

**Министерство здравоохранения Украины
Харьковский национальный медицинский
университет
Учебно-методический центр по вопросам
психообразования МЗ Украины**

**Краткое руководство для
родственников пациентов,
страдающих деменцией**



Серия литературы по психообразованию

Харьков, 2012

Учреждение разработчик: кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, учебно-методический центр по вопросам психообразования Министерства здравоохранения Украины

Серия литературы по психообразованию.

Координатор проекта – главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности психиатрия д.мед.н., профессор **Марута Наталья Александровна.**

Издание осуществлено при поддержке ООО «Санofi-Авентис Украина».

Составители: **Марута Наталья Александровна**, д.мед.н., профессор, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности психиатрия
Кожина Анна Михайловна, д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета
Коростий Владимир Иванович, д.мед.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета
Гайчук Лариса Михайловна, к.мед.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета

Рецензенты: **Пшук Наталья Григорьевна**, д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой медицинской психологии и психиатрии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Маркова Марианна Владиславовна, д.мед.н., профессор кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

Рекомендовано к печати Ученым Советом Харьковского национального медицинского университета, протокол № 9 от 20.09.2012 г.

Уход за людьми, страдающими деменцией, – непростое испытание для родственников больного.

Если Вы столкнулись с этим заболеванием, постарайтесь больше узнать о нем из литературы. Нецелесообразно получать эти сведения из пособий по психиатрии для врачей, поскольку они написаны, как правило, сложным специальным языком, который мало понятен непрофессионалам. К тому же доступные Вам книги могут быть далеко не новыми и сведения в них, как правило, устарели. Гораздо лучше прочитать книги, рассчитанные на потребителей психиатрической помощи и их родных. Начните с этого краткого руководства, прочитайте его до конца.





Что такое деменция?

Деменция - это научное название слабоумия, приобретенного человеком в результате заболевания или повреждения головного мозга.

Деменция всегда носит многосторонний характер: она проявляется сразу в нескольких психических сферах – в мышлении, памяти, внимании, речи, объединенных понятием когнитивные функции.

Деменция (слабоумие) относится к когнитивным нарушениям, хотя в своих внешних проявлениях она может быть тесно связана и с эмоциональными (депрессия, апатия), и с поведенческими (ночные пробуждения, утрата навыков гигиены) расстройствами. Другими словами, на фоне когнитивных расстройств изменяется поведение страдающего слабоумием, становится более скудной гамма испытываемых им эмоций.

Когнитивные нарушения могут иметь разную степень выраженности. В самой легкой форме (легкие когнитивные нарушения) они возникают эпизодически и не привлекают к себе особого внимания (сбой при выполнении простой арифметической операции, забытые на столе ключи и др.). В более выраженной форме (умеренные когнитивные расстройства) они могут проявляться регулярно и воспринимаются как заметное отклонение от нормы, однако не приводят к утрате человеком самостоятельности, позволяя выполнять привычные действия в быту и в профессиональной деятельности.

В отличие от легких и умеренных когнитивных расстройств, деменция – это тяжелое и часто необратимое расстройство, существенно сказывающееся на повседневной жизни человека и на его социальной активности, составляет серьезную проблему для семьи и родственников больного..

Деменция (слабоумие) обычно возникает у пожилых людей, среди лиц старше 65 лет не менее 5% страдают от различных проявлений слабоумия. Однако встречаются и случаи с ранним началом (до 65 лет), количество которых в последнее время возрастает, деменция «молодеет».

Формы деменции

Хотя деменция уже по своему определению тяжелое когнитивное расстройство, специалисты различают дементные состояния по степени тяжести. Критерием для различения выступает степень зависимости больного от ухода окружающих.

Легкая деменция – это состояние, при котором когнитивные нарушения достигают такого уровня, что приводят к ухудшению профессиональных качеств пациента, к снижению его социальной активности (повседневное общение с родными, коллегами, друзьями), к ослаблению его интереса к внешнему миру (отказ от увлечений и привычных форм проведения досуга). При легкой деменции пациент сохраняет все навыки самообслуживания, продолжает нормально ориентироваться в пределах собственного дома.

Умеренная деменция соответствует следующему этапу в деградации когнитивных функций. Человек больше не может долго оставаться один, так как теряет навыки пользования большинством современных приборов (телефоном, пультом телевизора, кухонной плитой), может испытывать трудности с открытием замков. На этой стадии пациент постоянно нуждается в подсказках со стороны окружающих, однако сохраняет навыки личной гигиены и самообслуживания.

Тяжелая деменция – это старческое слабоумие, характеризующееся полной дезадаптацией человека к окружающей среде и его постоянной зависимостью от посторонней помощи даже в самых простых действиях (одевание, прием пищи, гигиена).





Почему возникает деменция?

Деменция и связанные с ней нарушения работы мозга вызываются различными причинами.

С одной стороны, патологические (повреждающие клетки) изменения могут происходить в самом мозге. Обычно это нарушение функции нейронов в связи с образованием неблагоприятных для их работы отложений или недостаточной их питанием кровеносными сосудами. В этом случае деменция носит органический характер (первичная деменция).

С другой стороны, ухудшение работы мозга может быть следствием другого самостоятельного заболевания (инфекции, проблемы обмена веществ, злокачественные новообразования, иммунодефицит), которое своим течением затрудняет функционирование нервной системы (вторичная деменция).

К первичной деменции относится примерно 90% всех случаев слабоумия, а к вторичной – 10%. Выявление характера деменции – важная задача, так как от ее решения зависит выбор терапии. Кроме того, необходимо отличать проявления слабоумия от состояний, связанных с психическими расстройствами – например, с депрессией.

Функциональная (вторичная) деменция связана чаще всего с сердечно-сосудистыми заболеваниями, злоупотреблением алкоголем, проблемами обмена веществ (печеночная или почечная недостаточность, гипотиреоз). Вторичные деменции часто носят обратимый характер, то есть при устранении причин слабоумие может быть вылечено.





Что такое болезнь Альцгеймера?

Болезнь Альцгеймера – это заболевание, связанное с повреждением клеток головного мозга и ведущее к тяжелым расстройствам памяти, интеллекта, других когнитивных функций, а также к серьезным проблемам в эмоциональной и поведенческой сферах.

Сегодня болезнь Альцгеймера признана одной из самых распространенных причин старческого слабоумия (от 35 до 40% всех случаев). От нее страдает около четверти пожилых людей в возрасте от 85 лет и от 2 до 10% в возрасте 65-80 лет.

Болезнь Альцгеймера поражает совсем еще не старых и полных сил людей. Типичный возраст начала болезни – 65–70 лет. Обычно к этому времени достигнуты устойчивое благосостояние и положение в обществе, дети выросли и стали самостоятельными. Наконец-то можно заняться собой: переехать на дачу, начать путешествовать, вспомнить старые хобби и увлечения, до которых никак не доходили руки. Но иногда эти планы нарушаются процессами, которые в течение первых 15-20 лет протекают в организме человека незаметно. К сожалению, бывает и раннее начало болезни Альцгеймера, в возрасте от 45 лет.

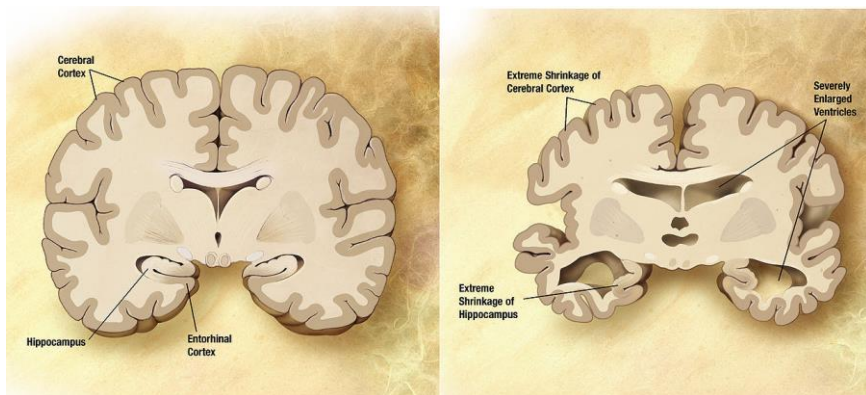
Болезнь Альцгеймера остается загадкой для ученых и медиков. Механизмы ее появления еще до конца не изучены, но большинство ученых полагает, что болезнь Альцгеймера возникает из-за изменений структуры и последующего отложения в ткани мозга амилоидного белка.

Белковые соединения формируют устойчивые образования вокруг и внутри нейронов, тем самым убивая их. Когда количество нервных клеток и связей между ними снижается критически, мозг перестает справляться со своими привычными функциями, что непременно сказывается как на поведении, так и на общем состоянии человека.



С этого момента болезнь Альцгеймера проявляется во внешних признаках. (Первым на особые образования указал немецкий ученый Алоис Альцгеймер, чьим именем и была названа болезнь.)

На рисунках показано, как атрофируется мозг, пораженный болезнью Альцгеймера:



Здоровый мозг

Больной мозг

Факторы риска болезни Альцгеймера

Считается, что болезнь Альцгеймера может передаваться по наследству в виде генов, располагающих к ее развитию. По некоторым данным, риск развития болезни Альцгеймера у близких родственников больного в 4 раза выше нормы. Ученые уже обнаружили несколько таких генов. В их числе – пресенилин-1 (14-ая хромосома), ПАБ (21-ая хромосома) и пресенилин-2 (1-ая хромосома). Список генов считается принципиально открытым, и ученые продолжают искать другие генные факторы. Кроме того, в возникновении поздней (не обязательно семейной формы) болезни Альцгеймера важную роль играет наличие белка апоЕ4, повышающее риск заболевания в 2 раза.

Некоторые исследователи указывают также, что болезнь Альцгеймера встречается чаще у женщин, чем у мужчин. Возможно, это обусловлено не большей предрасположенностью слабого пола к болезни Альцгеймера, а большей средней продолжительностью жизни женщин. (Ведь, как мы отмечали выше, с возрастом риск появления болезни Альцгеймера возрастает.)

Знание о влиянии перечисленных факторов необходимо, однако гораздо более продуктивным с точки зрения профилактики может оказаться знание о факторах, воздействие которых может быть предотвращено или ослаблено.

Множественно подтверждались при проведении клинических испытаний данные о предрасположенности к появлению болезни Альцгеймера у людей, перенесших черепно-мозговые травмы. Последние исследования американских ученых позволяют предположить, что уровень риска возникновения болезни Альцгеймера повышается также у людей, участвовавших в боевых действиях и подвергавшихся воздействию сильной звуковой волны от взрывающихся снарядов.

Все чаще появляются в специализированных журналах данные исследований, показывающих, что болезнь Альцгеймера связана с избыточным весом. Еще одним фактором считается гиподинамия. Сегодня не ставится под сомнение, что регулярные физические упражнения на свежем воздухе укрепляют клетки головного мозга.

Среди заболеваний, повышающих риск диагноза болезнь Альцгеймера, ученые называют диабет. Высокий уровень содержания сахара в крови может негативно сказываться как на сосудах, так и на нервных клетках. Отдельно может быть выделена целая группа сосудистых факторов риска. К ним относятся гипертония, атеросклероз, курение, избыток холестерина и липидов.

Факторы антириска болезни Альцгеймера

Согласно некоторым данным, болезнь Альцгеймера реже встречается у лиц с более высоким уровнем образования. Высказывается мнение, что в связи с более активной интеллектуальной деятельностью в профессиях, требующих высшего образования, у данной категории лиц начало возникновения болезни Альцгеймера задерживается примерно на пять лет, и таким образом риск возникновения этого заболевания в соответствующей возрастной группе снижается примерно в два раза.



Болезнь Альцгеймера: симптомы

1. Дебют болезни Альцгеймера протекает незаметно для больного и окружающих его людей. Типичными для начальной стадии считаются когнитивные расстройства: нарушения памяти, неустойчивость внимания, дезориентация во времени. Нередко болезнь Альцгеймера дает о себе знать изменениями характера пациента. Он становится грубым, замыкается в себе, теряет присущие ему ранее черты характера. В некоторых случаях (не более 20%) у больных наблюдаются приступы немотивированной ревности или подозрений в злонамеренности близких людей.

Все эти изменения сам больной и его близкие склонны объяснять переутомлением, депрессией, стечением обстоятельств, недоразумением. Забытые дома очки, невыключенный свет, перепады в настроении воспринимаются как «дело житейское» и с болезнью Альцгеймера не связываются. Этот период может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет в зависимости от динамики болезни. Однако игнорировать все более существенные провалы в памяти и все более значимые изменения в личности больного со временем становится невозможно. Приходит время обратиться за помощью врача, и остается только сожалеть, что это не было сделано раньше. Ведь, по мнению специалистов, лечение болезни Альцгеймера наиболее эффективно на ранней стадии.

2. На следующей стадии заболевания симптомы Альцгеймера усугубляются. Забывчивость прогрессирует: больной забывает имена близких людей, их внешность. Ему все трудней вспомнить названия привычных предметов, отчего все более ощутимыми становятся как сбои в собственной речи, так и проблемы с пониманием обращенных к нему слов или прочитанного текста.

На этом этапе болезни Альцгеймера симптомом является инертность пациента. Его реакции становятся стереотипными, шаблонными. Утрата спонтанности ведет к безразличию. Профессиональная деятельность больного может продолжаться только в тех специальностях, где требуются однотипные, годами выработанные операции.



3. Следующим этапом в развитии болезни выступает ее развернутая форма, когда проявившиеся ранее признаки достигают максимального масштаба. Больной перестает понимать обращенную к нему речь, а сам производит вместо фраз в зависимости от пораженных зон либо бессмысленные выкрики, либо поток непонятных бессвязных слов (логорея). Расстройства речевых действий проявляются как в устной, так и в письменной форме. Не лучше дело обстоит с пониманием рисунков, которые перестают восприниматься больным как единое целое. В них вычлняются только отдельные элементы, что выступает признаком пространственной агнозии – невозможности определять положение предметов в пространстве.

Все прочие симптомы Альцгеймера также становятся еще более выраженными. Больной не может назвать ни текущую дату, ни месяц, ни даже год, он забывает свой возраст, легко может потеряться в ранее хорошо знакомом ему месте, перестает узнавать знакомых и близких людей. На этой стадии нередко происходит «сдвиг в прошлое»: больной начинает считать себя ребенком или подростком.

Уход за больным серьезно усложняется, поскольку он утрачивает элементарные навыки пользования бытовыми приборами, не в состоянии следить за собой, придерживаться элементарных правил гигиены. Распаду подвержены даже такие навыки человека, как стояние, сидение, ходьба. При этом могут развиваться прожорливость и гиперсексуальность.

Все эти безрадостные изменения нередко сопровождаются заметными сдвигами в эмоциональном статусе. Типичная для пациентов с болезнью Альцгеймера апатия временами может сменяться раздражительностью.

4. Конечная стадия заболевания – глубокое общее слабоумие, потеря всех приобретенных навыков и сохранение лишь базовых рефлексов (дыхательного, жевательного, глотательного), поддерживающих жизнь организма.





Какие еще бывают формы деменции?

Деменция с тельцами Леви (ДТЛ) – дегенеративное заболевание нервной системы, при котором в головном мозге обнаруживаются специфические внутрицитоплазматические (внутриклеточные) включения.

Деменция лобного типа (болезнь Пика) Характеризуется сравнительно ранним началом (с 50 лет) и нередко имеет семейный анамнез.

Типичными проявлениями болезни Пика выступают апатия, бездеятельность, вялости, низкая эмоциональность больного, обеднение его речевой и двигательной активности, отсутствия спонтанности (инертность, безынициативность). Наряду с этим может наблюдаться усиление примитивных форм активности в виде обжорства, чрезмерной тяги к курению, алкоголю, сексу. В отличие от болезни Альцгеймера болезнь Пика (деменция лобного типа) в гораздо меньшей степени затрагивает работу памяти. Через несколько лет после начала заболевания больной теряет навыки социальной жизни.



Сосудистая деменция – это тяжелое нарушение когнитивных способностей человека, вызванное проблемами кровообращения в головном мозге.

Поскольку причина сосудистой деменции – нарушения кровообращения в головном мозге, и нарушения эти – а также связанные с ними инфаркты (гибель клеток) – могут происходить в различных участках мозга, симптомы деменции сосудистого типа могут существенно варьироваться в каждом отдельно взятом случае. Деменция, вызванная поражением среднего мозга вначале проявляется эпизодами спутанности сознания, галлюцинациями. Затем человек теряет интерес к различным сторонам повседневной жизни, замыкается в себе, перестает заботиться о своем внешнем виде, пренебрегает личной гигиеной. Его психофизическое состояние обычно характеризуется повышенной сонливостью. В некоторых случаях заметно страдает речь. Симптомы деменции, вызванной поражением гиппокампа, проявляются в первую очередь проблемами памяти на текущие события (отдаленные воспоминания могут сохраняться). Инфаркт лобных долей приводит к общей апатии больного. Пациент ведет себя неадекватно, не осознавая этого. Многократно повторяет либо собственные слова и действия, либо слова и действия окружающих. При поражении зоны стыка затылочной, теменной и височной долей – нарушение нормального восприятия пространственных отношений, нарушение счета, проблемы с пониманием речи. При локализации нарушений в подкорковых зонах страдает произвольная деятельность: больному сложно заставить себя сконцентрироваться на одном объекте или поддерживать долгое время одну и ту же деятельность; возникают проблемы с планированием деятельности, многие дела остаются незавершенными. Еще один симптом – нарушение навыков анализа информации, отделения главного от второстепенного.

Сосудистая деменция проявляется не только в когнитивной, но и в эмоциональной сфере. Общее снижение фона настроения, эмоциональная неустойчивость, депрессия – все это симптомы сосудистого генеза. У больного снижается самооценка, утрачивается уверенность в себе, преобладают пессимистические прогнозы.





Как лечить деменцию?

В связи с тем, что старческое слабоумие может вызываться целым комплексом симптомов, самолечение категорически исключается!

Лечение слабоумия должно предваряться системным обследованием у специалиста. Только специалист после разноплановых диагностических мероприятий может установить, какими нарушениями были вызваны проблемы памяти и другие проблемы. И лишь затем принять решение о назначении терапии.

Лечение болезни деменции направлено: на остановку (замедление) гибели нервных клеток и на снижение выраженности связанных с этим процессом симптомов.

Сегодня к признанным методам лечения относят:

➤ лекарственную терапию – использование препаратов, улучшающих связи между нейронами (мемантин, ингибиторы ацетилхолинэстеразы), а также обеспечивающих нормальную циркуляцию крови в головном мозге и нормальное течение обменных процессов; **нейропротекторы (цитиколин, церебролизин) и средства, улучшающие метаболизм мозговой ткани (актовегин, сермион).**

- контроль артериального давления;
- умеренные умственные и физические нагрузки (на ранних этапах);
- рацион, богатый природными антиоксидантами;
- антидепрессанты и нейролептики (при поведенческих расстройствах).





НЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЙТЕ ЛЕКАРСТВАМИ!

НЕ ПРИНИМАЙТЕ ЛЕКАРСТВА БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА!

Ни в коем случае информацию о лекарствах не стоит воспринимать как руководство по самолечению. Прием лекарств без предписания врача опасен. Лекарства, которые хорошо подходят при деменции одного типа, могут оказаться губительными для больных с деменцией другого типа. Обнаружить нюансы и назначить медикаментозную терапию с их учетом может только опытный врач.

Средства для лечения деменции: сегодня для уменьшения выраженности основных симптомов при деменции используются препараты, улучшающие передачу сигналов между нейронами через синапсы и предохраняющие нейроны от гибели: ингибиторы ацетилхолинэстеразы и антагонисты глутаматных NMDA-рецепторов.

В Украине, как и в мире, в настоящее время для лечения основных типов деменции наиболее распространен антиглутаматный препарат мемантин. В основе его защищающего действия лежит уменьшение негативного действия глутамата на ацетилхолинэргические нейроны. Препарат, как правило, хорошо переносится. В редких случаях в качестве побочных эффектов отмечаются возбуждение и нарушение сна, что делает нежелательным прием препарата после 16 часов.

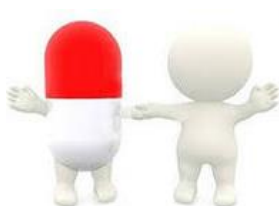
Также в Украине зарегистрировано три ингибитора ацетилхолинэстеразы: донепезил, ривастигмин, галантамин. В начале курса ингибиторы ацетилхолинэстеразы вызывают у 10-15% больных побочные эффекты в виде головокружения, тошноты, рвоты, диареи. Впрочем, они не представляют угрозу здоровью пациента и проходят при уменьшении дозы.

Все перечисленные препараты обеспечивают снижение выраженности основных когнитивных (проблемы памяти, речи, внимания) и поведенческих нарушений (возбуждение, агрессивность).

Поскольку от приобретенной деменции страдают преимущественно пожилые люди с различными (нередко многочисленными) заболеваниями жизненно важных органов, это может создавать

существенные ограничения на выбор того или иного препарата для антидеменциальной лекарственной терапии. Как следствие, ключевую роль играет не только эффективность лекарства в стабилизации работы памяти и других когнитивных (например, коммуникативной) и поведенческих функций, но и его переносимость пациентом, страдающим серьезными хроническими заболеваниями. Ниже мы приводим сводную таблицу существенных ограничений и противопоказаний, связанных с применением наиболее распространенных лекарственных средств борьбы с деменцией.

	Мемантин	Донепезил	Ривастигмин	Галантамин
Эпилепсия	противопоказан	ограничения	ограничения	ограничения
Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания	без ограничений	ограничения	ограничения	ограничения
Аритмия	без ограничений	ограничения	ограничения	ограничения
Заболевания легких	без ограничений	ограничения	ограничения	ограничения
Тяжелые нарушения функции печени	без ограничений	противопоказан	противопоказан	противопоказан
Нарушения функции почек	ограничения	ограничения	ограничения	противопоказан
Нарушения функции печени	без ограничений	без ограничений	ограничения	противопоказан



Сосудистые средства: так как у всех пациентов с деменцией наблюдаются и нарушения, связанные с сосудистыми заболеваниями (атеросклерозом, артериальной гипертензией), то практически всем назначают соответствующее лечение (средства, нормализующие уровень липидов, артериальное давление).

На ранних стадиях болезни могут быть эффективны **нейропротекторы** (цитиколин, церебролизин) и **средства, улучшающие метаболизм мозговой ткани** (актовегин, сермион).

Для лечения сопутствующих психических нарушений используют различные **психотропные препараты**.

Нейролептики, или антипсихотические препараты: изначально были разработаны для людей, страдающих шизофренией, однако они нашли свое применение в коррекции поведенческих расстройств у дементных больных. Сегодня производится несколько сотен препаратов антипсихотического действия: производные фенотиазина, тиоксантена, бутирофенона и др. Они используются для снятия беспокойства и агрессивного поведения.

Позитивное действие нейролептиков, выражающееся в снижении беспокойства и агрессивности, имеет свою цену – снижение мобильности больного. У больного может появляться головокружение, неустойчивость (падения), ряд симптомов паркинсонизма (избыточный тонус в конечностях и замедленность реакций).

Антидепрессанты: помогают повысить настроение, аппетит, продолжительность сна, снимают эмоциональное напряжение, тревогу, апатию.

Терапия антидепрессантами обычно продолжается не менее шести месяцев. Эффективность обеспечивается регулярностью приема и соблюдением дозировки. Не следует ожидать немедленного эффекта. Лекарство начинает действовать через 4-6 недель после начала приема; затем эффективность нарастает, достигая максимума через 2-3 месяца.



Снотворные средства:

Расстройство сна и ночное блуждание – тяжелое испытание не только для окружающих, но и для самого больного. Проблемы сна могут вызываться различными причинами и их комбинациями.

Таким образом, было бы ошибкой ожидать, что больной будет спать ночью столько же, сколько спите вы. Поэтому **не стоит злоупотреблять медикаментозной коррекцией сна. Она допустима только в крайних случаях – например, когда опекун должен спокойно выспаться перед важным мероприятием или при необходимости обеспечить крепкий сон больного на всю ночь.**

Прибегая к помощи снотворных средств, выбирайте лекарства последнего поколения (производные циклопирролонов или производные имидазопиридинов). Они обеспечивают близкое к естественному качество сна, отсутствие привыкания и минимальные побочные эффекты. Также не следует забывать об альтернативных способах улучшения сна (ароматерапии, электросне, активном образе жизни...).





При проведении медикаментозной терапии:

- ✓ Строго придерживайтесь рекомендаций специалиста и инструкции. Нейролептики и антидепрессанты относятся к тем лекарствам, эффективность которых проявляется лишь при регулярном приеме. Эпизодический прием на фоне обострений неэффективен.
- ✓ Обязательно помогайте больному следить за регулярным и своевременным приемом лекарств. Важно также убедиться в том, что лекарство принимается в правильных дозах.
- ✓ Не следует ожидать сиюминутного результата. Для некоторых лекарств положительный эффект возникает лишь спустя несколько дней или даже недель.
- ✓ У всех лекарств есть побочные эффекты. Некоторые из них со временем проходят по мере привыкания организма к новому средству. Если вред от побочных эффектов явно превосходит положительное действие, обратитесь к врачу. Многие лекарства могут быть заменены аналогом.
- ✓ Некоторые лекарства плохо сочетаются между собой. Сообщайте врачу, какие лекарства принимает больной, чтобы избежать нежелательного сочетанного эффекта. Обращайте внимание на соответствующие параграфы в инструкции.
- ✓ Не следует полагать, что лекарство, которое помогло однажды, остается эффективным постоянно. Деменция связана с изменениями в структуре и функционировании мозга, одно и то же лекарство может действовать по-разному на разных этапах.
- ✓ Назначенное лечение нуждается в регулярной коррекции. Лекарства, связанные с коррекцией поведения не следует выписывать более чем на 3 месяца. Затем необходимо попробовать приостановить прием и посмотреть на результат.
- ✓ Помните, что многие лекарства, используемые для коррекции эмоционального фона, поведенческих и психиатрических симптомов опасны для жизни, если принимать их в больших количествах. Поэтому их необходимо хранить с особой тщательностью.



Советы по уходу за больным с деменцией

Важнейшая задача ухода за больным – поддержание его самостоятельности в повседневной жизни, сохранение тех навыков, которые помогут ему справляться с типичными бытовыми ситуациями. Это важно не столько прагматически (поддержание этих навыков не освободит вас от помощи больному), сколько эмоционально. Вы предупреждаете таким образом ситуации, в которых больной может ощутить беспомощность, ущемляющую достоинство.

Лучший способ не терять бытовые навыки – продолжать активно заниматься повседневными делами. Вот только собственная мотивация к выполнению этих дел (уборки помещения, гигиенических процедур и т.п.) при развитии заболевания у вашего близкого постепенно снижается. А потому напоминать ему о необходимости выполнения определенных действий придется вам. Конечно, проще сделать все самому, чем каждый раз напоминать и поддерживать в выполнении простых действий, оказывая при этом соразмерную помощь. Однако в перспективе такие действия могут позволить сохранить у больного не только необходимые навыки, но и уверенность в своих силах.

Главный девиз – НЕ ВМЕСТО, А ВМЕСТЕ.



На что обратить внимание?

- ✓ Помните, что основа успеха – в реалистичной оценке возможностей больного. Поэтому очень важно внимательно следить за происходящими с ним изменениями и предлагать выполнимые задачи. Поручить больному заведомо невыполнимое дело – нанести лишний удар по его психике, травмировать его, подорвав веру в собственные силы.
- ✓ Выпадение когнитивных функций и связанных с ними бытовых навыков может происходить с разной скоростью. Поэтому встает проблема выбора приоритетных направлений помощи. В этой ситуации лучше сосредоточиться на поддержании тех функций, которые еще сохраняются, чем на восстановлении того, что уже в значительной степени утрачено. Впрочем, в поведении человека есть определенная взаимозависимость между отдельными операциями, и поддержание одних навыков может благоприятно сказываться на других.
- ✓ Деменция часто проявляется существенным снижением способности концентрироваться. Выбирайте действия, не требующие продолжительного приложения усилий. Устраивайте регулярные перерывы на отдых.
- ✓ Добиваясь выполнения больным определенного действия, в случае затруднения попробуйте алгоритмизировать его, разбить на части. (Например, одежду можно класть в том порядке, в котором ее надевают). И даже если больной не может выполнить все шаги, оставьте ему возможность получить удовлетворение от тех, которые ему доступны. Особенно важно, чтобы самостоятельно была выполнена завершающая операция. Тогда ощущение, что работа выполнена самостоятельно, будет сильнее.



- ✓ Другой способ довести дело до конца – дать своевременную подсказку. Если больной не может вспомнить, что делать дальше, необязательно сразу подключаться самому. Попробуйте просто объяснить на словах. Однако при этом важно соблюсти меру, чтобы у вашего близкого не возникало впечатления, что вы постоянно за ним следите и оцениваете его действия. Не забывайте, что с развитием болезни пациент может стать более восприимчивым к интонации, с которой произнесена фраза, чем к самим словам. Избегайте говорить с раздражением или с другой отрицательной эмоцией.
- ✓ На поздних стадиях заболевания следует предпочесть словам жесты. Вместо объяснения продемонстрируйте, как следует действовать дальше. Просто направьте действие в нужное русло. Голос в этом случае нужен больше для эмоциональной поддержки доброжелательной интонацией.
- ✓ Важную роль играет эмоциональное состояние. Не скупитесь на слова поддержки. Хвалите за каждое удачное действие. А неудачу всегда можно обратить в шутку. Если же вы чувствуете, что раздражение неудачными или слишком медленными действиями больного сдерживать все трудней, дайте себе и ему время побыть одному.
- ✓ Один из важных источников внутреннего комфорта для человека – это осознание собственной востребованности. Поощряя участие больного в домашних делах, мы позволяем ему почувствовать, что он нужен и нужны его повседневные навыки: он может протирать пыль, складывать вещи, накрывать на стол и убирать со стола. Здесь в первую очередь стоит поддерживать навыки, связанные с любимыми занятиями, интересами и увлечениями больного. Если больному нравилось готовить, имеет смысл привлечь его к участию в готовке ужина.
- ✓ Не упускайте случая взять больного в поход за покупками. Это прекрасный повод для прогулки.



Главное – не оставлять больного без внимания, предлагать ему различные формы активности, которые позволят поддерживать основные бытовые навыки.

При этом, давая поручения по дому, не забывайте, что их цель переменялась. Теперь важен не столько сиюминутный результат (вытертая пыль, убранная постель), сколько сам факт выполнения действий и эмоциональный комфорт больного, связанный с их выполнением и с ощущением своей востребованности.

С развитием деменции количество занятий, в которые может быть вовлечен больной, сокращается, однако всегда можно подобрать вид деятельности, который доставит ему удовольствие, позволит дольше сохранить социальные навыки и физическую форму.

Как найти подходящее занятие?

Прежде всего поговорите с больным, узнайте, чем он хотел бы заняться. Если вы полагаете, что он переоценивает свои возможности, то подумайте, как можно упростить выполняемые действия, чтобы дать ему возможность заниматься этим делом.

Среди занятий, которые можно предложить больному, в первую очередь следует отметить физические упражнения. Они помогают снизить уровень адреналина, вырабатываемого под воздействием стресса и страха, и повышают уровень эндорфина, связанного с ощущением удовольствия. Физические упражнения обеспечивают хороший аппетит, повышают общий тонус и положительно влияют на сон. Среди физических упражнений отметим прогулки (хороши для этого не только прогулки по парку, но и обычные походы в магазин, на почту или в аптеку). Успокаивающее воздействие оказывают походы в бассейн.



Воспоминания о прошлом – интересное и полезное занятие. Больной теряет способность запоминать новую информацию, однако нередко он сохраняет воспоминания об отдаленных событиях. Если больной охотно предается воспоминаниям:

- ✓ Вспоминайте вместе былые времена за просмотром старого семейного альбома, или старой книги с картинками, или прослушивая старые песни. • Соберите вещи, которые могут вызывать у больного воспоминания. Физический контакт с предметом, который связан с отдаленным прошлым, может быть более плодотворным, чем разглядывание фото.
- ✓ Хорошим импульсом для воспоминаний может оказаться поход/поездка к любимым местам. • При деменции разрушаются в первую очередь зоны головного мозга, которые отвечают за рациональное мышление, но эмоциональное переживание еще долгое время остается незатронутым. Это нужно учитывать.
- ✓ Избегайте задавать вопросы, требующие точного ответа относительно деталей. Они могут поставить человека в тупик. Не следует превращать воспоминания в допрос. Главное – чтобы человек получил от этого удовольствие.

Занятия, практикуемые на ранних стадиях деменции

- ✓ На ранних стадиях деменции целесообразно стремиться к сохранению привычных занятий. Не следует препятствовать выполнению больным привычных бытовых дел, даже если у него не получается так же хорошо, как прежде. Помыв посуду или выполнив другую работу по дому, больной получает возможность почувствовать, что он нужен окружающим и продолжает приносить пользу.
- ✓ Желательно поддерживать в больном его увлечения и хобби. На этой стадии такие функции, как чтение или игра на музыкальном инструменте, остаются незатронутыми. (Даже на довольно продвинутой стадии заболевания больной может получать удовольствие от пения, музицирования, танцев). Зато может снижаться мотивация, поэтому книги, настольные игры, предметы для вязания, кроссворды, паззлы и другие предметы, необходимые для организации досуга, должны постоянно быть на виду, как бы приглашая к занятиям.



- ✓ Радио в большей степени подходит пациенту, чем телевидение. Это связано с появляющимися сложностями в разделении повседневной и телевизионной реальностей. Реакция на просмотренные передачи может быть не совсем адекватной и приводить к психологическим проблемам. Другая проблема – спутанность, вызываемая большим количеством звуков, доносящихся из разных частей квартиры, радио, телевизора, компьютера. Иногда избежать спутанности позволяют наушники. Для просмотра лучше выбирать короткие передачи. Больному сложно следить за длинными программами с единым сценарием (например, сериалами).
- ✓ Одной из форм проведения досуга должно стать общение, так как оно влияет на поддержание всех функций. Чем дольше больной включен в социальное взаимодействие, тем проще ему поддерживать свои способности. Игра в карты, лото, домино, другие коллективные игры, уход за садом, приготовление пищи. Нужно лишь выбрать, к чему он больше расположен. Следует также предлагать больному выполнять простую повседневную работу по дому: заправлять постель, мыть посуду, убирать со стола. Разумеется, результат может быть не самым хорошим, но не это главное. Кстати, больной может неожиданно проявить интерес к видам работы, которые прежде его не интересовали. Поэтому следует попробовать самые разные варианты.
- ✓ Не стоит недооценивать возможности общения больного с приглашенными людьми (членами семьи, друзьями, социальными работниками). Ухаживать за больным в одиночку – это крайне тяжелое, забирающее очень много сил бремя. Постоянное общение с один и тем же человеком без возможности общаться с другими – это сложно психологически. Особенно для больного, так как у опекуна все же больше возможностей разнообразить общение.
- ✓ Кстати, если больной отказывается участвовать в той или иной деятельности, не следует сразу сдаваться. Нередко первое «нет» – лишь самая простая реакция, и настойчивость может привести к положительному результату. Хотя, конечно, настойчивость не стоит превращать заботу в принуждение.



Занятия для поздних стадий заболевания

- ✓ На этих стадиях больной еще способен выполнять некоторые виды работы по дому, хотя все больше погружается в саму деятельность, забывая о цели. Не стоит пытаться переориентировать больного на целенаправленные действия или настаивать на их регулярности. Лучше дать ему возможность наслаждаться этими все более редкими моментами самостоятельной деятельности. Подойдут простые повторяющиеся действия (вытирание пыли, поливка растений).
- ✓ Отдавайте предпочтение таким видам деятельности, которые не предполагают долгих непрерывных занятий. У больного разрушается способность концентрировать свое внимание на одном предмете продолжительное время и он не сможет справиться с такой задачей.
- ✓ На продвинутом этапе деменция затрагивает мотивационную сферу, приводя к общей апатии. Поэтому больной нуждается во внешнем импульсе, и самое трудное здесь – найти баланс между оказываемой помощью и предоставлением некоторой свободы действий.

Занятия для самых поздних стадий заболевания

На поздних стадиях исчезает рациональное мышление, выпадает речь. Остаются лишь самые простые ощущения: вкус, осязание, обоняние. На этом этапе самым важным (впрочем – единственным) аспектом коммуникации с близкими становится непосредственный контакт: прикосновение, объятие, массаж. Известно, что нередко больные даже на поздних стадиях остаются восприимчивыми к чтению вслух или к наблюдению за рыбками в аквариуме.





Советы по общению

- ✓ Когда больной показывает, что хочет что-то сообщить вам, поддержите его и постарайтесь ему помочь по мере возможности.
- ✓ Если он не может найти нужное слово, задайте наводящий вопрос или попробуйте подсказать это слово, опираясь на контекст.
- ✓ Если больному не удастся завершить начатую фразу, предложите возможные продолжения, дав возможность выбрать то, которое он имел в виду.
- ✓ Для лучшего понимания обращенной к вам речи, если она представляется сбивчивой и малопонятной, максимально привлекайте знания о нем, о его привычках и предпочтениях, связывая их с ситуацией общения. Это поможет достроить недостающие для понимания фрагменты.
- ✓ Следите за реакцией больного, чтобы убедиться в правильности догадки.
- ✓ Иногда достаточно просто выслушать человека, даже не до конца понимая смысла его слов. Просто терпеливо выслушайте, дав ему выговориться и показав, что вам не безразличны его слова.

Как говорить самому

- ✓ Для начала настройтесь на позитивную волну. Поскольку понимание слов ослабевает у больного раньше, чем восприятие эмоции, ваша манера общаться для него выразительнее любых слов. Задайте положительный настрой в общении, говорите мягко и предупредительно.
- ✓ Помните, что инициатива в разговоре должна принадлежать вам. По мере развития заболевания больной все реже будет начинать беседу самостоятельно.
- ✓ Убедитесь, что вам удалось привлечь внимание больного к вашим словам. Чтобы завладеть вниманием, можно использовать физический контакт (прикосновение) или установить контакт глазами.

Например, если больной сидит, присядьте тоже для установления зрительного контакта.

- ✓ Ограничьте воздействие факторов, отвлекающих внимание, и посторонних шумов: выключите радио и телевизор, задерните шторы или прикройте дверь.
- ✓ Говорить нужно медленно и плавно. Избегайте резкого повышения тона. Забывая значения слов, но сохраняя способность к эмоциональному переживанию, больной в первую очередь будет реагировать на вашу интонацию.
- ✓ Ваши фразы, обращенные к больному, должны быть короткими и простыми.
- ✓ Поскольку больному нужно больше времени, чтобы понять ваши слова, чаще делайте паузы. Слыша слишком быструю речь, больной скоро оставит попытки понять собеседника.
- ✓ Избегайте прямых вопросов. Если больному не удастся найти ответ (а такая вероятность повышается с развитием заболевания), он легко раздражается и становится агрессивным. Попробуйте наводить справки через утверждения, косвенно.
- ✓ Формулируйте вопрос так, чтобы на него можно было ответить односложно (да/нет/не знаю).
- ✓ Если больной не понимает вас даже после повтора фразы, сформулируйте ту же мысль иначе.
- ✓ Воспоминания о прошлом даются больному проще, чем память на текущие события. Говорите об отдаленном прошлом. Это действует на больного успокаивающе.
- ✓ Не забывайте относиться к происходящему с юмором, направляя его не на личность больного, а на ситуации. У больных деменцией обычно сохраняются социальные навыки, и они будут рады посмеяться вместе с вами.
- ✓ Даже если больной перестал реагировать на ваши фразы и понимать их, не стоит говорить в его присутствии о нем в третьем лице.
- ✓ Кроме расстройства высших когнитивных функций, фактором, снижающим качество общения, выступает ухудшение зрения и слуха, поэтому не забывайте регулярно проверять их и заказывать очки или менять слуховой аппарат.



Гигиена

Люди, страдающие от деменции, постепенно утрачивают навыки личной гигиены и саму потребность в использовании этих навыков. Чистка зубов, пользование туалетом, прием ванны/душа и регулярная смена одежды становятся для них бессмысленными действиями. Поэтому задача близких – напоминать о необходимости ухода за собой и создавать условия для проведения гигиенических процедур.

Важнейшее правило помощи больному – соблюдение такта. Для каждого с детства гигиена – интимная часть личной жизни. Вмешательство в эту сферу другого человека (пусть даже с намерением помочь) вызывает понятное чувство стыда, испуга, унижения. Одним словом – травмирует больного. Это общее правило осложняется у больных с тяжелыми когнитивными нарушениями рядом специфических моментов: боязнью глубины воды, набранной в ванну; страхом перед падающей сверху водой; забыванием привычных действий, связанных с умыванием. В результате гигиенические процедуры превращаются в непростое испытание для больного и для его опекунов.

✓ Уточните предпочтения больного, если есть такая возможность, или вспомните, что он принимал, пока был здоров, – душ или ванну? Предпочитал мыться утром или вечером? Был ли у него любимый гель для душа, мыло, другие предметы гигиены, которыми он часто пользовался. Одним словом, стремитесь сделать процедуру максимально привычной и приятной. Если больной положительно реагирует на прием гостей или поездки в гости, приурочьте водные процедуры к этому событию. Помогая больному, беседуйте с ним, комментируйте свои действия, подчеркивая их важность. Если особенно тяжело дается мытье головы, сделайте это отдельной, независимой процедурой.

- ✓ Больной может отказываться садиться в наполненную ванну из-за страха перед глубиной. Решением проблемы станет покупка специального сиденья для ванной.
- ✓ Больной может отказываться от душа из-за страха перед падающей сверху водой. Поэтому, если возникли проблемы, можно попробовать снять зафиксированный сверху душ и направить струю в ином направлении. Больной, боясь струи, падающей сверху, может спокойно относиться к душу, который в руках у помогающего ему опекуна.
- ✓ Стесняться обнажения – естественно для многих из нас. Поэтому больной может избегать гигиенических процедур из-за необходимости раздеваться при посторонних. Чтобы решить эту проблему, можно использовать некоторые хитрости:
 - предложить больному мыться в наполненной ванне вместо сидения/стояния голым под струей душа.
 - поочередно обнажать отдельные участки тела для мытья, прикрывая их и затем открывая новые.
 - оставьте при необходимости нижнее белье.
 - позвольте больному все делать самому (в меру его способностей).
 - в ходе водных процедур растяните перед ним полотенце, некоторым пациентам такая «ширма» представляется достаточным средством защиты от посторонних глаз.
 - держите наготове полотенца или халат, пока он выбирается из ванной.



Безопасность больного во время гигиенических процедур – важный приоритет

- ✓ Позаботьтесь о средствах безопасности в ванной комнате: нескользящих ковриках, сидении для ванной/душа. Если больному все трудней забираться в ванну, вы можете установить поручни. Это позволит увеличить самостоятельность больного, что особенно важно в тех случаях, когда он стесняется постороннего присутствия. Такие же поручни могут быть установлены рядом с унитазом, чтобы помочь больному садиться и вставать.
- ✓ Никогда не оставляйте больного деменцией одного в ванной или душе. Держите все банные принадлежности под рукой, чтобы не пришлось за ними выходить.
- ✓ Если готовите ванну, сначала налейте в нее воды и позвольте подопечному убедиться, что температура воды комфортна для него. Помните, что пожилые люди более восприимчивы к холоду и теплу, чем молодые.
- ✓ Позаботьтесь о хорошем освещении в ванной.
- ✓ Уберите замки с двери ванной комнаты или замените их на те, которые можно без труда открыть извне. В противном случае дементный больной, случайно закрывшись в ванной, не сможет отыскать дверь и впадет в панику.
- ✓ После ванной вытирайте больного насухо, особенно кожные складки, чтобы предупредить раздражение кожи и некоторые болезни. Кстати, пока больной раздет, осмотрите ненавязчиво, но внимательно его кожу. Убедитесь, что на ней не появились изменения разного рода: от пятен до уплотнений.



✓ Если больной не желает мыться, нет смысла повышать тон и жестко настаивать. Если вы встречаете категорический отказ, попытайтесь вернуться к этому вопросу позже, когда настроение больного изменится. Больной, который категорически отказывался мыться с утра, может помыться вечером по собственной инициативе. А вот конфронтация только усложнит дело и ухудшит его отношения к водным процедурам.

✓ Больному водные процедуры необходимы не только для того, чтобы приятно пахнуть и выглядеть ухоженным, но и для предупреждения целого ряда заболеваний, в частности инфекционных. Поэтому нет необходимости добиваться, чтобы больной мылся так же часто, как вы. Однако при этом должен быть установлен тот минимум, за выполнением которого нужно внимательно следить. Примерный список может выглядеть так:

- ✓ Мытье рук перед едой и после туалета.
- ✓ Ежедневное мытье промежности для предупреждения инфекции.
- ✓ Ежедневное умывание для поддержания чистой кожи лица.
- ✓ Полная помывка (ванна или душ) не менее двух раз в неделю.
- ✓ Чистка зубов два раза в день.

Если обычные процедуры затруднены, альтернативой может стать обтирание полотенцем. У тяжелобольных, прикованных к постели пациентов практикуется кроватная ванна: намыливание происходит в кровати, ополаскивание – в тазу, после чего больной вытирается полотенцем. Известна также полотенечная ванна с использованием большого полотенца и небольших влажных салфеток (полотенец), которые замачиваются в емкости с теплой водой с мылом, не требующим смывания. Большое полотенце используют, чтобы накрыть пациента во время процедуры, в то время как маленькими влажными полотенцами растирают тело.





Недержание мочи

Среди дементных больных недержание мочи распространено довольно широко. Оно серьезно травмирует психологически самих больных и огорчает их близких.

К счастью, во многих случаях с недержанием можно бороться. Главным образом речь пойдет о недержании мочи, которое встречается гораздо чаще, чем недержание кала.

Причины недержания

Деменция далеко не всегда связана с недержанием, но существует ряд причин, по которым оно все же развивается у многих пациентов. Мы условно разделим эти причины на физиологические и психологические. К физиологическим относятся:

- ✓ инфекции мочевыводящих путей – они хорошо вылечиваются соответствующими медикаментами;
- ✓ проблемы предстательной железы – они касаются только мужчин и могут в некоторых случаях решаться при помощи хирургического вмешательства;
- ✓ побочный результат приема некоторых лекарственных средств – решается заменой этого средства на другое или изменением его дозировки;
- ✓ запоры, которые приводят к давлению на мочевой пузырь, – при запорах рекомендуется изменение диеты: включение еды, богатой клетчаткой, прием большего количества жидкости; также предупреждению запоров способствует поддержание физической активности.

Из психологических могут быть отмечены:

- ✓ проблемы с самоконтролем – больной забывает, что нужно ходить в туалет.
- ✓ проблемы с памятью – больной не может вспомнить, где находится туалет или как им пользоваться.

Реакция больного на появление проблемы недержания может различаться в зависимости от разных факторов (типа личности, тяжести заболевания...). Одни пациенты тяжело переживают по этому поводу, другие принимают достаточно легко. Распространенные реакции могут быть такими:

- ✓ Попытки скрыть проблему – если больной испытывает чувство стыда за неспособность себя контролировать: он может попытаться самостоятельно переодеться и прятать намоченную одежду или выбрасывать по частям кал.
- ✓ Использование для туалета неподходящих мест – к типичным случаям относится использование мусорного ведра, корзины для бумаг, других емкостей, принимаемых больным за унитаз.

Как поступать в таких случаях?

- ✓ Главное – правильное отношение близких больного к этой общей для них проблеме. Необходимо понимать, что происходящее – не вина человека, а его беда. Потеря контроля над естественными потребностями лишает пациента возможности ими управлять, а потому осуждать его в любой форме просто бессмысленно.
- ✓ Необходимо принимать ситуацию такой, какая она есть. Не стремиться скрывать ее. Напротив, нужно сразу обратиться за помощью.
- ✓ Не делать из происходящего трагедии. Эти проблемы – источник дополнительных хлопот, но не больше. Поэтому доброе слово и даже небольшая доля юмора помогают здесь больше, чем открытое выражение недовольства.



- ✓ Сразу сказать себе, что больной ничего не может с этим поделать, а потому никакой вины на нем нет.
- ✓ Постараться как можно раньше преодолеть в себе безразличность.
- ✓ Контролировать возникающее раздражение и не проявлять недовольство в рекой форме, так как это не может положительно повлиять на поведение больного.

Как предупреждать случаи недержания?

Первое, что необходимо предпринять, – это проверить, в состоянии ли больной добраться до туалета. Не исключено, что он осознает потребность облегчиться в туалете, но просто не помнит, как это сделать или как найти туалет. В этом могут помочь следующие идеи:

- ✓ Убедитесь, что больной знает, где туалет. Если на туалетной двери нет никакого опознавательного знака, то желательно его прикрепить. Он будет дополнительным напоминанием для больного. Если вы решили прикрепить знак, то лучше выбрать рисунок, а не надпись. Рисунок будет более узнаваем, чем слово. При выборе места для знака следует руководствоваться не эстетическими соображениями, а уровнем глаз больного, что позволит знаку естественно оказываться в поле его зрения. Наконец, следует убедиться, что знак достаточно светлый и четкий.
- ✓ Убедитесь, что на пути к туалету у больного нет никаких препятствий: например, трудно открываемых дверей.
- ✓ Лучше оставлять дверь в туалет открытой, чтобы было видно, что он открыт и свободен.
- ✓ В совмещенном санузле следует проверить расположение зеркал. Если больной отражается в зеркале, стоя у унитаза, он может ошибочно принять отражение за постороннего человека.
- ✓ Убедитесь, что сантехника в туалете работает просто и удобно.



- ✓ Возможно, имеет смысл поменять цвет сиденья на унитазе, сменив его с белого на контрастный. Дементные больные могут испытывать проблемы с ориентацией, если в туалете и ванной все предметы одного или близкого цвета.
- ✓ Важно покупать больному такую одежду, которая легко расстегивается и снимается. Для больного тяжело расстегивающаяся одежда может оказаться непреодолимым испытанием. Поэтому пуговицам и молниям следует предпочесть застежку на «липучках».
- ✓ Попробуйте напоминать больному о необходимости ходить в туалет или – в зависимости от его состояния – сами отводите его с регулярными интервалами. Регулярность особенно важна для предупреждения недержания кала.
- ✓ Постарайтесь проявлять большее внимание к возможным внешним признакам, которые могут сигнализировать о желании больного сходить в туалет. К ним могут относиться беспокойство, проявляющееся регулярным вставанием и сменой позы, попытки поправить одежду.
- ✓ Для предупреждения ночного недержания имеет смысл ограничить потребление воды за два-три часа до отхода ко сну. При этом необходимо следить за тем, что больной потребляет достаточно жидкости в течение дня.



Если все попытки предотвращать неконтролируемое мочеиспускание ни к чему не привели, стоит переключиться на работу с его последствиями. При этом важнейшей целью остается сохранение физического и психологического комфорта больного, а дополнительной будет выступать защита его одежды и белья. Сегодня вполне доступно непромокаемое постельное белье, которое защищает матрас при ночном недержании. Это могут как защитные чехлы, надеваемые на сам матрас и подушку, так и простыни и наволочки из специальной ткани. Вопрос с одеждой тоже стал успешно решаться в последние десятилетия за счет массового производства подгузников и специального белья. Теперь достаточно следить за тем, чтобы выбираемые подгузники обладали достаточной впитываемостью, подходили по размеру, не вызывая потертостей, и регулярно менялись. Для получения более подробной информации попробуйте проконсультироваться в специализированных центрах по уходу за пожилыми людьми.

Как обеспечить необходимую гигиену больного?

Недержание может приводить к раздражению кожи, поэтому важно как можно быстрее реагировать, если возникла такая ситуация. Помогите больному подмыться с нераздражающим кожу мылом и теплой водой. Проследите, чтобы затем вымытые места были тщательно вытерты, а затем уже надевайте свежее белье или подгузник.

Если Вы столкнулись с проблемой недержания, в первую очередь следует обратиться к Вашему участковому врачу-терапевту

Даже если терапевт не сможет сразу определить истинную причину недержания и предложить необходимое лечение, он поможет сообщить о необходимых диагностических действиях и укажет, к каким специалистам Вам следует обратиться, чтобы решить эту проблему в зависимости от сложившейся ситуации.

Пользование туалетом

Очень щекотливый вопрос, однако контроль над тем, подтирается ли больной после туалета, очень важен для предотвращения инфекций. Если чувствуете, что больной перестал следить за этим, окажите ему помощь. Не забывайте, что для предотвращения инфекции подтирать необходимо движением спереди назад.





Одежда и одевание

Одежда – один из важных способов самовыражения. Через нее на протяжении жизни строится индивидуальность человека. К сожалению, с распадом личности, вызываемым деменцией, больному все сложнее заниматься самостоятельным подбором одежды, а затем и просто самостоятельно одеваться. Все чаще ему необходима помощь, деликатная и соразмерная тем проблемам, с которыми он столкнулся. Настойчивое вмешательство в процесс будет подавлять инициативу больного и приводить к более ранней утрате самостоятельности. Поэтому желательно как можно дольше позволять ему участвовать в выборе одежды как при ее покупке, так и при сборах на прогулку.

Отправляясь за покупкой, возьмите вашего подопечного с собой. Возможно, он запомнит факт покупки, что важно, так как нередко больной отказывается надевать на себя одежду, если не признает ее своей. Чаще эти отказы распространяются именно на недавно приобретенную одежду.

Как выбрать одежду

По мере развития заболевания основными критериями в выборе одежды становятся не самовыражение или дань моде, а практичность и комфорт. Лучший выбор для гардероба больного – простая одежда с элементами, облегчающими одевание: воротником на молнии, поясом на резинке, застежкой на «липучке» или на кнопке. Это в полной мере относится и к обуви: ботинкам со шнурками следует предпочесть туфли на резинке или по ноге. При покупке нижнего белья лучше выбирать бюстгалтер, который застегивается спереди. Для мужчин лучше подойдут свободные трусы, чем обтягивающие. С осторожностью нужно покупать предметы с тугой резинкой, так как эластичная лента препятствует нормальному кровообращению. Кроме комфорта и простоты, большее значение приобретает такой фактор, как практичность: устойчивость к машинной стирке и простота в глажке.

Как помочь больному одеться

Как и при покупке одежды, оказывая помощь больному в одевании, не лишайте его возможности выбора: спросите, что бы он выбрал, позвольте проявить себя, выразить индивидуальность, настроение. Конечно, делать это следует без фанатизма. Не стоит предлагать слишком много вариантов, так как это вызовет затруднение. Позаботьтесь также о том, чтобы выбранные варианты были удобными и соответствовали сезону (не были слишком холодными или теплыми). При серьезных когнитивных расстройствах больной утрачивает способность к нормальной коммуникации и не может сказать вам о возникшем дискомфорте, вызванном неудобной или не подходящий по температуре одеждой. Если одежда, которую выбрал больной, не представляет опасности для его здоровья, вряд ли стоит оспаривать его выбор, даже если в ваших глазах его наряд выглядит не лучшим образом. Конечно, тяжело смириться с тем, что человек ложится спать в шапке или носит пуховик летом. Но подумайте, стоит ли ради этого идти на конфронтацию.

Одеваться с удовольствием

Создание позитивного фона – задача не менее (а возможно, и более) важная, чем результат одевания. Добиваясь положительного отношения больного к этой процедуре, мы решаем важную задачу поддержания отношений сотрудничества. Поддерживая его выбор, мы завоевываем его доверие. Поэтому не скупитесь на комплименты по поводу внешности больного, дайте ему возможность гордиться своей одеждой.

Учитывая состояние вашего близкого, приступать к одеванию следует заблаговременно, чтобы избежать спешки и связанной с ней нервозности. Напоминания о том, что вы торопитесь или опаздываете, будут вызывать дополнительное давление на больного, затрудняя выполнение и без того сложной для него задачи. Чем спокойней и комфортней ситуация, тем проще ему чувствовать уверенность в своих силах и справляться с этим вызовом. В некоторых случаях, если больной не расположен выполнять ожидаемые от него действия, проще не настаивать на их выполнении, а дождаться более благоприятного момента.





Для создания комфортной обстановки обращайтесь внимание на следующие вещи:

- ✓ В помещении, где одевается больной, должна быть комфортная ДЛЯ НЕГО температура. (Многие люди в пожилом возрасте восприимчивы к холоду и мерзнут там, где их близкие чувствуют себя вполне комфортно.)
- ✓ Перед одеванием спросите больного, не хочет ли он сначала сходить в туалет.
- ✓ Если у больного сложился определенный порядок в процедуре одевания, лучше придерживаться его при каждой процедуре.
- ✓ Как вариант помощи, положите одежду в том порядке, в котором больной должен ее надевать. Если возникнут затруднения, напомните ему, какой предмет надеть следующим или просто протягивайте ему одежду в том порядке, в котором он будет ее надевать.
- ✓ В некоторых случаях (в зависимости от состояния) больному нужны более детальные пошаговые инструкции. Например: «Сначала натяни свитер через голову. Так, хорошо. Теперь правый рукав...».
- ✓ Тактично исправляйте нелепые ошибки. Иногда можно вместе посмеяться, но не над больным, а над действием или результатом.
- ✓ Снабдите ящики для одежды специальными табличками или просто стикерами (бумажными карточками с клейкой обратной стороной), указывающими род одежды, которая в них хранится.
- ✓ Другой вариант – хранить одежду комплектами.

Переодевание

Часто пациенты с деменцией не желают раздеваться, даже когда ложатся спать, или отказываются менять надетую одежду. Поэтому окружающим следует контролировать то, насколько регулярно больной меняет одежду и добиваться регулярности, не травмируя больного.

- ✓ Для смены одежды пользуйтесь ситуациями, когда больной раздевается, в первую очередь в ванной.
- ✓ Иногда убедительным аргументом может быть ссылка на то, что вы ждете гостей, а потому нужно хорошо выглядеть.



Питание

Для нормального сопротивления неблагоприятным воздействиям внешней среды и внутренним проблемам организму необходимо сбалансированное питание. Конечно, далеко не каждый человек, даже не страдающий когнитивными расстройствами, придерживается норм здорового питания. Однако в этом случае речь идет о выборе и собственной ответственности за сделанный выбор. У дементного больного выбора нет в силу его неспособности осознать проблему. Поэтому заботиться о питании больного (как и обо всем другом) приходится его близким.

Организация питания

Питание больного становится проблемой по разным причинам. Утрачиваются годами наработанные автоматизмы координации в использовании столовых приборов. Изменяются привычные вкусовые предпочтения. Возникают проблемы с разжевыванием и глотанием. Из-за изменений, происходящих с больным, на передний план выходит не приготовление изысканного лакомства (угадать, что понравится больному, со временем будет все сложнее), а организация питания, которая позволит вашему близкому регулярно получать необходимые питательные вещества.

Советы по организации питания.

- ✓ Садитесь за стол в спокойной обстановке, с выключенными радио и телевизором. Избавьтесь от других источников шума, которые могут отвлекать больного.
- ✓ Если он возбужден или, напротив, подавлен и отказывается есть, не стоит пытаться принудить его. Лучше дождаться момента, когда его настроение переменится.
- ✓ Не подавайте еду и напитки слишком горячими. На продвинутых этапах деменции больные не осознают опасность травм и могут обжечься.

✓ Также для снижения риска травматизма лучше готовить пищу, которую можно есть без ножа и вилки. С развитием заболевания больной утрачивает навыки пользования столовыми приборами и может ранить себя колющими или режущими приборами. Идеальный вариант – пища, которую можно есть руками.

✓ Подавая больному блюда и напитки, напоминайте ему их название. Это поможет дольше удерживать их в памяти и облегчит общение в дальнейшем.

Ослабление аппетита и потеря веса

Проблемы с приемом пищи и утрата аппетита нередко приводят к потере веса и к ухудшению общего состояния больного. Среди причин выпадения аппетита наиболее распространенными являются:

✓ Эмоциональные расстройства. Одна из наиболее распространенных причин потери аппетита – депрессия. Депрессия может сопровождать больного с момента неблагоприятного диагноза, запускаясь чувством беспомощности перед надвигающимися изменениями. Поскольку сегодня существует множество медикаментозных и иных средств, позволяющих эффективно бороться с депрессией, при появлении первых признаков (см. соответствующий раздел) следует обратиться к врачу. После выхода из депрессии аппетит восстанавливается.

✓ Малоактивный образ жизни. Из-за отсутствия привычной физической нагрузки пожилые люди могут реже испытывать чувство голода или испытывать его менее интенсивно. Связанное с выраженными когнитивными расстройствами снижение самостоятельности человека и ограниченность его перемещений и действий только усугубляет проблему. Разбудить аппетит поможет более активный образ жизни: выполнение доступной работы по дому, прогулки, упражнения.



✓ Атрофия мозга. Из-за нее больной может терять способность к узнаванию предлагаемых ему блюд и напитков. Попробуйте напомнить ему их названия, расскажите, как он любил их прежде. По этой же причине возможны изменения предпочтений в выборе пищи (например, появление несвойственного ранее пристрастия к сладкому или к специям) и во времени ее приема. Будьте готовы подстроиться под эти изменения и накормить больного, когда бы у него ни проснулось чувство голода.

✓ Проблемы с пережевыванием пищи. У пожилых людей могут возникать проблемы с зубами, деснами, протезами. Болезни полости рта могут существенно затруднять прием пищи. К сожалению, на развернутой стадии заболевания больной может оказаться не в состоянии объяснить вам, что его беспокоит. Поэтому при отказах от приема пищи можно обратиться к стоматологу.

✓ Проблемы с глотанием пищи. Глотание – сложный физиологический процесс, включающий целый комплекс рефлексов. При атрофии некоторых отделов мозга (главным образом в его подкорковых зонах) на фоне дементного синдрома могут происходить нарушения, ведущие к проблемам глотания (дисфагии). Может нарушаться работа сфинктера, регулирующего прохождение пищи в пищевод. При некоторых расстройствах возникают боли при глотании. Возможны проблемы, связанные с сужением пищевода. Если вы заметили у больного проблемы с глотанием, обращайтесь к врачу.

✓ Запоры. Это типичная проблема для больных с деменцией. Среди последствий запора – ощущение тошноты или вздутие живота, что негативно сказывается на аппетите. С запорами можно бороться увеличением физической активности, включением в рацион продуктов с высоким содержанием клетчатки и увеличением потребления жидкости. Если запоры усиливаются, обратитесь за помощью к терапевту.



Перечисленные выше причины могут приводить к потере веса. Особенно заметно это, когда больной сохраняет высокую активность (регулярные прогулки, занятия по дому). В этом случае следует позаботиться о включении в рацион более калорийной пищи. Возможно, при потере аппетита больной будет есть больше, если дневной рацион разбить на более мелкие порции и увеличить количество приемов пищи. Если ваш близкий начал заметно терять вес, обратитесь к участковому или к врачу-диетологу.

Проблема лишнего веса

При некоторых формах деменции (например, при лобно-височном типе нейродегенеративных процессов) у больного может повышаться аппетит и развиваться стремление постоянно жевать. Тогда встает обратная задача – задача борьбы с лишним весом. В некоторых случаях учащенные приемы пищи связаны с желанием занять себя от скуки.

Нередко возникает пристрастие к какому-то одному виду пищи (печенье, чипсы...). Ситуация осложняется тем, что человек может не помнить, что недавно поел, и просить больше. В этом случае небольшие хитрости помогут предупреждать накопление избыточного веса. Например, можно оставлять на столе кусочки нарезанных фруктов. В случае, когда больной ест от скуки, фрукты не приведут к полноте и будут полезной добавкой к основным приемам пищи.

Если ситуация с набором веса начинает казаться серьезной, обратитесь к диетологу.

На развернутых этапах деменции больной может брать в рот несъедобные предметы: салфетки, мыло и другие, так как перестает узнавать привычные предметы. Если вы заметили такую склонность, лучше убрать с видного места яркие, привлекательные предметы. Кстати, если больной тянет в рот несъедобные предметы, возможно, он голоден. Попробуйте покормить его.





Блуждание

Одним из проявлений беспокойства выступает склонность больного к блужданию. Она создает опасные ситуации, так как необходимые навыки ориентации на открытом пространстве у больного утрачены. (К счастью, большинство больных не утрачивают чувство самосохранения и аккуратно ведут себя вблизи дорог, редко становясь жертвами ДТП.) Немало хлопот это доставляет членам семьи. Беспорядочные и внешне бессмысленные перемещения больного могут вызывать раздражение и просто мешать. Особенно если больной пытается покинуть дом и направляется гулять или нанести визит соседям, проснувшись среди ночи.

Блуждание может вызываться самыми разными причинами. К ним относят:

- ✓ праздность (выключенность из повседневных забот),
- ✓ нерастраченная энергия (из-за малоподвижного образа жизни),
- ✓ боль или дискомфорт,
- ✓ побочные эффекты от приема некоторых лекарств,
- ✓ галлюцинации и поиск предметов по воспоминаниям из прошлого,
- ✓ выполнение несуществующих обязанностей и ряд других, менее распространенных.



При этом возникает дилемма. С одной стороны, окружающие заинтересованы в поддержании самостоятельности больного. Сохранение самостоятельности – важнейшее направление в уходе. С другой – предоставление больному свободы действий повышает риск непредвиденных ситуаций. В каждой семье приходится делать взвешенный выбор между ограничением свободы действий больного и поддержанием его самостоятельности. Например, не стоит отказываться от предоставления больному самостоятельных прогулок. Здесь важно место прогулки: отпустить больного на самостоятельную прогулку в центре большого города не то же, что дать ему погулять по дачному поселку.

Если больной часто уходит из дому, не самое лучшее решение накачивать его лекарствами (седативными препаратами, нейролептиками), снижающими его активность. Эти лекарства чреваты побочными эффектами.

Казалось бы, самый простой выход – запирает дверь на ключ и лишать больного возможности выйти. Однако необходимо помнить, что такой подход может негативно сказываться на его эмоциональном состоянии и осложнять общение с ним. Нельзя выпускать из виду и возможность пожара или другой «внештатной» ситуации, когда запертая дверь может привести к необратимым последствиям. Считается, что на развернутой стадии деменции не обязательно запирает дверь на замок. Препятствием для больного может послужить зеркало, вешенное в прихожей или штора, скрывающая дверь. Однако и такой более мягкий подход может усугублять расстройство ориентировочной функции и негативно сказываться на состоянии больного. Более правильный подход состоит не в том, чтобы запирает. Лучше не препятствовать прогулкам, а стараться сопровождать в них больного. Если на долгую прогулку нет времени, выйдя из дому, постарайтесь переключить внимание больного на какую-нибудь проблему и поскорей вернуться домой.



Если есть вероятность, что ваш близкий покинет дом в ваше отсутствие, постарайтесь, чтобы у него были при себе необходимые документы, которые помогут его идентифицировать, найти место его проживания, позвонить его родным, если он потеряется. Храните под рукой недавнее фото больного, чтобы в случае организации поиска передать его полиции.

Помните, что склонность к блужданию может вызываться различными причинами, некоторые из них были перечислены выше. Если Вам удастся открыть причину, понять, что не дает покоя больному, проблема может быть решена.

Нередко бесцельное блуждание – это попытка хоть как-то занять себя, разнообразить монотонность жизни, потратить энергию в связи с малоподвижным образом жизни, ведь он нередко выключен из привычной системы домашних и других обязанностей. В этом случае хороший способ предупредить блуждание – занять больного простой деятельностью, найти доступные формы общения, которые вернут ему ощущение востребованности и соучастия. Прекратить блуждания помогут более регулярные прогулки, походы в магазин и т.п.

Иногда больной просто забывает слова ушедшего опекуна о том, куда он пошел и когда вернется. Не находя его дома, он может отправиться на поиски. На ранней стадии заболевания могут выручать записки с этой информацией. Чтобы ваш близкий увидел записку, поместите ее на внутренней стороне входной двери или другом месте, где она может легко попасть ему на глаза.





Агрессивное поведение

Пациенты с проблемами деменции могут проявлять агрессию в самых разных формах:

- ✓ излишне эмоционально реагировать на слова или ситуации,
- ✓ угрожать и оскорблять,
- ✓ лезть в драку.

Как реагировать?

Всякое проявление агрессии, даже если оно не связано с причинением физического ущерба, наносит окружающим психологический урон. Научиться правильно реагировать на агрессию – первостепенная задача опекуна. Первое, что можно порекомендовать: не принимайте агрессивные действия на свой счет. Даже если внешне агрессия направлена на вас, это лишь потому, что вы оказались рядом. У больного меняется не отношение лично к вам, а реакции на окружающий мир в целом. И эти реакции больной не в состоянии контролировать, так как они связаны с необратимыми изменениями в его мозге.

Умение спокойно реагировать на агрессию и брать ситуацию под контроль не может сложиться сразу. Оно придет с опытом, если приложить усилия. Но несколько известных приемов на первое время не помешают.

В момент агрессии:

- ✓ Если вы продумаете и отрепетируете свою реакцию заранее, агрессия не застанет вас врасплох.
- ✓ Если все же агрессия близкого человека застала вас врасплох, не поддавайтесь первому импульсу. Хорошо работает известный прием: сделайте глубокий вдох, отступите от больного и досчитайте до десяти. Это даст возможность успокоиться и вам, и ему.

- ✓ Любкой эмоциональный ответ лишь усугубит ситуацию. Не вступайте в перепалку, пытайтесь контролировать себя, сохранять самообладание. • Попробуйте продемонстрировать свое дружелюбие. Покажите, что вы понимаете его состояние, видите, что ему плохо, и готовы помочь.
- ✓ Вместо «симметричного» агрессивного ответа постарайтесь отвлечь внимание больного от ситуации, вызвавшей агрессию. Поскольку контроль внимания при деменции ослаблен, вероятность успешного маневра весьма велика.
- ✓ Если больной проявляет физическую агрессию, не лучшим выходом будет попытка его запереть или связать движения. Это только ухудшает ситуацию.

После агрессии:

- ✓ Самым бессмысленным поступком будет попытка наказать больного, например, демонстрируя ему свое недовольство или отказываясь от общения. Вероятней всего, больной быстро забудет о случившемся и просто не будет понимать причины изменившегося отношения к нему. Старайтесь вести себя, будто ничего не случилось.
- ✓ Если приступы агрессии участились и стали вызывать серьезную озабоченность, обращайтесь к психиатру.
- ✓ Фармакологическое воздействие не лучшее решение для больных с когнитивными расстройствами. Седативные препараты подавляют агрессивное поведение, но не решают проблему, которая его провоцирует. К тому же они усугубляют некоторые симптомы, влияя на ясность сознания. Если другого способа нет, врач выпишет лекарства, однако в дальнейшем имеет смысл гибко корректировать лечение.



Как раскрыть причину агрессивности

Попробуйте сопоставить ситуации, которые предшествуют проявлению агрессии. Возможно, получится обнаружить общее. Если не получается сразу, попробуйте делать заметки, которые затем помогут выявить закономерность. Чтобы упростить задачу, познакомьтесь с перечнем типичных причин агрессивного поведения.

Больной проявляет агрессию, если

- ✓ он испытывает страх или стресс от невозможности выполнять привычные действия. Поскольку человек чувствует свою неспособность действовать с той же эффективностью, это заставляет его переживать и может перетекать в агрессию.
- ✓ он осознает потерю независимости и утрату тайны личной жизни. Больной вынужден принимать помощь в самых интимных процедурах, что вызывает стресс и может приводить к агрессии.
- ✓ он чувствует напряжение окружающих, их недовольство промахами и ошибками, допущенными при выполнении повседневных дел, и заражается негативной эмоцией.
- ✓ он впадает в беспокойство в людном шумном месте (например, когда приходят гости) или когда не может сориентироваться. Пребывание в новом, как ему кажется, месте с незнакомыми людьми вызывает у больного излишнюю нервозность и может порождать агрессию.
- ✓ он испытывает физический дискомфорт (например, жажду), чувствует боль или просто устал.

Агрессия может также объясняться утратой больным самоконтроля и представлений о правилах поведения в обществе.

Чем быстрее удастся выявить причины агрессии, понять, что хочет донести до вас больной, тем быстрее и успешнее получится ее предотвращать и снимать.



Как предупредить агрессию

- ✓ Если больной не справляется с привычными делами или делает их очень медленно, смиритесь. Чтобы относиться к этому спокойно, нужно именно смириться. Если вы просто стараетесь скрыть свое недовольство, это рано или поздно проявится и вызовет ответную негативную реакцию.
- ✓ Знайте, что восприятие больного изменяется из-за болезни. Очевидные для вас вещи вовсе не очевидны для него. Объясняйте больному свои намерения и давайте ему время на осознание. Ему теперь нужно гораздо больше времени, чем раньше.
- ✓ Оказываемая помощь должна быть деликатной. Иначе она обижает и вызывает агрессию.
- ✓ Критиковать действия больного – еще один способ не просто потратить время впустую, но и вызвать агрессию. Лучше избегать ситуаций, обрекающих больного на ошибку. И если такая ситуация произошла, просто оставьте свою горечь в себе.
- ✓ Следите за признаками наступающей агрессии (выраженная тревога, беспокойство). В этом случае срочно постарайтесь успокоить больного, отвлеките его любимым занятием. • Следите за тем, чтобы больной регулярно попадал на прием к врачу для предупреждения хронических недугов. Постоянное недомогание тоже может выливаться в агрессию.
- ✓ Если не получается найти причину агрессии самостоятельно, обратитесь к психиатру.





Нарушения восприятия

Среди нарушений восприятия самыми распространенными выступают зрительные расстройства (обман зрения). Проблемы со стороны других органов чувств (зрение, слух, осязание, обоняние, вкус) возникают у дементных больных значительно реже. В самых редких случаях нарушения могут выступать комбинированно. Это происходит при тяжелых отравлениях и инфекциях, а также как синдром отмены лекарственного препарата или абстинентный алкогольный синдром. В этом случае больному требуется неотложная медицинская помощь.

Нарушения зрительного восприятия могут затрагивать многие аспекты повседневной деятельности. Если человек с деменцией живет в собственном доме и получает помощь опекунов, истинный масштаб нарушений зрительного восприятия может стать явным только в условиях изменившейся обстановки, например, во время похода в магазин, в гости или поездки за город.

Обман зрения чаще всего ассоциируется в быту с галлюцинациями, однако галлюцинации – отнюдь не самые частые нарушения. Специалисты различают:

Иллюзии. Иллюзией называют искаженное (ошибочное) восприятие объекта окружающего мира, вызванное формой объекта (его схожестью с другим объектом), свойствами его поверхности (отражающей, переливающейся, сливающейся с фоном), условиями среды (например, освещением). Другими словами, причина искажения «внешняя»: объект объективно выглядит «как что-то другое». Ошибочное восприятие вызывается недостаточностью зрительной информации (фрагментарностью ощущений, когда видна лишь часть предмета или проблемы зрения не дают возможности составить более точную картину). Ошибочное восприятие направляется, таким образом, «из-нутри». Важной причиной ошибки могут быть ожидания человека в определенной ситуации, его установка на восприятие определенных объектов, связанная с предыдущим опытом.

Агнозии. Агнозия – неврологическое расстройство, состоящее в неправильном узнавании людей и предметов вследствие поражения определенных участков зрительной коры головного мозга при нормальной работе зрительного аппарата.

Неправильное именование предметов (афазии). Иногда впечатление о проблемах восприятия может возникать из-за того, что больной не находит правильное слово для описания того, что видит или чувствует. Проблемы вызываются нарушениями участков головного мозга, отвечающими за речь. Такие случаи могут наблюдаться при различных деменциях.

Галлюцинации. Главное отличие галлюцинации от иллюзии состоит в том, что человек видит объекты при отсутствии соответствующих зрительных раздражителей. Внешних факторов, которые вызывают галлюцинацию, просто нет; возникающий в сознании образ полностью определяется внутренней работой мозга. Этот процесс «сна наяву» может быть прекращен, если человек осознает невозможность появления воспринимаемых объектов в данной ситуации. В противном случае (что нередко бывает у больных с тяжелыми когнитивными расстройствами) галлюцинации могут сохраняться в течение длительного времени, часто появляясь повторно и заметно влияя на поведение больного. Среди таких больных наиболее часто от галлюцинаций страдают при деменции с тельцами Леви.

Причиной галлюцинаций могут быть болезненные состояния организма (в частности, вызванные инфекцией или травмой) или прием некоторых лекарств.

Если у вас появились подозрения на то, что у близкого галлюцинации, постарайтесь спокойно объяснить ему, что происходит, и посмотрите, сможет ли он понять и запомнить это. Если нет, побеседуйте с ним повторно, когда он немного отдохнет и успокоится. Если и это не помогает, спорить и возражать не имеет смысла, это лишь усугубит ситуацию. Вместо продолжения споров просто оставайтесь с больным, особенно если он напуган. Внимательно выслушайте, успокойте. Постарайтесь отвлечь его, изменив тему разговора, переключив его внимание на другие вещи. Главное – чтобы человек почувствовал вашу поддержку, сочувствие.



Отличить перечисленные нарушения зрительного восприятия без помощи врача бывает сложно. Поэтому при их возникновении необходимо обратиться к специалисту.

Как помочь больному при нарушениях восприятия

Чтобы предупреждать ошибки восприятия, вызванные внешними причинами, желательно создать больному более комфортные условия.

- ✓ Освещение многих помещений в доме оставляет желать лучшего, но пока человек здоров, его восприятия справляется с этой проблемой, достраивая плохо освещенные детали. При развитии когнитивных расстройств эта способность ослабевает, поэтому больной может нуждаться в дополнительном освещении. Позаботьтесь об этом. Выберите такой тип освещения, при котором в комнате будет минимум теней.
- ✓ Оптимальный выбор для стен – это однотонная светлая краска или такие же обои.
- ✓ Двери, мебель и предметы обстановки в любом жилом помещении, напротив, лучше сделать контрастирующими за счет ярких цветов. Например, замечено, что использование кухонной утвари ярких цветов увеличивают потребление пищи у людей на поздней стадии болезни Альцгеймера примерно на четверть, а установка туалетной двери в яркие цвета способствует решению проблемы недержания, так как помогает пациентам быстрее найти туалет. Если пожилой человек пользуется поручнями, сделайте их длинными и заметными, чтобы их можно было найти, не поворачивая головы.
- ✓ Избегайте перегруженных рисунками обоев и полов/напольных покрытий. Пол, как и стены, желательно выдерживать в светлых тонах (избегая при этом гляцевости). Такой пол увеличит общую освещенность помещения благодаря лучшему отражению света, но не будет слепить больного.
- ✓ По возможности исключите контрастные стыки на полу, которые могут восприниматься больным как препятствие и затруднять его перемещение из-за страха падения.





«Вечерний синдром» и бессонница

Беспокойство, раздражительность, дезориентация и другие поведенческие проблемы у больных деменцией имеют обыкновение усиливаться к вечеру и иногда продолжаются всю ночь.

Специалисты считают такое поведение – обычно именуемое «вечерний синдром» – вызвано совокупностью таких факторов, как возбуждение от событий, произошедших в течение дня, и сбой биологических часов, проявляющийся в смешении дня и ночи.

Увеличьте занятость в течение дня, особенно физические упражнения. Устраивайте ежедневные прогулки. Не одобряйте бездействие и стремление вздремнуть в течение дня.

Следите за употреблением пищевых «раздражителей», таких как: сахар, кофеин и некоторые виды соленой пищи. Сократите потребление или исключите из рациона эти виды пищи и напитков. Употребление возможно в первой половине дня, через день. Планируйте перекусы в течение дня, и легкую пищу перед сном.

Планируйте день, таким образом, чтобы вторая половина дня проходил спокойно. Сыграйте в простую карточную игру или послушайте успокаивающую музыку вместе с подопечным.

Включение достаточного освещения до наступления заката и зашторивание в сумерки за счет минимизации теней позволяет уменьшить беспокойство. Как минимум, оставляйте включенным свет в комнате больного, в коридоре и ванной.



Возбуждение (ажитация)

- ✓ Снизьте потребление кофеина, сахара и соленой пищи.
- ✓ Уменьшите шум, суматоху или количество людей в помещении.
- ✓ Соблюдайте режим дня. Держите предметы домашнего обихода и мебель на одних и тех же местах. Дорогие сердцу вещи и фотографии создают у больного чувство защищенности и способствуют приятным воспоминаниям.
- ✓ Нежные прикосновения, спокойная музыка, чтение или прогулки способствуют снятию раздражения.
- ✓ Сохраняйте спокойствие. Не позволяйте себе заразиться раздражением. Не выказывайте страха. Разговаривайте в ободряющем тоне.
- ✓ Не пытайтесь обуздать больного во время приступа раздражительности.
- ✓ Держите опасные предметы вне досягаемости больного.
- ✓ Предоставьте больному возможность выполнять какие-либо действия самостоятельно.
- ✓ Разделите с больным его раздражение по поводу потери контроля над личной жизнью. Скажите ему, что вы понимаете его чувство разочарования и неудовлетворенности.
- ✓ Попробуйте проследить, какие ситуации (события, предметы) стабильно вызывают у больного раздражение и агрессию. Старайтесь предупреждать их неблагоприятное воздействие.
- ✓ Отвлеките внимание больного какой-либо деятельностью. Пусть он забудет неприятный инцидент.
- ✓ Если агрессия носит выраженный характер и регулярно повторяется, проконсультируйтесь у специалиста.



Сексуальное поведение

Вне зависимости от возраста или темперамента сексуальность оказывает значимое влияние на жизнь человека. Больной, страдающий от деменции, не исключение, однако заболевание может вносить существенные коррективы в его поведение в интимной сфере. Обычно близкие избегают разговоров на эту тему, считая обсуждение половой жизни бестактным и даже постыдным. Такая позиция не может способствовать решению проблемы.

Снижение полового влечения

Часть пациентов утрачивает интерес к сексу уже на ранней стадии деменции. Они позитивно реагируют на внимание и ласки партнера, но сами больше не выступают инициаторами близости. Возможна и обратная ситуация, когда половое влечение резко ослабевает у спутника больного человека. Это может происходить из-за связанных с деменцией негативных перемен в характере пациента или поведенческих расстройств. Уход за больным превращается в такое тяжелое испытание и настолько истощает, что ни сил, ни желания заниматься сексом не остается. Кроме того, не всем удается отвлечься в мыслях о том, что близкий человек стал регулярно обвинять окружающих в попытках причинить ему ущерб или постоянно мочится под себя. Некоторые супруги признаются в том, что необходимость ухаживать за больным, как за малым ребенком (особенно, следить за его гигиеной), убивает сексуальное отношение к нему. Эта ситуация также высоко травматична для психики больного, так как затрагивает его достоинство. Разумеется, это лишь ухудшает его состояние, так как он не может осознать мотивы отказа. Отсюда – чувство вины у партнера. Поэтому в такой ситуации для обоих партнеров важно найти новые способы выражения своего расположения, симпатии, уважения, позволяющие им чувствовать себя частью единой семьи. В некоторых семьях прекращение половой

связи воспринимается спокойно и даже приветствуется при сохранении теплых отношений между партнерами.

Повышение сексуальной активности

Повышение сексуальной активности у дементного больного может оказаться сюрпризом для их партнера – либо приятным, либо не очень. В первом случае можно только порадоваться за пару. Во втором в непростой ситуации оказывается и больной, не находящий взаимности, и его партнер, вынужденный воздерживаться от выражения теплых чувств, которые неверно толкуются как приглашение к сексу. При повышении у больного либидо простое избегание и отказы – самый травматичный для семьи путь решения проблемы. Более целесообразным и продуктивным в такой ситуации будет поиск способов переключения внимания больного на другие виды деятельности. Переключение внимания предупреждает проявления агрессии, которые могут порождаться отказом во взаимности. На крайний случай можно прибегнуть к варианту с использованием лекарств (например, транквилизаторов). Следует понимать, что это временная мера. Со временем развитие деменции приведет к снижению интереса к сексу до полного исчезновения. Если под давлением обстоятельств партнер принял решение не спать больше с близким в одной постели, необходимо обсудить со специалистом возможные последствия. Больной, привыкший на протяжении долгих лет спать в одной постели с партнером, может быть дезориентирован изменением, что выступает дополнительным фактором стресса и негативно влияет на когнитивные функции. Подумайте, как сделать разрыв максимально безболезненным. Здесь может помочь оставленная в постели мягкая игрушка, дополнительная подушка или грелка.



Изменение сексуального поведения

Деменция постепенно уничтожает в человеке самоконтроль, снимая прежние ограничения на выражение своих мыслей, чувств, собственной сексуальности. Она открывает то, что было прежде скрыто и что не принято показывать другим. Это может проявляться в приставании к окружающим (иногда больной может принимать незнакомого человека за своего партнера), в публичном самообнажении и открытой стимуляции гениталий или других эrogenных зон. Такие ситуации вызывают чувство неловкости у окружающих и травмируют самого больного, так как он не может понять причину неприятия его поведения окружающими. Впрочем, случается и так, что некоторые поступки, ошибочно связываемые с сексуальной озабоченностью пациента, вызываются иными мотивами. Раздевание может быть вызвано желанием сходить в туалет, или избавиться от неудобной одежды, или некомфортной температурой в помещении. Стремление к телесному контакту может быть связано исключительно с желанием ощутить заботу близкого человека. Особенно важным это становится на стадии, когда больной начинает утрачивать навыки речи и язык тела становится для него важнейшим средством общения. Не самые приятные для партнера изменения могут затрагивать интимное поведение. Больной может просто забыть о половом контакте сразу после его завершения, проявлять безучастность, перестать узнавать своего партнера, принимая его за другого человека, проявлять агрессию. Кроме того, он перестает чувствовать партнера.



Непристойное поведение

Атрофия некоторых зон мозга (в первую очередь в лобных долях) может приводить к слишком «непосредственному» поведению больного: публичному обнажению, непристойным жестам, грубости в общении с окружающими. При проявлении этих отклонений в поведении постарайтесь реагировать спокойно, с осознанием того, что отмеченные действия совершаются непреднамеренно.

Если больной пытается раздеться при посторонних, нужно просто отвести его в укромное место и выяснить, с чем это связано. Возможно, причиной тому некомфортная одежда, высокая температура в помещении или желание справить естественную нужду. Нередко действия, которые интерпретируются окружающими как сексуальные, на деле просто связаны с желанием больного сходить в туалет. Однако если подобные случаи становятся регулярными, обратитесь за консультацией к врачу.

Если больной проявляет грубость по отношению к окружающим (оскорбляет, плюется...), не стоит пытаться разубеждать его или поучать. Просто попробуйте переключить его внимание на что-то другое. Объясните окружающим, что такое поведение вызвано болезнью, оно не контролируется и не может контролироваться больным, а потому не может трактоваться как оскорбительное.





Проблемы родственников больного и людей, осуществляющих уход

Необходимость посвящать существенную часть своего времени уходу за больным может вызывать чувство безысходности, которое усиливается в наиболее сложных ситуациях. Вам бы хотелось больше времени уделять своей карьере, продвижению по службе, однако этому препятствует необходимость отдавать много времени и сил уходу за близким человеком. В этой ситуации вы регулярно оказываетесь перед выбором, который нужно сделать в пользу сопряженных интересов или интересов больного. Такой выбор всегда сопряжен с моральными переживаниями, справиться с которыми непросто. Если в какой-то момент вы действуете согласно своим интересам, затем могут возникнуть угрызения совести. Помните, что не следует их подавлять. Если вас преследует чувство вины, разберитесь с ним, проследите, с чем оно связано. Только в этом случае у вас будет возможность разобраться с ситуацией и найти способ избавиться от него.

Заботясь о здоровье близких, не следует игнорировать свое собственное здоровье. Известно, что помогать другим, гораздо проще, чем дисциплинированно заботиться о себе. Когда мы пишем о необходимости обеспечения нормального питания, режима, активного образа жизни по отношению к больным, помните, что это в полной мере относится и к вам. Постоянный стресс, недосыпание, другие проблемы, вызываемые совместным проживанием с больным человеком, делают вас более уязвимыми для различных физических недугов. Поэтому, как бы тяжело ни было у вас со временем, регулярно посещайте участкового терапевта, чтобы контролировать состояние здоровья. Поделитесь с ним своими проблемами, попросите совета, попытайтесь сделать своего врача союзником в непростом деле ухода за больным.

Позаботьтесь о том, чтобы таких союзников стало больше, ими могут стать не только самые близкие люди, но и совсем незнакомые, которых вы найдете на сайтах, посвященных проблемам деменции и

ухода за больными. Эти люди напомнят вам о главном правиле: о необходимости заботиться о себе и не судить себя строго. Этим людям вы можете рассказать о своих чувствах, излить душу. Иногда незнакомому человеку анонимно, на форуме в Интернете, мы можем сказать больше, чем самому близкому.

Найдите время для себя

Подумайте, как часто за последнее время вы уделяли время себе, восстанавливали силы, переживали положительные эмоции. Без полноценного отдыха невозможна полноценная работа. Давайте себе отдохнуть. Регулярная возможность сменить обстановку, отвлечься от общения с больным – залог успешного ухода за ним. Такие паузы дают время для осмысления сложившейся ситуации и для временного переключения.

Всегда есть возможность уделить время себе, не обделяя при этом вниманием человека, за которым вы ухаживаете. Если нет возможности оставить больного одного, можно договориться с друзьями или родственниками, чтобы они заехали ненадолго присмотреть за больным в ваше отсутствие или пожилые у вас несколько дней. Узнайте, нет ли в вашем районе или городе службы по уходу за пожилыми и больными людьми (все больше объявлений такого рода появляется в СМИ и в Интернете). Ваше эмоциональное состояние и возможность отдохнуть стоят тех денег, которые будут потрачены на патронажную сестру.

Где искать помощь?

Подумайте, какая помощь, связанная с уходом, вам необходима прежде всего. Узнайте в местном департаменте здравоохранения, на какие льготы может претендовать больной. В зависимости от его заслуг у него могут быть различные права, связанные с заботой государства.



Узнав о диагнозе «деменция», предложите самым близким родственникам сразу обсудить участие каждого в уходе за больным. В первое время, когда нарушения носят не столь выраженный характер, может казаться, что вы сами успешно справитесь с уходом. Не спешите с выводами. Деменция – заболевание прогрессирующее. Чем дольше оно развивается, тем более выраженными становятся отклонения, и тем сложнее уход за больным. Поэтому без коллективных усилий обойтись сложно, и лучше согласовать это сразу. Возможно, кому-то проще уделить часть своего времени, а другому – поучаствовать деньгами.

Помощь друзей и родных

- ✓ Не отказывайтесь от помощи близких, когда они вам ее предлагают. Если раз сказать, что вы справляетесь сами, больше могут не предложить.
- ✓ Расскажите окружающим, какие варианты помощи будут наиболее эффективны. Не видя ситуацию «изнутри», люди могут просто не догадываться, в чем вы нуждаетесь в первую очередь.
- ✓ Говорите окружающим слова признательности за их помощь. Дайте им почувствовать, насколько она важна для вас.
- ✓ Расскажите близким, как деменция влияет на поведение больного. Не стесняйтесь рассказывать о том, как изменилась ваша жизнь после появления симптомов. Если они будут лучше понимать сложившуюся ситуацию, им будет проще вам помочь.
- ✓ Узнайте, не проводятся ли в вашем городе занятия для родственников больного (так называемые «школы родственников», где можно не только получить полезные советы, но и познакомиться с людьми, которые как никто другой могут понять и поддержать вас.



О переводе в интернат

Решение о переводе больного в специализированное учреждение (дом престарелых, интернат) принимается в том случае, когда у близких не хватает ни сил, ни времени для самостоятельного ухода. Приняв такое решение, многие родственники затем переживают его как предательство, совершенное в минуту малодушия. В первое время после расставания может прийти чувство облегчения, но затем, после непродолжительного отдыха, близкие начинают упрекать себя в том, что оставили больного в трудную минуту. Разные предметы в квартире, события, ситуации начинают напоминать о близком человеке. В конечном счете эти эмоции вызывают не меньшую усталость (как физическую, так и эмоциональную), чем проблемы, связанные с уходом за больным. Особенно остро это ощущается на фоне других семей, где за больным ухаживают дома.

Особенно тяжело бывает решиться на такой шаг тем, кто в свое время пообещал больному ухаживать за ним дома до конца его дней, но кому пришлось нарушить обещание. В этом случае также не стоит истязать себя угрызениями совести, потому что, давая это обещание, вы не имели ни малейшего представления о том, через что вам предстоит пройти в процессе развития болезни и связанной с ней деградации личности. Перевод в специализированное заведение не означает вашего отказа заботиться о больном. Это просто другой способ проявлять заботу. Ваша роль может оставаться очень существенной, если вы регулярно навещаете близкого человека. В некоторых семьях перевод больного в дом престарелых существенно улучшает отношения между больным и его близкими: изменяется отношение к каждому контакту, в общении меньше стресса и больше положительных эмоций.

Перевод в дом престарелых – сложный, иногда болезненный процесс. Залог благополучного перевода – тщательная подготовка. Обычно решение принимается в момент, когда опекун почувствовал, что ни физически, ни эмоционально больше не может справляться с уходом. Однако такую возможно лучше рассматривать заблаговременно, когда вопрос о переводе еще не стоит. Это даст время спокойно подготовиться к переводу, навести необходимые справки, подобрать оптимальный вариант.



Посетите выбранное заведение и поговорите с персоналом, чтобы лично проверить условия, в которых будет жить близкий вам человек. Узнайте, есть ли возможность оставить близкого на день, чтобы посмотреть, как он справляется с адаптацией к новым условиям. Затем попробуйте оставить родственника на несколько дней. Это поможет персоналу понять, будут ли какие-либо сложности с переводом и на что следует обратить особое внимание. Подумайте, какие вещи будут помогать и эмоционально поддерживать больного (кроме бытовых предметов это могут быть старые фото, любимые вещи, к которым больной сохранил привязанность). Первое время после перевода постарайтесь навещать близкого как можно чаще.

Если в семье дети

✓ Деменция у близкого человека – тяжелое испытание для всей семьи. Однако особого внимания заслуживает общение больного с детьми и подростками, не достигшими пока жизненной и эмоциональной зрелости. Поэтому для сохранения нормального климата в доме родители должны помочь детям в сложившейся ситуации, разъяснить происходящее и по мере возможности вовлечь их в общие заботы по уходу за больным.

✓ Зачем рассказывать ребенку?

✓ Некоторым родителям непросто решиться на разговор. Есть сомнения в том, способен ли ребенок правильно понять ситуацию и принять ее. Есть опасения, что ребенок, услышав о развивающемся слабоумии бабушки или дедушки, неправильно поведет себя с больным человеком, изменит свое отношение к нему в явной форме. Да и просто хочется пощадить его чувства. Однако стыдливое молчание будет только усугублять проблему. Рано или поздно ребенок почувствует изменения в поведении окружающих, уловит возникшую напряженность в семье, и тогда, не услышав истинных причин, составит себе искаженную картину происходящего. Напротив, честный разговор, предельно четкое объяснение причин наблюдаемых изменений и готовность обсуждать любые вопросы сблизит вас с ребенком и позволит искать ответы вместе.



- ✓ Если ребенок уже начал замечать «странности» в поведении ближайшего родственника, то, возможно, для него будет облегчением узнать, что объясняются они не его злонамеренностью, а заболеванием, лишаящим его контроля над собственным поведением.
- ✓ Упорствовать в молчании значит породить недоверие, которое непременно скажется на качестве вашего общения в будущем.
- ✓ Основная трудность лишь в том, чтобы найти подходящие слова, ведь у вас разный опыт и разные представления об окружающем мире.
- ✓ Готовясь к разговору, учтите такую особенность детского мышления, как индуктивность. Ребенку проще продвигаться в понимании проблемы от разбора конкретных жизненных примеров к обобщениям и правилам, а не наоборот. Поэтому постарайтесь заострить его внимание на пережитых вместе ситуациях, обсудить их, а затем переходить к выводам.
- ✓ Если вы сомневаетесь в правильности выбранных объяснений, проконсультируйтесь с педагогами (если ребенок ходит в школу) или с детским психологом. Вы заинтересованы в том, чтобы не только что-то рассказать, но и быть выслушанным и услышанным. Поговорите с ребенком, не дожидаясь тревожных сигналов в виде снижения успеваемости (такое может случиться из-за невозможности концентрироваться на выполнении домашнего задания, как прежде) или стремления проводить больше времени вне дома.
- ✓ В ходе разговора постарайтесь дать максимальную информацию о заболевании с особым вниманием к проблемам, которые могут вызывать у ребенка негативные эмоции (смотрите предыдущий параграф).
- ✓ Не ограничивайтесь единичной беседой. Лучше обсуждать ситуацию, сложившуюся в семье, регулярно, наблюдая за настроением ребенка. Такие беседы покажут ребенку, что семейные проблемы лучше решать совместно, обмениваясь мнениями и помогая друг другу.



- ✓ Привлекайте ребенка к уходу за больным
- ✓ Возможно, один из лучших способов помочь ребенку в этой ситуации – вовлечь его в заботы по уходу за больным. Участие в общем деле создаст основу для постоянного обсуждения ситуации и будет способствовать ощущению того, что она находится под контролем. Впрочем, лишнего фанатизма здесь не нужно. Не следует поручать ребенку слишком много дел, препятствуя нормальному течению его пока еще незрелой жизни. При этом лучше давать такие задания, которые будут казаться ему весьма привлекательными. Это может быть прогулка с больным по парку, игра в настольные и иные игры, разговоры об истории семьи за просмотром семейного альбома. Хотя ограничиваться выделением собственного «фронта работ» тоже не стоит. Помогая, ребенок должен чувствовать, что вместе с семьей занимается общим делом.
- ✓ Ну и конечно, не забывайте выражать ребенку свою признательность за помощь. Говорите ему о положительных результатах, которые дает.

Помните ученые и врачи, опираясь на новейшие достижения в области медицины, постоянно работают над поиском новых способов профилактики деменции!



Видавництво та друк

ФО-П Шейніна О.В.

61001, м. Харків, пр. Гагаріна, 1

тел. (057) 732-36-98, (067) 962-28-68

E-mail: editor@izdatel.com.ua

<http://www.izdatel.com.ua>

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовників

і розповсюджувачів видавничої продукції

ДК № 2779 від 15.02.2007 р.

Наклад 1000 прим.