

1.1. Ołępienie (demencja)

1.1.1. Studium przypadku osoby z deficytami poznawczymi w ujęciu neuropatologii i wywiadu diagnostycznego – farmakologiczne i nefarmakologiczne metody leczenia chorób neurodegeneracyjnych

dr Magdalena Leszko

Neurodegeneracja jest procesem postępującej utraty komórek nerwowych oraz struktur mózgowych, leżącym u podstaw wielu chorób neurodegeneracyjnych (*neurodegenerative disorders*). Wyróżnia się kilkaset rodzajów chorób neurodegeneracyjnych, choć do najczęściej występujących należą: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, ołępienie czołowo-skroniowe, choroba Huntingtona i stwardnienie zanikowe boczne. Choroby neurodegeneracyjne należą do najpowszechniejszych współczesnych chorób, które znacznie obniżają jakość życia, a także niosą ze sobą obciążenie psychologiczne oraz finansowe (m.in. zakup sprzętu, leków, koszty opieki). Są chorobami przewlekłymi, postępującymi i przyczyniają się do stopniowego spadku aktywności funkcjonalnej, co powoduje, że pacjent staje się zależny od pomocy innych osób. Długoterminowe sprawowanie opieki może być wyzwaniem dla członków rodziny oraz systemu opieki zdrowotnej.

Przykłady chorób neurodegeneracyjnych

Starzenie się jest głównym czynnikiem ryzyka większości chorób neurodegeneracyjnych, w szczególności choroby Alzheimera i choroby Parkinsona. Warto jednak pamiętać, że choroby neurodegeneracyjne, choć często kojarzane są z osobami starszymi, mogą dotyczyć pacjentów w różnym wieku.

PRZYCZYNY CHORÓB NEURODEGENERACYJNYCH

Choroby neurodegeneracyjne charakteryzują się złożoną patofizjologią. Choć każda ma odmienne objawy chorobowe, naukowcy podkreślają, że u podłoża stopniowej i nieodwracalnej utraty neuronów leży wspólny mechanizm.

Patofizjologia chorób neurodegeneracyjnych

Nie wszystkie jednak mechanizmy ani przyczyny tych chorób zostały ostatecznie ustalone. Zazwyczaj przyczyna procesu chorobowego jest nieznaną (postać sporadyczna), choć niektóre z chorób neurodegeneracyjnych są uwarunkowane genetyczne (np. postać rodzinna choroby Alzheimera). Do mechanizmów powstania choroby neurodegeneracyjnej zalicza się m.in. stres oksydacyjny, proces zapalny, a także agregację zdegenerowanych postaci białek (np. złoży beta-amyloidu lub białka tau), które utrudniają przewodzenie impulsów i prowadzą do obumierania neuronów.

ZABURZENIA POZNAWCZE W PRZEBIEGU CHOROÓB NEURODEGENERACYJNYCH

Przykłady zaburzeń poznawczych

W praktyce możemy spotkać się z pacjentami, którzy reprezentują skomplikowany obraz kliniczny choroby, m.in. ze względu na choroby współistniejące (np. zaburzenia nastroju lub uzależnienia). Objawy kliniczne oraz dynamika przebiegu choroby będą też inne w zależności od lokalizacji zmian neurodegeneracyjnych związanych z chorobą. Na przykład w niektórych chorobach neurodegeneracyjnych na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia pamięci, koncentracji i uwagi (np. choroba Alzheimera), natomiast w innych należących do tej grupy charakterystyczne są zaburzenia funkcjonowania społecznego i omamy (np. otępienie z ciałami Lewy'ego). Ze względu na różnorodny obraz zaburzenia oraz powszechnie panujący stereotyp, że otępienie to naturalny proces starzenia się, niestety choroby neurodegeneracyjne u osób w okresie późnej dorosłości często nie są diagnozowane. To z kolei opóźnia postawienie prawidłowej diagnozy i wdrożenia leczenia, które mogłoby spowolnić zaburzenia poznawcze. Zdarza się także, że początek choroby neurodegeneracyjnej charakteryzuje się wahaniem nastroju, agresywnym zachowaniem, okazywaniem popędu seksualnego, występowaniem urojenia niewierności lub okradania, co może przypominać zaburzenia psychiatryczne i prowadzić do błędnej diagnozy oraz do nieprawidłowego leczenia.

Zanik struktur mózgowych na skutek obumierania neuronów i zaników połączeń międzyneuronalnych prowadzi do licznych zaburzeń funkcji poznawczych, takich jak pamięć, orientacja wzrokowo-przestrzenna, ocena sytuacji, abstrakcyjne myślenie, a także zdolność liczenia i komunikowania się. Wraz z postępem choroby deficyty poznawcze znacznie utrudniają codzienne funkcjonowanie. Pacjent traci umiejętność przyswajania nowych informacji. Proces neurodegeneracyjny wiąże się także ze zmianą zachowania (apatia, drażliwość, agresja, labilność emocjonalna) i zaburzeniami ruchowymi

(np. trudności w chodzeniu oraz tendencja do upadków). Warto zaznaczyć, że proces obumierania komórek nerwowych może rozpocząć się na długo wcześniej, zanim pojawią się pierwsze zauważalne objawy. Stąd też wysiłek naukowców na całym świecie, aby wyjaśnić mechanizm chorób neurodegeneracyjnych, co w rezultacie przyczyni się do poprawienia możliwości diagnostycznych oraz terapeutycznych.

DIAGNOZA CHOROBY NEURODEGENERACYJNEJ

Ważne!

Diagnostyka chorób neurodegeneracyjnych obejmuje ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta, diagnostykę laboratoryjną, badanie neuropsychologiczne, a także badanie neuroobrazowe (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny lub pozytonowa tomografia emisyjna). Badania genetyczne mogą być także jednym z elementów diagnostyki ze względu na genetyczne uwarunkowania niektórych chorób neurodegeneracyjnych.

Prawidłowe rozpoznanie poszczególnej choroby neurodegeneracyjnej jest trudnym zadaniem. Wynika to przede wszystkim z tego, że objawy współistniejące mogą dawać skomplikowany obraz kliniczny pacjenta, a także z tego, że wiele chorób może przypominać objawy innych zaburzeń. Na przykład zaburzenia funkcji poznawczych (problemy z koncentracją i zaburzenia pamięci) mogą być charakterystycznymi objawami w przebiegu choroby Alzheimera, ale pojawiają się także w przypadku awitaminozy lub niewydolności nerek.

Kluczowym elementem diagnozy choroby neurodegeneracyjnej jest określenie ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Pacjent powinien być poddany testom laboratoryjnym, które mogą wykluczyć inne przyczyny problemów z funkcjonowaniem poznawczym i są potencjalnie odwracalnymi zaburzeniami funkcjonowania. Do zaburzeń, które mogą powodować gorsze funkcjonowanie poznawcze, należą: nadużywanie alkoholu i narkotyków, polipragmazja (przyjmowanie wielu leków), zaburzenia wodno-elektrolitowe, infekcje bakteryjne i wirusowe, niedoczynność lub nadczynność tarczycy, choroba nowotworowa, niedobór witamin (w szczególności witaminy B₁₂).

Niezwykle istotnym elementem diagnozy choroby neurodegeneracyjnej jest także wywiad. W jego trakcie poruszane są pytania dotyczące ogólnego stanu zdrowia pacjenta (należy pamiętać także o pytaniach o spadek masy ciała

Trudności diagnostyczne

Zaburzenia wpływające na funkcjonowanie poznawcze

Wywiad diagnostyczny

lub zaburzenia snu), zgłaszanych objawów, przebytych chorób oraz obecnie przyjmowanych leków. Konieczne jest także uzyskanie informacji o przebytych operacjach ze względu na to, że zabiegi chirurgiczne oraz znieczulenie ogólne mogą powodować powikłania, m.in. pooperacyjne zaburzenia funkcji poznawczych (*postoperative cognitive dysfunction, POCD*), które mogą trwać do kilku miesięcy po zabiegu.

Niestety, często się zdarza, że osoba cierpiąca na zaburzenia poznawcze odmawia pójścia do lekarza. Skutkuje to stosowaniem przymusu ze strony rodziny, co może negatywnie wpływać na zachowanie pacjenta podczas badania. Optymalnie przeprowadzony wywiad diagnostyczny powinien zawierać informacje także od osoby, która spędza z pacjentem najwięcej czasu. Pozwoli to na uzyskanie pełniejszego obrazu zaburzeń, stopnia nasilenia objawów oraz ocenę samodzielności pacjenta.

ROLA PSYCHOLOGA W PROCESIE DIAGNOZY

Diagnostyka
neuropsychologiczna

Zadaniem psychologa jest współpraca z lekarzem przeprowadzającym diagnozę pacjenta oraz wykonanie testów oceniających funkcje poznawcze. Badanie neuropsychologiczne nie zastąpi badania neuroobrazowego, ale dopełnia obraz kliniczny choroby, ułatwia diagnostykę różnicową, a także pozwala na monitorowanie przebiegu choroby. Badanie neuropsychologiczne ma bardzo duże znaczenie ze względu na to, że pozwala ono na wykrycie zmian w funkcjonowaniu poznawczym, które mogą wskazywać na stan przejściowy pomiędzy normalnym (fizjologicznym) procesem starzenia się, a prawdopodobieństwem rozwinięcia się łagodnych zaburzeń poznawczych (*mild cognitive impairment, MCI*), które polegają na pogorszeniu się sprawności funkcji poznawczych, ale nie tak w znacznym stopniu jak w przebiegu otępienia.

Dobór testów
diagnostycznych
do specyfiki
zaburzeń

Ze względu na stale rosnącą liczbę testów neuropsychologicznych zadaniem psychologa jest dobranie odpowiednich testów na podstawie specyfiki zaburzeń. Przykładami często stosowanych do badania poszczególnych funkcji poznawczych są: test rysowania zegara, test pamięci wzrokowej Bentona, test złożonej figury Reya, test fluencji słownej lub bostoński test nazywania (*boston naming test*), test łączenia punktów A oraz B. Do niedawna najczęściej wymienianym testem do przesiewowego badania funkcji poznawczych była krótka skala oceny stanu poznawczego (*mini-mental state examination, MMSE*), jednak obecnie mamy dostęp do wielu innych, bardziej rzetelnych narzędzi, np. badania wskazały, że montrealaska skala oceny funkcji poznawczych (*montreal*

cognitive assessment, MoCA) jest bardziej precyzyjna i pozwala na ocenę większej liczby domen poznawczych niż MMSE. To pokazuje, jak ważnym elementem pracy psychologa jest ogólna wiedza na temat różnorodnych technik diagnozowania oraz aktualna wiedza na temat diagnozowanego zaburzenia.

Ocena zdolności samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego (np. kąpanie się, samodzielne jedzenie) oraz złożonych czynności (np. korzystanie z telefonu) może być przeprowadzona za pomocą skali Katza (*activities of daily living*, ADL) oraz skali Lawtona (*instrumental activities of daily living*, IADL). Istotnym aspektem diagnozy neuropsychologicznej jest nie tylko opis deficytów, ale także wskazanie tych sfer, w których pacjent dobrze funkcjonuje. Pomoże to w projektowaniu ćwiczeń polegających na usprawnianiu procesów poznawczych.

Ocena zdolności samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego

Nieodzowne jest także sprawdzenie funkcjonowania afektywnego ze względu na to, że często zaburzenia poznawcze są wynikiem zaburzeń nastroju (np. depresji). Psycholog może wybrać narzędzie spośród wielu skal i kwestionariuszy, które służą rozpoznaniu depresji, np. skala Hamiltona, skala depresji Becka, skala CES-D (*center for epidemiologic studies depression scale*), szpitalna skala niepokoju i depresji (*hospital anxiety and depression scale*, HADS), skala Montgomery-Asberg lub geriatryczna skala oceny depresji (*geriatric depression scale*, GDS).

Funkcjonowanie afektywne

W trakcie prowadzenia wywiadu oraz badania neuropsychologicznego ważna jest obserwacja. Należy zwrócić uwagę na afekt, świadomość objawów, wygląd i sposób zachowania pacjenta (np. czy ubiór jest adekwatny do pogody, czy występują zachowania kulturowo nieodpowiednie).

PUŁAPKI DIAGNOSTYCZNE

Trudności w diagnozowaniu chorób neurodegeneracyjnych, oprócz wskazanych wcześniej chorób współistniejących i niejednolitego obrazu klinicznego, polegają również na braku precyzyjnych kryteriów diagnostycznych niektórych chorób neurodegeneracyjnych. Dodatkowe trudności może sprawiać nietypowość objawów, a także natura zaburzeń chorób, która obejmuje zarówno neurologiczny, jak i psychiczny aspekt funkcjonowania. Niestety, w niektórych chorobach neurodegeneracyjnych, w szczególności tych, które występują w okresie późnej dorosłości, objawy zaburzeń poznawczych mogą być na początku podobne do procesu normalnego starzenia się. Ponadto wiele osób ma

Pułapki diagnostyczne

zdolność do kompensacji pogarszających się funkcji poznawczych, inni natomiast mogą zaprzeczać pojawieniu się deficytów.

Utrudnieniem w diagnozie jest także to, że niektóre choroby mają ze sobą wiele wspólnych objawów, np. otępienie naczyniopochodne i choroba Alzheimera. Dodatkowo, w miarę pogarszania się funkcjonowania poznawczego różnice pomiędzy niektórymi chorobami neurodegeneracyjnymi mogą się zacierać (np. między otępieniem z ciałami Lewy'ego a chorobą Alzheimera). Z uwagi na to, że znaczny odsetek chorych na otępienie z ciałami Lewy'ego wykazuje nadwrażliwość na leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki), bardzo ważne jest tu rozpoznanie choroby we wczesnym jej etapie.

Ze względu na brak jednolitego protokołu badania neuropsychologicznego pacjentów z podejrzeniem choroby neurodegeneracyjnej psycholog korzysta z narzędzi, które oceniają wiele aspektów funkcjonowania poznawczego. Ważna jest tu umiejętność wyboru odpowiedniego testu na podstawie jego właściwości psychometrycznych. Warto jednak zaznaczyć, że częstym błędem jest przeprowadzenie zbyt wielu testów w krótkim odstępie czasu, co wpływa na spadek koncentracji pacjenta i może zaburzyć wyniki badania. Należy upewnić się także, czy pacjent zazwyczaj nosi okulary i aparat słuchowy, ponieważ ich brak mógłby zakłócać lub całkowicie uniemożliwić badanie. Trzeba też pamiętać o eliminacji podpowiedzi w zasięgu wzroku pacjenta (w miejscu przeprowadzania badania nie powinny znajdować się przedmioty, które mogłyby stanowić wskazówkę przy odpowiadaniu na pytania, np. zegar lub kalendarz).

Uwaga!

Z uwagi na naturę choroby neurodegeneracyjnej i możliwe deficyty związane z komunikowaniem się psycholog powinien pamiętać o tym, że pacjent może mieć trudności z rozumieniem złożonych wypowiedzi, dlatego warto używać prostych i krótkich zdań, przekazując polecenia, także powtórzyć je lub dodatkowo wyjaśnić.

RÓŻNICOWANIE PRZYCZYŃ ZABURZEŃ FUNKCJI POZNAWCZYCH

Do znacznego obniżenia sprawności procesów poznawczych może prowadzić zaburzenie świadomości, depresja oraz otępienie, które jest terminem

zbiorczym dla objawów spowodowanych procesem neurodegeneracyjnym. Różnicowanie tych trzech stanów może być czasem trudnym zadaniem.

Zaburzenia funkcji poznawczych w przypadku zaburzeń świadomości mają często nagły początek, podczas gdy otępienie cechuje stopniowy początek. Zaburzenia świadomości (czasem można spotkać się z terminem „majaczenie”, choć jego znaczenie jest szersze) mogą też występować w przebiegu choroby neurodegeneracyjnej, dlatego że otępienie jest jednym z czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń świadomości. Dostyc często przyczyną zaburzenia świadomości, w szczególności u osób starszych, jest odwodnienie, niedożywienie, fizyczne unieruchomienie bądź polipragmazja (zażywanie wielu leków jednocześnie).

Zaburzenia
świadomości
a otępienie

Z kolei depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń w przebiegu choroby neurodegeneracyjnej i stawia przed psychologiem trudności, ponieważ może być wczesnym objawem choroby lub niezależnym zaburzeniem, które współwystępuje z chorobą neurodegeneracyjną. Tabela 1 przedstawia najważniejsze elementy, które mogą pomóc w różnicowaniu depresji i otępienia. Zazwyczaj osoby u których zaburzenia poznawcze są spowodowane depresją, są dobrze zorientowane w czasie i przestrzeni oraz są świadome tego, że znacznie gorzej funkcjonują w życiu codziennym i że uzyskują wyniki testów psychologicznych poniżej swoich możliwości.

Depresja
a choroby neuro-
degeneracyjne

Tab. 1. Różnicowanie depresji i otępienia

Objaw	Otępienie	Depresja
Postawa wobec zaburzeń pamięci	brak świadomości zaburzeń lub zaprzeczanie im	pacjent skupienia się na deficytach
Nastroj (w tym próby poprawienia nastroju)	bez zmian przez większość czasu, ale może się zmieniać (poprawa/pogorszenie w zależności od bodźca)	trwające przez kilka tygodni pogorszenie nastroju, poczucie winy, bezsilności, myśli samobójcze
Zainteresowania, przejawianie inicjatywy	stopniowy spadek (apatia) obserwowany w ciągu lat (rzadziej w ciągu tygodni) bez uczucia smutku	spadek zainteresowania aktywnościami obserwowany w ciągu tygodni, któremu towarzyszy poczucie straty, smutku, winy
Apetyt i waga	zmiany zauważalne w ciągu kilku miesięcy lub lat	zmiany obserwowane w ciągu tygodni (spadek lub wzrost)
Sen	zaburzenia cyklu prowadzące do chodzenia w ciągu nocy i spania w ciągu dnia	spadek lub zwiększenie godzin snu
Poziom energii	ogólnie zachowany poziom energii, ale zmniejszenie aktywności	spadek energii i skargi dotyczące osłabienia

Objaw	Otępienie	Depresja
Poczucie winy	rzadko (ale pojawiają się, gdy jest wgląd)	często, w połączeniu z zaburzeniami snu i utratą apetytu
Poziom koncentracji i myślenie	poziom koncentracji jest zachowany we wczesnym stadium otępienia, ulega znacznemu pogorszeniu w późniejszych stadiach	obawa przed popełnieniem błędów, problemy z podejmowaniem decyzji, problemy z koncentracją

Źródło: na podstawie: Thorpe L., 2009

Opis przypadku 1

Pani Bożena, lat 74, przyszła do psychologa wraz z córką, którą zaczęło niepokoić zachowanie starszej kobiety. Początkowo córka próbowała nakłonić matkę do wizyty u lekarza, jednak kobieta nie wyrażała zgody. Podczas wywiadu diagnostycznego córka kobiety zaznaczyła, że pierwsze problemy z zapominaniem o niedawno przeprowadzonych rozmowach pojawiły się 2 lata wcześniej. Czasami problemy z pamięcią były wybiórcze, ale zdaniem córki, znacząco wpływają na funkcjonowanie kobiety (np. zapomina o płaceniu rachunków lub o umówionych wizytach). Córka zaznaczyła również, że od kilku miesięcy jej matka jest „nadąsana i przygnębiona”. Sytuacja rodzinna stawała się coraz bardziej napięta ze względu na to, że kobieta ma nieuzasadnione wybuchy złości i oskarża córkę o kradzież różnych przedmiotów. Pani Bożena jest krawcową, ale od kilku lat nie pracuje. Większość czasu spędza, oglądając telewizję. Leczy się na cukrzycę i nadciśnienie.

Niepokojące zmiany w funkcjonowaniu poznawczym u pani Bożeny mogły być spowodowane procesem neurodegeneracyjnym lub depresją. Apatia może wynikać z depresji lub być związana z procesem neurodegeneracyjnym struktur mózgu odpowiedzialnych za motywację do działania i inicjowanie czynności. Wstępna diagnostyka neuropsychologiczna wykazała, że pacjentka jest dobrze zorientowana w czasie i przestrzeni, ale ma problemy z poruszaniem się w nieznanymi miejscach. Z wywiadu wynikało, że pacjentka jest samodzielna, ale od czasu do czasu zdarza się jej o czymś zapomnieć. Ponadto skarży się na ciągłe poczucie zmęczenia i bóle głowy. Pacjentka uzyskała niskie wyniki w geriatrycznej skali depresji wskazujące na depresję, jednak zaburzenie nastroju nie wyjaśnia wszystkich objawów, które prezentuje kobieta.

Pani Bożena została skierowana do neurologa w celu rozpoznania przyczyny pogorszenia się funkcji poznawczych. Badanie wykluczyło inne zaburzenia, które mogłyby być przyczyną zaburzeń poznawczych (np. wpływ

substancji toksycznych, schorzenia metaboliczne i niedoborowe, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej). Badanie neuroobrazowe wskazało zanik kory mózgowej. Na podstawie wszystkich wyników badań oraz testów neuropsychologicznych zdiagnozowano chorobę Alzheimera. Przez cały czas trwania choroby pani Bożena była pod opieką lekarza. Ponieważ psychoedukacja stanowi podstawową interwencję w chorobach neurodegeneracyjnych, psycholog pomógł rodzinie kobiety w adaptacji do choroby. Celem psychoedukacji było zapewnienie rodzinie pani Bożeny informacji o typowych objawach wynikających z choroby, zapoznanie z efektywnymi strategiami radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (np. oskarżeniami o kradzież) oraz ustalenie programu stymulacji funkcji poznawczych. Córka pani Bożeny uzyskała także informację o grupach wsparcia dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera.

FARMAKOLOGICZNE METODY LECZENIA CHORÓB NEURODEGENERACYJNYCH

Niestety, obecnie nie ma leków, które powstrzymałyby lub odwróciły proces neurodegeneracyjny. Jednak dostępne są leki, które pomagają w zwolnieniu procesu pogarszania się funkcji poznawczych (np. donepezil lub rywastygmina). Oprócz poprawy funkcji poznawczych oraz globalnego funkcjonowania, leczenie farmakologiczne ma na celu również złagodzenie objawów choroby, takich jak zaburzenia nastroju, zaburzenia snu i czuwania, pobudzenie lub agresywne zachowania. Jednak w przypadku pojawienia się zaburzeń zachowania przed podjęciem decyzji o zastosowaniu farmakoterapii należy wykryć przyczyny zachowania ze względu na to, że zaburzenia zachowania bywają spowodowane infekcją, ostrym lub przewlekłym bólem, a także zmianami w środowisku pacjenta. Odpowiednie rozpoznanie przyczyny pozwoli na eliminację czynników sprzyjających zaburzeniom zachowania i uniknięcie stosowania dodatkowych leków.

Pacjent powinien być pod stałą opieką lekarza, który ustali, który lek będzie optymalny dla danego pacjenta, i systematycznie będzie monitorował skuteczność leczenia oraz potencjalne objawy uboczne.

Bardzo istotnym elementem jest psychoedukacja opiekunów na temat farmakologicznych metod leczenia. Niestety, wielu opiekunów podchodzi do tego sceptycznie i samodzielnie (bez konsultacji z lekarzem) decyduje się na odstawienie stosowanej terapii. Jest to niezwykle niebezpieczne działanie,

Leczenie farmakologiczne chorób neurodegeneracyjnych

Psychoedukacja opiekunów – farmakologiczne metody leczenia

ponieważ dawka leków powinna być zmniejszana stopniowo. Nagła dyskontynuacja leczenia może powodować u pacjentów objawy abstynencyjne (np. niepokój, zaburzenia równowagi, bezsenność).

NIEFARMAKOLOGICZNE METODY LECZENIA

Wyniki badania neuropsychologicznego stanowią ważny element w planowaniu interwencji nefarmakologicznych ze względu na to, że na podstawie wyników psycholog może dobrać najbardziej korzystne metody usprawniania funkcji poznawczych.

Celem nefarmakologicznych metod leczenia chorób neurodegeneracyjnych jest spowolnienie objawów, stymulacja funkcji poznawczych, a także poprawa jakości życia.

Treningi funkcji poznawczych, stymulacja poznawcza, rehabilitacja

Niefarmakologiczne metody oddziaływania na funkcje poznawcze możemy podzielić na trzy rodzaje: treningi funkcji poznawczych, stymulację poznawczą i rehabilitację poznawczą. Celem treningów jest poprawa jednego lub kilku procesów poznawczych za pomocą regularnych ćwiczeń. Najczęściej są one ustrukturalizowane i coraz więcej z nich dostępnych jest w formie komputerowej (np. aplikacja Neurogra). Stymulacja poznawcza to forma interwencji, w której często w celu poprawy funkcji poznawczych wykorzystuje się aspekt społeczny. Pacjent angażowany jest w aktywność kulturalną, społeczną lub rekreacyjną, która ma na celu stymulację kilku sprawności poznawczych. Rehabilitacja poznawcza to zindywidualizowana metoda nefarmakologiczna, której celem jest zwiększenie sprawności i samodzielności pacjentów w codziennym życiu. Jej przykładami są trening orientacji w rzeczywistości i terapia reminiscencyjna. Trening orientacji w rzeczywistości polega na przekazywaniu pacjentowi informacji na temat otaczającej go rzeczywistości (np. za pomocą kalendarza, czytania gazet), natomiast terapia reminiscencyjna (wspomnieniowa) opiera się na rozmowie o wydarzeniach z przeszłości, najczęściej przy wykorzystaniu zdjęć, muzyki lub pamiątek, które przywołują pozytywne wspomnienia.

Osoby cierpiące na zaburzenia poznawcze w przebiegu chorób neurodegeneracyjnych stanowią bardzo niejednorodną grupę pacjentów. Psycholog powinien mieć aktualną wiedzę na temat różnorodnych technik diagnozowania oraz charakterystycznych symptomów danego zaburzenia. Niezwykle ważnym elementem diagnozy jest wykluczenie innych przyczyn obniżenia sprawności

funkcji poznawczych niż choroba neurodegeneracyjna. Przy ocenie funkcji poznawczych psycholog winien być świadom ograniczeń wynikających ze stosowanych metod oraz uważnie obserwować zachowanie pacjenta, który może mieć tendencję do zaprzeczania deficytom. Należy zwrócić też uwagę na to, aby nie opisywać jedynie deficytów, ale przede wszystkim wskazać te sfery funkcjonowania, w których pacjent radzi sobie dobrze.

dr Magdalena Leszko – Psycholog, psychoterapeuta, doktor nauk humanistycznych ze specjalnością w gerontologii. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Wyższej Szkoły Psychologii Społecznej, Studium Psychoterapii Psychodynamicznej oraz University of Kansas (USA). Stypendystka Komisji Fulbrighta. Obecnie pracownik naukowy Northwestern University na wydziale nauk medyczno-społecznych. Specjalizuje się we wczesnym wykrywaniu choroby Alzheimera.

BIBLIOGRAFIA

1. Thorpe L. (2009), *Depression vs. dementia: How do we assess?*, "The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias" 12:3, s. 17–21.

NOTATKI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....