

SERIA „BIBLIOTEKA NESTORA”



PONAD – CZASOWA PAMIĘĆ

JAK ZATRZYMAĆ MŁODOŚĆ UMYSŁU
I RADZIĆ SOBIE Z ZABURZENIAMI PAMIĘCI
U OSÓB STARSZYCH

ELŻBIETA TRYPKA

Wrocław 2008

Zespół Redakcyjny Serii „Biblioteka Nestora”:

Piotr Klag

dr Zbigniew Machaj

dr Agnieszka Pierzchalska

dr Ewa Pisarczyk – Bogacka

Publikacja sfinansowana przez Dolnośląski Ośrodek Polityki
Społecznej we Wrocławiu



Szanowni Państwo,

Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej prezentuje Państwu publikację pt. „PONAD – CZASOWA PAMIĘĆ”, w której znajdą Państwo porady na temat, jak dbać o umysł, by jak najdłużej cieszyć się jego sprawnością, w jaki sposób wspomagać swą pamięć w okresie późnej dorosłości i co robić, gdy zaczyna nas ona zawodzić, zwłaszcza w sytuacji, gdy dochodzi do zaburzeń pamięci o charakterze otępiennym.

Poradnikiem tym pragniemy zapoczątkować cykl „BIBLIOTEKA NESTORA”, w którym pojawiać się będą pozycje wydawnicze, poświęcone najistotniejszym problemom osób starszych, służące poprawie jakości ich życia. Chcielibyśmy, by z publikacji naszych korzystało jak najszersze grono użytkowników – w tym osoby profesjonalnie pracujące z osobami starszymi (m.in. pracownicy socjalni, lekarze, pielęgniarki środowiskowe, opiekunowie), organizacje pozarządowe, sami seniorzy, członkowie ich rodzin oraz ich opiekunowie. Dlatego będziemy się starać, by ich forma była jak najbardziej przystępna, przy zachowaniu walorów naukowości.

Wierzmy, że całokształt działań przez nas podejmowanych przyczyni się do tego, by osoby starsze – mieszkańcy Dolnego Śląska, miały szansę na godne, aktywne i wartościowe życie także w okresie starości.

Piotr Kłag
Dyrektor DOPS,
Zespół Redakcyjny

WSTĘP

Rozwój cywilizacji i postęp medycyny doprowadził do wydłużenia ludzkiego życia i do wzrostu odsetka ludzi starych w populacji. Proces ten określany jest mianem „siwienia społeczeństwa”. W roku 1900 osoby powyżej 65. roku życia stanowiły niecały 1% ludności świata. Obecnie przewiduje się, że do roku 2050 odsetek ten osiągnie ok. 20%. Konsekwencją tych zmian jest m.in. większa częstość występowania chorób typowych dla wieku starczego. Jednym ze schorzeń związanych z wiekiem są zaburzenia funkcji poznawczych. W zależności od nasilenia tych zaburzeń i wpływu na funkcjonowanie starszego człowieka, przebiegają one jako łagodne zaburzenia pamięci bądź przybierają patologiczną postać zespołów otępiennych. Te ostatnie zaczynają stanowić coraz większy problem zdrowotny i społeczny populacji ludzi starych wielu społeczeństw. Większość osób, u których rozpoznawane jest otępienie, przekroczyła 60. rok życia. Obserwujemy u nich liczne zmiany zarówno w strukturze narządów jak i w dynamice procesów metabolicznych.

Wraz z upływem lat w organizmie jednostki następuje wiele zmian, które wpływają na pogorszenie jego funkcji. W piątej dekadzie życia dochodzi do zmniejszenia elastyczności skóry i mięśni, zaś zanik gruczołów potowych i łojowych nasila złuszczenie się naskórka i starzenie skóry. Obniżenie stężenia potasu i wapnia z jednoczesną redukcją całkowitej ilości wody, prowadzi do zmniejszenia masy mięśniowej. Obserwuje się osłabienie procesów wchłaniania, zaś zaniki zwojów nerwowych w mięśniach układu pokarmowego skutkują zaburzeniami motoryki. Spowolnienie procesów metabolicznych zachodzących w wątrobie, spowodowane zmniejszeniem jej masy całkowitej i przepływu krwi oraz redukcją aktywności enzymów oksydacyjnych, prowadzi do zaburzeń w przemianach leków i substancji toksycznych. Zanik elementów mięsnych zwłaszcza w obszarze korowym nerek, ograniczenie przepływu przez nie krwi i obniżenie wskaźnika filtracji kłębuszkowej zmienia procesy wydalnicze w

nerce. W wyniku tych zmian w surowicy krwi zwiększa się poziom niezwiązanej formy leków.

Zmiany ruchomości klatki piersiowej w wyniku zaniku włókien elastycznych, usztywnienie ścian tętniczek przedwłosowatych i włóściczek, zanik nabłonka rzęskowego osłabiają wymianę gazową. Zmiany te prowadzą do rozwoju czynnościowej niewydolności oddechowej. W wyniku ubytku włókien elastycznych dochodzi do zmniejszenia elastyczności naczyń krwionośnych. Wzrost oporu obwodowego zwiększającego pracę serca, niedostatecznie odżywionego z powodu zmian w naczyniach wieńcowych, prowadzi do niewydolności krążenia.

Liczne zmiany obserwowane są także w mózgu. Stanowi on 2% ciężaru ciała dorosłego człowieka i w wieku około 20 lat osiąga największą wagę, by następnie stopniowo zmniejszać swoją masę. W przebiegu starzenia dochodzi do stopniowego zmniejszenia przepływu krwi przez mózg i spadku metabolizmu energetycznego. Pierwsze, jeszcze słabo zauważalne zmiany obserwuje się pomiędzy 4 i 7 dekadą życia. W 8 dekadzie dochodzi do znacznej redukcji przepływu krwi przez mózg, zmniejszenia zużycia tlenu i glukozy, osłabienia aktywności wielu enzymów, obserwuje się obniżenie wskaźnika zużytej glukozy do wytworzonej energii. W warunkach zdrowia występuje zmniejszenie zużycia glukozy, bez równoczesnej zmiany zużycia tlenu.

Przypuszcza się, że opisane zaburzenia mogą mieć znaczenie w pojawianiu się wielu chorób, ale również wpływać na mniejszą skuteczność stosowanego leczenia.

TRENING UMYŚŁU. USPRAWNIANIE PAMIĘCI¹

Wiele osób w podeszłym wieku zgłasza problemy z pamięcią. Objawy te nie zawsze świadczą o chorobie. Mogą stanowić *łagodne zaburzenia pamięci związane z wiekiem (AAMI – Age Associated Memory Impairment)*. Osoby mają trudności z kojarzeniem i przyswajaniem nowych wrażeń, natomiast utrwalone odruchy i przeżycia sprzed lat są odtwarzane bezbłędnie. Objawy te nie świadczą od razu o tym, że osoba starsza cierpi na zaburzenia pamięci o charakterze otępiennym. Nie obserwuje się większych zaburzeń w zakresie codziennego funkcjonowania i nie pogłębiają się one w miarę upływu czasu. Zazwyczaj, gdy osoby starsze zauważają takie zmiany, zaniepokojone zgłaszają się do lekarza, oczekując pomocy. Nie istnieje żadne leczenie farmakologiczne, które pozwalałoby zatrzymać proces starzenia mózgu, wraz z upływem lat jego funkcje ulegają ograniczeniu, powodując deficyty w zapamiętywaniu i kojarzeniu faktów. Można jednak starać się spowolnić ten proces, przede wszystkim poprzez prowadzenie odpowiedniego trybu życia, dietę oraz regularne ćwiczenia pamięci.

Tryb życia

By osoba starsza mogła jak najdłużej cieszyć się sprawnością umysłu powinna dbać o prowadzenie zdrowego, higienicznego trybu życia. Dlatego też na co dzień warto pamiętać o następujących zasadach:

- dotleniaj swój mózg – niewystarczająca ilość tlenu powoduje zakłócenia procesu przemiany materii oraz zaburza funkcjonowanie różnych organów. Dlatego staraj się jak najwięcej przebywać na świeżym powietrzu, spaceruj, głęboko oddychając i relaksując się, unikaj dymu papierosowego;
- dostarczaj swemu organizmowi wystarczającej dawki snu – pamiętaj, że organizm do prawidłowego funkcjonowania potrzebuje

¹ Rozdział ten przygotowany został we współpracy z dr Agnieszką Pierzchałską – pracownikiem Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej.

odpowiedniej „porcji” odpoczynku, zaś długotrwałe niedosypianie powoduje osłabienie pamięci i kłopoty z koncentracją;

- unikaj stresu – o ile umiarkowane napięcie sprzyja koncentracji, ułatwia zapamiętywanie i uczenie się, to długotrwały stres znacząco wpływa na obniżenie sprawności umysłu i przyspiesza starzenie mózgu. Dlatego staraj się unikać stanu nadmiernego niepokoju i ekscytacji oraz próbuj rozładować nagromadzone napięcie np. poprzez aktywność fizyczną, zwłaszcza na świeżym powietrzu (spacer, bieganie, jazda na rowerze). Dobrym antidotum na stres jest również taniec (zwłaszcza walc) oraz śmiech. Tańcz więc i śmiej się jak najczęściej;
- słuchaj muzyki klasycznej – uspokaja i odpręża umysł, podnosi efektywność procesów myślowych

Dieta

Mózg ludzki nigdy nie odpoczywa, nawet gdy śpimy, zachowuje aktywność. Dlatego też nie można lekceważyć prawidłowego odżywiania tego organu. Dieta spowalniająca procesy starzenia mózgu powinna zawierać duże ilości glutationu. Jest to związek chemiczny posiadający silne właściwości antyoksydacyjne, chroni organizm przed toksynami oraz pomaga zwalczać bakterie, pasożyty i wirusy, odgrywając kluczową rolę w produkcji i funkcjonowaniu limfocytów. Zawarty jest on w roślinach krzyżowych, zwanych też kapustowatymi, takich jak: kalafior, brokuły, kapusta, brukselka, rzepa, rzodkiew. Wysoki poziom glutationu obecny jest również w surowym krowim mleku, surowym lub pasteryzowanym mleku kozim, serwatce, szparagach, czosnku, cebuli, w owocach avocado, musztardzie, chrzanie, kalarepie, rzeżusze. Duże znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania organizmu mają również witaminy z grupy B, znajdujące się w chudym mięsie, drobiu, rybach, wątrobie, mleku i jego przetworach (jogurt, kefir, maślanka, sery), jajach,

orzechach, migdałach, słoneczniku, w pełnoziarnistym chlebie, ciemnym ryżu, drożdżach, warzywach (fasola, groch, soja, kapusta, brukselka, ziemniaki, szpinak, kalafior, brokuły, szparagi, pomidory, marchew) i owocach (banany, pomarańcze, awokado, melony, ciemne winogrona) a także magnez, którego bogatym źródłem są migdały, czekolada, pestki dyni, koper, natka pietruszki, soja, kasza gryczana, fasola, orzechy włoskie oraz jabłka. Pomocniczo można stosować również preparaty Ginko biloba, ale wyniki badań nie dają jednoznacznych wyników potwierdzających ich skuteczność.

Należy pamiętać przy tym, że dieta powinna być zbilansowana oraz dostosowana do indywidualnych potrzeb i możliwości osoby starszej, dlatego też warto skonsultować ją z lekarzem, by wyeliminować ewentualne niepożądane skutki wprowadzenia do niej niektórych produktów czy też spożywania ich w nadmiarze.

Gimnastyka mózgu²

Ćwiczenia umysłowe mają bardzo istotne znaczenie dla zachowania prawidłowej pracy mózgu. Wiele osób w starszym wieku uważa, że nie jest zdolna do wysiłku umysłowego, tłumacząc to wiekiem, zakończeniem kariery zawodowej lub obecnością chorób somatycznych. Również społeczeństwo nie oczekuje od osób starszych wysiłku umysłowego, często nie korzysta się z posiadanej przez nich wiedzy.

Tymczasem, jak dowodzą liczne badania, zdrowe osoby starsze mają takie same możliwości nauki nowych rzeczy jak młodszy, chociaż przyznać trzeba, że potrzebują nieco więcej czasu na nauczenie się nowych rzeczy.

Istnieje szereg ćwiczeń, których zadaniem jest poprawienie sprawności umysłowej oraz stymulacja mózgu do efektywnego uczenia się i zapamiętywania. Są one stosunkowo proste i nie wymagają wielkiego wysiłku

² Podrozdział ten powstał w oparciu o następujące pozycje książkowe: P. Dennison, G. Dennison, *Gimnastyka Mózgu®. Podręcznik dla rodziców i nauczycieli oraz dzieci w każdym wieku*, Warszawa 2005; C. Hannaford, *Zmysłne ruchy, które doskonalą umysł*, Warszawa 1995; T. Buzan, *Rusz głową*, Łódź 1997.

fizycznego, co sprawia, że również osoby starsze mogą je wykonywać. Dlatego warto poświęcić na nie kilka – kilkanaście minut dziennie, po to by dłużej cieszyć się sprawnością umysłu.

Zaprezentowane poniżej ćwiczenia opracowane zostały przez dr Paula Dennisona. Regularne ich wykonywanie poprawia koncentrację na zadaniach, usprawnia koordynację wzrokowo – ruchową, wspomaga proces uczenia i zapamiętywania, zwiększa zdolności manualne, synchronizuje pracę obydwu półkul mózgowych. Ćwiczenia te usuwają zmęczenie, odpężają i pobudzają umysł do efektywnego wysiłku.

I. RUCHY NAPRZEMIENNE (polepsza koordynację prawa – lewa strona, wzmacnia zmysły wzroku i słuchu, ułatwia uczenie się):

Ćwiczenie polega na naprzemiennym dotykaniu prawym łokciem lewego kolana, a następnie lewym łokciem kolana prawego. Wykonaj 6 – 7 powtórzeń. Ponieważ osoby starsze mogą mieć problem z wykonaniem tego ćwiczenia w takiej formie, można je zmodyfikować – zamiast łokciem dotykaj kolana dłonią, prawą dłonią dotykaj lewego ucha i na odwrót – istotne jest, by ruchy te były naprzemienne i spowolnione.

II. PUNKTY NA MYŚLENIE (poprawia koordynację ciała, usprawnia przesyłanie informacji z prawej półkuli do lewej strony ciała i odwrotnie)

Jedna ręka spoczywa na brzuchu, drugą masuj miękką tkankę pod obojczykiem między pierwszym a drugim żebrzem. Czas ćwiczenia: ok. 2 minuty. Ćwiczenie to „rozjaśnia umysł”;

III. KAPTUREK MYŚLICIELA (powoduje wzrost umysłowej i fizycznej sprawności, poprawia zdolność formułowania zdań, myśli w pamięci)

Za pomocą kciuka i palca wskazującego delikatnie masuj małżowinę uszną, rozpoczynając od góry, a kończąc na płatku ucha. Następnie delikatnie rozciągaj ucho do góry, w bok i w dół;

IV. ENERGETYCZNE ZIEWANIE (poprawia koncentrację, umiejętności wybierania potrzebnej informacji, ułatwia komunikację, dotlenia organizm)

Końcami palców dotknij miejsca na policzkach tuż przed punktem, gdzie dolna szczęka łączy się z górną, masuj te miejsca, lekko otwórz usta, wyobraź sobie, że ziewasz;

V. PUNKTY POZYTYWNE (poprawia pamięć długoterminową)

Końcami palców dotknij lekko punktów, które znajdują się na czole bezpośrednio nad oczami, równo pomiędzy linią włosów a brwiami. Kilkakrotnie powtórz ćwiczenie;

VI. PUNKTY RÓWNOWAGI (poprawia pamięć i koncentrację, odpręża)

Umieść dwa palce we wgłębieniu za uchem u podstawy czaszki, a drugą rękę połóż na brzuchu w okolicach pępka wykonując jednocześnie wdech. Zmieniaj położenie rąk.

VII. SOWA (poprawia percepcję, pamięć, uwagę słuchową, słuchanie ze zrozumieniem)

Jedną ręką chwyć mocno bark, powoli odwracaj głowę najpierw w lewo, a następnie w prawo, najdalej jak potrafisz, po to by rozluźnić mięśnie szyjne. Podbródek trzymaj prosto. Zrób wdech gdy głowa zbliża się maksymalnie do ramienia, które trzymasz, wydech w trakcie obrotu głową. Powtórz ćwiczenie zmieniając rękę i ramię;

VIII. RYSOWANIE OBURĄCZ (poprawia orientację przestrzenną, koordynuje współdziałanie ręka – oko)

Dwoma rękami jednocześnie rysuj w powietrzu dowolne kształty, tak, by powstały lustrzane rysunki. W trakcie wykonywania ćwiczenia obieraj różne kierunki (np. dół, góra, do wewnątrz, na zewnątrz). Pamiętaj, by nie usztywniać ciała, poruszać swobodnie głową i oczami. Można rysować również na papierze czy tablicy.

IX. KRAŻENIE SZYJĄ (usuwa napięcie, rozluźnia, poprawia pamięć)

Zwieś głowę i wykonuj nią krążenie zaczynając w lewą stronę;

X. POZYCJA COOKA, zwana też POZYCJĄ DENNISONA (poprawia koncentrację, pobudza korę mózgową)

Wersja łatwiejsza: w pozycji siedzącej skrzyżuj nogi w kostkach. Wyciągnij wyprostowane ramiona przed siebie, trzymając zewnętrzne strony dłoni skierowane do siebie, kciuki w dół. Skrzyżuj dłonie, złóż je, zegnij łokcie i oprzyj dłonie na piersi. Zamknij oczy, język połóż na podniebieniu. Oddychaj swobodnie i równomiernie. Pozostań w takiej pozycji ok. 2 minut, następnie rozluźnij się i opuść ręce.

Wersja trudniejsza: ćwiczenie składa się z 2 części. Najpierw załóż lewą nogę na prawą w taki sposób, by oprzeć kostkę na kolanie. Prawą ręką obejmij kostkę lewej nogi, natomiast lewą ręką trzymaj stopę pod palcami. Zamknij oczy. Wytrzymaj w takiej pozycji przez minutę głęboko oddychając. W drugiej części ćwiczenia usiądź zwyczajnie i złóż dłonie tak, by czubki palców stykały się ze sobą. Oddychaj głęboko przez następną minutę.

Techniki usprawniania pamięci

Badania dowodzą, że jeśli regularnie ćwiczysz pamięć, znacznie dłużej możesz cieszyć się jej sprawnością. Nie sprawi ci wówczas problemów pamiętanie twarzy, nazwisk, terminów spotkań, robienie zakupów, odnajdywanie przedmiotów, które „gdzieś” odłożyłeś, śledzenie akcji filmu lub książki czy obliczanie w pamięci kwoty, którą masz zapłacić w sklepie.

Istnieje kilka prostych, lecz skutecznych technik, służących poprawieniu funkcji pamięci³. Należą do nich: *wizualizacja* (tworzenie obrazów w umyśle), *skojarzenie* (łączenie dwóch lub więcej rzeczy czy pojęć), metoda *loci* (polegająca na rozmieszczaniu rzeczy wzdłuż utworzonej w wyobraźni znajomej trasy) i *grupowanie* (łączenie rzeczy w większe grupy lub ciągi).

Wizualizacja polega na utworzeniu w umyśle obrazu, w którym łączymy w całość to, co chcemy zapamiętać. Stworzenie takiego obrazu pozwala przypisać danej rzeczy czy grupie przedmiotów określone znaczenie, dzięki

³ Opis strategii mnemotechnicznych zaczerpnięty został z książki Zaldy'ego S. Tana, *Trenuj pamięć, zanim będzie za późno. Umysł odporny na wiek*, Warszawa 2006

któremu łatwiej później przywołać je z pamięci. Na przykład, chcąc zapamiętać listę przedmiotów, które musisz kupić w sklepie, łączysz je w swym umyśle w logiczną (lub nielogiczną) całość. Choć na początku będzie to wymagało od ciebie pewnego wysiłku – musisz uruchomić wyobraźnię, by wymyślić obraz, w którym połączysz wszystkie przedmioty, które masz zamiar kupić, to później, w sklepie, twoja pamięć niemal bez wysiłku je przywoła. Na przykład, chcesz kupić mleko, bułki, kawałek ryby, szczoteczkę do zębów i skarpety. Wyobraź sobie, że jesteś łyżwiarzem, masz na nogach ciepłe, grube, wyszywane złotem skarpety, a na nich łyżwy, ślizgasz się po lodowisku, którego tafla to zamrożone mleko, białe i skrzące się przy każdym twoim ruchu. Jadąc, żonglujesz w powietrzu bułkami. Spoglądasz na trybunę, a z niej macha do ciebie ryba, trzymająca w pyszczku szczoteczkę do zębów.

Oczywiście, możesz wyobrazić sobie coś zupełnie innego, ważne by był to obraz, który połączy w całość rzeczy, o których masz pamiętać i łatwo będzie go przywołać. Nie ma jednego określonego sposobu stosowania wizualizacji do zapamiętywania. Jednak im bardziej niezwykły i plastyczny obraz stworzysz, tym mocniej zapadnie w twoją pamięć.

Wizualizacja to bardzo skuteczna metoda wspomagania pamięci, należy jednak pamiętać, że aby była przydatna w codziennym życiu, musisz najpierw regularnie ćwiczyć jej stosowanie, by twój umysł przywykł do jej wykorzystywania.

Inną strategią wykorzystywaną do zapamiętywania jest metoda *skojarzeń*. U jej podstaw leży połączenie w umyśle dwóch lub więcej rzeczy w taki sposób, by nadać temu połączeniu określone znaczenie. Techniki tej używa się często do zapamiętywania niezwiązanych ze sobą słów. Najlepsze rezultaty daje stosowanie tej metody łącznie z techniką wizualizacji. Na przykład, musisz jutro zapłacić rachunek za telefon, kupić w aptece krople do oczu i pójść ze swoim kotem do weterynarza. Możesz wyobrazić sobie swojego pupila, siedzącego na krześle w olbrzymich okularach przeciwsłonecznych, który kiwając swobodnie

łapą, rozmawia przez telefon. Kiedy później przypomnisz sobie ten obraz, skojarzysz sobie, o jakich czynności powinieneś pamiętać.

I podobnie jak przy wizualizacji, im bardziej niezwykle skojarzenie, tym łatwiej zapada ono w pamięć.

Żeby ćwiczyć tę metodę możesz np. oglądając telewizję wybrać dwa, trzy niezwiązane ze sobą słowa, wypowiedziane w trakcie trwania programu i próbować je zapamiętać, łącząc je ze sobą przy pomocy skojarzeń i obrazów. Sprawdź, o ile łatwiej je później przywołać, kiedy wcześniej stworzyłeś w umyśle związany z nimi ciąg skojarzeń.

O ile wizualizacja i skojarzenia to ogólne strategie poprawy pamięci, czyli takie, które dają się zastosować do wielu zadań pamięciowych, istnieje też kilka technik, które związane są z konkretnymi zadaniami. Pierwsza z tych strategii to metoda *loci*. Jest to również technika oparta na tworzeniu obrazów. Natomiast istota tej metody polega na tym, że do zapamiętania określonych przedmiotów czy czynności wykorzystuje się dobrze znaną trasę, np. trasę codziennego spaceru. Każdemu znaczącemu punktowi na tej trasie (np. kasztan, lipa, dom z czerwonym dachem, ławka, sklep spożywczy, itp.) przypisujesz w wyobraźni albo przedmiot, który musisz dziś kupić, albo czynności do wykonania, albo listę gości na urodzinowe przyjęcie. Oczywiście, żeby było ci łatwiej zapamiętać, możesz wykorzystać do tego celu również metodę wizualizacji i skojarzeń. Ważne jest, by trasa, którą wybierzesz, była ci na tyle dobrze znana, byś mógł w wyobraźni bez wysiłku ją zobaczyć i przemierzyć.

Nie musisz ograniczać się jedynie do szlaku, który przemierzasz w miarę regularnie, do tego celu możesz wykorzystać również sekwencję czynności, które wykonujesz rutynowo, jak np. poranna toaleta, części ciała, a nawet listę swoich ulubionych scen filmowych, książek czy zabytków, którym przypiszesz określone elementy do zapamiętania. Następnie, „wizualizując” w umyśle sceny ze swoich ulubionych filmów, biorąc w wyobraźni swoje ulubione książki do ręki czy przechadzając się „na niby” wśród ulubionych zabytków, przypisawszy

każdemu z tych elementów jakiś przedmiot czy czynność do wykonania, łatwo przypomnisz sobie, co miałeś zrobić czy kupić.

Wiele osób, nawet w młodym wieku, ma problemy z zapamiętywaniem twarzy czy nazwisk. Niestety, z wiekiem przypadłość ta może się pogłębiać i prowadzić do wielu wprawiających w zakłopotanie sytuacji i pomyłek. Warto więc trenować umiejętność kojarzenia twarzy z nazwiskami, czemu służy kolejna technika wspomagająca pamięć. Technika *kojarzenia twarzy i nazwisk* polega na tym, że kojarzysz jakąś charakterystyczną część twarzy swojego rozmówcy z jego nazwiskiem. W sytuacji, gdy osoba ta nie posiada cechy, którą dałoby się połączyć z jej nazwiskiem, poszukujesz innych skojarzeń, np. możesz wyobrazić sobie tę osobę w sytuacji, która kojarzy się z jej nazwiskiem. Kiedy ktoś nazywa się Kowalski, możesz go sobie wyobrazić z kowalskim, olbrzymim młotem w ręku, na tle paleniska w kuźni, a nazwisko Pani Wiatrowskiej z pewnością zapamiętasz szybciej i na dłużej, jeśli wyobrazisz sobie, jak płynie w powietrzu, unoszona łagodnym zefirem lub porwana zostaje przez trąbę powietrzną. Można też skojarzyć czyjeś imię czy nazwisko ze znajomą lub sławną osobą, którą przypomina ktoś właśnie poznany.

Kolejną techniką pamięciową jest *grupowanie*. Kiedy dzielisz ciąg cyfr na poręczniejsze do zapamiętania sekwencje albo układasz przedmioty według ich przeznaczenia, stosujesz technikę grupowania. Metodę tę można wykorzystywać do różnych zadań pamięciowych, w sytuacjach, kiedy dane przedmioty, czynności lub osoby możesz połączyć w określone grupy według jakiegoś klucza. Klucz ten może być oparty na konkretnym skojarzeniu (np. rok urodzenia, dzień imienin twojego dziecka, rok ukończenia studiów, miesiąc, w którym wzięłeś ślub, członkowie rodziny cioci Zuzy, rodzaje schorzeń, którym przypiszesz konkretne grupy leków, itp.), dzięki któremu łatwiej będzie ci później przywołać daną grupę/ grupy z pamięci. Możesz też łącznie z tą techniką stosować skojarzenia i wizualizację.

Techniką, którą również możesz wykorzystać do zapamiętywania cyfr i prostych ciągów liczb jest tzw. *system Dominika*. Cyfry od 0 do 9 przypisujesz określone litery (najlepiej początkowe) alfabetu, np. 1 to A, 2 – B, 3 – C, 4 – D, 5 – E, 6 – F, 7 – G, 8 – H, 9 – I, 0 – J, a następnie otrzymane litery kojarzysz z inicjałami znanych osób. Oczywiście, możesz dowolnie, według własnego uznania, przyporządkować cyfry pewne litery, ważne jest, by nie sprawiało ci problemu późniejsza zamiana cyfr na litery i odwrotnie. Kiedy już utrwalisz sobie połączenia między cyframi a literami, możesz przystąpić do ćwiczeń, a następnie do wykorzystywania tej metody do zapamiętywania prostych (lub bardziej skomplikowanych) ciągów cyfr. I tak, np. masz do zapamiętania nr PIN twojej karty bankomatowej: 5628. Tworzysz ciąg liter EF BH i poszukujesz znanych osób, które mają takie inicjały: Edmund Fetting⁴ i Barbara Horawianka. Możesz dodatkowo, by utrwalić sobie nazwiska tych osób, zastosować metodę wizualizacji (Edmund Fetting śpiewający „Deszcze niespokojne” specjalnie dla Pani Horawianki), dzięki czemu łatwiej będzie ci później przywołać je z pamięci.

Zaprezentowane powyżej techniki zapamiętywania to jedynie kilka propozycji, które można twórczo modyfikować i dostosowywać do indywidualnych potrzeb. Jeśli będziesz systematycznie ćwiczył, łatwiej będzie ci pamiętać o wielu sprawach związanych z codziennym życiem.

Pamiętaj również, że do prostych i niewymagających wysiłku ćwiczeń umysłowych należy:

- głośne czytanie książek i gazet
- rozwiązywanie krzyżówek
- rozwiązywanie zadań logicznych
- układanie puzzli
- gra w scrabble
- sklejanie lub tworzenie modeli
- nauka nowych języków.

⁴ wykonawca piosenki tytułowej z serialu „Cztery pancerni i pies”

Przykłady ćwiczeń:

Ćwiczenie 1

Ułóż jak najwięcej nowych wyrazów z wyrazu

KONTRABAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.

Ćwiczenie 2

Ułóż jak najwięcej nowych wyrazów z wyrazu WNIĘBOWSTĄPIENIE

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.

Ćwiczenie 3

Zapisz słowami wymienione poniżej cyfry:

- 4.....
- 6
- 13
- 37.....
- 57
- 78.....
- 95
- 123.....
- 249.....
- 457.....
- 630.....
- 896.....
- 1792.....
- 2589.....
- 3218.....
- 4092.....
- 5834.....
- 9876.....
- 12987.....
- 24598.....
- 56098.....
- 127890.....
- 478001.....
- 2345678.....
- 9876543.....

Ćwiczenie 4

Zapisz poniższe liczby cyframi:

SIEDEM.....

CZTERNAŚCIE.....

PIĘCDZIESIĄT OSIEM.....

DZIEWIĘCDZIESIĄT SZEŚĆ.....

STO DWADZIEŚCIA CZTERY.....

.....
CZTERYSTA PIĘCDZIESIĄT OSIEM.....

.....
OSIEMSET DZIEWIĘCDZIESIĄT SIEDEM.....

.....
TYSIĄC SIEDEMSET DZIEWIĘCDZIESIĄT TRZY.....

.....
DWA TYSIĄCE PIĘCSET OSIEMDZIESIĄT OSIEM.....

.....
PIĘĆ TYSIĘCY OSIEMSET TRZYDZIEŚCI PIĘĆ.....

.....
DZIEWIĘĆ TYSIĘCY OSIEMSET DZIEWIĘCDZIESIĄT SIEDEM.....

Ćwiczenie 5

Wskaż te wyrazy, które nie pasują do pozostałych:

- lodówka, zlew, nóż, komputer, patelnia, szklanka, sanki, kuchnia
- lew, żyrafa, słoń, dąb, tygrys, krokodyl, dywan, papuga
- kierownica, błotnik, poduszka, silnik, koła, książka, klakson, okulary
- grabie, łopata, wiadro, skrzypce, kosiarka, altanka, komputer, grządki
- komputer, biurko, papier, samochód, spinacz, zszywacz, krzesło, perfumy
- pasta do zębów, mydło, szampon, drabina, krem, płyn do kąpieli, długopis
- zielony, żółty, czerwony, płyta, pomarańczowy, czarny, fioletowy, igła
- klasa, ławki, tablica, samolot, dziennik, nauczyciel, koparka, sala gimnastyczna
- koparka, dźwig, cegły, książka, betoniarka, rusztowanie, kwiaty
- spódnica, spodnie, bluzka, kaloryfer, sweter, rękawiczki, czapka, miotła, szalik
- róża, bratek, tulipan, brzoza, goździk, żonkil, trawa, stokrotka
- pies, kot, krowa, jaszczurka, koń, świnia, kura, kaczka, komar, gęś
- talerz, widelec, szpital, szklanka, nóż, waza, szkoła, dzbanek, łyżka
- wiersz, film, drzewo, przedstawienie teatralne, obraz, posąg, pantomima, komputer

Ćwiczenie 7

Wpisz jak najwięcej wyrazów na podaną w tabeli literę:

F	A	S

Ćwiczenie 8

Dopasuj narzędzia z pierwszej kolumny do zawodów wymienionych w drugiej kolumnie:

Nitka - igła	Policjant
Recepty – słuchawki	Kelner
Cegły - zaprawa	Sprzątacze
Nożyczki - grzebień	Pielegniarka
Pilka - korki	Muzyk
Garnek - przyprawy	Krawiec
Kosiarka - grabie	Ratownik
Pędzel - farby	Dziennikarz
Broń - mandaty	Piłkarz
Komputer - oprogramowanie	Strażak
Miotła - szmata	Szewc
Taca - napiwek	Kucharz
Gwizdek – koło ratunkowe	Sprzedawca
Strzykawka – basen	Murarz
Nuty - instrument	Informatyk
Mikrofon - wywiad	Ogrodnik
Woda – wóz strażacki	Fryzjer
Buty - dratwa	Lekarz
Kasa - towar	Malarz

Ćwiczenie 9

Dopasuj do podanych dat odpowiednie wydarzenia:

- 11 listopada.....
- 1 września.....
- 24 grudnia.....
- 8 marca.....
- 3 maja.....
- 1 stycznia.....
- 26 maja.....
- 966.....
- 1410.....
- 1683.....
- 1791.....
- 1830.....
- 1918.....
- 1920.....
- 1939.....
- 1945.....
- 1956.....
- 1970.....
- 1981.....

Ćwiczenie 10

Wpisz daty i dane:

- Data Twoich urodzin.....

- Data/y urodzenia oraz imiona dzieci

.....
.....
.....
.....
.....

- Data urodzenia żony/ męża.....

- Data ślubu.....

- Daty imienin bliskich krewnych

.....
.....
.....
.....

- Adres zamieszkania

.....

- Imiona rodziców.....

- Imiona rodzeństwa

.....
.....
.....

Zaproponowane powyżej ćwiczenia wykonuj tak często, jak możesz. Potraktuj je jak inspirację, by samodzielnie lub z rodziną/ przyjaciółmi układać ich nowe zestawy. Pamiętaj, że także telewizja czy prasa może stać się narzędziem, służącym ci do trenowania pamięci. Możesz twórczo oglądać swój ulubiony serial (np. przed obejrzeniem odcinka przypomnij sobie jak najwięcej szczegółów z nim związanych – nazwiska głównych bohaterów, ich dotychczasowe perypetie, typ i wystrój ich mieszkań, itp.), a przeczytawszy artykuł w prasie, opowiedz znajomym czy bliskim jego treść własnymi słowami. Staraj się także robić w pamięci proste obliczenia, a dopiero wówczas korzystaj z kalkulatora. Im częściej będziesz angażował swój umysł w aktywność intelektualną tym lepiej będzie ci on służył.

ZABURZENIA O CHARAKTERZE OTEPIENNYM – DIAGNOZA, LECZENIE, TERAPIA

Należy jednak pamiętać, że u części osób zaburzenia funkcji poznawczych mogą stanowić fazę przedkliniczną zespołu otępiennego. Obserwuje się wówczas osłabienie pamięci, problemy z uczeniem się i trudności w koncentracji. Osoby te mają zazwyczaj problemy z uzyskaniem prawidłowych wyników w testach pamięci. Obserwuje się także pogorszenie funkcjonowania. Dlatego, mając na uwadze dobro osoby starszej, nie powinno się lekceważyć łagodnych zaburzeń pamięci, a ludzie zgłaszający tego typu kłopoty powinni być obserwowani w okresach 6 – miesięcznych, po to, by móc jak najszybciej uchwycić ewentualne nasilenie zmian w ich aktywności poznawczej.

Zaburzenia pamięci, które zakłócają codzienne funkcjonowanie, nie są naturalnym procesem starzenia się. Mogą to być objawy rozpoczynającego się otępienia, gdzie obserwujemy nasilone i postępujące osłabienie pamięci, zaburzenia myślenia oraz rozumienia. Najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera, która jest efektem utraty komórek nerwowych w mózgu. Światowe Towarzystwo Alzheimerowskie, lider walki z tą chorobą uważa, że uzyskanie odpowiednich informacji, opieki i wsparcia pozwoli pomóc pacjentom, członkom rodzin oraz profesjonalnym opiekunom w rozpoznaniu pierwszych objawów choroby.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD–10) opracowanej przez WHO, przez otępienie rozumie się zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe, jak pamięć i uczenie się, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, funkcje językowe i zdolność do porównywania, oceniania i dokonywania racjonalnych wyborów. Świadomość nie jest zaburzona. Upośledzeniu funkcji poznawczych towarzyszą zwykle, a czasem je poprzedzają, zaburzenia sfery

emocjonalno-motywacyjnej oraz obniżenie kontroli nad zachowaniem. Ołepienie utrudnia wykonywanie codziennych czynnoœci i prowadzi do pogorszenia funkcjonowania w społeczeñstwie.

10 wczesnych objawów choroby

1. **Utrata pamieci** – jednym z najwczeñniejszych objawów ołepienia jest zapominanie. Dla osób starszych naturalne jest czêstsze zapominanie o umówionych spotkaniach, nazwiskach, numerach telefonów, ale w ołepieniu zdarza siê to czêściej, a jednoczeñnie obserwuje siê brak moŹliwoœci przypomnienia sobie tych wiadomoœci.
2. **Trudnoœci w wykonywaniu codziennych obowiãzków** – osoby z ołepieniem majã trudnoœci w wykonywaniu dotychczasowych, powtarzalnych czynnoœci. Nawet proste czynnoœci wymagajã zastanowienia, namysłu; osoby chore majã kłopoty z przygotowywaniem posiłków, robieniem zakupów, opłacaniem rachunków, uŹywaniem sprzêtów domowych czy pielêgnowaniem swych pasji.
3. **Problemy jêzykowe** – pojawiajã siê trudnoœci ze znalezieniem właœciwego słowa, zapominanie prostych okreœleñ lub uŹywanie wyrazów bliskoznacznych czy okreœleñ opisowych „szczotka do zêbów = ta rzecz dla moich ust”. Czêsto jêzyk staje siê mniej płynny i zrozumiały.
4. **Dezorientacja w czasie i przestrzeni** – chorzy nie znajã aktualnej daty, mylã kolejnoœć wydarzeñ, gubiã siê w znanym sobie terenie, nie pamietajã, w jaki sposób znaleŹli siê w danym miejscu i jak moŹna wróciç do domu.
5. **ObniŹenie krytycyzmu** – osoby z ołepieniem nie potrafiã właœciwie oceniç sytuacji. Powoduje to zmiany w zachowaniu lub ocenie rzeczywistoœci, np. ubieranie siê nieadekwatnie do pogody, zakłãdanie swetra latem lub cienkiej bluzki zimã, nieumiejêtnoœć poœługiwania siê

pieniędzmi, zła ocena ich wartości, płacenie dużych sum za drobne przedmioty, kupowanie niepotrzebnych przedmiotów.

6. **Zaburzenia myślenia abstrakcyjnego** – chorzy mają kłopoty z liczeniem, rozumieniem przysłów, potocznych określeń, wyciąganiem wniosków o charakterze przyczynowo – skutkowym.
7. **Zapominanie o położeniu różnych przedmiotów** – chowanie ich w różne nietypowe miejsca – np. żelazko wkładane do lodówki, zegarek w pudełku z cukrem, kanapki za wersalką, klucze w pojemniku na brudne ubrania, itp.
8. **Zmiany zachowania i nastroju** – obserwuje się gwałtowne, niczym nieuzasadnione zmiany nastroju, od smutku czy apatii, do agresji.
9. **Zmiany osobowości** – osoby stają się nadmiernie oszczędne, podejrzliwe, bojaźliwe, uzależniają się od członków rodziny.
10. **Utrata inicjatywy** – pasywność, beczynność, senność.

Jeżeli u osoby starszej zostanie rozpoznanych kilka z podanych powyżej objawów, zalecany jest kontakt z lekarzem.

Pamiętaj: wczesna diagnoza zaburzeń otępiennych jest niezwykle ważna, gdyż umożliwia wprowadzenie właściwego leczenia, opieki oraz podjęcie innych działań, np. prawnych.

Trzy najczęstsze przyczyny zespołu otępiennego:

- choroba Alzheimera, (50% otępień),
- patologia naczyniowa (13%),
- proces mieszany – naczyniowy i alzheimerowski (ok. 25% otępień)

CZYNNIKI RYZYKA

WIEK

Badania epidemiologiczne, przeprowadzone w różnych krajach, wykazują, że wraz z wiekiem wzrasta ryzyko występowania zespołów otępiennych. Wśród osób powyżej 65. roku życia otępienie występuje u 3–11%, zaś w kategorii wieku 80–85 lat i więcej – już u 20–50%. Po 90. roku życia otępienie spotyka się u 40%, a wśród stulatków, aż u blisko 60% osób. Dane te potwierdzają, że wiek jest najistotniejszym czynnikiem ryzyka otępienia.

WYKSZTAŁCENIE

Badania, prowadzone w ostatnich latach wykazują, że kolejnym czynnikiem ryzyka jest niski poziom wykształcenia. Osoby słabiej wykształcone są bardziej narażone na upośledzenie funkcji intelektualnych w okresie starości. Uważa się, że silna stymulacja we wczesnym okresie życia prowadzi do wytworzenia licznych połączeń nerwowych. Osoby dysponujące dużym zasobem słów i informacji potrafią lepiej kompensować ubytki intelektualne i dłużej pozostają sprawne. Niski poziom wykształcenia często związany jest również z zaniedbywaniem zasad zdrowego stylu życia, gorszymi warunkami materialnymi, nadużywaniem alkoholu i innych używek, co może wpływać na pojawienie się zaburzeń pamięci.

CZYNNIKI GENETYCZNE

Wykazano, że występowanie choroby Alzheimera u członka rodziny może zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia otępienia o wczesnym początku. Stwierdzono, że obecność allelu ApoE4 wiąże się z większym ryzykiem otępienia alzheimerowskiego, zwłaszcza w odniesieniu do osób młodszych. Gen kodujący apolipoproteinę – główny składnik płytek starczych, znajduje się na chromosomie 21, dlatego uważa się też, że istnieje związek

otępienia alzheimerowskiego z występowaniem w rodzinie trisomii chromosomu 21, czyli zespołu Downa.

URAZY GŁOWY

Prawdopodobnie przebyty uraz głowy, połączony z uszkodzeniem tkanki nerwowej, może mieć związek z wystąpieniem otępienia. Zniszczenie neuronów, spowodowane urazem, przyspiesza wystąpienie otępienia poprzez nakładanie się na zależny od wieku zanik komórek. Uraz głowy może także nasilać tworzenie płytek starczych.

CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE

Do prawdopodobnych czynników ryzyka otępienia należą neurotoksyny środowiskowe, do których zalicza się m.in. związki aluminium, rozpuszczalniki organiczne lub pestycydy. Również długotrwała ekspozycja na działanie pola elektromagnetycznego prawdopodobnie zwiększa ryzyko choroby Alzheimera, na które szczególnie narażone są osoby pracujące jako elektrycy, mechanicy itp.

MIAŻDŻYCA

Czynnikiem mającym wpływ na rozwój otępienia naczyniopochodnego może być miażdżycy i jej powikłania. Jest to choroba dotycząca całego organizmu, jej konsekwencją mogą być zaburzenia krążenia krwi w mózgu, ale i w całym organizmie. Zaburzenia krążenia mogą prowadzić do obniżenia ilości tlenu docierającego do mózgu. Zaburzenia rytmu serca mogą prowadzić do powstawania materiału zatorowego, co może być przyczyną udarów mózgowych. Zapobieganie rozwojowi miażdżycy i leczenie jej powikłań pośrednio prowadzi do prewencji otępienia.

CUKRZYCA

Cukrzyca powoduje zmiany zarówno w małych, jak i dużych naczyniach, zwiększając ryzyko udaru mózgu. Podwyższony poziom cukru (hiperglikemia) może sprzyjać gromadzeniu amyloidu (głównego składnika płytek starczych) w mózgu. Zaś obniżony poziom glukozy we krwi (hipoglikemia) wywiera negatywny wpływ na metabolizm mózgowy. Odpowiednie leczenie cukrzycy, przyjmowanie leków, stosowanie właściwej diety i utrzymywanie prawidłowego poziomu glukozy, zmniejsza ryzyko zmian w ośrodkowym układzie nerwowym.

CHOLESTEROL

Zależność chorób naczyń mózgowych od podwyższonego poziomu cholesterolu w surowicy jest nadal dyskutowana. Podwyższony poziom cholesterolu zwiększa ryzyko udaru i otępienia naczyniopochodnego. Wpływ wysokiego poziomu cholesterolu na wzrost ryzyka choroby Alzheimera, wyjaśniany jest powiązaniem efektu genotypu ApoE od poziomu cholesterolu. Pacjenci z udokumentowaną chorobą naczyń są rzadziej diagnozowani w kierunku choroby Alzheimera, ponieważ w takich przypadkach częściej przyjmuje się, że otępienie jest naczyniopochodne. Podjęte ostatnio badania nad powiązaniem choroby Alzheimera i miażdżycy wykazały jednak, że ryzyko otępienia alzheimerowskiego wzrasta wraz z zaawansowaniem zmian miażdżycowych w naczyniach. Stwierdzono też interakcje pomiędzy allelem ApoE4 i nasileniem zmian miażdżycowych – osoby z przynajmniej jednym allelem ApoE4 i zaawansowaną miażdżycą były ok. 20-krotnie bardziej narażone na chorobę Alzheimera. Stosowanie odpowiedniej diety oraz umiarkowany wysiłek fizyczny są skutecznym sposobem zmniejszenia ryzyka otępienia.

PALENIE PAPIEROSÓW

Także palenie papierosów zwiększa ryzyko rozwoju chorób naczyniowych. W chorobie Alzheimera obserwuje się zmniejszenie gęstości receptorów nikotynowych odpowiadających za wydzielanie acetylocholin – substancji regulującej procesy pamięciowe. Palenie papierosów, teoretycznie, mogłoby mieć pozytywny wpływ na funkcje poznawcze poprzez zwiększenie gęstości receptorów nikotynowych i poprawę przekaźnictwa cholinergicznego, ale należy jednocześnie pamiętać, że palenie zwiększa ryzyko chorób naczyniowych, co może prowadzić do zaburzenia krążenia mózgowego i otępienia.

CZERWONE WINO

Prowadzone badania pozwalają przypuszczać, że picie umiarkowanych ilości czerwonego wytrawnego wina zmniejsza ryzyko otępienia alzheimerowskiego aż o 80%, w porównaniu z wynikami abstynentów. Ryzyko chorób układu naczyniowego, w tym otępienia naczyniopochodnego, jest również mniejsze u osób pijących niewielkie ilości alkoholu. Przypuszcza się jednak, że efekt ochronny tych napojów wiąże się raczej z zawartymi w winie antyoksydantami niż z samym alkoholem. Tym niemniej, wraz ze wzrostem spożycia alkoholu rośnie ryzyko otępienia zarówno naczyniopochodnego, jak i alzheimerowskiego.

Wiedza na temat możliwych czynników ryzyka otępienia, szczególnie alzheimerowskiego, jest nadal dość ograniczona ze względu na często sprzeczne wyniki badań. Jak dotąd, nie umiemy zapobiegać wielu z nich, zwłaszcza nie mamy wpływu na upływający czas. Jednak najwięcej szans na zmniejszenie ryzyka zachorowania daje unikanie urazów głowy i ekspozycji na pole elektromagnetyczne oraz podnoszenie poziomu wykształcenia wraz z podtrzymywaniem aktywności umysłowej do późnego wieku.

Czynniki ryzyka otępienia alzheimerowskiego i naczyniopochodnego częściowo pokrywają się ze sobą. Wynika z tego, że prewencja chorób naczyniowych stanowi pewnym stopniu prewencję choroby Alzheimera. W związku ze zjawiskiem „siwienia populacji” i rosnącą liczbą osób dotkniętych otępieniem, można przypuszczać, że schorzenia te będą jednym z głównych problemów społecznych (m.in. w sferze zdrowia publicznego i pomocy społecznej) w najbliższych latach. Należy mieć nadzieję, że dalszy postęp wiedzy w tej dziedzinie pozwoli poszerzać zarówno zakres działań prewencyjnych, jak i leczenie różnych postaci otępienia.

Diagnoza otępienia

Nie istnieje jeden test który pozwoliłby rozpoznać otępienie, a zwłaszcza chorobę Alzheimera. Konieczne jest przeprowadzenie wielu specjalistycznych badań laboratoryjnych i testów psychologicznych.

Należy pamiętać przy tym, że również inne schorzenia, nie tylko psychiatryczne, mogą wywoływać objawy podobne do otępienia. Wiele z nich może być skutecznie leczonych, dlatego bardzo ważne jest postawienie właściwej diagnozy.

Inne przyczyny otępień

Oslabienie funkcji pamięciowych może być powodowane przez nieodpowiednie zastosowanie lub przyjmowanie dużych ilości leków. Do leków mogących prowadzić do otępienia należą: leki przeciwparkinsonowskie (lewodopa, apomorfiana, pergoilna, preparaty przeciwcholinergiczne), leki przeciwpadaczkowe (karbamzaepina, ethosuksimid, lamotrigina, phenobarbitan, phenytoina, kwas walproinowy), leki uspokajające – benzodwiazepiny, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, leki hormonalne (prednizolon), leki immunosupresyjne (cyclosporyna), doustne leki przeciwcukrzycowe, starsza

generacja leków, stosowana w leczeniu nadciśnienia (rezerpina, klonidyna). Niebezpieczne mogą być także leki dostępne bez recepty, np. ranitydyna, paracetamol. Dlatego bardzo ważne jest, aby poinformować każdego lekarza, jakie leki się przyjmuje.

Sześćdziesiąty piąty rok życia to zazwyczaj czas zakończenia pracy zawodowej. Wiele osób nie zawsze potrafi odnaleźć się w nowej sytuacji. Czują się opuszczeni, niepotrzebni, nie wiedzą, jak zagospodarować wolny czas. To także okres, kiedy doświadcza się utraty bliskiej osoby. Mogą pojawić się wówczas zaburzenia emocjonalne, takie jak depresja czy zaburzenia lękowe. W starszym wieku, ze względu na zaburzenia równowagi organizmu lub choroby somatyczne, częściej występują zaburzenia świadomości (np. majaczenia) oraz inne schorzenia, wywołane uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

Diagnostując otępienie należy wykluczyć istnienie zaburzeń metabolicznych, takich jak: niedoczynności tarczycy, hypercalcemia, niedobory kwasu foliowego, niewydolność wątroby lub nerek, wrodzone choroby metaboliczne, np. choroba Wilsona czy zatrucia metalami ciężkimi.

Kłopoty z prawidłowym funkcjonowaniem w życiu codziennym mogą być również wynikiem zaćmy, jaskry, ale także niewłaściwie dobranych okularów. Nawet zdrowe osoby starsze mają słabszy wzrok i słuch. Jest to naturalny proces starzenia się. Dlatego wiele osób nosi okulary korekcyjne i nie wstydzi się ich. Niestety, gdy pojawia się osłabienie słuchu, wiele osób nie przyznaje się do tego lub lekceważy problem. Bardzo często trudno jest namówić osoby starsze do założenia aparatu słuchowego, chociaż dostępne są już nowoczesne i małe urządzenia poprawiające komfort słyszenia.

Finansowaniem sprzętu rehabilitacyjnego zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia, a także Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – PFRON.

Kolejnym powodem otępienia może być: wodogłowie z prawidłowym ciśnieniem śródczaszkowym, otwarte urazy głowy, krwihak podtwardówkowy, urazy związane z udziałem w walkach bokserskich, pierwotne lub przerzutowe guzy nowotworowe, zespół paraneoplazmatyczny.

Możliwą przyczyną otępienia mogą być także zakażenia: bakteryjne (borelioza, kiła ośrodkowego układu nerwowego, brucelloza), grzybicze (zakażenie kryptokokowe), wirusowe (HIV), choroba Creutzfelda – Jacoba.

Wysokie poziomy cholesterolu prowadzą do rozwoju miażdżycy, co może powodować rozwój otępienia naczyniowego. Zmiany w naczyniach krwionośnych zaburzające prawidłowe ukrwienie mózgu mogą wystąpić w przebiegu chorób układowych np. toczenia układowego.

Często pomijaną przyczyną otępienia jest przewlekła choroba alkoholowa. Zdarza się, że chorzy zaprzeczają nadmiernemu picciu, ale każdy lekarz powinien zapytać o stosowanie używek. **Proces diagnostyczny**

Proces diagnostyczny obejmuje wiele procedur: od bardzo dokładnego wywiadu lekarskiego, poprzez wyniki badań laboratoryjnych, badanie lekarskie i neurologiczne, do oceny psychiatrycznej i testów psychologicznych. Wszystkie procedury powinny zostać przeprowadzone przez zespół lekarzy – lekarz rodzinny, neurolog, psychiatra oraz psycholog.

Przeprowadzenie wszystkich procedur diagnostycznych może trwać dłużej niż jeden dzień i powinno zostać dokonane w trybie ambulatoryjnym, w miarę możliwości w wyspecjalizowanym ośrodku.

Wywiad chorobowy

Zarówno z osobą chorą, jak i z członkami rodziny lub opiekunami przeprowadza się wywiad, w którym lekarz pyta o codzienne funkcjonowanie, obecne problemy fizyczne i psychiczne oraz o przebyte w przeszłości choroby.

Ocena stanu psychicznego

Lekarz psychiatra ocenia orientację w czasie i przestrzeni, ocenia zdolności zapamiętywania i rozumienia, sprawdza umiejętność swobodnej rozmowy oraz zdolności liczenia. W czasie badania lekarz może zadać pytania: „Jaki mamy rok?”, „Jaki jest dzień tygodnia?”, „Jak nazywa się prezydent?”, itp. Stałym elementem badania są proste testy, jak np. literowanie słów wspak, pisanie zdań lub kopiowanie figur geometrycznych. W ocenie stanu psychicznego lekarz uwzględnia również poziom wykształcenia pacjenta, wykonywany zawód czy sposób życia.

Badanie somatyczne

W procesie diagnostycznym otępienia pacjent powinien zostać przebadany przez lekarza rodzinnego, który ocenia stan odżywienia, sprawdza podstawowe parametry życiowe (ciśnienie tętnicze, puls). Lekarz rodzinny powinien ocenić też stan układu krążenia, oddechowego, sprawdzić funkcjonowanie wątroby, nerek czy tarczycy, wykluczyć lub potwierdzić obecność miażdżycy, wykonując badanie tętna na kończynach.

Badanie neurologiczne

Przeprowadzenie badania neurologicznego jest niezbędne w celu wykluczenia uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Pozwala ono wykryć objawy przebytego udaru mózgu, choroby Parkinsona, wodogłowia (gromadzenie się płynu mózgowo rdzeniowego), guza mózgu lub innych schorzeń, mogących wywoływać objawy otępienia. W czasie badania ocenia się koordynację ruchów, napięcie i siłę mięśni, ruchy gałek ocznych, mowę oraz przytomność. Lekarz uderza pacjenta w kolano, badając odruchy kolanowe, sprawdza zdolność odczuwania, dotykając skóry ręką i nogą.

Badania diagnostyczne

Lekarz zleci wykonanie badań laboratoryjnych (pobranie krwi i moczu), ale jedynie tych, które są niezbędne dla uzyskania prawidłowej diagnozy. Należą do nich badanie morfologii krwi z rozmazem, ocena biochemiczna w celu wykluczenia anemii, zakażenia, cukrzycy, chorób wątroby i nerek. Poziom kwasu foliowego i witaminy B12 może być oznaczany, jeśli lekarz stwierdzi inne objawy świadczące o ich niedoborze. Bardzo wysoki lub niski poziom hormonów tarczycy może wywoływać objawy podobne do otępienia, ocenić powinno się wówczas poziom tych hormonów. Lekarz może zalecić również wykonanie badania EEG (elektroencefalogram) w celu wykrycia nieprawidłowości w pracy fal mózgowych. Badanie to pozwala wykryć zaburzenia padaczkowe, podostre stwardniające zapalenie mózgu i inne schorzenia.

Równie często wykonywane są badania obrazowe mózgu. Należy do nich tomografia komputerowa – TK oraz rezonans magnetyczny – MR.

TK polega na uzyskaniu poprzecznych przekrojów mózgu na podstawie pomiarów współczynnika osłabienia promieniowania rentgenowskiego przez detektory umieszczone naprzeciwko lampy.

Natomiast MR polega na umieszczeniu pacjenta w silny polu magnetycznym, a następnie zadziałaniu na to pole falą elektromagnetyczną o odpowiedniej częstotliwości, co wywołuje zjawisko rezonansu magnetycznego protonów wodoru. Gdy następuje ich powrót do stanu spoczynkowego, zostaje wypromieniowana energia, która jest przetwarzana na obraz.

Do oceny stanu mózgu mogą być także stosowane badania oceniające nie tylko stan struktur mózgu, ale także ich funkcjonowanie. Do metod tych należą pozytronowa tomografia emisyjna – PET oraz tomografia emisyjna pojedynczego fotonu – SPECT.

PET polega na rejestracji emisji cząstek radioaktywnych w poszczególnych warstwach mózgu. Rolę tych cząstek pełnią dodatkowo naładowane pozytrony.

SPECT, podobnie jak poprzednia metoda, polega na rejestracji rozmieszczenia radioizotopów w mózgu, najczęściej stosuje się technet-99m, ksenon-133, jod 131, jod 123, tal 201.

Badanie psychiatryczne i testy psychologiczne

Celem badania psychiatrycznego jest wykluczenie innych schorzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe czy depresja. W przebiegu tej choroby również występuje osłabienie pamięci, spowolnienie toku myślenia, co może przypominać otępienie.

Testy psychologiczne służą do potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń funkcji poznawczych i pozwalają ocenić stopień nasilenia choroby. Ich wykonanie może zająć kilka godzin, a poprzedzone jest rozmową z psychologiem.

W przypadku potwierdzenia diagnozy niezbędna staje się konsultacja z pielęgniarką, rehabilitantem czy terapeutą zajęciowym w celu zaplanowania wszelkich działań nefarmakologicznych, stanowiących bardzo ważny element terapii wspomagającej codzienne funkcjonowanie osoby chorej.

Zrozumieć diagnozę

Po wykonaniu wszystkich badań i testów można postawić diagnozę. Jeśli rozpoznano otępienie, to następnym krokiem jest określenie jego rodzaju. Najczęściej jest choroba Alzheimera. Należy pamiętać, że istnieją również inne postacie otępienia pierwotnego, jak np. otępienie z rozszianymi ciałami Lewy'ego, otępienie czołowo – skroniowe i inne. Za życia pacjenta rozpoznanie będzie brzmiało „prawdopodobna choroba Alzheimera” lub „otępienie typu Alzheimera”. Jeśli objawy będą nietypowe, diagnoza będzie brzmiała „możliwa

choroba Alzheimera”. Niestety, jedyną metodą, mogącą potwierdzić rozpoznanie, jest badanie histopatologiczne mózgu (lekarz pobiera fragment tkanki mózgowej i ocenia pod mikroskopem) i może być ono wykonane dopiero po śmierci pacjenta.

Rola rodziny w procesie diagnostycznym

Coraz większa wiedza o chorobach otępiennych powoduje, że osoby w podeszłym wieku często same zgłaszają się do lekarza, aby sprawdzić, czy występujące u nich problemy z pamięcią są początkiem choroby, czy też naturalnym procesem starzenia się. W wielu jednak przypadkach seniorzy nie zauważają zmian lub starają się je ukrywać. Wówczas to członkowie rodziny lub opiekunowie powinni zadbać o to, by osoba, u której podejrzewa się zaburzenia pamięci jak najwcześniej zgłosiła się do lekarza. Im szybciej trafi ona do lekarza, tym szybciej będzie można postawić diagnozę i w razie potwierdzenia zaburzeń otępiennych podjąć działania na rzecz spowolnienia przebiegu choroby.

Jak można pomóc?

- Zarejestruj osobę do lekarza
- Pomóż jej dojechać do lekarza
- Zapoznaj się z informacjami dotyczącymi choroby
- Skontaktuj się z lokalnymi stowarzyszeniami
- Zaoferuj swoją pomoc i towarzystwo w procesie diagnostycznym

Na badania należy zabrać ze sobą:

- okulary,
- aparat słuchowy,
- sprzęt pomagający w poruszaniu się,

- całą dokumentację medyczną (karty informacyjne z pobytów w szpitalu, wyniki wcześniejszych badań)
- listę przyjmowanych leków, z określeniem przyjmowanych dawek

Poniżej lista kilku pytań które mogą zostać zadane w czasie badania. Aby lepiej się przygotować i pomóc lekarzom w postawieniu diagnozy, warto wcześniej przemyśleć i zapisać sobie odpowiedzi:

- Jakie niepokojące objawy zauważył/a Pan/Pani u siebie?
- Od kiedy występują opisywane objawy?
- Czy opisywane objawy zmieniają się?
- Czy ma Pan/Pani kłopoty z wykonywaniem czynności dnia codziennego?
- Czy zaburzenia pamięci dotyczące wydarzeń z niedawnej przeszłości wpływają na funkcjonowanie zawodowe, społeczne lub rodzinne?
- Czy ma Pan/Pani kłopoty z właściwą oceną różnych sytuacji?
- Na jakie choroby Pan/Pani choruje?
- Jakie leki i w jakich dawkach Pan/Pani przyjmuje?
- Czy ktoś w Pana/Pani rodzinie miał problemy z pamięcią?

Pacjenci i ich rodziny często nie znają procedur stosowanych przez lekarzy w procesie diagnostycznym, nie wiedzą, jak się do nich przygotować, odczuwają strach przed diagnozą. Pomocne mogą być pytania, które można zadać lekarzowi na pierwszym spotkaniu:

- Jakie testy i badania będą u mnie wykonywane?
- Czy podczas wykonywania testów i badań mogę odczuwać ból lub dyskomfort?
- Ile czasu zajmie wykonywanie testów i badań?
- Jak długo trwa oczekiwanie na wyniki testów i badań?

Uzyskanie diagnozy potwierdzającej otępienie, nie tylko nie przynosi rozwiązania, ale staje się początkiem nowych wyzwań, problemów i rodzi wiele pytań. Pacjent może, a wręcz powinien zapytać lekarza o wiele niezrozumiałych i nieznanych dla niego zagadnień:

- Co oznacza usłyszana diagnoza?
- Jakie objawy mogą wystąpić w czasie trwania choroby?
- Na ile choroba zmieni moje życie?
- Jaki rodzaj pomocy ze strony osoby drugiej będzie potrzebna i kiedy będzie ona niezbędna?
- Jakie jest możliwe leczenie farmakologiczne?
- Jakie mogą wystąpić objawy niepożądane?
- Jaka jest skuteczność leczenia farmakologicznego?
- Co należy zmienić w domu, aby był bezpieczny dla mnie/ dla bliskiej mi osoby?
- W jakich instytucjach mogę szukać pomocy?
- Czy istnieje leczenie eksperymentalne? Jakie korzyści mogę z niego odnieść? Jakie ryzyko się z nim wiąże?

Jakie leki są stosowane w leczeniu otępienia?

Otępienia pierwotne, takie jak choroba Alzheimera, nie są schorzeniami uleczalnymi, ale prowadzi się bardzo wiele badań, starając się znaleźć przyczynę tej choroby i metody skutecznego jej leczenia. Należy jednak pamiętać, że wczesne rozpoznanie choroby i wdrożenie właściwego leczenia pozwala spowolnić jej postępy oraz poprawić jakość życia chorego i jego rodziny. Leki, dopuszczone do stosowania w chorobie Alzheimera, mogą być skuteczne w leczeniu zaburzeń pamięci i myślenia. Substancje te prowadzą do zwiększenia w mózgu poziomu substancji chemicznych odpowiedzialnych za procesy pamięciowe. Są skuteczne u około 50% osób je przyjmujących. Leki te

zmniejszają również zaburzenia emocjonalne i zachowania. Ponadto istnieje wiele różnych programów pomagających opiekunom pacjenta zmniejszać ciężar choroby. Naukowcy poszukują nowych sposobów pozwalających zapobiegać, spowalniać lub zatrzymać postęp choroby.

Terapia nefarmakologiczna

U części pacjentów choroba otępienna powoduje pojawianie się lęku lub agresji, u innych ciągle zadawanie tych samych pytań lub powtarzanie tych samych gestów i czynności. Takie zachowania mogą być źródłem frustracji i napięcia pomiędzy chorym a opiekunem. Objawy te nie zawsze można leczyć farmakologicznie. W takich przypadkach pomoc mogą działania pozafarmakologiczne. Warto wiedzieć, że zaburzenia zachowania wynikają z choroby i mogą być wywoływane przez:

- fizyczny dyskomfort (choroba, lekarstwa)
- nadmierną stymulację (głośne dźwięki, nadmierna aktywność w otoczeniu chorego)
- nieznanne otoczenie (pobyt w nowym miejscu, niemożność rozpoznania domu)
- skomplikowane zadania (trudności w wykonywaniu domowych obowiązków)
- frustrujące kontakty (niemożność efektywnego porozumienia się z innymi)

Należy właściwie rozpoznać przyczynę zaburzeń zachowania, aby móc ją skutecznie usunąć. Istnieje kilka etapów postępowania w takich przypadkach, które pozwolą na ustalenie źródła problemu i sposobów jego rozwiązania:

I. Wczesna identyfikacja i ocena zachowania

- Na czym polega niewłaściwe zachowanie? Czy jest ono szkodliwe dla chorego lub innych osób?

- Co wydarzyło się bezpośrednio przed pojawieniem się niewłaściwego zachowania? Czy „coś” mogło takie zachowanie wywołać?
- Co wydarzyło się bezpośrednio po wystąpieniu niewłaściwego zachowania? Jak zareagował opiekun?

II. Poszukiwanie potencjalnych rozwiązań problemu:

- Jakie są potrzeby osoby z otępieniem? Czy są one spełniane?
- Czy możliwa jest zmiana otoczenia, aby poprawić komfort osoby chorej i ograniczyć niewłaściwe zachowania?
- Jak można zmienić reakcję i podejście opiekunów wobec zaburzeń w zachowaniu? Czy potrafią reagować w sposób spokojny i pomocny?

III. Próba zmiany reakcji:

- Czy nowy sposób postępowania wobec chorego przyniósł oczekiwany skutek?
- Czy należy poszukiwać innych potencjalnych przyczyn i rozwiązań problemu? Jeśli tak, co można zrobić inaczej?

ZROZUMIENIE I ODPOWIEDZIALNOŚĆ WOBEC NOWYCH WYZWAŃ

Choroba otępienna może przebiegać odmiennie u różnych osób, w związku z tym również zmiany zachowania obserwowane u różnych chorych mogą być inne. Dlatego rodziny lub opiekunowie muszą poszukiwać nowych rozwiązań w obliczu nowych sytuacji. Poniżej przedstawiono najczęstsze problemy i sposoby ich rozwiązania.

POWTARZANIE DZIAŁAŃ

Osoba chora może wielokrotnie wykonywać te same czynności lub powtarzać te same zdania, słowa czy pytania. W większości przypadków czyni

to w poszukiwaniu komfortu, bezpieczeństwa lub znanego sobie otoczenia. Chory może także nalegać na wykonanie jakiegoś zadania czy czynności lub niweczyć coś, co zostało właśnie zrobione. Takie działanie jest zwykle nieszkodliwe dla pacjenta, ale może być stresujące dla opiekuna.

Dlatego warto zastanowić się, co jest przyczyną takiego zachowania i co można zrobić, by takie postępowanie zmienić:

- Poszukuj przyczyny powtarzania czynności przez chorego. Spróbuj znaleźć przyczynę zaburzeń zachowania i wyeliminuj ją. Odpowiadaj na emocje, zamiast skupiać się na tym co robi osoba chora. Spróbuj zrozumieć, co ona czuje.
- Zamień bezcelowe działania na celową aktywność, np. jeśli chory pociera dłońmi o stół, poproś go o starcie kurzu.
- Staraj się zachować spokój i cierpliwość. Dodawaj otuchy spokojnym głosem i delikatnym dotykiem.
- Udzielaj odpowiedzi na pytania: chory jej oczekuje, nawet jeśli musisz odpowiadać kilkakrotnie na to samo pytanie.
- Używaj dodatkowych pomocy. Jeśli chory pyta wielokrotnie o to samo, udzielaj odpowiedzi wykorzystując notatki, zegar, kalendarz lub fotografie.
- Angażuj chorego do działania. Jego zachowanie może być wynikiem nudy i braku jakiejś aktywności. Zaplanuj dla niego proste i przyjemne zadania.
- Zaakceptuj niektóre zachowania i wykorzystuj je. Jeśli niewłaściwe zachowania nie są szkodliwe, spróbuj znaleźć sposób na produktywnie ich wykorzystanie.
- Skonsultuj się z lekarzem. Powtarzanie czynności może być efektem niepożądanego działania leków. Porozmawiaj o tym z lekarzem.

ZACHOWANIA AGRESYWNE

Zachowania agresywne mogą mieć charakter werbalny (krzyk) lub fizyczny (uderzanie, popychanie). Takie postępowanie może pojawić się nagle, bez widocznej przyczyny lub może być wynikiem frustrujących dla chorego sytuacji. Bez względu na przyczynę, należy starać się zrozumieć, co mogło wywołać taka reakcję.

Poniżej kilka sposobów działania w takiej sytuacji:

- Spróbuj natychmiast znaleźć przyczynę. Pomyśl, co mogło się wydarzyć bezpośrednio przed wystąpieniem agresywnego zachowania.
- Skup się na emocjach, nie na faktach. Nie koncentruj się na szczegółach sytuacji, ale staraj się rozważyć emocje chorego, zrozumieć je.
- Nie bądź zły lub zdenerwowany. Zachowaj pozytywną postawę, dodawaj otuchy, odzywaj się wolno, spokojnym tonem.
- Ograniczaj czynniki zakłócające. Oceń otoczenie i zaadaptuj je do potrzeb chorego, unikaj niewłaściwych sytuacji.
- Wprowadzaj czynności relaksujące. Wykorzystuj muzykę, masaże lub ćwiczenia fizyczne, które pomogą uspokoić chorego. Skonsultuj się z terapeutą, który podpowie ci, jakie działania będą najbardziej efektywne i przyniosą ulgę choremu.

WĘDROWANIE

Gdy u osoby z otępieniem pojawia się wędrowanie lub zagubienie w znanym otoczeniu, jest to przerażające doświadczenie, a jednocześnie zagrożenie dla osoby chorej, który może doprowadzić do poważnego lub śmiertelnego zranienia. Wędrowanie może być bezcelowe lub celowe, ale oba rodzaje powodują, że chory czuje się zagubiony, traci poczucie bezpieczeństwa w swoim środowisku lub zakłóca spokój w innych miejscach. Wędrowanie jest jednym z najczęstszych problemów, z którymi borykają się opiekunowie.

Stanowi też najtrudniejsze wyzwanie do opanowania. U prawie sześciu na dziesięciu pacjentów z otępieniem występują zaburzenia zachowania w postaci wędrowania lub zagubienia. U wielu z nich zaburzenia te mają charakter przewlekły i mogą pogłębiać się w trakcie trwania choroby.

Należy pamiętać, że osoby z rozpoznaniem otępienia mogą wędrować nie tylko chodząc, ale także jeżdżąc samochodem lub innymi środkami transportu.

Wędrowanie może wystąpić, kiedy osoba chora:

- przestaje rozpoznawać członków rodziny, miejsca lub przedmioty
- czuje się zagubiona w nowym lub zmienionym otoczeniu
- próbuje wykonywać rutynowe obowiązki, jak np. chodzenie do pracy, opieka nad dzieckiem
- przyjmuje lekarstwa, które mogą dawać objawy niepożądane pod postacią niepokoju lub osłabienia
- jest narażona na stres wywołany hałasem, tłumem lub izolacją i poprzez wędrowanie próbuje rozładować napięcie
- prezentuje zaburzenia związane ze zmianą rytmu: sen – czuwanie
- prezentuje niepokój wynikający z braku aktywności fizycznej
- obawia się niezrozumiałych dla niej obrazów, dźwięków lub halucynacji
- poszukuje czegoś np. pokarmu, płynów, łazienki czy towarzystwa
- poszukuje drogi wyjścia z domu.

ZAPOBIEGANIE WĘDROWANIU

Bardzo trudno jest przewidzieć, kiedy chory może zacząć wędrować lub poczuje się zagubiony w znanym sobie otoczeniu. Ale opiekunowie mogą podjąć działania, które pomogą ograniczyć incydenty wędrowania:

- Ustrukturalizuj dzień – ustal stałe punkty aktywności w ciągu dnia, wprowadź zajęcia umysłowe i aktywność fizyczną, które mogą pomóc zmniejszyć skalę wędrowania. Możesz poprosić chorego o pomoc w

prostych obowiązkach domowych, takich jak zmiatanie podłogi czy składanie ubrań. Do zaplanowanych działań możesz włączyć wspólne muzykowanie, taniec czy spotkania z sąsiadami.

- Zapewnij bezpieczeństwo w domu – postaraj się uniemożliwić choremu opuszczenie domu lub podwórka, zabezpiecz zamki w drzwiach i oknach – umieść je w pozycjach niedostępnych dla chorego. Zamontuj podwójne zamki lub blokady.
- Zamontuj nowoczesne urządzenia, jak np. elektroniczne dzwonki lub brzęczyki, sygnalizujące otwarcie drzwi, nacisk na wycieraczkę przed drzwiami, jak również sygnalizujące ruch w pomieszczeniach. Użyteczne będzie też postawienie płotu wokół domu lub podwórka, albo likwidacja dodatkowych drzwi czy przejść.
- Porozmawiaj z sąsiadami – uprzedź sąsiadów o stanie zdrowia chorego i sporządź listę nazwisk i numerów kontaktowych. Poproś ich o zawiadomienie, jeśli zauważą chorego poza domem bez opieki. Podobną prośbę skieruj do opiekunów w domach pomocy społecznej i opieki.
- Zaangażuj lokalną Policję – powiadom lokalny posterunek Policji o stanie chorego i możliwości niekontrolowanego wędrowania.
- Oceń otoczenie – postaraj się określić, które z miejsc w okolicy domu mogą stanowić zagrożenie dla chorego, np.: akwenty wodne, otwarte klatki schodowe, tunele, gęste zarośla, przystanki autobusowe, wysokie balkony, ruchliwe drogi. Gdy chory się zagubi, te miejsca sprawdzaj w pierwszej kolejności.

Musisz być przygotowanym na możliwość pojawienia się wędrowania. Zgromadź istotne informacje. Pamiętaj, że posiadanie odpowiednich i aktualnych informacji może być pomocne w poszukiwaniach chorego:

- Uzyskaj od stowarzyszenia alzheimerowskiego informację, jakie czynności należy podjąć w sytuacji, gdy chory zaginie.

- Przygotuj odpowiedni dokument, który zawiera informacje o chorym: wiek, wzrost, waga, kolor włosów, kolor oczu, kolor skóry, grupa krwi, cechy pozwalające na łatwiejszą identyfikację, opis stanu zdrowia i uzębienia, przyjmowane lekarstwa, alergie, posiadaną przez chorego biżuterię, opis ubrania, które chory miał na sobie w momencie wyjścia domu.
- Przygotuj kilka kopii aktualnego zdjęcia
- Stwórz listę miejsc, w które chory może się udać, jak rutynowa trasa spacerów, bliscy sąsiedzi, ulubione miejsca chorego, miejsca pracy.
- Zachowaj używane przez chorego rzeczy, aby w razie potrzeby mogły posłużyć do poszukiwań przez psy policyjne. Trzymaj rzeczy w plastikowej torbie, wymieniaj je raz na miesiąc.
- Stwórz listę potencjalnie niebezpiecznych miejsc w sąsiedztwie.

Inne działania, które możesz podjąć, by pomóc choremu w ograniczeniu wędrowania:

- Sprawdź czy chory nie jest głodny, nie musi skorzystać z łazienki lub jest mu niewygodnie
- Zachęcaj do ruchu i ćwiczeń, aby zmniejszyć lęk i niepokój
- Włącz chorego w czynności dnia codziennego, jak składanie prania czy przygotowywanie posiłków
- Przypominaj choremu, że znajduje się we właściwym miejscu oraz że wiesz, jak go odnaleźć, gdyby się zagubił
- Zredukuj poziom hałasu i innych zakłóceń
- Dodawaj otuchy choremu, który czuje się zagubiony, opuszczony lub dezorientowany
- Zawiadom z pewnym wyprzedzeniem Policję, że opiekujesz się osobą z otępieniem
- Przygotuj plan, co należy zrobić w sytuacji, gdy chory zaginie.

ZMIANA OTOCZENIA

Opiekując się chorym na otępienie należy zmodyfikować otoczenie, w którym żyje, dostosowując je do zmian zachodzących w psychice i zachowaniu chorego:

- w ocenie – chory może zapomnieć, w jaki sposób używa się domowych sprzętów
- w orientacji w czasie i przestrzeni – chory nie pamięta nazwy ulicy, na której mieszka, nie rozpoznaje okolicy, w której mieszka, zaburzeniu ulega rytm dnia i nocy
- w zachowaniu – osoba łatwo staje się zagubiona, podejrzliwa czy wystraszona
- w możliwościach fizycznych – chory ma kłopoty z utrzymaniem równowagi, swobodnym poruszaniem się, musi korzystać z wózka inwalidzkiego
- w zaburzeniach zmysłów – chory może inaczej postrzegać otoczenie, odbierać dźwięki, czuć temperaturę lub zmienia się jego wrażliwość dotyku

Mieszkanie powinno zostać w miarę możliwości zaadaptowane do zmieniającej się kondycji pacjenta. Przed dokonaniem zmian w domu pamiętaj o kilku zasadach, które pomogą ci w stworzeniu bezpiecznej i przyjaznej choremu przestrzeni:

- Oceń otoczenie – zidentyfikuj możliwe zagrożenia z pozycji osoby chorej. Jakie przedmioty mogą zranić chorego? Czy chory może łatwo wyjść na zewnątrz lub ma łatwy dostęp po niebezpiecznych pomieszczeń – kuchnia, garaż, piwnica?

- Skup się na adaptacji, a nie na uczeniu – unikaj uczenia chorego zasad bezpieczeństwa, ale pokaż mu możliwe niebezpieczeństwa i podejmij właściwe środki bezpieczeństwa.
- Upraszczaj zadania – większość wypadków, zwłaszcza w domu, wynika z pośpiechu. Wykonuj złożone czynności krok po kroku, pozwalając spokojnie wszystko wykonać choremu. Jednocześnie zapewniaj dodatkową pomoc, np. przygotuj choremu ubrania do założenia układając je w odpowiedniej kolejności.
- Spełniaj potrzeby – nie próbuj tworzyć otoczenia, które ogranicza chorego. Dom powinien wzmacniać niezależność, umożliwiać kontakty społeczne i aktywność pacjenta.
- Bądź realistyczny we wprowadzanych zmianach – pamiętaj, że nigdy nie da się wyeliminować wszystkich problemów, polegaj na swoim wyczuciu i uwadze, oceniając niebezpieczne miejsca czy czynności.

TWORZENIE BEZPIECZNEGO OTOCZENIA

Stwórz potencjalnie niebezpieczne miejsca mniej dostępnymi.

Osoba z otępieniem może być narażona na ryzyko, jeśli ma dostęp do niebezpiecznych miejsc w domu lub w jego otoczeniu. Poniższe działania pozwolą na zmniejszenie dostępności tych miejsc dla chorego:

- Zamknij lub ukryj niebezpieczne miejsca – pokryj drzwi lub zamki malowidłami ściennymi lub innymi rzeczami. Używaj „dzwoniących” lub składanych drzwi, aby chronić wejście do kuchni, klatek schodowych, schowków czy piwnic.
- Zainstaluj zamknięcia w taki sposób, by były dobrze widoczne – umieść zasuwę wyżej lub niżej niż zamki, aby utrudnić osobie chorej otwarcie drzwi i wyjście z domu. Trzymaj dodatkowy komplet kluczy blisko drzwi, aby można było ich użyć w razie potrzeby. Usuń wszystkie

blokady wewnętrzne w łazienkach i toaletach, by chory nie mógł zamknąć się od środka.

- Używaj specjalnego, bezpiecznego sprzętu – zamontuj blokady klamek lub gałki. Pozwoli to na ograniczenie dostępu do miejsc, w których znajdują się noże, urządzenia elektryczne, inne wyposażenie, środki czystości lub inne potencjalnie trujące substancje. Wykorzystuj samoczynnie wyłączające się urządzenia elektryczne – jak żelazko, toster, czajnik czy ekspres do kawy.

PRZYSTOSUJ DOM DO ZMIAN WZROKU

Postęp choroby powoduje zmiany w postrzeganiu – pacjenci mogą mieć problemy w ocenie kolorów czy odległości, jak również w ocenie tego, co widzą. Wprowadź następujące zmiany:

- Popraw oświetlenie – zredukuj nadmiernie jasne światło, poprzez usunięcie lub zakrycie luster czy mebli na wysoki połysk. Załóż zasłony, rolety lub żaluzje, by zmniejszyć ilość ostrego światła. Unikaj używania samych żarówek lub jarzeniówek. Pamiętaj, że ograniczenie nadmiernego oświetlenia może zmniejszyć niepokój i pobudzenie osób chorych.
- Stwórz równomierne oświetlenie we wszystkich pomieszczeniach – dodaj dodatkowe oświetlenie przy wejściach pomiędzy pokojami, na schodach, w łazienkach lub na ganku – zmieniające się światło może nasilać zaburzenia orientacji u chorych.
- Używaj różnych kolorów – wyraźne oznaczenie drzwi wejściowych lub schodów poprzez kolorowe linie pomaga choremu zachować ostrożność w tych miejscach. Unikaj używania zbyt ciemnych dywaników, by nie zlewały się z otoczeniem. Dodaj kolorowe oznaczenia na szklanych drzwiach lub dużych oknach, aby chory mógł je zauważyć.
- Zainstaluj specjalne oświetlenie – używaj nocnego oświetlenia w holu, sypialni lub łazience, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo upadku,

zredukować zaburzenia orientacji, szczególnie gdy u chorego występują incydenty wędrowania. W miejscach gdzie przebywa chory zainstaluj oświetlenie czasowe lub włączające się pod wpływem ruchu.

MIEJ ŚWIADOMOŚĆ POTENCJALNYCH NIEBEZPIECZEŃSTW ZWIĄZANYCH Z KORZYSTANIEM Z PRZEDMIOTÓW CODZIENNEGO UŻYTKU

Pamiętaj, że nawet najbardziej podstawowe przedmioty i substancje wykorzystywane w gospodarstwie domowym mogą stanowić zagrożenie dla chorego. Zredukuj ryzyko:

- Ogranicz ilość urządzeń elektrycznych – usuń elektryczną maszynkę do golenia czy suszarkę z łazienki, aby zapobiec porażeniu prądem. Usuń z kuchni wszystkie urządzenia zawierające noże, miksery, a z innych pomieszczeń grille, broń, kosiarkę do trawy, zanim chory straci umiejętność posługiwania się tymi przedmiotami. Usuń także gałki z kuchenki, piecyków lub innych urządzeń.
- Nadzoruj ilość przyjmowanego alkoholu i palenie papierosów – kontroluj chorych, którzy palą papierosy, cygara lub fajkę, aby nie stworzyli zagrożenia pożarem. Kontroluj ilość spożywanego alkoholu, aby uniknąć niebezpiecznych interakcji z lekami.
- Bądź przygotowany na nieprzewidziane wydarzenia – pacjenci z otępieniem mogą spożywać różne rzeczy, takie jak małe kamienie, brudne rośliny, kwiaty czy bulwy. Aby tego uniknąć usuń trujące lub sztuczne rośliny czy owoce, aby chory nie pomylił ich z prawdziwymi. Usuń także witaminy, lekarstwa, słodziki oraz inne przedmioty, które chory może połknąć.
- Sprawdzaj lodówkę – osoba chora może mieć kłopoty z oceną przydatności produktów do spożycia, dlatego kontroluj świeżość jedzenia przechowywanego w lodówce.

- Zapewnij ciągi komunikacyjne – usuń wszystkie przedmioty, które mogą utrudniać poruszanie się: stojaki na gazety, stoliczki, lampy. Jeśli pacjent wędruje, stwórz mu bezpieczną przestrzeń.

UNIKAJ ZRANIENÍ PODCZAS CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO

Wiele z niebezpiecznych wypadków, które mają miejsce w domu, zdarza się podczas wykonywania codziennych czynności, takich jak kąpiel, toaleta, jedzenie. Dlatego też należy stworzyć odpowiednie warunki, aby ich unikać:

- Kontroluj temperaturę – w wyniku postępu choroby uszkodzeniu ulega zmysł dotyku. Aby uniknąć oparzenia w czasie kąpieli, należy zainstalować termostat. Pamiętaj również o sprawdzaniu temperatury podawanego jedzenia, aby nie było zbyt gorące czy zimne.
- Chroní przed upadkami – zainstaluj odpowiednie uchwyty w łazience i korytarzach, podkładaj antypoślizgowe dywaniki w wannie czy prysznicu. Także zainstalowanie specjalnego siedziska w prysznicu lub ruchomego krzesła w wannie pozwoli zwiększyć swobodę chorego. Przed upadkiem chronić będą też płytki antypoślizgowe. Załóż ochronę na ostre krawędzie w łazience.
- Nadzoruj przyjmowanie leków – chorzy mogą mieć problemy z samodzielnym przyjmowaniem leków, mogą o tym zapominać lub przyjmować podwójne dawki zapisanego leku. Zastosowanie specjalnych pojemników na leki, osobista kontrola oraz ograniczenie dostępu pozwolą uniknąć problemów.

TWORZENIE PRZYJAZNEGO OTOCZENIA

Stworzenie bezpiecznego otoczenia nie jest wystarczające, należy tak je zmienić, by wspomagało codzienne funkcjonowanie chorego i jego opiekunów. W tym celu:

- Zachęcaj do samodzielności – usuwając niebezpieczne przedmioty, ograniczając dostęp do niebezpiecznych miejsc, jak klatki schodowe, kuchnia czy podwórko, umożliwisz choremu swobodne, samodzielne i bezpieczne poruszanie się. Jeśli jest taka potrzeba, dostosuj umeblowanie pokoju, aby pacjent mógł poruszać się na wózku lub korzystać z chodzika.
- Włączaj chorego do pomocy – zachęcaj go do pomocy w przygotowywaniu posiłków, zmywaniu naczyń, układaniu ubrań, grabieniu trawnika oraz wykonywaniu innych czynnościach domowych, oczywiście pod nadzorem opiekuna. Aktywność ta wzmacnia poczucie wartości pacjenta i daje mu poczucie, że wciąż jest potrzebny.
- Wykorzystuj otoczenie do aktywizowania – wykorzystaj album z wycinkami, zdjęciami lub stare gazety, aby wzmacniać pamięć pacjenta i zachęcać go do rozmowy. Puszczaj muzykę, którą pacjent lubi, by zachęcać go do aktywności takiej jak taniec, klaskanie lub ćwiczenia. Pamiętaj, by dostosować głośność muzyki do upodobań chorego, aby uniknąć nadmiernego pobudzenia.
- Stwórz możliwości swobodnej aktywności chorego poza domem – zachęcaj go do podejmowania działań na zewnątrz: pozwól mu na uprawianie ogrodu, spacer, gimnastykę. Podwórko otoczone płotem pozwala choremu na bezpieczne przebywanie poza domem. Jeśli nie jest możliwe wyjście na zewnątrz, zachęcaj chorego do aktywności przy otwartym oknie lub na werandzie.
- Bądź przygotowany na nagłe wypadki – miej przygotowaną listę telefonów alarmowych, adres lokalnej Policji, Straży Pożarnej i szpitala. Sprawdź sprawność gaśnicy i alarmu przeciwpożarowego. Regularnie prowadź ćwiczenia przeciwpożarowe.

PODSTAWOWE ZASADY BEZPIECZEŃSTWA

Poniżej przedstawiono podsumowanie działań, które należy wprowadzić, aby zapewnić choremu z otępieniem bezpieczeństwo w domu i jego najbliższym otoczeniu:

Kuchnia:

- trzymaj środki czystości w zamknięciu
- wyłączaj prąd z sieci
- ukryj noże i inne ostre przedmioty
- schowaj toster, mikser i inne małe sprzęty
- wyłączaj duże urządzenia elektryczne, np. kuchenkę mikrofalową
- usuń gałki z kuchenki lub piekarnika
- trzymaj gaśnicę
- regularnie sprzątaj lodówkę

Łazienka:

- ustal temperaturę wody na 48 stopni
- zainstaluj specjalne uchwyty
- zastosuj dywaniki i płytki antypoślizgowe
- nadzoruj używanie suszarki, golarki lub lokówki
- usuń wewnętrzne zamknięcia

Sypialnia

- unikaj używania elektrycznych kocy
- kontroluj używanie podgrzewanych poduszek
- zainstaluj nocne oświetlenie pomiędzy sypialnia i łazienką

Garaż

- usuń wiertarki, siekiery, piły, kilofy
- ogranicz dostęp do dużych przedmiotów, jak kosiarka
- usuń trujące produkty, takie jak farby czy nawozy

Przestrzeń w domu

- zabezpiecz zamki
- usuń niebezpieczne dywany
- oznacz kolorowymi symbolami duże okna lub szklane drzwi
- usuń trujące rośliny
- stwórz jednakowe oświetlenie, zwłaszcza przy schodach czy przejściach między pokojami
- usuń wszystkie przedmioty utrudniające poruszanie się

Podwórko

- odłącz gazowy grill
- zamykaj bramy i przejścia
- obserwuj chorego na otwartej przestrzeni
- schowaj kluczyki od samochodu.

POSTĘPOWANIE W ZAAWANSOWANYM STADIUM OTEPIENIA

Każdy pacjent z rozpoznaniem otępienia, jak również opiekunowie i rodziny chorych, w obliczu zbliżającego się pogorszenia stanu zdrowia, a nawet śmierci, muszą podjąć trudne decyzje dotyczące opieki w tym okresie. Ostatecznie, jeśli decyzję podejmuje się w imieniu chorego, należy uwzględnić jego życzenia i pozwolić mu odejść w spokoju i z godnością. Poniższe informacje mogą pomóc rodzinom przygotować się do podjęcia decyzji dotyczących końcowych dni życia chorego. Dotyczą one takich kwestii, jak:

- zastosowanie opieki w oparciu o życzenia wyrażone przez osobę chorą
- ograniczenie, wycofanie lub odmowa leczenia farmakologicznego

- przejście od leczenia do zapewnienia komfortowej opieki
- prośba o zgodę na badanie histopatologiczne mózgu.

USZANOWANIE PRÓŚB CHOREGO

Każdy chory ma prawo do ograniczenia, wycofania lub odmowy leczenia czy podtrzymywania życia. Takie decyzje zwykle są podejmowane w oparciu o obowiązujące zasady prawne. Odpowiednie dokumenty potwierdzają, jaki rodzaj opieki medycznej chciałby uzyskać chory, gdyby nie był w stanie samodzielnie tego wyrazić.

Idealną sytuacją jest, gdy dokumenty są przygotowywane w momencie, gdy osoba chora posiada jeszcze zdolność do świadomego podejmowania decyzji. Jeśli jest to niemożliwe, rodzina, podejmując taką decyzję, powinna uwzględnić życzenia pacjenta, ale i swoje oczekiwania. W większości przypadków instytucje opieki długoterminowej czy szpitale posiadają odpowiednie komisje etyczne, które kontrolują i ułatwiają podejmowanie takich decyzji, zwłaszcza w sytuacji, kiedy rodzina i instytucja mają odmienne stanowiska wobec tej sprawy. Należy także pamiętać, by wszystkie dokumenty były zgodne z obowiązującym prawem. Aby pomóc w podjęciu ważnych decyzji należy pomagać osobie chorej, informować o tym innych i w razie potrzeby, podejmować aktywną rolę.

Kopie dokumentów powinny być przekazane wszystkim członkom rodziny, lekarzowi rodzinnemu oraz innym instytucjom uczestniczącym w opiece nad chorym. Należy je przechowywać razem z pozostałą dokumentacją medyczną. Jeśli pacjent zostaje przeniesiony do innej instytucji opiekuńczej, należy się upewnić czy jej personel otrzymał kopie tych dokumentów. Należy się upewnić czy służby świadczące opiekę właściwie zrozumiały decyzje pacjenta i czy są przygotowane, by je wypełnić. Należy współpracować z personelem w celu realizacji i monitorowania planu opieki zgodnie z wytycznymi.

Także członkowie rodziny powinni zrozumieć, respektować i przestrzegać wolę chorego. Przeprowadzenie rozmów z członkami rodziny pozwoli uniknąć konfliktów i podejmowania pochopnych decyzji w sytuacjach kryzysowych.

ZROZUMIENIE POZIOMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Należy zapoznać się z aktualną wiedzą na temat możliwości medycyny i dostępnych rodzajów opieki, aby móc podejmować decyzje, w jaki sposób stosować, odstawić, ograniczać lub odmawiać leczenia osobie chorej.

OPIEKA AGRESYWNA

Opieka agresywna stosowana jest w końcowych etapach życia i jej rola polega na przedłużaniu życia. Procedury opieki agresywnej obejmują:

- zastosowanie respiratora w sytuacji zatrzymania oddechu
- zastosowanie sondy żołądkowej lub żywienia pozajelitowego gdy chory nie jest w stanie przyjmować posiłków i płynów
- zastosowanie terapii antybiotykowej w razie rozwoju infekcji
- reanimację w sytuacji zatrzymania krążenia

Zastosowanie sondy żołądkowej lub żywienia pozajelitowego - W zaawansowanym stadium otępienia mogą wystąpić kłopoty z przełykaniem, co prowadzić może do utraty masy ciała. Jeśli chory odmawia lub nie jest w stanie jeść i pić, wówczas należy podjąć decyzję o sztucznym odżywianiu. Sonda żołądkowa używana jest czasami w sytuacji, gdy chory odmawia lub nie jest w stanie przyjmować jedzenia. Niestety, nie ma dowodów na to, że zastosowanie sondy przedłuży życie, pozwoli uniknąć infekcji lub ma inny korzystny wpływ na stan pacjenta. Zastosowanie sondy może wiązać się z większym prawdopodobieństwem rozwoju zapalenia płuc, biegunek lub innych zaburzeń.

Istnieje alternatywna metoda wobec żywienia sondą w zaawansowanym stadium choroby. Jest to sumienny program związany z żywieniem dla osób,

które nie mogą dłużej połykać. Program ten zapewnia komfort w ostatnich dniach życia, chroniąc pacjenta przed śmiercią głodową. Nawadnianie pozajelitowe może czasowo dostarczać płynów, ale nie jest w stanie zaspakajać potrzeb żywieniowych. Wzrastające nawodnienie może także obniżać komfort pacjenta, ponieważ nadmierne nawodnienie prowadzi do trudności z oddychaniem i do wzrostu wydzielania oddychania. Obniżenie nawodnienia jest normalnym etapem procesu umierania i pozwala na bardziej komfortową śmierć. Wykorzystanie nawadniania pozajelitowego może przedłużyć proces umierania o całe tygodnie i stanowić fizyczne cierpienie dla pacjenta. W ostatnim okresie życia pacjenta można wykorzystać też żywienie pozajelitowe, ale rodziny powinny zostać włączone w podejmowanie decyzji o kontynuacji lub zaprzestaniu takiej formy leczenia.

Stosowanie antybiotyków – u osób w zaawansowanym stadium otępienia często występują zapalenia płuc lub stany zapalne dróg moczowych. W ich leczeniu stosuje się antybiotyki, ale nie zawsze powinno. Czasami antybiotyki nie poprawią stanu pacjenta. Jeśli pacjent odczuwa ból, powinno stosować się leki przeciwbólowe.

Resusytucja, zalecenie niepodejmowania działań reanimacyjnych – rodziny mogą podjąć decyzję, w jakich sytuacjach lekarze powinni podejmować próbę resusytucji w chwili zatrzymania akcji serca. Resusytucja może być nieefektywna w przedłużaniu życia, może być bolesna, traumatyczna i pozostawić pacjenta w gorszej kondycji. Wiele rodzin prosi o niepodejmowanie działań reanimacyjnych. Taka decyzja powinna być potwierdzona przez lekarza i wyraźnie zaznaczona w karcie pacjenta, aby nie były podejmowane próby reanimacji. Także wielu profesjonalistów wyraża zastrzeżenia wobec resusytucji.

OPIEKA KONSERWATYWNA

Opieka konserwatywna zawiera rutynowe procedury, np. stosowanie leków przyjmowanych przez chorego przewlekłe, takich jak leki obniżające ciśnienie czy leki przeciwcukrzycowe.

OPIEKA PALIATYWNA

Opieka paliatywna nie ma na celu leczyć lub przedłużyć życie, ale ma poprawić jakość i godność życia poprzez zapewnienie pacjentowi komfortowych warunków i uśmierzenie bólu do czasu naturalnej śmierci. Programy stosowane w hospicjach dostarczają opieki paliatywnej dla osób w ostatnich fazach chorób terminalnych oraz zapewniają opiekę i wsparcie dla rodziny chorych.

OPIEKA HOSPICYJNA

Opieka hospicyjna skupia się na zapewnieniu komfortu i godności pacjentom w ich chorobie. Taką opiekę można zapewnić choremu w domu, w szpitalu oraz w hospicjum. Zespół opieki hospicyjnej składa się z pielęgniarek, lekarzy, pracownika socjalnego, dietetyka, duchownego oraz wolontariuszy. Zespół współpracuje ze sobą w celu zapewnienia jak najlepszej pomocy medycznej, fizycznej i duchowej pacjentowi i jego rodzinie.

PODEJMOWANIE UZASADNIONYCH DECYZJI

Podjmując decyzje w imieniu osoby w zaawansowanym stadium choroby należy pamiętać o następujących zasadach:

- Skup się na życzeniach chorego – Podjmując decyzje dotyczące leczenia farmakologicznego lub innego postępowania terapeutycznego uwzględniaj życzenia chorego lub staraj się wyobrazić sobie, jakich działań i rozwiązań życzyłby sobie chory. Np. czy chory życzyłby sobie wykonania wszystkich dostępnych badań czy tylko tych, które są

niezbędne w jego stanie? Czy pacjent chciałby otrzymywać lekarstwo które łagodzi ból, ale nie walczy z infekcją?

- Odzwierciedlaj wartości i przekonania pacjenta – Kulturowe, religijne, duchowe oraz rodzinne wartości i przekonania często wpływają na ludzkie decyzje dotyczące stosowania leków lub na pojmowanie, co dla pacjenta jest jakością życia czy umierania. Pozwól pacjentowi z otępieniem podejmować decyzje zgodnie z jego przekonaniami i systemem wartości. Rozgranicz swoje poglądy od przekonań chorego – pamiętaj, że nie muszą być one takie same.
- Rozważ korzyści i straty wynikające z leczenia – Porozmawiaj z personelem medycznym o korzyściach i obciążeniach związanych z leczeniem lub jego zaniechaniem. Dowiedz się czy leczenie poprawi stan pacjenta i na jak długo, a także czy będzie stanowić fizyczne lub psychiczne obciążenie. Porównaj czy zalecane leczenie jest zgodne z oczekiwaniami chorego.
- Podejmuj każdą decyzję oddzielnie – Zaawansowanie medycyny i postęp techniczny powodują, że możliwe jest przedłużanie, a w niektórych przypadkach i poprawa ludzkiego życia. Niemniej jednak, dostępne leczenie może również prowadzić do wydłużenia etapu umierania i być przyczyną wielu komplikacji i bólu dla chorego. Musisz pogodzić się z tym, że leczenie nie może trwać dłużej, niż jest korzystne dla chorego.
- Potwierdź miejsce opieki – Dowiedz się, jaki rodzaj terapii jest dostępny w domu, a jaki rodzaj opieki może uzyskać chory, jeśli zostanie umieszczony w instytucji opieki lub szpitalu. Należy pamiętać, że każdy pobyt pacjenta w szpitalu, nawet w celu założenia sondy lub żywienia pozajelitowego, będzie wywoływał u niego dezorientację, zaś stan ten nasila się w zaawansowanym stadium choroby. Porozmawiaj z personelem medycznym czy przeniesienie chorego do obcego dla niego

miejsca jest rzeczywiście konieczne oraz przedyskutuj inne możliwe opcje zapewnienia choremu pielęgnacji i opieki.

- Zapamiętaj że odmowa lub zaprzestanie leczenia nie jest pomocą w samobójstwie. Pamiętaj, że odmowa leczenia lub jego zaprzestanie, jak np. niezałożenie sondy żołądkowej, niepodawanie antybiotyków, niepodejmowanie reanimacji lub innych agresywnych działań **nie jest** eutanazją lub pomocą w dokonaniu samobójstwa. Każde leczenie ma swoje ograniczenia. Celem kuracji w tym przypadku powinna być pomoc w zapewnieniu godności i komfortu pacjenta. Jednocześnie chory powinien otrzymać najlepszą opiekę, nawet gdy nie otrzymuje już leczenia.

ROZWIĄZYWANIE RODZINNYCH KONFLIKTÓW

Członkowie rodziny powinni mieć okazję do przedyskutowania, jaką decyzję podejmą w imieniu chorego. Niektórzy mogą nie godzić się na proponowaną terapię, mogą być zdenerwowani lub wycofywać się podjęcia odpowiedzialności. Mogą odmówić angażowania się w podejmowanie decyzji, ponieważ uważają, że rodzina „planuje śmierć”. W celu ułatwienia rozmowy o czekających rodzinę trudnych decyzjach, można próbować następujących rozwiązań:

- Zaangażuj „osobę trzecią” – Możesz zaprosić do uczestnictwa w rozmowie lekarza, pielęgniarkę, pracownika socjalnego, członka szpitalnej komisji etyki, duchownego, aby pomógł rodzinie w podjęciu trudnych decyzji.
- Słuchaj z respektem wszystkich członków rodziny – Członkowie rodziny mogą mieć odmienne zdanie na temat tego, jak powinna wyglądać opieka w zaawansowanym stadium choroby lub mieć odmienny pogląd na sposób odejścia osoby chorej. Rozmowa o trudnym problemie może odsłonić intensywne emocje, ale należy pamiętać, że nie jest to czas, by

kogoś obwiniać lub atakować. Każdy zasługuje na wysłuchanie, zaś kwestią nadrzędną powinno być podjęcie takich decyzji dotyczących leczenia i opieki, które zapewnią choremu szacunek i godność w ostatnim etapie życia.

- Wypracuj porozumienie – Porozmawiaj z lekarzem o stanie pacjenta, prognozie, możliwościach opieki, zapoznaj się z korzyściami i szkodami wynikającymi z zastosowanego leczenia. Z pomocą osoby trzeciej, rodzina powinna podjąć wspólną decyzję, uwzględniającą interesy osoby chorej.

BADANIE HISTOPATOLOGICZNE MÓZGU

Badanie histopatologiczne mózgu jest obecnie jedyną metodą mogącą potwierdzić rozpoznanie otępienia. Jej wykonanie wymaga odpowiedniego przygotowania, dlatego decyzja czy badanie ma być wykonane, powinna być podjęta jeszcze za życia chorego. Jeśli masz jakieś pytania dotyczące tej kwestii, porozmawiaj z lekarzem.

TRUDNOŚCI Z UCZUCIAMI

Opiekunowie lub członkowie rodziny mogą wymagać wsparcia psychicznego zwłaszcza w ostatnich, trudnych stadiach choroby. Pomocy można szukać w lokalnych stowarzyszeniach alzheimerowskich lub telefonicznych liniach pomocy. Opiekunowie i rodziny mogą pracować nad emocjami, mogą wyrazić swój żal, smutek, poczucie winy, złość czy przygnębienie.

Najważniejsze zasady pomocne w podejmowaniu decyzji odnośnie zaawansowanego stadium choroby:

- Staraj się, by wszystkie decyzje były podejmowane w miarę możliwości zgodnie z preferencjami i życzeniami osoby chorej lub z wyobrażeniami opiekunów, co jest najlepsze dla chorego.

- Staraj się przypomnieć sobie wcześniejsze decyzje związane z leczeniem i wypowiedzi chorego, jak chciałby, aby wyglądała jego opieka. Czy chciałby/chciałaby aby przedłużano mu/ jej życie? Czy bał/a się utrzymywania życia przez maszynę lub bólu?
- Zapytaj lekarza o możliwości terapii:
Po co jest stosowany dany rodzaj terapii?
Jakie są korzyści dla chorego? Jakie jest ryzyko, zagrożenia lub inne niedogodności?
Czy terapia jest odpowiednia dla pacjenta?
Czy maksymalnie zadbano o godność i jakość życia pacjenta?
Czy pacjent odczuwa ból i co zrobiono aby ból usunąć?
Kiedy pacjent powinien otrzymać opiekę hospicyjną? Jakie są możliwości z tym związane?
- Rozważ fizyczne i emocjonalne działania niepożądane związane z leczeniem farmakologicznym i staraj się im zapobiegać.
- Pracuj z członkami rodziny oraz z personelem medycznym, aby uzgodnić i zaplanować plan opieki dotyczący zastosowania, wycofania, ograniczenia lub zaprzestania opieki.
- Stwórz odpowiednie relacje z personelem medycznym, aby uzyskać właściwe informacje o stanie zdrowia chorego i możliwościach opieki.
- Poszukaj pomocy u zaufanej i neutralnej osoby, ułatwi to podjęcie trudnych decyzji.

Zaawansowane stadium choroby może trwać kilka tygodni lub kilka lat. Wówczas niezbędna jest stała opieka nad chorym. Jest ona sukcesem, gdy osiągnię się właściwą jakość życia, zachowa godność pacjenta i zaplanuje leczenie odpowiednie dla chorego.

W zaawansowanym stadium otępienia chory zwykle:

- ma problemy z jedzeniem i połykaniem
- wymaga pomocy podczas chodzenia lub ewentualnie porusza się przy pomocy chodzika lub na wózku
- wymaga stałej opieki osoby drugiej
- jest bardziej narażony na zapalenia płuc lub inne infekcje
- traci zdolność komunikacji werbalnej

Poniższe informacje powinny pomóc rodzinom w dostarczeniu podstawowej opieki, zapewnić komfort i pozwolić na utrzymanie kontaktu z chorym.

ZACHĘCANIE DO PRZYJMOWANIA PŁYNÓW I POKARMÓW

Odżywianie i nawadnianie są ważne dla podtrzymywania dobrego stanu pacjenta. Osoby w zaawansowanym stadium choroby mogą mieć trudności w połykaniu jedzenia i płynów. Wynikiem tego może być dostanie się treści żołądka do dróg oddechowych i płuc, co może spowodować zapalenie płuc. Poniżej kilka sugestii pomocnych podczas karmienia:

- Stwórz spokojne i ciche otoczenie – Podawaj posiłki z dala od telewizora i innych urządzeń, które mogą przeszkadzać choremu. Pozwól aby posiłek trwał długo, co najmniej godzinę i nie pospieszaj chorego. W zależności od potrzeb chorego podawaj małe objętościowo posiłki lub przekąski, a nie trzy obfite posiłki.
- Zapewnij choremu wygodną pozycję – Upewnij się, że pacjent ma wygodną pozycję. Aby wspomóc proces trawienia pozwól choremu pozostać w tej pozycji około 30 min. po posiłku.
- Przygotowuj potrawy zgodnie z potrzebami chorego – Wybieraj jedzenie, które jest miękkie i może być z łatwością przeżuwane i połykane. Chorzy mogą preferować małe porcje, „na jeden gryz”, takie jak kawałki sera, małe kanapki czy niewielkie kawałki kurczaka. Jeśli pacjent nie jest w stanie spożywać twardych pokarmów, rozdrabniaj je.

- Wzmacniaj samodzielne odżywianie – Czasami chory potrzebuje sygnału, aby zacząć jeść. Zade monstruj, jak powinien używać sztućców lub nałóż mu pierwszą porcję pokarmu, podaj łyżkę choremu i poprowadź ją do jego ust.
- Pomagaj podczas jedzenia – Podaj choremu jedzenie lub płyny i upewnij się, że jest ono połykane, podawaj małe porcje jedzenia i płynów, przypominaj że chory powinien najpierw pogryźć jedzenie, a następnie połknąć. Nie wkładaj palców do ust chorego – może Cię ugryźć.
- Pamiętaj o płynach – Pacjent nie zawsze sygnalizuje, że chce mu się pić, może też zapominać o wypiciu odpowiedniej ilości płynów. Jeśli chory ma kłopoty z przelżywaniem wody, możesz ją zastąpić sokami, galaretką, zupą lub sorbetem. Zawsze sprawdzaj temperaturę podawanych płynów.
- Zagęszczaj płyny – Istnieje duże prawdopodobieństwo, że chory może się zadławić. Dlatego zagęszczaj płyny dodając mąkę kukurydzianą lub żelatynę do wody, soków, mleka, zupy. Możesz stosować dostępne w aptekach specjalne odżywki lub podawać budyń, jogurt lub lody.
- Kontroluj wagę chorego – Utrata wagi może świadczyć o niedostatecznym odżywianiu, ale również o innej chorobie lub niepożądanym działaniu leków.
- Musisz być również przygotowany na sytuacje wymagające szybkiego działania, przydatne może być wykonanie chwytu Heimlicha, kiedy dojdzie do zadławienia. Poproś w lokalnym szpitalu o szkolenie w zakresie udzielania pomocy choremu, który ma problemy z przelżywaniem.

PODTRZYMYWANIE ZDROWEJ SKÓRY I CIAŁA

Pacjent w zaawansowanym stadium choroby może poruszać się przy pomocy wózka inwalidzkiego lub leżeć w łóżku. Brak ruchu może prowadzić do

uszkodzenia skóry, powstawania owrzodzeń lub przykurczów. Aby tego uniknąć, pamiętaj o następujących zasadach:

- Zmniejszaj nacisk na ciało – Zmieniaj pozycję, w której leży chory co najmniej co 2 godziny, aby ograniczyć ucisk i poprawić krążenie. Upewnij się czy chory ma wygodną pozycję i prawidłowe ustawienie ciała. Wykorzystuj poduszki, żeby ułożyć ręce i nogi chorego. Poradź się lekarza, jak prawidłowo przemieszczać chorego.
- Dbaj o czystą i suchą skórę – Skóra pacjentów łatwo ulega uszkodzeniu, również łatwo tworzą się siniaki. Wykonuj czynności pielęgnacyjne delikatnie – używaj delikatnego mydła i ręczników. Codziennie sprawdzaj czy nie pojawiły się wysypka, zadrapania lub owrzodzenia.
- Chroń kości chorego – Ochraniaj łokcie, kolana, kostki i inne kości wykorzystując poduszki. Jeśli nawilżasz skórę w tych miejscach, wykonuj delikatny masaż.
- Zapobiegaj przykurczom – Przykurcze kończyn lub ograniczenie ruchów w stawach może wystąpić u pacjentów unieruchomionych w łóżku lub na wózku inwalidzkim. Aby podtrzymać ruchomość w stawach, delikatnie i wolno wykonuj ćwiczenia kończyn chorego 2 –3 razy dziennie. Ćwicz, gdy skóra i mięśnie są rozgrzane, jak np. po kąpieli. Poproś rehabilitanta, by pokazał ci odpowiednią technikę ćwiczeń.

PODTRZYMYWANIE FUNKCJI JELITA I PĘCZERZA MOCZOWEGO

U chorych w zaawansowanym stadium choroby może wystąpić nietrzymanie stolca lub moczu. Po konsultacji z lekarzem, który wykluczy działania niepożądane leków, skorzystaj z poniższych sugestii:

- Prowadź kontrolę – Zapisuj, kiedy chory korzysta z łazienki oraz kiedy i w jakich ilościach przyjmuje płyny i posiłki. Pozwoli to ocenić naturalny proces trawienia i ustalić potrzeby fizjologiczne pacjenta.

- Wyeliminuj płyny zawierające kofeinę – Napoje takie jak kawa, herbata, coca-cola zawierają kofeinę, która ma działanie moczopędne i nasilają produkcję moczu.
- Ograniczaj choremu przyjmowanie płynów przed snem – Ograniczaj ilość podawanych płynów na około 2 godziny przed snem, ale po upewnieniu się, że chory otrzymał odpowiednią ilość płynów w ciągu dnia.
- Stosuj pampersy – Pomocne może być stosowanie pampersów dla dorosłych lub specjalnych podkładek na noc, aby zapewnić choremu komfort w czasie snu.
- Kontroluj czynność jelita – chory może mieć osłabione lub ograniczone ruchy robaczkowe jelita. Jeśli przerwa jest dłuższa niż 3 dni, pacjent może mieć zaparcia. Wykorzystuj odpowiednie produkty ułatwiające trawienie, takie jak suszone śliwki oraz produkty bogato resztkowe, jak otręby lub pieczywo pełnoziarniste.

OGRANICZANIE RYZYKA INFEKCJI I ZAPALENIA PŁUC

Ograniczenie aktywności może stanowić czynnik sprzyjający rozwojowi infekcji. Aby tego uniknąć, pamiętaj o następujących zasadach:

- Dbaj o higienę jamy ustnej chorego – Odpowiednia higiena jamy ustnej zmniejsza ryzyko zakażeń bakteryjnych. Myj zęby lub protezy zębowe po każdym posiłku.
- Dbaj o dziąsła – Wykorzystuj miękkie szczoteczki do zębów lub gazę do utrzymania higieny dziąseł i języka, myj je przynajmniej raz dziennie, aby zapobiec próchnicy i zapaleniu dziąseł.
- Zadbaj o skaleczenia – Oczyszczaj i opatruj wszelkie skaleczenia skóry. Jeśli skaleczenia są głębokie poproś o pomoc lekarza.

- Zapobiegaj grypie i zapaleniu płuc – ponieważ każde przeziębienie czy grypa mogą prowadzić do rozwoju zapalenia płuc, pamiętaj, by chory i jego opiekunowie otrzymali odpowiednie szczepionki.

Zagadnienia prawne

Wszyscy w taki czy inny sposób starają się planować swoją przyszłość, także osoby z rozpoznaniem choroby otępiennej i ich rodziny powinny pomyśleć o stojących przed nimi wyzwaniach, powodowanych chorobą. Uregulowanie sytuacji prawnej powinno nastąpić jak najszybciej po uzyskaniu diagnozy potwierdzającej otępienie.

Podstawowymi elementami tego planu powinno być:

- ustanowienie pełnomocnika do podejmowania decyzji w zakresie spraw medycznych i finansowych
- stworzenie planu finansowego uwzględniającego opiekę długoterminową.

Jeśli osoba z rozpoznaniem otępienia ma zdolność do czynności prawnych, powinna aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu wszystkich, dotyczących jej decyzji. Oznacza to, że jeśli upośledzenie funkcji poznawczych nie jest nasilone i pozwala na zrozumienie znaczenia i ważności dokumentów prawnych, to osoba taka może uczestniczyć w podejmowaniu decyzji prawnych, a uprawniona osoba (pełnomocnik) może pomóc w określeniu, w jakim zakresie chory jest zdolny do podejmowania decyzji. Bardzo ważne jest określenie zakresu, w jakim osoba z rozpoznaniem otępienia może lub nie zrozumieć wyjaśnienia i znaczenie podpisywanych dokumentów.

Aby to ocenić należy:

- rozmawiać z chorym, co pozwoli ocenić czy chory rozumie wyjaśnienia
- jeżeli jest to potrzebne, zapytać lekarza – w ten sposób uzyska się dodatkowe informacje o zdolnościach chorego do czynności prawnych

- stworzyć spis istniejących dokumentów – pozwoli to ocenić istniejącą sytuację prawną.

Poniżej omówiono zasady prawne obowiązujące w naszym kraju.

Ubezważnowolnienie

Kodeks cywilny przewiduje możliwość pozbawienia lub ograniczenia zdolności do czynności prawnych, czyli całkowite lub częściowe ubeważnowolnienie. Kodeks cywilny stanowi co następuje: „Osoba, która ukończyła lat trzynaście może być ubeważnowolniona całkowicie, jeśli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego, albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem.” (Art.13 §1). „Dla ubeważnowolnionego całkowicie ustanawia się opiekę” (Art.13 §2). „Osoba pełnoletnia może być ubeważnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa i narkomani, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubeważnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw.” (Art.16 §1). „Dla osoby ubeważnowolnionej częściowo ustala się kuratelę” (Art.16 §2.).

W początkowym stadium procesu otępiennego najczęściej orzekane jest ubeważnowolnienie częściowe. Chory jest w stanie załatwić najprostsze sprawy (zakupy, przyrządzanie posiłków), natomiast z powodu osłabienia funkcji poznawczych (synteza, analiza, podobieństwa, różnice, przewidywanie skutków podjętych decyzji) może mieć trudności w bardziej skomplikowanych sprawach (ubeważnowolnionych, majątkowych, bankowych, itp.). Zasadniczą przesłanką jest niemożność kierowania swoim postępowaniem, a ubeważnowolnienie chorego należy traktować jako ochronę prawną, która ma służyć wyłącznie jego ogólnie pojętemu dobru – ubeważnowolnienie musi być celowe. Z wnioskiem o ubeważnowolnienie mogą wystąpić: małżonek, krewni

w linii prostej, rodzeństwo, ustawowy przedstawiciel, prokurator wojewódzki, rzecznik praw obywatelskich, a także sama osoba, która ma być ubezwłasnowolniona. W sprawie ubezwłasnowolnienia można oczekiwać pomocy od: prokuratora, kuratora sądowego działającego przy sądzie rejonowym, sądu rejonowego – wydział rodzinny i nieletnich.

Konsekwencją całkowitego ubezwłasnowolnienia pacjenta z otępieniem są: nieważność oświadczenia woli, nieważność testamentu, niemożność zawarcia małżeństwa.

Ubezwłasnowolnienie częściowe pozwala: przyjąć darowiznę, rozporządzać własnym majątkiem (o ile sąd opiekuńczy nie postanowi inaczej), zawrzeć umowę w drobnych, bieżących sprawach codziennych, nawiązać stosunek pracy oraz dysponować pewnymi przedmiotami (konieczna zgoda kuratora).

Ubezwłasnowolnienie częściowe pozwala choremu podejmować czynności prawne, ale musi on każdorazowo uzyskać zgodę kuratora. Unieważnienie oświadczenia woli umożliwia przepis kodeksu cywilnego z dn. 23 kwietnia 1964r. "Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych" (Art.82).

Aby świadomie powziąć decyzję i wyrazić wolę, konieczna jest sprawność funkcji intelektualnych. Procesy te są sprawne w stopniu umożliwiającym podejmowanie decyzji jedynie w początkowym etapie otępienia, kiedy występuje osłabienie zdolności zapamiętywania. W zaawansowanym stadium choroby świadome powzięcie decyzji i wyrażenie woli są wyłączone.

W początkowych okresach choroby pacjenci z otępieniem mają zwiększoną sugestywność, co może determinować wyłączenie swobodnego

powzięcia decyzji i wyrażenia woli – przy zachowanej świadomości powzięcia decyzji istnieje brak psychicznej swobody jej powzięcia. Natomiast jeśli chory z otępieniem nie ma możliwości świadomego powzięcia decyzji (np. w jakościowych i ilościowych zaburzeniach świadomości), jest również pozbawiony psychicznej swobody powzięcia decyzji. Zdolność chorego z otępieniem (według klasyfikacji ICD – 10 jako F0) do podejmowania czynności prawnych zależy od głębokości procesu otępiennego. Jest ona oceniana na podstawie badania psychiatrycznego, przeprowadzonego przez biegłego specjalistę psychiatrę. Badanie odbywa się na polecenie sądu. Ostateczną decyzję, co do poczytalności badanego podejmuje sąd na podstawie ww. badania. W praktyce chory z diagnozą otępienia wg klasyfikacji ICD – 10 jako F0 jest najczęściej całkowicie pozbawiony zdolności do czynności prawnych, co jest równoznaczne z jego całkowitym ubezwłasnowolnieniem.

Testament

Bardzo istotnym zagadnieniem jest sporządzenie testamentu przez osobę z otępieniem. Przepis kodeksu cywilnego z dn. 31 kwietnia 1964r. stanowi co następuje: "Testament jest nieważny, jeżeli został sporządzony w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli" (Art. 945. §1). Jedynie chory z otępieniem, u którego nie zostały naruszone funkcje intelektualne i krytycyzm w stopniu znacznym, a u którego występują tylko trudności w procesie zapamiętywania, jest zdolny do oceny swojej sytuacji materialnej, oceny własnej motywacji opartej na racjonalno – emocjonalnych przesłankach, które determinują ostateczną decyzję w sprawie komu i dlaczego chce przeznaczyć swój majątek po śmierci. Tylko sąd, jako najwyższy biegły, decyduje o unieważnieniu testamentu, na podstawie opinii wydanej przez powołanych przez siebie sądowych specjalistów psychiatrów.

Małżeństwo

Osoby dotknięte otępieniem mogą wyrazić chęć zawarcia związku małżeńskiego. Niekiedy zawierają one małżeństwo, do legalizacji którego nie zawsze dochodzi w sposób uczciwy, z uwzględnieniem dobra chorego. Przeszkodę natury psychiatrycznej i podstawę do unieważnienia takiego małżeństwa stanowią przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (z dn. 25 lutego 1964r.): „Nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani rozwojowi przyszłego potomstwa, jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może zezwolić na zawarcie małżeństwa" (Art.12 §2). „Unieważnienia małżeństwa z powodu choroby psychicznej albo niedorozwoju umysłowego jednego z małżonków może zażądać każdy z małżonków" (Art.12 §1).

Podstawę do unieważnienia małżeństwa w przypadku chorych z otępieniem mogą stanowić zachowania wynikające z obniżonego krytycyzmu lub jego braku, nawarstwianie się zaburzeń psychotycznych (omamy, urojenia) oraz postępujące zaburzenia pamięci. Objawy te mogą być przyczyną zaburzeń agresywnych w stosunku do najbliższego otoczenia, mogą też zagrażać zdrowiu i życiu chorego lub/i otoczenia (pożar, zalanie mieszkania, ulatnianie się gazu).W przypadku śmierci małżonka dotkniętego otępieniem, unieważnienia małżeństwa mogą dokonać jego zstępni – dzieci, wnuki i prawnuki.

Czyny karalne

Pacjenci z otępieniem mogą dokonać czynu zabronionego pod groźbą kary, czyli popaść w konflikt z prawem. Wynikającym z tego problemem jest określenie poczytalności. Najczęściej zdarzają się przestępstwa przeciw własności (zniszczenie cudzej rzeczy), przeciwko życiu i zdrowiu (ciężkie uszczerbki na zdrowiu na skutek pobicia), przeciwko bezpieczeństwu publicznemu (np. podpalenia), przestępstwa seksualne (czyny lubieżne).

Pacjenci z otępieniem, którzy dopuszczają się czynu zabronionego pod groźbą kary, prawie zawsze są uznawani za niepoczytalnych. Kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997r. zawiera odpowiednią regulację prawną: „Nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem" (Art.31 §1). „Jeżeli w czasie popełniania przestępstwa zdolność rozpoznania czynu lub kierowania swoim postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary" (Art.31 §2). Jedynie w początkowych stadiach choroby, w których obserwujemy nieznaczne obniżenie funkcji poznawczych, może mieć zastosowanie art. 31 §2. k.k.

Jeśli czyny zabronione pod groźbą kary dokonane przez osoby z otępieniem są uznane za czyny o wysokim stopniu szkodliwości społecznej, a istnieje duży stopień prawdopodobieństwa ich ponownego popełnienia, sąd, na podstawie opinii biegłych psychiatrów, może zastosować środek zapobiegawczy pod postacią umieszczenia chorego w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym (art. 94 § 1 k.k. z 6 czerwca 1997).

Hospitalizacja

W zaburzeniach otępiennych należy unikać hospitalizacji. Jednak u chorych z otępieniem mogą pojawić się zaburzenia wymagające opieki w szpitalu. Należą do nich: stany pobudzenia psychoruchowego z agresywnym zachowaniami i popędami niszczycielskimi, stany majaczeniowe z uporczywymi zaburzeniami snu, zespoły paranoidalne, odmowa przyjmowania posiłków z pobudek urojeniowych. Zasady pobytu w szpitalu reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (z dn. 19 sierpnia 1994r. z późniejszymi zmianami). Nadrzędną, obowiązującą zasadą postępowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi powinna być zasada dobrowolności. Pacjent powinien wyrazić zgodę na podejmowane wobec niego działania lekarskie.

Definicję zgody precyzuje art. 3 §4 w/w ustawy: „zgoda, oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”.

Wiele osób uznaje, że osoby zaburzone psychicznie nie są w stanie podejmować świadomych decyzji i należy je w tym wyręczać, często taka postawa wynika z lęków czy uprzedzeń przed nieznanymi, niezrozumiałymi przeżyciami i zachowaniami pacjentów. Niemniej jednak każda hospitalizacja wiąże się z ograniczeniem wolności, zaś pacjenci czasami nie wyrażają zgody na badanie psychiatryczne czy przyjęcie do szpitala psychiatrycznego.

Przymusowe badanie i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi może zostać przeprowadzone wobec osoby, „której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego” (art. 21.1).

O przeprowadzeniu takiego badania decyduje psychiatra, a w razie konieczności inny lekarz. Przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody. W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badanie zarządza niezwłocznie przewiezienie badanego do szpitala. Przewiezienie takiej osoby, z zastosowaniem przymusu bezpośredniego powinno nastąpić w obecności lekarza lub ratownika medycznego. Wszelkie czynności powinny zostać odnotowane w dokumentacji lekarskiej.

„Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą, na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po jej osobistym zbadaniu, stwierdzi wskazania do przyjęcia” (art. 22.1), w nagłych przypadkach, a w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego, bez skierowania. „Przyjęcie do szpitala osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby” (art. 22.2). W przypadku przyjęcia do szpitala osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku sprzecznych oświadczeń zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. W nagłych przypadkach osoba może być przyjęta bez zgody sądu. Lekarz przyjmujący powinien zasięgnąć pisemnej opinii innego lekarza lub psychologa.

Jeżeli osoba sprzeciwia się przyjęciu do szpitala, a jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża ona bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, stosuje się przepisy art. 23.1 „osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art.22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób”. Decyzję o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego podejmuje lekarz po osobistym zbadaniu tej osoby i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi przyczyny przyjęcia do szpitala i poinformować go o jego prawach. Przyjęcie takie wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego działem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia, a

kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy właściwy dla miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

Ustawodawca uwzględnił również możliwość przyjęcia bez zgody osobę, która wcześniej nie chorowała psychicznie. Zgodnie z art. 24.1 „osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art.22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości”. Pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni, i przeprowadza się takie samo postępowanie jak w art. 23. Oba artykuły znajdują zastosowanie w sytuacjach wymagających nagłej interwencji medycznej.

Wobec osób chorych psychicznie niestwarzających zagrożenia, ale wymagających leczenia ze względu na przebieg choroby można zastosować art. 29.1., zgodnie z którym do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba chora psychicznie:

„1/ której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź

2/ która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia”.

Decyzję podejmuje sąd opiekuńczy właściwy dla miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. Wobec osoby objętej pomocą społeczną wniosek może zgłosić również gmina lub właściwy organ administracji rządowej. Do wniosku powinna zostać dołączona opinia psychiatry, w której uzasadnia on potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym.

Ewentualne przyjęcie osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym z otępieniem, do domów pomocy społecznej reguluje także przepis Ustawy o

ochronie zdrowia psychicznego z dn. 19 sierpnia 1994r.: „Osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej” (art. 38).

Jeżeli natomiast osoba spełniająca powyższe warunki lub jej przedstawiciel ustawowy nie wyrażą zgody na skierowanie jej do domu pomocy społecznej, a brak opieki zagraża życiu tej osoby, istnieje możliwość wystąpienia do sądu opiekuńczego właściwego dla miejsca zamieszkania tej osoby z wnioskiem o skierowanie do domu pomocy społecznej bez jej zgody (art.39 §1). Z powyższym wnioskiem może wystąpić: organ do spraw pomocy społecznej (art. 39 § 1) oraz kierownik szpitala psychiatrycznego (art. 39 §2), jeżeli przebywająca w nim osoba jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania potrzeb życiowych.

Zakończenie

Starzenie się jest procesem złożonym i nieodwracalnym. Na większość zmian zachodzących w organizmie i psychice człowiek nie ma wpływu. Istnieje jednak szereg sposobów, dzięki którym można ograniczać ich niekorzystny wpływ. Zasady, zaprezentowane w niniejszym poradniku mają zachęcić seniorów do podjęcia działań na rzecz zachowania sprawności umysłu jak najdłużej i zainspirować ich do dalszego poszukiwania metod i ćwiczeń służących doskonaleniu pamięci.

Niestety, czasem zaburzenia pamięci przybierają postać choroby otępiennej. Dlatego też duża część poradnika poświęcona została tej kwestii. Niezwykle istotne jest, by osoba cierpiąca na zaburzenia pamięci, jej bliscy i opiekunowie posiadali podstawowe informacje na temat diagnozy, leczenia i terapii oraz wskazówki, które pomogą im zorganizować codzienne życie w taki sposób, by zapewnić osobie chorej bezpieczeństwo i odpowiednią opiekę.

Warto pamiętać również, że wiele zasad przedstawionych w poradniku, odnoszących się do osób z zaburzeniami pamięci, może znaleźć także zastosowanie w przypadku zdrowych osób starszych. Wszystkie one pomagają seniorom zachować dobrą kondycję fizyczną i psychiczną.