

# PODPORA SOCIÁLNÍ ADAPTABILITY OSOB S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ LEHKÉHO TYPU

původní práce

Michal Vostrý<sup>1</sup>  
Slavomil Fischer<sup>1</sup>  
Ilja Žukov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pedagogická fakulta UJEP  
v Ústí nad Labem

<sup>2</sup>Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
v Praze

## Kontaktní adresa:

doc. MUDr. Ilja Žukov, CSc.  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
v Praze  
Ke Karlovu 11  
120 00 Praha 2  
e-mail: iljazukov@seznam.cz

Podpořeno projektem Ústeckého  
kraje č. 17/SML1265/SOPD/OKM

## SOUHRN

**Vostrý M, Fischer S, Žukov I. Podpora sociální adaptability osob s Alzheimerovou nemocí lehkého typu**

**Cíl:** Obsahem článku jsou výsledky longitudinálního výzkumného šetření. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má psychomotorická terapie za využití prvků ergoterapie (s podporou kognitivní rehabilitace) na sociální adaptabilitu osob s Alzheimerovou nemocí lehkého typu v zařízeních poskytujících sociální služby s ohledem na spolupráci rodinných příslušníků daných probandů.

**Soubor a metodika:** Výzkumné šetření bylo realizováno u 42 probandů, při 100% zastoupení žen ve věkovém rozmezí 65–69 let. Dalším relevantním znakem byla délka pobytu, která činila minimálně 2 roky od nástupu do zařízení. Takto sestavený výzkumný vzorek byl rozdělen dle dalšího kritéria záměrným výběrem, tedy 20 probandů s diagnózou Alzheimerova nemoc lehkého typu (*pozdní nástup dle MKN-10; F00.01*), u kterých docházelo k pravidelným návštěvám rodinných příslušníků. Druhá skupina byla taktéž s odpovídajícími relevantními znaky, avšak bez pravidelné účasti rodinných příslušníků. Samotná intervence za využití psychomotorické terapie a prvků ergoterapie trvala 6 měsíců, a to 3× týdně po dobu 35 až 50 minut. Vstupní a výstupní data jsme zajistili za využití standardizovaného testu, zaměřeného na hodnocení funkční nezávislosti (*FIM test – Functional Independence Measure*). Komparace získaných dat mezi vstupním

## SUMMARY

**Vostrý M, Fischer S, Žukov I. Promoting the social adaptability of people with Alzheimer's disease of a light type**

**Objective:** The article deals with results of longitudinal research study. The objective of this research was to find out the effect of psychomotor therapy using the elements of ergo therapy (with support for cognitive rehabilitation) on the social adaptability of persons with Alzheimer's disease of the type in social service facilities with respect to the cooperation of proband's family members.

**Material and methods:** A research survey was conducted on 42 probands, with 100% representation of women aged 65-69 years. Another relevant sign was the length of stay, which was at least 2 years from boarding. This assembled research sample was divided according to another criterion by deliberate selection, ie 20 probes with a diagnosis of Alzheimer's disease of the type (*late arrival according to MKN-10; F00.01*) that were regularly visited by family members. The second group was also relevant with relevant characters, but without regular family members. The intervention itself using psychomotor therapy and the elements of ergo therapy lasted 6 months, 3 times a week for 35 to 50 minutes. The input and output data were provided using a standardized Functional Independence Measure (FIM) test. Comparison of the data obtained between the input and output testing was done by a Tuckey HCD assay at a significance level  $\alpha = 0.05$ .

a výstupním testováním byla provedena Tuckey HCD testem na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Výsledky:** Dosažené výsledky (na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ ) prokazují, že obě skupiny dosahovaly celkového zlepšení v testované oblasti, oproti testování vstupnímu. Avšak skupina, u které se do intervence řadila také pravidelná návštěva rodinných příslušníků, dosahovala prokazatelně lepších výsledků než skupina, kde rodinní příslušníci nebyli součástí intervence.

**Klíčová slova:** Alzheimerova nemoc, resocializace, sociální adaptabilita, terapie, ucelená rehabilitace.

**Results:** Results of research (at the level of significance  $\alpha = 0.05$ ) show that both groups achieved overall improvement in the test area, compared with input testing. However, the group in which the regular visit of family members was also included in the intervention showed better results than a group where family members were not part of the intervention.

**Key words:** Alzheimer's disease, resocialization, social adaptability, therapy, comprehensive rehabilitation.

## ÚVOD

Alzheimerova choroba je primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými rysy. Vyskytuje se porucha fatická a porucha praxe. U případů s pozdějším začátkem bývá průběh pomalejší a je charakterizován povšechnějším zhoršením vyšších kortikálních funkcí. Nezbytným předpokladem pro diagnózu je přítomnost demence, typický je pak plíživý začátek s pomalou deteriorací. Nezbytným příznakem je porucha paměti, což není jediný úbytek na kognitivních funkcích. Pro správnou diagnostiku musí být přítomna porucha alespoň jedné z dalších oblastí, např. afázie, agnózie, či porucha exekutivních funkcí.<sup>1</sup> Pokud mluvíme o Alzheimerově nemoci, mluvíme o stavu doprovázeném demencí, tedy neurodegenerativním postižením mozku daného jedince (ukládání chorobné bílkoviny zvané beta-amyloid). S navyšujícím se věkem také stoupá její výskyt v populaci. Mezi typickou věkovou skupinu řadíme osoby ve věku nad 65 let. V této věkové kategorii je zasaženo zmiňovanou diagnózou až 20 % populace. V případě demence se však nejedná o úbytek kognitivních funkcí, ale také o postižení sociální složky, kdy jedinec není schopen řádně realizovat běžné denní činnosti.

Demence může být dále způsobena pestrou škálou onemocnění či rizikových faktorů, ale zhruba v 50 % je způsobena právě Alzheimerovou nemocí.<sup>2</sup> Mezi prvotní znaky, které poukazují na Alzheimerovu chorobu, řadíme ztrátu paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly spolu s problémy při vykonávání běžných denních činností. Dále lze pozorovat poruchu soudnosti, logického myšlení, ale také narušení vnímání orientace v čase a prostoru. V pozdějších stádiích onemocnění pak můžeme mluvit také o narušení vnímání své osoby. To může být doprovázeno poruchou příjmu potravy.<sup>3</sup> Další problematikou, na kterou nám zkušenosti z praxe poukazují, jsou

narušené jazykové a komunikační schopnosti, a to přesto, že jsou poměrně dlouhodobě zachovány. Ze zkušeností je známo, že prvotní problémy se týkají především slov, a to při jejich vyhledávání v mentálním slovníku.<sup>4</sup> Pro praxi je výstižný popis demence ve smyslu ABC konceptu (*A – Activities of daily living, B – Behaviour, C – Cognition*), který charakterizuje tři základní oblasti, které jsou v rámci demence narušeny.<sup>1</sup> V případě narušení běžných denních činností jsou prvotně narušeny instrumentální aktivity, které vyžadují využití nějakého předmětu. Později pak dochází k narušení také základních denních činností, mezi které řadíme např. péči o svou osobu. Oblast chování je narušena především apatií jedince, což je někdy chápáno ještě obtížněji než samotný kognitivní deficit.

Dále sem patří také často se vyskytující deprese. Ty bývají častější u žen. V případě oblasti kognitivní prvotně mluvíme o postižení krátkodobé paměti s narušením prostorové orientace.<sup>1,5</sup> Pro naše šetření je však stěžejní problematika sociální adaptace jedinců na prostředí daného zařízení. Jedinec, který je trvale přemístěn do tohoto zařízení, může ztratit kontrolu nad vlastním životem, včetně možnosti vyjádřit se ke způsobu nakládání se svými věcmi. Přednější je však fakt, že jedinec ztrácí také možnost vyjádřit se k nakládání se svou vlastní osobou, trávení volného času či využití určitého prostoru.<sup>6</sup>

Jedním z možných přístupů, jak k dané problematice přistupovat, je psychomotorická terapie. Aktivity, které jsou v jejím rámci uplatňovány, přinášejí člověku řadu pozitivních zkušeností. Ty jsou pak zprostředkovány prožitkem. Mluvíme o procesu relaxace, rehabilitace a odbourávání negativních stavů prostřednictvím pohybu. Psychomotorická terapie takto působí na somatickou, psychickou a sociální stránku jedince s tím, že aktivity se nezaměřují jen na zvyšování fyzické zdatnosti, ale také na odbourávání stresů.<sup>7,8</sup>

V návaznosti na moderní dobu se také jako efektivní jeví přístup zaměřený na využití moderních technologií, které daného jedince podporují jak motoricky, tak také

kognitivně. V našem, dále popsaném případě se jedná o využití herních konzolí a volně dostupných komerčních produktů, které mohou zastoupit testování pomocí klasických postupů formou tužka–papír.<sup>9–11</sup> Dalším nefarmakologickým přístupem je využití ergoterapie, z hlediska rehabilitace, která se plnohodnotně uplatňuje také v gerontopsychiatrii. Cílem u těchto pacientů je především podpora narušených kognitivních funkcí, tedy paměti a řeči, spojená s nácvikem psaní a čtení. Na základě narušených denních činností je také potřeba tyto činnosti podporovat. Jako příklad můžeme uvést nácvik oblékání ve správném pořadí.<sup>12</sup>

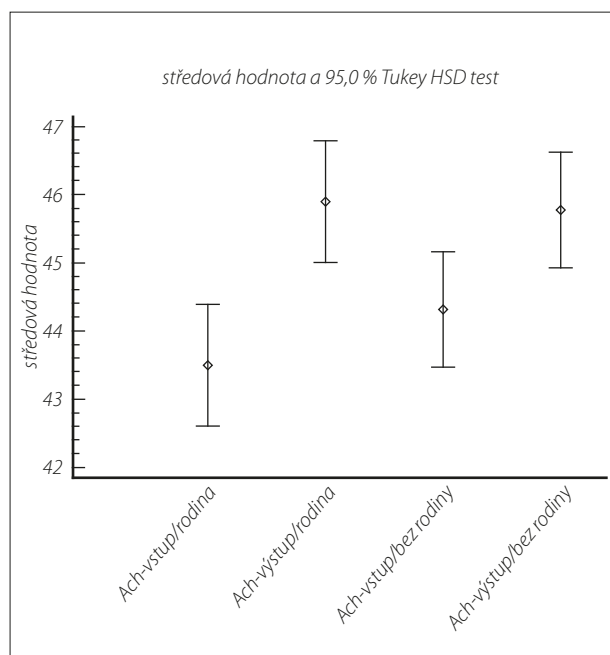
## METODY, CÍLE, ŠETŘENÝ SOUBOR

Cílem prezentovaného výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má psychomotorická terapie za využití prvků ergoterapie na sociální adaptabilitu osob s Alzheimerovou nemocí lehkého typu (dle Mezinárodní klasifikace nemocí a funkčních poruch; MKN-10; F00.01) v zařízeních poskytujících sociální služby s ohledem na spolupráci rodinných příslušníků daných probandů. Výzkumné šetření bylo realizováno u 42 probandů, při 100% zastoupení žen ve věkovém rozmezí 65–69 let. Dalším relevantním znakem pro naše šetření byla délka pobytu, která činila minimálně 2 roky od nástupu do zařízení. Takto sestavený výzkumný vzorek byl rozdělen dle dalšího kritéria záměrným výběrem, tedy 20 probandů s diagnózou Alzheimerova choroby lehkého typu, u kterých docházelo k pravidelným návštěvám rodinných příslušníků. Druhá skupina byla taktéž s odpovídajícími relevantními znaky, avšak bez pravidelné účasti rodinných příslušníků. Samotná intervence za využití psychomotorické terapie a prvků ergoterapie trvala 6 měsíců, a to 3× týdně po dobu 35 až 50 minut. Vstupní a výstupní data jsme zajistili za využití standardizovaného testu, zaměřeného na hodnocení funkční nezávislosti (dále jen *FIM test – Functional Independence Measure*).

Komparace získaných dat mezi vstupním a výstupním testováním byla provedena *Tuckey HCD testem na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$* . Samotná intervence byla zaměřena na psychomotorické cvičení, které bylo realizováno pravidelně 1× týdně, kdy jedna cvičební jednotka trvala do 45 minut. Ergoterapeutická intervence byla zaměřena na podporu a rozvoj kognitivních funkcí s ohledem na individuální potřeby pacientů, vždy 2× týdně po dobu do 50 minut. Celkově tak byla vytvořena intervence 3× týdně, a to formou individuální a skupinovou, která sama o sobě podporovala sociální adaptabilitu vybraného výzkumného vzorku.

## VÝSLEDKY

V případě podpory sociální adaptability osob s Alzheimerovou nemocí lehkého typu (pozdní nástup) byly zjištěny následné výsledky. Jedinci, u kterých byla součástí intervence také pravidelná účast rodinných příslušníků, dosahovali po pravidelné terapii lepších výsledků v testovaných oblastech oproti skupině pacientů, kteří byli podrobeni



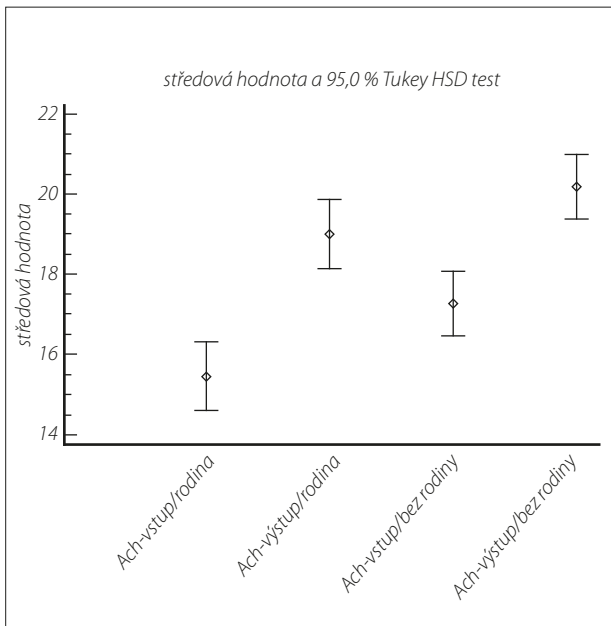
Pozn.: Komparace mezi vstupním a výstupním testováním skupiny pacientů s Alzheimerovou nemocí lehkého typu za účasti rodiny – Ach-vstup / rodina; Ach-výstup / rodina –  $P = 0,598987$ , a skupiny pacientů s Alzheimerovou nemocí lehkého typu bez účasti rodiny – Ach-vstup / bez rodiny; Ach-výstup / bez rodiny –  $P = 0,042982$ .

Kontrast	Rozdíl	Hodnoty +/-
Ach – vstup / rodina – Ach – výstup / rodina	-2,4	1,78787
Ach – vstup / bez rodiny – Ach – výstup / bez rodiny	-2,27273	1,74677

Graf 1. Vliv intervence na rozvoj zvládnání běžných denních činností

terapii bez účasti rodiny, respektive blízkých. U probandů byla zkoumána oblast denních činností, pohyblivosti a sociálních funkcí před zahájením terapie a poté po jejím ukončení. Pro šetření byl využit test funkční míry nezávislosti (*FIM test*). Rozvoj běžných denních činností je prezentován na grafu 1, kdy je patrné, že u obou skupin výzkumného vzorku došlo k celkovému zlepšení oproti vstupnímu testování, k pozitivnějším změnám však došlo později u skupiny, kde součástí terapie byla rodina.

Obdobně tak tomu bylo i v případě výsledků v oblasti pohyblivosti (graf 2) a sociálních funkcí (graf 3). Pozitivním zjištěním je, že účinnost terapie byla prokázána u obou skupin, avšak u skupiny za účasti rodinných příslušníků došlo k většímu bodovému nárůstu v komparaci se vstupními daty. Největší zlepšení jsme pak zaznamenali v rámci pohyblivosti, kdy pravidelná pohybová aktivita měla také vliv na snížení strachu z případného pádu, kterým pacienti při vstupním testování a v průběhu terapie disponovali. Díky pravidelným skupinovým cvičením došlo k podpoře sociální adaptace oproti předchozímu stavu, kdy skupinové terapie nabízené daným zařízením probíhaly zhruba 1× týdně, dalo by se říci i v nepravidelných intervalech. Typicky spíše docházelo k individuální terapii, která nemusí být tak efektivní a nepokrývá dostatečným způsobem podporu sociální adaptace či komunikace.



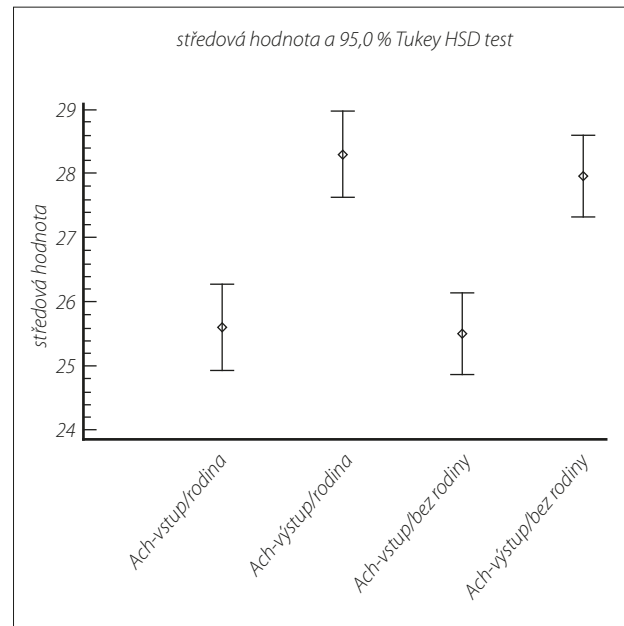
Pozn.: Komparace mezi vstupním a výstupním testování skupiny pacientů s Alzheimerovou nemocí lehkého typu za účasti rodiny – Ach-vstup / rodina; Ach-výstup / rodina –  $P = 0,0000164096$ , a skupiny pacientů s Alzheimerovou nemocí lehkého typu bez účasti rodiny – Ach-vstup / bez rodiny; Ach-výstup / bez rodiny –  $P = 0,000110856$ .

Kontrast	Rozdíl	Hodnoty +/-
Ach – vstup / rodina – Ach – výstup / rodina	-3,55	1,71202
Ach – vstup / bez rodiny – Ach výstup / bez rodiny	-2,91	1,63235

Graf 2. Vliv intervence na rozvoj pohyblivosti

## DISKUSE A ZÁVĚR

Na základě dosažených výsledků jsme stanovili následná doporučení. Kombinace somatického, psychického a kognitivního deficitu vytváří v praxi dojem, že je nutné prvotně řešit somatickou, popř. psychickou problematiku, čímž se kognitivní deficity dostávají do pozadí rehabilitace a jsou tak mnohdy opomíjeny. Výše uvedené výsledky ale poukazují na skutečnost, že rozvoj právě kognitivních schopností vede k pozitivnímu ovlivnění všech sledovaných oblastí. Pokud chceme, aby pacienti byli sociálně adaptabilní, nestačí tyto jedince stimulovat pouze motoricky, ale také kognitivně. K tomu nám může sloužit právě např. zmíněná ergoterapie. Námi zvolená terapie byla postavena na podpoře aktivního pohybu spolu s prvky kognitivní rehabilitace, která bývá hojně využívána v ergoterapeutické praxi. Pohyb byl stimulován pomocí psychomotorické terapie, která byla prováděna aktivně a zejména záměrně. Jedná se o podpůrnou metodu, kterou lze využívat paralelně vedle farmakoterapie a chirurgické terapie.<sup>13,14</sup> V případě zapojení rodiny a blízkých do terapeutického procesu praxe ukazuje, že se s danými jedinci lépe spolupracuje. Díky tomuto zapojení dochází také k výraznému zlepšení postižených oblastí. Problémem, se kterým



Pozn.: Komparace mezi vstupním a výstupním testování skupiny pacientů s Alzheimerovou nemocí lehkého typu za účasti rodiny – Ach-vstup / rodina; Ach-výstup / rodina –  $P = 0,000005522$ , a skupiny pacientů s Alzheimerovou nemocí lehkého typu bez účasti rodiny – Ach-vstup / bez rodiny; Ach-výstup / bez rodiny –  $P = 0,0002703$ .

Kontrast	Rozdíl	Hodnoty +/-
Ach – vstup / rodina – Ach – výstup / rodina	-2,7	1,3488
Ach – vstup / bez rodiny – Ach výstup / bez rodiny	-2,455	1,2862

Graf 3. Vliv intervence na sociální adaptaci

se bohužel dlouhodobě potýkáme, bývá nezáměr rodiny a blízkých o osoby, které jsou trvale umístěny v zařízeních poskytujících sociální služby.

V takovém případě jde jednoznačně o psychickou zátěž z důvodu emocionálního strádání. To má za následek často problémový vztah mezi terapeutem a klientem. Je nutné podotknout, že se běžně můžeme setkat s tím, že klient pak citově přilne k terapeutovi. Může docházet k protipřenosům a jakákoliv změna může být ze strany klienta negativně chápána a také přijímána. Závěrem článku bychom rádi doporučili vytvářet smysluplné aktivity, kterých se mohou klienti plnohodnotně účastnit, neboť jejich součástí je dostatečná saturace jejich individuálních potřeb. Skupinová terapie měla v našem případě pozitivní vliv nejen na šetrné oblasti, ale také jsme zaznamenali rozvoj komunikačních schopností mezi jednotlivými klienty. Důležité je také zmínit velikost dané skupiny. V ideálním případě je vhodné vytvořit skupinu o cca 8 jedincích. Takovou skupinu je možné plnohodnotně aktivizovat jedním terapeutem tak, aby byl zajištěn rovnoměrný přístup ke všem zúčastněným. Za globální cíl práce s touto skupinou lze považovat dosažení takové adaptace, která vede k eliminaci vyloučení a diskriminace této věkové skupiny z majoritní společnosti. Jedná se o podporu aktivního života i během stáří.<sup>15</sup>

## LITERATURA

1. Čechová L et al. Alzheimerova nemoc a mírná kognitivní porucha: diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi* 2011; 12 (3): 1–5.
2. Ressner P. Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba. *Neurologia pre prax* 2004; 1 (1): 14–20.
3. Jiráček R. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. *Neurologia pre prax* 2008; 1 (4): 224–227.
4. Marková J, Králová M et al. Kognitivno-komunikační poruchy u pacientov s demenciou při Alzheimerovej chorobe. *Cesk Slov Neurol N* 2015; 78/111 (5): 536–541.
5. Ressner P, Hort J, Rektorová I et al. Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění. *Cesk Slov Neurol N* 2008; 71/104: 494–501.
6. Vágnerová M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Grada 2004.
7. Blahutková M, Brůžková L, Matějková E, Trávníková D. *Psychomotorická terapie*. Brno: Masarykova univerzita 2009.
8. Roman, M. Physical exercise as psychotherapeutic strategy: how long? What will it take. *Issues Ment Health Nurs* 2010; 31: 153–154.
9. Sharp ES, Gatz M. The Relationships between Education and Dementia. An Update Systematic Review. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2011; 25 (4): 289–304.
10. Vostrý M. Selected Opportunities for access to geriatric clients from the perspective of assisting professions. *Journal of Education Culture and Society* 2018; 8 (1): 89–95.
11. Anguera JA, Boccanfuso J, Rintoul JL et al. Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature* 2013; 501 (7465): 97–101.
12. Vávrová A, Červenka V. Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii. *Psychiat pro Prax* 2010; 11 (3): 107–109.
13. Valenta M, Michalík J, Lečbych M. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada 2010.
14. Flemler L et al. *Pohybové aktivity ve vědě a praxi: konferenční sborník u příležitosti 60. výročí založení Fakulty tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze*. Praha: Karolinum 2014.
15. Probst, M et al. *Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? The open Complementary Medicine Journal* 2010; 2: 105–113.
16. Veteška J. *Gerontagogika*. Praha: Čas 2016.
17. World Health Organization. *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the 10th Revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: WHO 1992.

## DENNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SANATORIUM „ONDŘEJOV“ s.r.o.

Klánova 300/62, Praha 4-Hodkovičky

pořádá

20. ročník Ondřejovské konference  
7.–8. listopadu 2019

téma

# Hranice a limity terapeutického vztahu

**Akreditováno:** ČLK, APK, ČAS

9.00–17.30 odborný program

**Poplatky za konferenci:** 1000 Kč /1 den, 1500 Kč /2 dny  
Studenti a důchodci mají 50% slevu.

**Přihlášky zasílejte** na e-mail  
konference@ondrejov.cz,  
po přijetí přihlášky Vám zašleme fakturu, bez ní nemůžeme platbu přijmout.  
**Více informací naleznete** na  
www.ondrejov.cz a FB