Съфинансиран от програма
„Еразъм+“
на Европейския съюз

forget me not

НЕЗАБРАВКА

(FORGET-ME-NOT)

Обучителни модули

МОДУЛ 1

forget me not

Деменция:

форми, начини за справяне и подход

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

СЪДЪРЖАНИЕ

М.1.1. Различни форми на деменция и характеристики 4
Какво е деменция? 4
Защо е важно да се постави диагноза? 4
Колко разпространена е деменцията? 5
Често използвани определения на деменция 5
М.1.1.1 Болест на Алцхаймер 5
Признаци и симптоми на болестта на Алцхаймер 5
Кой може да бъде засегнат? 6
Поставяне на диагноза 6
Как се лекува болестта на Алцхаймер? 6
Може ли болестта на Алцхаймер да бъде предотвратена? 7
М.1.1.2. Съдова деменция 7
Поставяне на диагноза 7
Лечение на съдова деменция 8
Какво да очакваме при съдова деменция? 8
Причини за съдова деменция 8
М.1.1.3. Деменция с телца на Леви 9
М.1.1.4. Смесена деменция 9
Симптоми на смесена деменция 10
Поставяне на диагноза 10
Причини и рискове 10
Лечение и развитие 10
М.1.1.5. Други видове деменция 10
Фронтално-темпорална деменция 11
По-рядко срещани видове деменция 11
М.1.1.6. Изследвания за диагностициране на деменция 12
Изследвания на умствена способност за диагностициране на деменция 12
Кръвни изследвания за проверка на други заболявания 12
Сканиране на мозъка за деменция 13
М.1.2. Как да подходим към хора с деменция 13
Подкрепа на човек с деменция в ежедневието 13
Поддържане на хобита и интереси 14
Поддържане на добро здраве и правилно хранене 14

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

Поддържане на лична хигиена 15
Здравословен сън 15
Значение на благосъстоянието на придружителя 15
М.1.2.1. Валидираща терапия 16
Пик на спомените 16
Защо е важно да повтарят историите си, макар и неправдоподобни? 17
Спокойствие или правдоподобие – кое е по-важно? 18
М.1.2.2. Начин на общуване 18
Начален контакт 18
Разбиране 19
Предаване 19
М.1.2.3 Декатастрофизация – метод на когнитивно преструктуриране 19
М.1.2.4. Терапия на ориентация към реалността 20
Какво е ориентация към реалността? 20
Помага ли ориентацията към реалността на хора с деменция? 21
Техники, използвани при ориентация към реалността 21
Предпазни мерки 21
М.1.2.5. Когнитивно-стимулационната терапия 22
Какво е КСТ? 22
Колко ефективна е КСТ? 23

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

М.1.1. Различни форми на деменция и характеристики

Деменция е общ термин за загуба на паметта и други умствени способности - достатъчно тежка, за да преобърне ежедневието. Тя се причинява от физически промени в мозъка. Болестта на Алцхаймер е най-често срещаният вид деменция, но има и други видове.

С възрастта загубата на памет може да се превърне в проблем. Нормално е паметта да бъде повлияна от стрес, умора или определени заболявания и лекарства. Това може да бъде неприятно, ако се случва от време на време, но ако се отразява на ежедневния живот на човек или става тревожно, трябва да се потърси медицински съвет.

Деменцията обаче не е само загуба на памет. Тя може също да повлияе на начина, по който хората говорят, мислят, чувстват и се държат. Важно е да запомним, че деменцията не е естествена част от стареенето.

Какво е деменция?

Деменция е синдром (група от симптоми), свързан с постоянен спад на мозъчната функция. Това може да включва проблеми от типа на:

- загуба на памет
- забавено мислене
- замъгляване на ума
- влошен говор
- влошено разбиране
- неадекватна преценка
- променливо настроение
- затруднено движение
- затруднения при ежедневни дейности

Има много различни причини за деменция. Хората често не правят разлика между болестта на Алцхаймер и деменция. Болестта на Алцхаймер е вид деменция и заедно със съдовата деменция съставляват мнозинство от случаите на заболяването. Хората с деменция могат да станат апатични или незаинтересовани към обичайните си дейности; могат да изпитват и затруднения да контролират емоциите си. Възможно е да загубят интерес към общуване с други хора. Части от тяхната личност може да се променят. Човек с деменция може да загуби съпричастност (разбиране и състрадание), да вижда или чува неща, които други хора не могат (халюцинации). Тъй като хората с деменция може да загубят способността да си спомнят събития или напълно да не разбират средата около себе си, ще изглежда, че те не казват истината. Деменцията засяга умствените способности, поради което човек може да изпитва затруднения при планиране и организиране на дейности. Запазването на личната независимост може да се превърне в проблем. Затова човек с деменция обикновено се нуждае от помощ - от приятели или роднини, включително помощ при вземането на решения.

Защо е важно да се постави диагноза?

Въпреки че няма лечение за деменция в момента, когато се постави диагноза в ранен стадий, има начини да се забави и да се поддържа умствената функция. Диагнозата може да помогне на хората с деменция да получат правилно лечение и подкрепа и да помогне на близките им

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

да се подготвят и планират бъдещето. С правилно лечение и подкрепа много хора са в състояние да водят активен, задоволяващ живот. Има вероятност симптомите на деменция да се влошават с времето. В много по-късни етапи хората може да правят все по-малко неща самостоятелно и да загубят голяма част от способността си да общуват.

Колко разпространена е деменцията?

През 2015 г. хората с деменция са приблизително 10,5 милиона в Европа. Прогнозите са тревожни, тъй като броят на засегнатите хора се предвижда да се увеличи до 13,4 милиона до 2030-та г. и до 18,7 милиона до 2050 г.

Според Европейската комисия най-честите причини за деменция в ЕС са болестта на Алцхаймер (около 50 - 70% от случаите) и последователните инсулти, които водят до мултиинфарктна деменция (около 30%). Други причини са болестта на Пик, болестта на Бинсвангер, деменция с телца на Леви и други.

Често използвани определения на деменция

Докато различните видове заболявания варират, има някои често използвани термини, които се използват, за да ги опишем:

Кортикална деменция: Увреждането на мозъка засяга главно мозъчната кора или външния слой. Тя има тенденция да причинява проблеми с паметта, езика, мисленето и социалното поведение.

Субкортикална деменция: Засяга части от мозъка под мозъчната кора. Този тип е склонен да предизвиква промени в емоциите и движението в допълнение към проблемите с паметта.

Прогресивна деменция: Този тип се влошава с течение на времето, постепенно се намесва в повече когнитивни способности и ежедневни дейности.

Първична деменция: Този тип не е резултат от други заболявания. Болестта на Алцхаймер е първичен тип.

Вторична деменция: Състоянието се появява в резултат на физическо заболяване или нараняване.

Някои видове се вписват в повече от едно от тези определения. Например болестта на Алцхаймер се описва едновременно като първична, прогресивна и кортикална.

M.1.1.1 Болест на Алцхаймер

Признаци и симптоми на болестта на Алцхаймер

Болестта на Алцхаймер е прогресивна болест, което означава, че симптомите се развиват постепенно през много години и по-нататък стават по-тежки. Тя засяга множество мозъчни функции. Първият признак на болестта на Алцхаймер обикновено са незначителни проблеми с паметта. Например това може да бъде забравяне за последните разговори или събития, както и забравяне на имената на места и обекти.

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

С развитието на болестта проблемите с паметта стават по-тежки и могат да се развият допълнителни симптоми като:

- объркване, загуба на ориентация и загубване на познати места
- затруднения при планиране или вземане на решения
- проблеми с речта и езика
- проблеми с придвижването без помощ или спазването на редовна лична хигиена
- личностни промени като например повишена агресия, взискателност и подозрителност към другите
- халюцинации (виждане или чуване на неща, които не съществуват) и заблуди (вярване на неща, които са неверни)
- лошо настроение или тревожност

Кой може да бъде засегнат?

Болестта на Алцхаймер е най-често срещана при хора на възраст над 65 години. Рискът от болестта на Алцхаймер и други видове деменция се увеличава с възрастта и засяга приблизително 1 на 14 души на възраст над 65 г. и 1 на всеки 6 души на възраст над 80 г. Около 1 на всеки 20 случая на болестта на Алцхаймер засяга хора на възраст от 40 до 65 години. Тогава говорим за ранна поява на болестта на Алцхаймер.

Поставяне на диагноза

Тъй като симптомите на болестта на Алцхаймер напредват бавно, може да бъде трудно да се установи, че има проблем. Много хора смятат, че проблемите с паметта са просто част от остаряването. Също така самият процес на заболяването може (но не винаги) да не позволи на човека да разпознае промени в паметта си. Но болестта на Алцхаймер не е „нормална“ част от процеса на остаряване. Точна и навременна диагноза на болестта на Алцхаймер може да даде на човек най-добрия шанс да се подготви и планира бъдещето, както и да получи лечение или подкрепа.

При поставяне на диагноза е добре близък човек да придружи страдащия, тъй като може да помогне да опише забелязаните промени или проблеми. Ако се притесняваме за наш близък, трябва да го насърчим да отиде на преглед и да предложим да го придружим. В момента няма лесно изследване, което може да постави диагноза за болестта на Алцхаймер. Също така е важно да запомним, че проблемите с паметта не означават непременно, че човекът има болест на Алцхаймер.

Ако съществува подозрение за болестта на Алцхаймер, страдащият следва да бъде насочен към специалист, който ще може да:

- прецени симптомите по-подробно
- организира по-нататъшни изследвания, като например скенер на мозъка
- състави план за лечение и грижа

Как се лекува болестта на Алцхаймер?

В момента няма лечение за болестта на Алцхаймер, но съществуват **лекарства**, които могат да помогнат за облекчаване на някои от симптомите. Различни други видове подкрепа също са на разположение за помощ на заболелите, за да продължат да живеят самостоятелно, доколкото е възможно. Това може да включва промени в тяхната **домашна среда**, за да им е по-лесно да се движат и да извършват ежедневните дейности. **Психологически лечения** като когнитивно-

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

стимулационната терапия могат да имат положителен ефект върху паметта, решаването на проблеми и комуникационните способности.

Хора с болестта на Алцхаймер могат да живеят много години, след като започнат да развиват симптоми. Но това може да варира значително от човек до човек. Болестта на Алцхаймер е доживотно заболяване, въпреки че много хора с диагноза ще починат по друга причина. Тъй като болестта на Алцхаймер е прогресивно неврологично заболяване, тя може да причини проблеми с преглъщането. Това може да доведе до вдишване на храна в белите дробове, което да стане причина за чести гръдни инфекции. Често явление при хора с болестта на Алцхаймер са затруднения с храненето и намален апетит.

Става все по-ясно, че хората с болестта на Алцхаймер се нуждаят от палиативни грижи. Това включва подкрепа и за семейството на човека с болестта на Алцхаймер.

Може ли болестта на Алцхаймер да бъде предотвратена?

Тъй като точната причина за болестта на Алцхаймер не е ясна, няма известен начин да се предотврати. Но има неща, които могат да намалят риска или да забавят появата на деменция като например:

- спиране на тютюнопушенето и намаляване на алкохола
- здравословен начин на хранене и поддържане на здравословно тегло
- поддържане на физическа и психична активност

Тези мерки имат и други ползи за здравето - намаляване на риска от сърдечно-съдови заболявания и подобряване на цялостното психично здраве.

М.1.1.2. Съдова деменция

Съдовата деменция е често срещан вид деменция, причинена от намален приток на кръв към мозъка. Има тенденция да се влошава с течение на времето, въпреки че понякога е възможно да се забави.

Симптоми на съдова деменция

Съдовата деменция може да започне внезапно или да се появи бавно с течение на времето. Симптомите включват:

- забавяне на мисълта
- трудности при планиране и разбиране
- проблеми с концентрацията
- промени в настроението, личността или поведението
- чувство на дезориентация и объркаост
- затруднено ходене и поддържане на баланс
- симптоми на болестта на Алцхаймер като например проблеми с паметта и говора (много хора със съдова деменция също имат Алцхаймер)

Тези проблеми могат да направят ежедневните дейности все по-трудни и заболелият може в крайна сметка да не може да се грижи за себе си.

Поставяне на диагноза

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

При поява на признаци и съмнения за съдова деменция заболелият трябва да посети своя лекар, особено ако е на възраст над 65 години. При диагноза на ранен етап лечението може да спре влошаването на съдовата деменция или поне да я забави. Личният лекар може да направи някои прости изследвания, за да се опита да намери причината за симптомите и при нужда да изпрати заболелия при специалист за по-нататъшни изследвания.

Няма единично изследване за съдова деменция. За да се постави диагноза, са необходими следните изследвания:

- оценка на симптомите – например дали има типични симптоми на съдова деменция
- пълна анамнеза за заболявания, свързани със съдовата деменция, като инсулт или високо кръвно налягане
- оценка на умствените способности – това обикновено включва редица задачи и въпроси
- сканиране на мозъка като ЯМР, КТ или Еднофотонна емисионна компютърна томография (SPECT) – това може да открие признаци на деменция и увреждане на кръвоносните съдове в мозъка.

Лечение на съдова деменция

В момента няма лек за съдова деменция и няма начин да се обърне загубата на мозъчни клетки, възникнала преди поставянето на диагноза. Но лечението понякога може да забави съдовата деменция. Лечението има за цел да се справи с основната причина, което може да намали скоростта на загуба на мозъчни клетки. Това често включва:

- здравословно хранене
- отслабване, ако лицето е с наднормено тегло
- спиране на тютюнопушенето
- физическа активност
- намаляване на алкохола
- приемане на лекарства (примерно за лечение на високо кръвно налягане), понижаване на холестерола или предотвратяване на кръвосъсирване

Други лечения, включително физиотерапия, трудова терапия, дейности, свързани с борба с деменцията (като например групови срещи на заболели и техните придружители) и психологически терапии могат да спомогнат за намаляване на въздействието на всички съществуващи проблеми.

Какво да очакваме при съдова деменция?

Съдовата деменция обикновено се влошава с течение на времето. Може да има както внезапни промени, така и периоди, когато симптомите не се променят много. Трудно е да се предвиди как точно ще се развие болестта. Често ще има нужда от домашен придружител, а някои хора в крайна сметка ще се нуждаят от грижи в старчески дом. Въпреки че лечението може да помогне, съдовата деменция може значително да съкрати продължителността на живота. Но това варира и много хора живеят дълги години с болестта или умират по някаква друга причина.

Причини за съдова деменция

Съдовата деменция се причинява от намален приток на кръв към мозъка, което уврежда и в крайна сметка убива мозъчните клетки. Това може да се развие в резултат на:

- стесняване и запушване на малките кръвоносни съдове в мозъка

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

- единичен инсулт (при който кръвоснабдяването на част от мозъка внезапно спира)
- повече „мини инсулти“, които причиняват малки, но широко разпространени увреждания на мозъка

В много случаи тези проблеми са свързани със съществуващи заболявания, като високо кръвно налягане и диабет, а също и фактори, свързани с начин на живот - например тютюнопушене и наднормено тегло. Справянето с тях може да намали риска от съдова деменция в по-късен етап на живота, въпреки че все още не е ясно колко точно може да се намали рискът от деменция.

M.1.1.3. Деменция с телца на Леви

Деменцията с телца на Леви (ДТЛ) причинява проблеми с умствените способности и редица други трудности. Симптомите са склонни да идват постепенно и да се влошат в течение на няколко години, въпреки че лечението може да помогне.

Проблеми с умствените способности

Както при други видове деменция, ДТЛ обикновено причинява проблеми с:

- скорост на мислене
- разбиране
- преценка
- визуално възприемане
- говор
- памет (но значителна загуба на паметта може да настъпи много по-късно)

Тези проблеми могат да бъдат постоянни, но обикновено са склонни да идват и да отминават. Има и други симптоми на ДТЛ, които могат да помогнат да я разграничат от други видове деменция, като:

- резки преходи между бдителност и обърквене или сънливост – това може да се случи неочаквано и да се промени в продължение на часове или дни
- забавен ход, втвърдени крайници, треперене (неконтролируемо треперене) и разклащане при ходене, подобно на болестта на Паркинсон
- виждане или понякога чуване на неща, които не съществуват (халюцинации) – те могат да варират от приятни до тревожни
- припадък, нестабилност и падане
- нарушен сън – това може да е говорене насън, възприемане на сънища като действителност или сънливост през деня
- затруднено преглъщане
- депресия

Ежедневните дейности стават все по-трудни и може да има допълнителни здравословни проблеми, като например нараняване след падане или гръдна инфекция, причинена от случайно вдишване на храна.

M.1.1.4. Смесена деменция

При най-честата форма на смесена деменция, анормални протеинови отлагания в мозъка, свързани с болестта на Алцхаймер, се комбинират с проблеми в кръвоносните съдове, свързани със съдова деменция. Промени в мозъка заради Алцхаймер също често се комбинират с ДТЛ. В някои случаи човек може да има промени в мозъка, свързани с трите

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

заболявания — болест на Алцхаймер, съдова деменция и деменция с телца на Леви. Учените не знаят колко от възрастните с диагноза на определен вид деменция всъщност имат смесена деменция, но множество аутопсии показват, че смесената деменция може да бъде значително по-често явление, отколкото се предполага. Аутопсията играе ключова роля за разбирането на смесената деменция, защото учените все още не могат да изследват повечето свързани с деменцията мозъчни промени приживе.

Симптоми на смесена деменция

Симптомите на смесена деменция може да варират в зависимост от видовете мозъчни промени и засегнатите мозъчни области. В много случаи симптомите могат да бъдат подобни или дори неразличими от тези на болестта на Алцхаймер или друг вид деменция. В други случаи симптомите на заболелия може да сочат към повече от един вид деменция.

Поставяне на диагноза

Диагнозата на смесена деменция идва след аутопсия на мозъка. Повечето хора, чиито аутопсии показват, че са имали смесена деменция, са били диагностицирани с поне един специфичен вид деменция приживе - най-често с болестта на Алцхаймер.

Причини и рискове

Въпреки че смесената деменция е рядко диагностицирана приживе, много учени смятат, че заслужава повече внимание, защото комбинацията от два или повече видове на свързани с деменция мозъчни промени могат да имат по-голямо въздействие върху мозъка, отколкото един тип само. Данните сочат, че наличието на повече от един вид промяна, свързана с деменция, може да увеличи шансовете човек да развие симптоми.

Лечение и развитие

Тъй като повечето хора със смесена деменция са диагностицирани с един вид деменция, лекарите често основават своите решения за лечение на вида на деменция, която е диагностицирана. Няма специално предназначени лекарства за лечение на смесена деменция. Лекарите, които смятат, че болестта на Алцхаймер е сред заболяванията, допринасящи за деменцията, обикновено предписват лекарства, предназначени за болестта на Алцхаймер.

Много учени са убедени, че нарастващото разбиране на смесената деменция, заедно с възприемането, че съдовите промени са най-често срещаните съвместно съществуващи промени в мозъка, може да създаде възможност за намаляване на броя на хората, които развиват деменция. Управлението на общите рискови фактори за заболявания на сърцето и кръвоносните съдове също може да предпази мозъка от съдови промени.

M.1.1.5. Други видове деменция

Болест на Кройцфелд-Якоб

Тя е най-често срещаната форма на прионните болести. Те се проявяват, когато прионният протеин започва да се нагъва в необичайна форма. Неговата роля не е напълно изяснена. Протеините обикновено са подредени в уникална конформация, за да получат функция в клетките. Прионните протеини се срещат както в нормална форма, която е безвредна за

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

клетките на тялото, така и в инфекциозна, която причинява заболяването. Двете форми имат една и съща последователност на аминокиселини (градивните елементи на протеините), но инфекциозната е с различно нагънат вид. Те са навсякъде в тялото, но се появяват и в мозъка, където предизвикват лезии (нарушена цялост). Болестта на Кройцфелд-Якоб се среща рядко, около 1 случай на 1 млн. души годишно в световен мащаб.

Учените различават три основни форми на заболяването:

Спорадична болест на Кройцфелд-Якоб — развива се спонтанно, без известна причина или рискови фактори. Тази разновидност представлява 85% от случаите. Появява се за първи път между 60 и 65 години. Смята се, че произлиза от грешка в частта на организма, която произвежда протеина и контролира количеството му. По-вероятно е тези грешки да настъпват при остаряване, което обяснява проявата ѝ над 60 г. Приблизително 90% от хората с диагноза спорадична болест на Кройцфелд-Якоб умират в рамките на една година.

Фамилна болест на Кройцфелд-Якоб — причинена е от определени промени в гена PrP на хромозома 20, който кодира биологичния план за прионния протеин. При болните се унаследяват точно такива промени в гена от родителите. Тази форма обхваща 10 - 15% от случаите. Развива се по-рано - около 20 до 40 години. Генетични изследвания могат да определят риска от наследствена мутация. Шансът родителят да го предаде е 50% за всяко дете.

Придобита болест на Кройцфелд-Якоб — тя е резултат от излагане на външен източник на анормален прионов протеин. Смята се, че такива случаи са едва около 1% от всички. Първият най-често срещан външен източник са медицински процедури, включващи инструменти, използвани в неврохирургията, растежен хормон от човешки източници или някои трансплантирани човешки тъкани. Цялостният риск от медицински процедури е значително намален, тъй като техниките за стерилизация се усъвършенстват, използват се и инструменти за еднократна употреба, както и синтетични източници на растежния хормон. Вторият източник са месо и други животински продукти, заразени с вид енцефалопатия по говедата (болест на „лудата крава“).

Фронтално-темпорална деменция

Фронтално-темпоралната деменция се отличава с предимно поведенчески отклонения в съчетание с когнитивни нарушения. Характерни прояви са: буйно поведение, безпричинна веселост, ексцесивно хранене, пушене, употреба на алкохол, депресия, тревожност, нарушения на паметта и речта (повтаряне на думи, мутизъм).

- Кортикобазална деменция
- Други корови деменции

При предимно подкорови дегенеративни заболявания – има увреждане на мозъчните структури под мозъчната кора.

По-рядко срещани видове деменция

Други видове деменция, където мозъчната функция е засегната, включват:

- Хорея на Хънтингтън
- Хидроцефалия с нормално налягане
- Последваща кортикална атрофия

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

- Деменция в напреднал стадий на болестта на Паркинсон
- Синдром на Корсаков

За да разберете повече за тези и други по-рядко срещани видове деменция, потърсете в интернет или говорете със специалист.

M.1.1.6. Изследвания за диагностициране на деменция

Няма единично изследване за деменция. Диагнозата се основава на комбинация от оценки и изследвания. Те могат да бъдат направени от личен лекар или специалист.

Запознаване с историята на пациента

Това обикновено се прави от личния лекар. Ако пациентът е насочен към специалист, той ще изследва личната история по-подробно. Ще бъде от полза, ако пациентът е придружен от близък, който познава добре пациента, за да помогне при описването на всичките забелязани промени или проблеми.

Лекарят ще:

- пита как и кога са започнали симптомите и дали засягат ежедневието
- провери дали съществуващи заболявания, като сърдечни заболявания, диабет, депресия или инсулт, се лекуват правилно
- прегледа лекарствата, които пациентът приема, било предписани лекарства или алтернативни продукти като добавки с витамини

Изследвания на умствена способност за диагностициране на деменция

Хората със симптоми на деменция са подложени на изследвания за проверка на техните умствени способности като памет или мислене. Тези изследвания са известни като когнитивни оценки и могат да бъдат направени първоначално от личния лекар.

Въпреки че тези изследвания не могат да диагностицират деменция, те могат да покажат, че има затруднения с паметта, които се нуждаят от по-нататъшни изследвания. Повечето изследвания включват серия от тестове и въпроси, всеки от които води до резултат. Тези тестове оценяват редица различни умствени способности, включително:

- кратко- и дългосрочна памет
- концентрация и внимание
- говор и комуникативни умения
- ориентация във времето и пространството

Кръвни изследвания за проверка на други заболявания

Личният лекар ще изиска кръвни изследвания, за да изключи други причини за симптоми, които могат да бъдат объркани с деменция. В повечето случаи тези кръвни изследвания ще проверят за:

- чернодробна функция
- бъбречна функция

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

- функция на щитовидната жлеза
- хемоглобин А1 с (за проверка за диабет)
- нива на витамин В12 и фолиева киселина

Сканиране на мозъка за деменция

Сканирането на мозъка често се използва за диагностициране на деменция, след като по-простите изследвания са изключили други проблеми. Както тестовете за памет, сами по себе си мозъчните скенери не могат да диагностицират деменция, но се използват като част от по-широката оценка. Не всеки ще се нуждае от сканиране на мозъка, особено ако изследванията и оценките показват, че деменцията е най-вероятната диагноза. Тези сканирания могат да се използват и за проверка на други възможни проблеми, които биха обяснили симптомите на пациента като инсулт или мозъчен тумор.

ЯМР се препоръчва, за да:

- помогне за потвърждаване на диагнозата на деменция и на типа заболяване, което я причинява
- предостави подробна информация за увреждането на кръвоносните съдове, което се появява при съдова деменция
- се покаже свиване в определени области на мозъка – например фронталните и темпоралните лобове са засегнати основно при фронтално-темпорална деменция, докато обикновено само темпоралните лобове са засегнати в ранните стадии на Алцхаймер.

Компютърна томография (КТ) може да се използва за проверка на признаци на инсулт или мозъчен тумор. Тя не може да даде подробна информация за структурата на мозъка. Дори обаче томографията да не показва очевидни промени, това не означава, че пациентът няма деменция.

Други видове сканиране като SPECT сканиране или PET сканиране може да се препоръча, ако резултатът от ЯМР или КТ е несигурен. Повечето хора обаче няма да се нуждаят от тези видове сканирания. И двете - SPECT и PET сканирания, показват мозъчната функция. Може да покажат също и аномалии в притока на кръв към мозъка.

М.1.2. Как да подходим към хора с деменция

Придружители на хора с деменция ежедневно трябва да се справят с редица практически предизвикателства. Хората с деменция могат да се чувстват уязвими, тъй като с напредъка на тяхното състояние те все повече разчитат на други хора да им помагат. Важно е заболелите да се чувстват уверени и подпомагани, като същевременно запазват известно ниво на независимост.

Подкрепа на човек с деменция в ежедневието

Когато човек постепенно установява, че умствените му способности намаляват, вероятно е да изпита тревога и стрес. С времето осъзнава нарастващата си непохватност и неспособност да си спомня неща и това може да бъде много разстройващо. Когато се грижим за човек с поставена

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

диагноза за деменция, можем да му помогнем да се чувства по-сигурен, като създадем редовна ежедневна рутина в спокойна среда, където заболелият да бъде насърчаван, а не критикуван.

Включването на заболелия в ежедневни задачи може да му помогне да се чувства полезен и оценен. Можем да го включим с помощ при пазаруване, приготвяне на масата или събиране на листа в градината. С напредването на болестта тези задачи може да станат по-трудни и е възможно да се наложи да оказваме все повече помощ.

Как да помагаме?

Основният начин, по който можем да помогнем на човек с деменция, е, като му предоставим допълнителна помощ, съчувствие и се опитваме да не критикуваме това, което прави. За болния е важно да се чувства полезен. В ранните стадии може да създаваме помагала за ориентиране из къщи, за да му помогнем да си спомни кое къде е. Например можем да залепим снимки на вратите на шкафа за това, което е вътре, като чаши и чинии. Това ще стимулира паметта и ще му позволи да запази относителна независимост за по-дълго.

Поддържане на хобита и интереси

Много хора с деменция продължават да се радват на своите хобита или интереси. Например, ако обичат да готвят, те могат да помагат при приготвянето на храна. Разходки или занимания из градината са прост начин да правят упражнения и да имат чувство за нещо постигнато. Също така те могат да предпочетат да слушат музика или да играят настолни игри. Грижа за домашен любимец може да донесе много удоволствие.

Ако човекът, за когото се грижите, е общителен или има голямо семейство, той може да се радва на посещения на роднини или приятели. От друга страна, заболелият може да се затруднява да общува, ако има много посетители едновременно.

Поддържане на добро здраве и правилно хранене

Важно е заболелият да има здравословна, балансирана диета и да прави някои основни упражнения. Колкото по-дълго поддържаме добро физическо състояние, толкова по-добро ще бъде качеството му на живот. Лесно е да се потърсят подходящи упражнения в интернет. Ако заболелият не яде достатъчно или яде нездравословна храна, той може да стане податлив на други заболявания. Ако се разболеят от допълнителна болест, хората с деменция могат да станат по-объркани и уязвими.

Честите хранителни проблеми при хора с деменция включват:

- не разпознават храната
- забравят коя храна им харесва
- отказват или изплюват храната
- съпротивляват се на хранене
- изпитват желание за странни комбинации от храна

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

Това поведение обикновено се дължи на объркване или дразнене в устата, причинено от проблеми със зъбите, а не защото искат да бъдат странни. Ако сте загрижени за поведението на човека при хранене, говорете с неговия личен лекар.

Как да помогнем:

- Хубаво е да включваме човека, за когото се грижим. Например, ако той не може да се храни сам, може да поставим прибор в ръката му и да му помогнем да го насочи към устата си. Може също така да го включим в приготвянето на храна, ако е в състояние.
- Важно е да запазим спокойствие. Ако сме напрегнати по време на хранене, човекът, за когото се грижим, вероятно ще реагира. Добре е да предвидим достатъчно време за хранене, така че да се справим с всички проблеми, които могат да възникнат.
- С течение на времето заболелият има вероятност да промени навиците си на хранене, както и други навици. Ако сме наясно с това и се опитаме да бъдем гъвкави, ще предотвратим някои напрегнати моменти.
- Ако смятаме, че човекът, за когото се грижим, има здравословни или стоматологични проблеми, трябва да потърсим помощ от неговия лекар или зъболекар. Може да говорим с други хора – например придружители в подобна ситуация, и да обменим опит.
- Ако заболелият пуши, можем да заменим кибрита със запалка, за да намалим риска от случайно причиняване на пожар.
- Ако заболелият пие алкохол, добре е да проверим дали това се препоръчва заедно с лекарствата, които взема. Най-добре е да попитаме неговия личен лекар.

Поддържане на лична хигиена

Хората с деменция могат да се притесняват от някои аспекти на личната хигиена и може да се нуждаят от помощ при измиване. Има повишен риск от падане в банята или пък загуба на ориентация под душа. Заболелият може да не иска да бъде оставен сам или пък да не иска да се къпе, защото се притеснява от придружителя, когато е гол в банята. Опитайте се да намерите начин, който да му е съответен в най-висока степен.

Здравословен сън

Хората с деменция често имат нарушен сън. Те може да се събуждат през нощта или да спят неспокойно. Тези проблеми могат да се влошат с напредъка на заболяването. Хората с деменция могат да имат и болезнени заболявания (като артрит например), които причиняват или допринасят за влошения сън. Някои лекарства могат да причинят сънливост през деня и да пречат на съня през нощта. Приспивателните хапчета трябва да се използват внимателно при хора с деменция. Често пъти обаче простите мерки за хигиена на съня са най-добрите – например избягване на дрямка през деня, лягане в редовен час и избягване на алкохол или кофеин вечерно време.

Значение на благосъстоянието на придружителя

Когато се грижим за човек, който има деменция, може да ни е трудно да сме винаги положително настроени. Не забравяйте, че не сте сами и че има форми на подкрепа от властите и от близките. Говорете с някого за вашите притеснения. Това може да бъде роднина

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

или приятел, член на вашата местна група за подкрепа на хора с деменция. Вашият личен лекар може да ви насочи към психолог във вашия район.

Важно е за физическото здраве и психическото благосъстояние на придружителя да има възможност за прекъсване (почивка) от грижите. Придружителите също може да се нуждаят от здравни грижи за себе си, ако трябва да отидат в болница или да обърнат внимание на лични ангажименти.

Приятели, роднини и съседи могат да поемат грижата за човека с деменция. Може да има достъпни услуги от местните власти или частни организации в помощ на придружителя. Грижа за болен извън дома може да обърка някои хора с деменция (докато са извън къщи и след като се върнат обратно). Ако решите да си починете, изпращайки болния на някое специализирано място, ще е добре да го посетите предварително, за да проверите дали отговаря на нуждите на човека с деменция.

Грижата за човек с деменция може да бъде натоварваща и стресираща, но има много организации, които помагат. Потърсете в интернет каква помощ има на ваше разположение в местния район.

<u>М.1.2.1. Валидираща терапия</u>

Много от процедурите, които се прилагат, са насочени към това да съхранят самоопределящите спомени и убеждения на хората с деменция. По време на терапията за възстановяване на спомените, болните биват приканвани да говорят за отминали събития или преживявания, като им се предоставят снимки или други важни за тях предмети, които да ги улеснят.

При валидиращата терапия се залага на идеята, че пациентите могат да не са свързани оттук нататък с реалността поради увреждане на способността им за запомняне. Те могат да изследват собствената си реалност и да я споделят с придружителите си, което от своя страна ще изгради форма на доверие между тях и ще намали тревожността им. С помощта на приятели и членове на семейството, чрез активно насърчаване на спомени за изминалия живот, хората, страдащи от деменция, си спомнят ключови събития и аспекти от него.

<u>Пик на спомените</u>

Трябва да знаем, че при хората с деменция същинските схващания за това кои са те (често наричано идентичност или усещане за самия себе си) рискуват да бъдат забравени, а това трябва да бъде предотвратено, за да се насърчи тяхното приобщаване към обкръжаващата ги среда. Учените наблюдават, че с остаряването хората запазват повече спомени или помнят повече детайли, свързани с преживявания от юношеството или възрастта между 10 и 30 години, когато е пикът на спомените ни. Причината за този пик е, че възприемаме тези събития като определящи ни и от ключово значение за самите нас.

Имаме склонността да подценяваме степента, в която се променяме във времето, тъй като погрешно наподобяваме поведение или нагласа от миналото с такива от настоящето. Ние просто не успяваме да актуализираме своята самооценка в светлината на случващото се. Все пак това явление е най-силно изразено при пациенти с деменция, които често се виждат

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

такива, каквито са били преди появата на болестта, тоест когато са били активни, заети и независими.

В книгата си „Да опазя мама“ (“Keeping mum”, 2011) британският философ Мериан Талбот описва, че преди да се разболее от деменция, майка ѝ е разказвала прекрасни истории. Една от най-добрите е била следната: един ден, когато е била на 14 години, майка ѝ е закъсняла за училище, тъй като нейната майка тъкмо е родила близнаци. Директорът на училището не е повярвал на това оправдание и я е наказал, което тя е приела като ужасна несправедливост. С напредването на деменцията историята за раждането на близнаците започва да се преплита с други истории, свързани с това как е закъснявала за училище, като тези истории се повтарят многократно.

В свое изследване върху начина, по който разказват и определят идентичността си пациенти с Алцхаймер, Ларс Кристер Хайдън и Линда Орюлв от университета Линкьопинг в Швеция, анализират историите, разказани от две жени с това заболяване. Едната от жените е Марта.

Марта често разказва историята за това как се е научила да шофира и си е купила кола, преборвайки се със съмненията на съпруга и семейството. Това е било нещо, с което се е гордеела, защото не много жени по онова време са го постигали. Аспекти от историята са повтаряни често, дори и по време на един и същи разговор, и съдържат в себе си известни противоречия.

<u>Защо е важно да повтарят историите си, макар и неправдоподобни?</u>

Изопачените и повтарящи се спомени на майката на Мериан и на Марта създават проблеми, защото наблюдаваните противоречия са знак, че някои от техните убеждения вероятно не са правдоподобни. Повтарянето на моменти от историите предполага, че те не са наясно, че са ги разказвали преди и то на същите хора. Въпреки това е важно за тях да повтарят историите, които смятат, че са от значение, макар да съдържат несъответствия и събеседниците им да се отказват да ги слушат. Защо?

Когато нямат достъп до автобиографична информация, е възможно да започнат да губят своята идентичност, тоест да помнят все по-малко на брой убеждения за себе си и за своето минало, чиято съдържателност и смисъл стават все по-неясни. Това влияе негативно върху благосъстоянието им. Те губят увереността си да отговарят на въпроси, да участват в разговори и им се струва изключително трудно да използват информация от живота, който са водили преди появата на болестта.

Изправени пред опасността да загубим идентичността си, способността да разкажем история, която е с ключова роля в живота ни и лежи в основата на самооценката ни (несправедливо наказаната ученичка; жената, която се опълчва) е от съществено значение в два аспекта. Първо, ние извличаме психологическа полза от по-силното усещане за собственото си благосъстояние. Второ, разказването на една история е много вероятно да подобри социалното ни общуване и да повиши самоувереността ни в момент, когато рискът от изолация поради болестта е наистина голям.

Под психологическа полза се има предвид когнитивна – положително влияние върху способността да придобиваме, съхраняваме и използваме адекватно дадена информация.

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

Това социално общуване ни позволява да споделяме информация с другите и да получаваме обратна връзка. Повтарянето на една и съща история увеличава шанса тя да бъде запомнена за по-дълго, а оттам и възможността да подсилим самооценката си.

В случая с майката на Мериан е чувството, че е била честно момиче, което е наказано несправедливо. А в случая с Марта – чувството, че ще послуша вътрешния си глас и няма да се влияе от мнението на другите. Самоопределящите ни убеждения се съхраняват в резултат на повтарянето на изопачени спомени от миналото.

Очевидно е, че ако споменът бъде разказан точно, той ще е лишен от несъответствия и противоречия, а оттам и самата реалност ще бъде правдоподобна. Не така стоят нещата обаче с клиничните случаи на деменция, когато такива ясни и точни спомени трудно изплуват, защото са по-малко както ограниченията при преразказване, така и възможностите за самокоригиране. Ако заявим, че разказаната история не е точна, е напълно възможно не само да не постигнем повече прецизност, а точно обратното – да подтикнем пациента да се откаже да опитва. А така се загубва нишката на историята.

Спокойствие или правдоподобие – кое е по-важно?

Да осигурим спокойствие на човека с деменция с цената на правдоподобието, за да му дадем възможност да живее щастливо в своя илюзорен свят, отколкото нещастно в реалния свят, изглежда снизходително и някак неуважително. Въпреки това си струва да се погледне през различен ъгъл на позитивната когнитивна роля, която играят изкривените спомени при съхраняването на самоопределящите ни убеждения.

Марта може би е забравила вече колко силна воля е имала, когато е пожелала да стане шофьор. Затова трябва да бъдем отворени към възможността, че при някои обстоятелства погрешните убеждения могат да са изключително полезни за нас.

М.1.2.2. Начин на общуване

Голям акцент се поставя върху използването на подходящ език, когато общуваме с хора с деменция. В допълнение към принципите, изложени в предишния раздел за валидиращата терапия, когато се сблъскваме с несигурни бъдещи развития и възможности, трябва винаги да поставяме акцент върху най-положителните.

Начален контакт

- *визуален контакт*: установяваме контакт с очите преди да проговорим, избягваме да говорим изотзад или отгоре, тъй като зрението на болния е сведено до ограничено поле, подобно на тунел. Когато се доближаваме или сервираме нещо, важно е да се уверим, че сме в този тунел точно пред болния, за да не го стреснем.
- *допир*: докосваме леко, наблюдаваме (не)вербални реакции, бавно се отдръпваме, когато болният показва дискомфорт. Той винаги трябва да види откъде идва допирът.
- *задействане*: използваме определени сигнали или навици, за да отбележим началото на комуникацията в съответствие с личния опит на болния
- *емоции*: избягваме да показваме своите отрицателни емоции

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

- *край на общуването*: приключваме общуването изрично и бавно, като се отдръпваме постепенно и подчертаваме с думи

Разбиране

- *сигнали*: трябва да се възприемат като съобщения, които не са „странно“ поведение. Физическата и вербалната агресия може да бъдат последната останала част от начините на общуване, така че значението на думите не трябва да се приема буквално. Псувните, молитвите и пеенето се управляват от последната част от мозъка, която бива засегната.
- *личен профил*: трябва да се направи и документира внимателно, за да се използва от всички болногледачи
- *невербална комуникация*: трябва да се спазват и уважават невербалните сигнали
- *емоции*: трябва да се приемат сериозно
- *имитиране на болния*: участваме в техните движения и действия, за да разберем съобщението
- *търсене на думи*: помощ при намиране на думи след определен период от време

Предаване

- *внимание*: уверяваме се, че имаме вниманието на болния
- *ниво на реч*: опитваме се да изпращаме сигнали на няколко нива на речта, т.е. подчертавайки думите чрез съответната невербална комуникация
- *регистър, тон*: важно е да знаем кой регистър и тон са предпочитани от човека и да ги използваме
- *кратки изречения*: предаваме само едно съобщение с изречението, но на няколко нива на речта
- *затворени въпроси*: използваме затворени въпроси с отговор Да или Не, за да избегнем затрудняване на човека с намаляващи умствени способности
- *конкретни теми*: опитваме се да избягваме абстрактни теми

М.1.2.3 Декатастрофизация – метод на когнитивно преструктуриране

Изследвания показват, че между 38% и 72% от хората с деменция могат да страдат от тревожност особено в ранните стадии на деменция. Тя има отрицателно въздействие върху когнитивните увреждания и е свързана с превъзбуда и лошо качество на живот. Наличието на прекомерна тревожност може да бъде трудно да се установи при хора с деменция, особено когато изразителната или възприемчивата реч е нарушена. За съжаление няма достатъчно изследвания за лечение на тревожност при деменция, както и по по-широкия въпрос за овладяването на тревожни разстройства в напреднала възраст.

Съществува обаче често използвана техника, наречена когнитивно преструктуриране, базирана на когнитивната терапия. Основният когнитивен модел на тревожност предполага, че обикновено имаме тенденция към преоценка на тежестта и вероятността от опасност и подценяване на способността човек да се справя добре с несгодите. Най-големите ни надежди и най-лошите страхове рядко се осъществяват. Когнитивното преструктуриране (понякога наричано „декатастрофизация“) може да помогне на хората, страдащи от притеснение, да преценят обективно нещата, за които са загрижени. Тя може да се опише със следните стъпки:

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

- Определете *най-лошия* сценарий на страха си и оценете неговия отрицателен ефект 0 - 100%, вероятност 0 - 100% и способността си да се справите с 0 - 100%.
- По желание определете *най-добрия* сценарий и го оценете съответно.
- Определете *най-вероятния* сценарий и го оценете съответно.
- Разработете подробен и всеобхватен план за справяне, като накрая оцените отново отрицателния ефект, вероятността на тревожното събитие и способността ви да се справите.

Когато хората оценяват „тежестта“ на дадена ситуация или колко „лошо“ или разстройващо изглежда тя, първото число, което им идва на ум, е обикновено 100% или съвсем малко по-малко. Ако обаче оценявате проблемите си в горния край на скалата, това може да ви насърчи да увеличите тежестта им. Добър начин е да си представите най-лошата катастрофа, която може да ви сполети в живота, нещо ужасяващо (например цялото ви семейство е отвлечено, измъчвано и т.н.) Приемете, че 100% тежест представлява абсолютно най-разстройващото нещо, което може да си представите. Сега спрете и помислете колко сериозни или разстройващи в действителност са проблемите, пред които сте изправени в момента. Относително казано вероятно не са 100%, но падат малко по-надолу по скалата на тежестта. Когато имате това предвид, ще може да приемете по-балансирана перспектива по време на цялото упражнение.

Ето кратък списък с въпроси, които един придружител може да използва при човек с деменция, за да „декатастрофизира“ ситуацията, за която пациентът изглежда се притеснява.

Кое отрицателно събитие ви тревожи?
Опишете го най-точно/конкретно. Перифразирайте всичките условни въпроси (какво ако…?) – във форма на ясни прогнози и твърдения за това, от което се страхувате или каквото смятате, че ще се случи.

От какво точно се страхувате? Какво смятате, че ще стане?

В най-лошия случай как бихте могли да се справите?
От кого бихте поискали съвет? С кого бихте говорили за страховете си? Какви ресурси, способности или умения биха могли да ви бъдат полезни?

Какво бихте казали на себе си относно отрицателното събитие?
Какво искате да чуете, за да се успокоите? С какъв тон искате да чуете това?

M.1.2.4. Терапия на ориентация към реалността

Какво е ориентация към реалността?

Ориентацията към реалността се корени в техника, използвана при военни ветерани с увреждания, за да им помогне да се включат в обществото и да общуват със заобикалящата ги среда. Това е подход, при който средата, включително дати, местоположения и настояща обстановка, често се изтъква и вписва в разговорите с човека. Ориентацията към реалността,

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

когато се използва по подходящ начин и със състрадание, също може да бъде от полза за хората, живеещи с болестта на Алцхаймер и други деменции.

Помага ли ориентацията към реалността на хора с деменция?

Многобройни проучвания показват, че използването на ориентация към реалността е подобрило когнитивното функциониране на хората, живеещи с деменция, в сравнение с контролните групи, които не са я получили. Доказано е, че ориентацията към реалността подобрява познанието, когато е придружена от лекарства. Според проучване в „Британски вестник по психиатрия“ използването на ориентация към реалността от обучени членове на семейството в комбинация с лекарството „Донепезил“ демонстрира подобрение в когнитивното функциониране. Не е установен ефект върху настроението или поведението.

Може да има и други ползи. След преглед на шест изследвания, проучване в библиотека „Кохран“ заключава, че може да има известна полза не само за когнитивната функция, но и за буйното поведение, което може да намали качеството на живот на хората с деменция.

Техники, използвани при ориентация към реалността

- Споменаване на факти за ориентация, включително деня, часа, датата и сезона
- Често използване на името на човека
- Обсъждане на текущи събития
- Позоваване на часовници и календари
- Поставяне на табели и етикети на врати, шкафове и други предмети
- Задаване на въпроси за снимки или други лични вещи

Сравнения между ориентация към реалността и валидираща терапия

Ориентацията към реалността преживява спад в популярността през годините, особено в сравнение с валидиращата терапия. Това се дължи до голяма степен на загрижеността на хората, прилагащи ориентацията към реалността в широки граници, без да се вземат предвид емоциите и психичното здраве на човека.

За разлика от ориентацията към реалността, валидиращата терапия подчертава чувствата, водещи до поведението или изявленията. Тя насърчава човека да говори за реалността, в която се намира (а не тази, за която знаем, че е вярна) и вярва, че чрез обработка на някои (може би нерешени) проблеми, в крайна сметка болните може да бъдат по-спокойни.

Строгата ориентация към реалността може да доведе до грубо налагане на „реалната“ реалност, което води до безсърдечни отговори. Например на въпроси като „Къде е майка ми?“, терапията за ориентация към реалността установява контекста, чрез който да се формулира отговорът. Вместо да предостави фактите и само фактите, човек може да отговори: „Майка ви е починала отдавна. Вие сте на 92 години и майка ви не би могла да е жива днес.“

Валидиращата терапия има за цел да признае чувствата на даден човек и да обсъди тези чувства, за да помогне на болния да се ориентира кога са настъпили събития, какво означават за него и как са свързани с текущото му поведение.

Предпазни мерки

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

Като правило ориентацията към реалността трябва да се съпровожда от състрадание и да се използва по подходящ начин в полза на човека с деменция. Прилагането ѝ, без да се преценява дали това може да причини емоционален стрес на индивида, може да се окаже неподходящо.

В много ситуации (като непринудени ежедневни разговори) ориентацията към реалността може да бъде използвана, за да помогне на човека да се ориентира в обстановката около него. Ако обаче забележите, че болният става все по-разтревожен, вероятно трябва да отстъпите и да оставите състраданието да води разговора ви, като се присъедините към неговата реалност.

Най-общо казано, ориентацията към реалността може да е по-подходяща за хора с леко до умерено когнитивно увреждане. В този контекст това не само помага да се забави настаняването в старчески дом, но също така осигурява подобрено чувство за личен контрол и самочувствие.

M.1.2.5. Когнитивно-стимулационната терапия

Има редица мерки или подходи, които помагат на хората с деменция да подобрят паметта си и мислените си умения, за да се справят по-добре със загубата на паметта си. Една от мерките, за които има най-много сведения по отношение на клинична ефективност и ефикасност на разходите, е когнитивно-стимулационната терапия (КСТ).

Основни точки:

- Установено е, че КСТ помага за паметта и мислените умения на хора с лека до умерена деменция. Изследванията са проведени главно с хора с болестта на Алцхаймер или смесена деменция, но КСТ е от значение за всички.
- Хората с деменция, които са участвали в тестовата групата, съобщават за подобрено качество на живот.
- КСТ се оказва високо ефективен, но ниско-бюджетен подход.

Какво е КСТ?

Установената практика във Великобритания включва 14 сесии на структурирани групови терапевтични занимания по 45 минути. Сесиите се провеждат два пъти седмично, по време на 7 седмици, и всяка от тях обхваща различна тема. За да се поддържа приемственост между сесиите, те се основават върху една и съща структура - например в началото на всяка сесия има загрявка, песен и „дъска за ориентация към реалността“, която показва информация за групата, подробности, включително дата, час, място, време. Членовете именуват групата си. Сесиите обхващат редица дейности за стимулиране на мисълта, паметта и свързване с други хора като например чрез:

- обсъждане на актуални новини
- слушане на музика или пеене
- игри с думи
- извършване на практическа дейност - например печене, което включва измерване на съставките и спазване на дадена рецепта.

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“

Сесиите са предназначени за хора с лека до умерена деменция. Те трябва да бъдат спокойни, забавни и да създават възможности за хората да учат, да изразяват своите виждания и да работят в сътрудничество с другите.

Съществува програма за поддръжка на резултатите от КСТ, която може да бъде следвана след първите седем седмици. Поддържащата КСТ се състои от допълнителни 24 сесии, които следват същата структура и принципи като програмата за КСТ - всеки път с конкретна тема, включително дейност за ориентиране, кафе пауза и групова песен.

Колко ефективна е КСТ?

КСТ е от полза за паметта и мислените умения на хора с лека до умерена деменция. Хората с деменция, които са участвали в програмата за терапия, съобщават за подобряване на качеството на живот. Някои придружители и роднини съобщават за подобряване на говора и готовността на хората с деменция да се присъединят към разговори.

В първоначалното контролирано изследване повечето от хората с деменция са живели в старчески домове, а във второто изследване едната половина са живели вкъщи, а другата половина - в старчески домове. Първото изследване установява, че КСТ има ефект, подобен на стандартните лекарства срещу деменция. Второто изследване установява, че КСТ има ефект в допълнение към този от лекарствата срещу деменция.

Поддържащата КСТ също е изследвана с участието на 236 души с деменция, които преди това са посетили 14 сесии на стандартна КСТ. Поддържащата КСТ е подобрила качеството на живот на тези, които са взели участие. Тези наблюдения се основават на самооценка от хора с деменция 6 месеца по-късно, а също и на сведения от семейството им или придружители след 3 месеца.

Въпреки това не се наблюдава разлика в мисловния процес между тези, които са участвали само в първоначалната програма на КСТ, и тези, които продължават с поддържащата КСТ. Това може да се дължи на факта, че потенциалът за когнитивно подобрение е вече постигнат от началната КСТ.

Някои от хората в пробната поддържаща КСТ са приемали и лекарства срещу болестта на Алцхаймер, обикновено „Донепезил“. Комбинацията от лекарства и поддържаща КСТ води до повишено подобряване на когнитивните процеси спрямо КСТ или лекарства поотделно.

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея. Проект номер:2017-1-UK01-KA202-03668
Българската версия е финансирана от Организация на евреите в България „Шалом“