

## Trening poczucia rzeczywistości dla pacjentów z zespołem otępiennym typu Alzheimera

*Sense of reality training for patients with Alzheimer-type dementive syndromes*

IZABELLA HORBULEWICZ-MOKRZYCKA

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie

**STRESZCZENIE.** Autorka przedstawia współczesne kierunki metod rehabilitacji pacjentów z zespołem otępiennym typu Alzheimera, takie jak: trening rzeczywistości, codziennych czynności, rzeczywistości i orientacji.

**SUMMARY.** The author presents current directions in the rehabilitation of patients with Alzheimer-type dementia syndromes. These include: sense of reality training, every-day activities, reality and orientation training.

---

Słowa kluczowe: otępienie typu Alzheimera / trening poczucia rzeczywistości / rehabilitacja  
Key words: Alzheimer-type dementia / sense of reality training / rehabilitation

---

Artykuł jest wynikiem obserwacji i doświadczeń zdobytych podczas stażu w szpitalu w Bethel w Niemczech oraz pracy w klubie dla pacjentów z zespołem otępiennym typu Alzheimera.

Orientacją w rzeczywistości lub treningiem rzeczywistości nazywamy pierwszą fazę programu rehabilitacyjnego przeznaczonego dla pacjentów geriatrycznych ze średnim lub ciężkim stopniem zmian otępiennych i brakiem orientacji. Pierwsze próby przeprowadzono zimą 1958 r. w Kansas, następnie w 1965 r. w VAH, Alabama w USA. Niektóre techniki treningu rzeczywistości są stosowane w zwykłych szpitalach oraz szpitalach psychiatrycznych.

Pacjenci z otępieniem często sami zamykają się w sobie, załamują się im związki z innymi, tracą zainteresowanie oraz koncentrację nawet dla spraw bardzo prostych. Niekiedy pacjenci są tak bardzo zaburzeni, że nie rozpoznają np. szklanki mleka czy filiżanki kawy lub talerza z zupą. Trudno zrozumieć, iż pacjent tylko dlatego zapomniął jak ma używać danej rzeczy, ponieważ był obsługiwany. W takich wypadkach ich możliwości umysłowe

nie są więcej wykorzystane. Trening rzeczywistości powoduje, że proces ten zostaje w pewnym sensie zahamowany. Używane są dwa sposoby: (1) poprzez ciągłe powtarzanie pacjent stymuluje swą orientację, (2) pacjent wychodzi ze swej izolacji do grupy, gdzie razem z innymi spotyka się, aby z nim współzawodniczyć. Takie działania powodują, że pacjent ponownie zaczyna wykorzystywać swe możliwości i kompensować organiczne uszkodzenia.

Na podstawowym poziomie treningu stosowane są proste techniki, które każdy może wykonać przebywając razem z pacjentem w czasie dnia. Trening zaczyna się wtedy, kiedy zostają zauważone pierwsze objawy zaburzeń pamięci i orientacji, przede wszystkim - kiedy nie naruszone jeszcze są podstawowe funkcje mózgu. Na tym etapie podstawowe takie informacje, jak: nazwisko pacjenta, data, pora posiłków, winny być powtarzane dopóty, dopóki pacjent nie odtworzy ich całkowicie poprawnie. Zostaje on zaprowadzony przez opiekuna do specjalnie przygotowanego pokoju, gdzie za pomocą słowa, obrazu i przedmiotowych skojarzeń, otrzymuje dodatkowe

informacje. Ten trening rzeczywistości może zostać podzielony na dwie części. Na poziomie podstawowym prowadzący zajęcia pracuje tylko z 3-4 pacjentami w grupie, natomiast na poziomie dla zaawansowanych liczba osób w grupie może być 6-8, a czasem zdarza i więcej. Kierownik kursu podaje każdemu pacjentowi jego aktualne osobiste informacje, jak: nazwisko, imię, datę, miejscowość, w której się pacjent znajduje. Informacje te pacjent powtarza tak długo, aż będzie w stanie dokładnie je zapamiętać. W następnej kolejności są podawane inne informacje: wiek, miejsce zamieszkania, zawód. Proces uczenia się może u różnych osób przebiegać z różną prędkością, zależy to bowiem między innymi od stopnia uszkodzenia mózgu, możliwości skupienia uwagi oraz poziomu wykształcenia.

Materiał w treningu rzeczywistości może być przedstawiony za pomocą barwnych, blyszczących obrazów, osobistego notatnika, zegara z dużym cyferblatem lub modelu zegara wykonanego z kartonu, pocztówek, gier słownych, drewnianych klocków mających duże części lub też książek z obrazkami dla dorosłych, np. reprodukcje obrazów itp. Nie należy wykorzystywać książek przeznaczonych dla dzieci. Natomiast powinna być dostępna także tablica, na której można umieścić informacje dotyczące roku, miesiąca, dnia tygodnia, czy też pogody lub menu na następny posiłek. Tablica ta może być pomocna w nauce powtarzania dla chorych leżących w łóżku.

Wielu starszych ludzi ma kłopot ze słyszeniem i widzeniem i dlatego powinni oni mieć książki wydrukowane dużym drukiem i powinno się do nich mówić dokładnie i powoli, aby wszystko mogli zrozumieć. Osoba stale przebywająca z pacjentem powinna poprawiać jego wypowiedzi.

Powinno się podtrzymywać zainteresowania pacjenta oraz zachęcać go do oglądania w telewizji aktualnych wydarzeń. W większości przypadków chorzy nie są przygotowani do takich aktywności jak ergo, fizjo- czy muzykoterapia, czy też planowanie wolnego czasu. Na zakończenie treningu wszystkie tego ro-

dzaju działania należy powtarzać, lecz powinno się to robić raczej w formie zabawowej.

W treningu rzeczywistości kluczową rolę odgrywają opiekunowie i pielęgniarki, gdyż oni przebywają z pacjentem przez większą część czasu. Osoby opiekujące się pacjentami winny brać aktywny udział w procesie terapii.

Metoda treningu rzeczywistości musi oczywiście zostać dostosowana do warunków szpitala lub domu opieki społecznej. Podaje tutaj tylko ogólne wskazówki postępowania. W pracy grupowej bardzo ważne jest, by prowadzący kursy, mając pod opieką tylko 3 lub 4 pacjentów, pracował z każdym z nich pojedynczo. Jeżeli pacjent nie daje prawidłowej odpowiedzi należy zrobić przerwę w zajęciach. Kiedy pacjent zapamięta już swoje nazwisko, należy mu to napisać lub polecić przeczytanie, lub też - położyć przed nim napisane na ruchomej kartce z notatnikiem, na której on sam może to napisać. Wszystkie te dane: data, wiek, miejscowość, pacjent powinien mieć zawarte w swoim notatniku. Ćwiczenia mogą wymagać wiele czasu. Model zegara może być bardzo pomocny, lecz może także pacjentom sprawiać kłopoty. Jeżeli ktoś mówi o czasie, należy natychmiast zacząć z nim ćwiczyć. Można powiedzieć: "Teraz jest 9 godzina. Nasza grupa codziennie zaczyna zajęcia o godzinie 9". Pod koniec godziny można pokazać zegar i powiedzieć: "W tej chwili jest godzina 10". Jeżeli pacjent opanował już podstawowe wiadomości, takie jak: data, nazwisko czy miejscowość, można przystąpić do uczenia się dalszych informacji, takich, jak: data urodzin, zawód jaki wykonywał itp.

Pacjent, który utracił kontakt z rzeczywistością, czuje się prawdopodobnie niepewny i zagubiony. Jego poczucie własnej wartości jest poważnie nadszarpnięte. Należy unikać sytuacji frustrujących pacjenta, w których wymaga się od niego czegoś, czego nie może wykonać. Jeśli pacjent bierze udział w codziennych czynnościach, popelniając przy tym drobne błędy, należy zaufać mu. Przy-

jemna atmosfera może być bardzo pomocna w pokonywaniu trudności w nauce.

#### Plan pracy grupy

- Należy pracować, o ile to jest tylko możliwe, razem z innymi pacjentami, którzy mają już za sobą trening rzeczywistości.
- Ważne jest sprawdzanie każdego pacjenta z osobna i stymulowanie go do tworzenia i przestrzegania rozkładu dnia.
- Pracować nad różnymi działaniami, np. ortografia, dyskusja itp. Najlepiej kiedy grupa będzie siedzieć przy jednym dużym stole. Należy polecać, aby pacjenci sylabizowali nazwy dni tygodnia, miesiąca, ulicy, przy której jest szpital. Można także używać kartek z poszczególnymi sylabami. Należy starać się wybierać tylko słowa proste i jednoznaczne tak, by nie sprawiać pacjentom dodatkowych trudności.

#### Obszary działań terapeutycznych dla pacjentów z zespołem otępiennym typu Alzheimera

- Praca nad danymi biograficznymi.
- Komunikacja, udział w życiu towarzyskim, zalecane kontakty i przeciwdziałanie izolacji.
- Reaktywowanie.
- Prewencja.
- Zajęcie się motorycznym funkcjonowaniem pacjenta.
- Opieka psychiczna.
- Samopomoc, środki pomocy.
- Udział w treningach codziennych czynności.
- Trening pisania.
- Trening mówienia.
- Trening znajomości czynności domowych.

Terapia może być realizowana w formie terapii indywidualnej lub też grupowej z tym, że liczba uczestników terapii ROT (*Trening rzeczywistości i orientacji*) nie może być większa niż 3-4 osoby.

#### Gimnastyka

Ćwiczenia ogólne za pomocą:

- piłki różnych rozmiarów,
- balonów powietrznych,
- kul,
- kostek do rzucania, kości,
- chustek,
- obręczy.

#### Tematy do zajęć grupowych

- Pora roku.
- Święta, dni wolne, ferie.
- Tematy związane z domem, pieczenie, gotowanie.
- Gry, koncentracja.
- Wykonywanie czynności codziennych.
- Szczególne wydarzenia, np. śmierć.
- Goście, np. pielęgniarki, znajomi.
- Kwiaty i zwierzęta.
- Spacerowanie.

Należy robić przerwy, które można wykorzystać na filiżankę kawy, herbaty, kakao, a z okazji urodzin nawet jakiś sok. Nie zapominać o muzyce!

#### Rezultaty treningu rzeczywistości i orientacji:

- Spokój, zadowolenie i wyrównanie stanów pacjentów.
- Pacjent czuje się poważnie traktowany.
- Pacjent bardziej zaznacza się we własnym środowisku.
- Większa otwartość w stosunku do własnego otoczenia.
- Pewniejsze reakcje na zachodzące wydarzenia.
- Większa samodzielność.
- Większa pewność i samodzielność myślenia.
- Pomoc w orientacji pomaga zdobyć samodzielność.
- Pacjent jest bardziej przygotowany do zadawania dodatkowych pytań.
- Umiejętność wykonywania czynności domowych, pieczenie, gotowanie itd.

**Podstawy ergoterapii obejmują:**

Mobilizacja + pomoc poprzez wymagania = pobudzenie aktywności.

- Pobudzenie aktywności winno rozwijać się w oparciu o aktywność codziennych czynności. Aktywność musi być zawsze trafna i dobrze przygotowana, tak aby pacjent i inni odczuwali przyjemność i chcieli uczestniczyć w działaniach oddziału.
- Trening realności i orientacji może dawać zahamowanie procesu dezorientacji.

**Wymagania:**

- Działania muszą być przemyślane i przygotowane.

**Cechy:**

- Rozplanowanie w czasie.
- Pewność miejsca.
- Intensywność.

Na koniec warto dodać krótki komentarz dotyczący powyższej metody. Różne ośrodki

zajmujące się pacjentami z chorobą Alzheimera stosują podane techniki z odmienną intensywnością. Tak np. szkoła amerykańska uważa, iż tylko znaczna intensywność ćwiczeń może doprowadzić do poprawy funkcjonowania pacjentów z chorobą Alzheimera. Natomiast jedna ze szkół niemieckich (Monachium) jest przeciwną ujednoczeniu metod treningu dla różnych pacjentów. Dr B. Romero sądzi, iż każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia ze względu na jego pierwotną osobowość oraz zmienność obrazu psychopatologicznego choroby, natomiast stereotypowe powtarzanie przez pacjentów dat itp. - może nasilić niepokój i zniechęcać do ćwiczeń.

**PIŚMIENNICTWO**

1. Böker-Scharholz M., Lempert J., Wilm B.: Gerontopsychiatrische Tagesstätte der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel in Bielefeld. 1991.
2. Romero B.: Miteinander sprechen und schweigen: Kommunikation mit Alzheimer Kranken. 1992.

*Adres: Dr Izabella Horbulewicz-Mokrzycka, Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ, ul. Kopernika 21b, 31-501 Kraków*