

失智症患者的非藥物治療 (一)



毛慧芬 助理教授 / 職能治療師

生命故事以藝術作品呈現

整理：趙靄儀 職能治療師

近來非藥物治療有被列為是首要治療的趨勢，原因在於近來學者認為失智症患者的生活功能與行為表現受到人文與物理環境的影響甚鉅，反而與神經上的病理變化無直接的關連性，換言之，因為環境的處置不當，或個案缺乏活動的參與，會使其呈現「過度失能」的情況，因此非藥物治療是針對此問題，設定的介入目標在於提供一正向、支持、刺激豐富的照護環境，以維持其最大的活動功能與參與程度，減少問題行為的出現，促進個案獲得參與有意義活動的成就與滿足感，提升個案及家屬的生活品質。

非藥物治療乃是除了控制失智症狀之藥物治療外，其他由專業人員執行之介入手法的泛稱，其涵蓋每日例行的照護實務工作，範圍非常多元而廣泛，主要內容大致包含：

(一) 營造適切的人文環境

根據國際健康功能與身心障礙分類系統的定義，人文性環境包括(1)支持與關係，(2)態度，(3)服務、制度與政策；藉由良好正向的溝通技巧與互動態度，提供其受尊重、自主、不受壓抑的感受與氣氛。調整原則為：

1. 耐心等待其完成活動，給予支持、鼓勵與包容，提供無挫敗、無壓力的感受
2. 給予適切的支持，不過度協助而剝奪其執行機會，也不因協助不足，而出現負面結果
3. 在與個案互動時可注意－
 - 強調過程而非結果，不要在意錯誤
 - 強調其可以做到的，不要過度在意其無法做到的部份
 - 調整對個案的期待

- 使用簡單的句子或提供單一步驟的指示
- 問是非題而非開放題
- 提供提示時需與個案有直接的眼神接觸
- 善用圖片、文字或肢體動作等各種提示方式

(二) 提供無障礙及支持性的物理環境

簡單具指引性、可減少混亂、支持活動執行、維護安全等，人是否能成功執行功能活動、達成任務，除與個人的能力有關，也與環境的要求或支持度息息相關，例如：空間概念不佳的人開車時，若道路環境有充分的提示，或有裝置導航系統（物理性環境），或有人在旁提供提示（人文性環境）



通道上貼指引廁所的標示

即可成功到達目的地；但能力好的人，即便沒有環境提示或輔助產品，也能成功達成。換言之，行為是由個人能力與環境的要求間互動所塑造的，針對認知功能逐漸退化的失智患者，可能漸無法用以往的方式成功執行任務；且會因為其判斷能力不佳，較一般老人更容易出現各種意外事件（如：走失、跌倒、誤食）；另也可能會因環境中各種因子而加重精神行為症狀（如：家人的過度要求與責備使患者沮喪情緒低落；家中光線的不足而導致日夜顛倒；更換照顧者、搬離習

慣住所可能會導致個案的躁動乃至攻擊行為等）。當無法有效改變失智患者的認知或疾病的進展時，環境的處置與控制是非常關鍵



電動刮鬍刀開關貼紅色提示，個案不須提示也不會按錯

的一環，調整原則包括：

1. 簡化環境：減少不必要的零亂、確保所有工具及材料在每次使用後被歸回原位
2. 提供豐富的刺激（如掛家人照片、喜愛的書籍）
3. 提供具提示作用的環境（掛日曆、步驟提示小抄）
4. 減少會使個案分心的視覺及聽覺訊息，或可能混亂擺設（如：鏡子），減少焦躁與混淆
5. 隨時可得所需用品，且依序放在可及範圍內
6. 安全防護、避免意外事故（如使電器無功用、協尋系統裝置）
7. 應用科技輔具與科技產品（如扶手、安全鎖、出門警示等）
8. 針對環境或物品做標誌或提示（如在櫥櫃及抽屜的外面都做好內容物的標籤，到廁所的箭頭指示）
9. 創造緩和舒適的環境氛氳（如不刺眼的燈光、洗澡時使用溫水、輕柔的音樂等）

(三) 各項治療活動與技巧

目前失智症照護最盛行且有較多研究的非藥物療法，包含認知治療、懷舊治療、行為治療、感官治療、音樂治療、光照治療及職能治療等。而不論何種療法，其常需透過「活動」來實現各種療法的效果，如：音樂治療透過欣賞或參與音樂活動、職能治療常藉由日常活動而達到療效，另外需特別注意的是，介入成功需第一項人文環境及第二項物理環境的配合，僅有第三項治療技術是難以達到良好效果的。以下就常用之認知治療及懷舊治療之定義、原理、應用及目前成效驗證情形。

1. 認知治療

不同於透過練習和刺激去回復認知能力的認知訓練(cognitive training)，失智症患者主要較適用認知復健(cognitive rehabilitation)，以下所探討之現實導向及記憶訓練屬於其中之一環，乃是確認個人的需求和目標、所需之策略和資訊、及如何使用記憶輔助來代償，即使用多樣介入方法以促進認知功能。

(1)現實導向治療：主要目標是要協助失智症患者重新學習掌握切身或周遭環境有關的資訊，以改善其對於周遭環境及事物的認知及處理方法，使患者進行日常生活活動時，能保持其功能於最高狀態，儘可能獨立而具信心，可為二種介入型式－

- 現實導向療程(RO sessions)：以每次約半小時至一小時的小團體之形式進行。每次課程通常會針對患者的問題提出一個認知焦點，由定向訊息的演練開始，接著針對目前環境及其延伸討論當下事件。
- 24小時現實導向：所有會和失智症患者

接觸的人員，全天性的提供定向介入，並設計安排其居住環境，使用環境中的定向訊息(例如現實導向板、路標、名牌及其他記憶輔具)增強。

系統性文獻回顧認為現實導向治療對失智症患者之認知及行為改善具有效果，但需注意若在執行治療時對病患沒有足夠的敏感度，則有可能造成病患的挫折與苦惱。



現實導向板提供時空定向訊息

(2)記憶訓練(memory training)：透過各種策略與技巧，使失智患者適應、明瞭或減輕其記憶障礙對日常生活的影響。其主要是針對穩定而特定記憶困難的情況，提供個別化改善的策略與訓練，一般包含：運用外在記憶輔助（如記事本）、教導協助記憶的技巧策略，各種促進學習成效的方法，如強調「零錯誤」學習過程，及運用失智個案較容易保存的記憶（如程序或動作記憶）以完功能所需。曾有隨機控制實驗文獻發現記憶訓練能延緩認知退化。針對外在記憶輔助

運用，在幾篇單一個案研究發現不錯成效，例如運用時鐘、日曆可增加個案的現實感。

2. 懷舊治療

英國著名失智症懷舊治療法專家Errollyn Bruce (1999) 的說法為：「懷舊是回想並分享個人人生經驗的過程」。一般老年人常自然而然的進行生命過程的回顧，尤其將近終老的長者。1960年代末期，懷舊治療開始被應用，是鼓勵有組織的回顧、討論與分享過去發生的事情與經歷，以協助個案由鮮



童玩：懷舊的歡樂主題

活的往事中找到自我，提昇自尊及自我價值感，促進生活的滿意度與社會化，以減少孤寂、憂傷與憂鬱。從心理觀點而言，生命回顧是人生重要的調適過程，以促進對生命的整合與適應；從認知理論觀點而言：失智患者長程記憶相對保存較佳，故較能憶起兒時或早期歲月的情景，而較無法記起新近發生的事。此外，就由懷舊活動或過程，患者因較感興趣而可促進參與活動的動機、語言表達等。懷舊分為「一般性懷舊」(general

reminiscence)與「生命回顧」(life review)二種治療型態：

(1)一般性懷舊大多以團體模式進行，常藉由討論特定話題（如兒時遊戲、最得意的一件事），或輔以具體過去物件（過去使用的工具）的回憶刺激，使團體成員分享經驗與想法，達到趣味、與人互動，參與活動的目的地。

(2)生命回顧通常會以一對一對方式進行，內容會包含治療性傾聽老人歷年的經歷，甚至令其痛苦悲傷的部分，製作一本生命故事，並評價其過去。

懷舊治療對於個案的認知功能及情緒（憂鬱程度）有顯著治療效益，並會延續到四到六星期的追蹤期，另一般行為功能也會在治療結束後有顯著進步；另有專家指出，懷舊治療可改善照顧者與失智者的溝通，令照顧者運用失智者仍存留的能力，特別是遠程記憶、社交互動能力以及正向反應的能力，失智者可藉懷舊重拾自我認同。

小結

非藥物治療近來備受重視，是失智症照護中不可或缺的一環，與藥物治療相輔相成。其並非直接針對失智症的神經學病因做治療，而是針對患者的生活功能與行為、情緒表現等，做到最佳的處置與調適，延緩個案的退化，減少生活與照護上的困擾，增進患者及照顧者雙方的生活品質。

非藥物治療的內容非常多元，爾後將續介紹其他療法如：行為治療、感官治療、職能治療等。

資料來源：毛慧芬（2011）。失智症的非藥物治療，載於鄧世雄、陳麗華（總策劃），失智症整合照護。台北市：華騰文化股份有限公司