rozumie, co oznaczają przeczytane słowa.

Jednym z dobrych sposobów na aktywizację chorego jest jego udział w zajęciach grupowych organizowanych przez specjalistów: lekarzy, psychologów, rehabilitantów, terapeutów i przeszkolonych wolon-



*Rehabilitacje ruchowa i intelektualna są ważnymi elementem w leczeniu. Zmniejszają stres i poprawiają jakość życia chorego.*

tariuszy. Podczas takich ćwiczeń chory otoczony jest ludźmi zmagającymi się z podobnymi problemami. Poza tym stała i fachowa mobilizacja do działania korzystnie wpływa na jego ogólne funkcjonowanie fizyczne i poprawia samopoczucie.

Udział w proponowanych przez nas zajęciach ma charakter dobrowolny. Pod przymusem nie osiągniemy żadnych pozytywnych efektów, a tylko zniechęcimy chorego do podejmowania w przyszłości takich form aktywności. Ważne jest, by dostosować ćwiczenia do możliwości chorego. Należy również uwzględnić jego przeszłe i aktualne zainteresowania, rodzaj wykonywanej pracy, życiowe doświadczenia. Może okazać się, że chory wcale nie ma ochoty rozmawiać o swoim dzieciństwie, ponieważ przeżył w tym czasie ciężką chorobę.

Zadania terapeutyczne powinny być dobierane z tak zwaną gwarancją sukcesu, tzn. chory powinien umieć je wykonywać, aby mógł odczuć zadowolenie, satysfakcję i kompetencje – tylko w taki sposób zachęcimy go do dalszej aktywności.

Zajęcia należy podejmować wspólnie w formie rozmowy, rozwiązywania zadania, czytania, bez stwarzania atmosfery rywalizacji, odpytywania i presji czasu. Często pomocne dla chorego jest rozpoczęcie zadania w podobny sposób przez opiekuna, gdy podaje jakiś przykład. Dobre rezultaty uzyskuje się dzięki łączeniu słowa pisanego z rysunkiem. Przykładowo: rozmawiając o świętach Bożego Narodzenia i wymieniając związane z nimi słowa – choinka, karp, prezenty, kościół – używajmy także formy graficznej (np. zdjęcia) pojęć. Wiele badań pokazało, że lepszy efekt przynoszą ćwiczenia umysłowe związane z pobudzeniem myślenia twórczego, przyczynowo-skutkowego, umiejętności abstrahowania, kojarzenia, niż zwykle rozwiązywanie krzyżówek czy czytanie choremu książek.

Jeśli zauważymy, że ćwiczenie jest zbyt skomplikowane, należy zmniejszyć jego poziom trudności, aby nie zniechęcać chorego.

## **Propozycje ćwiczeń usprawniających funkcje poznawcze**

### **1. Dopasuj przedmiot do zawodu**

Dajemy choremu zestaw wyrazów – zawody i przyrządy związane z ich wykonywaniem, np. murarz i kielnia. Prosimy o połączenie odpowiedniego zawodu z odpowiednim przyrządem. Zadanie to ułatwimy, wykorzystując zamiast wyrazów rysunki. Możemy także zaprezentować choremu zdjęcia bliskich osób, dać na kartkach zestaw imion i poprosić, aby je dopasował lub po prostu podał imiona. To ćwiczenie mobilizuje głównie umiejętność kojarzenia i pamięć.

### **2. Kategoria słów**

Ćwiczenie to jest przeznaczone dla podopiecznych będących we wcześniejszej fazie choroby. Losujemy literę alfabetu i na zmianę z chorym wymieniamy słowa rozpoczynające się na tę literę. Można utworzyć kategorie, np. rośliny, zwierzęta, w zależności od możliwości naszego podopiecznego.

### **3. Ciągi słowne i liczbowe**

Przygotowujemy kartkę papieru z wypisanymi dniami tygodnia, miesiącami, liczbami itp. w taki sposób, aby w ciągu brakowało którejś z pozycji. Na przykład: poniedziałek, ....., środa, ....., piątek, sobota, ..... Prosimy chorego o uzupełnienie (pisemne lub ustne) brakujących elementów.

### **4. Łączenie**

Aby wzmocnić sprawność spostrzegania wzrokowo-przestrzennego, rysujemy na kartce liczby, litery lub rysun-

ki, które chorey ma za zadanie połączyć liniami na zasadzie doboru takich samych par. Przykładowo: w przypadku cyfr będą to dwie jedynki, dwie dziesiątki, dwie trójki itd. Punkty powinny być rozrzucone na kartce w taki sposób, aby chorey musiał ich poszukać, a później wykorzystać sprawność motoryczną do ich połączenia.

## 5. Przysłowia

Podajemy choremu na kartce zestaw rozpoczętych powiedzeń i przysłów, np. Gdyby kózka nie skakała....., i prosimy o ich dokończenie (pisemne lub ustne).

## 6. Pobudzanie zmysłów

Podtrzymując sprawność psychofizyczną chorego, nie możemy zapomnieć o aktywowaniu wszystkich jego zmysłów (wzroku, dotyku, smaku, węchu, słuchu). Jednoczesne działanie na kilka zmysłów jest szczególnie ważne dla pacjentów leżących, z którymi kontakt słowny jest już znacznie utrudniony. Pobudzanie zmysłów zaspokaja zapotrzebowanie na bodźce, a tym samym zapobiega niekorzystnym, często autodestrukcyjnym zachowaniom, np. gryzieniu palców, rozdrapywaniu ran.

Aby pobudzać zmysł wzroku, można powiesić na ścianie jakieś ładne fotografie, obrazki, dekoracje lub ustawić łóżko tak, aby chorey widział, co dzieje się w domu bądź mógł spoglądać przez okno. Należy przy tym pamiętać, że z pozoru zwyczajne widoki dla chorego mogą być przerażające, np. sąsiad noszący czarny kapelusz może się kojarzyć z nauczycielem, który w dzieciństwie uderzył podopiecznego za jakieś przewinienie. Kołysanie w fotelu bujanym, głaskanie, ćwiczenia fizyczne, masaże to formy oddziaływania na zmysł dotyku. Mają szczególne znaczenie w kontakcie z chorym, który już nie mówi. Pobudzanie zmysłu smaku, gymnastykowanie języka i mięśni ust osiągniemy dzięki podawaniu produktów spożywczych wymagających ssania i gryzienia (uwaga na zachłyśnięcia). Warto także przeprowadzać ćwiczenia związane z wysuwaniem języka, układaniem go w trąbkę, robieniem min itp. Takie zabawy mogą w doskonały sposób rozwijać więzi między babcią, dziadkiem a wnuczkami. Zmysł węchu także wymaga stymulacji – przydadzą się do tego olejki eteryczne, przyjemne zapachy z przeszłości (np. woda toaletowa z młodych lat), zwracanie uwagi na zapach jedzenia, kwiatów kwitnących na balkonie lub w ogródku. Zmysł słuchu możemy aktywizować, włączając ulubione utwory muzyczne, muzykę relaksacyjną, wspólnie odgadując dochodzące do uszu chorego dźwięki itp. Jednak najlepsze efekty przyniesie stymulacja multisensoryczna, gdy chorey będzie przez nas mobilizowany do równoczesnego wykorzystania wielu zmysłów, np. z zamkniętymi oczami będzie odgadwał, dzięki badaniu kształtu, zapachu i smaku, jaki przedmiot trzyma w rękach.

To zaledwie kilka propozycji ćwiczeń sprawności umysłowej. Celem zaprezentowanych przykładów jest zapoznanie opiekunów z możliwymi rodzajami aktywności umysłowej, aby sami mogli tworzyć zadania dla chorych. W Polsce od niedawna rozpoczęto wydawanie ćwiczeń dla osób z chorobami otępiennymi oraz książek poświęconych temu problemowi. Coraz częściej opiekunowie korzystają z zajęć dla chorych w ośrodkach opieki dziennej lub z indywidualnych ćwiczeń z terapeutą, rehabilitantem czy psychologiem.

Zachęcając chorego do różnych aktywności, należy zawsze pamiętać o jego potrzebach i zwracać uwagę na aktualny stan funkcjonowania psychicznego i fizycznego. Specyfiką funkcjonowania pamięci człowieka jest to, że z wiekiem obniża się sprawność pamięci operacyjnej (tzw. krótkotrwałej), a pamięć długotrwała najczęściej pozostaje przez wiele lat niezmienną. Przykładowo: podopieczny może nie pamiętać, co jadł dzisiaj na obiad, ale dokładnie opíše, w co był ubrany, gdy szedł do pierwszej klasy szkoły podstawowej.

W chorobie Alzheimera chorey czuje, że jego pamięć z dnia na dzień ubożeje. Najdłużej przechowywane są informacje z przeszłych



*Wolontariuszki odwiedzające rodzinę w ramach programu Moja wnuczka, mój dziadek.*



*Bądźmy z naszym podopiecznym w momentach powrotu do dawnych lat, nie próbujmy na siłę przywracać go do rzeczywistości. W takich chwilach wsparcie emocjonalne jest najważniejsze.*

zyciowych doświadczeń człowieka (tzw. pamięć epizodyczna), które automatycznie zapisywały się w mózgu wraz z przeżytą sytuacją. Osoba zmagająca się z chorobą otępienną ma ogromne poczucie dezorientacji w czasie i przestrzeni. Często, aby sobie z tym poradzić, sięga do zasobów pamięciowych związanych z przeszłością. Są dla niej ostoją, dają poczucie bezpieczeństwa jako coś znanego. Spróbujmy lepiej zrozumieć swojego podopiecznego, starając się przyjąć jego punkt widzenia. Bądźmy z nim w momentach powrotu do dawnych lat, nie próbujmy na siłę przywracać go do rzeczywistości. W takich chwilach wsparcie emocjonalne jest ważniejsze niż zadbanie o sprawność funkcji poznawczych.

### **Przykład**

Pacjentka, mimo próby przekonywania jej przez opiekuna, nie akceptuje swoich aktualnych zdjęć. Mówi, że jest na nich jakaś stara, obca kobieta. Rozpoznaje się natomiast na zdjęciach z młodości – wskazuje, że właśnie tak obecnie wygląda.

Opiekun powinien okazać zainteresowanie i sympatię podczas oglądania zdjęć, a nie na siłę udowodniać, że podopieczna się myli.

W ostatnim stadium choroby chorzy nie rozpoznają bliskich członków rodziny, którzy opiekują się nimi (tracą także orientację w czasie i przestrzeni). Nie pamiętają ich imion, nie wiedzą, kim oni są, ale czują, że to ktoś bliski, życzliwy, kto się o nich troszczy.

Zaakceptowanie zachowań odbiegających od normy jest trudne, ale często to jedyny sposób, aby chory nie czuł się wyobcowany i zdezorientowany. Jeśli jakieś dziwaczne zachowanie nie jest szkodliwe, nie warto zmuszać do jego korygowania, zwłaszcza że często okazuje się chwilowe.

### **Przykład**

Chory mówi do telewizora, w którym pokazywany jest jakiś program. Jeśli to nie wywołuje skrajnych zachowań, np. agresji lub płaczu, to pozwólmy mu na takie działania.

Pani Teresa któregoś dnia po kąpieli zamiast owinąć się ręcznikiem, użyła do tego celu prześcieradła. Od tego czasu robi to codziennie. Gdybyśmy na siłę próbowali zmusić ją do zmiany zachowania, najprawdopodobniej wywołalibyśmy fale złości i agresji. Skoro prześcieradło można prać, pozwólmy go używać jako ręcznika.

Priorytetem dla opiekuna powinno być dbanie o samopoczucie podopiecznego, a nie zachowywanie za wszelką cenę reguł panujących w systemie społecznym. Nie zwalnia to oczywiście z obowiązku dbania o jak najdłuższe wzmocnienie poczucia realności u osób z otępieniem, chociażby poprzez rutynowe codzienne obowiązki i zadania. Stałość działań oraz wyglądu pomieszczeń, w których przebywa chory, zmniejsza poczucie dezorientacji i tym samym zwiększa poczucie bezpieczeństwa.

## **Radzenie sobie z trudnościami w opiece**

Nie ma wątpliwości, że opieka nad chorym z otępieniem to ciężka i wyczerpująca psychicznie praca, związana ze zmaganiem się z sytuacjami wykraczającymi poza dotychczas znane doświadczenia. Opiekun, który spędza cały czas z chorym, jest narażony na wiele chorób somatycznych i psychicznych (np. depresję). Aby im zapobiec, powinien już na samym początku zadbać o wsparcie w opiece nad chorym. Po pierwsze, włączamy w nią pozostałych członków rodziny. Jeśli nie jest to możliwe, warto skorzystać z pomocy opiekunów zatrudnianych przez ośrodki pomocy społecznej (szczegółowych informacji na ten temat udzieli nam pracownik socjalny) lub opiekunów prywatnych. Opieka nad chorym z otępieniem jest związana

z przebywaniem w specyficznym klimacie, w którym pojawiają się halucynacje, urojenia, dezorientacja, lęki i związana z tym złość. Dlatego opiekun potrzebuje środowiska „bez choroby”, dającego przyjemne emocje i doznania intelektualne, dostarczającego energii i wszystkiego tego, co jest przeciwieństwem opieki nad chorym. W związku z tym, aby poradzić sobie z sytuacją choroby naszego podopiecznego, należy chodzić na spotkania towarzyskie, wykonywać jakąś pracę i znaleźć czas na hobby, wyjść na spacer, zakupy, wyjechać. Jest to jednak możliwe tylko wtedy, gdy wcześniej zadamy o podział opieki nad chorym.

Być może na pewnym etapie choroby nie będziemy w stanie sprawować już opieki, np. ze względu na sytuację rodzinną, zawodową bądź zdrowotną. Wówczas trzeba będzie rozważyć umieszczenie chorego w całodobowym domu opieki. Podjęcie takiej decyzji nigdy nie jest łatwe i wiąże się z poczuciem winy, lęku i innymi przykrymi emocjami. Z drugiej strony mamy świadomość, że nie możemy zapewnić choremu odpowiedniej opieki – przeniesienie go do całodobowej placówki może okazać się najlepszym rozwiązaniem. W poszukiwaniu dobrego domu mogą nam pomóc rodziny chorych oraz organizacje. Możemy także odwiedzić kilka placówek, aby przekonać się, jak funkcjonują i czy spełniają nasze wymagania.

Każdy opiekun powinien korzystać z dostępnej literatury oraz pomocy specjalistów (lekarzy, rehabilitantów, psychologów, terapeutów itd.), aby jak najlepiej opiekować się chorym, a przy tym dbać o siebie.

Z jakiego powodu warto skorzystać z pomocy psychologa?

- Aby otrzymać wsparcie w trudnych sytuacjach i niepowodzeniach związanych z opieką.
- Lepiej pocujemy się, mówiąc głośno o dręczących nas sprawach, niż tylko o nich myśląc.
- Uzyskamy pomoc w podjęciu trudnych decyzji, np. o umieszczeniu chorego w placówce całodobowej.
- Uzyskamy pomoc w obszarze pracy z chorym (np. propozycje zajęć) oraz wskazówki, jak radzić sobie z trudnymi sytuacjami (np. agresja).
- Uzyskamy pomoc, gdy będziemy zmagać się ze śmiercią bliskiej nam osoby.
- Psycholog to osoba, której rolą jest słuchać, a nie osądzać.

Pomoc zapewnią nam także grupy wsparcia dla opiekunów osób chorych na otępienie. Podczas spotkań możemy wymienić cenne doświadczenia związane z opieką nad chorym (praktyczne rady, które wcześniej już zostały sprawdzone). Poczujemy wówczas, że nie tylko my zmagamy się z problemami, a np. emocje lęku, złości i irytacji towarzyszą każdemu opiekunowi osoby dotkniętej chorobą Alzheimera.

Nie można w poradniku opisać wszystkich sytuacji, z którymi zetkną się opiekunowie i wszystkich sposobów na radzenie sobie z nimi. Z tego powodu powinniśmy korzystać z rad lekarza, rehabilitanta, terapeuty, psychologa, grup wsparcia, wolontariuszy i innych osób, których pomoc może okazać się niezbędną.



## **Rehabilitacja w chorobie Alzheimera**

### **Rola ćwiczeń**

Ważnym czynnikiem w walce z chorobą Alzheimera jest ruch. Przy stosunkowo niewielkim wysiłku możemy zrobić wiele, by podtrzymać aktualny stan zdrowia chorego i nie dopuścić do gwałtownego rozwoju choroby. Poświęcając godzinę naszego czasu, sprawimy, że atmosfera w domu będzie lepsza, a my zyskamy poczucie, że stawiamy czoła problemom, zamiast biernie obserwować postęp choroby.

Rehabilitacje ruchowa i intelektualna są ważnymi elementem w leczeniu osób z chorobą Alzheimera. Jako metody nefarmakologiczne odgrywają istotną rolę w podtrzymywaniu aktywności chorego, a przede wszystkim zmniejszają stres i poprawiają jakość życia. Rehabilitacja wymaga specjalistycznego, indywidualnego podejścia do pacjenta, uwzględniającego wiele czynników wpływających na jego aktualny stan. Ma na celu utrzymanie jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej, zapobiegając powikłaniom. Cechą osób chorych jest postępujące osłabienie funkcji poznawczych oraz ogólnej percepcji zmysłowej i uczuciowej. Ponadto coraz większe ograniczenia funkcjonalne i intelektualne sprawiają, że u chorych występuje osłabienie kondycji, wydolności organizmu, a także zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz równowagi. Konsekwencje tych zjawisk można ograniczyć, włączając swoich podopiecznych do odpowiednio dobranego programu rehabilitacyjnego. Fizjoterapia ma za zadanie utrzymanie dobrej kondycji fizycznej dzięki wzmocnieniu siły mięśniowej, zwiększenie zakresu ruchu w stawach, poprawę krążenia, przeciwdziałanie zaburzeniom równowagi i upadkom. Ponadto aktywny styl życia zmniejsza występowanie takich objawów jak niepokój, pobudzenie i bezwiedne przemieszczanie się, a także stymuluje pracę jelit oraz poprawia jakość snu. Ćwiczenia powodują zwiększone wydzielanie przez organizm substancji będących substytutami leków antydepresyjnych. Rehabilitacja jest niezbędnym uzupełnieniem leczenia farmakologicznego, maksymalnie wykorzystującym potencjalne możliwości pacjenta i podtrzymującym samodzielne funkcjonowanie, np. ćwiczenia mięśni miednicy umożliwiają większą kontrolę zwieraczy, ćwiczenia kończyn dolnych – lepsze i sprawniejsze przemieszczanie się, natomiast ćwiczenia kończyn górnych – samodzielność, która przejawia się w takich czynnościach jak ubieranie się czy jedzenie.

### **Kilka zasad rehabilitacji**

Rodzaj ćwiczeń powinien sprawiać instruktorowi i choremu przyjemność. Warto zacząć od prostych ruchów, a następnie przejść do tych bardziej złożonych, wydłużając tym samym czas rehabilitacji. Należy zadbać o atrakcyjność ćwiczeń, włączając coraz więcej przyrządów dodatkowych, takich jak kije, piłki lub szarfy. Często inwencja twórcza i rozszerzenie gamy ćwiczeń jest czynnikiem decydującym o powodzeniu rehabilitacji. Dobierając ćwiczenia, pamiętajmy, że nie wszystkie polecenia mogą być zrozumiane. Najlepiej ćwiczyć, wykonując kolejne zadanie razem z podopiecznym. Ułatwia to budowanie więzi emocjonalnych i pomaga choremu odtwarzać nasze ruchy. Polecenia powinny być krótkie, zrozumiałe i pozbawione terminologii medycznej. Powinniśmy dostosować ruchy tak, by chory wykonał dane ćwiczenie prawidłowo. Gdy ćwiczenia wykonywane są niepoprawnie, w delikatny sposób poprawiamy je. Nie ma sensu wielokrotne tłumaczenie, że chory coś robi źle. To tylko wprowadzi niepotrzebny niepokój, a w konsekwencji może zniechęcić do ćwiczeń i chory przestanie współpracować. Zajęcia powinny trwać około 45 minut, na bieżąco jednak obserwujemy naszego podopiecznego i oceniamy stopień jego zmęczenia.

Zajęcia najlepiej prowadzić przed południem. Człowiek jest wtedy zazwyczaj wypoczęty i ma większą ochotę na wysiłek. Przewietrzmy wcześniej pokój, w którym będziemy się gimnastykować. Pamiętajmy też, by nie ćwiczyć bezpośrednio po posiłku. Możemy włączyć cichą muzykę, która pozwoli lepiej się zrelaksować podczas ćwiczeń i wyciszyć.

Tempo ćwiczeń powinno być jednostajne, niezbyt energiczne (by chory nie męczył się za szybko) i mia-

rowe (pomaga w tym liczenie ruchów). Atmosfera powinna być zycziwa, nie nakazująca, lecz motywująca do działania. Bardzo ważne są również parominutowe przerwy podczas ćwiczeń. Pozwalają odetchnąć naszemu podopiecznemu i dają możliwość uzewnętrznienia się, opowiedzenia o przeżyciach osobistych. Jest to nieodzowny element ćwiczeń, ponieważ pomaga stworzyć atmosferę zrozumienia i bezpieczeństwa.

W miarę możliwości wykonujemy jak najwięcej ćwiczeń czynnych (ćwiczenia samodzielnie wykonane) w różnych pozycjach. Gdy pacjent ma zaburzenia równowagi, należy unikać pozycji stojącej, a zachęcać do ćwiczeń w siadzie bądź leżeniu. Wykorzystujemy także ruchy, które potrzebne są w życiu codziennym, np. mycie zębów, wiązanie sznurowadeł. Są one potrzebną imitacją, którą chory nieświadomie przeniesie w czynności rzeczywiste. Gdy jest to możliwe, staramy się stworzyć kilkusobową grupę złożoną także z innych członków rodziny. Bardzo często, gdy pacjent jest odizolowany lub ma gorszy dzień, terapia grupowa pozwala się otworzyć. Chory zaczyna naśladować ruchy innych, a poprzez element podświadomego współzawodnictwa zapomina o problemie, coraz chętniej współpracując.

Pamiętajmy także o ćwiczeniach oddechowych, którymi przeplatamy zestawy ćwiczeń. Pomagają one w regulacji oddechu oraz zapobiegają powikłaniom płucnym.

By uatrakcyjnić ćwiczenia, zamiast liczenia ruchów, możemy wprowadzić inne liczebne podmioty, jak np. miesiące czy pory roku. Zwracamy uwagę na koordynację wzrokowo-ruchową oraz na wykorzystanie niesymetryczności ruchów poprzez przekraczanie linii środkowej ciała, np. dajemy polecenie dotknięcia prawą ręką lewego kolana. Problemem dla pacjenta mogą być ćwiczenia izometryczne (napinanie poszczególnych partii mięśniowych), ponieważ nie ma możliwości dostrzeżenia ruchu. Są one jednak niezbędne i stanowią ważny element rehabilitacyjny, np. napięcie pośladków stymuluje lepszą kontrolę zwieraczy. Należy używać prostych instrukcji, pozwolić dotknąć naszych mięśni, by pacjent mógł lepiej sobie uświadomić to zadanie.

Bardzo ważne, by ćwiczenia nie były zbyt forsowne, a podopieczny nie odczuwał bólu. Cierpienie powoduje odmowę współpracy, może prowadzić do agresji, a w konsekwencji do zniechęcenia i wrogości. Jeśli oczekujemy od pacjenta zbyt wiele, stawiamy nierealne wymagania, to budzimy niechęć, poirytowanie i zniecierpliwienie. Po zakończonej terapii powinniśmy pochwalić chorego i postarać się, by czerpał zadowolenie z dobrze i starannie wykonanej pracy. Miłe wspomnienia, życzliwość, szacunek, a przede wszystkim uśmiech spowodują, że nasz podopieczny będzie chętnie uczestniczył w następnych zajęciach.

## **Dobranie ćwiczeń do stadium choroby**

Ćwiczenia fizyczne, a co za tym idzie, rehabilitacja powinny być odpowiednio dobrane do fazy choroby. Z punktu widzenia fizjoterapii możemy podzielić je na trzy rodzaje – ćwiczenia w:

- lekkich zaburzeniach,
- zaburzeniach ciężkich,
- głębokim otępieniu.

### **Lekkie zaburzenia**

Fizycznie i ruchowo pacjenci nie odbiegają od normy. Pojawiają się kłopoty z zapamiętywaniem i koncentracją uwagi. Zauważalne są zmiany w codziennym zachowaniu, takie jak brak ufności wobec najbliższych, zaburzenia przestrzenne i izolacja. Pojawia się także problem z pamięcią świeżą i doбором odpowiednich słów. W tym stadium choroby wykorzystujemy wszelkie formy rehabilitacji ruchowej. Przy prawidłowym instruktazie i ciekawej formie terapii pacjent wykona wszystkie ćwiczenia. Wykorzystując ten fakt, staramy się włączyć w program dużo ćwiczeń izometrycznych, manualnych, pamięci, wyobraźni oraz urozmaicać wysiłek, stosując gamę przyrządów rehabilitacyjnych. Układając program ćwiczeń, śmiało możemy stwierdzić, że staramy się traktować tę grupę jako ludzi starszych, nie chorych. Bardzo dobrze sprawdzają się w tym wypadku gry i zabawy ruchowe, szczególnie polecam minisiatkówkę na krzesłach z wykorzystaniem piłki plażowej. Na tym etapie chorzy zachowują także wrażliwość na muzykę. Muzyka jest nieodzowną formą terapii. Pozwala wywołać pożądany nastrój, zrelaksować się, uwrażliwić na potrzeby otoczenia oraz ustabilizować jakże chwiejną równowagę emocjonalną. Możemy fakt ten wykorzystać,

ćwicząc w rytm muzyki czy też podczas przerw w ćwiczeniach śpiewać znane szlagiery. Ruch oraz terapia zajęciowa pozwolą na utrzymanie stanu choroby przez kilka lat i zapobiegą jego gwałtownemu pogorszeniu. W tej fazie bardzo dobrze wpływa na podopiecznych kontakt z innymi ludźmi. Nieodzowne są Środowiskowe Domy Samopomocy czy Domy Seniora. Atmosfera pracy, współzawodnictwa oraz dialog z innymi ludźmi uchronią przed depresją, wycofaniem i izolacją.

## **Ciężkie zaburzenia**

To nasilenie stanów depresyjnych przy jednoczesnej skłonności do zmiany nastrojów. Występuje brak kontroli nad fizjologią organizmu, skłonność do agresji, a przede wszystkim znaczne ograniczenie sprawności ruchowej i intelektualnej. Pacjent często ma potrzebę chodzenia, przy czym chód jest spowolniony, kroki małe, a wzmożone napięcie mięśniowe wywołuje sztywność całego ciała. Sylwetka charakterystycznie pochyla się do przodu, stawy kolanowe i łokciowe są przykurczone, a twarz ma „maskowaty” wyraz.

W rehabilitacji możemy wykorzystać potrzebę chodzenia. Spacer na świeżym powietrzu jest także formą ruchu. Prezentowanych ćwiczeń nie opisujemy, tylko wykonujemy z pacjentem. Naśladownictwo jest dużo prostsze, poza tym często się zdarza, że pacjent nie rozumie naszych poleceń – nawet prostych instrukcji.

Na tym etapie ważne są ćwiczenia indywidualne, najlepiej na materacu. Skupiamy się nie tylko na mięśniach przykurczonych, ale także nad ruchomością innych stawów i obręczy. Poprzez ćwiczenia rozluźniamy napięcie w organizmie, zazwyczaj także zmęczony pacjent jest spokojniejszy, dzięki czemu lepiej śpi w nocy. Aby uspokoić agresywnego podopiecznego, można zastosować relaksację przy spokojnej muzyce. W swojej pracy zauważyłam również, że pacjenci lepiej skupiają się na ćwiczeniach, gdy mają jakiś przyrząd w rękę. Myślę, że ćwiczenia w łańcuchach zamkniętych, np. z kijami, rozładowują niepotrzebne napięcia i sprawiają, że pacjent czuje się bezpiecznie.

## **Głębokie otępienie**

W tej fazie choroby pacjent nie ma kontaktu z rzeczywistością. Nie rozumie mowy i sam nie mówi. Następuje pełna utrata świadomości oraz umiejętności. Najczęściej jest osobą leżącą, często bez jakiegokolwiek kontaktu. Pokaz lub pomoc w ćwiczeniach nie ma sensu, ponieważ pacjent nie rozumie i nie potrafi odtworzyć ruchu. Rehabilitacja w tej fazie choroby polega tylko na ćwiczeniach biernych (wykonywanie ruchu odbywa się przy pomocy osoby trzeciej). Wykonujemy wtedy ruchy we wszystkich stawach do granicy bólu, którą możemy wyczuć, odczuwając opór bądź wyczytać z mimiki chorego. Skupiamy się przede wszystkim na ćwiczeniach kończyn dolnych, zapobiegając w ten sposób zakrzepom bądź niewydolności krążenia. Po zakończeniu rehabilitacji układamy nogi nieco wyżej niż tułów, zostawiamy kolana w zgięciu. Umożliwia to lepszy odpływ krwi i zapobiega obrzękom. Rehabilitacja polega także na niedopuszczeniu do odkładania się wydzieliny w płucach poprzez codzienne oklepywanie chorego. Bardzo ważne są pozycje ułożeniowe. Staramy się, by podopieczny jak najczęściej zmieniał ułożenie ciała. Obracając go na boki, sadzając czy pionizując, zmniejszamy ryzyko powikłań ze strony układów wewnętrznych oraz zapobiegamy pojawieniu się odleżyn.

## PROPOZYCJE ĆWICZEŃ DLA FAZY PIERWSZEJ I DRUGIEJ

### W pozycji siedzącej



**Pozycja wyjściowa:**  
siad na krześle. Jedna stopa maksymalnie zgięta grzbietowo (oparta na pięcie), druga podeszwowo (oparta na palcach)

**Ruch:**  
naprzemienne zgięcia grzbietowe i podeszwowe stóp (kołyska)



**Pozycja wyjściowa:**  
siad na krześle, stopy ustawione równolegle.

**Ruch:**  
równoczesne przyciąganie kolan do klatki piersiowej



**Pozycja wyjściowa:**  
Siad na krześle. Ręce wyprostowane, w bok

**Ruch:**  
skrętosklon tułowia, dotknięcie ręką do przeciwnej stopy



### W pozycji stojącej



**Pozycja wyjściowa:**  
stanie przed krzesłem

**Ruch:**  
naprzemienne wkładanie nóg na krzesło



**Pozycja wyjściowa:**  
stanie za krzesłem.

**Ruch:**  
Ręce trzymają się oparcia krzesła  
przysiad





**Pozycja wyjściowa:**  
stanie za krzesłem (w lekkim opadzie).  
Ręce trzymają się oparcia krzesła  
**Ruch:**  
opad tułowia w przód. Ręce wyprostowane,  
wyciągnięte przed siebie trzymają się oparcia krzesła  
na wysokości bioder



### W pozycji leżącej



**Pozycja wyjściowa:**  
leżenie tyłem. Nogi ugięte, stopy oparte  
na podłodze  
**Ruch:**  
uniesienie bioder



**Pozycja wyjściowa:**  
leżenie tyłem, kolana przyciągnięte do klatki piersiowej.  
Ręce w pozycji „skrzydełek” leżą na podłodze  
**Ruch:**  
przeniesienie złączonych nóg w bok



**Pozycja wyjściowa:**  
leżenie przodem, noga zgięta w stawie  
kolanowym  
**Ruch:**  
minimalne uniesienie uda nad podłogę



**Pozycja wyjściowa:**  
leżenie tyłem. Nogi ugięte, stopy oparte na podłodze.  
Ręce w pozycji „skrzydełek” leżą na podłodze  
**Ruch: naprzemienny**  
wyprost nóg w stawach kolanowych



### W pozycji kłęk podpartego



**Pozycja wyjściowa:**  
kłęk podparty  
**Ruch:** uniesienie  
prostej nogi do poziomu



**Pozycja wyjściowa:**  
kłęk podparty z zapadniętym tułowiem  
**Ruch:** „koci grzbiet”





**Pozycja wyjściowa:**

kłęk podparty

**Ruch:**

naprzemienne wymachy rękoma bokiem w górę,  
lekki skrętoskłon tułowia



**Ćwiczenia z przyrządami**



**Pozycja wyjściowa:**

Siad na krześle

**Ruch:**

wyrzut piłki w górę z równoczesnym klaśnięciem  
w dłonie. Następnie łapiemy spadającą piłkę



**Pozycja wyjściowa:**

siad w rozkroku, skłon tułowia w  
przód, w dłoniach piłka

**Ruch:**

toczenie piłki po podłodze wokół  
nóg tzw. zataczanie „ósemek”



**Pozycja wyjściowa:**

siad na krześle, w dłoniach na wysokości klatki  
piersiowej trzymamy piłkę, łokcie w bok

**Ruch:**

ściskanie piłki przez 3 sekundy z następnym  
rozluźnieniem



**Pozycja wyjściowa:**

siad na krześle, w dłoniach nad głową trzymana  
oburącz  
laska, łokcie wyprostowane

**Ruch:**

przeniesienie laski na plecy



**Pozycja wyjściowa:**

siad na krześle, palce stóp oparte na lasce leżą-  
cej na podłodze

**Ruch:**

naciskanie stopami na laskę i toczenie w przód  
i tył





**Pozycja wyjściowa:**  
 siad na krześle. Laska ustawiona pionowo, trzymana rękoma  
**Ruch:**  
 pochylenie laski wraz z tułowiem do przodu



## PROPOZYCJE ĆWICZEŃ DLA FAZY TRZECIEJ



**Pozycja wyjściowa:**  
 Leżenie tyłem,  
 kolana zgięte  
**Ruch:**  
 terapeuta zgina kolana równocześnie do boku



**Pozycja wyjściowa:**  
 leżenie tyłem  
**Ruch:**  
 terapeuta zgina nogę równocześnie w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym



**Pozycja wyjściowa:**  
 leżenie tyłem  
**Ruch:**  
 terapeuta przenosi ręce nad głowę



## Kilka praktycznych wskazówek na koniec

### Sytuacja mieszkaniowa chorego

Na wczesnych etapach choroby Alzheimera nie ma przeszkód, aby podopieczny mieszkał sam. Należy tylko zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa dzięki częstym odwiedzinom oraz stałemu kontaktowi z opiekunem. Trzeba się jednak liczyć z tym, że w miarę postępu choroby będziemy musieli zwiększać zakres opieki – w pewnym momencie stanie się ona konieczna przez 24 godziny na dobę.

Najlepiej, jeśli opiekę nad chorym sprawuje najbliższa rodzina. Niestety, życie zawodowe czy też stan zdrowia opiekuna mogą w znacznym stopniu ograniczać bezpośrednią opiekę nawet tym, którzy starają się każdą chwilę poświęcić najbliższemu. W takich sytuacjach konieczne jest zwrócenie się o pomoc instytucjonalną, która będzie uzupełnieniem sprawowanej przez nas opieki. W ten sposób uzyskamy fachową poradę z zakresu usług socjalnych i pomocy społecznej. W tym celu należy skontaktować się z właściwym z racji miejsca zamieszkania osoby chorej miejskim, gminnym lub powiatowym ośrodkiem pomocy rodzinie (czasem pomocy społecznej). Tam powinniśmy zwrócić się do pracownika socjalnego, któremu podlega rejon zamieszkania chorego. Dla udzielenia pomocy konieczne jest przeprowadzenie wywiadu społecznego.

### Wywiad społeczny

Wywiad społeczny to rodzaj rozeznania warunków socjalno-bytowych osoby zgłaszającej się po pomoc oraz jej rodziny. Jest przeprowadzany w celu określenia sytuacji, w jakiej znajduje się osoba starająca się o pomoc. Pracownik socjalny umówi się z nami i złoży wizytę w domu. Warto przed wywiadem przygotować:

- dowód osobisty chorego (niezbędny),
- zaświadczenie o dochodach chorego (np. odcinek ostatniej renty lub emerytury),
- takie same dokumenty powinna przygotować osoba, z którą podopieczny prowadzi wspólne gospodarstwo domowe,
- zaświadczenie o stanie zdrowia (np. zaświadczenie wydane przez lekarza rodzinnego, specjalistę lub aktualna karta informacyjna z leczenia szpitalnego),
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli została orzeczona),
- dokumenty dotyczące kosztów utrzymania (np. umowa najmu, rachunki za energię),
- rachunki za wydatki związane z zakupem leków,
- inne dokumenty i zaświadczenia obrazujące sytuację osoby chorej.
- Pytania pracownika socjalnego będą dotyczyły także osób zobowiązanych do pomocy w pierwszej kolejności, czyli dzieci, rodzeństwa, współmałżonka, dlatego warto przygotować listę ich adresów zamieszkania.

W sprawach pilnych wywiad musi być przeprowadzony w ciągu 2 dni. W trybie normalnym w ciągu 2 tygodni. Decyzja o przyznaniu pomocy musi zostać wydana w ciągu miesiąca.

### Formy wsparcia udzielanego przez ośrodki pomocy rodzinie

Podstawowe formy pomocy materialnej, na które może liczyć osoba zwracająca się o pomoc, to:

- zasiłek stały,
- zasiłek okresowy,
- zasiłki celowe, np. na zakup żywności, odzieży, obuwia, leków, opału.

Możliwe jest także otrzymanie pomocy pozafinansowej (niepieniężnej), takiej jak:



- pracy socjalnej,
- monitoringu,
- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania,
- skierowania do ośrodków wsparcia i domów pomocy społecznej.

### **Opieka nad chorym w domu**

W celu uzyskania tego rodzaju pomocy należy nie tylko wziąć udział w wywiadzie społecznym, ale także złożyć w filii ośrodka pomocy rodzinie właściwego dla miejsca zamieszkania osoby chorej wniosek wraz z zaświadczeniem o stanie jej zdrowia (może być od lekarza rodzinnego).

Usługi opiekuńcze są odpłatne. Wysokość odpłatności zależy od dochodu chorego lub, w sytuacji prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego, dochodu przypadającego na osobę. Częstotliwość wizyt opiekuńczych zależy potrzeb. Całość procedury pomoże nam poprowadzić pracownik socjalny.

### **Umieszczenie chorego w domu pomocy społecznej**

W takiej sytuacji konieczne będzie przeprowadzenie wywiadu społecznego oraz złożenie przez osobę zainteresowaną wniosku o przydzielenie miejsca w domu pomocy społecznej. Należy się z nim zwrócić się do pracownika socjalnego, któremu podlega rejon zamieszkania osoby chorej. Niezbędne będą także zaświadczenia:

- lekarskie o stanie zdrowia chorego,
- o dochodach chorego – odcinek ostatniej renty lub emerytury albo inny dokument pozwalający ustalić wysokość dochodu.

Poza wymienionymi dokumentami należy złożyć:

- decyzję o ubezwłasnowolnieniu (jeśli jest),
- decyzję o ustanowieniu opiekuna prawnego (jeśli jest),
- zaświadczenie od lekarza psychiatry lub neurologa.

### **Istnieje kilka typów Domów Pomocy Społecznej:**

- dla osób w podeszłym wieku,
- przewlekle, somatycznie chorych,
- niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla osób psychicznie chorych.

Jeśli stan zdrowia osoby chorej pogorszył się do tego stopnia, że nie ma już właściwego kontaktu z otoczeniem, a jedynym wyjściem jest umieszczenie jej w domu pomocy społecznej, należy złożyć wniosek o ubezwłasnowolnienie chorego. Wniosek może złożyć przedstawiciel prawny osoby chorej.

Przedstawiciela prawnego wyznacza sąd – może nim zostać osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych (każda osoba pełnoletnia, niepozbawiona tego uprawnienia przez sąd). Najczęściej zostaje nim na swój wniosek najbliższy członek rodziny. Aby zostać przedstawicielem prawnym (opiekunem lub kuratorem) podopiecznego, należy złożyć wniosek do Sądu Okręgowego właściwego dla miejsca zamieszkania osoby chorej. Do wniosku należy dołączyć:

- odpis wniosku – liczba egzemplarzy zależy od liczby uczestników postępowania,
- w przypadku pozostawania w związku małżeńskim – skrócony odpis aktu małżeństwa, jeśli małżonek nie żyje – odpis jego aktu zgonu, w pozostałych przypadkach – odpis skrócony aktu urodzenia,
- zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia od lekarza psychiatry lub neurologa,
- opłatę sądową

Sąd wzywa też do wpłacenia zaliczki na koszty biegłego. Jej wysokość ustalana jest w zależności od indywidualnego przypadku. Strona może starać się o zwolnienie z ponoszenia wszelkich kosztów. W tym celu należy złożyć wniosek oraz dołączyć formularz urzędowy dotyczący stosunków majątkowych i osobistych.

Zgodnie z Ustawą wniosek może złożyć tylko osoba spokrewniona, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych (wstępny, zstępny, rodzeństwo lub małżonek) lub prokurator, jeśli chory nie ma rodziny.

Jest to pierwszy etap dotyczący postępowania w sprawie o ubezwłasnowolnienie i toczy się przed sądem Okręgowym. Drugi etap to postępowanie o ustalenie opiekuna (lub kuratora) przed Wydziałem Rodzinnym Sądu Rejonowego.

W momencie ustania przyczyn, dla których ubezwłasnowolnienie zostało ustanowione (poprawa stanu zdrowia, świadomości itp.), można zwrócić się do sądu o jego zmianę lub uchylenie. Procedura postępowania jest podobna.

Pamiętajmy jednocześnie, że zgłoszenie wniosku o ubezwłasnowolnienie w złej wierze lub lekkomyślnie podlega grzywnie do 1000 zł.

Mimo że decyzja o ubezwłasnowolnieniu nie jest łatwa, warto pamiętać, że w ostatniej fazie choroby kontakt chorego z rzeczywistością i możliwość racjonalnego stanowienia o sobie są bardzo ograniczone. Z tego powodu warto zadbać o ustanowienie opiekuna prawnego, zanim uzyskanie zgody, np. na leczenia szpitalne, nie będzie możliwe, choćby z powodu utraty umiejętności podpisania się przez podopiecznego. Podjęcie przemyślanej decyzji o ubezwłasnowolnieniu jest także wyrazem troski o dobro osoby chorej.

Poza pomocą ze strony instytucji państwowych warto korzystać ze wsparcia oferowanego przez organizacje pozarządowe – stowarzyszenia i fundacje. Dobrym źródłem informacji o tych organizacjach jest strona internetowa: [www.bazy.ngo.pl](http://www.bazy.ngo.pl).

## **Organizacje działające na rzecz osób dotkniętych chorobą Alzheimera w Polsce**

### **Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

ul. Hoża 54, lok. 1, 00-682 Warszawa  
tel.: (22) 622-11-22  
e-mail: alzheimer\_pl@hotmail.com  
www.alzheimer.pl

### **Polska Fundacja Alzheimerowska**

ul. Widok 10, 00-023 Warszawa  
tel.: (22) 827-35-86

### **Szczecińskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera i Innymi Rodzajami Otepien „Jaskółka”**

ul. Broniewskiego 4/6, 71-460 Szczecin  
tel.: (91) 432 94 70; 432 94 71; 454 14 81

### **Gdańskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

ul. Armii Krajowej 94, 81-824 Sopot  
tel.: (58) 551 63 64  
email: alzheimer.gdansk@free.ngo.pl  
www.alzheimer.gdansk.free.ngo.pl

### **Grupa Samopomocowa dla Opiekunów Osób z Chorobą Typu Alzheimera oraz Innymi Zespołami Otepiennymi przy Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Wejherowie**

ul. Kusocińskiego 17, 82-200 Wejherowo  
tel.: (58) 672 41 70

### **Elbląskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

ul. Pułaskiego 1c, 82-300 Elbląg  
tel.: (55) 235 30 75; (55) 235 31 15

### **Stowarzyszenie „EL-MEDICO” na rzecz Osób z Chorobą Alzheimera**

ul. Hetmańska 5 / 36, 82-300 Elbląg  
tel.: (55) 233 27 67; (55) 233 80 10  
email: arcus@elblag.com.pl

### **Grupa Wsparcia dla Rodzin Osób Chorych na Chorobę Alzheimera**

Al. Wojska Polskiego 35, 10-228 Olsztyn  
tel.: (89) 526 00 11, wew. 261; (89) 532 72 61

### **Białostockie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

ul. Św. Mikołaja 1, lok. 38, 15-062 Białystok  
tel.: (85) 742 82 43  
tel. kom. 0 602 83 17 97

### **Wielkopolskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Chorobą Alzheimera**

ul. Szwajcarska 3 (Szpital ZOZ), 61-285 Poznań  
tel.: (61) 873 90 81; (61) 873 00 00 wew. 81  
e-mail: AlzheimerWielkopolska@poczta.onet.pl  
www.alzheimer.gridia.pl

### **Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie**

ul. Zagórze 7/9, 61-112 Poznań  
tel.: (61) 855 82 73  
e-mail: stowarzyszenie@alzheimer-poznan.pl  
www.alzheimer-poznan.pl

### **Bydgoskie Stowarzyszenie Opieki Nad Chorymi z Otepieniem Typu Alzheimerowskiego**

ul. Ujejskiego 11 m. 1, 85-168 Bydgoszcz  
tel.: (52) 371-16-44, tel. kom. 607 07 90 05  
e-mail: alzheimerbydgoszcz@wp.pl

### **Toruńskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

ul. Ligi Polskiej 8, 87-100 Toruń  
tel.: (56) 648-85-71; (56) 648-65-80  
www.jarlacz.free.ngo.pl

### **Płockie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

ul. Rembielińskiego 8, pok. 242, 09-400 Płock,  
tel.: (24) 366 14 66

### **Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

ul. Królowej Jadwigi 1, 26-600 Radom  
tel.: (48) 333 12 22

### **Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera**

ul. Chmielna 12, 08-110 Siedlce  
tel.: (25) 631 79 39, 631-79-38 (w godz. 8 – 14)  
e-mail: siedlce\_alz@op.pl, www.alzheimer.org.pl

**Grupa Wsparcia dla Osób z Chorobą Alzheimerą**  
ul. Zawadzkiego 3/12, 96-500 Sochaczew  
tel.: (46) 862 41 74

**Fundacja Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą**  
Kuznocin 67, 96-500 Sochaczew  
tel.: (46) 863 16 58  
(tel. zaufania, wtorki i czwartki, w godz. 15 – 17)  
(46) 861 92 82 (codziennie po godz. 18)  
tel. kom. 501 62 99 83 (Prezes Fundacji)  
e-mail: alzheimer@muwo.pl

**Lubelskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie**  
ul. Towarowa 19, 20-205 Lublin  
tel.: (81) 444 45 44  
(w dni powszednie w godz. 7.00 – 17.00)  
tel. kom. 506 71 69 44, 508 75 10 25, 600 27 67 94  
e-mail: lsa@lsa.lublin.pl  
www.lsa.lublin.pl

**Łódzkie Towarzystwo Alzheimerowskie**  
ul. Przybyszewskiego 111, 93-110 Łódź  
tel.: (42) 681 24 32  
(42) 681 24 38  
e-mail: tow.alzheimer@onet.pl  
www.csk.lodz.pl/alzheimer/index.htm

**Gorzowskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie**  
ul. Podmiejska Boczna 10, 66-400 Gorzów Wielkopolski  
tel.: (95) 732 41 22

**Stowarzyszenie Alzheimerowskie MOST**  
ul. Komuny Paryskiej 17 / 1, 50-451 Wrocław  
tel.: (71) 789 98 33

**Stowarzyszenie Grupa Wsparcia dla osób z problemami pamięci „Niezapominajka”**  
ul. Nowodworska 1a, 54-438 Wrocław  
tel. kom. 506 16 25 19

**Opolskie Stowarzyszenie na Rzecz Niepełnosprawnych w tym Rodzin i Osób z Chorobą Alzheimerą**  
ul. Damrota 2, 47-303 Krapkowice,  
tel.: (77) 463 08 71, tel. kom. 500 16 98 63  
e-mail: alzheimer.krapkowice@interia.pl  
www.opolski-alzheimer.pl

**Częstochowskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą**  
ul. PCK 1, 42-200 Częstochowa  
tel.: (34) 325 26 11, wew. 226

**Stowarzyszenie Na Rzecz Pomocy Ludziom w Podeszłym Wieku „Dar Serca”**  
ul. Batorego 57, 43-190 Tychy  
tel.: (32) 227 42 58

**Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie**  
ul. Medyków 14, 40-475 Katowice  
(przy Klinice Neurologii Wieku Podeszłego)  
tel. kom. 695 82 10 95  
Grupa wsparcia i telefon zaufania:  
tel. kom. 663 34 32 78  
Porady rehabilitacyjne:  
tel. kom. 502 07 67 21  
Informacja o badaniach specjalistycznych:  
(32) 789 46 24  
www.alzheimer.slask.pl

**Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Chorobą Alzheimerą**  
ul. Szkolna 8, 27-660 Koprzywnica  
tel.: (15) 847 61 14  
alzheimer.koprzywnica@interia.pl  
www.alzheimer.koprzywnica.webpark.pl

**Podkarpackie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą**  
ul. Seniora 2, 35-310 Rzeszów  
tel. kom. 601 33 79 55  
e-mail: pspozca@poczta.onet.pl  
www.alzheimer.rzeszow.free.ngo.pl

**Małopolska Fundacja Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimerą**  
ul. Dobrego Pasterza 110 / 22  
31-416 Kraków  
tel.: (12) 410 54 20  
(poniedziałek – piątek, w godz. 8.00-16.00)  
fax: (12) 410 54 21  
e-mail: fundacja@alzheimer-krakow.pl  
www.alzheimer-krakow.pl

## **Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria” Partner projektu Ośrodek Informacji Alzheimerowskiej**

Powstało w maju 1995 roku w Inowrocławiu, jako pierwszy w Polsce powojennej ruch społeczny wzajemnej pomocy.

Oferuje:

**pielęgniarską opieką domową**, tel. 052 35 74 795

**porady dotyczące leczenia bólu**, tel. 052 35 74 795

**usługi stomatologiczne**, tel. 052 35 32 220

Wymienione usługi są refundowane przez NFZ.

Ponadto:

Pomaga w zakupie oraz wypożyczeniu artykułów przydatnych w opiece nad osobą chorą (także refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia) – wózków inwalidzkich, lasek, kul, balkoników, materacy przeciwdoleźnowych, pieluchomajtek, inhalatorów, pionizatorów, pelzaków itp.

Sklepy i wypożyczalnie medyczne prowadzone przez Stowarzyszenie Flandria:

**Bydgoszcz:** ul. Dworcowa 28, tel. 052 34 54 397

**Inowrocław:** ul. Św. Ducha 20, tel. 052 35 32 215;

ul. Poznańska 97, tel. 052 35 45 394

**Poznań:** ul. Ogrodowa 17/10, tel. 061 85 16 899

**Toruń:** ul. Grudziądzka 51B/3, tel. 056 66 16 916,

**Włocławek:** ul. Chopina 59, tel. 054 41 16 514

### **Dane kontaktowe:**

Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria”

ul. Andrzeja 8, 88-100 Inowrocław

tel./faks 052 3574795

www.flandria.pl

e-mail: sekretariat@flandria.pl

# Czy można spowolnić przebieg choroby Alzheimera i złagodzić jej objawy ?



- Jak rozpoznaje się chorobę Alzheimera?
- Jakie są objawy i przebieg choroby?
- Czy można zapobiegać wystąpieniu choroby?

Praktyczne porady dla chorych i opiekunów  
[www.ChorobaAlzheimera.pl](http://www.ChorobaAlzheimera.pl)

