24 listopada 2023

Stymulacja i rehabilitacja poznawcza oraz trening poznawczy osób niesamodzielnych

Badania pokazują, że dla pacjentów z chorobą Parkinsona (Parkinson's disease, PD) najbardziej uciążliwe są zaburzenia funkcji poznawczych, które znacząco obniżają ich samoocenę i pewność siebie oraz mogą się przyczynić do rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych. Mają też negatywny wpływ na poczucie jakości życia i autonomię funkcjonowania, pośrednio zwiększają obciążenie opiekunów i społeczne koszty opieki zdrowotnej, a w konsekwencji często prowadzą nawet do instytucjonalizacji chorych. Osłabienie funkcji poznawczych w PD jest powszechne – u większości pacjentów widoczne są dyskretne deficyty. U około 27–35% chorych już w momencie diagnozy rozpoznaje się łagodne zaburzenia poznawcze (mild cognitive disease in Parkinson's disease, PD-MCI), a po kilkunastu latach nawet u 80–90% osób widoczne są objawy wskazujące na otępienie (Parkinson's disease dementia, PDD). Strategie terapeutyczne mające na celu opóźnienie konwersji MCI do otępienia są ograniczone, a kwestią wątpliwą pozostaje to, czy farmakoterapia przynosi pozytywne skutki w przypadku osób, u których otępienie już w pełni się rozwinęło. Dodatkowo obecnie jedynym lekiem prokognitywnym rekomendowanym przez Agencję Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) u chorych na PD jest rywastygmina. Jej skuteczność w podnoszeniu sprawności poznawczej została wykazana w dużym (541 osób z PDD) randomizowanym badaniu klinicznym EXPRESS study. Po zakończeniu terapii uczestnicy uzyskali wyższe wyniki w skalach mierzących zarówno ogólną sprawność poznawczą i funkcjonalną (Alzheimer's Disease Cooperative Study – Clinical Global Impression of Change, ADCS-CGIC), jak i wybrane funkcje wykonawcze (m.in. uwagę i zdolność przełączania się między zadaniami) ulegające osłabieniu w PD. Niestety, także objawy niepożądane (mdłości i wymioty) częściej występowały w grupie eksperymentalnej, dlatego – jak sugerują eksperci – oddziaływaniem terapeutycznym pierwszego wyboru w przypadku deficytów poznawczych w PD powinna być stymulacja poznawcza, a leczenie farmakologiczne należy włączać wtedy, gdy nie przyniesie ona pożądanych efektów. Niezbędne staje się zatem poszukiwanie nowych metod (farmakologicznych i niefarmakologicznych) ukierunkowanych na poprawę sprawności kognitywnej osób chorych na PD.

Stymulacja poznawcza (cognitive stimulation, CS), trening poznawczy (cognitive training, CT) i rehabilitacja poznawcza (cognitive rehabilitation, CR) to specyficzne formy oddziaływań niefarmakologicznych wpływające na poznawcze i pozapoznawcze (m.in. poczucie kontroli i sprawstwa, zmiana nastawienia wobec siebie i przyszłości) funkcjonowanie chorych. Niefarmakologiczne formy leczenia bazują na trzech podstawowych strategiach terapeutycznych – odbudowującej (restorative approach), kompensacyjnej (compensatory approach) i mieszanej,

odbudowująco-kompensacyjnej (mixed approach): • strategia odbudowująca koncentruje się na poprawie sprawności wybranych funkcji poznawczych i jest stosowana przede wszystkim w treningach poznawczych; • strategia kompensacyjna akcentuje konieczność dostosowania oddziaływań do potrzeb pacjenta i jest stosowana przede wszystkim w rehabilitacji poznawczej; • strategia mieszana, odbudowująco-kompensacyjna dostosowuje się do potrzeb chorego i pomaga mu wzmacniać wybrane funkcje poznawcze.

Stymulacja poznawcza (CS) jest pojęciem najogólniejszym i oznacza szereg interwencji społecznych i poznawczych wykorzystywanych w celu aktywizacji wielu obszarów kognitywnych, a w rezultacie – poprawy całościowej sprawności poznawczej. Oddziaływania prokognitywne powinny mieć charakter wielotorowy, ponieważ sprawności poznawcze, przykładowo uwaga i pamięć operacyjna czy też myślenie abstrakcyjne, są wzajemnie powiązane. W CS wykorzystuje się następujące techniki: terapię reminiscencyjną (reminiscence therapy), trening orientacji w rzeczywistości (reality orientation training), aktywizację społeczną i ćwiczenia fizyczne.

Trening poznawczy (CT) polega na wielokrotnym wykonywaniu znormalizowanego zadania, ukierunkowanego na stymulację wybranej funkcji poznawczej: uwagi, funkcji językowych czy wykonawczych. CT cechuje się wysokim poziomem kontroli przebiegu sesji, wykorzystywaniem zadań standaryzowanych oraz angażowaniem uczestników w zaplanowaną, celową i ustrukturyzowaną aktywność. CT może mieć charakter indywidualny lub grupowy. Do przeprowadzenia treningu służą klasyczne techniki „papier–ołówek", zadania poznawcze, jak również programy komputerowe, które poprzez interaktywne ćwiczenia motywują uczestników do wysiłku intelektualnego. Wspomniane programy coraz częściej umożliwiają dostosowywanie trudności zadań do możliwości i postępów osób ćwiczących (funkcja adaptacyjna). U podstaw CT leżą dwa założenia: po pierwsze regularne ćwiczenie określonej funkcji poznawczej może pomóc utrzymać lub podnieść poziom jej sprawności, a po drugie efekty treningów mogą zostać zgeneralizowane i przyczynić się do poprawy ogólnego funkcjonowania chorych (transfer umiejętności). CT często towarzyszą działania psychoedukacyjne, podczas których omawiane są charakterystyki domen poznawczych oraz konkretne metody i techniki pozwalające poprawiać ich sprawność.

Rehabilitacja poznawcza (CR) oznacza zindywidualizowane metody pomocy osobom z zaburzeniami poznawczymi. Jej historia sięga czasów I wojny światowej, kiedy wielu żołnierzy i cywilów doznało urazowych uszkodzeń mózgu (traumatic brain injury, TBI) i w krótkim czasie wzrosło zapotrzebowanie na oddziaływania pozwalające im osiągnąć większą samodzielność. W ramach CR chory i jego rodzina współpracują z profesjonalistami w celu identyfikacji osobistych celów pacjenta i opracowania adekwatnych strategii ich osiągania. Interwencje nie mają na celu podnoszenia sprawności określonych obszarów poznawczych (jak w CT), lecz nabywanie większej samodzielności i sprawności w codziennym funkcjonowaniu.

Wciąż mamy stosunkowo niewiele doniesień o efektywności interwencji poznawczych w grupie chorych na PD, a większość stosowanych oddziaływań o charakterze poznawczym kierowana jest do osób z otępieniem o typie alzheimerowskim. Niemniej autorzy wszystkich opisanych badań donoszą o poprawie sprawności przynajmniej jednego obszaru kognitywnego. Wydaje się zatem, że niefarmakologiczne strategie terapeutyczne, obejmujące CT i CR, mają pozytywny wpływ na sprawność poznawczą chorych na PD – niezależnie od schematów badawczych, rodzajów interwencji (odbudowujące, kompensacyjne, mieszane), długości i częstotliwości sesji (pod warunkiem że odbywają się one przynajmniej raz w tygodniu), metod i technik treningowych („papier i ołówek", program komputerowy, mieszane) oraz formy zajęć (zindywidualizowane lub grupowe).

Sprawność poznawcza w ogóle osób starszych jest istotna z wielu powodów, m.in. dla zachowania ich samodzielności i aktywnego funkcjonowania w społeczeństwie, samooceny, odczuwanej jakości życia. Ma znaczenie również dla opiekunów.

Przy łagodnych zaburzeniach poznawczych i otępieniu w stopniu lekkim rehabilitacja poznawcza powinna koncentrować się na funkcjach ujawniających pogorszenie, często (choć nie zawsze) dotyczy pamięci. Ma na celu wyposażenie seniorów w strategie/metody kompensujące osłabienie pamięci. Należą do nich **strategie specyficznego kodowania i ułatwionego przypominania**, takich jak opis przeznaczenia zapamiętywanego przedmiotu, jego użytkowania zgodnie z instrukcją terapeuty, co podnosi sprawność odtwarzania. Inną metodą jest **technika zmniejszania błędów/bezbłędnego uczenia się.** Osoba starsza jest zachęcana, by w sytuacji niemożności przypomnienia sobie czegoś mówiła „nie wiem", zamiast odgadywać i podawać błędną odpowiedź. Z kolei **metoda rozszerzonego odnajdywania**, polega na powtarzanym przypominaniu nowo nabytych informacji w coraz dłuższych odstępach czasowych lub ze wzrastającą liczbą danych, a **metoda znikających sygnałów**, bazuje na procedurze łańcucha kroków wstecz, np. gdy senior ma przypomnieć sobie słowo, terapeuta podaje je, pozostawiając tylko kilka liter, które dana osoba musi sobie przypomnieć; potem terapeuta stopniowo skraca podawaną część słowa, zwiększając wymagania (bułka, bułk_, buł_).

W umiarkowanym i znacznym nasileniu otępienia znajduje **trening orientacji w rzeczywistości** (reality orientation training – ROT), który opiera się na wielokrotnym i częstym powtarzaniu seniorowi informacji na temat jego samego, jego otoczenia społecznego i fizycznego, w tym imienia, nazwiska, wieku, aktualnego miejsca pobytu, wcześniej wykonywanego zawodu, imion bliskich oraz pokrewieństwa, jakie łączy ich z seniorem, nazw miejsc, przedmiotów. Orientację w rzeczywistości pomagają zapewnić regularność i stałość, np. ustalenie stałego planu dnia, a w nim określonych rytuałów. Ważne jest także stabilne otoczenie, znane osobie starszej. Pomocne będzie zapowiadanie jej, co za chwilę ma nastąpić, co będziemy robić, co się wydarzy, kto przyjdzie. Istotna może okazać się **terapia reminescencyjna/wspomnieniami**, w tym wspominanie wydarzeń z życia chorego, oglądanie fotografii, odtwarzanie ulubionej muzyki, otaczanie seniora przedmiotami, szczególnie

Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit

takimi, które były dla niego znaczące lub używane na co dzień, utrzymywanie kontaktów z rodziną, przyjaciółmi.

Piśmiennictwo:

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

Źródło zdjęcia: https://www.canva.com/photos/

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit