

Irena Kamanová

Katolícka univerzita v Ružomberku

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM CHORYM NA ALZHEIMERA

Abstract **Communication with patients suffering from Alzheimer's.** According to the statistics, there are currently 36 million people with dementia of the Alzheimer type in the world. The incidence of disease increases with the age. According to the Slovak Alzheimer's Society in 2010, Slovakia had approximately 60,000 patients with Alzheimer's disease and some other related diseases. Estimated number in 2030 is 180 000 patients. The disease also applies to the other ten thousand of nursemaids and family members who care for the disabled. For these reasons, it is necessary that the society should respond to the situation. And also providers of social services are professionally prepared to work with this type of client.

Komunikacja z pacjentem chorym na Alzheimera. Według statystyk obecnie na świecie żyje 36 milionów ludzi, których dosięgła demencja typu alzheimerskiego. Częstość występowania choroby zwiększa się z wiekiem. Według Organizacji do spraw Alzheimera na Słowacji w 2010 roku na Słowacji było około 60 tys. pacjentów chorych na Alzheimera oraz inne, pokrewne choroby. Szacuje się, że w 2030 roku liczba ta wzrośnie do 180 tys. pacjentów. Choroba ta wpływa również na dziesiątki tysięcy opiekunów i członków rodziny, którzy opiekują się chorymi. Dlatego też koniecznym jest, aby społeczeństwo reagowało na taką sytuację. Ludzie proponujący usługi socjalne muszą się profesjonalnie przygotować do pracy z tego typu pacjentem.

Keywords Alzheimer disease, cognitive impairment, communication, social services, validation, castback, memory training

choroba Alzheimera, zaburzenia poznawcze, komunikacja, usługi socjalne, walidacja, reminiscencja, trening pamięci

1. CHOROBA ALZHEIMERA

Choroba Alzheimer jest najczęstszą postacią demencji i według ekspertów stanowi 55 proc. wszystkich demencji. Choroba ta jest uważana za jedną z najbardziej wyniszczających chorób mózgu, które rzadko się diagnozuje, a jeszcze rzadziej leczy. Ta przewlekła postępująca neurodegeneracyjna choroba charakteryzuje się tym, że w mózgu dochodzi do zaniku neuronów. W obrazie klinicznym przejawia się to za pomocą syndromu demencji, człowiek przestaje sobie radzić w normalnych codziennych czynnościach. W populacji powyżej 65 lat 10 proc. pacjentów ma tę diagnozę, powyżej 80 lat i więcej – 30 proc. Można powiedzieć, że częstość występowania demencji Alzheimer podwaja się co pięć lat po 60 roku życia. Nazwa choroby pochodzi od nazwiska jej odkrywcy Aloisa Alzheimer – niemieckiego lekarza, który jako pierwszy opisał cykl nieprawidłowości w korze mózgowej u 51-letniego pacjenta¹. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w chorobie Alzheimer istnieje kilka ważnych składników wykazujących zaburzenia poznawcze związane z chorobą Alzheimer. Dotyczy to trzech podstawowych grup.

A. Chodzi o rozwój zaburzeń poznawczych, które objawiają się jako:

- 1) zaburzenia pamięci (uszkodzona zdolność do nauczenia się nowych informacji lub w celu odtworzenia informacji już nauczonych);
- 2) jedna lub więcej z następujących specyficznych symptomów²:
 - afazja (zaburzenia mowy),
 - apraksja (uszkodzenie zdolności wytwarzania aktywności lokomotorycznej, chociaż właściwości fizyczne nie są uszkodzone),
 - agnozja (niezdolność rozpoznania lub odróżniania przedmiotów, chociaż funkcje czuciowe nie są uszkodzone),
 - zaburzenia działań wydajności (np. planowanie, organizacja, zarządzanie według kolejności).

B. Zaburzenia poznawcze powodują poważne problemy w życiu społecznym i zawodowym danej osoby chorej i prowadzą do znacznego pogorszenia w stosunku do poprzednich poziomów funkcjonowania.

C. Przebieg choroby Alzheimer charakteryzuje się powolnym początkiem i stopniowym zanikiem zdolności poznawczych³.

Norweski specjalista w leczeniu demencji Knut Engedal⁴ stwierdza, że w krajach skandynawskich typowe objawy choroby Alzheimer są podzielone na trzy grupy:

¹ J. Vigue, *Zdraví pro třetí věk*, Praha 2006.

² Choroba Alzheimer rozwija się powoli i stopniowo, a jej diagnoza nie jest w początkowej fazie prosta. Jednym z pierwszych objawów jest zapominanie – zaburzenia pamięci, zaburzenie języka, afazja sensoryczna (zaburzenia rozumienia wypowiedzi) oraz afazja ekspresyjna (zanik mowy spontanicznej przy z reguły dobrym jej rozumieniu). Podobnie powstaje również apraksja (niezdolność lub trudność w wykonaniu znanych ruchów), aleksja (niezdolność do czytania), agrafia (niezdolność do pisania), akalkulia (niezdolność do liczenia), astereognozja (mylenie prawej i lewej strony). Dochodzi do zaburzeń funkcji seksualnych – zaburzenia libido i potencji, w niektórych przypadkach do perwersji seksualnych.

³ J. M. Zgola: *Úspěšná péče o člověka s demencí*, [w:] *Starostlivost o seniorov v kontexte sociálnej prace*, red. A. Odlerová, M. Tokovská, Baňska Bystrzyca 2011, 165 s.

⁴ K. Engedal, *Demens – en utfordring i eldreomsorgen*, „Fysioterapeuten” 3 (2005), s. 25.

1. Objawy poznawcze – problemy z pamięcią, z umiejętnością uczenia się, z orientacją, z myśleniem, planowaniem, oceną, uwagą. Ponadto trudności w mówieniu, zmniejszone tempo mowy, dyspraksja, zaburzenia wzroku i zrozumienia.
2. Objawy psychiczne i prowokacyjne zachowanie – depresja, zamknięcie się w sobie, strach, panika, natrętne myśli, złudzenia, halucynacje, pobudzenie, błędzenie, tułaczka, utrata zainteresowań i inicjatywy, apatia, powtarzające się zachowania (krzyczenie, chodzenie w miejscu, kiwanie) oraz odwrócony tryb (porządek dnia).
3. Objawy motoryczne – drętwienie (sztywnienie) mięśni, balansowanie, inkontynencja⁵.

Interesujące jest tak zwane ABC objawów demencji⁶, które należy właściwie zidentyfikować i zaakceptować ich poziom i intensywność w ramach sesji terapeutycznych.

A – activity of daily living

Czynności dnia codziennego: jedzenie, chodzenie, ubieranie, przyjmowanie leków, kąpiel, mycie, kontrolowanie oddawania moczu i stolca.

Instrumentalne czynności życia codziennego: telefonowanie, korzystanie z transportu publicznego, zarządzanie pieniędzmi, higiena osobista, tak zwane działania niezbędne do samodzielnego życia.

Zaawansowane czynności życia codziennego: wypełnianie czeków, prowadzenie konta itp.

B – behavior (zachowanie)

Objawy psychiatryczne: zaburzenia myślenia – urojenia, zaburzenia percepcji – halucynacje, powstające na skutek zmian organicznych w mózgu, pacjent odbiera je realnie, dlatego też potrzebne jest specyficzne profesjonalne podejście i farmakoterapia.

Zaburzenia emocji: emocjonalna płytkość, emocjonalna nieśmiałość, nadmierna euforia, skłony do depresji, stany niepokojące, płaczliwe, częste zmiany nastroju, niezdolność do fascynacji czymś, jakąś rzeczą, zaburzenia osobowości – eskalacja cech charakteru: egocentryzm, egoizm, zazdrość, niecierpliwość, ale także zaufanie, współpraca i koleżeństwo.

Zaburzenia zachowania: zmniejszenie aktywności lub nadpobudliwość, pobudzenie, bradypsychizmus, tępa euforia.

C – cognition (poznawanie)

Pogorszenie zdolności intelektualnych: stopień intelektu i pojawienie się związanych z nim zaburzeń wyrobienia sądów i myślenia abstrakcyjnego.

⁵ A. Odlerová, M. Tokovská, *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*, Banská Bystrica 2011.

⁶ H. Košalová, *Terapeutický tanec s ľuďmi s demenciou*, [w:] *Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe Alzheimerovej choroby*. Zborník z II. Medzinárodnej konferencie, Bratislava 2010.

Zaburzenia pamięci: tworzenie konfabulacji (wymyślanie zdarzeń), zaburzenia pamięci krótkotrwałej ze stopniowymi zaburzeniami pamięci długotrwałej.

Zaburzenia koncentracji uwagi: brak koncentracji, rozproszenie.

Zaburzenia orientacji: dezorientacja w czasie, przestrzeni, miejscu w osobie.

Zaburzenia kory mózgowej: zaburzenia czucia zmysłowego, zaburzenia mowy, zmniejszenie zdolności rozpoznawania obiektów, zaburzenia przy wykonywaniu zadań ruchowych i działań.

Jeśli pracownik socjalny jest profesjonalistą, musi znać symptomy tej choroby, która najczęściej objawia się poprzez problemy z zachowaniem. Mający podstawową wiedzę teoretyczną pracownik socjalny jest w stanie pracować z seniorami na profesjonalnym poziomie, a równocześnie udzielać porad krewnym i przyczynić się do poprawiania codziennej opieki i jakości jego życia. Wybór zasad i celów pracy zawodowej przy zachowaniu poczucia bezpieczeństwa, zaufania do siebie samego, akceptacji choroby i powagi osoby starszej przy utrzymaniu zdolności i umiejętności osoby starszej tworzą podstawy pracy socjalnej z seniorami (osobami starszymi).

2. KOMUNIKACJA Z SENIORAMI CHORYMI NA DEMENCJĘ

Komunikacja z osobami chorymi na Alzheimera jest bardzo trudna. Chorzy nie są zorientowani w czasie, nie umieją odróżnić dnia dzisiejszego od poprzednich. Mają „starą pamięć” – nie zdają sobie sprawy z rzeczywistości, żyją w przeszłości. Zadajemy sobie pytania: Jak mamy się zachować? Jak odpowiedzieć na ich pytania? Czy to prawda? Tak mnie postrzegają, widzą w taki sposób? Według Olgi Brašňovej⁷ w żadnym wypadku nie możemy chorego przekonywać, że jest inaczej, przedstawiać argumentów. W komunikacji z takim człowiekiem nie należy szukać sensu słów, gestów; nie należy tłumaczyć za pomocą racjonalnych argumentów, ale poprzez emocje chorego człowieka.

W komunikacji nie używamy zdań pytających, ale zawsze informujących. Gdybyśmy zaoferowali zbyt duży wybór, chory nie umiałby się zdecydować. Innym problemem jest zrozumienie wypowiedzanych treści odwrotnie. Chory właściwie odbiera ton mowy i mimikę. Nigdy nie krzyczymy i nie podnosimy tonu głosu, mówimy spokojnie i uprzejmie. Ważny jest kontakt fizyczny (pogładzenie, trzymanie za rękę...) czy uśmiech. Nie należy stosować zakazów.

„Zdolność komunikacyjna jednostki jest naruszona wtedy, gdy któryś poziom (lub kilka poziomów jednocześnie) jego językowych przejawów działa ingerencyjnie ze względu na jego komunikatywne intencje. Może tu chodzić o fonetyczno-fonologiczne, składniowe, morfologiczne, leksykalne, pragmatyczne poziomy wypowiedzi językowych lub o werbalną i niewerbalną, mówioną i graficzną formę interindywidualnej komunikacji, o jej wyrazisty i recepcyjny składnik. W skład wchodzi więc językowe i niejęzykowe środki komunikacji”⁸.

⁷ Za: M. Tokovská, *Aktivizácia sociálnych sietí seniorov z pohľadu ekosociálneho prístupu*, [w:] *Senior i rodzina*, red. N. Pikuła, B. Nowak, B. Uliasz, Kraków 2013, s. 57–68.

⁸ Za: M. Tokovská, *Aktivizácia sociálnych sietí seniorov z pohľadu ekosociálneho prístupu*, dz. cyt.

Praca z seniorami chorymi na Alzheimerera wymaga szczególnych kompetencji komunikacyjnych.

Huub Buijsen⁹ w komunikacji z seniorami chorymi na Alzheimerera wyróżnia trzy fazy:

- W pierwszej fazie – **fazie nadzoru** senior zaczyna używać tzw. pustych słów, np. „to, coś, tak, oni, ktoś...”.
- W drugiej fazie – **fazie potrzeby opieki** senior przestaje rozumieć konkretne pojęcia, takie jak „krzesło, prysznic, łóżko...”
- W trzeciej fazie – **fazie opieki pielęgniarzkiej** senior reaguje już tylko na fizyczne impulsy, takie jak ból, zimno, ciepło lub ruch.

Z cytowanym autorem nie zgadza się Miroslava Tokovská¹⁰, ponieważ stwierdza, że taki model komunikacji w fazach jest ograniczony i określa sposób jednokierunkowej komunikacji od seniora do odbiorcy informacji. Ze względu na zmiany w zachowaniu każdego seniora z demencją pracownik socjalny musi się dalej **szkolić w dziedzinie terapii niefarmakologicznych**. Opierając się na profesjonalnych informacjach o poznanych zaburzeniach charakterystycznych dla demencji, trzeba konieczne podkreślić, że poszczególne zaburzenia poznawcze wpływają na komunikację pracownika socjalnego z seniorem. Oprócz wykształcenia wyższego jako podstawy pracy z seniorami chorymi na demencję ważne jest, aby kłaść nacisk na samokształcenie, na kształcenie się przez całe życie w tej dziedzinie. Wymagania, jakie stawia się pracownikom socjalnym, dotyczą również cech osobowości i charakteru, zdolności i umiejętności. Empatia, człowieczeństwo, zrozumienie i indywidualne podejście są podstawą profesjonalizmu i dobrego wykonania pracy z osobami starszymi. Autor odwołuje się do opinii autorek Aud Elisabeth Witsø i Anne Brit Teksum¹¹, które wyróżniają nie tylko podstawowe formy komunikacji (werbalną i niewerbalną). Wyróżniają następujące formy komunikacji z chorymi seniorami: orientację w rzeczywistości, walidację, technikę reminiscencyjną, aktywne słuchanie, refleksyjną odpowiedź, słuchanie milczenia, eksplorację, bezpośrednią i pośrednią radę, zapewnienie.

Co do niektórych form komunikacji z norweskimi ekspertkami są zgodne czeskie specjalistki w dziedzinie pracy z seniorami – Dana Klevetová i Ivana Dlabalová¹². Podkreślają zwłaszcza skuteczność technik aktywnego słuchania, słuchania milczenia, walidacji, reminiscencji i refleksji (odbicia lustrzanego); uzupełniają tzw. terapię rozdzielczości oraz preterapię jako bazy komunikacyjne¹³. Specjalistki podkreślają technikę parafrazowania, zachęty, podsumowania i delikatnych dotknięć. Uważają za absolutnie konieczne poświęcanie swojego czasu i okazywanie zainteresowania oraz

⁹ H. Buijsen, *Aktivizácia ako forma prevencie deprivácie seniorov*, [w:] *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti*, red. M. Tokovská, Bratislava 2011, s. 293–296.

¹⁰ M. Tokovská, *Demencia – špecifické ochorenie sénia*, “Efeta Otvor sa: Vedecko-Odborný Časopis o Komplexnej Rehabilitácii Ľudí s Postihnutím” 20 (2010) 2–3, s. 29–33.

¹¹ A. E. Witsø, A. B. Teksum, *Måltidet miljøarbeid med aldersdemente*. Tano Aschehoug, Oslo 2008.

¹² A. Odlerová, M. Tokovská, *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*, dz. cyt.

¹³ D. Klevetová, I. Dlabalová, *Motivační prvky při práci se seniory*, [w:] *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, red. E. Malíková, Praha 2011, s. 328.

zrozumienie **życiowej historii seniora**. Bez takiego podejścia nie można być dobrym towarzyszem i pomocnikiem dla seniorów z demencją¹⁴.

2.1. ORIENTACJA W RZECZYWISTOŚCI

Technikę orientacji w rzeczywistości wykorzystuje się do ćwiczenia krótkotrwałej pamięci we wczesnym stadium demencji. Starając się stworzyć bezpieczną przestrzeń dla chorego, możemy użyć narzędzi takich, jak: kalendarze, zegary ściennie, gazety – dzienniki, wywiady tematyczne, gry społeczne oraz ćwiczenia umiejętności społecznych. Orientacja w rzeczywistości pozwala uniknąć nieporozumień, a środowisko dostosowuje się do seniora. Według norweskich autorów Witsø i Teksum¹⁵ warunkiem koniecznym dla skutecznego stosowania technik orientacji w rzeczywistości jest praca grupowa personelu z seniorami i jednocześnie komentowanie tego, co się robi, widzi, słyszy i czuje.

2.2. WALIDACJA

Walidacja to kolejny sposób specyficznej komunikacji z seniorem chorym na Alzheimera. Chodzi tu o taką technikę komunikacyjną, za pomocą której się weryfikuje, sprawdza i akceptuje postawę pacjenta. Walidacja kładzie nacisk na przeszłość, która ma wpływ na aktualny stan seniora. W praktyce oznacza, że specjaliści, którzy pomagają, nadają wartość każdemu wyrażeniu seniora, szanują seniora w jego pierwotnych rolach społecznych, rozmawiają z seniorem na jego temat, starają się zorientować wraz z seniorem w jego świecie i uznają jego uczucia za prawdziwe i prawe. Eva Malíková¹⁶ twierdzi, że terapia walidacyjna opiera się na teorii, że każde zachowanie osoby z demencją ma swoją przyczynę w nierozwiązanych przeżyciach emocjonalnych i sytuacjach z przeszłości. Celem dokładnego „słuchania niezrozumiałych stwierdzeń pacjenta” nie jest rozwijanie fantazji pacjenta, ale chodzi o wypłynięcie stłumionych emocji, w ten sposób dochodzi do złagodzenia stresu i niepokoju. W walidacji ważna jest empatia. Sposób zachowywania się pacjenta, który może czasami wydawać się dziwny, należy rozumieć jako charakterystyczny dla okresu życiowego. W praktyce często można spotkać pacjenta, który „mruczy” pod nosem, a wypowiedziane przez niego zdania nie mają sensu. Wykwalifikowany pracownik socjalny wie, że takie wypowiedzi seniora chorego na demencję muszą być traktowane poważnie. Walidacja wspiera wyszukiwanie sensu wypowiedzi i nie jest ważne, aby seniora ukierunkowywać na terażniejszość i rzeczywistość. Ważne jest potwierdzenie (sprzężenie zwrotne), które dla osób starszych w tym momencie ma bardzo duże znaczenie. Ta technika ma swoje zasady, które dostosowują się do konkretnych stadiów dezorientacji seniorów chorych na demencję. Mária

¹⁴ A. Odlerová, M. Tokovská, *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*, dz. cyt.

¹⁵ A. E. Witsø, A. B. Teksum, *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Tano Aschehoug, dz. cyt.

¹⁶ *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, dz. cyt., s. 239.

Wirth¹⁷ zaleca profesjonalistom, którzy pomagają w procesie walidacji z pacjentem, aby utrzymywali kontakt wzrokowy, zachowywali dostateczną bliskość oraz kontakt dotykowy. W kontakcie werbalnym specjalista ma okazywać emocje, pomocniczymi pytaniami (co, kto, gdzie, jak, ale nie: dlaczego?) wspierać wyrażanie się pacjenta, a jednocześnie śledzić niewerbalne przejawy komunikacji klienta.

2.3. TECHNIKA REMINISCENCYJNA

W tej formie komunikacji wykorzystywane są wspomnienia i ich przetwarzanie poprzez różne bodźce. Technika umyślnego wywołania i prowadzenia wspomnień pacjentów opiera się na fakcie, że nawet w zaawansowanym stadium demencji zostaje zachowana pamięć długotrwała. Malíková¹⁸ stwierdza, że metoda ta jest bardzo korzystna dla podtrzymania aktywacji pacjentów unieruchomionych przez dłuższy czas, nieumiejących o siebie zadbać, a szczególnie u osób z demencją. Celem jest nie tylko poprawa stanu seniorów, ale również zwiększenie ich godności, poprawa komunikacji oraz wspieranie ich rozwoju. Istota techniki polega na otoczeniu seniora przez środowisko, które budzi w nim zaufanie i pewność siebie. Czeska specjalistka Iva Holmerová¹⁹ opisuje metody reminiscencji: opowiadanie starych historii, demonstracja starych działań, mówienie o obrazach, fotografiach, śpiewanie, recytowanie, taniec albo tworzenie tzw. *memory box*, *memory book*, *memory room*.

2.4. SŁUCHANIE AKTYWNE

Ta forma komunikacji jest bardzo ważna podczas pracy z seniorami w ogóle. Człowiek z wiekiem stopniowo izoluje się od społeczeństwa i poświęcenie się mu, zwracanie na niego uwagi i słuchanie go jest dla samego seniora, dla jego zdrowia psychicznego bardziej korzystne niż jakakolwiek bezpośrednia pomoc lub służba. Dla osób starszych cierpiących na choroby zwyrodnieniowe mózgu (demencję) aktywne słuchanie ma szczególne znaczenie. Zagraniczni eksperci G. Eide (2007) oraz D. Heap (2002) wskazują na poszczególne komponenty aktywnego słuchania, które obejmuje umiejętność zwrócenia uwagi (*attending*) i umiejętność słuchania (*listening*).

Eksperti do komunikacji włączają m.in. niewerbalną formę komunikacji – przede wszystkim język ciała, zwłaszcza w kontekście aktywnego słuchania. Gabriela Mahrová i Martina Venglářová²⁰ do aktywnego słuchania włączają coś więcej niż tylko wysłuchanie informacji – chodzi tu o celową aktywną postawę, w której pokazujemy, że rozumiemy. To samo w sobie stwarza idealne warunki do dalszej rozmowy, a seniorzy odbierają słuchanie jako wyraz szczerzej chęci do pomocy.

¹⁷ M. Wirth, *Zborník z I. medzinárodnej konferencie*, Bratislava, 2009. s. 85.

¹⁸ E. Malíková, *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*, dz. cyt.

¹⁹ I. Holmerová i in., *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené*, „Psychiatria Pre Prax” 4 (2005), s. 175–178.

²⁰ G. Mahrová, M. Venglářová, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Praha 2008.

2.5. ODPOWIEDŹ REFLEKSYJNA (PRZEMYŚLANA)

„Odpowiedź refleksyjna jest jak ustawienie lustra informacji, która nadchodzi”, stwierdzają Witsø i Teksum²¹. Dla pracowników socjalnych metoda ta jest korzystna zwłaszcza w realizacji działań aktywizacyjnych. Za pomocą odpowiedzi refleksyjnej pracownik socjalny ma możliwość sprawdzenia zrozumienia informacji – instrukcji, jaką podał seniorowi. Również Malíková²² zajmuje się refleksją (reakcją) jako formą komunikacji. Twierdzi, że chodzi o skrócone (podsumowujące) wypowiedzi istoty podanej informacji, a jednocześnie specjalista, który pomaga, próbuje zrozumieć, co jest prawdziwą przyczyną informacji pacjenta. Wysiłek polega na nazwaniu przedstawionej informacji i stworzeniu dodatkowego miejsca do tego, aby pacjent znowu się mógł wypowiedzieć.

2.6. SŁUCHANIE MILCZENIA

Aktywne słuchanie oznacza wsłuchiwanie się w milczenie i ocenę ciszy. W takiej komunikacji ważne jest jak najwłaściwsze zrozumienie przekazywanych informacji od seniora. Malíková²³ zauważa, że chodzi tu o środek komunikacyjny, niedoceniany zwłaszcza przez specjalistów, którzy pomagają. Aktywne słuchanie milczenia jest istotne dla klienta, który czuje, że **jest przyjmowany taki, jaki jest**. Wsłuchiwanie się i tolerancja milczenia świadczą o dużym profesjonalizmie pracowników socjalnych, ponieważ wielu traktuje milczenie jako zachowania negatywne. Milczenie tworzy przestrzeń dla uwolnienia emocji albo dla czasu spędzanego z samym sobą w obecności innej osoby.

2.7. EKSPLORACJA – WEZWANIE DO ODPOWIEDZI

Seniorzy w eksploracji sami się zachęcają do odpowiedzi, do przemyśleń lub mówienia o danej rzeczy. Nasze praktyki jednak potwierdzają negatywne doświadczenia przy tej formie komunikacji. Podczas wezwania do odpowiedzi czy przy stawianiu następnych pomocniczych, ukierunkowujących pytań senior staje się bardziej sfrustrowany, a czasem zły, że nie może przypomnieć sobie tego, co by chciał lub czego się od niego oczekuje. Ponownie ważne i profesjonalne jest, aby pracownik socjalny podczas realizacji działań ograniczał metody eksploracyjne komunikacji, co pozwoli uniknąć nieprzyjemnych sytuacji w grupach seniorów.

2.8. RADA BEZPOŚREDNIA I POŚREDNIA

Pracownik socjalny w bezpośrednim kierowaniu seniorowi dotkniętemu demencją oferuje instrukcje na temat tego, co i jak ma robić (używane są głównie polecenia

²¹ A. E. Witsø, A. B. Teksum, *Måltrettet miljøarbeid med aldersdemente...*, dz. cyt., s. 122.

²² E. Malíková, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, dz. cyt.

²³ E. Malíková, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, dz. cyt.

takie jak np. spróbuj, chodź, zrób, odpoczywaj, masz czas, aby to zrobić...). W pośrednim kierowaniu senior otrzymuje wskazania rozwiązań, zazwyczaj zawierają one porady (jak byłoby właściwie ubrać się..., może trzeba poprosić o..., prawdopodobnie będzie dobrze, jak...). Bezpośrednimi i pośrednimi radami dajemy seniorowi możliwość decydowania o sobie i pomagamy wspierać godność chorych seniorów. Efektem ubocznym tej formy komunikacji jest uniknięcie trudnych sytuacji bez negatywnych konsekwencji.

2.9. ZAPEWNIENIE

„Reakcje zapewniające i wspierające pracownika są przeciwne do refleksji nad eksploracją”, zauważają Witsø i Teksum²⁴. Zapewnianie w praktyce może działać jak pocieszenie lub wsparcie dla seniorów w określonych sytuacjach, zwłaszcza podczas rozpoczynania działań i codziennych sytuacji. Seniorzy z demencją często czują się pogubieni i bezradni i często czekają na słowa wsparcia i otuchy, że wszystko jest dobrze.

2.10. PRETERAPIA

Malíková zwraca uwagę, że preterapia to psychoterapeutyczna metoda, której istota jest zawarta w podejściu do pacjenta poprzez reagowanie na niego²⁵. Jest to metoda stosowana w komunikowaniu się z ludźmi o szczególnych potrzebach i z problematycznym kontaktowaniem się. Zasada tej metody opiera się na uczuciu społecznego przeżywania wykorzystującego reagowania pacjentów poprzez słowne, dźwiękowe i ruchowe odbicia (tj. utożsamiające się powtarzanie) zachowania pacjentów. W praktyce oznacza to, że pracownik socjalny ma taką samą postawę jak klient, mówi to samo zdanie, co klient, i tym samym tonem głosu, co klient. Chodzi tu o empatyczną obserwację i monitorowanie klienta i bardzo wrażliwe podejście. W literaturze specjalistycznej problematyką preterapii zajmują się m.in. Gabriela Mahrová i Martina Venglářová (2006) oraz Janet Tolan (2006)²⁶. Taki rodzaj prowadzenia rozmów terapeutycznych mogą przeprowadzać dopiero po absolwowaniu szkoleń psychoterapeutycznych.

2.11. TERAPIA ROZDZIELCZOŚCI

Terapią rozdzielczości (*resolution therapy*) jako techniką komunikacji zajmują się przede wszystkim eksperci Dana Klevetová, Ivana Dlabalová (2008), Peter Tavel (2010)

²⁴ A. E. Witsø, A. B. Teksum, *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente...*, dz. cyt., s. 122.

²⁵ E. Malíková, *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*, dz. cyt., s. 246.

²⁶ A. Odlerová, M. Tokovská, *Starostlivost o seniorov v kontexte sociálnej práce*, dz. cyt.

i Eva Malíková (2011)²⁷, którzy zgadzają się, że ta metoda stosowana u osób starszych w zaawansowanym stadium demencjim opiera się o twierdzenie, że „klient tkwi w przeszłości, gdzie obecnie żyje”. Warunkiem sukcesu terapii prowadzonej w ramach komunikacji jest szacunek dla zachowań bez poprawiania i pouczania – chodzi tu o absolutną akceptację. Zastosowanie tej techniki powinno klienta prowadzić do poczucia satysfakcji z tego, że akceptuje się go takim, jakim jest. Za skutek uboczny uważa się wsparcie dla odnowionego zaufania i poczucia godności. W praktyce terapia rozdzielczości odbywa się przy pomocy profesjonalnego pomocnika, który „gra rolę”, w której klient go postrzega – np. jeśli klient w pracownicy socjalnej widzi swoją matkę, to pracownica socjalna mówi do klienta jak jego matka. Zawsze opiera się na biografii klienta i niezbędnej wiedzy o przeszłości.

2.1.2. SIMPRES

Skrót pochodzi od angielskiego terminu *simulated presence* (SimPres) – symulowana obecność jest opisana w dostępnej literaturze. Jest to specyficzny sposób komunikowania się z osobą z demencją poprzez urządzenia audio lub wideo. Stosowany jest głównie jako sposób zapobiegania syndromowi adaptacji (adaptacyjny zespół geriatryczny) lub jako zapobiegawcze środki agitacyjne, lub wobec agresji podczas przejścia ze środowiska domowego do opieki instytucjonalnej. Ten sposób komunikacji opisują Iva Holmerová i Hana Janečková²⁸: „metoda ta ma na celu złagodzenie zachowania problematycznego u osoby starszej z demencją za pomocą symulacji przez bliską osobę poprzez odtwarzanie nagrań video, nagrań audio członka rodziny, który zapewnia i uspokaja chorego seniora o ich wspólnej pozytywnej więzi. Czasami filmy, zdjęcia ze środowiska rodzinnego klienta i bliskich mu osób pomagają w codziennych czynnościach”. W słowackiej praktyce do tej pory nie spotkaliśmy się z zastosowaniem tej metody w profilaktyce zachowań prowokacyjnych. W Czechach ta metoda jest stosowana głównie w zakładach psychiatrycznych przeznaczonych dla pacjentów geriatrycznych.

W wyżej wymienionych częściach artykułu, określiliśmy część z możliwych sposobów komunikowania się z osobami cierpiącymi na chorobę Alzheimera. Każdy senior ze swoją chorobą jest wyjątkowy, a nasza komunikacja z nim powinna opierać się nie tylko na wyjątkowości człowieka, ale także na szacunku do zranień, słabości i śmiertelności ludzkiego życia. Wyrazy empatii, szacunku i zrozumienia dla drugiej osoby powinny być codziennością pracy socjalnej z seniorami. Pomocnymi przy opiece nad człowiekiem z demencją są pracownicy Słowackiego Stowarzyszenia Alzheimera z siedzibą w Bratysławie, którzy chętnie udzielają porad w ramach bezpłatnej infolinii.

²⁷ M. Tokovská, *Kognitívny tréning ako determinant aktívneho starnutia (Cognitive training as a determinant of active aging)*, „In Lifelong Learning” 4 (2014) 2, s. 110–128.

²⁸ I. Holmerová i in., *Nefarmakologické prístupy v terapii Alzheimerovej demencie a praktické aspekty péče o postiheného*, „Psychiatria Pre Prax” 4 (2005), s. 175–178.

3. WYWIAD Z OSOBĄ CHORĄ NA ALZHEIMERA

W kontakcie z osobą chorą na Alzheimera powinniśmy wiedzieć wcześniej, jakiego rodzaju rozmowę przeprowadzimy, i wcześniej się do tej rozmowy przygotować. Istnieją różne rodzaje rozmów, dlatego wskazane jest, aby zaplanować temat rozmowy i przeznaczyć na nią wystarczająco dużo czasu. Podczas rozmowy zwracamy uwagę na aktualny stan zdrowia klienta – jeśli to konieczne, możemy skrócić rozmowę w dowolnym momencie lub przełożyć ją na bardziej odpowiedni czas.

Klevetová i Dlabalová²⁹ dokonały typologii rozmów według celów i potrzeb:

- kształcąca, edukacyjna – służy do informowania klienta lub jego bliskich o stanie jego zdrowia, postępach w leczeniu, używaniu urządzeń wspomagających, stosowaniu leków i tak dalej;
- anamnestyczna – jest wykorzystywana przy przyjmowaniu klienta z Alzheimerem do ośrodka, służy do wykrywania osobistej i rodzinnej historii choroby;
- wspierająca – przy chorobie Alzheimera rokowania są bardzo złe. Klient może łatwo ulec uczuciu pustki i rozpacz, która przejawia się brakiem zainteresowania światem zewnętrznym i codziennymi czynnościami. Pomoc i wsparcie ze strony bliskich, pracowników socjalnych i personelu to istotny element leczenia. Słuchający jest częścią wszystkich rozmów. Aktywne słuchanie pomaga nam się dowiedzieć, czego naprawdę klient potrzebuje;
- motywacyjna – zmotywowanie osoby chorej na Alzheimera jest zawsze bardzo trudne. Tutaj trzeba położyć nacisk na to, aby klient poznał swoje cele, motywacje i aby wiedział, że wysiłek i dalsze leczenie mają sens. Ważne jest, aby stawiać sobie cele, które można spełnić, krótkoterminowe, które klient może sam ocenić.

3.1. BŁĘDY KOMUNIKACJI

W komunikacji z osobami z chorobą Alzheimera należy unikać błędów. Niemniej jednak i tak pojawiają się sytuacje, które sprzyjają błędom. Stan zdrowia klientów z demencją Alzheimera często zmienia się w ciągu dnia. Jest to spowodowane przeżywaniem bólu, złym nastrojem, przebiegiem choroby itp. Chorzy często są podrażnieni, agresywni i dlatego jest ważne, aby pracownicy socjalni byli profesjonalistami i odpowiednio reagowali w takich sytuacjach. Konieczne jest postrzeganie chorego człowieka jako osoby i usprawiedliwianie jego negatywnego zachowania chorobą, z którą walczy. Jeśli pracownik socjalny radzi sobie z sytuacją profesjonalnie, wzmacnia to relacje i zaufanie między nim a klientem z chorobą Alzheimera. Dagmar Přinosilová³⁰ zwraca uwagę na jeden z najczęstszych błędów w komunikacji, a mianowicie „niecierpliwość i silne autorytarne podejście do klientów”. Manifestowanie wyższości nad chorym jest

²⁹ D. Klevetová, I. Dlabalová, *Motivační prvky při práci se seniory*, dz. cyt., s. 328.

³⁰ D. Přinosilová, *Diagnostika profesní orientace u jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami*, [w:] *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I. / Education of Pupils with Special Needs I.*, red. M. Vitková i in., Brno 2007, s. 289–300.

absolutnie nieetyczne. Podobnie też niecierpliwość podczas rozmowy z osobą chorą na Alzheimera nie daje żadnego efektu. Brak uwagi i opieki dla chorego może prowadzić do pogorszenia jego ogólnego stanu zdrowia. Innym błędem w komunikacji według autorki jest „niedokładne interpretowanie sformułowań przez klienta”, natomiast Malíková uważa, że „błędem w komunikacji jest pomieszane i chaotyczne podawanie informacji”. Jeśli nie chcemy popełniać takich błędów w komunikacji, musimy dostrzegać każdego człowieka, zauważać jego poważny stan zdrowia, a do rozmowy wcześniej dobrze się przygotować.

4. WYBRANE TESTY JAKO NARZĘDZIA OCENY OSÓB CIERPIĄCYCH NA CHOROBE ALZHEIMERA

W pracy z klientem chorym na Alzheimera do oceny stanu funkcjonalnego wykorzystuje się wiele badań. Wybieramy niektóre, stosowane głównie w ośrodkach pomocy społecznej.

Mini Mental State Examination (MMSE). Został opracowany w 1975 roku jako krótki, niezawodny i najpowszechniej stosowany test do oceny poznawczych funkcji klienta. Jest podstawowym wskaźnikiem stopnia choroby Alzheimera. Przygotowanie do testu to 10–15 minut, a klient musi odpowiedzieć w czasie 10 sekund. MMSE jest stosowane u klientów z demencją od łagodnej do umiarkowanej. Klienci z wysokim stopniem demencji mają trudności motywacyjne i problemy ze zrozumieniem. Test składa się z dwunastu zadań z różnych dziedzin, takich jak: czytanie, rysowanie, język, pisanie, orientacja przestrzenna i czasowa i tym podobne. Test potrafi ocenić stan klienta od łagodnego pogorszenia funkcji poznawczych aż do ciężkiej demencji.

Test przesiewowy (skriningowy) mobilności – można go stosować zarówno w podstawowej opiece klienta z chorobą Alzheimera, jak i w praktyce klinicznej. Test składa się z takich działań, jak: obrót podczas chodzenia, podnoszenie przedmiotów z ziemi, stanie z zamkniętymi oczami, chodzenie po równym terenie od 10 do 15 metrów itp. Ocenie podlegają tylko te działania, których klient nie umie wykonać w normie. W tym teście, skala oceny nie istnieje. Test trwa około 15 minut³¹.

Testy oceniające samowystarczalność klienta. Samowystarczalność określa poziom zależności i niezależności klienta podczas wykonywania codziennych czynności. Celem opieki nad klientem chorym na Alzheimera jest pomóc mu utrzymać możliwie najwyższy stopień samowystarczalności. Do tych testów należą: test Barthelovej – ADL, Indeks niezależności Katza, Test instrumentalnych czynności codziennych.

Test Barthelovej jest jednym z najczęściej używanych narzędzi, który został opracowany w 1958 roku dla długoterminowo hospitalizowanych klientów. Badanie nie jest czasochłonne, trwa około 5–10 minut. Składa się z następujących zagadnień: jedzenie i picie, opróżnianie pęcherza moczowego, opróżnianie jelita grubego, higiena osobista, ogólne umycie, ubieranie i rozbieranie, zmiany pozycji – siedzenie i stanie, chodzenie

³¹ E. Topinková, *Geriatric pro praxi*, Praha 2006.

po schodach, przejście po równym, orientacja w środowisku, przestrzeganie porządku leczenia, konieczność nadzoru. Test ocenia status osoby od wysokiego uzależnienia po niezależność od pomocy drugiej osoby³².

Indeks niezależności Katza został stworzony w 1963 roku do oceny niezaawansowanych, ale zwykłych, codziennych czynności dla potrzeb w opiece rehabilitacyjnej lub w domach dla osób starszych. Indeks niezależności Katza obejmuje w sobie sześć obszarów: jedzenie, ubieranie się, mycie, mobilność (motorykę) klienta, wstrzemięźliwość i korzystanie z toalety. Nie zaleca się stosowania testu w nagłych wypadkach. Każdy obszar jest oceniany słowami „uzależniony” lub „niezależny”, gdzie słowu „niezależny” przypisany jest jeden punkt. Klient może uzyskać maksymalnie sześć punktów, co by oznaczało, że jest w pełni funkcjonalny; cztery punkty oznaczają średnio ciężką niepełnosprawność, a dwa i mniej – poważne funkcjonalne braki³³.

Test instrumentalnych czynności codziennych został opublikowany przez autorki Elaine M. Brody i M. Powell Lawton w 1969 roku. Test ocenia bardziej złożone działania życia codziennego niż test Barthelovej i Indeks niezależności Katza, które oceniają codzienne czynności. Test instrumentalnych czynności codziennych składa się z ośmiu obszarów, przy czym kobiety są oceniane we wszystkich dziedzinach, a mężczyźni tylko w pięciu, ponieważ u nich są pominięte prace domowe, gotowanie i zakupy, jeżeli czynności te nie są wykonywane. Pozostałych pięć obszarów dotyczy: finansowania, prac w otoczeniu domu, telefonowania, transportu i stosowania leków. Test trwa 10–15 minut i ocenia stan klienta trzema ocenami: zależne częściowo, zależne i niezależne. Nadaje się dla wspólnoty zajmującej się opieką, a nie do zinstytucjonalizowanej opieki³⁴.

ZAKOŃCZENIE

Praca z pacjentami chorymi na Alzheimera jest bardzo wymagająca, skłania do zadawania sobie pytania: Jak to działa w mózgu? W przypadku Alzheimera mamy do czynienia z nieodwracalną utratą neuronów w mózgu. U zdrowej osoby działa pamięć krótko- i długotrwała, uwaga, logiczne myślenie, orzekanie, umiejętności mowy, zdolności do rozumienia i reprodukcja mowy, zdolności motoryczne itp. W przypadku choroby Alzheimera neurony z poszczególnych wyżej wymienionych funkcji przestają działać i zanikają, powodując najpierw tylko częściowy, a następnie całkowity zanik funkcji mózgowych. Dzięki prawidłowej obserwacji widzimy, które funkcje i w jakim stopniu człowiek ma zachowane. Taka obserwacja ma ogromne znaczenie w kontakcie z nim, gdyż cała komunikacja opiera się na tym, w jakim stopniu ma jeszcze nienaruszone inne funkcje mózgu. Zakładamy, że odzyskanie utraconej funkcji nie jest możliwe, a zatem brak dostosowania się zdolności chorego człowieka „wykolei” komunikację

³² Příloha č.3 zákona č. 448/2008 Z.z. zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

³³ J. Čáp i in., *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*, Martin 2005.

³⁴ I. Bóriková, *Aktivita denného života pre klinickú prax a ošetrovateľský výskum* [CD-ROM] Martin 2013.

na dva „tory”. Oznacza to, że uczestnicy komunikacji idą w różnych kierunkach. Jest zatem bardzo ważne, „aby wsiąść do jego pociągu i jechać z nim”, jego szybkością (tempem), z jego bagażem, w taki sam sposób, jak on to robi.

Kiedy komunikacja jest skuteczna? Jednym z podstawowych znaków jest to, że również my czujemy się dobrze, że nie czujemy stresu w kontakcie z pacjentem, nie czujemy obawy, jak będzie przebiegać komunikacja. Jeśli rozmowa nie ulega stagnacji, jeśli nie porusza się wciąż tego samego tematu, jeśli emocje rosną i opadają, prowadząc do uspokojenia, wtedy komunikacja jest skuteczna również dla pacjenta, co sugeruje, że nasze rozumienie rzeczywistości jest prawidłowe.

W jaki sposób możemy się przygotować do komunikowania się z nim? Zawody wspomagające są wymagające właśnie w tym, że nie należy myśleć o sobie, ale być w pełni otwartym na drugiego człowieka. Ale to nie znaczy, że będziemy stale tłumić swoje potrzeby. Jeśli zaspokoimy swoje potrzeby wcześniej, nie będziemy ich wносить do relacji z chorym. W praktyce opiekunowie często oceniają zachowanie zdeorientowanego człowieka jako agresywne. Ważne jest, aby odróżnić terminologicznie agresywność, agresję, wrogość, gniew oraz ich warunki sytuacyjne i interpersonalne³⁵.

Należy sobie uświadomić, że to pacjent **wybiera do komunikacji nas, a nie my jego**. Należy to traktować jako pewne wyróżnienie: osoba z demencją wybiera według emocjonalnej sympatii, a nie według potencjału poznawczego. Oferuje nam swoją rzeczywistość, swoje strapienia lub odwrotnie – to, co ją cieszy – i oczekuje, że będziemy w stanie nie tylko wejść w nią, ale również w niej pozostać (wytrwać). Oczywiście jest, że chodzi tu o trudną komunikację, ważne jest, aby wczuć się w pacjenta.

LITERATURA

Bóriková I., *Aktivity denného života pre klinickú prax a ošetrovateľský výskum* [CD-ROM] Martin 2013.

Buijssen H., *Aktivizácia ako forma prevencie deprivácie seniorov*, [w:] *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti*, red. M. Tokovská, Bratislava 2011, s. 293–296.

Čáp J. i in., *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*, Martin 2005.

Engedal K., *Demens – en utfordring i eldreomsorgen*, „Fysioterapeuten” 3 (2005). s. 25.

Heretik A., *Forenzná psychológia*, Bratislava 2004.

Holmerová I. i in., *Nefarmakologické prístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postihené*, „Psychiatria Pre Prax” 4 (2005), s. 175–178, www.meduca.sk (11.07.2011).

Klevetová D., Dlabalová I., *Motivační prvky při práci se seniory*, [w:] *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. red. E. Malíková, Praha 2011, s. 328.

Košalová H., *Terapeutický tanec s ľuďmi s demenciou*, [w:] *Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe Alzheimerovej choroby*, Bratislava 2010.

Mahrová G., Venglářová M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Praha 2008.

³⁵ A. Heretik, *Forenzná psychológia*, Bratislava 2004.

Odlerová A., Tokovská M., *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*, Banská Bystrica 2011.

Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, red. E. Malíková, Praha 2011.

Přinosilová D., *Diagnostika profesní orientace u jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami. Diagnostics of Professional Orientation of Individuals with Special Education Needs*, [w:] *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I. / Education of Pupils with Special Needs I.*, red. M. Vítková i in., Brno 2007, s. 289–300.

Tokovská M., *Aktivizácia ako forma prevencie deprivácie seniorov*, [w:] *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti*, red. A. Kozoň, M. Hejdiš, Bratislava–Praha 2011, s. 293–296.

Tokovská M., *Aktivizácia sociálnych sietí seniorov z pohľadu ekosociálneho prístupu*, [w:] *Senior i rodzina*, red. N. Piķuła, B. Nowak, B. Ulijasz, Kraków 2013, s. 57–68.

Tokovská M., *Demencia – špecifické ochorenie sénia*, “Efeta” 20 (2010) 2–3, s. 29–33.

Tokovská M., *Kognitívny tréning ako determinant aktívneho starnutia (Cognitive training as a determinant of active aging)*, „In Lifelong Learning” 4 (2014) 2, s. 110–128.

Topinková E., *Geriatricie pro praxi*, Praha 2006.

Vigue J., *Zdraví pro třetí věk*, Praha 2006.

Wirth M., *Zborník z I. medzinárodnej konferencie*, Bratislava 2009. s. 85.

Witsø A. E., Teksum A. B., *Måltrettet miljøarbeid med aldersdemente. Tano Aschehoug*, Oslo 2008.

Załącznik 3 ustawy nr 448/2008 Z.z. Ustawa o usługach socjalnych oraz o zmianie ustawy nr 455/1991 Sb. w przypadku zawarcia transakcji (Trade Act), z późniejszymi zmianami.

Zgola J. M., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, [w:] A. Odlerová, M. Tokovská, *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*, Banská Bystrica 2011.