



Niefarmakologiczne metody terapii a funkcje poznawcze w otępieniu

Non-pharmacological therapies and cognitive function in dementia

Mariusz G. Karbowski^a, Aleksandra Duda^b

^a Dr Mariusz G. Karbowski, <https://orcid.org/0000-0002-9806-6133>,
Katedra Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

^b Mgr Aleksandra Duda, <https://orcid.org/0009-0007-3131-6525>,
Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

Abstrakt: Artykuł podejmuje problematykę ukazania związków między niefarmakologicznymi metodami terapeutycznymi a poziomem funkcjonowania procesów poznawczych u osób z otępieniem. Celem przeprowadzonych było ustalenie czy istnieje związek między niefarmakologicznymi metodami terapeutycznymi a poziomem funkcjonowania procesów poznawczych u osób z otępieniem, a jeśli taki występuje to czy procesy poznawcze osób uczestniczących w terapii są na wyższym poziomie oraz czy poziom funkcjonowania procesów poznawczych ma wpływ na samodzielność badanych osób. W badaniu wzięło udział 60 osób u których zdiagnozowano chorobę otępienną, gdzie połowa z nich uczestniczyła w regularnej terapii niefarmakologicznej, a druga połowa badanych nie. Poziom funkcjonowania procesów poznawczych został zbadany Krótką Skalą Oceny Stanu Umysłowego MMSE i Testem Rysowania Zegara, a poziom samodzielności został zmierzony oceną stanu pacjenta wg Skali Barthel.

Słowa kluczowe: otępienie, procesy poznawcze, terapia niefarmakologiczna.

Abstract: The article deals with the issue of showing the relationship between non-pharmacological therapeutic methods and the level of functioning of cognitive processes in people with dementia. The purpose of the study was to determine whether there is a relationship between non-pharmacological therapeutic methods and the level of functioning of cognitive processes in people with dementia, and if there is such a relationship, whether the cognitive processes of those participating in the therapy are at a higher level, and whether the level of functioning of cognitive processes has an impact on the independence of the subjects of the study. There were 60 people diagnosed with dementia included in the study, and a half of them participated in regular non-pharmacological therapy and the other half of the subjects did not participate. The level of cognitive functioning processes was examined with the MMSE (Mini-Mental State Examination) and the Clock Drawing Test, and the level of independence was measured by the Barthel Index of a patient's assessment.

Keywords: dementia, cognitive processes, non-pharmacological therapy.

Wprowadzenie

Jean Améry (2018) w jednej ze swoich książek zatytułowanej *O starzeniu się. Bunt i rezygnacja* napisał „społeczeństwo musi zrobić wszystko, by ulżyć doli ludzi starzejących się i starych. Nadal przy tym twierdząc, że wszelkie płynące z serca i godne szacunku wysiłki w tej mierze mogą wprawdzie łagodzić – niejako więc stanowić nieszkodliwe środki przeciwbólowe – ale nie potrafią wnieść gruntownej zmiany ani poprawy do tragedii starzenia się” (s. 11-12). Jednak co robić, jeśli wraz ze starością przychodzą choroby, które odbierają człowiekowi najwspanialsze wspomnienia oraz pamięć a tak dzieje się w przypadku osób z otępieniem.

Z postępem choroby pogłębia się dezorientacja allopsychiczna, występuje upośledzenie pamięci trwałej i odroczonej (dawnych wydarzeń). Luka pamięciowa poszerza się i obejmuje coraz większy obszar przeszłości chorego. A „ludzie, do których ta diagnoza się stosuje, uskarżają się zazwyczaj na poczucie braku sensu życia czy też wewnętrzną pustkę” (Karbowski 2021, s. 39), nie rozpoznając osób, przedmiotów, nie potrafiąc się ubrać i wykonać prostych czynności dnia codziennego, w wyniku czego chory jest coraz bardziej uzależniony od otoczenia (Bogusławski, Drat-Gzubicka, 2011).

Czy istnieje sposób, aby temu zapobiec, aby ludzie cierpiący i starzejący się mogli czerpać jak najwięcej z czasu, który im pozostał. W związku z tak ustalonym celem został sformułowany problem badawczy w postaci pytania: „Czy istnieje związek między niefarmakologicznymi metodami terapii a poziomem funkcjonowania procesów poznawczych u osób z otępieniem?”

Artykuł ten stanowi istotny wkład w rozwój omawianej problematyki, stanowiąc próbę znalezienia odpowiedzi czy istnieje sposób na spowolnienie procesu neurodegeneracji, a co za tym idzie – podtrzymania lepszego funkcjonowania procesów poznawczych i samodzielności starszych osób z demencją.

1. Teoretyczne podstawy problematyki

1.1. Zespoły otępienne – wieloznaczność definicji

Tomasz Sobów (2023) definiując otępienie napisał, że sformułowanie „Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10) oraz bardzo zbliżone do niej określenie DSM-IV przedstawiają otępienie jako zespół objawów wywołany chorobą mózgu, zwykle przewlekłą lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język i ocena” (s. 575). Otępienie, zwane również demencją, nie stanowi pojedynczego objawu, nie jest też chorobą w znaczeniu jednostki nozologicznej ze ściśle określonym obrazem klinicznym i jednorodną etiopatogenezą. Choroba ta stwarza poważny problem społeczny, medyczny i psychologiczny, stąd też próbę jego zdefiniowania podejmują różni specjaliści, operujący nieraz własną i specyficzną terminologią. W DSM-5 oraz ICD-11 szeroka kategoria diagnostyczna zwana wcześniej otępieniem zyskała nową nazwę, dlatego obecnie stosuje się określenie „zaburzenie neuropoznawcze”.

David Evans i Emmanuel Lee (2013) definiują otępienie jako przewlekłą i postępującą chorobę mózgu, która charakteryzuje się upośledzeniem

języka, pamięci, percepcji, zdolności poznawczych i osobowości. Upośledzenie tych funkcji będzie miało wpływ na wszystkie aspekty życia danej osoby i jej bliskie relacje.

1.2. Zespoły otępienne

Kategoria diagnostyczna jaką jest otępienie ma wiele różnych postaci. Zarówno w ICD-10 jak i DSM-5 jest ona różnicowana na wiele podkategorii, które różnią się od siebie. Mają jednak też ze sobą wiele wspólnego, charakteryzują się globalnym obniżeniem funkcjonowania poznawczego, przede wszystkim deficytami w obszarze pamięci oraz innych wyższych funkcji intelektualnych (Kędziora-Kornatowska, Polak-Szabela, 2019). Prawidłowe rozpoznanie jest niezwykle istotne, by dobrać odpowiednie leki i podjąć próbę przedłużenia godnego życia pacjenta. Christine Whatmough (2021, s. 4) pisze, że „spośród przypadków otępienia, które zaczęło się po 65 roku życia, zdecydowanie najczęstszą postacią jest choroba Alzheimera, która jako jedyny rodzaj otępienia lub element w mieszanym zespole otępiennym stanowi do 75% wszystkich otępień. Następnie pod względem częstości występowania rodzajem otępienia może być otępienie naczyniowe bądź otępienie z ciałami Lewy’ego (publikacje w tej kwestii różnią się) – w klinikach te postaci mogą stanowić 15-20% zespołów otępiennych. Otępienie czołowo-skroniowe rozpoznaje się u 5-6% pacjentów z otępieniem. Otępienie w chorobie Parkinsona często bywa mieszane”. Dlatego tematyka otępienia jest niezwykle obszerna, a w niniejszym artykule zostały przybliżone najpowszechniejsze form tej choroby.

1.2.1. Choroba Alzheimera (Alzheimer Disease, AD)

Choroba Alzheimera jest jak najczęstszą przyczyną otępienia. Podczas tej choroby tkanka mózgowa ulega rozpadowi, a co za tym idzie objętość mózgu maleje, kora mózgowa zanika. Jak podaje Maria Barcikowska (2017, s. 45) „to choroba zwyrodnieniowa mózgu, która najczęściej powoduje otępienie u osób powyżej 65 roku życia. Spowodowana jest odkładaniem się w mózgu białek o patologicznej strukturze

beta-faldowej”. Charakterystyczne dla osób chorych na Alzheimera są: zaburzenia pamięci epizodycznej, występowanie deficytu w zakresie co najmniej jednej funkcji poznawczej (zaburzenia działań wykonawczych, afazja, apraksja, agnozja), brak trwałości śladu pamięciowego oraz trudności w uczeniu się nowego materiału (Kędziora-Kornatowska, Polak-Szabela, 2019). Wraz z postępowaniem choroby nasilają się zaburzenia. Specjaliści przypuszczają, że choroba rozwija się dłużej niż dotychczas sądzono i okres bezobjawowy trwa od kilku do kilkunastu lat. Na początku osoba chora będzie potrzebować niewielkiego nadzoru i okresowej opieki, ale w końcowej fazie, gdy osoba chora na Alzheimera nie jest w stanie już wstać z łóżka, zostaje pielęgnacja (Nestorowicz, 2021).

1.2.2. Otępienie z ciałami Lewy’ego (Dementia with Lewy Bodies, DLB)

Charakterystyczne dla otępienia z ciałami Lewy’ego jest zaburzenie widzenia, omdlenia, myślenie urojeniowe, upadki, sztywność ciała, problemy z połykaniem, reakcje na leki, które mogą być skrajne i dziwne (Snow, 2019). Powstają deficyty funkcji wykonawczych, spowolnienie psychoruchowe, fluktuacje stanu poznawczego, zaburzenie funkcji wzrokowo-przestrzennych (znacznie nasilone we wczesnym stadium) oraz zaburzenia uwagi (głównie w zakresie jej podtrzymywania). Dodatkową cechą charakteryzującą otępienie z ciałami Lewy’ego jest obecność wyraźnych, uszczegółowionych, powtarzających się halucynacji wzrokowych. Często pojawia się chwiejność i drażliwość (Kędziora-Kornatowska, Polak-Szabela, 2019). Whatmough (2021) wskazał, że otępienie z ciałami Lewy’ego różni się w kilku kwestiach od choroby Alzheimera, a mianowicie: występuje znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet, objawy u mężczyzn są bardziej nasilone i agresywne niż u kobiet a czas trwania choroby (od zachorowania do zgonu) wynosi 1-5 lat, czyli znacznie mniej niż przy chorobie Alzheimera, początek choroby przed 70 rokiem życia jest częstszy i wiąże się z szybszą progresją choroby a zaburzenia chodu i równowagi muszą wystąpić albo równocześnie, albo w ciągu roku przed pojawieniem się lub po pojawieniu się zaburzeń poznawczych albo objawów psychiatrycznych.

1.2.3. Otępienie naczyniopochodne

W literaturze przedmiotu nie można jednoznacznie określić jednego, klasycznego obrazu zaburzeń poznawczych w otępieniu naczyniopochodnym. Najbardziej charakterystyczne dla profilu otępienia naczyniopochodnego deficyty poznawcze i objawy behawioralne to: wolne tempo przetwarzania, zaburzenia dynamiki zachowania i sfery emocjonalno-motywacyjnej, zaburzenia procesu przechowywania informacji oraz osłabienie procesów uwagi dowolnej (Kędziora-Kornatowska, Polak-Szabela, 2019). Według Rachel J. Schindler (2005) otępienie naczyniopochodne różni się od choroby Alzheimera w kilku kwestiach: otępienie naczyniopochodne ma zazwyczaj nagły początek, w następstwie udaru mózgu i może mieć zmienny, nieliniowy przebieg, na pierwszy plan w otępieniu naczyniopochodnym wysuwają się deficyty w zakresie funkcji wykonawczych, które są wzajemnie powiązane systemem obejmującym planowanie, organizację, myślenie koncepcyjne i elastyczność myślenia a u osób z otępieniem naczyniopochodnym przez okres do 6 miesięcy można nie zaobserwować pogorszenia funkcji poznawczych.

1.2.4. Otępienie czołowo-skroniowe (Frontal Dementia, FTD)

Otępienie czołowo-skroniowe, nazywane chorobą Picka, jak sama nazwa wskazuje, jest postępującą chorobą zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego, głównie kory przedczołowej oraz przedniej skroniowej (Wysokiński, Gruszczyński, 2008). Cechami profilu zaburzeń poznawczych w otępieniu czołowo-skroniowym są: dominacja zaburzeń funkcji wykonawczych przy zachowanej zazwyczaj dobrej orientacji w przestrzeni i praktyki oraz zaburzenia mowy, echolalia i persewacje. W przebiegu tego otępienia wcześniej pojawiają się zaburzenia osobowości i zachowania w postaci niewłaściwych działań, a także reakcji persewacje, zachowania utylizacyjne, stereotypowe, bez planu, labilność emocjonalna, hiperoralność (Kędziora-Kornatowska, Polak-Szabela, 2019).

1.2.5. Otepienie w chorobie Parkinsona (Parkinson's Disease with Dementia, PDD)

Choroba Parkinsona jest hipokinetycznym zaburzeniem ruchowym, którego charakterystycznymi objawami są drżenie, bradykinezja (spowolnienie ruchowe), sztywność mięśniowa, a w późniejszej fazie niestabilność postawy (Tröster, Woods, 2021). Dzisiaj uważa się powszechnie, że u 20-40% pacjentów z chorobą Parkinsona rozwija się otepienie, chociaż według niektórych oszacowań wskaźnik częstości występowania otepienia w chorobie Parkinsona wynosi aż 70% (Whatmough, 2021). Jak piszą Kornelia Kędziora-Kornatowska i Anna Polak-Szabela (2019, s. 39) „w otepieniu występującym w chorobie Parkinsona wśród zaburzeń funkcji poznawczych dominują zaburzenia uwagi mimowolnej oraz dowolnej (skupiania uwagi), mogą występować fluktuacje w ciągu dnia oraz z dnia na dzień, występuje bradyfrenia, zaburzone są znacząco funkcje wykonawcze (...) jak również funkcje wzrokowo-przestrzenne”.

Pacjenci we wczesnych stadiach choroby Parkinsona słabo radzą sobie w zadaniach wymagających sprawnego manipulowania informacjami w pamięci operacyjnej, za to prawidłowo wykonują zadania mierzące zakres pamięci. Można też zaobserwować deficyty w wykonywaniu zadań wymagających podzielności i selektywności uwagi. Przyczyn niskiego poziomu wykonania zadań upatruje się w ograniczeniu zarówno zasobów uwagi, jak i zdolności do zmiany nastawienia czy kierunku uwagi (Tröster, Woods, 2021).

1.3. Procesy poznawcze w otepieniu

W literaturze można spotkać się z podziałem procesów poznawczych na elementarne i złożone. Do elementarnych zaliczamy: uwagę, kontrolę poznawczą, percepcję i pamięć. W złożonych procesach poznawczych wyróżniamy: myślenie, rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji i używanie języka (Nęcka i in., 2020). Tematyka związana z procesami poznawczymi jest obszerna i złożona dlatego też na potrzeby niniejszych badań zostały opisane trzy elementy tych procesów są to: pamięć, uwaga oraz orientacja w czasie i miejscu nazywana inaczej

orientacją allopsychiczną. Maria Pąchalska (2014) pamięć definiuje jako proces, podczas którego dana osoba zapisuje, przechowuje i odtwarza informacje dotyczące planów, zamiarów i zadań, które musi wykonać w przyszłości (pamięć prospektywna) oraz własnej przeszłości i świata (pamięć retrospektywna), swoisty magazyn pamięci, czyli zbiór informacji, które dana osoba zapisała w ciągu swojego życia. Dlatego, jak piszą Schacter i Tulving (1982, za: Nęcka i in., 2020, s. 299) „pamięć ludzka nie jest systemem monolitycznym. Pod tym pojęciem kryje się wiele odrębnych, ale wewnętrznie zintegrowanych systemów. Ich wspólną cechą jest funkcja, jaką pełni pamięć jako całość. Stwarza mianowicie możliwość wykorzystania przechowywanej w niej informacji. Funkcja ta może być realizowana tym skuteczniej, im bardziej efektywna jest filogenetyczna zdolność naszego umysłu do zapamiętywania, przechowywania i odpamiętywania informacji”. Warto nadmienić, że struktura, jaką jest hipokamp tworzy najważniejsze zgrupowania włókien nerwowych, które biorą udział w tworzeniu pamięci, to on decyduje jakie informacje mają zostać zapamiętane, a które zapomniane (Anastasiadou, Meyer zu Reckendorf, Beck, 2022).

Andrzej Falkowski, Tomasz Maruszewski oraz Edward Nęcka (2008, s. 445) piszą o uwadze, że ona „odpowiada za redukcję nadmiaru informacji. Ponieważ system poznawczy może przetworzyć tylko ułamek tego, co potencjalnie jest mu dostępne, musi kontrolować procesy odbioru i przetwarzania informacji, aby uniknąć niebezpiecznych skutków przeładowania”. Ze względu na złożoność problemu uwagi podejmuje się próby wyodrębnienia jej podstawowych cech. Piotr Francuz (2000) wyróżnił takie cechy jak: skupienie (koncentracja, ogniskowanie, natężenie, energia) uwagi, wybiórczość (selektywność) uwagi, przerzutność (dynamika, giętkość) uwagi, zakres (pojemność) uwagi, podzielność uwagi, wzbudzenie uwagi. Natomiast Andrewes (2001, za: Pąchalska i in., 2019) wyodrębnił cztery systemy składające się na uwagę, wskazując na: system aktywacji, system orientacji, system uwagi wykonawczej i system uwagi percepcyjnej – czyli zdolność wybierania.

Orientacja allopsychiczna to inaczej orientacja w czasie i miejscu, czyli osoba z zaburzeniem tej sfery poznawczej będzie miała problem z określeniem

miejsca, czasu i sytuacji w jakiej się znajduje (Sobie-rajewicz, Czaińska, 2019). Zaburzenia orientacji topograficznej (orientacji co do miejsca) są typowe dla otępienia występującego w podeszłym wieku, dlatego wiele osób chorych nie może wychodzić z domu samodzielnie, ponieważ mają tendencje do gubienia się, wiecznie szukają też różnych przedmiotów, które schowali gdzieś w domu, ale nie umieją znaleźć miejsca, gdzie położyli dany przedmiot. Zdarza się, że osoby z zaburzeniami orientacji topograficznej pamiętają, że coś schowali, ale mają trudności ze znalezieniem miejsca, gdzie to schowali (Pąchalska, 2014).

Zaburzenia orientacji w czasie, jak można wnioskować, dotyczą problemów z określeniem obecnej daty, godziny itp. jak i osadzenia poszczególnych wydarzeń w czasie. Osoby chore na otępienie często mają problem z określeniem obecnej daty. Problem stwarza im też myślenie logiczne związane z czasem np. wiedzą, że mają wnuki, ale twierdzą, że ich dzieci jeszcze nie dorosły, są jeszcze małe.

1.4. Niefarmakologiczne metody terapii w otępieniu

Farmakoterapia jest często nieodłącznym elementem, potrzebnym, aby osobom z chorobami otępiennymi żyło się lepiej. Jednak, aby pacjent jak najdłużej dobrze funkcjonował, jak podkreśla wielu specjalistów, potrzebna jest też terapia niefarmakologiczna. Te dwie terapie muszą ze sobą współgrać, aby pacjenci z demencją mogli się cieszyć jak najdłużej swoim życiem i zachowywać jak najwięcej świadomości swojego istnienia. U osób chorych na otępienie metody niefarmakologiczne spełniają dwie ważne funkcje: wspomagają proces farmakologiczny i mogą poprawić lub usunąć wiele objawów psychiatrycznych obserwowanych w otępieniu, może ona stymulować do funkcjonowania i spowalniać proces postępowania choroby (Wójcik-Topór, 2018). Według Agnieszki Borzym: „Wprowadzenie różnego rodzaju zajęć nie tylko aktywizuje osoby z otępieniem, ale również stymuluje zachowane jeszcze zdolności poznawcze, pomaga w utrzymaniu praktycznych umiejętności, poprawia samopoczucie i łagodzi występujące zaburzenia zachowania” (2021, s. 50).

W niniejszym badaniu wykorzystano trzy niefarmakologiczne metody terapeutyczne stosowane w terapii z osobami mającymi demencje, a są to: terapia psychologiczna, terapia reminiscencyjna i terapia zajęciowa.

1.4.1. Terapia psychologiczna

Terapia psychologiczna jest rodzajem terapii, podczas której odbywa się trening pamięci, uwagi, koncentracji, praktyki rąk, funkcji wykonawczych, terapia orientacji czasowo-przestrzennej, psychoterapia. Jak pisze Paulina Wójcik-Topór (2018, s. 461), „terapia psychologiczna będzie uruchamiać procesy psychomotoryczne w zakresie małej motoryki: poprzez ćwiczenia praktyki rąk, zadania polegające na odtwarzaniu figur, ćwiczenia konstrukcyjne, dorysowywania brakujących elementów. (...) Terapeuta podejmuje próby przenoszenia uwagi, na przykład podczas rozmowy czy rozwiązywaniu zadań poznawczych, jednocześnie stymulując percepcję wzrokową i słuchową”.

1.4.2. Terapia reminiscencyjna

Terapia reminiscencyjna została wprowadzona do opieki nad osobami z demencją i przybiera różne formy. W najbardziej podstawowym ujęciu polega ona na rozmowie o wydarzeniach i doświadczeniach z przeszłości, zazwyczaj przy pomocy namacalnych wskazówek, np. zdjęć, muzyki, sprzętów domowych itp. (Woods, O’Philibin, Farrell, Spector, Orrell, 2018). Polega głównie na rozmowach na określone tematy przy użyciu tak zwanych kotwic pamięci. Należą do nich filmy wideo, albumy, stare fotografie, osobiste przedmioty, płyty ze znaną choremu muzyką. Formą terapii może być też dokonanie przemeblowania tak, by pomieszczenie przypominało wnętrza z dawnych lat (Wójcik-Topór, 2018).

1.4.3. Terapia zajęciowa

Natomiast celem terapii zajęciowej jest podtrzymanie umiejętności wykonywania czynności, które są dla osoby z demencją istotne. Podczas terapii dochodzi do uproszczenia i wdrożenia tych czynności w taki

sposób by zoptymalizować zaangażowanie osób chorych (Bennet i in., 2019). Terapia zajęciowa ma na celu utrwalenie umiejętności jeszcze posiadanych przez chorego. Pozwala odtworzyć te, które niedawno zostały utracone, a tym samym motywuje do działania oraz zaspokaja społeczne i psychiczne potrzeby chorego, przeciwdziała pojawieniu się objawów psychopatologicznych i zaburzeń zachowania, a także podtrzymuje zachowane umiejętności.

2. Opis zastosowanych metod i sposobu zbierania danych

Badanie było prowadzone od czerwca 2022 do grudnia 2022 roku i miało charakter indywidualny. Osoby badane były rekrutowane za pomocą słownego zaproszenia do wzięcia udziału w badaniach. Każdy uczestnik zdeklarował, a jego opiekun potwierdził, że stwierdzono u niego chorobę otępienną i określał, czy uczestniczy w pozafarmakologicznych działaniach terapeutycznych (czy uczestnicy i ich opiekunowie zostali poinformowani o dobrowolności udziału w badaniach oraz o możliwości rezygnacji). Osoba była zapraszana do wcześniej przygotowanego gabinetu, badający przeprowadzał badania zaczynając od Krótkiej Skali Oceny Stanu Umysłowego (MMSE), który służy do badania stanu umysłowego i umożliwia dokonania ilościowego pomiaru funkcjonowania poznawczego. Następnie Testu Rysowania Zegara, który sprawdza, na jakim poziomie jest orientacja wzrokowo-przestrzenna i jak ona się przyczynia do deficytu konstrukcyjnego oraz czy występuje problem z pojmowaniem czasu. Ocena pacjenta według skali Barthel odbywała się poprzez wywiad z opiekunem osoby badanej, która mierzy samodzielność i sprawność ruchową u osób z chorobami neurodegeneracyjnymi.

W badaniu wzięły udział 64 osoby (49 kobiet i 15 mężczyzn), jednak 4 osoby zrezygnowało w trakcie badania więc docelowo pełne badania przeszło 60 osób (48 kobiet i 12 mężczyzn) dorosłych, u których zdiagnozowano chorobę otępienną. 30 osób z tej grupy to osoby nie uczestniczące w żadnych pozafarmakologicznych zajęciach terapeutycznych, a pozostałe to uczestnicy Dziennych Domów Pobytów dla osób

z chorobą otępienną, będących w regularnej terapii. Rozkład wiekowy osób badanych przedstawiał się następująco: 10 osób do 60 r.ż., co stanowiło 17% badanej grupy, pomiędzy 61 a 75 r.ż. było 16 badanych (27%), w wieku 76 – 90 były 32 osoby badane (53%) i 2 osoby powyżej 90 r.ż. stanowiły 3% badanej grupy. Najmłodszy uczestnik badania miał 49 lat, natomiast najstarszy 91.

3. Wyniki badań

Poniżej przedstawiono wyniki uzyskane w badaniach przeprowadzonych Krótką Skalą Oceny Stanu Umysłowego (MMSE), Testem Rysowania Zegara i Skalą Barhel.

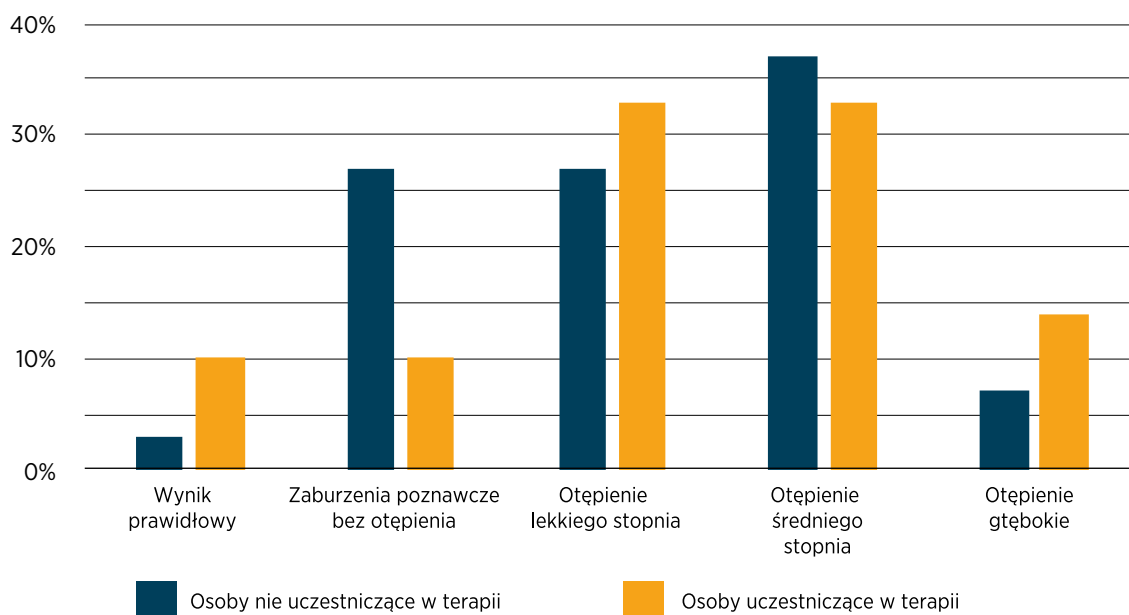
3.1. Wyniki uzyskane przez osoby badane w Krótkiej Skali Oceny Stanu Umysłowego (MMSE)

Rozkład liczebności badanych ze względu na uzyskane przez nich wyniki w Krótkiej Skali Oceny Stanu Umysłowego (MMSE) przedstawione są w Tabeli 1.

W badanej grupie nie biorącej udziału w niefarmakologicznych zajęciach terapeutycznych wynik prawidłowy uzyskała 1 osoba (3%), po 8 osób (27%) uzyskało wynik wskazujący na zaburzenia poznawcze bez otępienia i otępienie lekkiego stopnia, 37% osób

Tabela 1. Rozkład liczebności badanych (N=30) ze względu na ocenę głębokości otępienia na podstawie wyników testu MINIMENTAL – Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE) u osób nie biorących udziału w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych

Ocena głębokości otępienia	N	%
30 – 27 – wynik prawidłowy	1	3
26 – 24 – zaburzenia poznawcze bez otępienia	8	27
23 – 19 – otępienie lekkiego stopnia	8	27
18 – 11 – otępienie średniego stopnia	11	37
10 – 0 – otępienie głębokie	2	7
Razem	30	100



Wykres 1. Wyniki uzyskane przez osoby badane w teście MINIMENTAL.

Tabela 2. Rozkład liczebności badanych (N=30) ze względu na ocenę głębokości otępienia na podstawie wyników testu MINIMENTAL – Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE) u osób biorących udział w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych

Ocena głębokości otępienia	N	%
30 – 27 – wynik prawidłowy	3	10
26 – 24 – zaburzenia poznawcze bez otępienia	3	10
23 – 19 – otępienie lekkiego stopnia	10	33
18 – 11 – otępienie średniego stopnia	10	33
10 – 0 – otępienie głębokie	4	14
Razem	30	100

Tabela 3. Rozkład liczebności badanych (N=30) ze względu na wyniki uzyskane w Teście Rysowania Zegara przez osoby nie biorące udział w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych

Wynik testu	N	%
10 – 6 – rysowanie całego zegara jest generalnie poprawne	12	40
5 – 1 – rysowanie tarczy zegara – koła i cyfry jest zaburzone	18	60
Razem	30	100

otrzymało wynik wskazujący na otępienie średniego stopnia, a 2 osoby (7%) uzyskało wynik wskazujący na otępienie głębokie (Tabela 2).

W badanej grupie biorącej udział w niefarmakologicznych działaniach terapeutycznych po 3 osoby (10%) uzyskało wynik prawidłowy i wynik wskazujący na zaburzenia poznawcze bez otępienia, osób które otrzymały wynik wskazujący na otępienie lekkiego stopnia i średniego stopnia było po 10 (33%), natomiast wynik wskazujący na otępienie głębokie uzyskało 4 osoby (14%) (Wykres 1).

3.2. Wyniki uzyskane przez osoby badane w Teście Rysowania Zegara (TRZ)

W Tabeli 3. przedstawiono rozkład liczebności badanych ze względu na wyniki uzyskane w Teście Rysowania Zegara.

W grupie niebiorącej udziału w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych 12 osób (40%) uzyskało wynik wskazujący na to, że rysowanie całego zegara jest generalnie poprawne, natomiast 18 osób (60%) uzyskało wynik, który wskazuje na to, że rysowanie tarczy zegara – koła i cyfr jest zaburzone. W celu zobrazowania rozkładu liczebności badanych nie biorących udziału w niefarmakologicznych me-

Tabela 4. Rozkład liczebności badanych (N=30) ze względu na wyniki uzyskane w Teście Rysowania Zegara przez osoby biorące udział w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych

Wynik testu	N	%
10 - 6 - rysowanie całego zegara jest generalnie poprawne	15	50
5 - 1 - rysowanie tarczy zegara - koła i cyfry jest zaburzone	15	50
Razem	30	100

Tabela 5. Rozkład liczebności badanych (N=30) ze względu na wyniki uzyskane w ocenie pacjenta wg skali Barthel u osób nie biorących udziału w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych

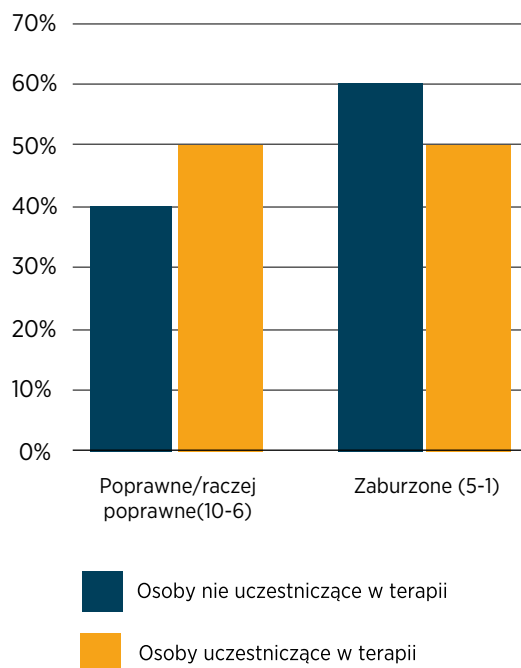
Wynik testu	N	%
86 - 100 pkt. - stan pacjenta „lekki”	26	87
21 - 85 pkt. - stan pacjenta „średnio ciężki”	4	13
0 - 20 pkt. - stan pacjenta „bardzo ciężki”	0	0
Razem	30	100

Tabela 6. Rozkład liczebności badanych (N=30) ze względu na wyniki uzyskane w ocenie pacjenta wg skali Barthel u osób biorących udział w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych

Wynik testu	N	%
86 - 100 pkt. - stan pacjenta „lekki”	25	83
21 - 85 pkt. - stan pacjenta „średnio ciężki”	5	17
0 - 20 pkt. - stan pacjenta „bardzo ciężki”	0	0
Razem	30	100

W tabelach 4, 5 i 6 przedstawiono rozkład liczebności badanych uzyskanych w badaniu Testem Rysowania Zegara zostały przedstawione na wykresie 2.

Wynik, który wskazuje na to, że rysowanie zegara jest generalnie poprawne uzyskało 15 osób, co stanowi połowę grupy uczestniczącej w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych, natomiast druga połowa uzyskała wynik wskazujący na to, że rysowanie tarczy zegara – koła i cyfr jest zaburzone. W celu zobrazowania rozkładu liczebności badanych uczestniczących



Wykres 2. Na wykresie zostały przedstawione wyniki uzyskane przez osoby badane w Teście Rysowania Zegara.

w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych wyniki uzyskane w badaniu Testem Rysowania Zegara zostały przedstawione na wykresie 2.

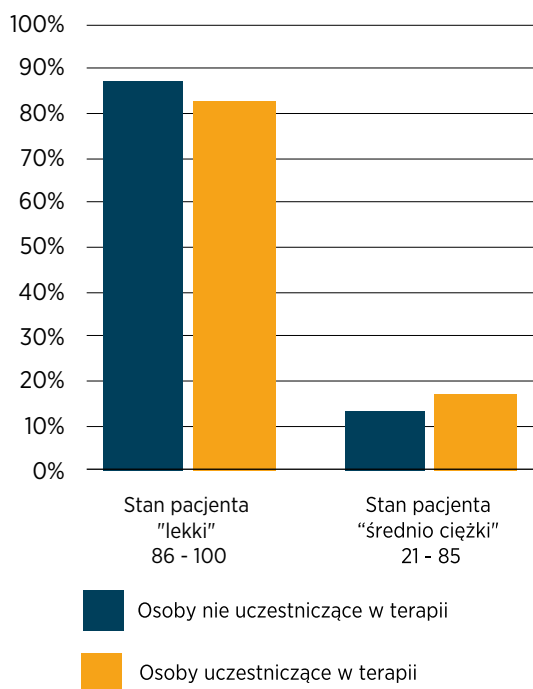
3.3. Wyniki uzyskane przez osoby badane w Skali Barthel

W Tabeli 5. przedstawiono rozkład liczebności badanych ze względu na uzyskane wyniki w ocenie pacjenta wg skali Barthel.

26 badanych osób (87%), niebiorących udziału w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych uzyskało wynik określający stan pacjenta jako „lekki”, natomiast pozostałe 4 osoby (13%) otrzymało wynik opisujący stan pacjenta jako „średnio ciężki”.

Rozkład liczebności badanych osób biorących udział w pozafarmakologicznych oddziaływaniach terapeutycznych, ze względu na wynik uzyskany w ocenie pacjenta wg Skali Barthel przedstawiono w Tabeli 6.

25 osób (83%) uzyskało wynik, który określa ich stan jako „lekki”, natomiast pozostałe 17% badanej grupy uzyskało wynik, który określa stan pacjenta jako „średnio ciężki” (Wykres 3).



Wykres 3. Na wykresie zostały przedstawione wyniki uzyskane przez osoby badane w ocenie pacjenta wg skali Barthel.

3.4. Niefarmakologiczne metody terapeutyczne a procesy poznawcze w otępieniu

W celu porównania poziomu badanych zmiennych pomiędzy osobami nie uczestniczącymi w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych a uczestniczącymi w pozafarmakologicznych metodach terapeutycznych wykonano testy t-Studenta dla danych niezależnych. Rezultaty testu wykazały, że funkcjonowanie poznawcze (zmierzone testem MINIMENTAL) osób nie będących w niefarmakologicznej terapii jest nieistotnie wyższe niż u osób będących w terapii niefarmakologicznej – $t = 0,662$; $p = 0,511$.

Natomiast rezultaty uzyskane w Teście Rysowania Zegara wykazały, że orientacja wzrokowo-przestrzenna i pojmowanie czasu osób będących w terapii pozafarmakologicznej jest nieco wyższe niż u osób nie będących w terapii $t = -0,37$; $p = 0,713$ (Tabela 7).

Tabela 7. Różnice w poziomie funkcjonowania procesów poznawczych u osób z otępieniem nie uczestniczących i uczestniczących w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych

	Osoby nie będące w terapii N = 30		Osoby będące w terapii N = 30		Różnice (test T)		
	M	SD	M	SD	t	df	p
MiniMental	18,9	5,87	17,87	6,22	0,662	58	0,511
TRZ	5,4	3,09	5,7	3,19	-0,37	58	0,713

N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna.

Tabela 8. Różnice w samodzielności i sprawności ruchowej osób z otępieniem nie uczestniczących i uczestniczących w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych

	Osoby nie będące w terapii N = 30		Osoby będące w terapii N = 30		Różnice (test T)		
	M	SD	M	SD	t	df	p
Skala Barthel	94,5	11,5	93,7	11,2	0,285	58	0,777

N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna.

3.5. Niefarmakologiczne metody terapeutyczne a samodzielność i sprawność ruchowa w otępieniu

W celu porównania poziomu samodzielności i sprawności ruchowej pomiędzy osobami nie uczestniczącymi w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych a uczestniczącymi w pozafarmakologicznych metodach terapeutycznych wykonano testy t-Studenta dla danych niezależnych. Rezultaty testu wykazały, że samodzielność i sprawność ruchowa (zmierzona oceną pacjenta wg Skali Barthel) osób nie będących w terapii jest nieistotnie wyższe niż u osób będących w terapii niefarmakologicznej – $t = 0,285$; $p = 0,777$ (Tabela 8).

3.6. Poziom funkcjonowania procesów poznawczych a samodzielność osób z otępieniem

W celu sprawdzenia, czy istnieje związek między poziomem funkcjonowania procesów poznawczych a samodzielnością u osób z otępieniem, przeprowadzono analizę korelacji Persony między poziomem funkcjonowania poznawczego, ocenionego Krótką Skalą Oceny Stanu Umysłowego (MMSE), a poziomem samodzielności mierzoną wg Skali Barthel. Współczynnik korelacji okazał się słaby, ale nadal istotny i wyniósł 0,214. Oznacza to, że poziom funkcjonowania procesów poznawczych koreluje dodatnio z poziomem samodzielności u osób badanych. Im wyższy będzie poziom funkcjonowania procesów poznawczych, tym wyższy będzie poziom samodzielności tych osób.

4. Dyskusja

Celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie czy istnieje związek między niefarmakologicznymi metodami terapeutycznymi a poziomem funkcjonowania procesów poznawczych u osób z otępieniem oraz jaki jest ich związek. Dlatego biorąc pod uwagę wszystkie powyższe przesłanki teoretyczne i opinie ekspertów, postawiono następujące hipotezy badawcze:

- H1: Procesy poznawcze osób z otępieniem, które biorą udział w regularnej, niefarmakologicznej terapii, są na wyższym poziomie.
- H2: Osoby nie będące w terapii niefarmakologicznej są mniej samodzielne.
- H3: Osoby, których procesy poznawcze są na wyższym poziomie, są bardziej samodzielne.

Pierwsza z przyjętych hipotez, która zakładała, że procesy poznawcze osób z otępieniem, które biorą udział w regularnej, niefarmakologicznej terapii, są na wyższym poziomie, nie została potwierdzona. Średni wynik uzyskany w teście MINIMENTAL przez osoby nie uczestniczące w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych jest wyższy o 1 punkt od średniego wyniku osób uczestniczących w pozafarmakologicznych metodach terapeutycznych. W Teście Rysowania Zegara osoby nie uczestniczące w niefarmakologicznych oddziaływaniach terapeutycznych uzyskały średnio o 0,3 punktu gorszy wynik od osób uczestniczących w terapii. W obydwu przeprowadzonych testach różnica wyników dla obu grup jest nieistotna. Powyższe badania wykazały, że nie ma związku między niefarmakologicznymi metodami terapeutycznymi a poziomem funkcjonowania procesów poznawczych w otępieniu.

Kolejna z przyjętych hipotez zakładała, że osoby będące w terapii niefarmakologicznej są mniej samodzielne. Hipoteza ta również nie została potwierdzona. Średni wynik uzyskany w ocenie stanu pacjenta według Skali Barthel przez osoby nie uczestniczące w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych jest o 0,8 punkta wyższy niż u osób uczestniczących w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych. Jest to różnica nieistotna i wskazuje na to, że uczestnictwo w pozafarmakologicznych oddziaływaniach terapeutycznych nie ma wpływu na samodzielność osób z otępieniem.

Trzecia hipoteza, która zakładała, że osoby których procesy poznawcze są na wyższym poziomie są bardziej samodzielne została potwierdzona. Między poziomem funkcjonowania poznawczego mierzonym testem MINIMENTAL, a samodzielnością mierzoną oceną pacjenta według Skali Barthel wykazano słabą, ale wciąż istotną korelację dodat-

nią. Badania wykazały, że im wyższy jest poziom funkcjonowania procesów poznawczych tym wyższy będzie poziom samodzielności osób z otępieniem.

Mimo, że pierwsze dwie hipotezy w niniejszej pracy nie zostały potwierdzone specjaliści rekomendują pozafarmakologiczne oddziaływania terapeutyczne i uważają, iż jest to istotny krok w postępowaniu z chorym w codziennej opiece. Istotną zaletą wprowadzenia niefarmakologicznych metod terapeutycznych do życia osoby z chorobą otępienną jest fakt, że działania te pozwalają zmniejszyć nasilenie zaburzeń zachowania (Długosz-Mazur, Bojar, Gustaw, 2013). Pacjent czerpie więcej korzyści z niefarmakologicznych metod terapeutycznych, gdy po wczesnej diagnozie zostaną one szybko wprowadzone. Niestety wraz z postępem choroby rola oddziaływań pozafarmakologicznych maleje (Domagała, Sitek, 2018).

Wójcik-Topór (2018) opisując różne terapie niefarmakologiczne stosowane u pacjentów z otępieniem pisze również o tym, że niektóre środowiska naukowe stawiają terapię pozafarmakologiczną na równi z farmakoterapią w przypadku pacjentów z demencją.

Aneta Domagała i Emilia Sitek (2018, s. 255) podają, że „Postępowanie niefarmakologiczne uznaje się za ważny element leczenia, jest ono przedmiotem pozytywnych opinii formułowanych na gruncie medycyny, adresowanych zarówno do specjalistów zajmujących się leczeniem farmakologicznym i niefarmakologicznym, jak i do opiekunów osób chorych”.

Pozafarmakologiczne oddziaływania terapeutyczne są ważne także ze względu na rodziny osób chorych, ponieważ pomagają odciążyć je w nieustannej opiece. Każdy rodzaj działań takich jak aktywizacja intelektualna, edukacja itp. z całą pewnością ułatwi życie nie tylko osobie chorej, ale także jej bliskim, przedłużając czas postępu choroby (Wójcik-Topór, 2018).

Agnieszka Borzym (2021, s. 52) o terapii reminiscencyjnej i treningu orientacji w rzeczywistości pisała tak „mogą zmniejszyć poczucie zagubienia i izolacji, poprawić samopoczucie i komunikację chorego z otoczeniem; dodatkowo terapia reminiscencyjna ma na celu wzmocnienie poczucia tożsamości chorego”.

Powołując się na wyżej wymienionych autorów można stwierdzić, że badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy mają potencjał, by konty-

nuować je w przyszłości i zgłębić temat niefarmakologicznych metod terapeutycznych oraz ich wpływu na funkcje poznawcze w otępieniu.

Podsumowanie

Celem niniejszej pracy było znalezienie związku między niefarmakologicznymi metodami terapii a procesami poznawczymi w otępieniu. W przedstawionych badaniach nie znaleziono istotnego związku między poziomem funkcjonowania procesów poznawczych a udziałem w pozafarmakologicznych oddziaływaniach terapeutycznych wśród 60 osób, 30 z nich było uczestnikami niefarmakologicznych terapii, a pozostała część grupy nie. By zweryfikować hipotezy posłużono się testem MINIMENTAL – Krótką Skalą Oceny Stanu Umysłowego (MMSE), Testem Rysowania Zegara i oceną stanu pacjenta wg Skali Barthel.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Podsumowując wyniki uzyskane w badaniach, można dojść do następujących wniosków:

- Udział w niefarmakologicznych metodach terapeutycznych nie wpływa zasadniczo na poziom funkcjonowania procesów poznawczych w otępieniu;
- Uczestniczenie w pozafarmakologicznych oddziaływaniach terapeutycznych nie wpływa na poziom samodzielności osób z otępieniem;
- Samodzielność osób z otępieniem jest większa, gdy ich procesy poznawcze są na wyższym poziomie.

Wysunięte wnioski o charakterze teoretycznym implikują potrzebę przeprowadzenia kolejnych badań o charakterze praktycznym. Jest to realizacja praktycznego celu pracy. Można zatem powiedzieć, że mimo niepotwierdzenia hipotezy o istnieniu pozytywnego związku między niefarmakologicznymi metodami terapeutycznymi a poziomem funkcjonowania procesów poznawczych w otępieniu, warto aktywizować osoby z demencją w celu podniesienia kompetencji emocjonalno-społecznych. Korzystne dla osób z otępieniem byłoby organizowanie tre-

ningów życia codziennego w celu utrzymania jak największej samodzielności osób chorych, a co za tym idzie utrzymania funkcjonowania procesów poznawczych na wyższym poziomie. Należy edukować społeczeństwo, a przede wszystkim rodziny osób chorych na chorobę otępienną w zakresie pracy i opieki nad osobą z demencją.

Uzyskane wyniki to jedynie niewielki fragment badanej rzeczywistości. Mimo że hipoteza główna nie została potwierdzona, tematyka dotycząca wpływu niefarmakologicznych metod terapeutycznych na poziom funkcjonowania procesów poznawczych zasługuje na większą uwagę. Warto byłoby przeprowadzić szersze badania, na większej liczbie osób, z uwzględnieniem większej liczby zmiennych.

Bibliografia

- Améry, J. (2018). *O starzeniu się. Bunt i rezygnacja*. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
- Anastasiadou, S., Meyer zu Reckendorf, C., Beck, H. (2022). *Fascynujący mózg*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Barcikowska, M. (2017). Choroba Alzheimerera jako najczęstsza postać choroby. (W:) M. Cybulski, N. Waszkiewicz, E. Krajewska-Kułak, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Psychogeriatrics*, 45-62. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bennet, S., Laver, K., Voigt-Radloff, S., Letts, L., Clemson, L., Graff, M., Wiseman, J., Gitlin, L. (2019). Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026308>
- Bogusławski, W., Drat-Gzubicka, J. (2011). *Przewlekłe choroby w domu*. Gdańsk: Fundacja Lubie Pomagać.
- Borzym, A. (2021). Oddziaływania niefarmakologiczne w otępieniu. (W:) T. Parnowski (red.), *Choroba Alzheimerera*, 50-61. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Brzózka, P. (2021). *Skala Barthel – od niej zależy, czy dostaniez pieniądze na opiekę długoterminową*. (From: <https://www.medme.pl/artykuly/skala-barthel-co-to-jest,88273.html> (access: 06.06.2023)).
- Długosz-Mazur, E., Bojar, I., Gustaw, K. (2013). Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 4, 458-462.
- Domagała, A., Sitek, E. (2018). Niefarmakologiczne metody terapii w chorobie Alzheimerera. (W:) A. Domagała, E. Sitek (red.), *Choroba Alzheimerera. Zaburzenia komunikacji językowej*, 228-257. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Evans, D., Lee, E. (2013). Impact of dementia on marriage: A qualitative systematic review. *Sage Journals*, 13(3), 330-349. <https://doi.org/10.1177/1471301212473882>
- Falkowski, A., Maruszewski, T., Necka, E. (2008). Psychologia. Podręcznik akademicki tom 1. (W:) J. Strelau, D. Doliński (red.), *Procesy poznawcze*, 339-510. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., Fanjiang, G. (2009). *MMSE. Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego. Przewodnik kliniczny*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Francuz, P. (2000). Mechanizm uwagi. Przegląd zagadnień w perspektywie psychologicznej i neurofizjologicznej. (W:) J. Brzeziński, S. Kowalik (red.), *O różnych sposobach uprawiania psychologii*, 44-70. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Karbowski, M.G. (2021). *W poszukiwaniu korelatów osobowości u adeptów teologii. Perspektywa noetyczna*. Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.
- Kędziora-Kornatowska, K., Polak-Szabela, A. (2019). Zaburzenia otępienne wśród osób powyżej 60 roku życia. (W:) M. Cybulski, N. Waszkiewicz, E. Krajewska-Kułak, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Psychogeriatrics*, 31-44. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Nestorowicz, J. (2021). Przebieg choroby Alzheimerera. (W:) T. Parnowski (red.), *Choroba Alzheimerera 23-32*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Necka, E., Orzechowski, J., Szymura, B., Wichary, S. (2020). *Psychologia poznawcza*. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pąchalska, M. (2014). *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pąchalska, M., Kaczmarek, B., L., J., Kropotov, J., D. (2019). *Neuropsychologia kliniczna. Od teorii do praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schindler, R.J. (2005). *Otępienie naczyniopochodne i mieszane: znaczenie wczesnego leczenia farmakologicznego*. Nowy Jork: Pfizer Inc.
- Snow, T. (2019). *Positive Approach to Care*. (From: <https://teepasnow.com/blog/gems-screening-tool-all-certs-teepasnow/> (access: 03.06.2023)).
- Sobierajewicz, J., Czaińska, M. (2019). Zaburzenie orientacji w czasie – charakterystyka i możliwości rehabilitacji u osób starszych. *Gerontologia Polska*, 27, 221-226.
- Sobów, T. (2023). Farmakoterapia zespołów otępiennych. (W:) J. Rybakowski (red.), *Psychofarmakologia kliniczna*, 575-598. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tröster, A., I., Woods, S., P. (2021). Neuropsychologiczne aspekty zaburzeń ruchowych i choroby neuronu ruchowego. (W:) C.L. Armstrong i L. Morrow (red.), *Neuropsychologia medyczna*, tom 2, 63-91. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Whatmough, C. (2021). Otępienie. (W:) C.L. Armstrong i L. Morrow (red.), *Neuropsychologia medyczna*, tom 2, 3-33. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- WHO (2008). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10*, Tom 1. Światowa Organizacja Zdrowia.
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E., M., Spector, A., E., Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-107. [10.1002/14651858.CD001120.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3)
- Wójcik-Topór, P. (2018). Gerontologopedia. (W:) W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Niefarmakologiczne metody oddziaływania na funkcje poznawcze w otępieniach*, 451-468. Gdańsk: Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Wysokiński, A., Gruszczyński, W. (2008). *Współczesne koncepcje diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne otępienia czołowo-skroniowego*. Łódź: Klinika Psychiatrii Dorosłych II Katedry Chorób Układu Nerwowego UM w Łodzi.